

# 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



La redazione di Quaderni acp augura ai lettori, alle loro famiglie e alle famiglie dei loro assistiti, un Felice 2010



**novembre-dicembre 2009 vol 16 n° 6**

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

**La Rivista è indicizzata in EMBASE**

# Quaderni acp

Website: [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)  
November-December 2009; 16(6)

## 241 Editorial

Connections: a keyword  
*Paolo Siani*

## 243 Research

Preterm nutrition: the individualized fortification of human milk in routine practice  
*Augusto Biasini, Ilaria Ponton, Lucia Marvulli, Sabrina Mariani, et al.*

## 247 Current statistics

The 2009 SVIMEZ report and the situation of the Southern part of Italy  
*Giuseppe Cirillo*

"Defeatism" and the reality of facts  
*Giuseppe Cirillo*

## 254 Appraisals

The donation of stem cells from umbilical cord blood  
*Roberta Chicchi, Rita Santarelli*

Young immigrants: between inclusion, subaltern integration and lack of affiliation  
*Massimo Conte*

## 261 Learning from a case

A child coming back from a trip with fever  
*Maria Rosaria Licenziati, Maria Ludovica Genna, Gerardino Amato, et al.*

## 264 Info

## 266 Keep an eye on the skin

What hasn't worked?  
*Fabio Arcangeli*

## 268 Vaccinacipi

H1N1/2009 Up-To-Date  
*Luisella Grandori*

## 269 Farmacipi

A focus on antiviral agents in children  
*Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra*

## 271 Forasustainableworld

Music listening with earphones and risk of hearing loss  
*Gruppo ACP "PUMP"*

## 272 Tenstories

Human rights milestone: new protocol boosts economic, social and cultural rights  
*Stefania Manetti (a cura di)*

## 273 Informing parents

H1N1 prophylaxis  
*Daniele De Brasi*

## 274 Books

## 276 Born to read

## 278 Movies

## 279 Musical-mente

## 280 ACP news

## 281 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 Nulvi 27, 07100 Sassari  
Cell. 392 3838502, Fax 079 3027041  
e-mail: [ufficiosoci@acp.it](mailto:ufficiosoci@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 "Pianticella",  
Gaetano Previati, 1901, pastello su tela.  
Como, Galleria Taroni.

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

Esempio per le riviste e per i testi

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

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

Le citazioni vanno contenute il più possibile (entro 10 voci) per non appesantire il testo. Della letteratura grigia (di cui va fatto un uso limitato) vanno citati gli Autori, il titolo, chi ha editato l'articolo, la sede e l'anno di edizione. Il percorso redazionale è così strutturato: a) assegnazione dell'articolo in forma anonima a un 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.

# Connessioni: la parola chiave

Paolo Siani  
Presidente ACP

*Parole chiave* Associazione Culturale Pediatri. Connessioni

Connessioni: questa sarà la parola chiave che accompagnerà la mia presidenza per i prossimi tre anni. Connettere significa costruire collegamenti che mettano in relazione realtà, linguaggi, territori, persone diverse. Vorrei provare in sostanza a fare incontrare i pediatri e tutti quelli che si occupano dei bambini, superando sigle, appartenenze, inutili steccati che, sarebbe ingenuo nasconderselo, esistono e a volte sembrano insormontabili.

Come ho scritto nel programma che è stato realizzato in collaborazione con il Gruppo ACP della Campania e che potete leggere sul sito ([www.acpcampania.it](http://www.acpcampania.it)), non ho intenzione di guidare un'associazione presidentocentrica, ma lavorerò a stretto contatto con il direttivo nazionale, con i referenti dei gruppi regionali e con i responsabili delle segreterie; avrò orecchie bene aperte per ascoltare tutti i suggerimenti dei soci ACP e di tutti i soggetti, pediatri e non, che dedicano tempo e lavoro al servizio dei bambini e delle loro famiglie, che vorranno creare connessioni con noi per migliorare la nostra attività, indipendentemente dalla loro appartenenza.

Il nostro obiettivo è essere bravi pediatri. Essere bravi pediatri vuol dire prendersi cura del bambino nella sua interezza psicofisica e della sua famiglia. Siamo stati i primi in Italia a occuparci di sostegno alla genitorialità e i nostri progetti "Nati per Leggere" e "Nati per la Musica" ne sono la più esemplare dimostrazione.

La mia attenzione sarà molto alta sul problema dell'ambiente, delle disuguaglianze e della salute mentale (problemi questi ultimi spesso correlati), perché è lì che bisogna intervenire con progetti dedicati, è la fascia di popolazione a rischio psicosociale che assorbe molte risorse e che contribuisce a mettere in crisi il sistema sanitario.

Gli ospedali, tutti gli ospedali grandi e piccoli, al Nord come al Sud, sono pieni

di bambini a rischio sociale. Sono pazienti con basso livello di patologia medica ma alta patologia sociale che si ricoverano per qualsiasi banale problema bypassando i pediatri di famiglia (PdF) e che l'ospedale ricovera perché sono pazienti "facili" dal punto di vista sanitario. I 683 casi di enterite (il DRG 184, ad alto rischio di inappropriatazza) su 2120 ricoveri, effettuati nel 2007 nel reparto dove lavoro, hanno consumato 1920 giornate di degenza, ma erano 2332 nel 2005. Si tratta di ricoveri e di degenze inutili da un punto di vista sanitario, ma del tutto inevitabili per la condizione sociale. Si è riusciti a ridurli con una migliore organizzazione del lavoro e un'ulteriore riduzione si è verificata nel 2008. Ma questo non è sufficiente: il meglio sarebbe stato individuare e mettere in atto strumenti per garantire la continuità di cure tra ospedale e territorio, i soli in grado di offrire un'assistenza oltre il ricovero e una presa in carico del problema socio-sanitario del bambino e della famiglia.

Le disuguaglianze meritano più attenzione e i progetti di intervento realizzati in questi anni da molti Gruppi ACP vanno valutati e, se validi, diffusi senza esitazioni come buone pratiche da proporre agli organi istituzionali regionali e nazionali. L'esperienza inglese "Sure Start Local Programmes" (Lancet 2008;372: 1641-47) potrebbe essere un modello anche per l'Italia.

In sostanza non è sufficiente affrontare il problema dell'assistenza solo dal lato ospedaliero – come talora si rischia di fare – separandolo da tutto il contesto delle cure e dell'assistenza sanitaria e sociale.

È necessario e urgente che il territorio sia posto in grado di occuparsi delle cure primarie, risolvendo così l'80% dei problemi di salute, con nuove competenze per il pediatra che dovrà essere in grado di rafforzare le capacità genitoriali, di coinvolgere nuove professionalità e di costruire moderne metodologie di lavoro. L'obiettivo è creare una rete ospeda-

le/territorio a livello regionale che tenga conto dei bisogni di salute dei bambini e degli adolescenti e che sia disposta a realizzare un'integrazione socio-sanitaria e un sistema di monitoraggio dove gli aspetti sociali, relazionali e sanitari abbiano uguale dignità.

Il modello che Massimo Farneti ha illustrato al Congresso nazionale ACP di Cesenatico di poche settimane fa rappresenta proprio un *modello di connessione* che può essere diversificato ma va perseguito come ricerca "organizzata" di connessioni tra ospedale e territorio.

Secondo gli esperti dei sistemi organizzativi di cura, esistono tre livelli diversi di integrazione delle cure: il livello più basso è quello della connessione tra servizi territoriali e ospedalieri attraverso l'elaborazione di protocolli clinici comuni; il livello intermedio è quello di un rapporto tra i servizi attraverso un coordinamento di programmi condivisi che, nel rispetto delle autonomie, si occupi della effettiva applicazione dei protocolli e progetti comuni; il livello più alto è quello della organizzazione dipartimentale con risorse finanziarie autonome, équipe multidisciplinari che si riuniscono periodicamente, sistema informatico comune.

Lo spirito con cui insieme al direttivo ci muoveremo resta uno spirito di servizio come è sempre stato sottolineato dai miei predecessori, come Giorgio Tamburlini ha scritto nel suo primo editoriale da presidente (Quaderni acp 1997;4:6), senza interessi da difendere o obiettivi personali da raggiungere, ma con lo scopo di produrre idee, strumenti da mettere a disposizione degli altri, senza mai acquisire o conservare il controllo di alcunché. Certo mi sento onorato di essere stato scelto dai soci ACP come il loro presidente e (cito il prof. Fabio Sereni) mi tremano le vene ai polsi nel leggere i nomi dei presidenti che mi hanno preceduto. Cercherò di onorare questo impegno con lealtà, responsabilità e dedizione, stando sempre un passo indietro per valorizzare

Per corrispondenza:  
Paolo Siani  
e-mail: [paolo.siani@ospedecardarelli.it](mailto:paolo.siani@ospedecardarelli.it)

editoriale

il lavoro del gruppo come il past president Michele Gangemi ha fatto nei suoi sei anni di presidenza.

Il prossimo anno ci vedremo a Palermo per il Congresso Nazionale. Faremo insieme il punto sui primi 365 giorni di lavoro: vorrei che veniste in tanti, perché la partecipazione attiva di tutti i soci dell'ACP è per noi decisiva.

Vi propongo da subito di partecipare all'organizzazione del Congresso scrivendo al direttivo ([direttivo@acp.it](mailto:direttivo@acp.it)) le tematiche che vorreste si affrontassero, la metodologia di lavoro, e quant'altro vi va. Ne terremo conto insieme ai colleghi siciliani che hanno il compito di coordinare i lavori.

Ci piacerebbe che anche gli specialisti, almeno quelli siciliani, partecipassero attivamente al congresso e faremo ogni sforzo per raggiungerli e coinvolgerli.

Infine, permettetemi di ringraziare sinceramente Sergio Conti Nibali per aver affrontato con me questa esperienza nuova ed entusiasmante in maniera leale e amichevole. Terrò in gran conto, insieme al Consiglio direttivo, i suoi suggerimenti.

*Questo editoriale come tutte le cose che faremo è stato condiviso dal direttivo (si veda ACP News a pg. 280). Firma con me l'articolo: Francesco Ciotti, Carlo Corchia, Stefano Gorini, Chiara Guidoni, Mario Narducci, Giuseppe Primavera, Maria Francesca Siracusano, Enrico Valletta e il past president Michele Gangemi. ♦*

## GRUPPO DI LAVORO DELLO STUDIO ENBe

### EFFICACIA DEL BECLOMETASONE VERSUS PLACEBO NELLA PROFILASSI DEL WHEEZING VIRALE IN ETÀ PRESCOLARE

**Abstract presentato a "Il Convegno sulla ricerca indipendente sui farmaci promossa dall'AIFA". Roma, 27 ottobre 2009**

Clavenna Antonio (1), Gangemi Michele (2), Casadei Gianluigi (3), Garattini Livio (3), Bonati Maurizio (1)

1 - Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

2 - Associazione Culturale Pediatri

3 - Centro di Economia Sanitaria "Angelo e Angela Valenti", Ranica (BG)

#### BACKGROUND

Il wheezing virale è una patologia frequente nei bambini in età prescolare. In Italia la prevalenza nei bambini < 18 mesi è stata stimata nel 19%. Malgrado l'efficacia dei trattamenti farmacologici per la prevenzione e il trattamento del wheezing virale sia controversa, gli steroidi da nebulizzare, in particolare il beclometasone, sono ampiamente prescritti in Italia. Il beclometasone è il secondo farmaco più prescritto in età pediatrica tra quelli rimborsabili dal SSN, con una prevalenza che varia da 9 a 22% a seconda delle ASL, e il quarto in ordine di spesa. La prevalenza di prescrizione del beclometasone non è variata nel periodo 2000-2006. In un contesto caratterizzato dalla scarsità di evidenze, si rende necessaria una valutazione metodologicamente rigorosa della pratica corrente.

È perciò proposto uno studio clinico randomizzato con lo scopo di valutare sicurezza ed efficacia di impiego del beclometasone nella prevenzione del wheezing in bambini con infezioni virali delle vie aeree superiori.

#### METODI

Sarà condotto uno studio clinico controllato randomizzato verso placebo. Lo studio sarà svolto nell'ambito della medicina generale, con il coinvolgimento di 36 pediatri di libera scelta appartenenti a 9 ASL rappresentative del territorio nazionale.

Saranno arruolati 576 bambini di 1-5 anni di età, con presenza di infezioni virali delle vie aeree superiori nel corso della visita iniziale e almeno un precedente episodio di wheezing associato a infezioni delle vie aeree nel corso dei 12 mesi precedenti. I bambini con ipersensibilità ai cortisonici, con patologie respiratorie croniche, con presenza di wheezing nel corso della visita iniziale o che abbiano assunto cortisonici nel mese precedente saranno esclusi dallo studio.

I pazienti saranno randomizzati in 2 gruppi di trattamento:

gruppo a: beclometasone sospensione da nebulizzare, 400 mcg 2 volte/die per 10 giorni;

gruppo b: soluzione fisiologica da nebulizzare 2 volte/die per 10 giorni.

In caso di comparsa di wheezing il pediatra potrà somministrare la terapia che ritiene più opportuna (beta2-agonisti a breve durata d'azione, steroidi per os, steroidi inalatori).

Lo stato di salute dei pazienti sarà monitorato per 6 mesi dopo il termine della terapia e saranno raccolti dati sulla riacutizzazione e/o ricomparsa di infezioni delle vie aeree e/o di wheezing.

L'endpoint primario sarà rappresentato dalla percentuale di pazienti che presentano wheezing (diagnosticato dal pediatra) nel corso dell'infezione delle vie aeree superiori. Verranno inoltre raccolti i dati sui costi sanitari diretti.

#### RISULTATI ATTESI

- Valutazione dell'efficacia e della sicurezza di un approccio terapeutico ampiamente condiviso tra i pediatri.
- Valutazione dell'incidenza del wheezing virale e della storia naturale della malattia.
- Valutazione economica di costo-efficacia dell'impiego profilattico del beclometasone secondo la prospettiva del SSN.
- Raccolta di evidenze utili per pianificare interventi formativi ed educativi per implementare l'uso razionale dei farmaci in età pediatrica.

# Nutrizione del pretermine. La fortificazione personalizzata del latte materno

Augusto Biasini, Ilaria Ponton, Lucia Marvulli, Sabrina Mariani, Giuseppe Pagano, Antonio Belluzzi, Vittoria Rizzo, Marcello Stella  
 UO di Terapia Intensiva Pediatrica e Neonatale, Presidio Ospedaliero M. Bufalini, AUSL Cesena

## Abstract

**Preterm nutrition: the individualized fortification of human milk in routine practice**

**Objectives** In very preterm newborns postnatal growth retardation is a problem. They accumulate energy, protein, minerals and other nutrients deficits by the time of hospital discharge. In regards to their neurodevelopment outcomes this is of great concerns. Adequate nutrition in the early postnatal period has been associated with improved functional outcomes. Human milk is unique but, since the nutritional needs of the preterm infants are higher, its fortification seems necessary.

**Material and methods** The blood urea nitrogen (BUN), after the first acute and transitional phase of the EBLW preterm, had been used as metabolic index for an adequate protein intake. Two groups of pre terms with a body weight at birth <1250g and a gestational age  $\leq 32$ , fed with standard (STF) and individualized fortification of human milk (INF) were compared. In the INF group we reached a 6 g/dl of fortification, greater than the standard (4%), the group was monitored with periodic evaluations of blood urea nitrogen to avoid intestinal intolerance.

**Results** The mean weight gain difference was 2.93 g/day for the INF group ( $21.7 \pm 4.6$  versus  $24.6 \pm 5.5$ ;  $p 0.05$ ). The difference became more significant (5.3 g/day) considering only the AGA neonates ( $19.8 \pm 3.9$  versus  $25.1 \pm 5.7$ ;  $p 0.005$ ). Blood urea nitrogen values were similar in both groups.

**Conclusions** The similar blood urea nitrogen values in both groups convinced us that there is a large limit of tolerance in protein intake during the stable phase of growing, suggesting that adding more proteins by special fortifiers, when these will be available, could be a useful practice.

Quaderni acp 2009; 16(6): 243-246

**Key words** Preterm nutrition. Human milk fortification, Human milk

**Obiettivo** Il ritardo di crescita postnatale nei neonati molto pretermine è un problema rilevante. Alla dimissione questi bambini hanno un considerevole deficit di calorie, proteine, minerali e altri nutrienti. Ciò è particolarmente preoccupante in relazione allo sviluppo neurologico. Il latte umano è unico ma, per le maggiori necessità nutrizionali del prematuro, si pone il problema di arricchirlo.

**Materiali e metodi** Come indice metabolico di adeguatezza proteica è stato usato l'azoto ureico (BUN), dopo la prima fase acuta e transizionale che il neonato di peso estremamente basso affronta. Sono stati confrontati due gruppi di pretermine con peso alla nascita inferiore a 1250 g ed età gestazionale inferiore o eguale a 32 settimane, alimentati con latte materno fortificato con un regime standard (STF) o individualizzato (INF). Nel gruppo INF è stata raggiunta una concentrazione di fortificante superiore allo standard (mantenuto al 4%), raggiungendo il 6%, guidandosi con valutazioni periodiche del BUN ed evitando la comparsa di intolleranza intestinale.

**Risultati** La differenza media nella crescita di peso giornaliera è stata di 2,9 g/die in più nel gruppo INF rispetto a quello STF ( $21,7 \pm 4,6$  vs  $24,6 \pm 5,5$  g/die;  $p=0,05$ ). La differenza è stata molto maggiore (5,3 g/die) se si considera solo il gruppo dei neonati AGA ( $19,8 \pm 3,9$  vs  $25 \pm 5,7$  g/die;  $p=0,005$ ). I valori di azoto ureico sono comunque risultati simili nei due gruppi.

**Conclusioni** La procedura di aumentare le concentrazioni del fortificante nel latte materno o umano fino al 6% sotto la guida delle concentrazioni di azoto ureico è facilmente attuabile, e apparentemente priva di effetti collaterali. I valori simili di azoto ureico nei due gruppi hanno confermato gli ampi limiti di tolleranza nell'apporto proteico durante la fase stabile di crescita.

**Parole chiave** Nutrizione del pretermine. Latte umano. Fortificazione del latte umano

Uno dei problemi nei neonati pretermine di bassa età gestazionale è il loro ritardo di crescita postnatale. Essi sono spesso malnutriti e alla dimissione hanno accumulato un deficit di energia, proteine e minerali. Ciò è preoccupante perché la crescita cerebrale, rapida nell'ultimo trimestre di gestazione, è molto sensibile alla privazione nutrizionale. Il cervello, che a 20 settimane di età gestazionale pesa appena il 10% di quello del neonato a termine, a 34 settimane raggiunge il 65%, e la sostanza bianca aumenta di 15 ml in ogni settimana di età gestazionale. Una nutrizione non ottimale, in particolare una malnutrizione proteica, in questa fase dello sviluppo cerebrale può causare un deficit della funzione neurocognitiva a lungo termine [1]. In questi bambini, alimentati con formula standard, a 18 mesi si sono trovati punteggi alla scala di Bayley più bassi e, a 7-8 anni, QI minori rispetto a quelli alimentati con formula supplementata [2].

Le ragioni di questo deficit proteico-energetico, dovuto sia alla dieta sia ad altri fattori clinici non dietetici, sono state dimostrate da Embleton, che ha messo in evidenza il gap progressivo fra l'intake proteico e di energia raccomandato e quello effettivamente somministrato nei pretermine di età gestazionale inferiore alle 30 settimane [3]. Dopo la nascita le fasi cliniche che il pretermine attraversa sono sostanzialmente tre:

- fase acuta e transizionale;
- fase di recupero e stabile crescita che si protrae fino alla dimissione;
- periodo successivo alla dimissione.

Nella fase acuta l'inizio precoce della nutrizione parenterale evita l'utilizzazione proteica endogena di 1,2 g/kg/die che avverrebbe con la sola somministrazione di glucosio. Maggiore incertezza esiste sulla nutrizione ottimale nel periodo successivo alla dimissione [4-5].

Il periodo di maggiore attenzione è quello di stabile crescita, che in genere va dal raggiungimento della prevalente o completa alimentazione enterale fino alla di-

Per corrispondenza:  
 Augusto Biasini  
 e-mail: abiasini@ausl-cesena.emr.it

missione. Già negli anni '30 Gordon aveva determinato, con tecniche di calorimetria a circuito chiuso, che per ottenere una crescita media di 16 g/kg/die erano necessarie 120 calorie/kg, di cui 68 erano utilizzate per il catabolismo, 34 per la crescita e 18 venivano perse con le feci [6]. In realtà è un rapporto proteine/energia di almeno 3,3 g/100kcal ad aumentare la massa magra. Se le calorie sono inadeguate, le proteine saranno utilizzate come fonte energetica riducendo il bilancio di azoto e la massa magra; viceversa un eccesso di energia rispetto alle proteine favorirà la deposizione di grasso [7]. La percentuale di massa magra determinata con DXA è insufficientemente rappresentata nei prematuri alimentati con latte materno fortificato (76%) o con formula (79%), in confronto alla percentuale del feto di riferimento (88%) [8]. La ritenzione di azoto, cioè il rapporto tra azoto assorbito e somministrato, dipende dalla quantità di proteine somministrate, dal loro valore biologico, dal rapporto energia/proteine e da fattori clinici e ormonali; essa è in sostanza individuale ed è comunque minore per il latte materno o umano fortificato (82%) rispetto alla formula (90%).

Inoltre il guadagno proteico è direttamente proporzionale alla quantità di apporto proteico e inversamente proporzionale al peso, il che significa che esiste una maggiore efficienza di deposizione proteica nel pretermine di peso estremamente basso correttamente alimentato [7].

Il latte materno, o umano di banca, è senza dubbio l'alimento di prima scelta, unico nei benefici che può portare al prematuro [10]. Esso risulta, però, inadeguato per le necessità nutrizionali in questi bambini. È insufficiente il contenuto di proteine, Calcio, Fosforo, Magnesio, Sodio, Zinco, Vit. B12, B6, D, E, K, Acido Folico, sia per la variabilità della composizione che per la diminuzione di energia e proteine col procedere della lattazione [11]. Il colostro può raggiungere concentrazioni proteiche fino a 20-30 g/l, ma nelle settimane successive il tenore proteico cala fino ad assestarsi su 9-11 g/l [14-15]. Nel latte umano di banca, che viene correntemente utilizzato, questo è ancor più rilevante. La quantità minima e massima di proteine e kcal per il neonato di peso molto basso è stata definita da un "panel" di esperti della

**TABELLA 1: CONCENTRAZIONE VARIABILE IN RELAZIONE ALL'AZOTO UREICO**

BUN mg/dl	(mmol/l)	Livello di concentrazione
< 9	(< 3,2)	Aumento di 1 g
9-14	(3,2-5)	Nessuna modifica
> 14	(> 5)	Diminuzione di 1 g

Variazioni della fortificazione in relazione ai livelli bisettimanali di azoto ureico (BUN). Concentrazione standard di inizio studio: 4%.

**TABELLA 2: PROTEINE, LATTOSIO E KCAL NEL LATTE UMANO A CONCENTRAZIONI CRESCENTI DI FORTIFICANTE**

Nutrienti ed energia	Latte umano	Standard (S) 4 g%	S + 1 g 5 g	S +2 g 6 g
Proteine g/dl	0,8-1,2	1,6-2	1,8-2,2	2-2,4
g prot/100 kcal	1,2-1,8	1,96-2,4	2,1-2,5	2,25-2,7
Lattosio g/dl	7	9,8	10,6	11,2
Energia kcal/dl	67	81,4	85	88,6

Società americana di scienze nutrizionali che ha raccomandato 3,4-4,3 g/kg di proteine e 110-135 kcal/kg con un rapporto di proteine/energia di 2,5-3,6 g/100 kcal [15]. Una metanalisi Cochrane ha confermato la necessità di arricchire il latte umano con fortificanti del commercio per aumentare la crescita di peso e la circonferenza cranica, riducendo i costi complessivi dell'assistenza senza rischi aggiuntivi di enterocolite necrotizzante [17]. La fortificazione suggerita non raggiunge però l'apporto proteico raccomandato. Arslanoglu ha dimostrato una significativa differenza fra l'apporto proteico presunto (3,5 g/kg/die) e quello reale misurato nel latte fortificato (2,7 g/kg/die) [18]. Ci si è quindi rivolti a strategie di fortificazione personalizzate e individualizzate. Alcune di queste sono basate sull'analisi del latte umano con tecniche a infrarossi, per poterlo "correggere" in modo differenziato e adattato alle necessità del piccolo prematuro in una alimentazione "à la carte" [13]. Altri propongono di perfezionare la fortificazione aggiungendo solo proteine, regolandosi sulla concentrazione di azoto ureico [19]. Un modo più semplice di accrescere il tenore proteico del latte umano fortificato fino a 3,5 g/kg/die è quello di aumentare il volume di latte complessivamente somministrato fino a 200 ml/kg/die, non essendo definito in letteratura un volume limite. Con questa

modalità, Doege e Bauer hanno ottenuto, nel gruppo ad alto volume di latte umano fortificato, una crescita eguale a quella di prematuri alimentati con formula per pretermine [20].

### Obiettivo

Si è cercato di dimostrare la presenza di un vantaggio accrescitivo nei pretermine, aumentando la disponibilità proteica nel latte materno o umano di banca secondo le necessità metaboliche del bambino.

### Materiali e metodi

Per ottenere una fortificazione semplice, riproducibile e controllabile nella pratica è stata adattata la concentrazione di fortificante alle risposte metaboliche del prematuro con la valutazione bisettimanale del BUN (tabella 1). La strategia è stata introdotta gradualmente ed è stata confrontata con la precedente fortificazione fissa al 4%. Il volume medio somministrato era 150-160 ml/kg/die per una disponibilità proteica presunta di 3-3,8 g/kg/die. Nella tabella 2 sono mostrate le variazioni di nutrienti e calorie aggiungendo al latte umano i comuni fortificanti disponibili in commercio a tenore proteico sovrapponibile. Sono stati confrontati due gruppi di neonati pretermine di peso alla nascita tra 630 e 1245 g e di età gestazionale fra 24 e 32 settimane nel periodo giugno 2005-giugno 2008, ali-

mentati con latte materno o umano di banca.

In una fase iniziale i pretermine ricevevano tutti la fortificazione standard (STF), e venivano controllati bisettimanalmente per BUN e crescita. In seguito 14 neonati (7 in ciascun gruppo) sono stati randomizzati a ricevere una delle due fortificazioni. Dopo aver constatato un sensibile vantaggio clinico con INF (fortificazione individualizzata), questa è stata adottata per tutti i pretermine. Alla fine dello studio si sono ottenuti due gruppi: 23 bambini a regime STF e 26 a regime INF. Nei primi la concentrazione del fortificante è stata mantenuta fissa al 4%. Nei secondi si poteva salire fino al 6%, secondo i valori dell'azoto ureico (tabella 1). Il latte è stato preparato e conservato nei locali della Banca del Latte della UO, secondo il percorso qualità previsto e attivo dal 2004. Per valutare l'effettivo peso delle due fortificazioni rispetto allo standard della velocità di crescita dei pretermine, sono stati scelti, come tempo zero dello studio, il giorno di raggiungimento della massima fortificazione e, come fine studio, la dimissione. È stato possibile quindi valutare la differenza di velocità di crescita fra i due gruppi. Sono stati definiti neonati SGA quelli con peso alla nascita inferiore al decimo percentile [22].

L'analisi statistica è stata effettuata con il calcolo della media dei valori in esame  $\pm$  deviazione standard (DS) e con il test T di Student, considerando come statisticamente significativi valori di  $p < 0,05$ .

## Risultati

Le caratteristiche principali dei neonati inclusi nello studio sono illustrate nella tabella 3.

La velocità di crescita è stata maggiore nel gruppo a regime INF:  $24,6 \pm 5,5$  g/die vs  $21,7 \pm 4,6$  g/die ( $p 0,053$ ) (tabella 4). L'azoto ureico non ha mostrato differenze fra i due gruppi. La differenza del peso medio dei due gruppi all'inizio dello studio mostrava una differenza statisticamente significativa ( $p 0,044$ ). La media dei giorni di nutrizione parenterale è stata simile nei due gruppi (STF 6,7 e INF 6,9 giorni), mentre la durata media dello studio è stata maggiore nel gruppo STF (35,9 vs 25,3 giorni).

Poiché la percentuale di SGA era del 39% nel gruppo STF e del 15% nel grup-

**TABELLA 3: CIRCONFERENZA CRANICA (CC), ETÀ GESTAZIONALE (EG), GIORNI DI NUTRIZIONE PARENTERALE (MEDIA  $\pm$  DEVIAZIONE STANDARD) NEI 2 GRUPPI**

	STF	INF
Casi	23	26
M/F	12/11	14/12
Peso nascita (g)	980 ( $\pm 181$ )	958 ( $\pm 197$ )
SGA (%)	39	15
CC (cm)	26 ( $\pm 1,9$ )	25,7 ( $\pm 2,2$ )
EG (settimane)	29 ( $\pm 2,3$ )	27 ( $\pm 1,6$ )
Giorni di parenterale	6,7 ( $\pm 4,7$ )	6,92 ( $\pm 6,5$ )
Distress resp. (%)	30	58

**TABELLA 4: INCREMENTO PONDERALE GIORNALIERO NEI DUE GRUPPI**

Gruppi	STF	INF	p
Peso (g) inizio studio	969 ( $\pm 188$ )	1108 ( $\pm 269$ )	0,044
Crescita di peso (g/die)	21,7 ( $\pm 4,6$ )	24,6 ( $\pm 5,5$ )	0,053
Azoto ureico BUN (mg/dl)	10,11 ( $\pm 4,6$ )	9,30 ( $\pm 2,1$ )	n.s.

Peso medio all'inizio dello studio, velocità di crescita media, valore medio di BUN  $\pm$  deviazione standard

**TABELLA 5: PESO MEDIO ALL'INIZIO E AL TERMINE DELLO STUDIO E VELOCITÀ DI CRESCITA MEDIA ( $\pm$  DEVIAZIONE STANDARD) NEI SOLI NEONATI AGA**

Gruppi	STF (14)	INF (22)	p
Peso (g) inizio studio	968 ( $\pm 199$ )	1109 ( $\pm 275$ )	n.s.
Peso (g) termine dello studio	1784 ( $\pm 329$ )	1875 ( $\pm 212$ )	n.s.
Crescita di peso (g/die)	19,8 ( $\pm 3,9$ )	25,1 ( $\pm 5,7$ )	0,005

po INF, l'analisi è stata ripetuta solo per i soggetti AGA. In questi il peso medio all'inizio dello studio era di  $968 \pm 199$  g nel gruppo STF e di  $1109 \pm 276$  g in quello INF; il peso medio alla fine dello studio era di  $1784 \pm 330$  g nel gruppo STF e di  $1875 \pm 212$  g in quello INF ( $p 0,33$ ). Sempre nei soggetti AGA la differenza fra le medie della velocità di incremento ponderale è risultata statisticamente significativa ( $19,8 \pm 3,9$  g/die nel gruppo STF vs  $25,1 \pm 5,7$  g/die nel gruppo INF;  $p 0,005$ ) (tabella 5). Nessun segno di intolleranza alimentare è stato rilevato con concentrazioni di fortificante del 6%.

## Discussione

Lo scopo dello studio era quello di verificare se la fortificazione del latte umano/materno adattata ai valori di azoto ureico nei pretermine di peso

molto basso si associa a un maggior incremento ponderale senza effetti collaterali. È possibile stabilire il fabbisogno proteico per la crescita della massa magra con un calcolo teorico, usando le misure fetali di riferimento e sottraendo le perdite inevitabili con feci, urine e cute, oppure valutando lo stato nutrizionale proteico con dati antropometrici e metabolici, quali l'albumina sierica, la protidemia, la transtiretina o più semplicemente l'azoto ureico (BUN).

Il BUN aumenta in condizioni di disidratazione o maggiore produzione di urea, come sanguinamenti intestinali, stati ipermetabolici, terapie con steroidi o somministrazione di proteine. In assenza di disfunzione renale, il suo aumento nel pretermine in fase di stabile crescita può essere considerato un indice di adeguatezza dell'apporto proteico e di assenza di tossicità [9]. Nella fase acuta, peraltro,

il BUN può raggiungere valori molto elevati nei neonati di peso estremamente basso, anche senza evidenza di nefropatia. Concentrazioni di 6-7 millimoli/l si riscontrano comunemente nella prima settimana di vita. Wilkins riporta valori di azoto ureico fino a 17 millimoli/l in pretermine senza insufficienza renale o disidratazione [10]; ciò è dovuto allo stato catabolico che può protrarsi fino alla seconda settimana di vita ed è tanto più evidente quanto più bassa è l'età gestazionale. In questo periodo, nonostante la relazione fra apporto di azoto, urea plasmatica e sua escrezione sia assente, è opportuno che la somministrazione integrativa di aminoacidi per via parenterale continui per soddisfare il fabbisogno di proteine.

Il BUN diventa un indice attendibile del fabbisogno proteico nella seconda fase, quella di stabile crescita, con una relazione lineare col bilancio d'azoto. In questo periodo un apporto eccessivo di proteine produce valori elevati di azoto ureico e di aminoacidi (specie fenilalanina) e può causare acidosi metabolica [9]. Nello studio il BUN è stato utilizzato come guida per una fortificazione adattata alle variabili necessità metaboliche del pretermine. Nel gruppo di neonati studiato la differenza fra le medie della velocità di crescita ha mostrato una significatività statistica borderline. Se consideriamo però la bassa numerosità del campione, è possibile ritenere tale risultato rilevante dal punto di vista clinico. I neonati SGA presentano in genere un recupero ponderale più rapido nelle prime settimane di vita; ciò potrebbe spiegare l'assenza di una netta differenza fra le medie della velocità di crescita nell'intero gruppo studiato [23]. Se si considera solo il gruppo di neonati AGA, la differenza della velocità di crescita nei due gruppi è risultata invece altamente significativa ( $p < 0,005$ ). La concentrazione dell'azoto ureico, simile in entrambi i gruppi, suggerisce ampi limiti di tolleranza del carico proteico nella fase stabile di crescita ed è ragionevole mettere in atto regimi nutrizionali con contenuto proteico ancora maggiore, senza peraltro superare le concentrazioni del 6% di fortificante, sia per il rischio di aumento

eccessivo dell'osmolarità sia per lo sbilanciamento del rapporto proteine/energia. Con l'aggiunta solo di proteine mediante l'uso di fortificanti speciali, attualmente non disponibili in Italia, alcuni Autori hanno ottenuto velocità di crescita ancora maggiori ( $30,1 \pm 5,8$  g/die) [19]. Un'altra strategia percorribile nella pratica clinica può essere quella di aumentare il volume somministrato fino a 200 ml/kg nei piccoli la cui crescita è ancora insoddisfacente [20]. Nello studio non sono stati riscontrati episodi di intolleranza alimentare e altri effetti collaterali, in accordo con i risultati di altri lavori in cui l'aumento dell'osmolarità per l'idrolisi di polisaccaridi e destrine dovuta all'alfa-amilasi presente nel latte umano non ha dato espressione clinica [21].

### Conclusioni

Poiché la malnutrizione nel pretermine di peso molto basso ha possibili effetti negativi sulla crescita cerebrale, sono da preferire strategie nutrizionali che ottengono velocità di crescita maggiori. Una modalità semplice, facilmente attuabile nella pratica clinica, e apparentemente priva di effetti collaterali, è quella di aumentare le concentrazioni del fortificante nel latte materno o umano fino al 6% sotto la guida delle concentrazioni di azoto ureico. ♦

### Bibliografia

- [1] Ehrenkranz R, Dusick A, Vohr B, et al. Growth in the neonatal intensive care unit influences neurodevelopmental and growth outcomes of extremely low birth weight infants. *Pediatrics* 2006;117:1253-61.
- [2] Lucas A, Morely R, Cole TJ. Randomized trial of early diet in preterm babies and later intelligence quotient. *BMJ* 1998;317:1481-7.
- [3] Embleton NE, Pang N, Cooke RJ. Postnatal malnutrition and growth retardation: an inevitable consequence of current recommendation in preterm infants? *Pediatrics* 2001;107:270-3.
- [4] Henderson G, Fahey T, Mc Guire W. Multicomponent Fortification of human breast milk for preterm infants following hospital discharge. *Cochrane Database of Syst Rev* 2007 (4): CD004866.
- [5] Henderson G, Fahey T, Mc Guire W. Nutrient enriched formula milk versus human breast milk for preterm infants following hospital discharge. *Cochrane Database of Syst Rev* 2007 (4): CD004862.
- [6] Gordon HH, Levine SZ, Deamer WC, Mc Namara H. Respiratory metabolism in infancy and childhood. XXIII. Daily energy requirements of premature infants. *Am J Dis Child* 1940;59:1185-202.

- [7] Rigo J, Putet G, Picaud JC, et al. Nitrogen balance and plasma aminoacids in the evaluation of protein sources for extremely low-birth-weight infants. In: Ziegler EE, Lucas A, Moro GE (Eds). *Nutrition of the Very Low Birth Weight Infant*. Nestlé Nutrition Workshop Series, Nestec Ltd Vevey/Lippincott William & Wilkins, Philadelphia, Pennsylvania 1999;43:139-53.
- [8] Wauben IP, Atkinson SA, Grad TL, et al. Moderate nutrient supplementation of mother's milk for preterm infants supports adequate bone mass and short term growth: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr* 1998;67:465-72.
- [9] Cooke RJ. Adjustable fortification of human milk fed to preterm infants. *Perinatol*. 2006;26:591-2.
- [10] Wilkins BH. Renal function in sick very low birthweight infants: 2 Urea and creatinine excretion. *Arch Dis Child* 1992;67:1146-53.
- [11] Bhatia J. Human milk and the premature infant. *J Perinatol* 2007;27:S71-4.
- [12] Morales Y, Schanler R J. Human Milk and Clinical Outcomes in VLBW Infants: How Compelling Is the Evidence of Benefit? *Semin Perinatol* 2007;31:83-8.
- [13] De Halleux V, Close A, Stalport S, et al. Advantages of individualized fortification of human milk for preterm infants. *Archives de Pédiatrie* 2007;14:S5-10.
- [14] Lucas A, Hudson GJ. Preterm milk as a source of protein for low birth weight infant. *Arch Dis Child* 1984;59:831-6.
- [15] Lonnerdal Bo. Personalizing Nutrient Intakes of Formula-Fed Infants: Breast Milk as a Model. *Nestlé Nutrition Workshop Series. Pediatric Program* 2008;62:189-203.
- [16] Klein CJ (Ed). Nutrient requirements for preterm infants formulas. *J Nutr* 2002;132:1395-577.
- [17] Kuschel CA, Harding JE. Multicomponent fortified human milk for promoting growth in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 (1): CD000343.
- [18] Arslanoglu S, Moro GE, Ziegler E. Preterm infant fed fortified human milk receive less protein than they need. *J Perinatol* 2009;29:489-92. *Epub* 2009 May 14.
- [19] Arslanoglu S, Moro GE, Ziegler E. Adjustable fortification of human milk to preterm infants: does it make a difference? *J Perinatol* 2006; 26:614-21.
- [20] Doerge C, Bauer J. Effect of high intake of mother's milk with an individualized supplementation of minerals and protein on early growth of preterm infants < 28 weeks of gestation. *Clinical Nutrition* 2007;26:581-8.
- [21] De Curtis M, Candusso M, Pieltain C, Rigo J. Effect on fortification on the osmolality of human milk. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1999; 81:142-3.
- [22] Bertino E, Murru P, Bagna R, et al. Anthropometric neonatal standar basedon a North-West Italian population. *Riv Ital Pediatr* 1999;25:899-906.
- [23] Campos M, Reyes G, Garcia L. Comparison of postdischarge growth in adequate for gestational age and small for gestational age very low birthweight infants. *Ethn Dis* 2008;18(Suppl 2):S118-22.



# Il Rapporto SVIMEZ 2009 e la condizione del Mezzogiorno

Giuseppe Cirillo

Dipartimento Socio-Sanitario, AUSL Na 1 centro, Napoli

## Abstract

### *The 2009 SVIMEZ report and the situation of the Southern part of Italy*

*The 2009 SVIMEZ report analyzes the socio economic situation of Southern Italy in respect to the entire country. The inequality between the other part of the nation is evident. Specific parts of the report point out the migration among young highly educated people. Human capital investments quickly vanish if young people escape towards countries with a greater social mobility and meritocracy.*

Quaderni acp 2009; 16(6): 247-249

**Keywords** Gross National Product. Productivity. Social mobility. Welfare

*Il Rapporto SVIMEZ 2009 analizza la condizione socioeconomica del Mezzogiorno, in relazione all'intero Paese e alle altre Regioni. Appare evidente la disparità tra il Mezzogiorno e il resto della nazione. Alcuni punti del rapporto colpiscono particolarmente: la migrazione dei giovani, specie quelli ad alta scolarità. L'investimento nel capitale umano, che rappresenta l'architrate del moderno sviluppo, svanisce in pochi anni per la fuga dei giovani verso una meritocrazia e una mobilità sociale che nel paese di origine è impossibile.*

**Parole chiave** Prodotto Interno Lordo. Produttività. Mobilità sociale. Welfare

È stato pubblicato da poco il Rapporto SVIMEZ del 2009 che, nell'ambito della crisi dell'economia mondiale che si è verificata nel 2008, analizza in modo approfondito i differenziali socio-economici tra il Nord del nostro Paese e il Mezzogiorno.

La crisi è molto dura ed è diventata recessione solo per pochi Paesi, tra cui l'Italia (-1%).

Il Sud cresce meno del Centro-Nord da sette anni consecutivi, cosa che non era mai successa dal dopoguerra a oggi. A livello regionale la Campania mostra una diminuzione del PIL particolarmente elevata (-2,8%), mentre le altre regioni meridionali presentano perdite più contenute. Meno colpita è la Puglia (-0,2%).

Una misura efficace del divario Nord-Sud la dà il PIL per abitante: nel 2008 nel Mezzogiorno è stato di 17.971 euro, circa il 59% del Centro Nord (30.681). Nel 1951 nel Mezzogiorno veniva prodotto il 23,9% del PIL nazionale. Nel 2008 la quota è rimasta sostanzialmente immutata (23,8%).

Tra i fattori responsabili del mancato sviluppo l'andamento della produttività, troppo ridotto, anche perché legato, oltre che al capitale, a elementi di contesto

fortemente deficitari nel Sud, come il capitale umano, la ricerca, le infrastrutture e il capitale sociale.

Per quanto riguarda l'economia l'**agricoltura** ha tenuto di più e ha invertito il precedente trend negativo: positiva è stata la performance della Basilicata, bene anche Abruzzo, Molise e Puglia, anche se le criticità strutturali di fondo restano. Infatti la dimensione media delle aziende nel Mezzogiorno è di 6 ettari, contro i quasi 10 del Centro-Nord. Crescono però le esportazioni in questo settore con un +9,7% al Sud, più del triplo del Centro-Nord, con un vero e proprio boom verso i mercati extra UE (+36%).

Per quanto riguarda l'**industria** la crisi si è fatta particolarmente sentire al Sud con un calo del PIL industriale nel 2008 del 3,8%, pesando soprattutto la scarsa produttività e le ridotte dimensioni delle imprese. Un caso a parte è costituito dalle imprese cooperative che nel Sud sono aumentate dal 1971 al 2001 di otto volte, con un vero e proprio boom in Campania (+1.432%) e Sicilia (+1.297%). Sono concentrate nel settore agroalimentare, nelle costruzioni e nell'edilizia abitativa, con una prevalenza del settore terziario (servizi alla persona, istruzione, sanità).

Dopo quattro anni di forte crescita nel 2008 il PIL è sceso dello 0,3% e del 3% nel comparto **commercio**.

Per quanto riguarda il **turismo** nel 2007 nel Mezzogiorno, arrivi e presenze di turisti stranieri sono aumentati del 6% e del 5% rispetto all'anno precedente a fronte del 4% e del 2,1% del Centro-Nord. Si tratta di turismo prevalentemente domestico di prossimità e concentrato per oltre il 70% nel solo periodo giugno-settembre.

Le **grandi città** al Centro-Nord attraggono importanti attività terziarie, al Sud non riescono a trainare uno sviluppo diffuso e limitrofo perdendo quote di popolazione (0,3%): Napoli ha perso 4 residenti su mille. Le città al Sud sono espressione di disagio sociale, inadeguate a garantire efficienti livelli di servizi per le funzioni essenziali come acqua, rifiuti, assistenza sociosanitaria.

Grandi ritardi si sono accumulati nel settore **ricerca e innovazione** in tutta l'Italia ma soprattutto nel Mezzogiorno dove gli investimenti dipendono più che altrove dalle politiche pubbliche. Nelle aree meridionali il rapporto tra spesa complessiva in ricerca e sviluppo e il PIL è circa il 30% in meno rispetto al resto del Paese; lo stesso vale per il numero di addetti al settore: 4 ricercatori su mille abitanti al Centro-Nord, 1,8 nel Mezzogiorno.

Anche l'**internazionalizzazione** ha trovato impreparato il Sud. Il contributo del Mezzogiorno all'export italiano è del 12% per le merci e del 7% per i servizi, e la quota di produzione meridionale destinata all'estero è meno della metà della media nazionale.

Per quanto riguarda gli investimenti esteri in Italia, viene valutato il rapporto tra numero di addetti nelle imprese a partecipazione straniera e numero di addetti nelle unità locali; tale rapporto è in media in Italia al 5,1%, nel Sud scende all'1,2%.

Vi sono diversità nei cosiddetti **sistemi locali di lavoro** che, in base a una serie

Per corrispondenza:

Giuseppe Cirillo

e-mail: [peppe.cirillo@libero.it](mailto:peppe.cirillo@libero.it)

statistiche correnti

di indicatori, individuano tipologie diverse di aree. Emerge un Sud fortemente differenziato al suo interno.

- **Aree delle opportunità consolidate:** qui la popolazione è in crescita, gli abitanti hanno un livello di studio elevato, il tasso di occupazione è in linea con la media nazionale o addirittura superiore al Centro-Nord (Olbia, Maddalena), il tasso di disoccupazione basso, il livello di reddito è superiore alla media del Mezzogiorno. Fanno parte di questo gruppo sette sistemi locali dell'Abruzzo e alcune importanti zone turistiche della Sardegna (Arzachena, Olbia, Maddalena ecc.) e di altre Regioni (Capri, Lipari).

- **Aree urbane:** qui viene prodotto il 60% del PIL meridionale, ma si spazia da zone con un terziario molto forte e un'occupazione in forte crescita (Benevento, Avellino, Bari, Lecce, Monopoli, Putignano, Alghero, Sassari, Cagliari, Oristano), altre concentrate nel manifatturiero che arrancano (Caserta, Taranto, Gioia Tauro), ad altre in piena crisi (Foggia, Brindisi, Reggio Calabria, Trapani, Palermo, Catania, Messina, Enna, Siracusa).

- **Aree delle opportunità distrettuali e industriali:** qui prevalgono attività manifatturiere piccole e medie, ma anche realtà industriali più forti non sostenute da un terziario avanzato. Sono zone da cui si emigra, che sembrano offrire opportunità di lavoro non qualificato (Solofra, Altamura, Termoli, Melfi ecc.).

- **Aree delle opportunità turistiche:** sono zone di significative potenzialità turistiche che non riescono a sfociare in livelli di reddito e occupazione superiori alla media (Amalfi, Soverato, Taormina, Acireale ecc.).

- **Aree dinamiche:** sono le aree di eccellenza, in crescita, più ricche con una forte capacità attrattiva, a vocazione soprattutto turistica (Ischia, Sorrento, Ostuni, Cefalù, Bosa, Castelsardo, Orosei ecc.).

- **Aree della crisi:** poche aziende, scarsa offerta di lavoro e reddito modesto. Si concentrano soprattutto in Puglia, Calabria e Sicilia.

- **Aree marginali:** la struttura produttiva è debolissima e il reddito medio pro capite il più basso d'Italia (8600). Sono le aree più interne e periferiche scarsamente abitate della Sicilia, Calabria, Campania, Sardegna.

**Politiche di Finanza pubblica.** Attualmente il Sud ha un livello di spesa pubblica pro capite più basso rispetto al Centro-Nord, anche non considerando la spesa previdenziale che è più elevata laddove ci sono maggiore occupazione e retribuzioni più alte.

**Finanza regionale.** La situazione delle Regioni a statuto ordinario mostra che, nonostante le Regioni meridionali ricevano finanziamenti aggiuntivi, le loro entrate pro capite sono inferiori del 5-6% rispetto alle corrispondenti regioni del Centro-Nord. Analogamente più basse del 2,4% risultano le spese pro capite. La parte più consistente della spesa regionale è costituita dalla sanità che rappresenta il 70% del totale.

**Politiche per il Sud.** Con i decreti anti-crisi una percentuale significativa delle risorse FAS (Fondo Aree Sottoutilizzate) è stata stanziata su altri fondi. È stato promesso un riequilibrio. L'area meridionale si trova pertanto a competere, in termini di capacità di assorbimento, con le aree a più alto sviluppo del Paese che riescono ad attivare una più efficiente programmazione di spesa e più elevati livelli di progettualità.

**Popolazione, scuola e mercato del lavoro, migrazioni.** Nel 2030 il Mezzogiorno avrà una popolazione ridotta e invecchiata. Al Sud il flusso di immigrati non basterà a compensare il calo degli attivi meridionali. Qui, tra il 2008 e il 2030, la forza lavoro perderà circa 2,2 milioni di persone, a fronte di 150.000 nuovi stranieri.

**Disoccupazione.** Nella classe di età 15-24 anni la disoccupazione è arrivata al 14,5% al Centro-Nord e al 33,6% al Sud. All'Italia spetta il non invidiabile primato del tasso di disoccupazione giovanile più alto di Europa, di cui è responsabile soprattutto il Mezzogiorno. Nel 2008 solo il 17% dei giovani meridionali in età 15-24 anni lavorava, contro il 30% del Centro-Nord. Nel 2008 al Sud è irregolare 1 lavoratore su 5, pari in valore assoluto a 1 milione e 300.000 persone. A livello territoriale la regione più "nera" è la Calabria: il 26% di manodopera irregolare sale a quasi il 50% in agricoltura e al 40% nelle costruzioni. Il più alto numero di lavoratori in nero in valori assoluti spetta alla Campania (329.000 persone).

**Migrazioni.** Caso unico in Europa, l'Italia continua a presentarsi come un Paese spaccato in due sul fronte migratorio: a un Centro-Nord che attira e smista flussi al suo interno corrisponde un Sud che espelle giovani e manodopera senza rimpiazzarla con pensionati, stranieri o individui provenienti da altre regioni. Le campagne meridionali si spopolano ma non a vantaggio delle vicine aree urbane. È la carenza di domanda di figure professionali di livello medio-alto a costituire la principale spinta all'emigrazione. Tra il 1997 e il 2008 circa 700.000 persone hanno abbandonato il Mezzogiorno; oltre l'87% delle partenze ha origine in tre Regioni: Campania, Puglia, Sicilia. L'emorragia più forte in Campania (-25.000) a seguire Puglia e Sicilia. In controtendenza invece Abruzzo e Sardegna.

Inoltre, nel 2008, sono stati 173.000 gli occupati residenti nel Mezzogiorno ma con un posto di lavoro al Centro-Nord o all'estero, 23.000 in più del 2007 (+15,3%). Sono i pendolari di lungo raggio, cittadini a termine che rientrano a casa nel week end o un paio di volte al mese: sono giovani e con un livello di studio medio-alto. L'80% ha meno di 45 anni e quasi il 50% svolge professioni di livello elevato. Il 24% è laureato. Le Regioni che attraggono maggiormente i pendolari sono Lombardia, Emilia-Romagna e Lazio.

I laureati meridionali che si spostano dopo la laurea al Centro-Nord vanno incontro a contratti meno stabili rispetto a chi rimane, ma a uno stipendio più alto. Nel 2004 partiva il 25% dei laureati meridionali con il massimo dei voti, tre anni più tardi la percentuale è balzata a quasi il 38%, i più mobili sono i laureati in architettura, seguiti dai laureati in materie scientifiche.

**Scuole, Atenei e abbandoni scolastici.** Relativamente alla scuola secondaria si registrano abbandoni scolastici soprattutto al primo anno di corso (il 13% al Sud contro il 9,6% del Centro-Nord). Nonostante una leggera tendenza alla riduzione, dati simili allontanano il raggiungimento del target di Lisbona del 15% di abbandoni scolastici precoci (l'Italia è ferma al 19,8%, ma il Sud è quasi al 24%). Il Sud recupera invece nella scuola secondaria superiore: è lontano il target del diploma all'85% dei giovani

20-24enni entro il 2010, ma dal 2000 al 2008 il Sud è passato dal 67% a oltre il 72% di giovani diplomati. Recupero anche a livello universitario. Dal 2000 al 2008 i laureati meridionali sono più che raddoppiati, da 54.000 a 118.000. Dai dati OECD PISA (Organisation for Economic Cooperation and Development. Programme for International Student Assessment) emerge un quadro deludente rispetto alla qualità per la scuola italiana e soprattutto meridionale. I 15enni con difficoltà di lettura nel 2006 sono stati al Sud ben il 7% e addirittura il 46% ha dichiarato scarse competenze in matematica. I dati del monitoraggio nazionale dell'INVALSI (Istituto Nazionale per la Valutazione del Sistema Educativo d'Istruzione e di Formazione) confermano il deficit di competenze degli studenti della scuola secondaria superiore del Sud, mentre per quanto riguarda la scuola elementare meridionale evidenziano un livello qualitativo al Sud superiore alla media nazionale. La mobilità dei laureati meridionali, se da un lato deprime la prospettiva di crescita dell'intera economia meridionale, dall'altro appare un mezzo per consentire una valorizzazione del merito e quindi una maggiore mobilità sociale, condannando però il Meridione al ruolo di fornitore di risorse umane qualificate al resto del Paese.

**Welfare locale.** I Comuni del Nord gestiscono più della metà delle risorse sociali a livello locale, quelli del Mezzogiorno solo il 20%. Oltre l'80% delle risorse per il welfare locale è destinato a famiglie e minori, in particolare al Sud e ad anziani e disabili. La spesa per le famiglie e i minori varia tra i 130 euro pro capite al Nord e i 48,6 del Mezzogiorno, con una media nazionale attestata a 95 euro. Più della metà di questi

finanziamenti va a sostenere il funzionamento degli asili nido e dei servizi per l'infanzia. Lo stesso avviene se si analizza la spesa pro capite per gli anziani: in media in Italia è 116,7 euro ma al Nord supera i 150, al Sud si ferma a 66,3 euro. Una differenza ancor più marcata esiste per i fondi ai disabili, con 3500 euro pro capite al Nord, 2300 al Centro e appena 806 nelle aree meridionali: in questa cifra i maggiori esborsi sono quelli per l'assistenza domiciliare, molto più diffusa al Nord che al Sud. Le cure domiciliari riguardano il 3,9% degli assistiti nel Settentrione e appena l'1,8% nelle aree meridionali. Lo stesso vale per i bimbi accolti in asili nido, che in Italia sono poco più dell'11% del totale, nel Centro-Nord il 15% e calano fortemente al Sud ad appena il 4,5%.

### Conclusioni

Il quadro complessivo che si ricava dal rapporto è di una persistente debolezza strutturale, di un gap con le altre Regioni che non si riduce e che nel corso di questa crisi economica mondiale potrebbe anzi accentuarsi. Sono ricominciate le migrazioni, questa volta di giovani con alto e qualificato livello di istruzione verso un mondo del lavoro meritocratico che permette una mobilità sociale che nel Sud appare bloccata. ♦

#### Note bibliografiche

- Rapporto SVIMEZ 2009.
- PISA (OECD - Organisation for Economic Cooperation and Development - Programme for International Student Assessment): 26.5.09 - Equally prepared for life? How 15-years-old boys and girls perform in school.
- UNIVALSIS (Istituto Nazionale per la Valutazione del Sistema Educativo d'Istruzione e di Formazione): monitoraggio rilevazione degli apprendimenti 2008-2009.

## ERRATA CORRIGE

Nella stesura finale dell'articolo di L. Peratoner "Le idronefrosi prenatali: quando serve lo specialista?" (Qacp, 2009;16:170-5) ci sono due errori intervenuti nella fase di correzione della prima stesura.

1. Nella didascalia della **figura 2** la dilatazione pellica è di 3 cm e non di 3 mm.
2. Nella seconda stesura sono stati introdotti al 1° capoverso della pag. 173 alcuni riferimenti bibliografici non presenti nella prima stesura e poi non riportati in bibliografia. Le voci che a questo punto del testo risultano come 11, 12 e 13 sono riferite a citazioni fatte successivamente; al loro posto vanno introdotti i seguenti riferimenti bibliografici:

a) *Garin EH, Olavarria F, Garcia Nieto V, et al. Clinical significance of primary vesicoureteral reflux and urinary antibiotic prophylaxis after acute pyelonephritis: a multicenter, randomized, controlled study. Pediatrics 2006;117:626-63.*

b) *Pennesi M, Travan L, Peratoner L. Let al for the North East Italy Prophylaxis in VUR study group. Is antibiotic prophylaxis in children with vesicoureteral reflux effective in preventing pyelonephritis and renal scars? A randomized, controlled trial. Pediatrics 2008;121:e1489-94.*

c) *Montini G, Rigon L, Zucchetto P, et al. IRIS Group. Prophylaxis after first febrile urinary tract infection in children? A multicenter, randomized, controlled, noninferiority trial. Pediatrics 2008;122:1064-71.*

Il riferimento successivo (14) corrisponde alla voce 11 della bibliografia, gli altri riferimenti sono corretti.

Chiediamo scusa all'Autore e ai lettori.

# "Disfattismo" e rappresentazioni della realtà

Giuseppe Cirillo

Dipartimento Socio-Sanitario, AUSL Na 1 centro, Napoli

## Abstract

### "Defeatism" and the reality of facts

ISTAT (The Italian National Institute of Statistics) has recently published the annual report regarding the Italian situation in 2008. The report deeply investigates Italian families during the financial crisis. The families' distinction based upon the ability to save money, daily life difficulties or the definition of vulnerable families appears very useful. During this specific period, underscored by fast economical transformations and violent financial crisis, being aware of the consequences regarding families we assist seems of great practical usefulness.

Quaderni acp 2009; 16(6): 250-253

**Keywords** Financial crisis. Families socio economical status. Labour market. Material deprivation. Economical hardship

L'ISTAT ha pubblicato recentemente il rapporto annuale sulla situazione del Paese nel 2008. Nel rapporto è molto approfondita l'analisi della condizione delle famiglie anche in rapporto alla crisi finanziaria. Molto utile appare la categorizzazione delle famiglie in rapporto alla capacità di risparmio o alle difficoltà della vita quotidiana e la definizione di famiglie vulnerabili. In questa fase di rapide trasformazioni economiche e di violenta crisi finanziaria, essere consapevoli delle conseguenze sulle famiglie da noi assistite sembra di notevole utilità anche pratica.

**Parole chiave** Crisi finanziaria. Mercato del lavoro. Condizioni socioeconomiche delle famiglie. Basso reddito. Deprivazione materiale. Disagio economico

*Quando è povero da piccolo  
anche l'arcobaleno è bianco e nero.*  
Anonimo. Napoli. Quartiere S. Giovanni

È stato da poco pubblicato il rapporto ISTAT 2008 sulla situazione del Paese, da cui si possono trarre preziose informazioni sulla condizione delle famiglie. In questo scenario mondiale di grave crisi finanziaria, nel 2008, il reddito disponibile delle famiglie ha avuto un incremento del 2,7%, inferiore a quello del 3,2% dell'anno precedente. Il potere d'acquisto ha subito una riduzione dello 0,5% rispetto all'anno precedente, segnando la prima variazione negativa da quasi un decennio. Si è avuta una contrazione dell'attività produttiva che ha determinato un forte rallentamento della crescita degli occupati; il calo è stato particolarmente rilevante nel Mezzogiorno amplificando i divari territoriali. Le difficoltà delle famiglie sono collegate anche alla quantità e alla qualità dell'occupazione e le differenze fra i redditi delle famiglie dipendono in buona misura dal numero dei precettori, ma anche da una

pluralità di fattori, tra cui il tipo di reddito, le caratteristiche socio-demografiche dei componenti della famiglia e la regione di residenza.

Il rapporto, nella descrizione delle condizioni socioeconomiche delle famiglie, oltre al reddito utilizza anche alcuni indicatori soggettivi del disagio economico (incapacità di sostenere alcune spese o di rispettare le scadenze dei pagamenti ricorrenti ecc.) e di deprivazione materiale. La maggior parte delle famiglie si colloca in una situazione intermedia e non segnala disagi rilevanti. Le situazioni estreme che emergono da un'analisi specifica sono rappresentate da due gruppi di dimensioni simili. Da un lato le famiglie agiate, con casa di proprietà, un capo famiglia con titolo di studio elevato e almeno due persone occupate: oltre il 60% di queste famiglie risiede nelle regioni settentrionali. All'altro estremo si trovano le famiglie più disagiate, ossia quelle che riportano forti difficoltà per le spese della vita quotidiana: oltre la metà risiede nelle regioni meridionali. Vanno inoltre emergendo situazioni critiche

come quelle delle famiglie giovani gravate dal mutuo per la casa. L'indebolimento del mercato del lavoro ha avuto effetti importanti sulle famiglie e a questo riguardo l'ISTAT propone un'analisi approfondita, differenziando le famiglie in quattro categorie tra loro mutuamente esclusive in base al tipo e alla composizione: le famiglie con almeno un occupato e un disoccupato; con almeno un occupato e senza disoccupati; senza occupati e con almeno un disoccupato; e infine le famiglie in cui sono presenti soltanto inattivi (tabella 1).

In questa articolazione le famiglie senza occupati, in cui vivono una o più persone in cerca di lavoro, rappresentano le situazioni più critiche. In oltre 530.000 famiglie, dove vivono poco meno di 1,5 milioni di persone, non è presente nel 2008 alcun occupato e almeno un componente è in cerca di impiego. Questa tipologia familiare è in rapido incremento.

Le coppie con figli e con un unico reddito di lavoro, generalmente riferito al padre (circa il 40% del totale delle coppie con figli), hanno visto un peggioramento delle proprie condizioni.

Per quanto riguarda le madri, c'è stato un aumento del tasso di occupazione dovuto però alla crescita del part time per le italiane e a un aumento in tutte le tipologie di lavoro per le straniere.

Sotto il profilo territoriale emerge il più elevato livello di vulnerabilità delle famiglie localizzate nelle regioni meridionali. In tale area le famiglie con almeno un occupato, in costante ascesa tra il 2005 e il 2007, si riducono decisamente nel secondo semestre del 2008 (45 mila famiglie in meno). Ne consegue che l'incidenza delle famiglie con almeno un occupato sul totale delle famiglie (con almeno un componente tra i 15 e i 64 anni) si attesta nel Mezzogiorno al 75,3%, molto al di sotto della media nazionale (82,5%), così come si concentrano nel Mezzogiorno 310mila famiglie (dove vivono 940mila individui) che registrano

Per corrispondenza:  
Giuseppe Cirillo  
e-mail: peppe.cirillo@libero.it

# statistiche correnti

la presenza di uno o più disoccupati. Gli altri indicatori disponibili sulla condizione di vita e sulla percezione di situazioni di difficoltà economica consentono di rilevare le differenze nel tenore di vita delle famiglie.

Poco più di quattro famiglie su dieci vivono in condizioni di relativa agiatezza; un'altra parte rilevante (circa il 35% delle famiglie) non segnala problemi economici di particolare gravità, ma ha comunque difficoltà a risparmiare o a sostenere le spese del mutuo per la casa. Il resto delle famiglie presenta condizioni di difficoltà economiche in misura crescente: si passa da quelle potenzialmente vulnerabili (circa una famiglia su dieci) a quelle che incontrano problemi nell'affrontare le spese della vita quotidiana (il 5%), a quelle che vivono in condizioni di deprivazione e arrivano con gravi difficoltà a fine mese (il 6,3%).

Il profilo per età dell'incidenza delle situazioni di vulnerabilità è a forma di U nella maggior parte dei Paesi europei, cioè è più alta nelle due classi di età estreme – minori e anziani – rispetto alla fascia di età più centrale. In Italia vivono in condizioni di basso reddito il 25% dei minori (il valore

**TABELLA 1: FAMIGLIE CON ALMENO UN COMPONENTE TRA I 15 E I 64 ANNI. COMBINAZIONE DELLA PRESENZA O ASSENZA DI ALMENO UN OCCUPATO O UN DISOCCUPATO. ANNO 2008. VALORI IN MIGLIAIA**

FAMIGLIE	Con almeno un occupato (15.041)	Senza occupati (3.189)
Con almeno un disoccupato (1.533)	Con almeno un occupato e un disoccupato (1.002)	Prive di redditi da lavoro e con almeno un disoccupato (531)
Senza disoccupati (16.697)	Con almeno un occupato e senza disoccupati (14.039)	Con solo inattivi (2.658)

Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro

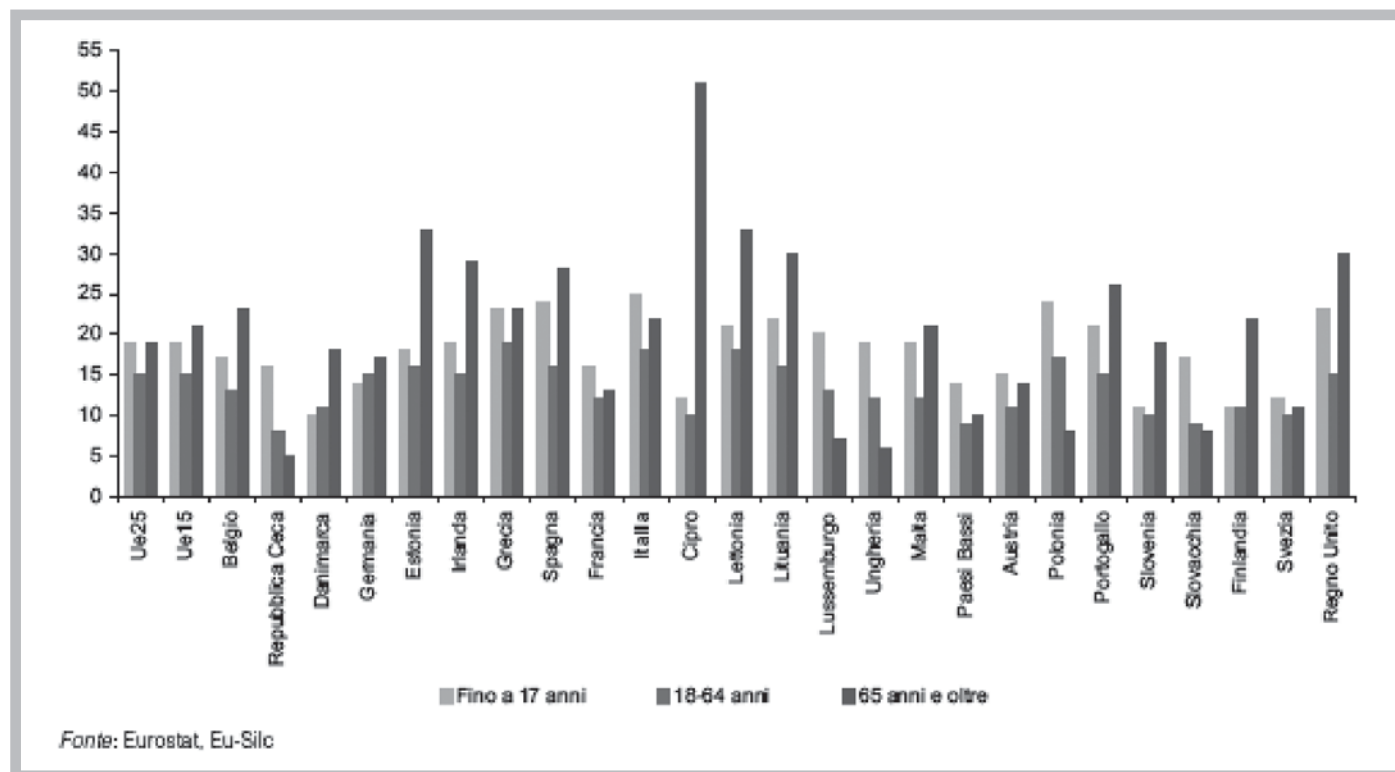
più elevato tra i Paesi dell'Unione) e il 22% degli anziani (figura 1).

Il reddito medio familiare equivalente risulta inferiore rispetto al dato nazionale in tutte le regioni meridionali. I valori più bassi si osservano in Calabria, dove il reddito medio è inferiore del 29,7% alla media nazionale; seguono Basilicata (-29,6%), Sicilia (-28,5%), Campania (-23,7%), Molise (-22,6%), Puglia (-21,0%). La percentuale di popolazione a basso reddito è anch'essa molto più alta nelle regioni meridionali e nelle isole con valori, rispetto alla media nazionale, del

18,4%, del 41,2% in Sicilia, del 36,8% in Campania, del 36,4% in Calabria.

L'incidenza della popolazione a basso reddito (il cui reddito equivalente sia inferiore o uguale al 60% del valore mediano del reddito equivalente del Paese) è superiore alla media nazionale per i membri delle famiglie di quattro componenti (21,0%) e soprattutto di cinque o più componenti (36,1%). La più elevata incidenza di condizioni di basso reddito (38,6%) si riscontra fra le famiglie formate da coppie con tre o più figli. Anche i componenti delle famiglie di

**FIGURA 1: POPOLAZIONE A BASSO REDDITO NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA PER CLASSI DI ETÀ. ANNO 2006. VALORI PERCENTUALI**



monogenitori sperimentano più di frequente una situazione di basso reddito (21,7%). Se i figli presenti in famiglia sono minorenni, l'incidenza della popolazione a basso reddito aumenta raggiungendo il 46,2% sull'intero territorio nazionale e quasi il 60% nel Sud e nelle isole (tabella 2).

Alla fine del 2007 circa 5 famiglie su 100 dichiarano di non aver avuto denaro, almeno in una occasione, per comprare il cibo, l'11,1% per pagare le spese mediche in caso di malattia, il 7,3% per i trasporti, il 12,2% per le tasse, il 16,9% per l'acquisto di vestiti.

Per alcune famiglie, inoltre, non sempre risulta facile potersi permettere un pasto adeguato (6,7%); il 10,7% dichiara di non avere abbastanza denaro per riscaldare adeguatamente la propria casa.

Per meglio sintetizzare le condizioni di disagio economico e di deprivazione materiale delle famiglie residenti in Italia è possibile suddividerle in sette gruppi, individuati attraverso una cluster analysis:

- primo e secondo gruppo: famiglie agiate;
- famiglie adulte e anziane che non riescono a risparmiare;
- famiglie giovani gravate dal mutuo della casa;
- famiglie vulnerabili;
- famiglie in difficoltà per le spese della vita quotidiana;
- famiglie che arrivano con gravi difficoltà a fine mese.

Il primo gruppo è composto da quasi 1,5 milioni di famiglie (il 6% del totale) che godono di una situazione particolarmente favorevole; il secondo gruppo comprende famiglie agiate, è molto più numeroso del primo (circa 8,6 milioni di famiglie, pari al 35,5% del totale), rispetto al quale riferisce di arrivare alla fine del mese "con qualche difficoltà" (una differenza probabilmente più legata a stili di consumo che a vincoli di bilancio stringenti).

Le famiglie del terzo gruppo (quasi 7 milioni, circa il 29%) non presentano segnali importanti di difficoltà economica, ma nel 74,1% non sono riuscite a risparmiare.

Il quarto gruppo (oltre 1,8 milioni di famiglie, pari al 7,5% del totale) comprende famiglie tutte accomunate dal paga-

**TABELLA 2: POPOLAZIONE A BASSO REDDITO PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E CARATTERISTICHE DELLA FAMIGLIA. ANNO 2006 (SU 100 PERSONE CON LE STESSA CARATTERISTICHE)**

	Esclusi gli affitti figurativi				Inclusi gli affitti figurativi			
	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
<b>NUMERO DI COMPONENTI</b>								
Uno	21,5	25,9	39,6	27,4	11,1	12,4	30,3	16,8
Due	10,1	12,4	31,0	16,2	6,2	7,4	27,8	12,3
Tre	6,6	9,0	26,7	13,5	7,5	7,2	26,7	13,6
Quattro	8,1	12,4	35,8	20,3	8,8	13,4	36,3	21,0
Cinque o più	18,6	21,5	44,5	32,5	23,9	22,9	47,9	36,1
<b>TIPI DI FAMIGLIE</b>								
Persone sole	21,5	25,9	39,6	27,4	11,1	12,4	30,3	16,8
con meno di 65 anni	12,9	21,4	38,2	21,0	11,0	14,1	34,9	17,7
di 65 anni e oltre	30,7	30,5	40,7	33,7	11,3	10,8	26,6	15,9
Coppie senza figli	9,8	9,7	31,0	15,3	6,0	5,2	27,0	11,4
P.R. meno di 65 anni (a)	6,9	6,8	32,0	13,0	5,4	6,8	31,0	11,9
P.R. 65 anni e oltre (a)	14,1	13,3	29,8	18,5	7,0	3,2	22,4	10,7
Coppie con figli	7,7	11,5	34,1	18,9	9,1	11,8	34,8	19,8
Coppie con almeno un figlio	4,7	8,6	27,0	12,5	6,2	6,8	26,7	12,8
Coppie con due figli	7,3	11,1	34,1	19,2	7,7	12,2	35,0	19,9
Coppie con tre o più figli	21,6	25,4	45,3	35,1	26,8	30,7	47,3	38,6
Monogenitori	15,5	20,2	34,6	22,6	14,0	18,0	35,3	21,7
Altra tipologia	12,4	17,3	43,7	25,3	10,9	11,3	47,0	24,7
<b>PRESENZA DI MINORI</b>								
Un minore	8,7	13,9	35,7	19,4	10,6	12,6	37,1	20,5
Due minori	11,1	19,5	42,7	25,8	12,7	20,9	44,1	27,3
Tre o più minori	27,2	27,8	57,6	41,6	35,4	33,4	58,9	46,2
<b>PRESENZA DI ANZIANI</b>								
Un anziano	16,8	18,1	34,8	23,0	8,4	10,4	29,1	15,6
Due o più anziani	11,4	10,7	26,1	15,9	6,1	3,1	21,7	10,4
<b>NUMERO DI PERCETTORI</b>								
Un percettore	26,7	32,7	51,9	38,6	20,8	25,0	50,2	34,2
Due percettori	6,3	8,8	27,5	13,5	6,1	6,8	27,0	12,9
Tre o più percettori	2,5	3,3	16,9	7,3	2,6	4,2	17,5	7,7
<b>FONTE PRINCIPALE DI REDDITO</b>								
Lavoro dipendente	6,3	8,3	29,1	14,7	8,3	8,6	30,5	16,2
Lavoro autonomo	12,4	17,1	38,8	21,9	11,1	15,4	39,7	21,2
Trasferimenti pubblici	16,6	19,0	39,1	25,2	8,5	10,1	34,2	18,1
Capitale e altri redditi	31,6	48,5	66,1	47,2	23,3	43,4	59,6	40,2
<b>Totale</b>	<b>10,9</b>	<b>14,0</b>	<b>34,7</b>	<b>19,9</b>	<b>9,3</b>	<b>11,2</b>	<b>34,0</b>	<b>18,4</b>

Fonte: Istat, Indagine sul reddito e le condizioni di vita  
(a) Persona di riferimento: donna.

**TABELLA 3: RAGGRUPPAMENTO DELLE FAMIGLIE IN BASE AI LIVELLI DI DEPRIVAZIONE E DISAGIO. ANNO 2007. VALORI PERCENTUALI E ASSOLUTI**

FAMIGLIE	Gruppi	Famiglie		Individui
		Valori %	Valori assoluti	
Famiglie agiate	1	6,0	1.467.369	3.371.612
		35,5	8.615.513	20.741.996
		<b>41,5</b>	<b>10.082.882</b>	<b>24.113.608</b>
Famiglie adulte e anziane che non riescono a risparmiare	3	28,8	6.996.769	16.564.239
		7,5	1.808.766	5.045.843
Famiglie giovani gravate dal mutuo per la casa	4	<b>36,3</b>	<b>8.805.535</b>	<b>21.610.082</b>
Famiglie vulnerabili	5	10,4	2.536.451	5.860.883
		6	5,5	1.334.000
Famiglie in difficoltà per le spese della vita quotidiana	6	<b>15,9</b>	<b>3.870.451</b>	<b>9.515.888</b>
Famiglie che arrivano con grave difficoltà a fine mese	7	6,3	1.523.617	3.987.119

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Indagine sul reddito e le condizioni di vita

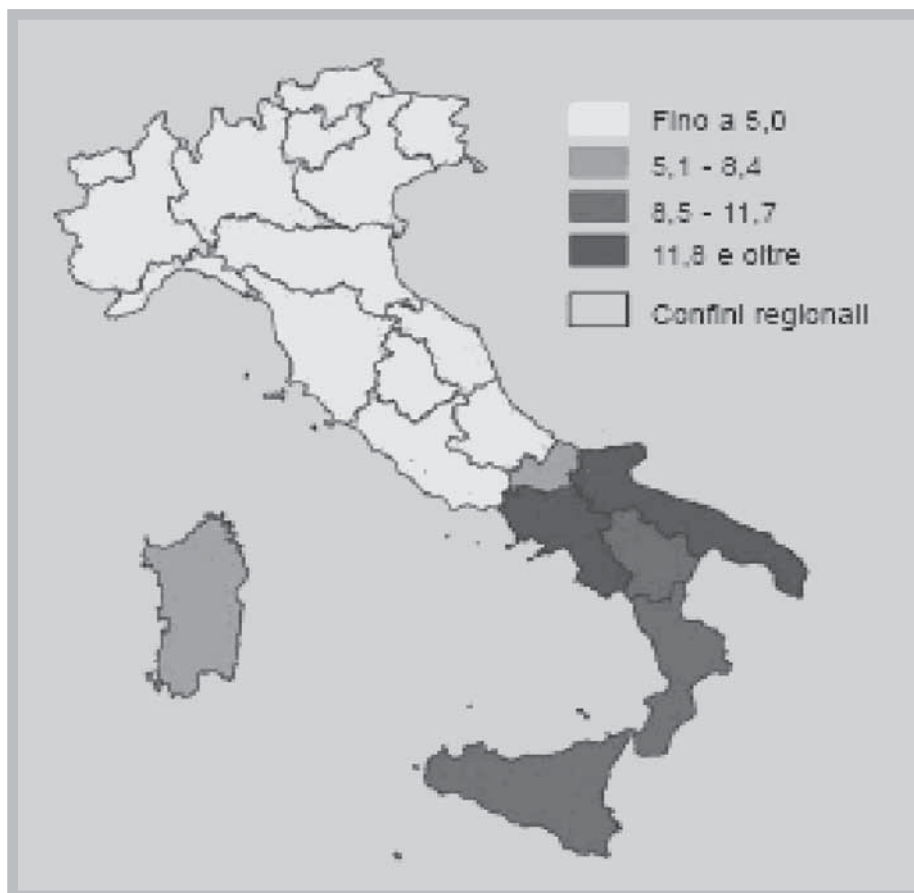
mento di un mutuo per la casa, percepito come un carico gravoso.

Il quinto gruppo (oltre 2,5 milioni, pari al 10,4% del totale) appare potenzialmente vulnerabile rispetto a più dimensioni di disagio economico. Circa la metà arriva

con grande difficoltà alla fine del mese.

Le famiglie che ricadono nel sesto gruppo (oltre 1,3 milioni, pari al 5,5%) sono quelle che si associano più strettamente a situazioni di deprivazione rispetto ai bisogni essenziali della vita quotidiana.

**FIGURA 2: FAMIGLIE CHE ARRIVANO CON GRANDE DIFFICOLTÀ A FINE MESE (SETTIMO GRUPPO) PER REGIONE. ANNO 2007. INCIDENZE PERCENTUALI**



Infine il settimo gruppo è formato da famiglie (1,5 milioni) che presentano più fattori di deprivazione (tabella 3, figura 2).

Come è facilmente visibile, le differenze regionali sono molto rilevanti, al Sud si concentrano le famiglie in condizioni di disagio e in generale le famiglie dal 5° gruppo in poi.

### Conclusioni

Le considerazioni finali che si possono trarre da questo rapporto sono relative alle situazioni di difficoltà delle famiglie che negli ultimi anni soffrono della crisi economica mondiale. Le disuguaglianze sembrano crescere sia all'interno della popolazione in generale che tra le Regioni.

Le famiglie con figli, soprattutto se numerose, stanno soffrendo di più, e il Mezzogiorno appare pagare il prezzo più alto della crisi.

Come si distribuiscono nelle sette cate-

gorie prima descritte i mille assistiti del pediatra di famiglia?

Avremo circa l'80% delle famiglie al Centro-Nord che stanno nei primi tre gruppi e il 20% negli altri quattro gruppi, al Sud invece il 70% delle famiglie si collocherà nei primi tre gruppi e il 30% nei restanti quattro gruppi. Ci dobbiamo quindi aspettare che al Nord circa duecento famiglie di bambini iscritti con noi e al Sud circa trecento famiglie, saranno famiglie giovani gravate dal mutuo della casa (5-7%) o vulnerabili o in difficoltà con le spese della vita quotidiana o sono famiglie che arrivano con grave difficoltà a fine mese. ♦

#### Note bibliografiche

– Eurostat 2007: Comparative EU Statistics on Income and Living Conditions: Issues and Challenge. Luxembourg: European Communities.

– ISTAT: rilevazione sulle forze di lavoro, 2007.

– Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica: rapporto annuale, la situazione del Paese nel 2008. Maggio 2009.

## FIN DA PICCOLI

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

È uscito il Numero 3. Settembre-Dicembre 2009

### FIN DA PICCOLI

- vuole diffondere conoscenze sull'importanza e l'efficacia di interventi effettuati nei primi anni di vita e finalizzati alla salute ed allo sviluppo dei bambini, attraverso la diffusione di studi e ricerche riportati dalla letteratura internazionale;
- è diretto a operatori che a vario titolo si occupano di infanzia, ma anche a genitori e ad amministratori;
- esce ogni 4 mesi solo in formato elettronico.
- È edito dal Centro per la Salute del Bambino-ONLUS. Formazione e ricerca per le cure alla Maternità, all'Infanzia e all'Adolescenza.

Per riceverlo regolarmente telefonare al n. 040 3220447 o scrivere a [info@csbonlus.org](mailto:info@csbonlus.org) indicando di voler ricevere "FIN DA PICCOLI"

### Sommario del numero 3; 2009

- Editoriale Il titano siamo noi
- Riflessi della deprivazione sociale e della provenienza etnica su ricovero e mortalità in terapia intensiva pediatrica.
- Importanza del coinvolgimento paterno per la qualità della vita del figlio
- Il ciclo transgenerazionale della depressione
- L'allattamento al seno come fattore di protezione del maltrattamento al bambino

### Hanno collaborato a questo numero

Francesco Ciotti, Alberto Pellai, Patrizia Rogari, Sergio Conti Nibali, Giorgio Tamburlini.

# La donazione di cellule staminali cordonali

Roberta Chicchi, Rita Santarelli

UO di Medicina Trasfusionale, Presidio Ospedaliero Bufalini, AUSL Cesena

## Abstract

### *The donation of stem cells from umbilical cord blood*

Sources of stem cells are bone marrow, peripheral blood, umbilical cord blood. Stem cell research holds so much promise that diseases and injuries being treated is growing rapidly, but it does not guarantee that stem cells can be used in the future. In Italy the umbilical cord blood is stored only for homologous use, but is possible, with authorisation of "Ministero della Salute" the export in another countries when the private donation is not forbidden. Public Stem Cell Bank stored stem cells extracted for those who are in need of a stem cell transplantation. In a private stem cell bank, the stem cells are stored and used only for the baby or a family member. Healthcare professionals should provide expectant parents balanced and accurate information on both family and public cord blood banking options.

Quaderni acp 2009; 16(6): 254-257

**Keywords** Stem cell. Umbilical cord blood. Donation. Cord blood bank

Le fonti di cellule staminali sono il midollo osseo, il sangue periferico e il sangue del cordone ombelicale. La ricerca sulle staminali è molto promettente: sembra che patologie siano trattabili in tempi rapidi, ma non c'è garanzia che siano utilizzabili nel prossimo futuro. In Italia il sangue cordonale è stoccato solo per uso allogeneico, ma è possibile, previa autorizzazione del Ministero della Salute, l'esportazione a uso personale all'estero. Le banche di cellule staminali pubbliche conservano le cellule prelevate per l'uso di tutti coloro che hanno bisogno di un trapianto. Nella banca privata e le cellule staminali sono stoccate e utilizzate esclusivamente per il bambino o un altro membro familiare. I professionisti della Sanità dovrebbero fornire una informazione corretta e accurata a genitori ansiosi su entrambe le opzioni di bancaggio a uso familiare o pubblico delle cellule staminali.

**Parole chiave** Cellule staminali. Sangue ombelicale cordonale. Donazione. Banche di sangue cordonale

## Le fonti di cellule staminali

La capacità di dare origine a una o più specie cellulari ha reso le cellule staminali estremamente interessanti per la ricerca scientifica. Esse rappresentano un'enorme risorsa per la conoscenza biologica e per lo sviluppo di nuove terapie. Se il loro utilizzo nella pratica clinica è a oggi consolidato per la cura di alcune malattie e per la riparazione di determinati danni tissutali, tanti sono gli ambiti di ricerca che le vedono ancora protagoniste.

A seconda dell'origine, le cellule staminali sono classificate come *embrionali* oppure *adulte*.

Le staminali embrionali sono le cellule con il massimo potenziale differenziativo e per questo sono definite "totipotenti". Sono infatti capaci di generare un organismo nella sua totalità e quindi qualun-

que tipo di tessuto. Il loro impiego nella ricerca o nella terapia è oggetto di acceso dibattito di carattere etico. Le staminali adulte sono cellule non specializzate, proprie di ogni tessuto maturo, e hanno la funzione di rinnovare e sostituire le cellule di quello stesso tessuto che invecchiano e che devono essere rimpiazzate. Vengono definite "multipotenti" perché presentano un potenziale differenziativo più limitato rispetto a quello delle cellule embrionali, ma studi recenti hanno dimostrato che presentano in realtà un elevato grado di plasticità e la capacità di "cambiare il loro destino", generando cellule mature diverse dal tessuto di origine [1].

Accanto a questi due principali tipi di cellule staminali, in alcuni ambiti di ricerca si stanno studiando le potenzialità delle cellule staminali amniotiche. Esse

hanno caratteristiche biologiche molto simili alle cellule embrionali, ma non hanno le controindicazioni di tipo etico legate all'embrione. La ricerca su queste cellule è appena all'inizio e vede quasi quotidianamente nuove pubblicazioni e nuove possibilità applicative [2].

Da queste premesse è facile intuire come, oggi, le fonti più "accessibili" di cellule staminali siano i tessuti contenenti cellule adulte, tra cui il midollo osseo e il cordone ombelicale.

Le staminali del midollo osseo (cellule staminali emopoietiche: CSE) possono essere prelevate con una procedura poco invasiva, dalla cresta iliaca, oppure con procedura aferetica dopo una mobilitazione che utilizza un supporto farmacologico. È possibile prelevare cellule staminali emopoietiche da una persona e poi infonderle in un'altra (donazione allogeneica) o nella stessa persona in tempi successivi (donazione autologa).

Obiettivo del trapianto di CSE (autologo e allogeneico) è di fornire al ricevente una popolazione di cellule staminali sane che si differenzino in cellule ematiche per rimpiazzare gli elementi cellulari deficitari e/o patologici dell'ospite. La donazione autologa è per lo più utilizzata nella cura dei tumori solidi, per potenziare la chemioterapia antitumorale; la donazione allogeneica è indicata nella cura dei tumori ematologici e nelle malattie genetiche. Generalmente il donatore allogeneico è un familiare o un donatore compatibile identificato grazie alle banche di donatori di cellule staminali. Dato che le probabilità di avere un parente che possa divenire donatore compatibile all'interno del proprio nucleo familiare sono circa del 25%, ne deriva l'importanza delle banche dei donatori volontari di midollo osseo a cui negli ultimi anni si sono aggiunte le banche del cordone ombelicale [4].

## Le banche pubbliche di sangue da cordone ombelicale

Nel 1989 i rappresentanti di otto nazioni, fra le quali l'Italia, decisero di istituire

Per corrispondenza:  
Roberta Chicchi  
e-mail: rchicchi@ausl-cesena.emr.it

il punto su



un archivio di tutte le persone che si erano dichiarate disponibili a donare in maniera anonima, gratuita e volontaria, le proprie cellule staminali a favore di pazienti in attesa di un trapianto di midollo. L'obiettivo era quello di aumentare al massimo le possibilità di reperire il donatore compatibile per i pazienti. È nato così il registro mondiale Bone Marrow Donors Worldwide (BMDW) che conta a oggi più di 13.000.000 di iscritti ed è diventato un motore di ricerca all'interno di un database mondiale, a cui inviano i loro dati di potenziali donatori di cellule staminali 60 registri dei donatori di cellule staminali da 44 Paesi e 42 banche pubbliche di sangue cordonale di 26 Paesi [3].

In Italia, la donazione di cellule staminali avviene sia attraverso il registro dei donatori adulti tipizzati e contattati all'occorrenza (IBMDR), sia attraverso le banche di sangue cordonale, istituite esclusivamente all'interno di strutture pubbliche. Queste banche hanno l'obiettivo di raccogliere i cordoni ombelicali dei bambini nati, le cui madri esprimano la volontà della donazione volontaria, anonima e gratuita. La rete nazionale italiana è attualmente composta da 18 banche, diffuse su tutto il territorio nazionale, a cui afferiscono centri spoke distribuiti capillarmente sul territorio. Esse svolgono la loro attività sotto il coordinamento del Centro Nazionale Sangue in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti, per i rispettivi ambiti di competenza.

In Italia è consentita la conservazione di sangue cordonale a uso allogenico, incentivando la scelta etica di una donazione a fini "altruistici". Per questo la donazione e la conservazione gratuita del cordone ombelicale sono promosse dallo Stato. Con l'Accordo Stato-Regioni (25 marzo 2009) si prevede nel prossimo futuro il potenziamento delle biobanche al fine di accrescere la disponibilità di potenziali donatori presenti nei registri internazionali e aumentare le possibilità di sopravvivenza di chi si trova nella necessità di ricercare una donazione allogenica compatibile.

La normativa che regola la donazione di sangue cordonale in Italia stabilisce che le banche del sangue cordonale rispondano a requisiti qualitativi tali da garantire che le fasi di lavorazione, con-

**TABELLA 1: DATI 2008 DEL CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI RELATIVI ALLA DONAZIONE ALLOGENICA DI CELLULE STAMINALI (ANSA 18/03/2009)**

370.000	donatori adulti iscritti al registro dei donatori di midollo osseo
17.500	unità di sangue cordonale disponibili nel mondo
870	cordoni rilasciati sia in Italia che all'estero

servazione e distribuzione delle staminali assicurino l'idoneità, la qualità, la sicurezza, la tracciabilità secondo standard internazionali [4-5].

La legislazione italiana equipara le cellule staminali al sangue e agli organi e prevede per la loro donazione allogenica il rispetto di precisi requisiti del donatore e della donazione, a tutela del potenziale ricevente. Tutto l'iter a cui si sottopone la famiglia che decida di donare il sangue cordonale, una volta espresso il proprio consenso alla donazione, è completamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale e consiste di numerosi passi.

**1. Durante la gravidanza:**

- anamnesi familiare dei genitori per valutare l'assenza di malattie geneticamente trasmissibili;
- indagini di laboratorio alla futura mamma per accertarne l'idoneità come donatrice (malattie batteriche o virali contratte in gravidanza o positività sierologica sono criteri di esclusione).

**2. Al momento del parto:**

- gestazione superiore a 34 settimane;
- assenza di stato febbrile della madre;
- assenza di malformazioni congenite nel neonato e stress fetale.

**3. Dopo circa sei mesi dal parto:**

- indagini di laboratorio alla mamma;
- anamnesi del neonato, in collaborazione con il pediatra che ha in carico il bambino.

L'unità di sangue cordonale, subito dopo la raccolta e prima di essere crioconservata in vapori di azoto, viene sottoposta a controllo specifico per verificarne l'idoneità:

- verifica della cellularità, cioè del quantitativo di cellule CD34+ presenti. Solo se il numero di cellule è sufficiente per poterne consentire un sicuro utilizzo futuro (800.000.000/1.000.000.000), la donazione viene lavorata e sottoposta al congelamento.

Le unità di sangue cordonale conservate presso le banche italiane sono circa 20.000 e di queste, al 31 dicembre 2008, circa 800 sono state utilizzate sia in Italia che all'estero (tabella 1).

**La donazione "dedicata"**

La normativa italiana consente anche la conservazione di donazioni "dedicate", cioè per il neonato o per un familiare, in genere un fratello o una sorella del nascituro, che presenti una patologia per la quale risulti scientificamente fondato e clinicamente appropriato l'utilizzo di cellule staminali da sangue cordonale o, in caso di famiglie ad alto rischio, di avere ulteriori figli affetti da particolari malattie genetiche. La conservazione "dedicata" viene autorizzata dalle Regioni in seguito a richiesta di uno specialista nel relativo ambito clinico, che deve redigere una relazione in cui la richiesta di donazione dedicata sia motivata e supportata da evidenze scientifiche.

Il GITMO (Gruppo Italiano per il Trapianto di Midollo Osseo, Cellule Staminali Emopoietiche e Terapia Cellulare) ha redatto, sulla base di linee guida nazionali e internazionali e in accordo con le indicazioni riportate nel Documento redatto dal Ministero della Salute del 18/03/2009, l'elenco delle patologie per le quali si ritiene a oggi possibile la donazione dedicata [6].

Tale elenco utilizza le indicazioni internazionali di EBMT (European Bone Marrow Transplantation) che sono periodicamente riviste sulla base dei risultati di trial clinici, che consolidano le evidenze sull'utilizzo delle cellule staminali in un particolare ambito [7-8].

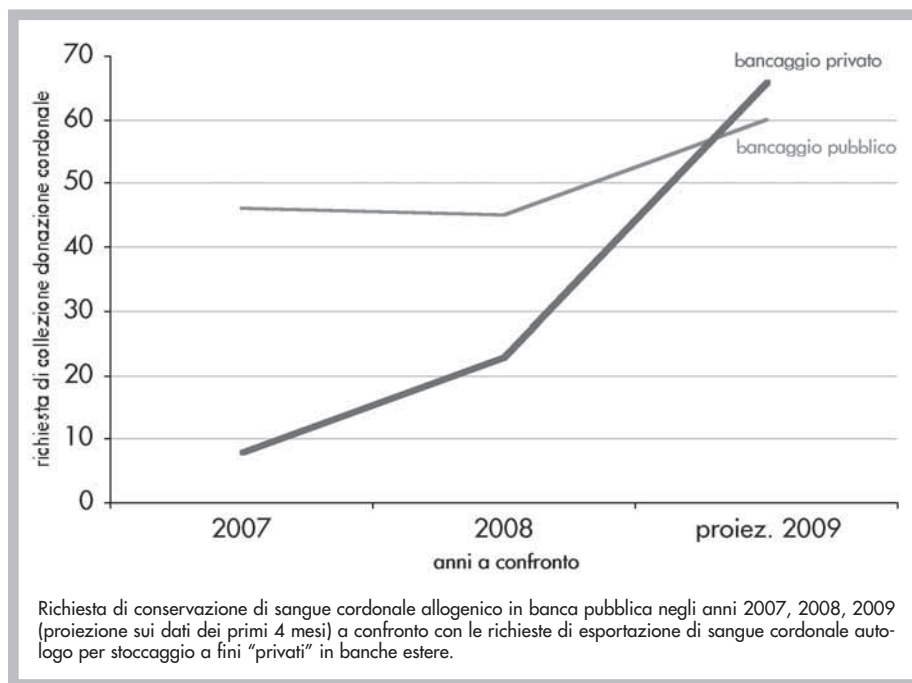
**La conservazione di sangue cordonale a uso "personale" e le banche private**

Anche se la normativa italiana non permette la conservazione a uso personale del sangue cordonale, a eccezione della

donazione “dedicata”, è consentito ai genitori di esportare all'estero il sangue di cordone ombelicale prelevato al momento della nascita del proprio figlio e conservarlo a uso personale [9-10-11]. Questo è reso possibile dal fatto che la legislazione in materia di conservazione del sangue del cordone ombelicale è diversa da Paese a Paese, anche nell'ambito dell'Unione Europea, dove le prime banche di cellule staminali private sono state istituite agli inizi del 2000. Alcune Nazioni prevedono solo la donazione allogenica, altre hanno vincolato la donazione autologa a particolari criteri e altre ancora danno libero accesso a tutte le possibilità. Nel nostro Paese l'esportazione del sangue cordonale a uso “personale” richiede sempre un nulla osta da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, un counseling con il Centro Nazionale Trapianti e una autorizzazione da parte della Direzione Sanitaria della struttura in cui avverrà il parto, che deve garantire che sia presente tutta la documentazione necessaria e che sussista la rispondenza del kit in cui avverrà la raccolta del sangue cordonale ai requisiti previsti in materia di “spedizione e trasporto di materiali biologici” [12].

Tutto l'iter per la famiglia, in questo caso, è quasi completamente burocratico, salvo la necessaria presentazione dei risultati di test laboratoristici recenti (30 giorni al massimo), attestanti la sieronegatività della mamma per HIV ed epatite B e C, indispensabili per il trasporto di materiale biologico. La conservazione in strutture private estere è a carico dei genitori, e il costo varia a seconda delle strutture in relazione alle diverse offerte (in termini di gestione del servizio e di durata della conservazione), ma in linea di massima si aggira complessivamente intorno ai 2000-2500 euro per 20-30 anni. Prevede la sottoscrizione di un vero e proprio contratto pluriennale di affido, e l'invio per posta di un kit per il prelievo e per il trasporto del sangue del cordone ombelicale. In alcuni casi il servizio offerto comprende un vero e proprio “assistente personale” che accompagna, passo a passo, sia nelle fasi di richiesta del nulla osta del Ministero della Salute, sia nelle fasi di trasporto al centro di crioconservazione che generalmente avviene tramite corriere espresso [13-15].

FIGURA 1: DATI DELLA MEDICINA TRASFUSIONALE DELLA ASL DI CESENA



**Pubblico o privato?**

La conservazione privata non trova validi riconoscimenti nel mondo scientifico internazionale. Molti specialisti del settore (come il prof. Rebulla, uno dei massimi esperti italiani, e il prof. Nanni Costa, Direttore del Centro Nazionale Trapianti) ritengono la donazione “personale” del sangue cordonale non economicamente sostenibile, suggerendo che sarebbe molto più opportuno lavorare alla implementazione della donazione allogenica per aumentare il numero di potenziali donatori, ancora ritenuto insufficiente rispetto alle reali necessità.

Nonostante questo sono circa 10mila le mamme italiane che nel 2008 sono ricorse alla donazione privata, depositando le cellule staminali del proprio cordone in banche estere [14] (figura 1). Le motivazioni discendono dalle indicazioni fornite nei numerosi siti web gestiti dalle banche private estere, specializzate nella crioconservazione di cellule staminali. Queste indicazioni generano false speranze a genitori apprensivi su un uso futuro di queste cellule, soprattutto per patologie ad alta frequenza e di forte impatto sociale. A sostegno della utilità di conservazione di sangue cordonale a fini personali sono spesso citati dati sperimentali o singoli case report [15-18].

Se questi dati possono rappresentare uno stimolo per ulteriori studi solo tra molti anni si potrà avere la traslazione degli eventuali risultati positivi alla pratica clinica. Questo tipo di informazione utilizzata dalle banche private, anche se non formalmente scorretta, induce la conservazione a uso personale per chi possa economicamente sostenerne la spesa. Le campagne informative delle banche private insistono nell'illustrare i vantaggi, ma non segnalano i criteri di qualità che sono invece garantiti dalle banche pubbliche. Le verifiche a cui si sottopongono la donatrice, la donazione e il neonato che afferiscono alla banca pubblica mancano completamente nella banca privata, a eccezione dell'esame sierologico materno che comunque può essere riferito anche a un mese prima della donazione. Anche la cellularità, uno dei principali motivi di scarto dei prelievi che giungono alla banca pubblica, viene verificata, ma non ritenuta motivo di eliminazione. Viene segnalata ai genitori che possono decidere se conservare o meno la donazione. Le banche private sottolineano che un numero di cellule inferiori al previsto potrebbe essere ovviato, in futuro, con tecniche di espansione cellulare, a oggi non utilizzabili. Con queste informazioni difficilmente i genitori giunti a

questo punto del percorso decidono di recidere il contratto con la banca, per il quale generalmente hanno già versato una cospicua percentuale della somma totale richiesta.

### **Quanto pesa la donazione personale di sangue cordonale al Servizio Sanitario Nazionale?**

Un elemento da non trascurare riguarda il ruolo della struttura pubblica che risulta comunque coinvolta e riveste un ruolo attivo nel percorso di collezione anche della donazione privata. Ci sono due aspetti legati a questo. Il primo riguarda l'impegno che il Servizio Sanitario Nazionale sostiene a garanzia del percorso di una attività non sostenuta dallo Stato; il secondo attiene alla completa mancanza di assunzione di responsabilità di importanti fasi che gli operatori del SSN non possono né vogliono assumersi, essendo un'attività completamente sotto la responsabilità della coppia che decide di affidarsi alla banca estera di cellule staminali cordonali.

Quando avviene il prelievo, è il personale della sala parto che lo deve collezionare nel kit fornito, mentre il confezionamento e la conservazione fino al ritiro da parte del genitore sono spesso a carico della Struttura Trasfusionale della ASL in cui il bambino è nato. Ma il personale del SSN non è responsabile e non può interferire con l'iter della donazione privata, per cui eventi avversi o mancanze rilevate lungo il percorso non possono che essere segnalate verbalmente al genitore che, non avendo la preparazione necessaria per poter effettuare corrette valutazioni, spesso non ne tiene

conto. Il risultato di tutto ciò si traduce nel rischio di conservare per molti anni del materiale che non potrà mai essere destinato all'utilizzo per il quale è stato bancato.

D'altro canto è importante sapere che i controlli effettuati sulle 18 banche pubbliche italiane, secondo i requisiti delle Direttive Europee, danno un'estrema sicurezza sulle procedure di conservazione delle staminali estratte da cordone ombelicale e quindi sulla loro assoluta idoneità a essere utilizzate in caso di necessità, come anche sulla qualità delle staminali stesse.

### **Conclusioni**

Dati statistici pubblicati dal Ministero della Salute sottolineano che, in caso di conservazione per uso personale, solo in un caso su 30.000 si utilizzeranno nel corso della vita le proprie staminali, sempre che al momento della necessità siano effettivamente idonee all'utilizzo [20]. Donando il sangue del cordone a fine allogeneico, si ha il 97-98% di possibilità di tornare in possesso delle proprie cellule staminali qualora se ne presenti la necessità: questo perché la compatibilità tra il proprio sangue cordonale e quello del bambino è massima e l'utilizzo di queste cellule staminali non è così frequente come si suppone. Nel caso, remoto, in cui quell'unità sia stata utilizzata per un altro bambino, si potrà comunque usufruire di altre unità compatibili presenti in una delle 18 banche italiane. Per questo è importante che le mamme donino alla banca pubblica: è un atto di generosità e al tempo stesso una (reale) sicurezza per i propri figli. ♦

### **Bibliografia**

- [1] Phinney DG, Prockop DJ. Review. Mesenchymal stem/multipotent stromal cells: the state of transdifferentiation and modes of tissue repair-current views. *Stem Cells* 2007;25:2896-902.
- [2] Steigman SA, Armant M, Bayer-Zwirello L, et al. Preclinical regulatory validation of a 3-stage amniotic mesenchymal stem cell manufacturing protocol. *J Pediatr Surg* 2008;43:1164-9.
- [3] [www.bmdw.org](http://www.bmdw.org).
- [4] Legge 219 del 21 ottobre 2005.
- [5] Ordinanza Ministeriale del 26 febbraio 2009 "Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale".
- [6] Dossier "uso appropriato delle cellule staminali del sangue del cordone ombelicale". Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, del 19/03/2009; [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it).
- [7] Ljungman P, et al. Allogeneic and autologous transplantation for haematological diseases, solid tumours and immune disorders: definition e current practice in Europe. *Bone Marrow Transpl* 2006;37:439.
- [8] [www.ebmt.org](http://www.ebmt.org).
- [9] Decreto Legge 31 dicembre 2007, n. 248.
- [10] Legge 28 febbraio 2008 n° 31.
- [11] Legge del 24 febbraio 2009.
- [12] Ordinanza Ministeriale del 4 maggio 2007 e precedenti richiamate.
- [13] [www.genico.ch](http://www.genico.ch): Società svizzera specializzata in crioconservazione di cellule staminali.
- [14] [www.futurastemcells.ch](http://www.futurastemcells.ch).
- [15] [www.bioinst.com](http://www.bioinst.com).
- [16] Haller MJ, et al. Autologous Umbilical Cord Blood Infusion for Type 1. *Diabetes Exp. Hematol* 2008;36:710-5.
- [17] Yu-Show Fu, et al. Conversion of Human Umbilical Cord Mesenchymal Stem Cells. In Warthon's Jelli to Dopaminergic Neurons in Vitro: Potential Therapeutic Application for Parkinsonism. *Stem Cells* 2006;24:115-24.
- [18] Kang KS, et al. A 37-year-old spinal cord injured female patient, transplanted of multipotent stem cells from human UC blood, with improved sensory perception and mobility, both functionally and morphologically: a case study. *Cytherapy* 2005;7:368-73.
- [19] [www.ministerodellasalute.it](http://www.ministerodellasalute.it).

# Giovani migranti: tra inclusione, integrazione subalterna e disaffiliazione

Intervento al Convegno "Migrazione e salute mentale dall'età evolutiva all'età adulta" (Milano, 10 marzo 2009).

Massimo Conte

Ricercatore, Codici, Agenzia di ricerca sociale, Milano

## Abstract

**Young immigrants: between inclusion, subaltern integration and lack of affiliation**  
The text of the intervention by Massimo Conte at the "Migration and mental health from evolutive age to adult age" conference in Milan (March 2009) is reported. Codici is an independent social research agency whose main field of application are research, counselling, intervention and training on social changes. Further information regarding the present article can be obtained at the section analysis of the agency's website: [www.codiciricerche.it](http://www.codiciricerche.it).

Quaderni acp 2009; 16(6): 258-260

**Keywords** Migration. Social exclusion. Integration. Rejoining

Viene presentato di seguito il testo dell'intervento di Massimo Conte al Convegno "Migrazione e salute mentale dall'età evolutiva all'età adulta" (Milano, 10 marzo 2009). Codici è un'Agenzia di ricerca sociale indipendente che si occupa di ricerca, consulenza, intervento e formazione sui temi del mutamento sociale. Approfondimenti su temi e sollecitazioni del presente articolo sono pubblicati sul sito dell'Agenzia: [www.codiciricerche.it](http://www.codiciricerche.it), alla sezione Analisi.

**Parole chiave** Migrazione. Ricongiungimento. Esclusione sociale. Integrazione

Mi sono occupato in anni di lavoro di ragazzi quali i minori non accompagnati provenienti dal Maghreb, i piccoli borseggianti rom, i giovani latino-americani appartenenti a gruppi di strada, e quindi di fasce di giovani – volutamente utilizzo l'espressione "giovani", cercando di mettere insieme la transizione dall'età del minore all'età adulta – che, ancor prima di essere al centro di processi di esclusione sono al centro di processi di stigmatizzazione e che, nel loro essere oggetti stigmatizzati, hanno come uno degli elementi su cui si costruisce il loro stigma il fatto di essere intrattabili. Sono i ragazzi che scappano dalle comunità, sono i ragazzi che non vanno a scuola. Proviamo per un momento a sospendere la questione dell'intrattabilità per provare a capire come possiamo fare agire degli strumenti di analisi e di intervento sostanzialmente diversi.

Una prima istruzione per l'uso potrebbe essere quella di provare a decentrare lo sguardo per comprendere dei fenomeni che altrimenti ci appaiono improvvisi e, come tali, come qualcosa che ci mette profondamente in crisi. Faccio riferimenti in particolare al mondo giovanile lati-

no-americano come caso di studio e approfondimento.

Ci troviamo di fronte a un repentino cambiamento demografico per quanto riguarda le emigrazioni provenienti dall'America Latina: all'improvviso, da essere pochi e soprattutto donne – venivano nelle nostre case a occuparsi dei nostri anziani, venivano nei nostri uffici a occuparsi delle pulizie – hanno cominciato a essere famiglie, a essere tanti al punto da far schizzare alcuni Paesi del continente latino-americano in alto nelle statistiche, soprattutto di alcune città.

Secondo aspetto: il repentino cambiamento demografico è corrisposto a un repentino cambiamento nell'immagine sociale di questi gruppi. Da essere brave donne che venivano a occuparsi dei nostri anziani, hanno cominciato a essere un problema: a ridosso del 2002-2003 abbiamo cominciato a leggere gli articoli di giornale che parlavano del degrado dei parchi cittadini; nel 2004 è cominciata una campagna per la chiusura e la recinzione di alcuni parchi, perché bisognava tenere fuori i "barbari", queste famiglie che occupavano lo spazio di tutti.

## Allargare lo sguardo per comprendere

Per comprendere cosa è accaduto dobbiamo allargare lo sguardo e decentrarlo nei Paesi di emigrazione. Scopriamo alcune cose.

Una prima considerazione: quello che per noi è un flusso migratorio nuovo, che ci ha costretto a fare i conti con un cambiamento repentino, è in realtà un flusso migratorio maturo, molto maturo. Un flusso che ha alle spalle 30 e più anni di storia di corrente emigratoria verso gli Stati Uniti. Il fatto che sia un flusso maturo comporta che quei Paesi di provenienza siano stati fortemente cambiati dall'esperienza migratoria: hanno mutato il proprio modello di sviluppo. I soldi, le rimesse inviate, non servono a costruire ospedali, fabbriche e a sviluppare un tessuto produttivo; più spesso le rimesse servono a sviluppare funzioni di status. Un portafoglio un po' più pieno permette di comprare una casa più grande, consente uno stile di vita migliore di quello di partenza, scalando la scala sociale soprattutto in termini di affermazione. Ecco perché il rapporto tra emigrazione e sviluppo è così contraddittorio.

La maturità del flusso comporta ancora un altro effetto. Più passa il tempo, più i flussi sono meno selettivi: all'inizio chi parte è quello che ha più spirito di intraprendenza, che ha una rete a cui poter fare riferimento nel momento in cui si debbano fronteggiare delle crisi; partono quelli più strutturati, quelli che hanno potenzialmente maggiori possibilità di avere un progetto migratorio che va a buon fine. Più passa il tempo, più arrivano tutti gli altri, comprese persone che magari nel proprio Paese hanno sperimentato dei percorsi di esclusione, di fragilità sociale, che magari sono disoccupati di lunga durata, che magari non hanno concluso la propria carriera di studi. Dall'Ecuador non arriva più la media borghesia di Quito, che cerca di aumentare il proprio

Per corrispondenza:

Massimo Conte

e-mail: [massimo.conte@codiciricerche.it](mailto:massimo.conte@codiciricerche.it)

il punto su

portafoglio perché non vuole sentirsi schiacciata verso il basso, ma cominciano ad arrivare settori popolari dei suburbi. Altro aspetto: il flusso migratorio maturo incomincia a vedere arrivare le donne. Spesso, per moltissime correnti migratorie, il primo migrante è un maschio: perché ci sono differenze di genere che spaccano tutte le società; perché sono molto più forti i supporti retaggi culturali; perché molte delle professioni che vengono svolte nei contesti di arrivo sono per maschi. Le donne arrivano quando ormai la migrazione è un'esperienza acquisita e quando anche, dal punto di vista sociale, è legittimo che una donna parta. Spesso perché la migrazione è diventata una via di fuga socialmente accettata per scappare da rapporti di coppia, per fuggire da vincoli familiari e provare ad affermarsi come soggetto indipendente e autonomo laddove invece la famiglia tende a chiudersi.

### Arrivano le famiglie

Ultimo cambiamento: non partono più solo persone, partono e arrivano le famiglie. L'idea che il migrante sia un migrante che come arriva così se ne andrà per tornare al suo paese risulta sempre meno vera. Quando parliamo di famiglie che arrivano sulla scena migratoria, parliamo di una stabilizzazione dei flussi migratori: le famiglie hanno bisogno di servizi; hanno bisogno di curarsi; hanno bisogno di mandare a scuola i propri figli; hanno bisogno di case più grandi (non si possono accontentare del posto letto). In questo quadro di cambiamenti così complessi cominciano ad apparire nei servizi famiglie latino-americane. Durante il nostro lavoro sul campo ci siamo occupati non solo di giovani, ma di donne, famiglie, associazioni latino-americane. Le donne intervistate sul perché avessero operato così in fretta, almeno ai nostri occhi, la scelta del ricongiungimento lo hanno spiegato in modo diverso: il bisogno di tornare a essere madre; il bisogno di ricomporre una famiglia che si era in qualche modo lacerata al momento della partenza; il bisogno di avere qualcuno con cui condividere il peso della migrazione; il bisogno di portare i propri figli a vedere che cosa vuol dire vivere in migrazione. Quale che sia il motivo, questa scelta di stabilizzazione avviene senza che ci

siano le condizioni di stabilità: non c'è un lavoro fisso che consenta di ragionare in termini di prospettiva di vita; l'inserimento nel mercato del lavoro è precario perché è prevalentemente nelle fasce meno tutelate, meno protette, meno qualificate dal punto di vista dell'immagine sociale della nostra società; è precario l'inserimento abitativo (casi di ricongiungimenti familiari fatti a partire dal posto letto, o fatti affittando temporaneamente un appartamento indebitandosi, per abbandonarlo immediatamente dopo l'arrivo dei propri figli). Questa stabilizzazione senza stabilità crea immediatamente un elemento di precarietà, di fragilità nei percorsi della struttura familiare, che mette in crisi da subito.

Altro elemento di complessità: il ricongiungimento familiare visto con gli occhi dei ragazzi è una rottura; è una lacerazione là dove noi vediamo invece il rimettere insieme i pezzi. I ragazzi crescono avendo intorno a sé amici, famiglie, un progetto di vita, immaginandosi gli adulti di domani. Se i soldi che manda la mamma dall'Italia servono per iscriversi al liceo o a un istituto superiore, il ragazzo ha di fronte a sé un'idea di carriera e di ascesa sociale che è diversa da quella dei compagni di scuola o di quartiere. Il ragazzo viene strappato da questo progetto personale per andarsi a ricongiungere con genitori che lo hanno lasciato nel momento in cui sentiva di averne un grande bisogno. Il genitore è quello che lo ha ferito con una prima lacerazione, e a cui non si ricongiunge in maniera neutrale. All'aeroporto non riconosce la madre, che, in alcuni casi, lo viene a prendere con un nuovo compagno, con dei figli nati in Italia (sono fratelli? sì? no? Intanto non li conosce, intanto parlano italiano e non li capisce: già questo introduce molte ragioni di crisi).

Rottura, lacerazione: ma in nome di che cosa? Il ragazzo aveva in mente di andare avanti, di stare un po' meglio degli altri. Invece, il futuro che si trova davanti, quello che può realisticamente prevedere, corrisponde al presente della madre: pieno di dignità e di lavori socialmente fondamentali, ma certamente non in cima alla scala del prestigio sociale. A scuola arriva in un momento in cui il problema della lingua taglia le gambe, in cui non ci sono i facilitatori di apprendimento, non ci sono interventi di sostegno

reali. La lingua deve essere veloce, se la deve giocare in fretta, incomincia a essere status sociale nei gruppi di classe. Non solo la lingua, ma il gergo che parlano i compagni, le scarpe che danno punteggio. Inizia, allora, un percorso di progressiva caduta se non c'è intorno qualcuno che accoglie in questa caduta, se la scuola non riesce più a essere reale agenzia di socializzazione.

Le donne riescono a reggere il sacrificio in migrazione perché è giustificato da una triplice dislocazione del loro progetto di vita: io mi sacrifico per qualcun altro, perché mio figlio stia meglio, perché i miei genitori possano integrare la pensione che hanno (dislocazione sul soggetto); il mio progetto si realizza in un altro luogo, mi sacrifico qui perché poi al mio paese starò bene (dislocazione sul luogo) – mi sacrifico adesso perché starò bene domani (dislocazione su un altro tempo). Questa triplice dislocazione consente di reggere il sacrificio.

Un ragazzino di 15 anni come può accettare di aspettare un altro luogo, un altro tempo per stare bene e magari starà bene qualcun altro? L'etica del sacrificio non sta in piedi e l'illusione diventa una bella chimera. Né il nostro ragazzo può accettare l'integrazione subalterna, ovvero di essere integrato stando al passo della società in una condizione di precarietà.

### La disaffiliazione

Una delle risposte messe in atto è quella che possiamo definire disaffiliazione, termine che prendiamo in prestito dalla sociologia dell'esclusione sociale e che prova a qualificare il versante soggettivo dell'esclusione sociale, descrivendo la processualità che c'è dietro, e a capire che sono processi che, in quanto tali, hanno una natura sistemica. L'espressione qualifica il fatto che c'è anche un progressivo ritirarsi in quella che a Milano è stata definita la "Milano latina", un mondo costruito all'interno del mondo, fatto di pari, di dinamiche che si riconoscono a riconoscersi, di una lingua in cui si riesce a riconoscersi, di consumi culturali che perfettamente fanno sentire il ragazzo a proprio agio. Una disaffiliazione che è al contempo reattiva – usata come strategia per reagire a qualcosa che fa male nella società di accoglienza –, adattativa – una nicchia ecologica che il ragazzo si crea e dove sta bene – e perfor-

mativa – nel momento stesso in cui la pratica, crea il proprio mondo di riferimento. È una disaffiliazione creativa: questo progressivo ritirarsi dai vincoli con la nostra società, percepita come una società che butta fuori, consente la creazione di una nuova società con propri linguaggi e proprie dinamiche.

Girando per le discoteche e le scuole, andando a incontrare i ragazzi nei bar, ci si rende conto che questa disaffiliazione creativa non riguarda più i giovani latino-americani. Nei gruppi di strada, nelle bande troviamo italiani, ragazzi che provengono da tutto il mondo: bande latine con ragazzi musulmani che fanno il ramadan. Molto probabilmente dietro l'apparente elemento etnico dell'esser latino-americani c'è un isomorfismo dei percorsi, delle traiettorie, delle sofferenze dei ragazzi che mette in comunicazione questi mondi. È l'assenza delle condizioni che rendono praticabile il progetto di vita: "Ho una famiglia in cui non mi riconosco, non ho agenzie di socializzazione che posso prendere sul serio, di fronte a me non ho una prospettiva di futuro credibile e allora ... andate a quel paese che io mi costruisco il mio". In questo c'è una incredibile capacità di sinergia, di costruzione e di forza di legami tra i ragazzi.

Purtroppo questa disaffiliazione, se rafforza legami e crea un mondo entro cui essi sono possibili, contemporaneamente rafforza il profilo di esclusione: c'è un meccanismo di retroazione, un feedback per cui quanto più io mi sottraggo, tanto più vengo messo ai margini. E in ciò c'è un elemento di problema, perché questa generazione di ragazzi che noi stiamo crescendo in questo ambiente è una generazione con elementi di forte crisi: la violenza tra pari e una sessualità precoce che spesso viene utilizzata come strategia di affermazione del proprio essere donna con l'unico codice in qualche modo legittimato. L'essere una ragazzina che a 14 anni mette al mondo un figlio significa affermare il proprio

potere di donna, di essere che dà vita, che genera. Poco importa che una bambina partorisca un bambino: intanto quella bambina riesce ad affermarsi come soggetto che esiste, con un linguaggio tanto immediato e tanto doloroso quale è quello della gravidanza precoce, che costringe qualcuno a prendersi carico di lei e a riconoscere che esiste; costringe i consultori a dire "tu ci sei"; costringe la famiglia a farsene qualcosa. Anche il consumo di alcol che caratterizza questa socialità è sempre più problematico.

#### Affrontare le criticità

Questi profili di criticità vanno affrontati: concentrarsi sulle dinamiche violente dei gruppi di strada, su aspetti folcloristici del porsi dei ragazzi, fa dimenticare il fatto che questi ragazzi stanno parlando di noi, delle nostre politiche sociali, del modo in cui i mezzi di informazione trattano alcune questioni, del modo in cui i nostri servizi si fanno carico di questi nuclei familiari. Nel parlare di noi stanno chiedendo che ci siano politiche sociali, che ci siano politiche di intervento. Ben vengano progettualità innovative da questo punto di vista. Abbiamo bisogno di una politica che una volta tanto si assuma la responsabilità dell'essere politica, cioè del prefigurare una società possibile. Non ci si può aspettare il governo delle emergenze da parte di servizi che sono costretti a misurarsi con emergenze quotidiane e con un carico enorme rispetto a risorse limitate. Non si può accettare e legittimare una cultura dell'emergenza da parte degli enti locali, da parte degli enti programmatori, da parte di chi si occupa di politiche sociali. ♦

#### Bibliografia essenziale

- Bugli V. Diventare latinos e latinas a Milano. In: Visconti LM e Napolitano EM. Cross generation marketing. Ed Egea, 2009.
- Del Sole B. Incontrandosi nel parco: progetti di ricerca-intervento per la comunità ecuadoriana di Milano. In: Tanzi E. Luoghi di integrazione e convivenza. Ed Egea, 2008.
- Laffi S (a cura di). Le pratiche dell'inchiesta sociale. Ed dell'asino, 2009.

## Quaderni acp

www.quaderniacp.it

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della  
Associazione Culturale Pediatri  
www.acp.it

### GRAZIE AI NOSTRI REVISORI

Il buon esito di una rivista è fondato sulla alleanza fra direzione, redazione e revisori.

L'attività dei revisori è fondamentale per l'attendibilità e la qualità del prodotto finale.

Noi ringraziamo pertanto i revisori esterni che hanno contribuito alla qualità di *Quaderni acp* nel 2009.

- Augusto Biasini
- Roberto Buzzetti
- Adriano Cattaneo
- Francesco Ciotti
- Carlo Corchia
- Mario Cutrone
- Patrizia Elli
- Stefano Gorini
- Luigi Gualtieri
- Fabrizio Fusco
- Beppe Mazzagù
- Federico Marchetti
- Giorgio Tamburlini
- Silvia Zanini

Un grazie anche a *Giovanna Benzi* che ha curato la scelta delle immagini per la copertina e la grafica della rivista.

# Un bambino con febbre al ritorno da un viaggio

Maria Rosaria Licenziati\*, Maria Ludovica Genna\*\*, Gerardino Amato\*\*, Paola Passalacqua\*\*\*, Paolo Siani\*

\*UOC di Pediatria, AORN A. Cardarelli, Napoli; \*\*UOC Laboratorio Patologia Clinica; \*\*\*Pediatria di Famiglia, AUSL Na 1

## Abstract

### *A child coming back from a trip with fever*

The authors report a case malaria due to *Plasmodium falciparum* in a 12 years old boy who came back to Italy after a three months stay in his country of origin: Guinea Conakry. The diagnostic suspect came from various factors: a recent stay in a country where the disease is endemic, a fever resistant to antibiotics and an inadequate prophylaxis. The presence of *Plasmodium falciparum* in thin blood smear confirmed the diagnosis. Therapy with mefloquine allowed to quickly resolve the disease.

Quaderni acp 2009; 16(6): 261-263

**Key words** Malaria. *Plasmodium falciparum*. Mefloquine

Riportiamo un caso di malaria da *Plasmodium falciparum* in un bambino di 12 anni, tornato in Italia dopo un soggiorno di tre mesi nel suo Paese di origine: la Guinea Conakry. L'anamnesi del viaggio recente in un Paese con malaria endemica e della profilassi non adeguatamente osservata, la febbre resistente alla terapia antibiotica, l'esame obiettivo e una missione umanitaria in Guinea ci hanno fatto porre il sospetto di malaria. La diagnosi è stata confermata dalla presenza del plasmodio nello striscio di sangue periferico. La tempestività e l'adeguata scelta della terapia hanno consentito la rapida risoluzione del caso.

**Parole chiave** Malaria. Plasmodio. Meflochina

## La storia e l'obiettività

Samuel è un bambino di 12 anni, figlio di genitori immigrati dalla Repubblica di Guinea, nato in Italia. Viene inviato presso la UOC di Pediatria dell'AORN "A. Cardarelli" di Napoli, dal pediatra di famiglia perché da 5 giorni presenta febbre molto elevata, preceduta da brividi scuotenti e associata a cefalea; deferenza accompagnata da abbondante sudorazione. Assume da tre giorni cefalosporina orale senza effetti sui sintomi. Dall'anamnesi risulta che da due settimane era rientrato da un soggiorno di tre mesi in Guinea Konakry. La madre riferisce che durante il soggiorno in Africa il bambino ha fatto profilassi antimalarica, ma in modo discontinuo. Ha febbre (TC 39,9° C). All'esame obiettivo ha mucose pallide, c'è alterazione dello stato di coscienza con un lieve stato confusionale e sonnolenza, risposta positiva agli stimoli dolorifici, assenza di segni di irritazione meningea. È modestamente disidratato, ha una tachicardia (FC 155/min), fegato e milza di consistenza molle, palpabili rispettivamente a 2 cm e 3 cm dall'arcata costale. Non ha ittero. Sono evidenti numerose cicatrici discro-

niche, prevalentemente acromiche specie agli arti inferiori, forse riferibili a punture di insetti e a lesioni da grattamento (figura 1).

## Gli esami e il percorso diagnostico

Gli esami sono compatibili con un quadro infettivo, associato a lieve anemia microcitica e piastrinopenia: GR 4.160.000/mm<sup>3</sup>, Hb 9,7g/dl, Ht 29%, MCV 70 fl, MCH 23,3 pg, GB 6130/mm<sup>3</sup>, N 51,2%, L 41,8%, PLT 38.000/mm<sup>3</sup>. Indici di flogosi elevati: VES 38 mm dopo 1 ora, PCR 148,8 mg/dl, LDH 1009 UI/l. Normali l'emogasanalisi, la glicemia, la creatininemia, l'azotemia, gli elettroliti serici, le transaminasi, la bilirubinemia e l'esame delle urine.

Sulla base dell'anamnesi, del quadro clinico e delle analisi di laboratorio viene escluso il sospetto di meningite e di sepsi delle vie urinarie. Nel sospetto di febbre tifoidea vengono raccolte emocolture.

Al medico di guardia in Pediatria, che aveva partecipato di recente a una missione in Guinea, il bambino ricordava uno di quelli affetti da malaria che aveva osservato a Conakry; e difatti Samuel

veniva proprio da quelle zone. Ne aveva l'aspetto clinico e le stesse lesioni agli arti inferiori. Esegue allora due gocce spesse, colate per la ricerca di parassiti, e quattro strisci in strato sottile di sangue periferico per l'identificazione della specie con May Grumwald-Giemsa.

L'esame microscopico delle due gocce spesse e uno striscio periferico non evidenziano plasmodi, mentre l'esame microscopico degli altri tre strisci risulta positivo per la presenza di trofozoiti ad anello, di numerose formazioni intraeritrocitarie riconducibili a infezione da *Plasmodium falciparum* (figura 2).

## La diagnosi

La diagnosi è quindi di malaria. Samuel viene inviato in un ospedale contumaciale dove il test rapido immuno-cromatografico per ricerca di parassiti malarici su sangue periferico presenta positività per *P. falciparum*. Un nuovo esame microscopico con colorazione di May Grumwald-Giemsa su goccia spessa e striscio di sangue periferico conferma la presenza di alcuni trofozoiti e rari schizonti di *P. falciparum*.

Gli altri esami evidenziano un aggravamento dell'anemia (GR 3.050.000/mm<sup>3</sup>, Hb 7,8 g/dl, Ht 23,7%, GB 6800/mm<sup>3</sup> PLT 35.000 mm<sup>3</sup>) e una iniziale alterazione dei parametri coagulativi: anti-trombina III 72% (VN 80-120 mg/dl), D dimero 1140 ng/ml (VN 0-500 ng/ml).

Viene iniziata terapia con meflochina alla dose di 25 mg/kg (*Lariam* cpr 250 mg: 1 cpr ogni 8 ore), poiché Samuel proveniva da un Paese con malaria endemica clorochino-resistente. Vi si fa precedere la somministrazione di metoclopramide perché la meflochina provoca frequentemente nausea. Si aggiunge terapia di supporto (reidratazione parenterale) per 24 ore [1].

## Il decorso

Dopo circa 24 ore il bambino è sfebbrato. Inizia un miglioramento dell'anemia (GR 3.430.000/mm<sup>3</sup>, Hb 8,8 g/dl, Ht 26%

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: paolo.siani@ospedalecardarelli.it

il caso che insegna

**FIGURA 1: CICATRICI DISCROMICHE, PREVALENTEMENTE ACROMICHE**

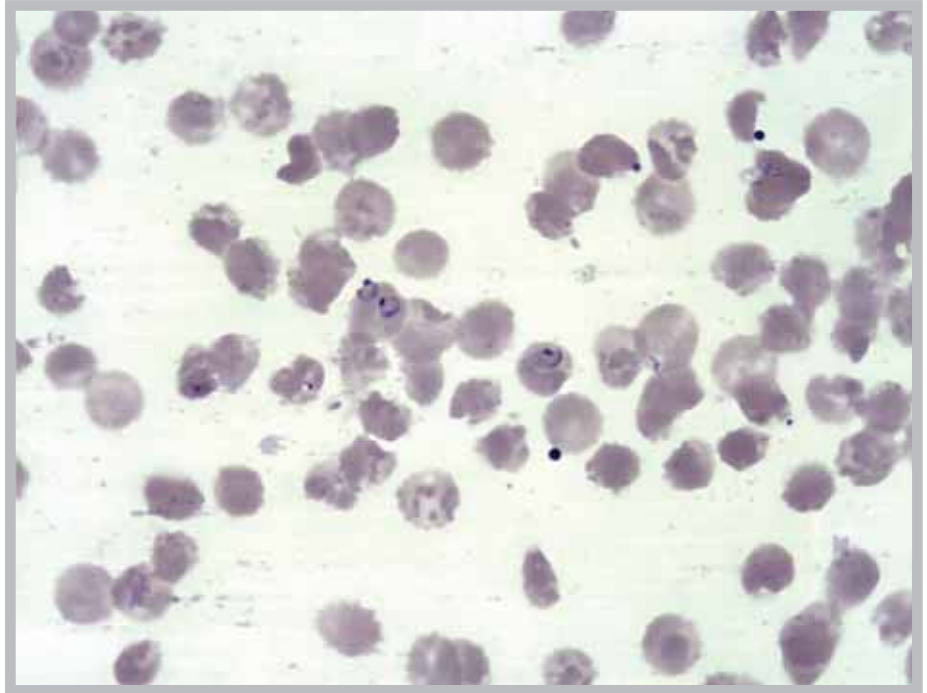


figura 3). Si normalizza il valore delle piastrine ( $216.000/\text{mm}^3$ ). Dopo 4 giorni di ricovero viene dimesso con diagnosi di “malaria da *P. falciparum* (terzana maligna)” e terapia domiciliare con acido folico. Al controllo effettuato 20 giorni dopo la dimissione, i valori di laboratorio, lo striscio periferico e l’obiettività clinica sono risultati nella norma.

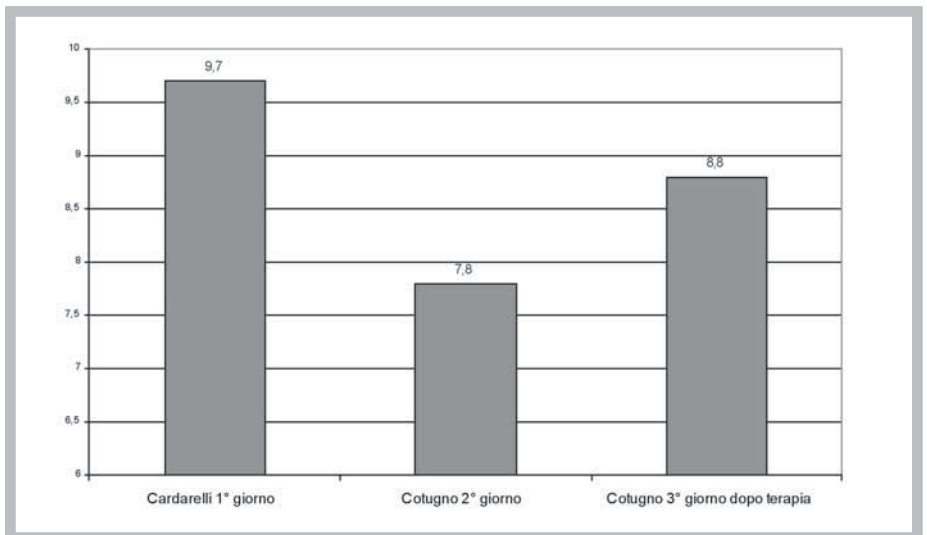
**Discussione**

La malaria è una condizione patologica oggi poco nota ai pediatri italiani, ma che potrebbe assumere un sempre maggiore rilievo. Può colpire sia bambini adottati che avevano già contratto il parassita prima di giungere in Italia, sia, ed è il caso più frequente, figli di immigrati che ritornano, periodicamente, nel loro Paese di origine con i genitori [2]. Poiché i sintomi della malaria sono aspecifici, il sospetto di malaria va sempre posto di fronte a un paziente con febbre persistente e anamnesi di un viaggio recente in zone a rischio, anche quando è stata effettuata chemiopprofilassi. Questa potrebbe essere stata inefficace perché inappropriata rispetto alla zona visitata o inadeguata perché fatta in modo discontinuo o incompleto. Nel nostro caso l’anamnesi del viaggio in una regione di malaria endemica, la probabile inappropriata profilassi antimalarica suggerita dalla madre, hanno fatto porre il sospetto diagnostico. Samuel è stato aiutato dal fatto che nel febbraio 2008 un medico

**FIGURA 2: STRISCIO DI SANGUE PERIFERICO IN CUI SI RILEVA LA PRESENZA DI PIÙ TROFOZOITI PER GLOBULO ROSSO E TROFOZOITA AD ANELLO**



**FIGURA 3: ANDAMENTO DEI VALORI DI EMOGLOBINA**



della UOC di Pediatria aveva partecipato alla 2<sup>a</sup> missione in Repubblica di Guinea per realizzare un progetto di formazione sulla “Prevenzione e il recupero della malnutrizione infantile in Guinea”. Aveva visitato i reparti pediatrici dei due più importanti Ospedali Universitari di Conakry: Donka e Ignas Deen, dove erano stati osservati molti bambini con meningite, bronchiolite, tubercolosi e soprattutto malaria che è endemica e si

presenta, molto spesso, con complicanze cerebrali.

Gli elementi clinici di sospetto, oltre alla febbre e alle sue caratteristiche, sono stati l’epatosplenomegalia, l’anemia e la trombocitopenia.

Il riscontro di parassiti malarici all’esame microscopico dello striscio di sangue periferico è stato diagnostico di malaria [3]. Goccia spessa ed esame del sangue periferico in strato sottile sono esami de-



sueti. La goccia spesso è molto utile in caso di bassa parassitemia ma non permette un esame comparativo; solo un semplice riscontro della presenza di trofozoiti. L'esame dello striscio andrebbe eseguito durante gli accessi febbrili o durante la fase del brivido per migliorare le probabilità di diagnosi. Più vetrini vanno strisciati contemporaneamente e l'esame microscopico deve essere eseguito con grande pazienza e accuratezza. Attualmente è stato introdotto l'uso dei test rapidi (Rapid Diagnostic Tests RDTs). Si tratta di strisce che, messe a contatto con una goccia di sangue del paziente, danno una reazione colorimetrica se è presente l'antigene malarico. I vantaggi dei test rapidi si basano sulla standardizzazione della metodica e sulla elevata sensibilità, anche in caso di bassa parassitemia. Lo svantaggio consiste nella scarsa precisione del test perché non permette di effettuare una sicura diagnosi di specie, potendo distinguere esclusivamente la malaria da *P. falciparum*, da quella da *non-falciparum*. Nel caso di Samuel l'esame morfologico ha evidenziato le caratteristiche tipiche del *P. falciparum* cioè la presenza di più parassiti per globulo rosso, doppio corpo di cromatina e assenza di granulazioni intraeritrocitarie [4-5]. Secondo l'OMS la malaria è una malattia curabile se la diagnosi è tempestiva e se la scelta della terapia tiene conto della zona di provenienza [6]. È importante, per la diagnosi precoce, riconoscere i sintomi in riferimento al contesto sociosanitario di provenienza del paziente, oltre che una buona comunicazione tra pediatri di famiglia e pediatri ospedalieri. Ci sembra utile che il pediatra che opera in una società multietnica, come ormai è la nostra, approfondisca la conoscenza dei contesti di vita da cui provengono bambini extracomunitari al fine di inquadrare e gestire le patologie di importazione tipiche delle loro zone di provenienza, la cui diffusione potrebbe aumentare negli anni a venire.

Il nostro caso poteva essere grave e fatale, anche per la presenza di un iniziale interessamento cerebrale e di una iniziale alterazione dei parametri coagulativi: D-dimero e antitrombina III.

Il D-dimero è un prodotto di degradazione della fibrina, la cui presenza nel san-

gue dipende dall'attivazione della coagulazione. La misurazione del D-dimero può essere richiesta, assieme ad altri esami, quale ausilio diagnostico nel sospetto di coagulazione intravascolare disseminata (CID). L'antitrombina III è l'inibitore fisiologico della coagulazione. I valori di antitrombina III si riducono in corso di CID per aumentato catabolismo, che interessa buona parte dei fattori della coagulazione.

### Cosa abbiamo imparato

Forse noi pediatri dovremmo ristudiare o meglio studiare la malaria per l'aumento di probabilità di incontrarla. Un buon consiglio è quello di leggere il capitolo di 9 pagine, con molte illustrazioni, del Nelson che suggerisce di tenere presente che ogni bambino con febbre o malattia apparentemente sistemica che abbia viaggiato nell'ultimo anno in un'area endemica deve fare pensare a una "lifethreatening malaria regardless the use chemoprophylaxis" [7]. Probabilmente questo ancora non accade e nel caso nostro ci ha aiutato la presenza in reparto di una esperienza certo casuale. La malaria infatti esiste ancora a livello endemico in una gran parte di Paesi tropicali e subtropicali, è causata da uno dei quattro protozoi del genere *Plasmodium*: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae*. I parassiti più comuni sono il *P. vivax* e il *P. falciparum*. Il primo, presente in tutta l'Asia, l'Africa, il Medio Oriente e l'America, può provocare infezione ma raramente determina la morte. Il *P. falciparum*, invece, è la specie più aggressiva, con il più alto tasso di mortalità e in aumento a livello mondiale; è ubiquitario, anche se è più diffuso in Africa. La prevenzione e il trattamento della malaria da *P. falciparum* rappresentano ancora un problema complesso anche dove i programmi di eradicazione sembravano avviati al successo, per la forte espansione della resistenza insorta nei vettori verso gli insetticidi e nei plasmodi verso i chemioterapici. In particolare, il trattamento delle infezioni da *P. falciparum* pone problemi legati alla farmaco-resistenza che si è instaurata in molte aree endemiche. Per quanto riguarda il nostro Paese, nel 1970 l'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiarò l'Italia come zona indenne dal pericolo della malaria,

ma essa è comunque inclusa tra le malattie infettive di classe III e come tale soggetta a notifica obbligatoria. I casi di malaria notificati sono nella quasi totalità, di importazione; la malattia è stata contratta durante viaggi per turismo, lavoro o missioni umanitarie, o è presente in casi di pazienti recentemente immigrati da zone endemiche. Ogni anno vengono notificati dai 600 ai 1000 casi. Dei 3354 casi denunciati nel quinquennio 2002-'06 il 29% riguardava italiani e il 71% cittadini stranieri [7]. Nel 94% dei casi la malaria era stata contratta in Africa ed era dovuta nell'85% a *P. falciparum*, con una letalità dello 0,6%. Negli italiani il maggior numero di casi è stato rilevato nel mese di gennaio, periodo che segue quello di maggior flusso turistico per ferie natalizie, mentre negli stranieri il maggior numero di casi è stato registrato nel mese di settembre, periodo che segue al ritorno dai Paesi di origine dopo le ferie [8]. Anche questo è un dettaglio da tenere presente. ♦

### Bibliografia

- [1] Griffith KS, Lewis LS, Mali S, Parise ME. Treatment of Malaria in the United States. JAMA 2007;297:2264-77.
- [2] Ladhani S, Aibara RJ, Riordan FA, Shingadia D. Imported malaria in children: a review of clinical studies. Lancet Infect Dis 2007;7:349-57.
- [3] Stauffer W, Fischer PR. Diagnosis and treatment of malaria in children. Clin. Infect. Dis. 2003;37:1340-8.
- [4] Moroni M, Esposito R, De Lalla F (a cura di). Manuale di malattie infettive, 4ª edizione. Milano, 1996, pag. 603-15.
- [5] Hayhoe FG, Flemans RJ. Ematologia. Testo atlante a colori. Edizione italiana a cura di F. Mandelli. Roma: Lombardo Editore, 2ª edizione 1983, p. 203.
- [6] WHO. Guidelines for the treatment of malaria. 2006, Switzerland.
- [7] Kliegman RM, et al. In: Nelson Textbook of Pediatrics, 18ª Edition 2007, pp. 1477-85.
- [8] Boccolini D, Romi R, D'Amato S, et al. Sorveglianza della Malaria in Italia e analisi della casistica del quinquennio 2002-2006. Giornale Italiano di Medicina Tropicale 2007;12:1-4.

# info: notizie

## Conflitto d'interessi? Ci prova Obama

L'Institute of Medicine (IOM) ha elaborato un progetto per il contrasto al conflitto di interessi ripreso dal *NEnglJMed* del 21 luglio (2009;360:2160-3). Di seguito i punti principali del documento.

- Si raccomanda attenzione al conflitto di interessi ("a set of circumstances that creates a risk that professional judgment or actions regarding a primary interest will be unduly influenced by a secondary interest") da parte delle istituzioni mediche.

- Il Congresso USA dovrebbe elaborare un programma che obblighi le industrie a rendere pubbliche le somme versate a medici, a società professionali e di pazienti, a fondazioni connesse e providers di ECM.

- Le università e i centri di ricerca dovrebbero ridurre la partecipazione a ricerche sull'uomo di ricercatori con i suddetti conflitti di interesse.

- Il conflitto di interessi dovrebbe essere materia di studio nei *curricula* formativi.

- L'industria dovrebbe essere tenuta fuori dagli eventi ECM.

- Medici e società professionali, ospedali e università dovrebbero rivedere i loro rapporti con l'industria: rifiutare ogni regalo, accettare solo "payment at fair market value for a legitimate service in specified situations", non collaborare a eventi controllati dall'industria o contenuti contribuiti "written by someone who is not identified as an author or who is not properly acknowledged" e non dovrebbero accettare campioni di farmaci.

- Le industrie dovrebbero rivedere i loro rapporti con i medici non offrendo regali, cene, campioni, non chiedendo di scrivere articoli come *ghost writers*: non dovrebbero coinvolgere i medici e i pazienti in operazioni di marketing travestiti da ricerche.

- Chi redige linee guida dovrebbe essere libero da conflitti di interesse.

- Le istituzioni che intendono elaborare linee guida dovrebbero costituire comitati liberi da conflitti.

- Il *National Institute of Health* dovrebbe rivedere le regole federali relative ai conflitti.

- Gli organi di sorveglianza dovrebbero fornire incentivi alle istituzioni che adottano meccanismi di controllo sui conflitti.

- I *Department of Health and Human Services* dovrebbero finanziare un programma per affrontare i conflitti.

## Ted Kennedy e il Codice

In occasione della morte di Ted Kennedy occorre ricordare che il senatore è stato il politico americano che, nella seconda metà degli anni '70, ha raccolto la voce di alcune suore missionarie che denunciavano l'enorme e tragico numero di bambini che morivano, soprattutto di diarrea, polmonite e denutrizione, a causa dell'abbandono dell'allattamento al seno in favore del latte artificiale: secondo l'Unicef circa 4 milioni all'anno!

Sensibile a questo richiamo, il senatore Ted Kennedy chiese la creazione di una commissione d'inchiesta del Senato USA, e ne fu il presidente. Come tale, coordinò le relative indagini e intervistò tutte le parti in causa: esperti in nutrizione e salute pubblica, altri politici, rappresentanti di ONG e altre organizzazioni, religiosi, rappresentanti dell'industria. La commissione concluse che vi era una specifica responsabilità dell'industria in quei milioni di morti, legata soprattutto alle strategie di marketing, che avevano bisogno di un'adeguata regolamentazione. L'idea fu ripresa dall'Unicef e dall'OMS, che istituirono il gruppo tecnico che presentò varie bozze del Codice Internazionale. Il Codice fu approvato il 21 maggio 1981 dall'Assemblea Mondiale della Sanità. Ma il vento politico negli USA aveva cambiato direzione. Tutti i lavori preparatori, con l'appoggio di Ted Kennedy, avevano avuto luogo sotto la presidenza Carter, ma al momento del voto, il 21 maggio 1981 a Ginevra, la presidenza USA era nelle mani di Ronald Reagan, che ovviamente fece astenere il suo delegato. Fu così che gli USA, assieme alla Somalia, furono gli unici Paesi a non votare il Codice, che pure aveva visto la luce, si può dire, proprio negli USA; anche se si deve ricordare che le denunce più famose dei danni causati dal latte artificiale erano state fatte anni prima in Inghilterra. È del 1974 la pubblicazione di *The Baby Killer*, e addirittura del 1939 la denuncia della pediatra Cicely Williams; ma queste denunce non avevano dato vita all'idea di una regolamentazione del marketing.

## Più complicanze con il virus A/H1N1 nelle gravide

Le gravide hanno avuto un maggior rischio di complicazioni nelle epidemie

influenzali del 1918-19 e 1957-58. Dati di sorveglianza del CDC in USA, nei mesi di aprile e maggio 2009, rivelano che il ricovero ospedaliero delle gravide (0,32/100.000 donne gravide) è stato superiore a quello della popolazione a rischio (0,076/100.000). Da metà aprile al 23 giugno si sono registrati 7 decessi di donne gravide avvenute in 87 casi totali di infezione da H1N1 accertata. La *causa mortis* è stata l'insufficienza respiratoria in corso di polmonite. I dati sono molto preliminari e con molti probabili bias, ma in attesa di conferma viene suggerita una particolare attenzione al problema con adeguate misure preventive rivolte alle gravide (*Lancet* 2009;374: 429 e 451).

## L'infezione con virus A/H1N1 nei bambini

Al Birmingham Children Hospital sono stati rivisti i primi 78 casi di bambini con infezione da A/H1N1. Queste le caratteristiche

- Età media 5,7 anni (0,1-16,3); 56% maschi.

- Aspetti clinici: solo il 40% rientra nella definizione sintomatologica dell'Health Protection Agency (HPA) che prevede febbre o storia di febbre uguale o superiore a 38° C e altri due sintomi fra tosse, mal di gola, rinorrea, dolori articolari, vomito o diarrea, cefalea o una malattia "lifethreatening". Si tratta quindi di un'indicazione molto carente dal punto di vista pratico.

- I sintomi più frequenti erano febbre (80%), ma su 64 disponibili alla valutazione 12 non avevano febbre o storia di febbre di almeno 38° C, tosse (73%), rinorrea (61%). Altri segni meno frequenti nell'ordine vomito, tachipnea, mal di gola, fischi. Quanto a patologie preesistenti il 40% aveva asma (non meglio definita dagli Autori), pneumopatie croniche, ritardo dello sviluppo, prematurità, malattie endocrino-metaboliche.

- Durata media della malattia: 24 ore.

- Complicanze: 6 richiesero cure intensive senza che avessero patologie preesistenti; 10 su 63 (15,8%) infezioni batteriche (otiti, infezioni respiratorie, una appendicite). Furono usati antibiotici in 22/61 (36%) con una valutazione a posteriori di notevole inappropriatazza. L'oseltamivir fu usato in 25/65.

# sulla salute

Alla Unità di terapia intensiva del Greet Hormond Street Hospital di Londra è stato fatto un confronto fra i sintomi dei bambini ricoverati per "critical illness" con infezione da A/H1N1 e quelli dei bambini ricoverati in terapia intensiva nell'influenza stagionale 2004-2007.

## **Influenza stagionale 2004-2007**

- Ricoverati 58 bambini.

- Età media 2,7 anni (19 sett.-7,6 anni) 33% maschi.

-Aspetti clinici: esordio con malattia respiratoria (83%), segni neurologici (16%); patologie preesistenti (55%) di cui 12% neurologiche, 7% respiratorie; 5 erano nati prematuri.

- Decessi 9 (18%).

## **Infezione da A/H1N1**

- Ricoverati 13 bambini fra il 26 giugno e il 20 luglio 2009.

- Età media 9 anni, quindi più "vecchi" dei bambini con influenza stagionale.

- Aspetti clinici: 8 bambini hanno esordito con shock scarsamente rispondente alle catecolamine, mentre nessuno shock c'è stato all'esordio dell'influenza stagionale. Il 77% aveva patologie preesistenti (solo 3 non ne avevano): 5 paralisi cerebrali gravi con epilessia o malformazioni, 1 enteropatia con neutropenia cronica, 1 sickle cell disease, 1 leucemia acuta, 1 diabete, 1 asma.

- Decessi 8 (61%), compreso un bambino senza patologia preesistente e con infezione streptococcica.

- Degenza media dei sopravvissuti: 12,4 gg (3-27).

Il commento degli Autori è che si tratta di dati assolutamente preliminari; ciò che può interessare i rianimatori è l'esordio con shock e la scarsa responsività alle catecolamine nei bambini con infezione da A/H1N1. Anche se la valutazione percentuale è scarsamente indicativa, degli 8 decessi (61%) sui 13 ricoverati infatti 5/13 (38%) sono riconducibili allo shock e 3/13 (23%) ad altre cause (2 infezioni, 1 insufficienza renale) (Lancet 2009; 374:605-7).

## **Il Decreto Brunetta e la Sanità**

La bozza del Decreto Brunetta prevede che i dipendenti pubblici, per l'attribuzione dei "premi", saranno classificati in tre fasce di merito.

Il 25% sarà nella fascia "alta" e si vedrà attribuito il 50% delle risorse disponibili, un altro 50% nella fascia media avrà la

restante metà; l'ultimo 25% non avrà nulla. Uno su quattro dei dipendenti di una UO ospedaliera o territoriale non avrà quindi nulla, anche se l'UO avesse, per ipotesi, raggiunto tutti gli obiettivi prefissati. Sarà quindi estremamente difficile per il responsabile delle UO la gestione di un siffatto modello: potrebbe trovarsi in una situazione in cui ogni compito attribuito ai collaboratori è stato attuato e dovere comunque effettuare una classificazione che farebbe perdere a uno su quattro la corresponsione del premio. Questo almeno secondo la bozza attuale (Il Sole24ORESanità 7-13/07/2009).

## **La migrazione dei laureati**

Il Rapporto SVIMEZ 2009 rileva che nel 2004 si è trasferito al Nord il 28% dei laureati meridionali con il massimo dei voti; nel 2008 la percentuale è salita di circa un terzo. Provengono prevalentemente da Sicilia, Campania e Puglia, e sono diretti in Lombardia, Lazio ed Emilia Romagna.

## **Il processo AIFA**

Non sarà la Procura della Repubblica di Torino, ma quella di Roma, a giudicare Nello Martini, già direttore dell'AIFA, imputato di avere provocato "un disastro per aver, per colpa, imprudenza, imperizia, negligenza e inosservanza delle norme relativamente al funzionamento dell'AIFA, messo in commercio medicinali altamente pericolosi per la salute e la vita dei pazienti in quanto difettavano delle indicazioni terapeutiche".

La Cassazione ha infatti dichiarato inammissibile il ricorso che la Procura della Repubblica di Torino in persona di Raffaele Guariniello aveva presentato alla Cassazione per opporsi al trasferimento degli atti a Roma. L'inchiesta si è conclusa da qualche tempo ed è ora all'esame del giudice dell'udienza preliminare che il 19 novembre dovrà decidere sulla richiesta di rinvio a giudizio. Tutti attendono con ansia il verdetto.

## **Ospedale amico dei bambini: siamo a 18**

L'Ospedale Sacra Famiglia di Erba (CO) è stato nominato "Ospedale amico dei bambini". È il primo Ospedale della Lombardia e di tutto il Nord-Ovest ad avere questo riconoscimento. Compli-

menti a Francesco Morandi, responsabile della neonatologia!

## **Lettera dei "Nograziepagoio" sull'ECM**

I "Nograziepagoio" hanno inviato una lettera ai componenti e al coordinamento della Commissione nazionale ECM per chiedere una formazione a "sponsorizzazione privata zero" nella quale discutono se si possa fare a meno della sponsorizzazione privata: oltre il 50% dell'ECM dipende da essa. Ma quale formazione ha bisogno di sponsorizzazione? Ne hanno bisogno i grandi convegni, i workshop, gli eventi che richiedono relatori e viaggi internazionali, grandi cene, eventi mondani. Questo è anche il tipo di formazione risultata meno efficace e che meno incide sulla qualità delle cure. I "Nograziepagoio" sostengono, invece, che si possa fare completamente a meno della sponsorizzazione privata se l'ECM è organizzata:

- in lavoro a piccoli gruppi, in reparto, in ambulatorio, in laboratorio, nelle sedi dei servizi territoriali;

- con obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza, che si raggiungono con gruppi di lavoro tra pari, basati sull'esame critico e sul confronto della propria pratica clinica (audit e feedback), con stage, con metodologie appropriate di formazione sul campo (progetti di miglioramento e di ricerca-intervento finalizzati a risolvere criticità, adozione concordata di protocolli ecc.).

Se avete letto nella prima notizia di questa rubrica cosa propone l'Institute of Medicine, i "Nograziepagoio" sono in buona compagnia!

## **Uccelli e musica**

Per diventare buoni cantanti quanto conta la genetica e quanto l'istruzione? In certe specie di fringuelli solo il maschio canta e insegna ai figli maschi la canzone. Senza istruzione i fringuelli figli cantano, ma non sono bene intonati. Tutto appreso dunque? In condizioni estreme il canto può anche emergere senza istruzione. Nella progenie di fringuelli che non hanno avuto un'adeguata istruzione c'è comunque una progressione del canto, attraverso le generazioni, verso la normalità; insomma, in carenza di istruzione, la genetica se la cava da sola sia pure più lentamente (Le scienze 2009;8:27).

# Che cosa non ha funzionato?

Fabio Arcangeli

UO di Dermatologia, Presidio Ospedaliero Bufalini, AUSL Cesena

*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

### What hasn't worked?

*While tinea corporis well responds to local antifungal therapy it is not the same for tinea capitis. Its therefore important for the paediatrician to consider this difference, even when diagnosis and treatment are correct and in time. Tinea capitis therapy is based on well dosed griseofulvin (25 mg/kg) for at least two months.*

*Quaderni acp 2009; 16(6): 266-267*

**Key words** Tinea corporis. Tinea capitis. Griseofulvin. Terbinafine

*La tinea corporis risponde bene al trattamento con antimicotici topici; non è così per la tinea capitis. Anche quando il pediatra opera una diagnosi corretta e tempestiva, deve tener conto della differente risposta delle due forme. Nel caso della tinea capitis deve usare la griseofulvina, ma deve anche dosarla adeguatamente (25 mg/kg), e somministrarla per un tempo non inferiore ai 2 mesi.*

**Parole chiave** Tinea corporis. Tinea capitis. Griseofulvina. Terbinafine

## Matteo e il gatto

Matteo ha 6 anni, pesa 18 kg e ha in casa un gatto spelacchiato. Va dal pediatra per lesioni rotondeggianti, rosse, un po' desquamanti e ben definite, sparse su tutto il corpo. La mamma ha le stesse lesioni. Sono morfologicamente tipiche per tinea corporis multifocale. La diagnosi è quindi presto fatta e viene con-

fortata dal dato anamnestico della presenza del gatto, da cui il veterinario ha isolato il *Microsporum canis*. Matteo però mostra la stessa infezione anche al cuoio capelluto: presenta infatti una chiazza alopecica e squamo-crostosa (figura 1). Il pediatra prescrive terapia locale con antimicotico e terapia sistemica con terbinafine alla dose di 125 mg per via orale

(1 cp al giorno per 7 giorni). Ottiene una risoluzione delle lesioni delle parti glabre mentre persiste la lesione al cuoio capelluto. Viene intrapreso, allora, un trattamento con griseofulvina FP (125 mg due volte al giorno, equivalente a 14 mg/kg) per un mese.

## La lesione al capo rimane

La lesione rimane invariata e in più compare desquamazione diffusa a tutto il cuoio capelluto, per cui il pediatra chiede una consulenza dermatologica.

Il dermatologo, al momento dell'osservazione, rileva:

1. una lesione in chiazza squamo-crostosa con diradamento e presenza di capelli spezzati (figura 2);
2. una desquamazione diffusa furfuracea e secca anche in aree che non manifestano diradamento (figura 3);
3. esiti leucodermici rotondeggianti e ovalari a livello degli arti inferiori (figura 4) e del tronco nelle sedi pre-

**FIGURA 1: LESIONE AL CAPO: CHIAZZA ALOPECICA E SQUAMO-CROSTOSA**



**FIGURA 2: DIRADAMENTO E PRESENZA DI CAPELLI SPEZZATI**



**FIGURA 3: DESQUAMAZIONE DIFFUSA FURFURACEA E SECCA**



Per corrispondenza:  
Fabio Arcangeli  
e-mail: fabio.arcangeli4@tin.it

occhio alla pelle

cedentemente interessate dalle lesioni trattate con antimicotico locale.

Si possono quindi giudicare risolte le lesioni di *tinea corporis*, con persistenza di quelle di *tinea capitis*. La desquamazione diffusa anche in aree non alopeciche (figura 3) può essere interpretata come reazione psoriasiforme evocata dalla flogosi micotica oppure come una diffusione dell'infezione.

Un esame colturale viene eseguito sia sul materiale cheratosico prelevato a livello della chiazza che nelle aree circostanti, mediante il kit ACU-DTM, un terreno di coltura per dermatofiti a temperatura ambiente. Dopo 15 giorni l'esame dà esito positivo per entrambi i campioni con viraggio del colore dall'arancione al rosso in tutti e due i preparati (figura 5).

#### Lo stesso farmaco a dosaggio diverso

Viene instaurato un trattamento con griseofulvina a dosaggio di 25 mg/kg invece dei precedenti 14 mg/kg. Al controllo clinico, dopo due mesi di terapia con griseofulvina a questo dosaggio si rileva la completa risoluzione della lesione confermata dall'esito negativo dell'esame colturale (figura 6).

#### Cosa abbiamo imparato

1. La terapia locale è indicata per la *tinea corporis* ma non è sufficiente per la *tinea capitis*.
2. Il farmaco maggiormente efficace per il trattamento sistemico della *tinea capitis* non è la terbinafina (spesso inefficace, specie per terapie di breve durata) ma la griseofulvina.
3. La griseofulvina deve essere assunta, però, alla dose di 25 mg/kg di peso corporeo (3 cp e non 2 cp, come proposto nel primo ciclo).
4. La durata della terapia, solitamente non inferiore a due mesi, è decisa in base alla bonifica clinica e microbiologica della lesione (esame colturale di controllo).
5. L'infezione dermatofitica del cuoio capelluto può diffondersi dal focolaio primario, inizialmente anche senza evidenza di diradamento, anche con aspetti francamente psoriasiformi. ♦

#### Bibliografia essenziale

– Bennett ML, Fleischer AB, Loveless JW, Feldman SR. Oral griseofulvin remains the treat-

**FIGURA 4: ESITI LEUCODERMICI ROTONDEGGIANTI E OVALARI**



**FIGURA 5: IL KIT ACU-DTM**



**FIGURA 6: GUARIGIONE DOPO 6 SETTIMANE DI TERAPIA CON GRISEOFULVINA**



ment of choice for tinea capitis in children. *Pediatr Dermatol* 2000;17:325-6.

– Fleece D, Gaughan JP, Aronoff SC. Griseofulvin versus terbinafine in the treatment of tinea capitis:

a meta-analysis of randomized, clinical trials. *Pediatrics* 2004;114:1312-5.

– Kliegmann RM, et al. In: *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18<sup>th</sup> Edition, 2007:2746-8.

# H1N1/2009: un aggiornamento

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

**Parole chiave** H1N1. Pandemia. Vaccino anti-H1N1

Il virus H1N1/2009 continua a circolare mostrando comportamenti diversi nelle varie aree geografiche. In Australia sembra scomparso dopo l'epidemia dei mesi scorsi, nel Regno Unito e in USA è in corso una seconda ondata, da noi circola da mesi in forma strisciante e ora (ottobre) appare in ascesa.

Il timore che il virus H1N1/2009 potesse creare grandi dissesti sociali, finora non si è avverato. Un rapporto australiano dichiara che le assenze del personale sanitario hanno raggiunto un picco massimo dell'1,4%.

I dati preliminari, pubblicati di recente sulle epidemie trascorse in Canada, USA, Australia, Nuova Zelanda e Messico, risentono delle diversità nei sistemi sanitari, dell'accesso alle cure, densità di popolazione, condizioni igieniche e sociali, clima, altitudine [1-2-3-4]. Tuttavia mostrano alcune caratteristiche comuni. Il numero di morti è uguale o inferiore a quello dell'influenza stagionale, spostate però verso le età più giovani. Il decorso è lieve nella stragrande maggioranza dei casi (anche asintomatico), ma in alcune persone compaiono sintomi gravi che richiedono il ricovero in terapia intensiva e possono avere esito fatale. È molto difficile definire un tasso di morbilità e letalità perché il denominatore (i casi di malattia) è incerto.

La natura delle forme gravi è ancora oggetto di indagine anche con l'aiuto di studi sugli animali [5]. Vengono descritte polmoniti virali primarie, co-infezioni e sovra-infezioni batteriche, shock catecolamino-resistente, compromissione d'organo e multi-organo. Il CDC europeo ha prodotto un nuovo Risk assessment che ridimensiona le previsioni precedenti, ipotizzando un tasso di letalità inferiore allo 0,1% sulle forme sintomatiche [6]. Valuta inoltre che buoni servizi sanitari saranno in grado di affrontare un eventuale picco epidemico senza gravi contraccolpi, se pure con forte impegno dei reparti anche di terapia intensiva.

Per corrispondenza:  
Luisella Grandori  
e-mail: [luisegra@tin.it](mailto:luisegra@tin.it)

## Chi è più a rischio

I dati disponibili confermano che il rischio di complicazioni è maggiore per chi ha malattie croniche, per le gravide specie nel terzo trimestre e per gli obesi. Più raramente le forme gravi interessano persone senza fattori di rischio. Nell'infanzia le malattie neurologiche sono quelle più spesso associate a esito infausto. I bambini sani, pur con un'alta frequenza di malattia, hanno complicanze molto rare. Alcuni segnalano un maggior rischio sotto i 2 anni. Lo svantaggio sociale gioca un ruolo importante in alcuni gruppi di popolazione e ancor più preoccupa ciò che potrebbe accadere nei Paesi poveri, soprattutto in Africa per la grande prevalenza di malati di AIDS.

## La prevenzione

Le attuali tecnologie per l'allestimento dei vaccini determinano alcune criticità nell'affrontare virus in continuo cambiamento, come quelli influenzali, o un evento improvviso come la pandemia. Per l'influenza stagionale rimane sempre – oltre all'efficacia incerta – l'incognita della sovrapposizione virale e per la pandemia i tempi stretti costringono ad autorizzazioni affrettate come quella a cui abbiamo assistito, basata sui dati di altri prodotti e studiata su piccoli numeri di bambini. Sugli adiuvanti avremmo bisogno di studi sulla sicurezza anche a lungo termine. Dai primi riscontri clinici sembra che gli antivirali migliorino l'evoluzione dei casi gravi da H1N1, specie se assunti entro 48 ore. I possibili effetti collaterali rappresentano, però, un serio motivo di cautela per la somministrazione al di fuori delle situazioni di rischio, specialmente nei bambini [7]. Forse sarebbe meglio investire maggiori risorse (non solo uno spot televisivo) negli unici strumenti che si sono dimostrati efficaci nell'impedire la diffusione di tutti i virus respiratori: le misure igieniche e di distanza sociale che sono facilmente attuabili almeno nei Paesi sviluppati.

## Una conoscenza in divenire

Le conoscenze sul nuovo virus sono in continuo divenire. I rapporti pubblicati finora segnalano i limiti dovuti alla fretta con cui sono state raccolte le informazioni, alla conferma di laboratorio non

sempre disponibile, con conseguente sottostima o sovrastima del fenomeno, alla provenienza dei dati da ospedali selezionati su base volontaria che può costituire un bias.

In tutti i Paesi interessati dall'epidemia si notano difformità nella diffusione del virus sul territorio e nella gravità della malattia. Evidentemente esistono fattori ancora non conosciuti che interagiscono con il comportamento del virus. Un recente contributo di Jefferson, *Clinical Evidence* del *BMJ* segnala una possibile distorsione nella visione dello scenario complessivo. In alcuni rapporti dei CDC di Atlanta si nota in effetti che i ricoveri e le morti per infezione accertata da H1N1/2009 sono una minoranza rispetto a quelli dovuti a sindromi simil-influenzali (influenza-like illness, ILI) di eziologia non nota. Quali sono le cause di questi altri eventi? Un ulteriore vuoto conoscitivo da colmare.

## Una comunicazione difficile

Le tante incertezze collegate alla malattia, alla sua evoluzione e alle sue possibili rare complicanze, così come all'efficacia e alla sicurezza dei vaccini disponibili, rendono particolarmente impegnativa la comunicazione con le famiglie. Sarà un esercizio che metterà alla prova le nostre capacità di informare e decidere insieme, caso per caso. Per aiutare i pediatri in questo compito difficile, l'ACP mette a disposizione continui aggiornamenti sul sito [www.acp.it](http://www.acp.it). ♦

## Bibliografia

- [1] The ANZIC Influenza Investigators. Critical care services and 2009 H1N1 influenza in Australia and New Zealand. *N Engl J Med* 2009. Published online, October 7, 2009.
- [2] Kumar A, Zarychanski R, Pinto R, et al. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) infection in Canada. *JAMA*. Published online, Oct 12, 2009.
- [3] Jain S, Kamimoto L, Bramley AM, et al. Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April-June 2009. *N Engl J Med* 2009. Published online, October 7, 2009.
- [4] Domínguez-Cherit G, Lapinsky SE, Macias AE, et al. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) in Mexico *JAMA*. Published online, October 12, 2009.
- [5] WHO. Clinical features of severe cases of pandemic influenza. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 13, October 16, 2009.
- [6] ECDC Interim risk assessment. Pandemic H1N1 2009. September 25, 2009.
- [7] Jefferson T, Jones M, Doshi P, et al. Possible harms of oseltamivir a call for urgent action. *Lancet* 2009;374:1312-3.

# Uso degli antivirali nei bambini: il punto della situazione

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

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

**Parole chiave** Oseltamivir, Zanamivir, Tamiflu, H1N1

## L'EMA autorizza l'uso dell'oseltamivir anche nei bambini con meno di 6 mesi

La Commissione dei Medicinali per Uso Umano (CHMP) dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha valutato che in caso di influenza pandemica i possibili benefici della terapia con i farmaci antivirali (oseltamivir, zanamivir) nei bambini di età inferiore a un anno siano superiori ai rischi. Ha pertanto autorizzato l'impiego del farmaco *Tamiflu*<sup>®</sup> (oseltamivir) nel trattamento dell'influenza da virus A/H1N1 anche nei bambini di età inferiore a 6 mesi e nella prevenzione dopo esposizione al virus anche nei bambini di età inferiore a un anno.

Poiché le evidenze di efficacia nella profilassi dell'influenza stagionale sono scarse, il CHMP ritiene che l'eventuale utilizzo del farmaco sia preceduto da un'attenta valutazione dei benefici e rischi su base individuale da parte del medico. La dose raccomandata per il trattamento è di 2 mg/kg di peso corporeo per i neonati fino a un mese di vita, 2,5 mg/kg nei bambini da uno a 3 mesi di vita, e 3 mg/kg dai 3 mesi a un anno, 2 volte al dì per 5 giorni. Per la profilassi dopo esposizione è stata autorizzata la stessa dose giornaliera per 10 giorni di terapia.

Inoltre, la Commissione ha anche fornito istruzioni dettagliate sulla preparazione e sul dosaggio delle formulazioni "estemporanee" appropriate per i bambini di età inferiore a un anno, come le soluzioni da preparare al momento dell'uso a partire dalle capsule di *Tamiflu*. Tuttavia è bene ripetere che le evidenze di efficacia e di sicurezza d'uso del farmaco nei bambini di questa fascia di età sono limitate.

I dati utilizzati dall'EMA a supporto dell'estensione dell'indicazione derivano da quattro documenti relativi all'utilizzo dell'oseltamivir nell'influenza stagionale

su un totale di 2822 bambini di età inferiore a 1 anno, di cui 2 avevano come obiettivo la valutazione della sicurezza d'impiego.

L'unico dato di efficacia che viene fornito è la risoluzione della febbre che nell'82% dei trattati si è verificata entro le 36 ore dall'inizio del trattamento e nell'87% entro 48 ore. I dati sulla sicurezza di impiego dell'oseltamivir al di sotto dell'anno di età, derivano quasi esclusivamente da studi osservazionali (per un totale di 2400 lattanti esposti), e indicano un profilo di sicurezza simile a quello osservato nei bambini più grandi.

<http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/tamiflu/28514809en.pdf>

[http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/tamiflu/Tamiflu\\_PI\\_clean\\_en.pdf](http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/tamiflu/Tamiflu_PI_clean_en.pdf)

## Gli antivirali forniscono un beneficio modesto nel trattamento e nella profilassi dell'influenza

Una revisione sistematica che ha valutato il ruolo degli antivirali e l'efficacia degli antivirali (oseltamivir e zanamivir) nel trattamento e nella profilassi dell'influenza stagionale nei bambini di 1-12 anni, ha concluso che il beneficio di questi due farmaci è modesto. La revisione ha considerato un totale di sette studi clinici randomizzati, quattro riguardanti il trattamento e tre la profilassi.

Gli studi concernenti il trattamento (due lo zanamivir e due l'oseltamivir) avevano incluso un totale di 1766 bambini. Tre studi riguardavano bambini sani e uno bambini asmatici.

Gli studi sulla profilassi (due con zanamivir e uno con oseltamivir) avevano incluso 863 bambini: 427 trattati con farmaci e 436 controlli.

Per quanto riguarda il trattamento dell'influenza stagionale, gli antivirali sono risultati in grado di ridurre la mediana di risoluzione dei sintomi di 0,5-1,5 giorni. I due studi con oseltamivir hanno riportato una riduzione della mediana di risoluzione della malattia (risoluzione di tutti i sintomi e della febbre e ritorno a scuola) tra 0,4 e 1,5 giorni. Nei soggetti con asma il trattamento con antivirali non ha ridotto il numero di esacerbazioni. Riguardo alla profilassi post-esposizione, il trattamento con zanamivir e oselta-

mivir ha ridotto il rischio assoluto di ammalarsi di influenza dell'8% (IC 95% 5-12). Il numero di persone da trattare per evitare un contagio domestico è risultato di 13 (IC 95% 9-20).

Shun-Shin M, et al. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009;339:b3172.

## La metà dei bambini trattati con oseltamivir presenta effetti indesiderati

Più della metà dei bambini trattati con oseltamivir ha presentato effetti indesiderati. È quanto è emerso da due survey che hanno valutato le risposte di bambini e ragazzi inglesi a cui era stata raccomandata, dal medico curante, la profilassi farmacologica antinfluenzale.

Nella prima survey, alla quale hanno risposto 103 bambini su 256 a cui era stata somministrato il questionario via internet, il 53% dei bambini e ragazzi ha segnalato almeno un effetto indesiderato. Gli effetti indesiderati più frequenti sono risultati: nausea (29%), dolori addominali (20%), insonnia (12%). Il 18% dei bambini ha, inoltre, riportato uno o più sintomi di tipo neuropsichiatrico come scarsa concentrazione, insonnia, senso di stordimento, incubi. L'89% dei bambini e ragazzi a cui è stata offerta la profilassi ha assunto il farmaco almeno una volta, ma di questi solo i 2/3 ha completato i 10 giorni di trattamento. L'aderenza alla terapia è risultata più elevata negli studenti della scuola secondaria (76%), mentre solo il 48% dei bambini della scuola primaria ha completato i 10 giorni di profilassi. Risultati simili sono emersi da una survey effettuata su 248 studenti di una scuola nel Galles del Sud. Il 77% di questi ha assunto l'oseltamivir per 10 giorni. Il 51% dei bambini ha presentato almeno un effetto indesiderato, tra cui quelli più frequenti sono risultati: malessere (33%), cefalea (24%), dolori addominali (21%), astenia (17%), vomito (11%).

Kitching A, et al. Oseltamivir adherence and side effects among children in three London schools affected by influenza A(H1N1)v, May 2009 - an internet-based cross-sectional survey. *Euro Surveill* 2009;30;14:19.287.

Wallensten A, et al. Compliance and side effects of prophylactic oseltamivir treatment in a school in South West England. *Euro Surveill* 2009;14:19.285. ♦

Per corrispondenza:  
Antonio Clavenna  
e-mail: [clavenna@marionegri.it](mailto:clavenna@marionegri.it)

# Usa la testa...

# Gioca pulito!

I ragazzi per fare sport non hanno bisogno di assumere sostanze o integratori.

Lo sport è **impegno, costanza, allenamento**, ma soprattutto **divertimento**.

Dire di no al doping vuol dire essere **leali** verso sé stessi e verso gli altri.

Dire di no al doping vuol dire **vincere!**

vedi pag. 280

Carlo, Luca e Fabrizio Ravanelli per

**ACP**  
ASSOCIAZIONE  
CULTURALE PEDIATRI / UMBRIA



# Ascolto di musica in cuffia e rischio di deficit uditivo

## Abitudini degli adolescenti e possibilità di prevenzione

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

**Parole chiave** Adolescenti. Inquinamento acustico. Ipoacusia. Musica

Con il termine di inquinamento acustico si intende la presenza di rumori nell'ambiente, tali da provocare disturbo al riposo e alle attività umane e pericolo per la salute.

La rumorosità ambientale è un problema diffuso, ubiquitario. Il 20% della popolazione europea è esposto a livelli di rumore diurno e notturno, tali da causare danni alla salute. Il rumore può essere pericoloso per i suoi effetti sul sonno e le relazioni tra il sonno e la salute, oltre a determinare direttamente danni per l'udito [1-2]. Al rumore ambientale va aggiunto, particolarmente in età adolescenziale, il rischio correlato agli stili di vita individuali, e in particolare alle modalità di ascolto della musica.

È dimostrata una correlazione tra intensità e durata dell'esposizione al rumore e la comparsa di lesioni a carico dell'orecchio interno, con quadri che vanno dai tinniti fino ad abbassamenti della soglia uditiva, prima temporanei e poi permanenti. Tali effetti si evidenziano in modo soggettivo e oggettivo solo dopo periodi lunghi [3].

Negli ultimi anni diversi studi hanno segnalato la presenza di alterazioni dell'udito anche in adolescenti non esposti professionalmente al rumore. Una survey del 1994 su un campione di 5249 ragazzi americani, di età compresa tra 6 e 19 anni, riporta una prevalenza del 12,5% di alterazioni della soglia uditiva mono o bilaterali, identificandone la causa in una esposizione cronica a rumori intensi, come l'ascolto della musica [4].

L'analisi di focus group effettuati con ragazzi olandesi tra i 12 e i 18 anni evidenzia come quasi tutti possiedano un MP3 e come quasi tutti lo utilizzino spesso al massimo volume per tempi lunghi [5]. Con riferimento ai parametri in vigore per i lavoratori, e ricordando che il livello di energia sonora (dB) è una misura logaritmica, viene considerata rischiosa l'esposizione a 89 dB per sette

ore/settimana. Su questa base si stima che circa il 5-10% degli utilizzatori di lettori MP3 sia ad alto rischio di sviluppare deficit uditivi permanenti dopo un periodo di 5 anni di esposizione [6].

### Come e quanto ascoltano la musica gli adolescenti

I nuovi apparecchi per riproduzione musicale, che utilizzano la tecnologia MP3, permettono di ascoltare la musica a volume molto più elevato dei precedenti, grazie alla quasi assoluta assenza di distorsione.

Per analizzare la diffusione di questo fenomeno un gruppo di Autori olandesi ha effettuato uno studio mediante questionario che ha coinvolto 1512 ragazzi di età compresa tra 12 e 19 anni, rappresentativi dell'intera popolazione [7]. I lettori MP3 vengono utilizzati per l'ascolto di musica dall'89,9% di essi, quasi nella totalità mediante l'utilizzo di cuffie intrauricolari, che aumentano l'energia sonora di ulteriori 5-6 decibel. Il 26,1% di chi utilizza MP3 ascolta musica mediamente per più di tre ore al giorno, il 48% la ascolta a volume elevato (superiore a  $\frac{3}{4}$  della potenza massima dello strumento), aumentando ulteriormente il volume durante l'ascolto in circa il 60% dei casi. Gli Autori concludono auspicando che vengano fatti maggiori sforzi per informare i ragazzi sui rischi di queste abitudini.

### Quali strategie per ridurre il rischio di ipoacusia

Nel 2008 un gruppo di esperti, ricercatori, medici pratici e di comunità, esperti di musica e di intrattenimento, assieme a consulenti delle attività di vigilanza è stato invitato a individuare politiche utili a modificare il rischio della perdita di udito provocata dall'utilizzo di MP3 e i loro determinanti. In sostanza a identificare interventi finalizzati a modificare il comportamento degli adolescenti e le eventuali misure di protezione necessarie alla loro tutela [8].

Le principali conclusioni sono state queste: da una parte la necessità di una maggiore informazione agli adolescenti sul rischio di perdita di udito connesso all'ascolto ad alto volume, da effettuarsi possibilmente mediante campagne di salute pubblica e mediante l'educazione nella scuola; dall'altra la necessità che i produttori siano incoraggiati dalle autorità alla vendita di lettori musicali sicuri, con un minore livello di emissione musicale e con le indicazioni in decibel della potenza emessa.

In attesa di interventi legislativi in tal senso, sembra necessario che tutti i pediatri siano sensibilizzati su questo problema in modo da poter mettere in atto le possibili contromisure. ♦

### Bibliografia

- [1] Politiche future in materia di inquinamento acustico - Libro verde della Commissione Europea /\* COM/96/0540 DEF \*.
- [2] Night noise guidelines for Europe. World Health Organization 2009 [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090904\\_12](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090904_12).
- [3] Bronzaft A. The increase in noise pollution: what are the health effects? *Nutr Health Rev*1996; 78:2-7.
- [4] Niskar AS, Kieszak SM, Holmes AE, et al. Estimated Prevalence of Noise - Induced Threshold Shift Among Children 6 to 19 Years of Age: The Third national health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994, United States. *Pediatrics* 2001; 108:40-3.
- [5] Vogel I, Brug J, Hosli EJ, et al. MP3 Players and Hearing Loss: Adolescent's Perceptions of Loud Music and Hearing Conservation. *Pediatrics* 2008; 52(3):400-4.
- [6] SCENIHR (Scientific Committee on Emerging and Newly-Identified Health Risks), Scientific opinion on the Potential health risks of exposure to noise from personal music players and mobile phones including a music playing function, 23 September 2008.
- [7] Vogel I, Verschuure H, Van der Ploeg C, et al. Adolescents and MP3 Players: Too Many Risks, Too Few Precautions. *Pediatrics* 2009;123:e953-8.
- [8] Vogel I, Brug J, Van der Ploeg C, et al. Strategies for the Prevention of MP3-Induced Hearing Loss Among Adolescents: Expert Opinions From a Delphi Study. *Pediatrics* 2009;123:1257-62.

Per corrispondenza:

Giacomo Toffol

e-mail: [giacomotoffol.191.it](mailto:giacomotoffol.191.it)

# 10 Stories the world should hear more about



## Le pietre miliari sui diritti umani: il nuovo protocollo incentiva i diritti economici, sociali e culturali

Rubrica a cura di Stefania Manetti

Anche per il 2008 l'ONU ha pubblicato le Ten Stories, che come sempre cercano di mettere sotto i riflettori dei media i problemi che affliggono parti del nostro pianeta, come la forte mancanza di sicurezza nella Repubblica Centro Africana, la situazione degli indigeni Colombiani, le attuali carestie e i tanti popoli che continuano a lottare per sopravvivere. Ci sono inoltre storie, come quella pubblicata su questo numero, legate ai progressi sulla tutela dei diritti umani e sulla cooperazione internazionale.

Quando, nel 2008, la Dichiarazione sui Diritti Umani ha compiuto 60 anni, un aspetto innovativo passò inosservato. Con l'adozione del Protocollo Opzionale sulla Convenzione dei Diritti Economici, Sociali e Culturali, l'Assemblea generale dell'ONU votò per porre fine a uno squilibrio storico che aveva dato maggior peso ai diritti civili e politici. Il nuovo protocollo attiva e rende possibili meccanismi attesi a lungo per la protezione e sorveglianza dei diritti economici, sociali e culturali internazionali.

### La storia

I difensori dei diritti umani hanno per lungo tempo discusso affinché i diritti economici, sociali e culturali avessero lo stesso riconoscimento legale dei diritti politici e civili. Nel dicembre 2008 l'Assemblea generale ONU ha adottato il Protocollo Opzionale alla Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali. Per coloro che hanno sopportato in silenzio e per lungo tempo la mancanza di cibo, di case e di altre necessità basilari il nuovo protocollo offre finalmente la possibilità di protestare, di essere ascoltati e sostenuti dal Comitato ONU sui Diritti Economici, Sociali e Culturali. Navi Pillay, Alto Commissario per i Diritti Civili dice: "Il protocollo è la rassicurazione che queste problematiche verranno sostenute dall'ONU, per molti è un sogno che si avvera". Oggi più di un bilione di persone vive in povertà estrema. Più di un bilione e mezzo non ha accesso ad acqua pulita e servizi igienici, 500 milioni di bambini non hanno accesso alla istruzione primaria e più di un bilione di adulti non sa leggere o scrivere. L'ufficio

dell'Alto Commissario per i Diritti Umani (OHCHR) nel suo piano di azione del 2005 identifica la povertà come "la maggiore e più seria sfida per i diritti umani al mondo".

Nel tentativo di convincere la comunità internazionale ad adottare il Protocollo Opzionale, i suoi sostenitori hanno con successo dimostrato che i diritti culturali, sociali ed economici si devono legalmente rafforzare. Negli ultimi venti anni le decisioni dei tribunali sia nei Paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo hanno sostenuto campagne per l'adozione del protocollo. Dagli anni '80 la Corte Suprema Indiana ha agito sostenendo con forza anche il diritto a mezzi di sussistenza. La Corte Costituzionale Colombiana ha asserito che, per molte situazioni in cui manca l'accesso ai servizi sanitari, si possa parlare di una violazione al diritto di vita. La Corte Suprema Canadese, nel 1997, ha legiferato che il non fornire ai servizi sanitari interpreti per la lingua dei segni per persone sorde è una forma di discriminazione e un diritto negato. Tuttavia, fino ad ora, le persone affette da malnutrizione cronica o con un'assistenza sanitaria inadeguata, una mancanza di istruzione, carenza di case o di un insieme di queste situazioni, non avevano alcun diritto di petizione a livello internazionale. Il Protocollo Opzionale provvede dopo che i tentativi di risolvere questi problemi a livello nazionale siano falliti. Il Comitato può valutare l'azione intrapresa o no a livello nazionale in base alle risorse della nazione stessa e può quindi decidere se ci sia stata una violazione. È la nazione imputata che può disporre se

rinforzare e implementare le raccomandazioni del Comitato. "Il Protocollo Opzionale è una pietra miliare nella storia dei diritti umani universali", dice Ms. Pillay. "Sarà una possibilità, per la prima volta, per tutte le vittime di ottenere giustizia per le violazioni dei loro diritti economici, sociali e culturali a livello internazionale".

### Il contesto

Il Protocollo Opzionale è una formale procedura di protesta. Individui o gruppi che denunciano una violazione dei loro diritti ora possono, con il Comitato dei Diritti Culturali, Sociali ed Economici procedere a una richiesta di ammenda.

Il Protocollo Opzionale sarà operativo dopo la sua ratificazione da parte di 10 nazioni dal mese di settembre 2009. La Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali fu adottata dall'Assemblea Generale ONU nel 1966 e varata nel gennaio 1976. Essa riconosce, tra gli altri, il diritto al lavoro, alla sicurezza sociale, a un adeguato stile di vita, all'abitazione, al cibo, a raggiungere il massimo potenziale di sviluppo mentale e fisico, a una istruzione adeguata; il diritto di partecipare alla vita culturale e di poter apprezzare i benefici del progresso scientifico. ♦

### Per ulteriori informazioni

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR): Rupert Colville. Tel: +41 22 917 9767  
Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/index.htm>.

Ulteriori informazioni:

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

# Lavarsi le mani protegge contro le infezioni: lavale bene, proteggiti te stesso!

Daniele De Brasi (a cura di)

UO di Pediatria, Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale A. Cardarelli, Napoli

**Parole chiave** H1N1. Pandemia

La nuova influenza A (H1N1) sta generando allarme e preoccupazione.

Si parla tanto di farmaci e vaccini per fronteggiare l'arrivo dell'influenza, ma poca pubblicità si fa a un sistema sicuro ed efficace per combatterne la diffusio-

ne: il lavaggio delle mani. È dimostrato che un corretto lavaggio delle mani (assieme a un altro semplice intervento, cioè starnutire e tossire coprendo con un fazzoletto bocca e naso) riesce a contenere la diffusione di molte malattie infettive trasmissibili, quale appunto l'influenza.

Perciò imparare a lavare bene le mani significa limitare la diffusione dell'influenza. Ecco come fare. Lava le mani con acqua e sapone, ed asciugale bene (strofinale accuratamente). Per farlo bene misura il tempo cantando "Tanti auguri a te" due volte mentre le lavi e segui l'illustrazione in basso. ♦

- 0 - Bagna le mani con l'acqua.
- 1 - Usa abbastanza sapone da coprire l'intera superficie della mano.
- 2 - Strofini il palmo delle mani.
- 3 - Metti il palmo della mano destra sopra il dorso della sinistra con le dita intrecciate e viceversa.
- 4 - Poi, palmo contro palmo, con le dita intrecciate.
- 5 - Poi il dorso delle dita contro il palmo opposto.
- 6 - Strofini, ruotandolo, il pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa.
- 7 - Strofini in modo rotatorio avanti e dietro le dita della mano destra strette nel palmo sinistro e viceversa.
- 8 - Sciacqua bene le mani.
- 9 - Asciuga accuratamente con un fazzoletto monouso.
- 10 - Usa un fazzoletto per chiudere il rubinetto.
- 11 - ... e le tue mani sono pulite!

World Health Organization | Patient Safety | SAVE LIVES Clean Your Hands

Per corrispondenza:  
 Daniele De Brasi  
 e-mail: dandebrasi@hotmail.com

informazioni per genitori

# Libri: occasioni per una

## L'atto creativo di rappresentare la realtà



**John Berger**  
*E i nostri volti, amore mio, leggeri come foto*  
Bruno Mondadori, 2008  
pp. 154, euro 13

Chi non vorrebbe un amante così affascinante cui dedicare un libro già dal titolo? John Berger lo fa a ognuno di noi, condividendo con il lettore centoquaranta pagine tra narrazione in prosa e in versi, impossibili da classificare in genere letterario. L'autore, critico d'arte e di teatro, sceneggiatore, scrittore, pittore, traduttore, commediografo, giornalista e ancora altro, è molto conosciuto nel mondo anglosassone. Oggi, a ottantadue anni, abita in uno sperduto paese nelle Alpi francesi e ha appena donato il suo ricchissimo archivio di manoscritti, lettere e foto alla British Library ([twitter.com/british-library](http://twitter.com/british-library)). Ma la sua grande generosità è quella di donare a ognuno di noi una ricchezza inesauribile di pensieri, riflessioni, momenti di bella poesia e di genuina intimità, presenti in ogni pagina di questo breve libro. Berger è un profondo conoscitore dell'animo umano ed è un abilissimo cultore della capacità percettiva sensoriale dell'uomo. Guardare, vedere e osservare non sono la ricostruzione di una realtà esterna, ma un vero e proprio atto creativo che avviene in ogni momento nella nostra mente. Tempo e spazio sono i due temi portanti di questo scritto, e Berger, all'epoca sessantenne, ci parla di amore, odio, separazione, confine, realtà e molto altro ancora, dischiudendoci un mondo di nuove e inesplorate idee. Percezione, sentimento e pensiero sono un cocktail sempre presente nei suoi libri. Se vi piacerà, non perdetevi gli altri libri tradotti in italiano, come, ad esempio, "Sul guardare", raccolta di saggi prevalentemente di critica d'arte disgiunti da ogni analisi di forma ma indissolubilmente legati all'esperienza dell'autore. Uno in particolare, *Campo*, l'osservazione di un prato durante una breve sosta a un passaggio a livello, nella sua disar-

mante semplicità, ci conduce in un'intima introspezione sul significato dell'esperienza.

Costantino Panza

## Scrivere, leggere, comprare e vendere libri

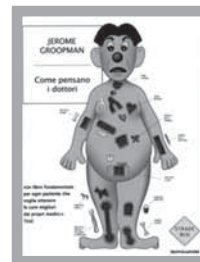


**Franco Foschi**  
*Libro azzurro*  
Armando Perdisa, 2008  
pp. 190, euro 14

Foschi è un pediatra bolognese che ha scritto sceneggiature radiofoniche e pubblicato poesie, racconti e romanzi. Questo suo libro ha come sottotitolo "Puntuario imperfetto per chi legge, chi scrive, chi compra e chi vende libri", che indica a chi sono rivolte le 799 riflessioni sulla scrittura e la lettura che lo compongono. Si tratta quasi sempre di pensieri brevi, nati dall'analisi delle opere di 371 autori. Sono illuminazioni che svelano molto di chi le ha meditate: i suoi gusti letterari, il modo in cui affronta il piacere della lettura e il mestiere della scrittura. Queste rivelazioni vanno gustate in silenzio, in solitudine, poco alla volta, quando l'animo nostro è disposto a essere interrogato dalle domande che Foschi fa al sé più profondo. In nota si trovano schizzi biografici dedicati agli scrittori più frequentati, veri e propri bozzetti dove persone e libri sono descritti con sagacia ed empatia. Di questa miniera di citazioni ne ricordo solo una, che commenta un antico indovinello sulla scrittura: "La penna incide sul foglio come l'aratro nella campagna. Chi scrive traccia il solco, semina, rende domestico ciò che prima era selvatico, fa ordine a partire dal caos. Ma il caos sta ancora sotto a quell'ordine: è un velo finissimo, una scommessa fragile. Basta girare la pagina e staccare lo sguardo perché il solco diventi meno profondo e la selva torni a guadagnare terreno".

Giancarlo Cerasoli

## La nostra mente professionale e il rapporto con i pazienti



**Jerome Groopman**  
*Come pensano i dottori*  
Mondadori, 2008  
pp. 232, euro 17

Che il medico sia fallibile, lo sospettavamo, ma che le percentuali di errore medico potessero arrivare fino al 50% non lo avremmo mai pensato! Per convincerci dei nostri errori dovremmo leggere questo bel libro di Jerome Groopman, professore di medicina all'Università di Harvard e direttore di un dipartimento di medicina sperimentale a Boston. Per spiegare "come pensano i dottori" e come i medici creino da sé i loro errori, l'autore non utilizza il linguaggio *medichese*, ma si esprime in un vocabolario alla portata di tutti, perché il suo obiettivo è rendere consapevoli i pazienti. Ci impratichiremo così di errori percettivi e di errori cognitivi che sono sempre in agguato all'interno dei nostri ambulatori: errori di pensiero, spesso causati dalle emozioni interne del professionista. Emozioni che noi medici non ammettiamo e, forse, nemmeno riconosciamo. Esplorando nell'euristica peculiare della scienza medica, ci imatteremo nel "commission bias", nel "vertical line failure", nel "search satisficing", ma anche negli errori di paradigma, di attribuzione e di conferma. I "modelli di riconoscimento distorto" e la "teoria dell'utilità attesa" diventano così schemi mentali che rischiamo di utilizzare quotidianamente nel nostro ragionamento diagnostico così come sentimenti di simpatia o antipatia (ben lontani dall'empatia) alterano la nostra capacità percettiva e cognitiva. Molte pagine interessanti sulla medicina specialistica: "Who you see is what you get" (dimmi chi ti visita e ti dirò cosa hai), ma anche il riconoscimento dell'importanza e del valore della medicina di base. Degno di attenzione è un capitolo dedicato alla pediatria ambulatoriale e ai problemi che affliggono i nostri colleghi pediatri di oltreoceano: un possibile rischio anche per la nostra attività. Un libro da leggere non per diventare perfetti perché, come direb-

# buona lettura

be Shakespeare, la perfezione è nemica della bontà, ma per comprendere meglio la nostra "mente" professionale.

Costantino Panza

## Aiutare bambini e adulti a capire gli altri con un libro di storie



**Paola Viezzer**  
*Siamo speciali.*  
Storie per aiutare i bambini a capire alcune diversità

Erickson, 2009  
pp. 126, euro 15

“Lui è rimasto sotto la sabbia più a lungo di te e dei tuoi fratellini, e per questo è un po’ più lento. Però vedrai che anche lui riuscirà a fare quello che fate voi, anche se a suo modo, e con i suoi tempi”. Per i genitori di bambini disabili, ma anche per chi opera nel mondo della cura dell’infanzia, è spesso difficile affrontare con i bambini i temi della diversità, della disabilità e della malattia. Raccontare storie ai bambini vuol dire aiutarli a imparare a vivere. Quelle scritte da Paola Viezzer, psicomotricista presso un centro di riabilitazione della provincia di Milano, pensate e avvalorate dall’esperienza sul campo con i bambini incontrati nella stanza di terapia, in realtà sono rivolte anche ai genitori, agli insegnanti e agli adulti di riferimento. Sono un possibile tramite per spiegare ai più piccoli “perché il loro fratellino o il loro amico ha un aspetto particolare, o si comporta in un modo strano, oppure non mangia quello che mangiano gli altri o a volte si sente male”. “Il coniglietto Tito e le parole salterine”, “Quando il buio incontrò la luce”, “La lumaca Dadà e i fili d’erba”, “La fabbrica dello zucchero”, “Un topolino a sei zampe”, “Sauro e le scosse”, “Il segreto di Clementina”, “La famiglia Alfabeto”, senza entrare in spiegazioni mediche, vogliono dunque aiutare i bambini a pensare e a capire che a volte crescere comporta anche sofferenza e dolore. E vogliono aiutare gli adulti a parlare loro di balbuzie, cecità, celiachia, diabete, disabilità fisica, epilessia, enuresi, iperattività. L’autrice mi ha detto quasi per caso di questo suo libro, un giorno nel mio ambulatorio, durante la visita a una delle sue due belle

e simpatiche bambine. Il suo auspicio è che “le storie possano essere lette come favola della buona notte, ma anche in classe o nel gruppo di lavoro, incoraggiando i bambini, una volta terminata la lettura, a raccontarsi con un disegno, con una frase o cercando a propria volta di inventare un racconto”. Le illustrazioni ai testi delle storie sono di Lucia Signoracci, mamma, creatrice di vetrate artistiche, attiva in laboratori dedicati nella scuola dell’infanzia e nella scuola primaria.

Federica Zanetto

## Scatti che raccontano la vita dei bambini del mondo



**Béatrice Fontanel e Claire d’Harcourt**  
*Bebé del Mondo*

L’Ippocampo, 2007  
pp. 280, euro 29,90

In questo libro il piacere della lettura si unisce a quello per la visione di splendide immagini che colgono “sul campo” la vita dei neonati che risiedono in molte aree geografiche. Sono centinaia di fotografie scattate da 16 ricercatori, soprattutto etnologi e antropologi, ma anche psicologi, geografi e medici. Ognuna di esse testimonia un particolare momento della giornata del bambino: i riti di protezione, pulizia e purificazione, il massaggio, la decorazione del corpo, l’acconciatura, la vestizione, il trasporto, l’alimentazione, la deambulazione, il dormire e la partecipazione alla vita della comunità. Accanto a esse c’è un sintetico commento nel quale le autrici offrono le coordinate geografiche ed etnologiche per decifrarle. Non si tratta di analisi esaustive sul come e perché si compie l’azione colta dall’obiettivo ma, piuttosto, di brevi riflessioni nelle quali sono illustrate alcune ipotesi avanzate dai ricercatori che si sono occupati della pratica fotografata. Completano il libro una interessante introduzione di Suzanne Lallemant, etnologa da sempre attenta all’evolversi della puericultura nel tempo, e una utile e aggiornata bibliografia.

Giancarlo Cerasoli

-A cosa pensa, Petra?  
-Pensare, io? L’ultima volta che ho pensato mi sono presa un tale spavento che ho giurato di non farlo mai più.

Alicia Giménez Bartlett

## Biologia, implicazioni e contesti culturali dell’attaccamento



**Cassidy Jude and Shaver Phillip R.**  
*Handbook of Attachment.*  
Theory, Research, and Clinical Application.  
2<sup>nd</sup> Edition

The Guilford Press, 2008  
pp. 1020, \$ 35  
(su Amazon.co.uk)

Da quando John Bowlby e Mary Ainsworth costruirono le basi della teoria dell’Attaccamento, tra gli anni ’60 e gli anni ’80 del secolo scorso, si può dire che si è chiusa un’epoca. Da allora le scienze psicologiche stanno vivendo una rivoluzione inaspettata. Teoria, ricerca scientifica e clinica psicologica attualmente non possono non confrontarsi con l’Attaccamento (quasi con la lettera maiuscola), ormai fatto accertato e non più teoria. Dalle prime ricerche di Bowlby sui bambini orfani della Seconda Guerra Mondiale supportati da studi in ambito etologico, evoluzionistico e psicoanalitico freudiano, passando alle conferme sul campo della Ainsworth in ambito etnografico e tramite la *Strange Situation*, oggi la teoria dell’Attaccamento è la base di partenza per studi sulla delinquenza, il divorzio, la costruzione della psiche nel bambino a ogni età fino a definire lo stile di attaccamento nell’età adulta e il legame di coppia; argomenti dei quali ci hanno parlato con molta competenza Annamaria Moschetti e Maria Luisa Tortorella ai Congressi ACP e sulle pagine dei *Quaderni*. In questo testo, scritto in inglese ma di facile lettura, in quaranta capitoli vengono rivisitati alla luce delle più recenti ricerche le prospettive biologiche dell’Attaccamento, a ogni età della vita, la patologia dell’Attaccamento e infine l’Attaccamento nei diversi contesti culturali e le implicazioni sulle politiche dell’accudimento all’infanzia. Un testo di riferimento per ogni ricercatore e clinico. Una vera e propria bibbia per chi voglia comprendere il significato biologico e la fondamentale importanza nella vita dell’uomo di quel delicato legame che si costruisce tra genitori e bambino all’interno di una struttura della psiche disegnata dalla genetica e dall’ambiente. Una lettura necessaria per un pediatra perché ancora spesso rischiamo di prendere decisioni cliniche in ambito psicologico senza una corretta comprensione della situazione familiare alla luce delle nuove conoscenze scientifiche.

Costantino Panza

P.S. Il costo si aggira sui cento euro, ma se lo ordinate su amazon.co.uk lo pagherete meno della metà.



## Brasile

Uno spazio culturale nella città brasiliana di Goiàs dal febbraio 2009 promuove il progetto “Nati per Leggere” con i bambini dai 3 ai 5 anni. Le due aule maggiormente utilizzate sono localizzate in una stessa costruzione con due spazi aperti contigui, dotati di libri, pupazzi, cuscini, sofà e tappeti.

I bambini hanno inoltre accesso a un teatrino di burattini, una videoteca e una biblioteca. Nella stessa struttura esistono poi un campo giochi all'aperto e due costruzioni: il Quilombo e la Oca Paranga, spazi privilegiati per il racconto dei miti africani e dei miti indigeni. Dal marzo 2009 è stato inserito il momento del “racconto di una storia”. Nell'ambito del progetto “Lendo com a Mamãe” – “Leggendo con la Mamma” i bambini scelgono un libro da portare a casa, dove la mamma o un altro familiare vengono invitati a leggere a voce alta. Il lunedì i bambini raccontano/ “leggono” ai compagni e all'educatrice il libro che la mamma ha letto loro durante il fine settimana. Con il teatro di burattini i bambini raccontano le storie che hanno ascoltato mescolando la fantasia con il loro vissuto. In questo spazio fanno finta di essere “grandi” e “leggono” i libri. Eseguono spontaneamente una lettura sillabata a voce alta perché tutti possano sentirli, “inventando” e imitando chi legge, e scorrendo col dito le pagine del libro. Un grande lavoro di lettura è stato svolto nel mese di agosto e settembre con il libro “Le formiche e l'uovo”. Il libro è stato “letto” da tutti i bambini di tutte le classi dai 3 ai 10 anni. È stata una lettura diversificata: lettura, danza, canto, lavori manuali, con il mito indigeno dell'Uovo Cosmico. È stato un lavoro interdisciplinare molto ricco tra le educatrici della

Scuola di Vila Esperança, guidate da una équipe di ragazze italiane (Elisabetta Garilli di “Nati per la Musica”, Enrica Compri, Giulia Carli e altri) che si è concluso il 1° settembre con lo spettacolo “Le formiche e l'uovo di Vila Esperança”, aperto a tutte le scuole della città. All'inizio, soprattutto nei più piccoli, non c'era piacere ma disinteresse all'ascolto. L'educatrice si adeguava alle esigenze dei piccoli, ma ogni giorno persisteva nel raccontare. Con ostinazione e perseveranza il racconto della storia quotidiana è poi diventato un bisogno.

Questo ha portato a un arricchimento del loro vocabolario, allo sviluppo della creatività, immaginazione e concentrazione. I bambini hanno poi iniziato a voler scarabocchiare. La stessa lettura del fine settimana all'inizio ha creato problemi a casa, per mancanza di interesse e di tempo dei genitori, ma dopo vari incontri con le famiglie esse ora riconoscono l'importanza di leggere ai figli. Una mamma analfabeta ci ha raccontato che la figlia legge la storia a modo suo per entrambe. Ogni venerdì i bambini non desistono e vogliono portare il libro a casa nella speranza del cambiamento, di trovare, cioè, qualcuno che legga. Per il momento l'azione del “libro-dono” è stata valutata prematura, dato il contesto familiare di alcuni bambini. Purtroppo il libro-dono potrebbe essere usato in alcune famiglie come “agenda” per scrivere la lista della spesa o come peso per tenere una porta chiusa o aperta, tutti motivi di possibile frustrazione per il bambino. Valuteremo, nel periodo a seguire, la preparazione delle famiglie affinché sia inteso il valore del dono del libro. Fin d'ora vi ringraziamo per la possibilità di questa esperienza che per noi è ricca e stimolante.

*Regina Márcia de Oliveira Souza,  
Adriana Ferreira Rebouças,  
Rosângela Magda de Oliveira Souza,  
Emicléia Alves Pinheiro,  
Robson Max de Oliveira Souza,  
Lucia Agostani*

## Lombardia

### A Milano una Biblioteca per bambini con disabilità

I bambini disabili hanno diritto come i loro coetanei di accedere al mondo della lettura, ma rischiano di esserne esclusi, di perdere importanti occasioni di parte-

cipazione, dialogo, intimità e condivisione e di essere ascoltatori passivi: un bambino con difficoltà motorie e della comunicazione spesso non riesce a intervenire, indicare, fare domande e, prima ancora, a scegliere un libro, e sfogliarne le pagine. Tutto questo significa una sottoesposizione alla lingua scritta, compromette l'acquisizione della letto-scrittura e limita la comunicazione. Da due anni presso il Centro Benedetta D'Intino-Onlus di Milano è in funzione una Biblioteca per bambini che presentano problemi di comunicazione e usano tecniche, strategie e ausili di Comunicazione Alternativa e Aumentativa (C.A.A.).

È stata realizzata grazie al sostegno della Fondazione “Insieme per i Bambini ONLUS” su progetto di Gabriella Veruggio, terapeuta occupazionale del Centro. Spazi e arredi sono stati realizzati per agevolare l'accesso e il movimento al suo interno. Scaffalature regolabili in altezza e inclinazione favoriscono la scelta da parte del bambino e lungo le stesse è presente un corrimano per sostenere la deambulazione autonoma. I tavoli, regolabili in altezza, sono dotati di un leggio reclinabile che si adatta alla postura di ogni bambino.

La Biblioteca ha un patrimonio di circa 700 libri, catalogati per genere, argomento e livello di difficoltà. Soluzioni antisdrucchiolo, leggii con elastici consentono di bloccare il libro a una superficie stabile. Oltre a libri cartonati, maneggevoli e facili da sfogliare vi sono libri modificati. Alcuni, infatti, sono stati “smontati”, plastificati, rilegati con spirali per dare la massima apertura e dotati di semplici sistemi “volta-pagina”: mollette da bucato, tappi, feltrini ecc. che creano spessori e sistemi di presa per lo sfogliamento del libro. Alcuni libri sono stati “tradotti” e altri scritti direttamente con i codici simbolici utilizzati abitualmente da bambini che usano la C.A.A. Vi sono inoltre libri tattili, sonori, con alette rinforzate e personaggi e oggetti per animare le storie. Gli ausili di comunicazione, come VOCAS, tabelle alfabetiche e simboliche, vengono utilizzati per commentare, intervenire e interagire sul libro e sul suo contenuto.

La Biblioteca è in continua evoluzione grazie agli operatori della C.A.A. e dei volontari del Centro. Il servizio di prestito libri è aperto ai bambini del Centro e all'utenza esterna. Pubblichiamo due immagini della biblioteca (figure 1 e 2).

# Nati

# per Leggere

FIGURA 1



FIGURA 2



## Veneto

Una chiara preoccupazione della Biblioteca sta nel costruire un servizio fruibile da tutta la comunità, trovando strategie che coinvolgano tutte le utenze. La fascia dei “piccolissimi” a Limena (PD) risultava tra le utenze ancora da raggiungere, e così si è pensato a NpL. È stato possibile partire grazie all’iniziativa di Ivano De Rossi (bibliotecario), Anna Cordioli (psicologa) e della sottoscritta (pedagogista). La prima fase del progetto si è svolta organizzando lo scaffale, attraverso il recupero dei libri, ampliando la bibliografia suggerita dalla guida di NpL, e creando spazi interni. Anna Cordioli ha catalogato i libri con un sistema innovativo da lei studiato, che ha seguito due criteri: età e argomento. Al proposito si può consultare il sito della biblioteca: [www.comune.limena.pd.it/-BIBLIOTECA/natixleggere/box.htm](http://www.comune.limena.pd.it/-BIBLIOTECA/natixleggere/box.htm).

La suddivisione per età è stata questa: 0/1, 1/2, 2/3, 3/4, 4/5, 5 e più. Occorre considerare che la suddivisione serve agli utenti per orientarsi nelle scelte, ma va valutata di caso in caso, tenendo conto dei bisogni e della maturità di ogni singolo bambino. Gli argomenti sono: “Le emozioni”, “Le fasi evolutive”, “Raccontami una storia”, “Un mondo là fuori” e “Altro”. Tale suddivisione vuole aiutare gli adulti, soprattutto i genitori, a orientarsi nella scelta del libro. Spesso infatti è proprio il genitore a domandare libri specifici per particolari problemi.

Si è preparato il materiale, si è organizzato lo spazio e si è cercato di coinvolgere altri volontari, con un mini-corso ad hoc. La partecipazione e il coinvolgimento sono stati estremamente positivi, sia nel numero di persone coinvolte sia per l’entusiasmo e la partecipazione attiva. È stata particolarmente interessante, durante il corso, la condivisione tra persone diverse per età, esperienza e competenza. Questa prima parte del Progetto ha fatto maturare l’idea di proporre una serata ai genitori per dar loro alcuni suggerimenti teorico-pratici circa la lettura ad alta voce ai loro piccoli. Nell’incontro con i genitori è stato particolarmente interessante scoprire le loro paure e le loro resistenze nel coinvolgersi durante la lettura ad alta voce con i bambini.

Lo strumento libro non è ancora visto come un gioco, una scoperta da condividere con il bambino che può manipolare il libro, metterlo in bocca, guardarlo saltando le pagine o fermandosi sempre sulla stessa, ma come strumento didattico da leggere o guardare partendo dalla prima pagina fino all’ultima, senza interruzioni e senza poter giocare.

Particolarmente interessante è stato l’incontro con mamme straniere la cui paura è: non saper leggere correttamente in italiano. A queste mamme è stato fatto presente che il bambino avrà il tempo di imparare l’italiano a casa, all’asilo e successivamente a scuola, e quindi la mamma deve sentirsi libera di usare la

sua lingua d’origine durante la lettura, perché l’obiettivo della lettura non è principalmente quello di imparare, ma quello di creare una relazione profonda tra genitore e bambino, di trasmettere il piacere di leggere prendendo confidenza con l’oggetto libro.

Si è pensato di fare un passo ulteriore organizzando storie animate per i bambini dei 3-4 anni, anche per riuscire a portare in biblioteca famiglie che ancora non si era riusciti a coinvolgere. Insegnanti, educatori, genitori hanno partecipato a questo corso e si sono impegnati ad animare le storie all’interno della biblioteca. L’animazione è avvenuta soprattutto nei pomeriggi con orario post-scuola e con l’offerta della merenda da parte della Biblioteca e una breve presentazione del Progetto NpL, della classificazione dei libri presenti negli appositi scaffali agli adulti presenti e una particolare attenzione alla relazione personale con le famiglie presenti per suscitare interesse e avvicinarli alla lettura ad alta voce, ai libri e al servizio biblioteca. In conclusione, si può affermare che la Biblioteca ha registrato un aumento di frequentazione e prestiti per i bambini 0-5 anni: questo significa che parte dell’obiettivo è stato raggiunto. Il Progetto avrà il suo seguito in iniziative che dovranno ancora essere messe in programma e con strategie da elaborare per meglio raggiungere, tra gli obiettivi del Progetto, più utenti possibili.

Alessandra Goy

## La corsa di Baaria

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

Cos'è *Baaria* di Giuseppe Tornatore? Una corsa. Una corsa che il piccolo Peppino Torrenuova fa – e ci fa fare – nel tempo e nello spazio. Il tempo è quello tra gli anni Trenta e Ottanta del secolo scorso; lo spazio è un paese, una regione, una nazione. “*Non un film autobiografico* – come precisa il regista – *ma un film personale*”, con pennellate di malinconia per qualcosa che non c'è più. Pennellate che diventano affresco alla Guttuso con un intreccio di tradizioni e cultura, politica e religione, amore e rabbia. E così si corre oltre Bagheria, senza mai fermarsi, con la musica invadente di Morricone nelle orecchie e la frenesia di Peppino negli occhi.

Un Peppino che raccoglie ulive nei campi, lascia la scuola per andare a pascolare in montagna, diventa attivista del PCI, sposa la donna che ama, forma una numerosa famiglia, vede la crescita dei figli e la trasformazione del paese. La storia di tre generazioni narrata tra l'andata e il ritorno di un bambino che va a comprare le sigarette. Il risultato? Lo stesso del visitatore che arriva a Roma con le ore contate e sale sul bus turistico. In due ore e mezza vede tutto: San Pietro, Castel Sant'Angelo, Piazza Venezia e il Vittoriano, il Colosseo, Piazza Navona, Fontana di Trevi... C'è chi si accontenta perché, quando rientra a casa, può dire agli amici del bar che ha visto e conosce Roma. Ma c'è anche chi resta deluso, perché c'è una bella differenza tra la passeggiata e la sosta.

*Baaria* è un film che non conosce la sosta. In tutti i sensi. Gli innumerevoli personaggi che lo popolano appaiono e scompaiono senza darci il tempo di poterli focalizzare. Quando non si corre, si vola. E allora anche la Storia con la S maiuscola – quella delle vessazioni dei *campieri*, del fascismo, dell'entrata in guerra, dello sbarco degli Alleati, della Liberazione, della strage di Portella della Ginestra, dei comizi in piazza e delle elezioni, del mito dell'Unione Sovietica, della Mafia, della TV in bianco e nero e delle prime avvisaglie della rivoluzione

studentesca – si vede, ma solo dall'alto. Non si fa in tempo a gustare fatti e avvenimenti, che già si volta pagina.

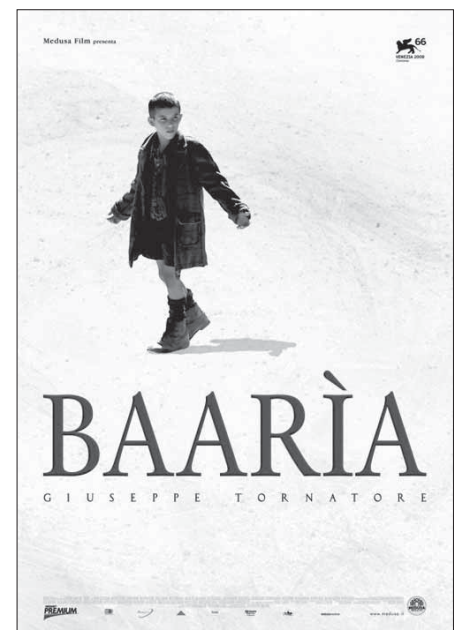
Tornatore riprende a parlare della sua Sicilia rispolverando il bambino di *Nuovo Cinema Paradiso* che non colleziona più solo fotogrammi di film firmati Pasolini, Lattuada e Rosi, ma anche racconti dei nonni, ricordi personali e voci dei paesani.

Il suo omaggio a Bagheria è una sorta di ex voto che recupera, in un certo senso, l'affresco dipinto e cancellato nella volta della chiesa, lo *struscio* e il via vai di Corso Re Umberto, lo spazio della campagna. Un materiale enorme che lo mette in crisi, perché lo costringe a selezionare, o a velocizzare. Scartata la selezione che gli imporrebbe sofferenze affettive (come fare a meno delle splendide figure del matto del paese, della mendicante veggente, del comunista con il cappotto nuovo, della maestra severa, del professore guardone? Come sacrificare, in una narrazione epica, la processione, la *fuitina*, la sommossa popolare, i giochi dei bambini, le superstizioni delle uova rotte e dei serpenti neri?), al Peppino regista non resta altro che velocizzare, consapevole del fatto che *correre non è discorrere*.

*Baaria* è un film *sui generis*, barocco e non raccontabile, non tanto perché non si riesce a raccontare, ma perché si può vedere e raccontare in più modi. È un'immensa tavola imbandita dove ogni spettatore può prendere quello che gradisce: la vicenda d'amore tra Peppino e Mannina, le pagine di storia, gli intralazzi del potere, il dialetto, l'impegno politico, la perdita delle tradizioni, la vita paesana... Una varietà di scelta che la doppia “cornice” – la corsa di Peppino e la punizione dietro la lavagna che aprono e chiudono il film – rende ancora più ampia, giacché autorizza a interpretare tutto con il via vai del tempo, come un sogno premonitore, o come un ritorno al passato; come una rivisitazione storica, o come un poema epico; come un atto d'amore, o come una metafora.

Ecco, allora, la scelta di due sequenze estrapolate dal contesto e messe insieme da una lettura personale. Peppino lascia Baaria e va all'estero. Ci resta un bel po' di tempo, scrive lettere alla moglie, ritor-

na. Quando arriva nella piazza del paese con la sua valigia di cartone i paesani gli chiedono: “Peppino, dove stai andando?”. Non si sono accorti della sua assenza. A Bagheria, come in Sicilia e nel resto del mondo, esserci o non esserci è la stessa cosa? Dappertutto il mondo gira vorticosamente, ma ci sono posti dove la trottola si chiama *tuppètturu* e non è un gioco solitario, ma competizione, *mors tua vita mea*. Si vince facendolo girare più degli altri, prendendolo in mano e dando *pizzàti* agli avversari; si partecipa alla gara sperando che, quando arriva la nostra sconfitta, la mosca, seppellita viva, abbia resistito oltre ogni ragionevole previsione. ♦



*Baaria*

Regia: Giuseppe Tornatore

Con: Francesco Scianna, Margareth Madè, Enrico Lo Verso, Lina Sastri, Angela Molina, Nino Frassica, Raoul Bova, Luigi Lo Cascio, Salvo Ficarra, Valentino Picone, Laura Chiatti, Leo Gullotta, Beppe Fiorello, Donatella Finocchiaro, Monica Bellucci, Nicole Grimaudo, Giorgio Faletti, Vincenzo Salemme, Gabriele Lavia.

Italia, 2009

Durata: 150'

Per corrispondenza:

Italo Spada

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



## Le iniziative di "Nati per la Musica"

Continuiamo in questo numero la presentazione di manifestazioni e iniziative inerenti al progetto "Nati per la Musica". I colleghi dei gruppi locali sono invitati a segnalarne altre a: [redazione@quaderniacp.it](mailto:redazione@quaderniacp.it).



### Emilia-Romagna

Il 23 maggio scorso, al Palazzo dello Sport di Cesena, in occasione del concerto del Piccolo coro dell'Antoniano di Bologna "Mariele Ventre" (diretto da Sabrina Simoni), è avvenuta la premiazione degli alunni delle classi partecipanti al Concorso "Io e l'Altro". Ha presentato Walter Brugiolo, che vinse lo Zecchino d'oro con la canzone "Popoff". Il Carisport di Cesena era gremito da oltre 2000 alunni delle elementari insieme a genitori e insegnanti.

L'evento è stato ideato e curato da Elisabetta Montesi dell'AUSL di Cesena e realizzato insieme all'ACP Romagna grazie alla collaborazione con l'Antoniano, e ha rappresentato la fase conclusiva del Progetto all'interno del più ampio "Nati per la Musica". I premi sono stati offerti dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Cesena, da Generali Assicurazioni e da Orogel. Gli alunni, a cominciare dalla scuola elementare Carducci, capofila del concorso con il Maestro Messina, erano invitati a comporre una filastrocca sul tema dell'integrazione dal titolo "Io e l'Altro". Una giuria di esperti, dopo averle esaminate, ha selezionato quella che meglio riassume il tema in modo più vero e musicabile. Questo testo è stato trasformato in una canzone dal M° Siro Merlo dell'Antoniano, e inserita in un cd dal titolo "Nati con la Musica", che viene ora distribuito alle mamme al terzo trimestre di gravidanza durante i corsi preparto o al momento della dimissione dopo la nascita del bambino.

Ha vinto il brano "Cerco il tuo colore", scritto dalla classe 5ª della scuola elementare "Gianni Rodari" di Gattolino guidata dalla maestra Angela Piraccini. "... Nell'arcobaleno cerco il tuo colore. Nasce nel mio prato, nasce un nuovo fiore. I suoi occhi aperti verso il cielo blu e io sto guardando dove guardi tu...". Un testo bello, ricco di poesia e dalla melodia molto piacevole. Alla fine del cd, in cui sono presenti alcuni fra i successi dell'Antoniano, una felice intuizione del M° Merlo che, con il supporto scientifico

di Antonella Brunelli e l'aiuto tecnico di Alex Volpi, ha "osato" una "special track", in cui viene riprodotta la stessa canzone vincitrice immaginando come lo stesso brano potrebbe essere percepito da un bambino nel grembo materno.

Vi racconteremo negli in uno dei prossimi numeri.

Stefano Gorini

### Lombardia

Si è svolto a Milano il 19 giugno il workshop multidisciplinare "Musica ed emozione per il bambino", organizzato dall'Università Vita-Salute San Raffaele e dedicato alla musica come strumento di stimolo nello sviluppo cognitivo, emotivo, relazionale e culturale del bambino. Federica Zanetto era presente a nome dell'ACP e del coordinamento nazionale NpM, su invito della Fondazione Mariani. Con l'obiettivo di valorizzare le competenze multidisciplinari esistenti nelle istituzioni dedicate, sono state presentate diverse esperienze di ricerca e innovazione: moduli educativi per insegnanti dove le tecnologie informatiche permettono la realizzazione di format in cui si vogliono privilegiare creatività e interattività multimediale; le diverse proposte formative dell'Antoniano di Bologna; cartoni musicali con titoli di collana, dove l'animazione, arte complessa e articolata, si unisce al linguaggio musicale; il Progetto, bellissimo, dell'Associazione Lirica Concertistica Italiana, in cui all'interno dell'opera lirica la platea di bambini e ragazzi (dai 6 ai 14 anni) ha un ruolo attivo con interventi corali nei punti nevralgici della vicenda, grazie a un coinvolgente percorso di comprensione di materiali, forme e mondi musicali diversi, presenti in un'opera multimediale per sua stessa natura e non sempre immediatamente riconoscibili.

Interessante certamente dal punto di vista culturale e scientifico – Luisa Lopez ha sottolineato nel suo intervento le potenzialità della musica dalla didattica alla musicoterapia – il workshop ha affrontato solo marginalmente l'aspetto relazionale affettivo del fare musica e in

particolare del fare musica insieme in famiglia. Resta indubbio che interventi anche più semplici e informali, ma proposti con cura e attenzione fin dall'inizio e inseriti in una rete di sostegno, sono ugualmente significativi, soprattutto nel rafforzamento del legame affettivo tra adulto e bambino.

Federica Zanetto

### Sicilia

La Festa della Musica Europea a Messina ha avuto un grandissimo successo: sono state tante le adesioni che si è deciso di organizzare una "tre giorni" (dal 19 al 21 giugno prossimi). La parte destinata ai bambini e organizzata dall'ACP, "Giochiamo con la musica", si è svolta durante l'intera giornata del sabato nello splendido scenario della Passeggiata a mare, sullo sfondo la Statua della Madonna, simbolo di Messina.

I bambini (di tutte le età) sono stati coinvolti in tantissime attività a seconda dei gruppi che gestivano i vari stand. Alcuni hanno dapprima costruito degli strumenti poveri con i quali poi hanno improvvisato ritmi musicali davvero trascinati; altri, al suono di varie melodie, pitturavano di tanti colori un grande manifesto bianco scrivendo "Festa della musica"; altri inseguivano enormi bolle di sapone sempre al suono della musica; altri ancora suonavano strumenti musicali che erano stati messi loro a disposizione (batterie, chitarre, flauti, mandolini e altro). Il tutto mentre sul palco si esibivano tantissimi bambini di varie età che facevano parte di gruppi canori o musicali, espressioni di realtà scolastiche o di associazioni private che in città lavorano da tempo con i bambini. Tutti (dalle cariche istituzionali coinvolte ai partecipanti attivi, agli spettatori) sono stati davvero entusiasti dello svolgimento della giornata. È stata anche un'occasione per mettere in relazione tante persone che lavorano in questo campo, ma che hanno scarse occasioni di confronto. È intenzione di tutti dare continuità a "Nati per la Musica" con future iniziative.

Sergio Conti Nibali

## Risultati della consultazione per la nomina del Presidente ACP e di quattro consiglieri

Durante il XXI Congresso ACP di Cesenatico, il giorno 9 ottobre con inizio alle ore 17 si è svolto lo spoglio delle schede per la nomina del Presidente dell'ACP e di quattro componenti il Consiglio direttivo della Associazione. Questi i risultati:

Votanti complessivi **404**  
(di cui postali 290)

### Voti attribuiti per l'elezione del Presidente

Paolo Siani	voti 235
Sergio Conti Nibali	voti 164
Schede bianche	0
Schede nulle	22

**Viene dichiarato eletto Paolo Siani**

### Voti attribuiti per l'elezione dei 4 consiglieri

1. Carlo Corchia	voti 222
2. M. Francesca Siracusano	voti 184
3. Chiara Guidoni	voti 177
4. Enrico Valletta	voti 146
5. Tommaso Montini	voti 138
6. Luciana Nicoli	voti 119

### Vengono dichiarati eletti:

**Carlo Corchia**  
**M. Francesca Siracusano**  
**Chiara Guidoni**  
**Enrico Valletta**

### Primo e secondo dei non eletti

**Tommaso Montini**  
**Luciana Nicoli**

Dopo la consultazione dei soci il Consiglio direttivo è quindi attualmente così composto:

Presidente: Paolo Siani

Consiglieri: Francesco Ciotti, Carlo Corchia, Stefano Gorini, Chiara Guidoni, Mario Narducci, Giuseppe Primavera, Maria Francesca Siracusano, Enrico Valletta

## Giocapulito

A pagina 270 pubblichiamo il poster prodotto dall'ACP Umbria per la campagna volta a scoraggiare l'uso di integratori in bambini e adolescenti che praticano attività sportiva. A nome dell'ACP Umbria ringraziamo Fabrizio Ravanelli e la sua famiglia per la generosa e appassionata collaborazione al Progetto. E anche Letizia Pignani, art director, e Luca Truffarelli, fotografo, che hanno offerto la loro professionalità per la realizzazione del poster. Chi volesse stampare il manifesto nella versione originale, può scaricare il file dal blog di *Quaderni* (<http://blog.quaderniacp.it>), scegliendo "Giocapulito" fra le parole chiave di "Argomenti e indice analitico" sul lato destro dell'homepage.

## Lettera al Presidente della Repubblica

Il 14 luglio l'ACP, insieme a numerose altre Associazioni e Organizzazioni, ha inviato una lettera al Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano per manifestare preoccupazione rispetto alle conseguenze che il DDL 733 "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica", approvato al Senato in via

definitiva il 2 luglio u.s., avrà sulla vita delle famiglie e dei bambini e dei ragazzi di origine straniera che vivono in Italia. Nella lettera si esprime profondo disaccordo per una Legge che prevede norme non conformi con alcuni fondamentali diritti sanciti dalla Costituzione e dalla Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza che l'Italia si è impegnata a rispettare. Saranno molto gravi gli effetti del previsto reato di clandestinità che spingerà, di fatto, la popolazione straniera, oggetto del provvedimento, a non avere alcun contatto con le istituzioni né con alcun tipo di servizio pubblico, relegando alla marginalità non solo gli adulti ma anche i loro figli, rendendo la loro presenza assolutamente invisibile con conseguenze sociali gravi e difficilmente prevedibili. La conseguente esclusione dai servizi scolastici e sociali così come dalle prestazioni sanitarie, per il timore di un genitore di essere segnalato all'autorità, viola i diritti fondamentali dei bambini e dei ragazzi quali il diritto all'istruzione e alle cure sanitarie. Mentre è obbligo dello Stato – uno Stato responsabile di fronte ai propri doveri – riconoscere a tutti i minorenni pari trattamento senza alcuna discriminazione. Serissime saranno altresì le conseguenze

della mancata registrazione alla nascita dei nati da genitori irregolari, in aperta violazione del diritto fondamentale a un nome, previsto dalla Convenzione, nonché notevoli gli ostacoli che i minori stranieri non accompagnati arrivati da adolescenti in Italia incontreranno al compimento della maggiore età, non potendo di fatto regolarizzare la loro permanenza nel nostro Paese. L'appello rivolto al Presidente Napolitano auspica che siano adeguatamente valutati i profili di legittimità della nuova normativa e di conformità alle norme internazionali nonché i gravi effetti negativi che si produrrebbero sulle famiglie e sui minori di origine straniera presenti in Italia.

## Corso ACP

Come già abbiamo annunciato nell'ultimo numero di *Quaderni* nell'ambito della collaborazione tra ACP e *Cochrane Vaccines Field* stabilita nel 2008, è stato definito un Progetto di formazione che prevede lo svolgimento di più moduli.

Il Corso è riservato a 30 pediatri ACP distribuiti sul territorio nazionale; è mirato alla metodologia EBM in generale e in particolare alla sua applicazione nell'ambito delle vaccinazioni. Il primo modulo, condotto da Carlo Di Pietrantonj in collaborazione con Luisella Grandori, si è svolto a Roma (Suore Pallottine) il 25 e 26 giugno 2009.

Ha riguardato gli strumenti metodologici fondamentali per valutare in modo critico la letteratura scientifica e in particolare per l'individuazione dei vari tipi di distorsione (bias). È stato illustrato, inoltre, il funzionamento della *Cochrane Vaccines Library*.

Il secondo modulo verrà condotto da Tom Jefferson sabato 9 gennaio 2010, nella medesima sede; riguarderà l'epidemiologia dell'influenza e le revisioni Cochrane "perinfluenzali" che verranno utilizzate per esemplificare l'applicazione del metodo EBM nella valutazione degli studi clinici sulle vaccinazioni. Seguiranno esercizi sugli articoli di riferimento. Verranno decisi insieme ai docenti e ai corsisti eventuali altri moduli di approfondimento. Alla fine del corso i pediatri che lo desiderano e che avranno acquisito le competenze necessarie, potranno entrare a far parte degli "estrattori" della *Cochrane Vaccines Library*. L'ACP sostiene le spese organizzative, della sala e dei relatori. Le spese di viaggio e alloggio dei partecipanti al Corso sono invece a carico del gruppo locale. ♦

## L'AIFA promette che... ...e noi attendiamo

Nel numero scorso è stata pubblicata una lettera al prof. Guido Rasi, Direttore Generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco. Il prof. Rasi, in due interviste rilasciate nel maggio scorso, aveva criticato aspramente le attività di formazione a distanza (*Ecce*) e le pubblicazioni di informazioni sui farmaci dell'Agenzia nel periodo precedente alla sua nomina e soprattutto il *Bollettino di Informazione sui Farmaci (Bif)*. Egli minacciava addirittura la chiusura del *Bif*, mentre *Ecce* risultava già sospesa. La lettera era stata una mia iniziativa, ma in breve tempo era stata firmata da oltre 300 persone che operano nella Sanità e che trovavano invece utilissima questa cessata attività dell'AIFA. Altre adesioni sono arrivate, oltre 440, e continuano ad arrivare. Nel frattempo il prof. Rasi ha risposto con sorprendente tempestività. Ho chiesto a *Quaderni acp* di pubblicare la risposta anche per dar conto ai firmatari della lettera. La risposta, che potete

leggere nel box, sembra positiva. Anche se ci è difficile comprendere cosa significhi, in relazione alla chiusura di queste attività, la frase "Nonostante alcuni problemi legali legati alla passata amministrazione AIFA". Prendiamo atto comunque dell'affermazione che "nessuna delle attività dell'AIFA, collegate all'informazione sui farmaci, è mai stata né sarà mai sospesa", ma che anzi è in via di definizione "un piano di ampliamento e di rilancio della informazione indipendente" e che anche le attività di formazione a distanza verranno riprese quanto prima. Vogliamo sperare di trovarci di fronte a uno dei rari casi di successo della democrazia dal basso. Intanto allego anche la mia risposta al prof. Rasi.

Laura Reali

*Preso atto della lettera (vedi box in questa pagina) ho così risposto al professor Rasi anche a nome dei sottoscrittori dell'appello.*

Roma, 20 settembre 2009

Cortese Professor Rasi,  
grazie di cuore per la sua risposta, anche a

nome degli altri firmatari, ormai oltre 400, che mi permetto di allegare. Come ha potuto capire anche dalla attenzione e dalle aspettative con cui seguiamo le vicende dell'Agenzia del Farmaco, Lei si trova a dirigere una istituzione molto amata e rispettata. Le chiedo scusa per avere forse ecceduto con le mie pressanti richieste di informazioni, mi rendo conto che Lei ha problemi ben più grandi cui dedicarsi, nel suo ruolo. Ma oltre ad avere un carattere un po' focoso, mi sono sentita responsabile anche delle numerose adesioni ricevute da parte di professionisti molto diversi (medici, pediatri, infermieri, ma anche ricercatori, specializzandi e altri ancora), per lo più anonimi, alcuni illustri.

Ci conforta sapere che Lei condivide la nostra preoccupazione per la salvaguardia della informazione corretta e indipendente sui farmaci e siamo veramente lieti di apprendere che nessuna delle attività di informazione e di formazione dell'AIFA sui farmaci verrà sospesa, ma che anzi verranno ampliate e rilanciate.

Pertanto, fiduciosi in una direzione così attenta alle aspettative degli utenti, restiamo in attesa delle positive risposte da Lei promesse e la ringraziamo di cuore per l'attenzione che ci ha dedicato. Con i più cordiali saluti

Laura Reali

## I non luoghi degli adolescenti

Caro Direttore,  
ho letto con interesse sulla Rivista l'articolo "Il ricovero degli adolescenti in pediatria" (2009;16:156). Mi sembra di potere dire, senza cadere in quello che odio di più, il "benaltrismo", che quello del ricovero ospedaliero è uno dei problemi dei "non luoghi" degli adolescenti. Forse il più apparente. Qualche anno fa in un convegno di "Nati per Leggere" (a Modena, se ben ricordo), fu chiesto perché l'interesse del Progetto finiva a 6 anni. Fu risposto del tutto ragionevolmente che, dato che non si poteva affrontare tutto, si era scelta quella età perché in quella avveniva la formazione dell'attitudine alla lettura. Avevo posto quel problema perché un'amica bibliotecaria modenese aveva parlato del "non luogo" degli adolescenti in biblioteca. Anche recentemente ho visitato una grande biblioteca con una attrezzata sezione ragazzi, nella quale ho trovato una accogliente stanza per quasi



neonati, ma senza un luogo riservato agli adolescenti. Bene: penso che questi ragazzi abbiano le stesse difficoltà di quelli che si ricoverano in ospedale. Non vorranno stare nelle biblioteche per i piccoli, non gradiranno andare nelle silenziosissime e spesso poco tolleranti sezioni di noi adulti. Forse vorrebbero avere un luogo per loro, magari con libri per loro (esiste una letteratura per adolescenti?).

Ci sono invece luoghi che gli adolescenti si sono creati da soli, ove il pubblico non sia intervenuto: la musica per esempio. Temo che anche la famiglia sia diventata un “non luogo” per gli adolescenti: solo il 10% degli adolescenti (12-14 anni) nei blog parla dei rapporti con la famiglia.

Scusa la digressione, caro Direttore, e vengo al problema del ricovero ospedaliero. Vorrei prima di tutto comprenderne le dimensioni. Per capire meglio ho fatto qualche conto che sottoporrei agli Autori dell'articolo: i ricoveri fra 15 e 17 anni ammontano a una media del 70 per mille. Uscendo dalle percentuali ai numeri veri (l'epidemiologia ha questo difetto), si dovrebbe trattare – salvo errori di calcolo da parte mia – di circa 120.000 ricoveri per anno. In un'area ASL di 200.000-250.000 abitanti, circa 400 ricoveri per anno; un numero quindi abbastanza piccolo, dai quali si dovrebbero sottrarre quelli per patologie specifiche dell'età adolescenziale a elevata complessità assistenziale, le malattie neoplastiche e quelle reumatologiche impegnative per le quali un territorio di 250.000 è in genere troppo stretto. Distribuiti nel corso dell'anno occorrerebbero probabilmente non più di due stanze di ricovero, anche perché per quella età sarà probabilmente più facile programmare gli accessi stando alla tabella degli Autori dell'articolo.

Il problema nascerà però perché l'attuale UO di Pediatria è un “non luogo” per adolescenti non tanto nelle stanze di ricovero, ma negli spazi di vita e potrà risultare complicato crearli attorno a uno spazio di ricovero così modesto. Del resto è ragionevole pensare che per una medicina vicina alla famiglia non si possa andare in UO di aree superiori a quella fissata dagli Autori. Ma sarei lieto di essere aiutato a capire e a essere eventualmente corretto.

Efrem Marri

*Ho letto con molto interesse la lettera del Dr. Marri, che ringrazio per l'attenzione al nostro articolo e per i diversi spunti di*

*riflessione, che ognuno può cogliere. Io mi limiterò a due considerazioni. A mio parere, l'aspetto più rilevante della lettera è la proposizione dei “non luoghi” per gli adolescenti. Il Dr. Marri mi trova concorde. I “non luoghi” sono localizzati soprattutto nella “società” e – invece – i “luoghi” per gli adolescenti sono al di fuori della “vista” di noi adulti (che adolescenti siamo stati e i nostri “luoghi” ce li siamo creati, ma poi non siamo riusciti a renderli visibili e a passarli – per così dire – ai nuovi adolescenti). Forse gli adolescenti (cioè noi tutti in una fase della nostra vita) hanno “bisogno” di “non luoghi pubblici” e di “luoghi underground”, per crescere, per sviluppare una propria identità e una propria capacità critica, per “spogliarsi” dei formalismi degli adulti e raggiungere un nuovo ruolo indipendente nella società, di adulti di domani (che sono poi gli adolescenti di oggi).*

*Le interpretazioni possono essere molte, ma noi sicuramente dovremmo fare di più per valorizzare i “luoghi” degli adolescenti unitamente alla loro creatività e alle loro idee, in modo che il mondo degli adulti – pur con i suoi errori – non perda un qualche ruolo di riferimento per i giovani (trasmissione della tradizione orale? comunicazione di valori, ideali e modelli positivi?) in questa società che cambia così rapidamente. È sempre stato così? Non so dare una risposta organica, ma – per limitarmi all'oggi – vorrei segnalare il primo “Festival delle giovani idee” che si è tenuto a Roma (9-10 ottobre). Gli Organizzatori (il portale [www.diregiovani.it](http://www.diregiovani.it)) si sono limitati a mettere a disposizione degli adolescenti un “luogo” (il Palazzo dei Congressi) che i ragazzi hanno “riempito” con spettacoli (musica, teatro, danza), proposte, quadri, poster, libri, fumetti, peer education ecc. L'affluenza è stata enorme. Le Istituzioni (gli adulti) erano presenti più per ascoltare/vedere/apprendere che per intervenire.*

*L'ingresso libero per tutti. È stata una prima esperienza di “visibilizzazione dei luoghi” degli adolescenti? Può essere un metodo per uscire dai “non luoghi” e far emergere i “luoghi”? Far incontrare adolescenti e adulti sul terreno dei giovani, là dove i processi evolutivi concretamente avvengono? Forse; speriamo. Anche perché il vero rischio – sempre a mio modo di vedere – è quello che i “luoghi” degli adolescenti diventino sempre più “virtuali” (facebook, you-tube ecc.) con restringimento estremo di esperienze concrete emotiva-*

*mente partecipate e sentitamente comunicate. Gesti sempre più estremi potrebbero essere quindi realizzati (e filmati) per “apparire” in questi “nuovi luoghi” (se non sei in internet non sei nessuno) e vissuti senza alcuna o con minima partecipazione e consapevolezza reale.*

*Per il resto che dire. Anche qui, sono sostanzialmente d'accordo con il Dr. Marri. Proprio perché si tratta di numeri relativamente piccoli non dovrebbe essere difficile realizzare dei “luoghi” per adolescenti in ospedale (sia di ricovero che ambulatoriali). La SIP li idealizzò nel 1978, quando propose un modello organico di organizzazione dell'assistenza pediatrica (Presidente G.R. Burgio, Vice-Presidente G.C. Biasini). Tuttavia, i “luoghi” ospedalieri per gli adolescenti restano – a oggi – realtà estremamente sporadiche e quanti anni sono passati! Il limite di ricovero in pediatria non è uniforme. Le UUOO di Pediatria non “ospitano” gli adolescenti (e troppo spesso – se i numeri sono quelli che comunica il Ministero – neppure i bambini di 8-10 anni). Cosa concludere? Che esista un gap “pediatrico” sia in ambito formativo che di assistenza e ricerca nel nostro Paese rispetto ad altre nazioni europee in tema di medicina dell'adolescenza è un dato di fatto. Che la Pediatria Ospedaliera (e forse anche quella Universitaria) abbia (o abbia avuto) poco interesse per questo ambito assistenziale sembrerebbe quasi una conseguenza ovvia.*

*La Pediatria di Famiglia ha limitazioni oggettive (contrattuali), ma forse più interesse. Da pediatra ospedaliero mi auguro che la situazione così non rimanga nel prossimo futuro, perché sarebbe un'abdicazione nei confronti di quella che è la “mission” della Pediatria (ovvero la “care” dei cittadini tra 0 e 18 anni). Il fatto che anche su Quaderni acp, da sempre attenti alle criticità e agli aspetti negletti della salute dei minori, si apra un dibattito su queste tematiche lascia ben sperare. Noi – come Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza – ci impegniamo, al meglio delle nostre possibilità, a cercare di dare concretezza al nostro Statuto che pone l'obiettivo di migliorare la teoria e la pratica adolescentologica tra i pediatri italiani.*

Con i più cari saluti

Silvano Bertelloni  
(Presidente della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza)

INDICE DELLE RUBRICHE

ACP news

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità	1	43	Red
Assistenza agli stranieri irregolari	1	43	Red
Lettera al <i>Corriere della Sera</i>	1	43	Red
Lettera al Senatore Ignazio Marino	1	43	Red
Convenzione Diritti dell'Infanzia	1	44	Red
Posizione dell'ACP sulla vaccinazione contro l'influenza in età pediatrica	1	44	Red
Bilancio del Congresso "Gli Argonauti 2008"	1	44	Red
L'ACP partner di uno studio sul beclometasone nella prevenzione dell'asma	2	94	Red
Sostegno all'allattamento e decreto anticrisi	2	94	Red
Diritto alle cure per gli immigrati clandestini	2	94	Red
Formazione sulla gestione del dolore	2	94	Red
Accordo ACP-ISDE	2	95	Red
Tho! Le riviste pediatriche si parlano	2	95	Red
Curriculum dei candidati alla Presidenza e al Consiglio direttivo dell'ACP	3	100	Red
Programmi dei Candidati alla presidenza dell'ACP	3	102	Red
Curriculum dei candidati alla Presidenza e al Consiglio direttivo dell'ACP	4	146	Red
Corso ACP-Cochrane Vaccines field	5	234	Red
Rapporto sullo stato di attuazione della Convenzione dei diritti dei bambini	5	234	Red
L'ACP in difesa dei figli di cittadini stranieri irregolari	5	234	Red
Comitato Nazionale multisettoriale per l'allattamento materno	5	234	Red
Lettera congiunta ACP-SIP-SIN all'EFSA	5	234	Red
2° Concorso fotografico "Pasquale Causa"	5	235	Red
Risultati della consultazione per la nomina del Presidente ACP e di quattro consiglieri	6	280	Red
Lettera al Presidente della Repubblica	6	280	Red
Corso acp	6	280	Red

Attualità

I neonati e le sperimentazioni cliniche multiple: avanti con prudenza	1	17	C. Corchia, A. Dotta
La pedagogia dell'immigrazione	2	60	L. Tussi

Caso che insegna (il)

Ematuria macroscopica in corso di polmonite	2	67	L. De Seta, et al.
Tic o crisi epilettiche? Tre storie	5	208	L. Marangio, et al.
Un bambino con febbre al ritorno da un viaggio	6	261	M. R. Licenziati, et al.

Congressi controllo

Venti di ACP	1	40	L. Piermarini
In occasione della giornata nazionale per i diritti dell'infanzia	1	40	F. Zanetto
Muoversi senza motore con un pediatra per amico	1	41	L. Todesco
"Troppo giovane per dire la mia?"	2	92	F. Zanetto
Tabiano XVIII. A volte ritornano	2	93	F. Zanetto
Assistenza neonatale in Italia: luci e ombre	3	140	L. Reali
Crescere insieme: accoglienza e integrazione dei minori stranieri in Italia	3	141	L. Reali
Il Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale	4	190	L. Reali
Migrazione e salute mentale dall'età evolutiva all'età adulta. Un Progetto per Milano	4	190	F. Zanetto
L'assistenza alla famiglia	5	232	F. Zanetto
Gli Argonauti 2008	5	232	A. Volta
I bambini invisibili	5	233	F. Zanetto

Editoriale

Il costo della sanità e il federalismo fiscale	1	1	G. Biasini
Incremento di neoplasie e patologie ambiente-correlate	2	49	E. Burgio
La forza del gruppo	3	97	M. Gangemi
Crisi sociale, povertà ed health literacy	4	145	G. Biasini
Crisi economica. È possibile un patto per la salute?	5	193	G. Biasini
Connessioni: la parola chiave	6	241	P. Siani

Esperienze

Libri "su misura" e "Nati per Leggere"	5	212	M. A. Costantino
--	---	-----	------------------

Farmacipi

Aumentano le evidenze contro la profilassi antibiotica delle infezioni delle vie urinarie	1	33	A. Clavenna, F. Fortinguerra
Una formulazione adatta ai bambini per la cura della malaria	2	82	A. Clavenna, F. Fortinguerra

Aumentano le segnalazioni di reazioni avverse: solo una su dieci dai pediatri di famiglia	3	132	A. Clavenna, F. Fortinguerra
Novità sugli psicofarmaci per uso pediatrico, ma con molte perplessità	4	183	A. Clavenna, F. Fortinguerra
Gli psicostimolanti aumentano il rischio di morte improvvisa?	5	219	A. Clavenna, F. Fortinguerra
Uso degli antivirali nei bambini: il punto della situazione	6	269	A. Clavenna, F. Fortinguerra

Film

Una valigia piena di affetto ne <i>Il papà di Giovanna</i> di Pupi Avati	1	35	I. Spada
<i>The Millionaire</i> : la vita in gioco	2	88	I. Spada
La vergogna dell'analfabeta in <i>The Reader - A voce alta</i>	3	137	I. Spada
<i>Il bambino con il pigiama a righe</i> . Basta film sull'Olocausto?	4	185	I. Spada
Il viaggio nei meandri della coscienza di Ari Folman in <i>Valzer con Bashir</i>	5	221	I. Spada
La corsa di <i>Baaria</i>	6	278	I. Spada

Forum

Il Barone è tra noi, il Barone è con noi, il Barone è dentro di noi. Liberiamocene!	1	22	I. Marinelli
I pediatri, l'iperattività, le malattie e i farmaci	5	226	Forum

Info

La Sanità secondo Obama	1	24	Red
Ecologia. Effetti tossici delle centrali a carbone	1	24	Red
Ecologia. Un gas serra fuori Kyoto	1	24	Red
Ecologia. Consigli per noi	1	24	Red
Medicina, filosofia e arti	1	24	Red
Il latte "Good Night"	1	24	Red
Diritti dell'infanzia	1	25	Red
Diritti del padre. Permesso per l'allattamento anche se la madre è casalinga	1	25	Red
Diritti all'istruzione. Spesa per la scuola elementare	1	25	Red
Diritto alla salute. I determinanti sociali	1	25	Red
Regioni più o meno gettonate	1	25	Red
Polmonite killer	1	25	Red
Progetto BIPP	1	25	Red
Lingua e sapori	1	25	Red
Le disuguaglianze nella salute in Europa	2	62	Red
In Sanità avanti, ma con giudizio	2	62	Red
Un bilancio del 2008 tra disastri e nuove conoscenze	2	62	Red
Nasce Baby Consumers Italia	2	62	Red
Cerchi di Vita a partire da Palermo	2	62	Red
Il Codice Violato	2	62	Red
Ricerca under 40	2	63	Red
La modifica della Legge Bindi	2	63	Red
Piano Nazionale per la Prevenzione	2	63	Red
I girelli fanno danni	2	63	Red
La scozia cambia i colori negli ospedali	2	63	Red
OMS e crisi economica	3	118	Red
Rapporto sulla salute perinatale in Europa	3	118	Red
Il NICE si corregge	3	118	Red
Rapporto ISPRA sui pesticidi nelle acque italiane	3	118	Red
Il benessere fa crescere la spesa sanitaria	3	118	Red
Mancati risparmi del SSN sui generici	3	119	Red
Gradimento per il SSN	3	119	Red
Facebook vietato alle madri che allattano	3	119	Red
Vaccini al mercurio	3	119	Red
Medici fotografi	3	119	Red
Giorgio Tamburlini presidente del CSB	3	119	Red
La ricerca in Italia	4	166	Red
Fallimento culturale delle ASL	4	166	Red
I medici non ascoltano i loro pazienti	4	166	Red
Pediatra maglia nera per l'umanizzazione	4	166	Red
Un progetto di educazione sanitaria "Bambini, ambiente e salute"	4	166	Red
Le riviste online	4	166	Red
MORE e il conflitto di interessi	4	167	Red
Il piano di Obama	4	167	Red
Dal CDC di Atlanta	4	167	Red
La situazione nei territori palestinesi occupati	4	167	Red
Manca di cure pediatriche nei villaggi israeliani	4	167	Red
L'ultima follia	4	167	Red
La libera professione intramuraria	5	206	Red

Il Welfare secondo Sacconi	5	206	Red		
Congedi per i papà	5	206	Red		
Il DVD del MAMI	5	206	Red		
Facebook e marketing	5	206	Red		
ADI in crisi	5	207	Red		
Diabete 1 in Europa	5	207	Red		
Perché muoiono le api e non solo	5	207	Red		
La delibera europea sul tempo di lavoro	5	207	Red		
I numeri delle Università	5	207	Red		
Conflitto d'interessi? Ci prova Obama	6	264	Red		
Ted Kennedy e il Codice	6	264	Red		
Più complicanze con il virus A/H1N1 nelle gravide	6	264	Red		
L'infezione con virus A/H1N1 nei bambini	6	264	Red		
Il Decreto Brunetta e la Sanità	6	264	Red		
La migrazione dei laureati	6	264	Red		
Il processo AIFA	6	264	Red		
Ospedale amico dei bambini: siamo a 18	6	264	Red		
Lettera dei "Nograziepaggio" sull'ECM	6	264	Red		
Uccelli e musica	6	264	Red		
<b>Informazioni per genitori</b>					
Letture ad alta voce e musica per crescere meglio	2	84	A. Brunelli, S. Manetti		
La scelta dei giocattoli: alcuni consigli per la sicurezza dei bambini	3	136	G. Toffol		
Cosa indossano i nostri bambini? Questione di fibre...	4	184	G. Toffol, A. Comazzetto		
Lavarsi le mani protegge contro le infezioni: lavare bene, proteggi te stesso!	6	273	D. De Brasi		
<b>Lettere</b>					
Le organizzazioni internazionali e la lotta alle malattie	1	45	A. Alberti		
Le proposte di Enzo Calia: altre lettere di commento e la risposta	1	45	B. Fermi, C. Panza		
L'indagine SIP sui ricoveri ospedalieri	1	47	G. Cirillo		
Ministro, viceministro o sottosegretario?	1	47	E. Marri		
Matilde e l'ILVA di Taranto	1	47	A. Moschetti, et al.		
I "genitori tosti" scrivono al Ministro	1	48	Red		
A proposito de "Il capitale" di Piero Camporesi	2	96	M. Pincherla, G. Cerasoli		
Una task force per vaccinare i nomadi a 330 colpi al giorno	3	143	L. Grandori		
Alla scoperta delle pre-malattie: missione redditizia	3	143	A. Artisani, R. Isgrò		
L'arte dell'ascolto e "l'autoanalisi che alimenta il desiderio di conoscere chi ti passa accanto"	4	192	I camici azzurri		
Quante sono le biblioteche per ragazzi?	4	192	S. Favetto		
Vaccinare i nomadi	5	237	A. Guala		
Lettera all'AIFA	5	237	L. Reali		
L'AIFA promette che... e noi attendiamo	6	281	L. Reali		
I non luoghi degli adolescenti	6	281	E. Marri		
<b>Libri</b>					
Lo svezzamento e oltre... secondo natura	1	36	M. Gangemi		
Nascere genitori	1	36	G. Biasini		
Il Codice Violato 2008	1	36	S. Di Mario, L. Grandori		
TOXIC	1	37	G. Zucchi		
Diario di scuola	1	37	M. Gangemi		
Storia di una morte opportuna	2	86	L. Grandori		
Con cura	2	86	G. Garrone		
Io mi svezzo da solo!	2	86	G. Biasini		
Bebè a costo zero	2	87	I. Crupi		
Infanticide. Comparative and evolutionary perspectives	2	87	C. Panza		
Mondi al limite	3	134	L. Todesco		
Musicofilia	3	134	M. Rapetti		
Motivational interviewing in health care	3	134	C. Panza		
Il mio bambino non mi dorme	3	135	A. Volta		
Il dottore dei bambini	3	135	Red		
Me lo dici in... bambinese?	4	186	G. Biasini		
Le campane di Bicêtre	4	186	M. F. Siracusano		
Il viaggio dell'elefante	4	187	N. D'Andrea		
Ida B	4	187	G. Biasini		
Nati per comprare	5	222	A. Volta		
Il giorno prima della felicità	5	222	F. Fusco		
Un albero cresce a Brooklyn	5	223	N. D'Andrea		
Non chiedermi come sto, ma dimmi cosa c'è fuori	5	223	F. Zanetto		
E i nostri volti, amore mio, leggeri come foto	6	274	C. Panza		
Libro azzurro	6	274	G. Cerasoli		
Cosa pensano i dottori	6	274	C. Panza		
Siamo speciali	6	275	F. Zanetto		
Bebè dal mondo	6	275	G. Cerasoli		
Handbook of Attachment	6	275	C. Panza		
<b>Musical-mente</b>					
Le iniziative di "Nati per la Musica"	2	89	F. Zanetto, S. Gorini		
Le iniziative di "Nati per la Musica"	3	142	F. Zanetto, S. Gorini		
Le iniziative di "Nati per la Musica"	5	231	F. Zanetto, S. Gorini		
Le iniziative di "Nati per la Musica"	6	279	F. Zanetto, S. Gorini		
<b>Narrative medicine</b>					
I cinque consigli per un buon medico	2	66	M. Gangemi		
<b>Nati per Leggere</b>					
NpL compie 10 anni	1	38	Red		
Puglia	1	38	A. Conte		
Veneto	1	38	F. Zanetto		
Campania	1	39	C. Alfano, M. L. D'Aniello		
In Brasile approda Nati per Leggere	1	39	Red		
Campania	2	90	Red		
Sicilia	2	91	M. F. Siracusano		
NpL: premio nazionale	3	138	R. V. Merletti		
Lombardia	3	139	G. Malgaroli, F. Zanetto		
Palermo	3	139	B. Primavera		
Per l'Abruzzo	3	139	Red		
Riunione dei Presidenti delle Associazioni promotrici di NpL	4	188	Red		
Veneto	4	188	Red		
Emilia-Romagna	4	188	Red		
Friuli-Venezia Giulia	4	189	A. Sila		
Sicilia: corrispondenze	4	189	Red		
Roma	5	224	A. M. Di Giovanni		
Malise	5	224	S. Zarrilli		
Sardegna	5	225	F. Dessi		
Brasile	6	276	R. M. de Oliveira Souza, et al.		
Lombardia	6	276	Red		
Veneto	6	277	A. Goy		
<b>Occhio alla pelle</b>					
Un bambino con difficoltà nel sonno: quale la causa?	2	70	P. Minardi		
Che esantema è?	4	168	P. Rana		
Che cosa non ha funzionato?	6	266	F. Arcangeli		
<b>Osservatorio internazionale</b>					
La sfida di Pemba, in Tanzania	2	64	V. Confalonieri		
Migliorare la Sanità Pubblica Ugandese attraverso l'educazione	3	120	G. W. Pariyo		
<b>Perunmondopossibile</b>					
Ambiente e salute. I rischi da pesticidi, e un invito all'azione per i medici	1	29	G. Toffol		
Fumo passivo e prematuri, perturbatori endocrini e obesità, inquinamento ambientale e aspettativa di vita	2	80	G. Primavera, G. Toffol		
Piscine e asma, esposizione prenatale a perfluorinati, cambiamenti climatici e salute	5	236	G. Primavera, G. Toffol		
Ascolto di musica in cuffia e rischio di deficit uditivo	6	271	Gruppo ACP		
<b>Proposte</b>					
Fare prevenzione con la teoria dell'attaccamento	4	176	M. G. Della Speranza		
<b>Punto su (il)</b>					
Scandalo degli alimenti contaminati da melamina	1	30	A. Cattaneo		
"Early adiposity rebound": indicatore precoce di rischio per lo sviluppo di obesità e di complicanze metaboliche	2	72	M. Iaia		
Un nuovo virus influenzale. Sarà pandemico?	3	117	L. Grandori		
La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite	3	126	G. Griffo		
Il disturbo posttraumatico da stress successivo al parto	4	161	S. Bonapace, F. Ciotti		
La posizione ACP sull'influenza A/H1N1: un aggiornamento	5	217	L. Grandori		
La donazione di cellule staminali cordonali	6	254	R. Chicchi, R. Santarelli		
Giovani migranti: tra inclusione, integrazione subalterna e disaffiliazione	6	258	M. Conte		
<b>Research letters</b>					
Nati per Leggere a Messina: valutazione pre-intervento dell'attitudine alla lettura ad alta voce nelle famiglie	1	15	M. Agosta, et al.		
Inalazione di corpo estraneo in età pediatrica: esperienza di un team ospedaliero	2	57	P. Siani, et al.		
L'uso di uniformi infermieristiche non convenzionali nei reparti pediatrici	3	109	F. Festini		
<b>Ricerca</b>					
Conflitto di interessi tra medici e industria farmaceutica	1	3	A. Fabbri, et al.		
Padre in sala operatoria e contatto precoce "pelle a pelle" durante il taglio cesareo: si può fare!	1	10	F. Colonna, et al.		
Ricerca la celiachia: report di una esperienza clinica	2	51	G. Toffol, et al.		

Nella mente dei padri	3	104	<i>A. Pellai, et al.</i>
LISU: Limiti Superabili. Indagine sulla qualità di vita delle persone con sindrome di Down nel Comune di Roma	5	194	<i>F. Luchino, et al.</i>
Nutrizione del Pretermine.			
La fortificazione personalizzata del latte materno	6	243	<i>A. Biasini, et al.</i>
<b>Salute pubblica</b>			
L'STP (Straniero Temporaneamente Presente), questo sconosciuto	1	20	<i>L. Iaboli, F. Zuccaro</i>
Il Rapporto UNICEF 2009 sulla Condizione dell'infanzia nel mondo	3	111	<i>L. Reali</i>
Una silenziosa "malattia": la scarsa health literacy dei nostri pazienti	4	151	<i>M. F. Siracusano, S. Manetti</i>
Il ricovero degli adolescenti in Pediatria	4	156	<i>S. Bertelloni</i>
<b>Saper fare</b>			
L'Ecografia Toracica in Pediatria: una tecnica di indagine trascurata	3	122	<i>F. Feletti, et al.</i>
Le idronefrosi prenatali: quando serve lo specialista?	4	170	<i>L. Peratoner</i>
Otite esterna acuta (AOE): una sintesi delle raccomandazioni	5	214	<i>M. Milandri, L. Rossi</i>
<b>Scenari</b>			
Esistono prove dell'efficacia dei plantari nel piede piatto?	1	26	<i>F. Raimo, M. Tommasi</i>
Mario e la sua tonsillite: la mia attitudine è corretta?	3	113	<i>M. F. Siracusano</i>
Una neonata sana e a termine e una inconsueta prescrizione...	5	203	<i>L. Reali</i>

**Statistiche correnti**

Il Rapporto SVIMEZ 2009 e la condizione del Mezzogiorno	6	247	<i>G. Cirillo</i>
"Disfattismo" e rappresentazioni della realtà	6	250	<i>G. Cirillo</i>

**Ten stories**

La promozione e la protezione dei diritti umani: il Consiglio dei Diritti Umani	1	34	<i>S. Manetti</i>
L'influenza aviaria: un passo indietro ma rimane la minaccia di una pandemia	2	83	<i>S. Manetti</i>
A una fragile svolta: l'Afghanistan e la comunità internazionale cercano di unire le forze	3	133	<i>S. Manetti</i>
I cambiamenti climatici estremi sono parte di un nuovo "trend normale"	4	181	<i>S. Manetti</i>
Gli Esclusi: il mondo nascosto dei senza patria	5	220	<i>S. Manetti</i>
Le pietre miliari sui diritti umani: il nuovo protocollo incentiva i diritti economici, sociali e culturali	6	272	<i>S. Manetti</i>

**Vaccinacipi**

Attenti ai trabocchetti, alle trappole e alle bufale	1	32	<i>L. Grandori</i>
Una proposta di protocollo alla Regione Puglia dall'ACP Puglia-Basilicata e Salento	3	130	<i>R. Cavallo, A. Moschetti</i>
Un cammino difficile tra interferenze, azzardi e rifiuti	4	182	<i>L. Grandori</i>
Cambiare il calendario vaccinale nel Comune di Milano? L'ACP risponde	5	218	<i>L. Grandori</i>
H1N1/2009: un aggiornamento	6	268	<i>L. Grandori</i>

**INDICE ANALITICO**

**Abbigliamento**

Cosa indossano i nostri bambini? Questione di fibre...	4	184	<i>G. Toffol, A. Comazzetto</i>
--	---	-----	---------------------------------

**Abuso**

Il Barone è tra noi, il Barone è con noi, il Barone è dentro di noi. Liberiamocene!	1	22	<i>I. Marinelli</i>
---	---	----	---------------------

**Accesso ai servizi sanitari**

Il Rapporto UNICEF 2009 sulla Condizione dell'infanzia nel mondo	3	111	<i>L. Reali</i>
--	---	-----	-----------------

**ADHD (Registro)**

Aumentano le segnalazioni di reazioni avverse: solo una su dieci dai pediatri di famiglia	3	132	<i>A. Clavenna, F. Fortinguerra</i>
I pediatri, l'iperattività, le malattie e i farmaci	5	226	<i>Forum</i>

**Adolescente**

Il ricovero degli adolescenti in Pediatria	4	156	<i>S. Bertelloni</i>
Ascolto di musica in cuffia e rischio di deficit uditivo	6	271	<i>Gruppo ACP</i>

**Alimenti per l'infanzia**

Scandalo degli alimenti contaminati da melamina	1	30	<i>A. Cattaneo</i>
---	---	----	--------------------

**Allattamento al seno**

Padre in sala operatoria e contatto precoce "pelle a pelle" durante il taglio cesareo: si può fare!	1	10	<i>F. Colonna, et al.</i>
---	---	----	---------------------------

**Amoxicillina**

Mario e la sua tonsillite: la mia attitudine è corretta?	3	113	<i>M. F. Siracusano</i>
--	---	-----	-------------------------

**Anticorpi antitransglutaminasi**

Ricerare la celiachia: report di una esperienza clinica	2	51	<i>G. Toffol, et al.</i>
---	---	----	--------------------------

**Antileucotrieni**

Gli psicostimolanti aumentano il rischio di morte improvvisa?	5	219	<i>A. Clavenna, F. Fortinguerra</i>
---	---	-----	-------------------------------------

**Antinfluenzale**

Un cammino difficile tra interferenze, azzardi e rifiuti	4	182	<i>L. Grandori</i>
--	---	-----	--------------------

**Antitosse**

Aumentano le segnalazioni di reazioni avverse: solo una su dieci dai pediatri di famiglia	3	132	<i>A. Clavenna, F. Fortinguerra</i>
---	---	-----	-------------------------------------

**Apprendimento**

Lettura ad alta voce e musica per crescere meglio	2	84	<i>A. Brunelli, S. Manetti</i>
---	---	----	--------------------------------

**Ascolto**

I cinque consigli per un buon medico	2	66	<i>M. Gangemi</i>
Lettura ad alta voce e musica per crescere meglio	2	84	<i>A. Brunelli, S. Manetti</i>

**Asma**

Piscine e asma, esposizione prenatale a perfluorinati, cambiamenti climatici e salute	5	236	<i>G. Primavera, G. Toffol</i>
---	---	-----	--------------------------------

**Assistenza**

Il costo della sanità e il federalismo fiscale	1	1	<i>G. Biasini</i>
--	---	---	-------------------

**Atomoxetina**

Aumentano le segnalazioni di reazioni avverse: solo una su dieci dai pediatri di famiglia	3	132	<i>A. Clavenna, F. Fortinguerra</i>
---	---	-----	-------------------------------------

**Attaccamento**

Padre in sala operatoria e contatto precoce "pelle a pelle" durante il taglio cesareo: si può fare!	1	10	<i>F. Colonna, et al.</i>
Fare prevenzione con la teoria dell'attaccamento	4	176	<i>M. G. Della Speranza</i>

**Attitudine alla lettura**

Nati per Leggere a Messina: valutazione pre-intervento dell'attitudine alla lettura ad alta voce nelle famiglie	1	15	<i>M. Agosta, et al.</i>
---	---	----	--------------------------

**Barker hypothesis**

Incremento di neoplasie e patologie ambiente-correlate	2	49	<i>E. Burgio</i>
--	---	----	------------------

**Basso reddito**

"Disfattismo" e rappresentazioni della realtà	6	250	<i>G. Cirillo</i>
---	---	-----	-------------------

**Bisogni di salute**

Il costo della sanità e il federalismo fiscale	1	1	<i>G. Biasini</i>
--	---	---	-------------------

**Bonding**

Padre in sala operatoria e contatto precoce "pelle a pelle" durante il taglio cesareo: si può fare!	1	10	<i>F. Colonna, et al.</i>
---	---	----	---------------------------

**Bosentan**

Gli psicostimolanti aumentano il rischio di morte improvvisa?	5	219	<i>A. Clavenna, F. Fortinguerra</i>
---	---	-----	-------------------------------------

**Broncoscopia**

Inalazione di corpo estraneo in età pediatrica: esperienza di un team ospedaliero	2	57	<i>P. Siani, et al.</i>
---	---	----	-------------------------

**Calendario vaccinale**

Cambiare il calendario vaccinale nel Comune di Milano? L'ACP risponde	5	218	<i>L. Grandori</i>
---	---	-----	--------------------

**Carotenoidi**

Una neonata sana e a termine e una inconsueta prescrizione...	5	203	<i>L. Reali</i>
---	---	-----	-----------------

**Cefalosporina**

Mario e la sua tonsillite: la mia attitudine è corretta?	3	113	<i>M. F. Siracusano</i>
--	---	-----	-------------------------

**Celiachia**

Ricerare la celiachia: report di una esperienza clinica	2	51	<i>G. Toffol, et al.</i>
---	---	----	--------------------------

**Cellule staminali**

La donazione di cellule staminali cordonali	6	254	<i>R. Chicchi, R. Santarelli</i>
---	---	-----	----------------------------------

**Cesareo**

Padre in sala operatoria e contatto precoce "pelle a pelle" durante il taglio cesareo: si può fare!	1	10	<i>F. Colonna, et al.</i>
---	---	----	---------------------------

**Clima**

Ambiente e salute. I rischi da pesticidi, e un invito all'azione per i medici	1	29	<i>G. Toffol</i>
Piscine e asma, esposizione prenatale a perfluorinati, cambiamenti climatici e salute	5	236	<i>G. Primavera, G. Toffol</i>

**Cloro**

Piscine e asma, esposizione prenatale a perfluorinati, cambiamenti climatici e salute	5	236	<i>G. Primavera, G. Toffol</i>
---	---	-----	--------------------------------

**Coloranti**

Cosa indossano i nostri bambini? Questione di fibre... 4 184 G. Toffol, A. Comazzetto

**Complicanze metaboliche**

"Early adiposity rebound": indicatore precoce di rischio per lo sviluppo di obesità e di complicanze metaboliche 2 72 M. Iaia

**Comunicazione**

Libri "su misura" e "Nati per Leggere" 5 212 M. A. Costantino

**Condizioni socioeconomiche delle famiglie**

"Disfattismo" e rappresentazioni della realtà 6 250 G. Cirillo

**Conflitto d'interessi**

Conflitto di interessi tra medici e industria farmaceutica 1 3 A. Fabbri, et al.

**Connessioni**

Connessioni: la parola chiave 6 241 P. Siani

**Contaminazione alimentare**

Scandalo degli alimenti contaminati da melamina 1 30 A. Cattaneo

**Contatto pelle a pelle**

Padre in sala operatoria e contatto precoce "pelle a pelle" durante il taglio cesareo: si può fare! 1 10 F. Colonna, et al.

**Convenzione ONU**

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite 3 126 G. Griffò

**Corpo estraneo**

Inalazione di corpo estraneo in età pediatrica: esperienza di un team ospedaliero 2 57 P. Siani, et al.

**Costi**

Il costo della sanità e il federalismo fiscale 1 1 G. Biasini

**Crisi finanziaria**

"Disfattismo" e rappresentazioni della realtà 6 250 G. Cirillo

**Crisi sociale**

Crisi sociale, povertà ed health literacy 4 145 G. Biasini

Crisi economica. È possibile un patto per la salute? 5 193 G. Biasini

**DDT**

Ambiente e salute. I rischi da pesticidi, e un invito all'azione per i medici 1 29 G. Toffol

**Depressione post-partum**

Il disturbo posttraumatico da stress successivo al parto 4 161 S. Bonapace, F. Ciotti

**Deprivazione**

"Disfattismo" e rappresentazioni della realtà 6 250 G. Cirillo

**Diagnosi prenatale**

Le idronefrosi prenatali: quando serve lo specialista? 4 170 L. Peratoner

**Diritti**

Scandalo degli alimenti contaminati da melamina 1 30 A. Cattaneo

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite 3 126 G. Griffò

**Disabilità**

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite 3 126 G. Griffò

LSU: Limiti Superabili. Indagine sulla qualità di vita delle persone con sindrome di Down nel Comune di Roma 5 194 F. Luchino, et al.

**Disabilità comunicativa**

Libri "su misura" e "Nati per Leggere" 5 212 M. A. Costantino

**Disagio economico**

"Disfattismo" e rappresentazioni della realtà 6 250 G. Cirillo

**Disoccupazione**

Crisi economica. È possibile un patto per la salute? 5 193 G. Biasini

**Disturbi del movimento**

Tic o crisi epilettiche? Tre storie 5 208 L. Marangio, et al.

**Diversità**

La pedagogia dell'immigrazione 2 60 L. Tussi

**Donazione**

La donazione di cellule staminali cordonali 6 254 R. Chicchi, R. Santarelli

**Down**

LSU: Limiti Superabili. Indagine sulla qualità di vita delle persone con sindrome di Down nel Comune di Roma 5 194 F. Luchino, et al.

**Early adiposity rebound**

"Early adiposity rebound": indicatore precoce di rischio per lo sviluppo di obesità e di complicanze metaboliche 2 72 M. Iaia

**Ecografia toracica**

L'Ecografia Toracica in Pediatria: una tecnica di indagine trascurata 3 122 F. Feletti, et al.

**Educazione**

Migliorare la Sanità Pubblica Ugandese attraverso l'educazione 3 120 G. W. Pariyo

**Ematuria**

Ematuria macroscopica in corso di polmonite 2 67 L. De Seta, et al.

**Emergenza**

Migliorare la Sanità Pubblica Ugandese attraverso l'educazione 3 120 G. W. Pariyo

**Epigenetica**

Incremento di neoplasie e patologie ambiente-correlate 2 49 E. Burgio

**Epilessia**

Tic o crisi epilettiche? Tre storie 5 208 L. Marangio, et al.

**Esantema**

Che esantema è? 4 168 P. Rana

**Escitalopram**

Novità sugli psicofarmaci per uso pediatrico, ma con molte perplessità 4 183 A. Clavenna, F. Fortinguerra

**Esclusione sociale**

Giovani migranti: tra inclusione, integrazione subalterna e disaffiliazione 6 258 M. Conte

**Faringite**

Mario e la sua tonsillite: la mia attitudine è corretta? 3 113 M. F. Siracusano

**Farmaci**

I neonati e le sperimentazioni cliniche multiple: avanti con prudenza 1 17 C. Corchia, A. Dotta

**Formazione**

I cinque consigli per un buon medico 2 66 M. Gangemi

**Fortificazione del latte umano**

Nutrizione del pretermine. La fortificazione personalizzata del latte materno 6 243 A. Biasini, et al.

**Ftalati**

La scelta dei giocattoli: alcuni consigli per la sicurezza dei bambini 3 136 G. Toffol  
Cosa indossano i nostri bambini? Questione di fibre... 4 184 G. Toffol, A. Comazzetto

**Fumo**

Fumo passivo e prematuri, perturbatori endocrini e obesità, inquinamento ambientale e aspettativa di vita 2 80 G. Primavera, G. Toffol

**Giocattolo**

La scelta dei giocattoli: alcuni consigli per la sicurezza dei bambini 3 136 G. Toffol

**Glomerulonefrite**

Ematuria macroscopica in corso di polmonite 2 67 L. De Seta, et al.

**Gravidanza**

Nella mente dei padri 3 104 A. Pellai, et al.

**Griseofulvina**

Che cosa non ha funzionato? 6 266 F. Arcangeli

**H1N1**

La posizione ACP sull'influenza A/H1N1: un aggiornamento 5 217 L. Grandori  
H1N1/2009: un aggiornamento 6 268 L. Grandori  
Uso degli antivirali nei bambini: il punto della situazione 6 269 A. Clavenna, F. Fortinguerra  
Lavarsi le mani protegge contro le infezioni: lavale bene, proteggiti te stesso! 6 273 D. De Brasi

**Health literacy**

Crisi sociale, povertà ed health literacy 4 145 G. Biasini  
Una silenziosa "malattia": la scarsa health literacy dei nostri pazienti 4 151 M. F. Siracusano, S. Manetti

**Idronefrosi**

Le idronefrosi prenatali: quando serve lo specialista? 4 170 L. Peratoner

**Immigrati**

L'STP (Straniero Temporaneamente Presente), questo sconosciuto 1 20 L. Iaboli, F. Zuccaro

Giovani migranti: tra inclusione, integrazione subalterna e disaffiliazione 6 258 M. Conte

**Immigrazione**

La pedagogia dell'immigrazione 2 60 L. Tussi

**Inalazione di corpo estraneo**

Inalazione di corpo estraneo in età pediatrica: esperienza di un team ospedaliero 2 57 P. Siani, et al.

La scelta dei giocattoli: alcuni consigli per la sicurezza dei bambini 3 136 G. Toffol



**Incidenza**

Incremento di neoplasie e patologie ambiente-correlate 2 49 E. Burgio

**Industria farmaceutica**

Conflitto di interessi tra medici e industria farmaceutica 1 3 A. Fabbri, et al.

Attenti ai trabocchetti, alle trappole e alle bufale 1 32 L. Grandori

**Infermiere**

L'uso di uniformi infermieristiche non convenzionali nei reparti pediatrici 3 109 F. Festini

**Inquinamento acustico**

La scelta dei giocattoli: alcuni consigli per la sicurezza dei bambini 3 136 G. Toffol

Ascolto di musica in cuffia e rischio di deficit uditivo 6 271 Gruppo ACP

**Inquinamento indoor**

Fumo passivo e prematuri, perturbatori endocrini e obesità, inquinamento ambientale e aspettativa di vita 2 80 G. Primavera, G. Toffol

**Insomnia**

Un bambino con difficoltà nel sonno: quale la causa? 2 70 P. Minardi

**Integratori**

Una neonata sana e a termine e una inconsueta prescrizione... 5 203 L. Reali

**Integrazione**

La pedagogia dell'immigrazione 2 60 L. Tussi

Giovani migranti: tra inclusione, integrazione subalterna e disaffiliazione 6 258 M. Conte

**Ipoacusia**

Ascolto di musica in cuffia e rischio di deficit uditivo 6 271 Gruppo ACP

**Latte umano**

Nutrizione del pretermine. La fortificazione personalizzata del latte materno 6 243 A. Biasini, et al.

**Letture**

Padre in sala operatoria e contatto precoce "pelle a pelle" durante il taglio cesareo: si può fare! 1 10 F. Colonna, et al.

**Letture**

Letture ad alta voce e musica per crescere meglio 2 84 A. Brunelli, S. Manetti

Libri "su misura" e "Nati per Leggere" 5 212 M. A. Costantino

**Linguaggio**

Letture ad alta voce e musica per crescere meglio 2 84 A. Brunelli, S. Manetti

**Literacy**

Una silenziosa "malattia": la scarsa health literacy dei nostri pazienti 4 151 M. F. Siracusano, S. Manetti

**Livelli di assistenza**

Il costo della sanità e il federalismo fiscale 1 1 G. Biasini

**Luteina**

Una neonata sana e a termine e una inconsueta prescrizione... 5 203 L. Reali

**Malaria**

Una formulazione adatta ai bambini per la cura della malaria 2 82 A. Clavenna, F. Fortinguerra

Un bambino con febbre al ritorno da un viaggio 6 261 M. R. Licenziati, et al.

**Malattia**

Il Barone è tra noi, il Barone è con noi, il Barone è dentro di noi. Liberiamocene! 1 22 I. Marinelli

**Malattie tropicali**

La sfida di Pemba, in Tanzania 2 64 V. Confalonieri

**Matrimoni precoci**

Il Rapporto UNICEF 2009 sulla Condizione dell'infanzia nel mondo 3 111 L. Reali

**Meflochina**

Un bambino con febbre al ritorno da un viaggio 6 261 M. R. Licenziati, et al.

**Megaloeritema**

Che esantema è? 4 168 P. Rana

**Melamina**

Scandalo degli alimenti contaminati da melamina 1 30 A. Cattaneo

**Mercato del lavoro**

"Disfattismo" e rappresentazioni della realtà 6 250 G. Cirillo

**Metilfenidato**

Aumentano le segnalazioni di reazioni avverse: solo una su dieci dai pediatri di famiglia 3 132 A. Clavenna, F. Fortinguerra

Novità sugli psicofarmaci per uso pediatrico, ma con molte perplessità 4 183 A. Clavenna, F. Fortinguerra

**Metoclopramide**

Novità sugli psicofarmaci per uso pediatrico, ma con molte perplessità 4 183 A. Clavenna, F. Fortinguerra

**Migrazione**

Giovani migranti: tra inclusione, integrazione subalterna e disaffiliazione 6 258 M. Conte

**Mobilità sociale**

Il Rapporto SVIMEZ 2009 e la condizione del Mezzogiorno 6 247 G. Cirillo

**Mortalità infantile**

Il Rapporto UNICEF 2009 sulla Condizione dell'infanzia nel mondo 3 111 L. Reali

**Mortalità materna**

Il Rapporto UNICEF 2009 sulla Condizione dell'infanzia nel mondo 3 111 L. Reali

**Munchausen**

Il Barone è tra noi, il Barone è con noi, il Barone è dentro di noi. Liberiamocene! 1 22 I. Marinelli

**Musica**

Letture ad alta voce e musica per crescere meglio 2 84 A. Brunelli, S. Manetti

Ascolto di musica in cuffia e rischio di deficit uditivo 6 271 Gruppo ACP

**Nati per Leggere**

Nati per Leggere a Messina: valutazione pre-intervento dell'attitudine alla lettura ad alta voce nelle famiglie 1 15 M. Agosta, et al.

Libri "su misura" e "Nati per Leggere" 5 212 M. A. Costantino

**Neonati a rischio**

I neonati e le sperimentazioni cliniche multiple: avanti con prudenza 1 17 C. Corchia, A. Dotta

**Neonato**

Una neonata sana e a termine e una inconsueta prescrizione... 5 203 L. Reali

**Obesità**

"Early adiposity rebound": indicatore precoce di rischio per lo sviluppo di obesità e di complicanze metaboliche 2 72 M. Iaia

Fumo passivo e prematuri, perturbatori endocrini e obesità, inquinamento ambientale e aspettativa di vita 2 80 G. Primavera, G. Toffol

**OCSE**

Una silenziosa "malattia": la scarsa health literacy dei nostri pazienti 4 151 M. F. Siracusano, S. Manetti

**Oseltamivir**

Novità sugli psicofarmaci per uso pediatrico, ma con molte perplessità 4 183 A. Clavenna, F. Fortinguerra

Uso degli antivirali nei bambini: il punto della situazione 6 269 A. Clavenna, F. Fortinguerra

**Otalgia**

Otite esterna acuta (AOE): una sintesi delle raccomandazioni 5 214 M. Milandri, L. Rossi

**Otite esterna acuta**

Otite esterna acuta (AOE): una sintesi delle raccomandazioni 5 214 M. Milandri, L. Rossi

**Oxatimide**

Aumentano le segnalazioni di reazioni avverse: solo una su dieci dai pediatri di famiglia 3 132 A. Clavenna, F. Fortinguerra

**Padri**

Padre in sala operatoria e contatto precoce "pelle a pelle" durante il taglio cesareo: si può fare! 1 10 F. Colonna, et al.

Nella mente dei padri 3 104 A. Pellai, et al.

**Pandemia**

H1N1/2009: un aggiornamento 6 268 L. Grandori

Lavarsi le mani protegge contro le infezioni: lavale bene, proteggiti te stesso! 6 273 D. De Brasi

**Parto**

Il disturbo posttraumatico da stress successivo al parto 4 161 S. Bonapace, F. Ciotti

**Parto cesareo**

Padre in sala operatoria e contatto precoce "pelle a pelle" durante il taglio cesareo: si può fare! 1 10 F. Colonna, et al.

**Pediatra di famiglia**

Nati per Leggere a Messina: valutazione pre-intervento dell'attitudine alla lettura ad alta voce nelle famiglie 1 15 M. Agosta, et al.

**Perfluorinati**

Piscine e asma, esposizione prenatale a perfluorinati, cambiamenti climatici e salute 5 236 G. Primavera, G. Toffol

**Pesticidi**

Ambiente e salute. I rischi da pesticidi, e un invito all'azione per i medici 1 29 G. Toffol  
 Piscine e asma, esposizione prenatale a perfluorinati, cambiamenti climatici e salute 5 236 G. Primavera, G. Toffol

**Piede piatto**

Esistono prove dell'efficacia dei plantari nel piede piatto? 1 26 F. Raimo, M. Tommasi

**Piombo**

La scelta dei giocattoli: alcuni consigli per la sicurezza dei bambini 3 136 G. Toffol

**Plantare**

Esistono prove dell'efficacia dei plantari nel piede piatto? 1 26 F. Raimo, M. Tommasi

**Plasmidio**

Un bambino con febbre al ritorno da un viaggio 6 261 M. R. Licenziati, et al.

**Pneumococco**

Ematuria macroscopica in corso di polmonite 2 67 L. De Seta, et al.

**Pneumotorace**

L'Ecografia Toracica in Pediatria: una tecnica di indagine trascurata 3 122 F. Feletti, et al.

**Polmonite**

Ematuria macroscopica in corso di polmonite 2 67 L. De Seta, et al.

L'Ecografia Toracica in Pediatria:

una tecnica di indagine trascurata 3 122 F. Feletti, et al.

**Poverta**

Crisi sociale, poverta ed health literacy 4 145 G. Biasini

Crisi economica. E' possibile un patto per la salute? 5 193 G. Biasini

**Preparazioni topiche**

Otite esterna acuta (AOE): una sintesi delle raccomandazioni 5 214 M. Milandri, L. Rossi

**Pretermine**

Nutrizione del pretermine. La fortificazione personalizzata del latte materno 6 243 A. Biasini, et al.

**Prevenzione**

Nella mente dei padri 3 104 A. Pellai, et al.

**Prodotto Interno Lordo**

Il Rapporto SVIMEZ 2009 e la condizione del Mezzogiorno 6 247 G. Cirillo

**Produttività**

Il Rapporto SVIMEZ 2009 e la condizione del Mezzogiorno 6 247 G. Cirillo

**Prurito**

Un bambino con difficolta nel sonno: quale la causa? 2 70 P. Minardi

**Psicostimolanti**

Gli psicostimolanti aumentano il rischio di morte improvvisa? 5 219 A. Clavenna, F. Fortinguerra

**Qualità di vita**

LISU: Limiti Superabili. Indagine sulla qualità di vita delle persone con sindrome di Down nel Comune di Roma 5 194 F. Luchino, et al.

**Quinta malattia**

Che esantema e? 4 168 P. Rana

**Relazioni avverse**

Aumentano le segnalazioni di reazioni avverse: solo una su dieci dai pediatri di famiglia 3 132 A. Clavenna, F. Fortinguerra

**Ricerca**

Attenti ai trabocchetti, alle trappole e alle bufale 1 32 L. Grandori

I cinque consigli per un buon medico 2 66 M. Gangemi

**Ricovero ospedaliero**

L'uso di uniformi infermieristiche non convenzionali nei reparti pediatrici 3 109 F. Festini

Il ricovero degli adolescenti in Pediatria 4 156 S. Bertelloni

**Sala operatoria**

Padre in sala operatoria e contatto precoce "pelle a pelle" durante il taglio cesareo: si può fare! 1 10 F. Colonna, et al.

**Salute**

Migliorare la Sanità Pubblica Ugandese attraverso l'educazione 3 120 G. W. Pariyo

Una silenziosa "malattia": la scarsa health literacy dei nostri pazienti 4 151 M. F. Siracusano, S. Manetti

**Sangue ombelicale cordonale**

La donazione di cellule staminali cordonali 6 254 R. Chicchi, R. Santarelli

**Scabbia**

Un bambino con difficolta nel sonno: quale la causa? 2 70 P. Minardi

**Scintigrafia renale**

Le idronefrosi prenatali: quando serve lo specialista? 4 170 L. Peratoner

**Servizi sanitari**

Il costo della sanità e il federalismo fiscale 1 1 G. Biasini

Una silenziosa "malattia": la scarsa health literacy dei nostri pazienti 4 151 M. F. Siracusano, S. Manetti

**Sindrome di Down**

LISU: Limiti Superabili. Indagine sulla qualità di vita delle persone con sindrome di Down nel Comune di Roma 5 194 F. Luchino, et al.

**Sperimentazioni cliniche**

I neonati e le sperimentazioni cliniche multiple: avanti con prudenza 1 17 C. Corchia, A. Dotta

**Sponsorizzazione**

Attenti ai trabocchetti, alle trappole e alle bufale 1 32 L. Grandori

**STP**

L'STP (Straniero Temporaneamente Presente), questo sconosciuto 1 20 L. Iaboli, F. Zuccaro

**Sviluppo**

Ambiente e salute. I rischi da pesticidi, e un invito all'azione per i medici 1 29 G. Toffol

**Tamiflu**

Uso degli antivirali nei bambini: il punto della situazione 6 269 A. Clavenna, F. Fortinguerra

**Tasso di incidenza**

Incremento di neoplasie e patologie ambiente-correlate 2 49 E. Burgio

**Temperamento**

Fare prevenzione con la teoria dell'attaccamento 4 176 M. G. Della Speranza

**Terbinafina**

Che cosa non ha funzionato? 6 266 F. Arcangeli

**Tetravalente**

Un cammino difficile tra interferenze, azzardi e rifiuti 4 182 L. Grandori

**Tic**

Tic o crisi epilettiche? Tre storie 5 208 L. Marangio, et al.

**Tinea**

Che cosa non ha funzionato? 6 266 F. Arcangeli

**Tonsillite**

Mario e la sua tonsillite: la mia attitudine e' corretta? 3 113 M. F. Siracusano

**Tubercolosi**

Cambiare il calendario vaccinale nel Comune di Milano? L'ACP risponde 5 218 L. Grandori

**Tumori**

Incremento di neoplasie e patologie ambiente-correlate 2 49 E. Burgio

**Uganda**

Migliorare la Sanità Pubblica Ugandese attraverso l'educazione 3 120 G. W. Pariyo

**Ultrasuoni**

Le idronefrosi prenatali: quando serve lo specialista? 4 170 L. Peratoner

**UU OO di Pediatria**

Il ricovero degli adolescenti in Pediatria 4 156 S. Bertelloni

**Vaccini**

Un cammino difficile tra interferenze, azzardi e rifiuti 4 182 L. Grandori

Cambiare il calendario vaccinale nel Comune di Milano? L'ACP risponde 5 218 L. Grandori

H1N1/2009: un aggiornamento 6 268 L. Grandori

**Varicella**

Un cammino difficile tra interferenze, azzardi e rifiuti 4 182 L. Grandori

**Versamento pleurico**

L'Ecografia Toracica in Pediatria: una tecnica di indagine trascurata 3 122 F. Feletti, et al.

**VLBW**

Fumo passivo e prematuri, perturbatori endocrini e obesità, inquinamento ambientale e aspettativa di vita 2 80 G. Primavera, G. Toffol

**Welfare**

Il Rapporto SVIMEZ 2009 e la condizione del Mezzogiorno 6 247 G. Cirillo

**Zanamivir**

Uso degli antivirali nei bambini: il punto della situazione 6 269 A. Clavenna, F. Fortinguerra

**Zeaxantina**

Una neonata sana e a termine e una inconsueta prescrizione... 5 203 L. Reali

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...

- [Il primo libro? A sei mesi](#)
- [Confondimento, confusione e finta EBM: il caso vaccinazione H1N1](#)
- [Primi risultati \(limitati\) di Focetria su adulti e anziani](#)
- [Allattamento e Influenza A \(H1N1 - detta anche influenza suina\)](#)
- [La sindrome del Golfo non è una sindrome](#)

lunedì 16 novembre 2009



### Il primo libro? A sei mesi

I vantaggi intellettivi sono ormai provati: ecco come riuscirci.  
Dai pediatri, i suggerimenti pratici per avvicinare i bambini alla lettura.

[Leggi \(Corriere.it\)](#)

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

Categoria: [Dicono di noi](#), [NpL](#), [Link a questo post](#)

venerdì 13 novembre 2009



### Confondimento, confusione e finta EBM: il caso vaccinazione H1N1

*Pubbllichiamo per gentile concessione di Federico Marchetti questo suo editoriale sulla pandemia H1N1 che comparirà sul prossimo numero di "Medico e Bambino".*

[Scarica l'articolo](#)

[Commenta questo post!](#) (1)

Categoria: [A/N1H1](#), [Influenza suina](#), [Vaccinazioni](#), [Link a questo post](#)

giovedì 12 novembre 2009



### Primi risultati (limitati) di Focetria su adulti e anziani

[Un comunicato stampa dell'Agenzia del farmaco europea \(EMA\)](#) informa che sono disponibili i primi dati di Focetria (il vaccino antipandemico in uso in Italia) su adulti e anziani.

Cliccando su Focetria si accede alla scheda tecnica corretta con l'aggiunta di questi dati.

Google Custom Search

cerca

Novembre - Dicembre vol. 16 n.6



## Indici 2009

[Qacp - 2009:16\(4\)](#)

[Qacp - 2009:16\(3\)](#)

[Qacp - 2009:16\(2\)](#)

[Qacp - 2009:16\(1\)](#)

## Iscrizioni:

[Post](#)

[Tutti i commenti](#)

Sottoscrivi il blog via mail

## Editoriale

- 241 Connessioni: la parola chiave  
*Paolo Siani*

## Ricerca

- 243 Nutrizione del pretermine. La fortificazione personalizzata del latte materno  
*Augusto Biasini, Ilaria Ponton, Lucia Marvulli et al.*

## Statistiche correnti

- 247 Il Rapporto SVIMEZ 2009 e la condizione del Mezzogiorno  
*Giuseppe Cirillo*
- 250 "Disfattismo" e rappresentazioni della realtà  
*Giuseppe Cirillo*

## Il punto su

- 254 La donazione di cellule staminali cordonali  
*Roberta Chicchi, Rita Santarelli*
- 258 Giovani migranti: tra inclusione, integrazione subalterna e disaffiliazione  
*Massimo Conte*

## Il caso che insegna

- 261 Un bambino con febbre al ritorno da un viaggio  
*Maria Rosaria Licenziati, Maria Ludovica Genna, Gerardino Amato et al.*

## Info

- 264 Conflitto d'interessi? Ci prova Obama
- 264 Ted Kennedy e il Codice
- 264 Più complicità con il virus A/H1N1 nelle gravide
- 264 L'infezione con virus A/H1N1 nei bambini
- 265 Il Decreto Brunetta e la Sanità
- 265 La migrazione dei laureati
- 265 Il processo AIFA
- 265 Ospedale amico dei bambini: siamo a 18
- 265 Lettera dei "Nograziepagoio" sull'ECM
- 265 Uccelli e musica

## Occhio alla pelle

- 266 Che cosa non ha funzionato  
*Fabio Arcangeli*

## Vaccinacipi

- 268 H1N1/2009: un aggiornamento  
*Luisella Grandori*

## Farmacipi

- 269 Uso degli antivirali nei bambini: il punto della situazione  
*Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra*

## Per un mondo possibile

- 271 Ascolto di musica in cuffia e rischio di deficit uditivo  
*Gruppo ACP "PUMP"*

## Tenstories

- 272 Le pietre miliari sui diritti umani: il nuovo protocollo incentiva i diritti economici, sociali e culturali  
*Stefania Manetti (a cura di)*

## Informazioni per genitori

- 273 Lavarsi le mani protegge contro le infezioni: lavale bene, proteggiti te stesso!  
*Daniele De Brasi (a cura di)*

## Libri

- 274 E i nostri volti, amore mio, leggeri come foto di *John Berger*
- 274 Libro azzurro di *Franco Foschi*
- 274 Cosa pensano i dottori di *Jerome Groopman*
- 275 Siamo speciali di *Paola Vizzer*
- 275 Bebè del mondo di *Béatrice Fontanel e Claire d'Harcourt*
- 275 Handbook of Attachment di *Cassidy Jude and Shaver Phillip R.*

## Nati per Leggere

- 276 Brasile
- 276 Lombardia
- 277 Veneto

## Film

- 278 La corsa di *Baaria*  
*Italo Spada*

## Musical-mente

- 279 Le iniziative di "Nati per la Musica"  
*Federica Zanetto, Stefano Gorini (a cura di)*

## Acp news

- 280 Risultati della consultazione per la nomina del Presidente ACP e di quattro consiglieri
- 280 Giocapulito
- 280 Lettera al Presidente della Repubblica
- 280 Corso ACP

## Lettere

- 281 L'AIFA promette che... e noi attendiamo  
*Laura Reali*
- 281 I non luoghi degli adolescenti  
*Efrem Marri*

### 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).