

Quaderni acp

www.quaderniacp.it

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

www.acp.it

I bambini nella famiglia



gennaio-febbraio 2010 vol 17 n° 1

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

La Rivista è indicizzata in EMBASE

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
January-February 2010; 17(1)

1 Editorial

Thoughts around competing interest in medicine
Sergio Conti Nibali

3 Research

Prospective area based study
of group B Streptococcus infections
Alberto Berardi, Licia Lugli, Cecilia Rossi, et al.

ICF and the care of children and adolescents
with mental retardation
*Grazia Isabella Continisio, Paola Continisio,
Valeria Esposito, et al.*

Research and Health
Maurizio Bonati

17 Research letters

The children nursing profession:
attitudes and motivations. A cross-sectional study
Simona Vergna, Filippo Festini

19 Guidelines

Recommendations for the diagnosis of celiac
disease in Italy and in UK. An integrative analysis
of the documents
Enrico Valletta, Michele Gangemi, Martina Fornaro

23 Health care system

Second grade secondary school in the Policlinico
"S. Orsola-Malpighi" in Bologna, Italy
Cinzia Macchi

28 Info

30 Personal accounts

Helping and helping yourself: the therapeutic group
with parents as an experience of parenting support
Manuela Russo

33 Forasustainableworld

Polychlorobiphenyls, Pesticides and cancer
*Angela Biolchini Giusi De Gaspari,
Aurelio Nova, Letizia Rabbone*

34 Vaccinacipi

Another update on H1N1/2009
Luisella Grandori

35 Farmacipi

Psychoactive drugs during breastfeeding:
about one third have no evidences
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

36 Tenstories

Global food crisis:
more go hungry amid economic turmoil
Stefania Manetti (a cura di)

37 Movies

38 Informing parents

Children and media
Giuseppa Primavera

40 Books

42 Born to read

44 Meeting synopsis

47 ACP news

Quaderni acp

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

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessi

Comitato editoriale

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

Collaboratori

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

Organizzazione

Giovanna Benzi

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

Internet

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

Indirizzi

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

Direttore

Giancarlo Biasini
corso U. Comandini 10, 47521 Cesena
e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

Ufficio soci

via Nulvi 27, 07100 Sassari
Cell. 392 3838502, Fax 079 3027041
e-mail: ufficioci@acp.it

Stampa

Stilgraf
viale Angeloni 407, 47521 Cesena
Tel. 0547 610201
e-mail: info@stilgrafcesena.191.it

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

© ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI
ACP EDIZIONI NO PROFIT

LA COPERTINA

Con la copertina del numero 6 del 2009 si è chiusa la serie dedicata a "I bambini e i fiori". Le copertine del 2010 saranno dedicate al tema "I bambini nella famiglia"; la famiglia come sede prima e privilegiata di relazione, come formidabile strumento di crescita del bambino attraverso le funzioni genitoriali. Sono temi cari all'ACP e spesso trattati da Quaderni acp. La copertina di questo primo numero riporta una immagine di Bartolomé Esteban Murillo, "Sacra famiglia con l'uccellino", 1650, olio su tela. Madrid, Museo Nacional del Prado.

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

Esempio per le riviste e per i testi

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

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

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

Pensieri intorno al conflitto d'interessi in medicina

Sergio Conti Nibali*, Redazione Quaderni acp
*Pediatria di famiglia, Messina

Parole chiave Conflitti d'interesse. Etica. Ricerca. Pubblicazioni scientifiche

"Quando mi sono venduto?" mi interrompe con una delle sue gran risate. "Oppure, diciamo, quando mi sono lasciato comprare?". Quando ho capito che la ricerca è al servizio del potere e che il ricercatore è un'oca che produce uova d'oro e che quell'oro andava tutto sulla tavola di chi comanda".

Renzo Tomatis. Il fuoriuscito. Sironi 2005

"La luce del sole è il miglior disinfettante: un database pubblico dove tutti i ricercatori dichiarino la provenienza dei finanziamenti sarebbe una buona cosa".

Francis Collins. NEJM 01.10.2009

Quando si affronta il tema del conflitto d'interessi la tendenza è quella di concentrarsi sui conflitti economici; tuttavia essi possono essere personali, accademici, politici o religiosi; in effetti il conflitto d'interesse è un insieme di condizioni in cui il giudizio professionale su un interesse primario (come il benessere di un paziente o la validità di una ricerca) tende ad essere indebitamente influenzato da un interesse secondario (che può essere un guadagno economico, ma non solo). Così inteso, il conflitto d'interessi è una condizione e non un comportamento; per cui il problema non è la sua esistenza, ma la sua gestione. Scopo di questi pensieri è quello di riproporre all'attenzione l'argomento e di suscitare reazioni.

Il 13 ottobre 2009, i direttori di tutte le riviste dell'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) hanno pubblicato simultaneamente un editoriale che detta le nuove regole per la dichiarazione dei conflitti di interesse degli autori di articoli scientifici [1]. Sono norme severissime che prevedono l'esplicitazione non solo dei legami finanziari (fino ai 36 mesi dalla data della presentazione del manoscritto) degli autori con enti commerciali che possono avere un qualsiasi interesse nel lavoro da pubblicare; ma an-

che dei regali, degli onorari, dei rimborsi per viaggi e soggiorni, dell'eventuale pagamento o aiuto all'autore (o all'istituzione di appartenenza) per il lavoro presentato, da parte di un ente esterno (es. sussidi, monitoraggio dei dati, disegno dello studio, preparazione del manoscritto, analisi statistica ecc.), fino a qualsiasi legame finanziario simile che coinvolga il coniuge o i figli minori di 18 anni. Ma anche i rapporti rilevanti non finanziari (personali, professionali, politici istituzionali, religiosi o altri) che un lettore dovrebbe conoscere rispetto al lavoro pubblicato.

Il prestigio delle riviste che aderiscono all'ICMJE (*) imporrebbe un'attenta lettura dei motivi che hanno portato alla proposta di un nuovo approccio alla dichiarazione del conflitto di interesse e un conseguente dibattito all'interno delle varie Società scientifiche per una seria gestione del problema. Uso il condizionale in quanto si può tranquillamente affermare che certamente flebile, almeno in Italia, è stato il dibattito suscitato nel 2001 dal celebre editoriale *Sponsorship, authorship, and accountability* scritto dagli editor di *Annals of Internal Medicine*, *New England Journal of Medicine*, *Canadian Medical Association Journal*, *Journal of the American Medical Association*, *The Lancet* [2]; l'editoriale sottolineava la necessità che la scelta dei quesiti sui quali si disegnavano gli studi fosse realmente rilevante per la salute delle persone; che le ricerche fossero condotte nelle aree nelle quali esistevano reali incertezze e non fossero invece duplicazioni di ricerche già fatte; che i ricercatori avessero un ruolo primario sia nel disegno sia nella conduzione degli studi; che l'analisi dei dati vedesse in primo piano i ricercatori e non fosse delegata agli sponsor che finanziano la ricerca; che i ricercatori fossero liberi di pubblicare e diffondere i risultati delle ricerche da loro condotte e non fossero condizionati da vincoli di proprietà da parte degli sponsor, che potevano deciderne la diffusione o meno in funzione dei propri interessi commerciali; che i ricercatori dichiarassero i propri potenziali conflitti

di interessi derivanti da rapporti di consulenza o di collaborazione commerciale con gli sponsor; che le riviste scientifiche si impegnassero a promuovere il rispetto di queste regole chiedendo agli autori di dichiarare in modo trasparente il ruolo svolto da essi nel progetto, e di chi fosse la responsabilità dell'analisi dei dati; che le riviste stesse si impegnassero nella trasparenza e i membri dei loro comitati editoriali si impegnassero a rivelare i propri potenziali conflitti di interesse. Una delle poche reazioni all'editoriale in Italia si ebbe nel 2002 quando l'Associazione Italiana di Epidemiologia, l'Associazione Italiana di Oncologia Medica, il Centro Cochrane Italiano, l'Editore Zadig, la Federazione Italiana di Cardiologia, la Società Italiana di Ematologia e la Società Italiana di Medicina Interna promossero "un'iniziativa culturale ed etica tendente a impegnare le società scientifiche italiane, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e i Comitati Etici Locali in azioni utili a rendere maggiormente affidabili e credibili i risultati degli studi clinici condotti in Italia" [3]. Nel documento si auspicava che venissero scoraggiate quelle ricerche nelle quali il ricercatore non avesse l'autonomia decisionale nella scelta del protocollo e non avesse la disponibilità di accedere autonomamente e in modo indipendente a tutti i dati raccolti nel corso della ricerca; fosse previsto, da parte dello sponsor, un potere di vincolo alla pubblicazione dei risultati; non fosse reso esplicito l'eventuale conflitto di interessi con lo sponsor; l'obiettivo scientifico fosse secondario all'interesse commerciale dello sponsor o si trattasse di una mera ripetizione di ricerche identiche già pubblicate. L'appello si concludeva con l'auspicio che "... i direttori di riviste scientifiche e in particolare quelle considerate organi di società scientifiche si impegnino a dichiarare in modo trasparente la sussistenza di potenziali conflitti di interesse che riguardino sia loro stessi che l'intero staff editoriale".

A distanza di otto anni, possiamo certamente affermare che l'appello è rimasto

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

editoriale

inascoltato, o quasi. Del resto la generica dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse richiesta ai relatori di convegni e corsi ECM o agli autori di lavori scientifici viene per lo più considerata una postilla quasi irrilevante, a volte fastidiosa, da dover comunque firmare e consegnare senza perder tempo. Basterebbe riflettere, del resto, su quanti sono i relatori a un congresso che, prima del loro intervento, mostrano in diapositiva i loro potenziali conflitti rispetto all'argomento che stanno trattando.

Il Codice dell'ACP è datato 1998 e per l'Italia è uno dei primi approcci al problema in campo sanitario; è passato più di un decennio [4]. Il Codice ruota intorno a due parole chiave che sono "indipendenza" e "trasparenza" e mira a promuovere un'evoluzione nel rapporto tra medici e industria e un utilizzo più appropriato delle risorse di entrambi; l'ACP ha delineato gli ambiti di applicazione dell'impegno, ne ha tracciato i riferimenti e precisato i principi base; il Codice si (pre)occupava dell'informazione scientifica, dell'aggiornamento, della ricerca, dell'educazione alla salute, dell'organizzazione di congressi e di riunioni scientifiche. Se pensiamo che è stato scritto oltre un decennio fa, lo possiamo considerare, per quell'epoca, davvero rivoluzionario. Tuttavia alla luce di quello che nel frattempo è avvenuto altrove (quasi sempre fuori dai confini italiani), forse potremmo considerarlo, se non superato, quanto meno meritevole di un'ampia revisione, dopo un approfondito dibattito.

Quaderni acp è andato oltre il Codice; ha lanciato una sfida quasi provocatoria per il panorama editoriale (non solo) pediatrico; ha voluto prima stabilire un controllo sulla pubblicità, ma, non riuscendo a superare numerosi problemi con gli inserzionisti, ha deciso per l'eliminazione delle inserzioni, ritenendo insopportabile, se non ipocrita, mantenere nello stesso contesto "messaggi" spesso contraddittori. Una sfida lanciata, ma non raccolta; probabilmente da rilanciare, perché no, (anche) oltreoceano dove si è certamente molto più avanti con il dibattito. A titolo di esempio recentemente l'Institute Of Medicine (IOM) ha approvato un documento molto dettagliato, in cui propone di adottare e applicare procedure atte a svelare e ad affrontare i conflitti d'interesse, sia da parte di tutte le istituzioni mediche (compresi, ad esempio, gli autori di linee guida

cliniche), sia da altri soggetti interessati come gli enti accreditatori, le compagnie di assicurazione, le associazioni dei consumatori e le agenzie governative; e di obbligare le case farmaceutiche, i produttori di strumenti medici e biotecnologici o le loro fondazioni, a pubblicare le somme versate a medici, prescrittori, ricercatori, società professionali, gruppi di pazienti, providers di ECM [5]. Secondo lo IOM i centri accademici e di ricerca dovrebbero ridurre la partecipazione di ricercatori con conflitti di interesse a ricerche sull'uomo, rendendo pubbliche le eventuali eccezioni qualora un determinato ricercatore fosse ritenuto indispensabile e adottando meccanismi per la gestione del conflitto tali da tutelare l'integrità della ricerca; le istituzioni (centri accademici, docenti e discenti) e le società scientifiche dovrebbero, nel campo dell'educazione medica, rivedere i loro rapporti con l'industria e fornire corsi sui conflitti di interesse; il sistema finanziario di chi è fornitore di ECM, e di tutti gli altri gruppi coinvolti, dovrebbe essere riformato in modo da rendersi libero dall'influenza dell'industria, e meritevole della fiducia pubblica verso un sistema integro che fornisce una educazione di alta qualità; i medici, le società professionali, gli ospedali dovrebbero rivedere i loro rapporti con l'industria, stabilendo uno standard da adottare da parte anche dei medici del territorio, dei docenti e dei tirocinanti. Il documento propone che ogni tipo di regalo, o di oggetto di valore, offerto da case farmaceutiche, o di prodotti biomedicali, dovrebbe essere rifiutato, accettando solamente pagamenti al "giusto valore di mercato" per servizi resi legittimamente in situazioni specifiche. I medici non dovrebbero collaborare a eventi formativi o pubblicazioni scientifiche controllati dall'industria o contenenti il contributo di autori non identificati e non dovrebbero incontrare i rappresentanti di industrie biomedicali, se non su appuntamento e dietro invito dei medici stessi; in ogni caso non dovrebbero accettare campioni di medicinali, salvo situazioni particolari riguardanti pazienti privi di mezzi per accedere ai farmaci. E propone che i singoli professionisti adottino volontariamente questi comportamenti finché questi provvedimenti non verranno adottati a livello istituzionale.

In Italia, nel 2004, è nato un gruppo spon-

ta dell'idea, sebbene il gruppo sia esterno all'ACP), *No grazie, pago io!* che attualmente è composto da pediatri e medici di famiglia, specialisti in diverse discipline, studenti, specializzandi, infermieri, farmacisti, farmacologi, psicologi, giornalisti, distribuiti in tutta Italia; il gruppo si è dato delle regole e degli impegni personali nei confronti dell'industria [6]. Scopo del gruppo è di sollecitare l'attenzione sul tema del conflitto di interesse tra il mercato dei farmaci e la salute, diffondendo informazione e documentazione e proponendo, progettando, attuando "alternative". Nel corso degli anni sono nati tanti gruppi con finalità simili in vari Paesi; nel Regno Unito (No free lunch UK), in Spagna (Nogracias), in Olanda (Gezonde Sceptis), in Germania (Mein essen zahl ich selbst), in Australia (Healthy Skepticism), in Colombia e in cinque Paesi della Regione Andina (No Gracias), negli USA (American Medical Student Association e No free lunch, New York) [7-14].

In definitiva, i termini del problema sono ormai noti e ben delimitati; innumerevoli sono i tentativi di soluzione o, tornando all'incipit, di gestione del conflitto di interessi. È arrivato il momento di aprire un (difficile?) dibattito non solo con i lettori di *Quaderni*, ma con tutte le Società e gli Editori di riviste scientifiche. ♦

(*) NEJM, The Medical Journal of Australia, Journal of the Danish Medical, Croatian Medical Journal, Annals of Internal Medicine, The Lancet, Canadian Medical Association Journal, Norwegian Medical Journal, BMJ, The New Zealand Medical Journal, Dutch Journal of Medicine, JAMA.

Bibliografia

- [1] <http://www.icmje.org/update.html> (traduzione in italiano e il modulo si trovano su <http://www.nograziopagoio.it/news.htm>)
- [2] http://www.icmje.org/update_sponsor.html
- [3] <http://www.cirb.it/appello/>
- [4] <http://www.acp.it/>
- [5] <http://www.iom.edu/en/Reports/2009/Conflict-of-Interest-in-Medical-Research-Education-and-Practice.aspx>
- [6] <http://www.nograziopagoio.it/>
- [7] <http://www.nofreelunch-uk.org/>
- [8] http://www.nogracias.eu/v_portal/apartados/pl_basica.asp?te=2309
- [9] <http://www.gezondesceptis.nl/>
- [10] <http://www.mezis.de/>
- [11] <http://www.healthyskepticism.org/>
- [12] <http://nogracias-co.net/index12.htm>
- [13] <http://www.amsa.org/AMSA/Homepage.aspx>
- [14] <http://www.nofreelunch.org/aboutus.htm>

La rete di sorveglianza delle infezioni da Streptococco B nella Regione Emilia-Romagna: prevenzione delle infezioni precoci

Alberto Berardi*, Licia Lugli*, Cecilia Rossi*, Maria Luisa Bidetti**, Fabio Calanca***, Francesca Casula°, Mariachiara China*, Claudio Chiossi°, Giorgia Di Fazio*, Emma Galuppi°, Sara Gavioli*, Maria Federica Pedna*, Marina Piepoli**, Lidia Ricci***, Mario Sarti**, Angela Simoni°, Mariangela Ferrari*°, Fabrizio Ferrari*

*TIN, Azienda Ospedaliera Policlinico, Modena; **Pediatria, Ospedale Civile, Guastalla; ***Laboratorio di Microbiologia, Ospedale Maggiore, Bologna; °Pediatria, Ospedale Policlinico, Parma; °°Pediatria, Ospedale Civile, Sassuolo; °°°Laboratorio di Microbiologia, Ospedale S. Orsola, Bologna; *Laboratorio di Microbiologia, Area Vasta Pieve Sestina; **Pediatria, Ospedale G. da Saliceto, Piacenza; ***Laboratorio di Microbiologia, Ospedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia; °Laboratorio di Microbiologia, Ospedale Baggiovara, Modena; °°Pediatria, Ospedale B. Ramazzini, Carpi; °°°Ostetricia, Azienda Ospedaliera Policlinico, Modena

Abstract

Prospective area based study of group B Streptococcus infections

Background Group B Streptococcus (GBS) is a leading cause of neonatal sepsis and meningitis in newborns. Intrapartum administration of antibiotics to GBS colonized mothers reduces the rate of early-onset disease.

Objectives To promote a common prevention strategy in an Italian region, to analyze clinical findings, trends of disease incidence and factors which determine the persistence of the disease.

Methods Prospective, area-based study, during a 6 years period; all delivery units and regional laboratories involved in the study.

Results A screening-based strategy was adopted by centres. The incidence of early-onset disease was low with respect to European countries; most of residual cases were associated with the culture detection failure of organisms at 35-37 weeks of gestation. Meningitis was much more common among infants with late-onset disease. Both, early- and late-onset infections had no significant variations of disease incidence during the 6 years study period.

Conclusions Prevention strategies reduced the rate and the severity of early-infections. Most residual cases were due to the culture detection failure of organisms at antenatal screening; additional efforts are therefore required to implement the strategy.

Quaderni acp 2010; 17(1): 3-7

Key words Group B Streptococcus. Sepsis. Infant. Intrapartum chemoprophylaxis

Background Lo Streptococco B rimane tra le principali cause di sepsi neonatale e meningite nei Paesi occidentali. La somministrazione intrapartum di antibiotici alle gravide colonizzate riduce la frequenza di infezione precoce.

Obiettivo Promuovere una strategia preventiva comune in un'intera regione, analizzare gli aspetti clinici, i trend d'incidenza e i motivi della persistenza dell'infezione.

Metodi Studio di popolazione prospettico, condotto in un arco di 6 anni, coinvolgente tutti i laboratori e punti nascita della Regione Emilia-Romagna.

Risultati La strategia basata sullo screening colturale era adottata in tutta la Regione. L'incidenza di infezione precoce era bassa rispetto ad altri Paesi europei. La maggior parte delle infezioni precoci era dovuta alla falsa negatività dello screening materno prenatale. La meningite era più comune tra i nati affetti da infezione tardiva. Le variazioni dell'incidenza annuale di infezione precoce o tardiva non erano significative.

Conclusioni La prevenzione riduceva la gravità e l'incidenza delle infezioni precoci. La maggior parte dei casi era dovuta alla falsa negatività dello screening prenatale. Sono necessari ulteriori sforzi per migliorare il funzionamento di questa strategia.

Parole chiave Streptococco B. Sepsis. Neonato. Profilassi antibiotica intrapartum

Introduzione

La sepsi è una condizione caratterizzata da segni clinici di infezione sistemica e isolamento di un patogeno nell'emocol-

tura. La sepsi rimane tra le principali cause di mortalità e morbilità in età infantile anche se, grazie alle terapie, negli ultimi anni la mortalità è molto diminui-

ta, passando dal 97% nel 1966 al 9% agli inizi degli anni '90. L'esordio può essere subdolo e aspecifico, ma spesso si ha un quadro fulminante multi-sistemico, che, se non prontamente trattato, può portare al decesso [1-5].

La **sepsi precoce** ("early-onset" sepsis o EOD) si manifesta entro le prime 72 ore di vita o secondo altri autori entro la prima settimana [4-5]. Il neonato è generalmente infettato dall'agente patogeno per via ascendente dall'apparato genitale materno, più raramente per via ematica transplacentare o durante il passaggio attraverso il canale del parto. Generalmente è associata a uno o più fattori di rischio (RF), riportati in *tabella 1*.

Nei Paesi occidentali i principali organismi causa di sepsi precoce sono: Streptococco di gruppo B (SGB), *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae* e *Listeria monocytogenes*. Negli ultimi anni, per effetto della profilassi, le sepsi precoci da SGB sono diminuite, mentre quelle da Gram-negativi (in particolare da *Escherichia coli*) potrebbero essere in aumento [4-6]. Queste isolate osservazioni, limitate alla popolazione dei grandi pretermine, meritano conferma in casistiche più ampie.

La **sepsi tardiva** ("late-onset" sepsis o LOD) compare invece dopo la prima settimana. La SGB LOD non sembra associarsi a fattori di rischio ostetrici, eccetto il parto pretermine. Determina batteriemie, sepsi senza localizzazione o infezioni focali (ossee, articolari, dei tessuti molli o delle vie urinarie). Le meningiti sono più frequenti rispetto alle infezioni precoci (fino all'80% dei casi) [7].

Lo SGB è un diplococco Gram-positivo, comune costituente della microflora genitale, trasmissibile sessualmente, che

Per corrispondenza:
Alberto Berardi
e-mail: berardi.alberto@policlinico.mo.it

ha il serbatoio nel tratto gastrointestinale inferiore; il prerequisito per la trasmissione verticale è la colonizzazione genitale della gravida, che può essere continua, transitoria o intermittente [7].

La colonizzazione è inoltre ad alta carica, o densa, quando è svelata dai comuni terreni di coltura in agar-sangue, mentre è a bassa carica quando è svelabile solo con terreni selettivi.

Secondo il CDC di Atlanta la coltura vagino-rettale, piuttosto che la vaginale, permette di identificare al meglio le portatrici; il gold standard è il prelievo nelle due sedi elettive (terzo inferiore della vagina e retto) e la coltura su terreni selettivi [8-9]. I tamponi coltivati su terreni non selettivi o prelevati soltanto dalla vagina hanno bassa sensibilità (fino al 50% delle donne portatrici sfugge).

L'infezione precoce da SGB si manifesta entro le prime 12 ore di vita in circa il 90% dei casi e per lo più è prevenuta somministrando in travaglio antibiotici e.v. alle gravide colonizzate (profilassi intrapartum) [10]. Secondo il CDC le gravide devono essere screenate a 35-37 settimane di gestazione (screening colturale universale). Fanno eccezione quelle con batteriuria da SGB e quelle che hanno avuto un altro figlio affetto da infezione invasiva; lo screening non è necessario, perché la profilassi è comunque indicata. Anche nella gravida pretermine (< 35 settimane), di cui non sia noto lo stato, in attesa di conoscere l'esito della coltura la profilassi è comunque indicata [9].

Negli Stati Uniti lo screening colturale universale ha ridotto l'infezione di oltre il 70% [11-12].

Alcuni Paesi europei non raccomandano screening colturali ma profilassi antibiotica delle gravide con RF (tabella 1), per diversa epidemiologia dell'infezione e in base al rapporto costi-benefici [10].

In Italia le società scientifiche non hanno prodotto linee guida specifiche e l'epidemiologia dell'infezione è poco conosciuta. L'Emilia-Romagna ha adottato lo screening colturale universale, secondo quanto raccomandato dal CDC di Atlanta. L'andamento dettagliato delle infezioni precoci e tardive è stato monitorato negli ultimi anni (2003-2008) grazie alla creazione di una rete territoriale.

Obiettivi

Lo scopo della nostra ricerca è stato quello di conoscere e implementare le

TABELLA 1: FATTORI DI RISCHIO OSTETRICI RESPONSABILI DI INFEZIONE PRECOCE (MODIFICATA DA CENTRE FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002)

- Precedente neonato con infezione invasiva da SGB
- Febbre materna (38°) in prossimità del parto
- Rottura prolungata delle membrane (18 ore)
- Parto pretermine (< 37 settimane)*
- Batteriuria da SGB durante la gravidanza

*inizio del travaglio e/o rottura delle membrane prima di 37 settimane complete di gestazione

FIGURA 1: INFEZIONI INVASIVE DA SGB IN EMILIA-ROMAGNA (ANNI 2003-2008)

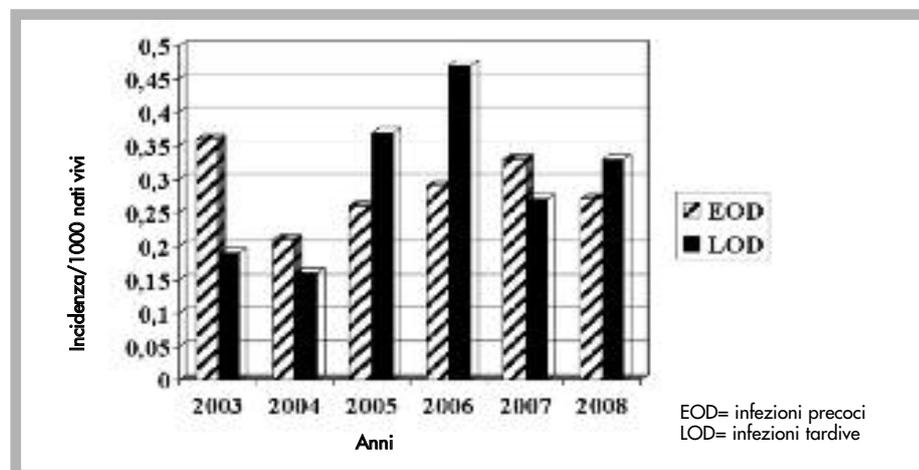


TABELLA 2: CASI DI INFEZIONI PRECOCI E TARDIVE PER ANNO

	Infezioni precoci (casi)	Infezioni tardive (casi)
Anno 2003	13	7
Anno 2004	8	6
Anno 2005	10	15
Anno 2006	11	18
Anno 2007	13	11
Anno 2008	11	13
Casi totali	66	70

condotte di profilassi, elaborare protocolli comuni e monitorare l'andamento dell'infezione in una Regione italiana in cui tutti i punti nascita hanno adottato lo screening colturale.

Materiali e metodi

Nel 2001 si è costituito in Emilia-Romagna il gruppo regionale per la prevenzione delle infezioni da SGB, costituito da neonatologi, pediatri, ostetrici ed epidemiologi. Dalla fine del 2003 è stata allacciata anche una rete di rilevazione tra i laboratori regionali. Tutti i referenti dei 31 punti nascita, reparti di pediatria o te-

rapia intensiva pediatrica, nonché i referenti dei rispettivi laboratori (comprendenti 26 unità nell'anno 2005, 17 nell'anno 2008) sono stati contattati periodicamente per monitorare l'infezione e descrivere ogni nuovo caso [13].

Tutti i bambini con età ≤ 90 giorni e isolamento dello SGB da sangue e/o liquor sono stati registrati. Per ogni caso identificato è stata utilizzata una scheda descrittiva comprendente informazioni su: fattori di rischio materni, colonizzazione in gravidanza, parto, effettuazione della profilassi, accertamenti eseguiti nel neonato, tipologia ed epoca di esordio dei

sintomi neonatali, eventuali trattamenti antibiotici e di supporto, sensibilità del germe agli antibiotici.

Dal momento che il completamento delle informazioni relative a ogni singola infezione richiede alcuni mesi, l'analisi dei 61 casi qui presentata è limitata alle infezioni verificatesi nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2003 e il 30 giugno 2008 in nati con età ≤ 7 giorni (infezioni precoci).

L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando il test del 2 e il Fisher exact test.

Risultati

Tutti i centri adottavano lo screening culturale delle gravide presso il termine di gravidanza. L'uso di metodi culturali ottimali, raccomandato dal gruppo, inizialmente era limitato a un solo laboratorio, ma è aumentato progressivamente (nell'anno 2008 era esteso a 11 dei 17 laboratori regionali).

Durante gli anni 2003-2008 il numero totale dei nati vivi residenti in Emilia-Romagna (fonte ISTAT) è stato di 233.404 (il numero dei nati del 2008, non ancora disponibile, è stato calcolato in base alla media del numero di nati degli anni 2003-2007).

Abbiamo osservato 136 casi di infezione invasiva da SGB, pari a 0,58/1000 nati. Le EOD sono state 66 (0,28/1000 nati vivi), 70 (0,30/1000) le LOD. L'incidenza annuale delle infezioni è riportata nella *figura 1*, mentre nella *tabella 2* sono riportati i casi per anno. Le meningiti sono state molto più frequenti nei soggetti affetti da infezione tardiva (7 meningiti su 66 casi di infezione precoce, 27 su 70 casi di infezione tardiva).

Un'analisi dettagliata è stata condotta solo sui 61 casi di infezione precoce occorsi nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2003 e il 30 giugno 2008. Durante questo periodo il numero dei nati vivi è stato di 214.120, e il numero dei parti pretermine di 15.756 (7,36%) (informazioni ottenute dalle schede di dimissione ospedaliera attraverso l'Agenzia Sanitaria Regionale). Nella *tabella 3* sono riportate le caratteristiche della popolazione studiata.

Dati materni. Ventisei delle 61 madri (42,6%) avevano ≥ 1 RF. Quarantuno donne a termine (87,2%) erano state screenate per lo SGB nelle ultime 5 settimane prima del parto, ma la coltura era

TABELLA 3: POPOLAZIONE STUDIATA (GENNAIO 2003-GIUGNO 2008)

Variabili	
Dati di incidenza	
Nati regionali totali	214,120*
Infezioni precoci (<i>incidenza per 1000 nati vivi</i>)	61 (0,28)
Infezioni nei nati a termine (<i>incidenza per 1000 nati a termine</i>)	47 (0,24)
Infezioni nei nati pretermine (<i>incidenza per 1000 nati pretermine</i>)	14 (0,89)
Gruppo studiato	
Sesso, m/f	33/28
Nati da parto spontaneo	48/61
Nati da parto cesareo urgente**	13/61
Madri che hanno eseguito il tampone nelle ultime 5 settimane prima del parto (%)	47 (77,0%)
Madri positive allo SGB (%)***	14 (29,8%)
Madri con parto a termine screenate prima del parto (35-37 sett.) (%)	41 (87,2%)
Madri con parto a termine positive per SGB allo screening prenatale (%)	10 (24,4%)

* Informazioni ottenute dalle schede di dimissione ospedaliera attraverso l'Agenzia Sanitaria Regionale
 ** Nessun bambino è nato da parto cesareo programmato (con membrane integre e in assenza di travaglio)
 *** Tre donne con parto pretermine (< 35 settimane) sono state screenate nel peripartum

risultata positiva solo in 10 di esse (24,4%). Sono risultate negative allo screening 33 delle 47 donne (a termine o pretermine) che hanno effettuato un tampone almeno 6 settimane prima del parto; solo in 6 di 33 casi era stato utilizzato un metodo culturale ottimale, nella maggior parte dei casi la coltura era esclusivamente vaginale. Da notare inoltre che, delle 10 donne a termine con tampone positivo e screenate prima del parto, solo una ha ricevuto la somministrazione della profilassi ad antibiotici, errori nell'acquisizione dell'informazione sulla coltura prenatale all'ingresso in sala parto o motivi non spiegati sono state le principali cause di mancata somministrazione.

Nove donne (5 a termine, 4 pretermine) hanno trasmesso l'infezione nonostante la somministrazione di antibiotici in travaglio (in 5 casi la profilassi era iniziata almeno 4 ore prima del parto). Le 5 donne a termine presentavano tutte febbre in travaglio.

Dati neonatali. L'infezione è risultata più frequente nei nati di sesso maschile (*tabella 3*) e 11 bambini erano di etnia non caucasica (7 africani, 4 asiatici). Quarantasette bambini erano a termine, 14 pretermine (età gestazionale media 37,4 settimane $\pm 4,4$; range 23-42 settimane) e 4 neonati (tutti prematuri) sono deceduti entro la prima settimana di vita. Il nume-

ro dei nati pretermine con diagnosi di infezione precoce è aumentato durante il periodo studiato (4/31 infezioni nel 2003-2005, 10/30 nel 2006-2008, NS).

Dieci dei 61 neonati non avevano alcun sintomo clinico e avevano eseguito le colture a causa della colonizzazione materna o la presenza di fattori di rischio. Non vi era un significativo movimento dei markers infettivi e abbiamo definito questi 11 bambini come batteriemici.

Tra i 51 nati con sepsi, l'esordio della malattia è stato alla nascita in 19 casi (37,3%), entro 24 ore in 25 casi (44 casi totali, 86,3%) ed entro 48 ore in tutti i casi tranne uno.

Le infezioni precoci si sono generalmente presentate con sintomi respiratori (24 casi), spesso associati ai segni di una scarsa perfusione cutanea e a sintomi neurologici aspecifici (ipotonia, torpore o irritabilità). Convulsioni all'esordio erano presenti in 3 bambini a termine, 2 dei quali alla dimissione hanno poi presentato lesioni cerebrali. La presenza di convulsioni sembra perciò indicare una malattia a prognosi grave.

Un nato a termine ha presentato gravissima asfissia in sala parto e insufficienza multi-organo nelle ore successive, seguite da tetraparesi spastica a distanza di mesi. La positività dell'emocoltura all'ingresso e la pleiocitosi liquorale hanno permesso di chiarire l'origine dei sintomi.

La maggiore gravità clinica (in termini di necessità di supporto catecolaminico o numero di giorni di ventilazione meccanica) si è osservata tra i nati pretermine di età gestazionale più bassa. Comunque 5 neonati, 4 dei quali a termine, avevano lesioni cerebrali alla dimissione: lesioni della sostanza bianca (2 casi), emorragia intraventricolare (1 caso), ventricolite (1 caso), lesione non specificata (1 caso). La rachicentesi è stata eseguita in meno della metà dei casi (28/61), ma durante il periodo vi è stato un incremento significativo delle punture lombari (9 rachicentesi su 31 casi nel periodo 2003-2005, 19 di 30 casi nel 2006-2008, $p=0,015$). Tra i 28 nati che avevano fatto la rachicentesi, 6 hanno avuto una diagnosi di meningite e in 4 di questi 6 casi la madre era risultata negativa allo screening prenatale.

Discussione

In epoca neonatale le infezioni precoci da SGB sono la prima causa di sepsi e meningite nei Paesi occidentali. Grazie a una strategia basata sullo screening culturale universale, nelle aree di sorveglianza statunitensi si è passati da 1,8 a 0,40 casi /1000 nati vivi, e la mortalità è ora pari al 6,7-7,0% [11-12]. In altri Paesi europei, molti dei quali non utilizzano strategie di prevenzione o preferiscono l'approccio basato sui fattori di rischio, l'incidenza è più alta, compresa tra 0,5 e 2/1000 nati [14].

Mentre la mortalità da noi osservata (6,6%), limitata ai nati pretermine, è del tutto sovrapponibile, l'incidenza delle infezioni (0,28 casi/1000 nati vivi) è lievemente inferiore agli Stati Uniti. Non sappiamo se ciò dipenda da fattori etnici, da maggiore efficienza nella prevenzione, o da una sottostima diagnostica (minore esecuzione delle colture profonde).

Negli ultimi anni le infezioni precoci sono state più numerose (il dato non è comunque significativo statisticamente) e probabilmente la diagnosi è stata più accurata: infatti le infezioni diagnosticate nei pretermine sono aumentate e il numero di rachicentesi è cresciuto significativamente. Nella stragrande maggioranza dei casi le infezioni precoci (e le meningiti) sono state trasmesse al bambino da madri con tampone falsamente negativo, problema segnalato di frequente in letteratura negli ultimi anni. Spesso la negatività dipende dall'inappropriatezza della coltura mater-

na (tamponi vaginali o cervicali piuttosto che vagino-rettali, uso di terreni non selettivi), ma la falsa negatività viene riportata anche in centri in cui le colture sono eseguite con metodi ottimali [15-17]. Una serie di fattori, spesso incontrollabili (raccolta imperfetta del tampone, errori nelle pratiche di trasporto o conservazione del materiale ecc.), può alterare i risultati dello screening prenatale.

Anche se l'uso di tecniche ottimali durante il periodo studiato è cresciuto progressivamente nella nostra Regione, la maggior parte dei tamponi delle madri falsamente negative era inaccurata. Di recente anche Pulver e coll. in Utah riportano (gennaio 2002-maggio 2006) il fallimento dello screening microbiologico nel 73,8% dei casi di infezione precoce [18]. Gli autori non dichiarano però in quanti casi lo screening era stato effettuato con metodi accurati.

La difficoltà di controllare la corretta esecuzione in tutte le fonti di provenienza dei campioni (servizi consultoriali, ginecologi privati, reparti ospedalieri) e di uniformare i metodi di laboratorio in tutta l'Emilia-Romagna si è rivelato il maggior ostacolo. Comunque una parte consistente di donne aveva il tampone positivo, ma per motivi diversi non ha potuto effettuare la profilassi. Infine la somministrazione di antibiotici intrapartum non previene sempre l'infezione neonatale, soprattutto se la madre partorisce pretermine o ha febbre in travaglio. L'antibiotico non riesce perciò a eradicare l'infezione già instaurata in utero. Tutte queste osservazioni rivelano un'imperfezione della strategia di profilassi e difficilmente i fallimenti potranno essere evitati del tutto, anche correggendo al meglio le imperfezioni. Ancora una volta viene ribadita la necessità di ottenere un vaccino per lo SGB.

Conclusioni

Rispetto ad altri Paesi europei, il nostro studio mostra una bassa incidenza e mortalità delle infezioni da SGB. La profilassi perciò è efficace nel ridurre il numero di infezioni e, aumentando l'attenzione dei professionisti verso i casi a rischio, permette probabilmente una diagnosi più tempestiva. Il punto dolente della nostra strategia di prevenzione resta però quello della falsa negatività dei tamponi allo screening prenatale, a sua volta dipendente in molti casi dal-

l'accuratezza con cui questi sono stati raccolti e processati. La falsa negatività allo screening materno condiziona il ritardo diagnostico; poiché la tempestività della diagnosi è essenziale per prevenire le complicanze maggiori, i nati da madre falsamente negativa svilupperanno più facilmente la meningite.

È evidente come la creazione di una linea guida non determini di per sé la migliore pratica clinica; grandi sforzi devono essere perciò rivolti a istruire i sanitari nella corretta applicazione.

In base all'analisi di questi dati, con l'obiettivo di superare i maggiori problemi, abbiamo pensato a nuove strategie di intervento, che saranno messe in atto nei prossimi mesi.

Partecipanti al Gruppo per la Prevenzione delle Infezioni da Streptococco B della Regione Emilia-Romagna

Albarelli A., Nido-Ostetricia, Ospedale S. Maria, Borgo Taro; **Azzarone M.**, Ostetricia, Ospedale Bentivoglio; **Baronci D.**, Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria, CeVEAS, Modena; **Bacchi Modena A.**, Clinica Ostetrica, Ospedale Policlinico, Parma; **Baraldi C.**, Pediatria, Ospedale B. Ramazzini, Carpi; **Baroni M.**, Pediatria, Ospedale S. Anna, Castelnuovo Monti; **Benaglia G.**, Pediatria, Ospedale Civile, Guastalla; **Bertelli M.**, Microbiologia, Ospedale G. da Saliceto, Piacenza; **Biasini A.**, TIN, Ospedale M. Bufalini, Cesena; **Bidetti ML.**, Pediatria, Ospedale Civile, Guastalla; **Borghi A.**, Pediatria, Ospedale B. Ramazzini, Carpi; **Calanca F.**, Microbiologia, Ospedale Maggiore, Bologna; **Camerlo F.**, Pediatria, Ospedale del Delta, Ferrara; **Campagnile A.**, Pediatria, Ospedale Civile, Bentivoglio; **Casula F.**, Microbiologia, Ospedale Policlinico, Parma; **Cassani C.**, Microbiologia, Ospedale Monte Catone, Imola; **Chiarabini R.**, Ospedale G. da Saliceto, Piacenza; **Chiossi C.**, Pediatria, Ospedale Civile, Sassuolo; **Ciccia M.**, TIN, Ospedale Maggiore, Bologna; **Cigarini A.**, Nido, Ospedale C. Magati, Scandiano; **Cipolloni P.**, Microbiologia, Ospedale M. Bufalini, Cesena; **Colla R.**, Ospedale Civile, Guastalla; **Contiero R.**, TIN, Ospedale S. Anna, Ferrara; **Cornale M.**, Pediatria, Osp. SS. Annunziata, Cento; **Dalla Casa P.**, Pediatria, Ospedale

Morgagni-Pierantoni, Forlì; **De Carlo L.**, Pediatria, Ospedale del Delta, Ferrara; **De Sanctis V.**, Pediatria, Ospedale S. Anna, Ferrara; **Di Carlo C.**, Microbiologia, Ospedale Monte Catone, Imola; **Di Grande E.**, Pediatria, Ospedale Civile, Sassuolo; **Dodi I.**, Pediatria, Ospedale Policlinico, Parma; **Dozza A.**, Pediatria, Ospedale Maggiore, Bologna; **Facchinetti F.**, Clinica Ostetrica, Ospedale Policlinico, Modena; **Farinatti MT.**, Microbiologia, Ospedale del Delta, Ferrara; **Ferrari M.**, Clinica Ostetrica, Ospedale Policlinico, Modena; **Ferraroni E.**, Nido, Ospedale Franchini, Montecchio E; **Falcioni F.**, Pediatria, Ospedale Infermi, Rimini; **Galuppi E.**, Microbiologia, Ospedale S. Orsola, Bologna; **Gambini L.**, TIN, Ospedale Policlinico, Parma; **Gentili A.**, TIP, Ospedale S. Orsola, Bologna; **Groppi A.**, Ospedale di Pavullo; **Guidi B.**, Pediatria, Ospedale di Pavullo; **Lanari M.**, Pediatria, Ospedale Montecatone, Imola; **Lenzi L.**, Microbiologia, Ospedale Civile Costa, Porretta Terme; **Leonardi R.**, Microbiologia, Ospedale di Pavullo; **Magnani C.**, Pediatria, Ospedale Maggiore, Bologna; **Mandrioli G.**, Pediatria, Ospedale SS. Annunziata, Cento; **Mariani S.**, TIN, Ospedale M. Bufalini, Cesena; **Mazza C.**, Microbiologia, Ospedale Civile Bentivoglio; **Mariotti I.**, Pediatria, Ospedale Policlinico, Modena; **Minelli P.**, Pediatria, Ospedale Civile Bentivoglio; **Matteucci M.**, Laboratorio di Microbiologia, Ospedale Morgagni-Pierantoni, Forlì; **Montini G.**, Laboratorio di Microbiologia, Ospedale Morgagni-Pierantoni, Forlì; **Morini MS.**, Pediatria, Ospedale Morgagni Pierantoni, Forlì; **Moro ML.**, Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna, Bologna; **Nasi S.**, Laboratorio di Microbiologia, Ospedale di Vaio, Fidenza; **Palmieri R.**, Nido, Ospedale C. Magati, Scandiano; **Paltrinieri G.**, Pediatria, Ospedale S. Maria Bianca, Mirandola; **Papa I.**, TIN, Ospedale Infermi, Rimini; **Pedna MF.**, Laboratorio di Microbiologia, Ospedale S. Maria delle Croci, Ravenna; **Pedretti E.**, Pediatria, Ospedale Civile, Fiorenzuola; **Perrone A.**, Pediatria, Ospedale Civile Costa, Porretta Terme; **Piccinini GC.**, Pediatria, Ospedale S. Maria delle Croci, Ravenna; **Piepoli M.**, Pediatria, Ospedale G. da Saliceto, Piacenza; **Pilato MB.**, Pediatria, Ospedale di Vaio, Fidenza; **Piscina A.**, Microbiologia, Ospedale S. Maria, Borgo

Taro; **Polese A.**, Microbiologia, Ospedale S. Anna, Castelnuovo Monti; **Preti P.**, Pediatria, Ospedale Civile Costa, Porretta Terme; **Ragni L.**, Cardiologia Pediatrica, Ospedale S. Orsola Bologna; **Ramilli M.**, Microbiologia, Ospedale B. Ramazzini, Carpi; **Razzaboni C.**, Microbiologia, Ospedale SS. Annunziata, Cento; **Ricci L.**, Microbiologia, Ospedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia; **Riva M.**, Pediatria, Ospedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia; **Rizzo N.**, Clinica Ostetrica, Ospedale S. Orsola, Bologna; **Rossi MR.**, Microbiologia, Ospedale S. Anna, Ferrara; **Rossi K.**, TIN, Ospedale Policlinico, Modena; **Rota C.**, Ospedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia; **Rovinetti C.**, Microbiologia Ospedale Civile, Bentivoglio; **Rubbi P.**, Pediatria, Ospedale G. da Saliceto, Piacenza; **Ruberto C.**, Pediatria, Ospedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia; **Sabatini L.**, Pediatria, Ospedale S. Maria delle Croci, Ravenna; **Sarti M.**, Microbiologia, Ospedale Baggiovara, Modena; **Serra L.**, Pediatria, Ospedale Montecatone, Imola; **Simoni A.**, Pediatria, Ospedale B. Ramazzini, Carpi; **Silvestrini D.**, Ospedale Monte Catone, Imola; **Somenzi P.**, Microbiologia, Ospedale Policlinico, Parma; **Specchia F.**, Pediatria, Ospedale S. Orsola Bologna; **Spisni R.**, Microbiologia Ospedale Civile, Bentivoglio; **Sprocati M.**, Pediatria, Ospedale S. Anna, Ferrara; **Suprani T.**, Pediatria, Ospedale M. Bufalini, Cesena; **Testa G.**, Microbiologia Ospedale Infermi, Rimini; **Toniato M.**, Microbiologia, Ospedale Civile Guastalla; **Tridapalli E.**, TIN, Ospedale S. Orsola Bologna; **Valenti A.**, Pediatria, Ospedale Lugo; **Vagnarelli F.**, Ospedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia; **Venturelli C.**, Microbiologia, Ospedale Policlinico Modena; **Viola L.**, Pediatria, Ospedale Infermi, Rimini; **Visani M.**, Microbiologia, Ospedale S. Maria delle Croci, Ravenna; **Volta A.**, Nido, Ospedale Franchini, Montecchio; **Zardi N.**, Microbiologia, Ospedale Civile, Fiorenzuola; **Zucchini A.**, Pediatria, Ospedale Civile, Faenza. ♦

Conflitto di interessi: questo studio è stato in parte finanziato dallo WHO Collaborating Centre of the Italian National Health Institute "Valutazione delle infezioni neonatali precoci e tardive da Streptococco di gruppo B (SGB) nel nostro paese e dei sierotipi circolanti causa di malattia", N° PRGT 71408.

Bibliografia

- [1] DuPont HL, Spink WW. Infections due to gram-negative organisms: analysis of 860 patients with bacteremia at the University of Minnesota Medical Center, 1958-1966. *Medicine* 1969;48:307-32.
- [2] Stoll BJ, Holman RC, Schuchat A, et al. Decline in sepsis-associated neonatal and infant deaths in the United States, 1979 through 1994. *Pediatrics* 1998;102:e18.
- [3] Carcillo JA. New developments in the management of newborn sepsis, shock and multiple organ failure. *Ital J Pediatr* 2004;30:383-92.
- [4] Stoll BJ, Gordon T, Korones SB, et al. Early-onset sepsis in very low birth weight neonates: a report from the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. *J Pediatr* 1996;129:72-80.
- [5] Palazzi DB, Klein JO, Baker CJ. Bacterial sepsis and meningitis. In: Remington JS, Klein JO, Wilson CB, Baker CJ (Eds). *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2006:247-95.
- [6] Stoll BJ, Hansen N, Fanaroff AA, et al. Changes in pathogens causing early-onset sepsis in very low birth weight neonates. *N Engl J Med* 2002;347:240-7.
- [7] Berardi A, Rossi C, China M, et al. Infezione da Streptococco beta-emolitico di gruppo B. In: Stolfi I, Pedicino R (Eds), *Manuale di infettivologia neonatale*. 1° edizione, Biomedica, 2009.
- [8] CDC. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. *MMWR Recomm Rep* 1996;45:1-24.
- [9] CDC. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: Revised guidelines from CDC. *MMWR* 2002;51:1-22.
- [10] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Guidelines. Prevention of early onset neonatal group B streptococcal disease. Guideline N° 36. 2003, 1-10 (available at http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/GroupB_strep_no36.pdf).
- [11] Schrag SJ, Zywicki S, Farley MM, et al. Group B streptococcal disease in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis. *N Engl J Med* 2000;342:15-20.
- [12] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Trends in perinatal group B streptococcal disease - United States, 2000-2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2009;58:109-12.
- [13] Berardi A, Lugli L, Baronciani D, et al. Group B streptococcal infections in a Northern region of Italy. *Pediatrics* 2007;120:e487-93.
- [14] Trijebels-Smeulders MA, Kollee LA, Adriaanse AH, et al. Neonatal group B streptococcal infection: incidence and strategies for prevention in Europe. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23:172-3.
- [15] Pinto NM, Soskolne EI, Pearlman MD, et al. Neonatal early-onset group B streptococcal disease in the era of intrapartum chemoprophylaxis: residual problems. *J Perinatol* 2003;23:265-71.
- [16] Share L, Chaikin S, Pomeranets S, et al. Implementation of guidelines for preventing early onset group B streptococcal infection. *Semin Perinatol* 2001;25:107-13.
- [17] Puopolo KM, Madoff LC, Eichenwald EC. Early-onset group B streptococcal disease in the era of maternal screening. *Pediatrics* 2005;115:1240-6.
- [18] Pulver LS, Hopfenbeck MM, Young PC, et al. Continued early onset group B streptococcal infections in the era of intrapartum prophylaxis. *J Perinatol* 2009;29:20-5.

Utilizzazione dell'ICF nella cura dei ragazzi e adolescenti con ritardo mentale

Grazia Isabella Continiso*, Paola Continiso*, Valeria Esposito**, Felicia Licciardi**, Claudia Napoletano**, Alfredo Pisacane*, Carlo Sorella**
*Dipartimento di Pediatria, Università Federico II, Napoli; **ASL Napoli 1 Centro, distretto 52

Abstract

ICF and the care of children and adolescents with mental retardation

Objectives, material, methods The ICF (International Classification of Function) has been used for one year in 46 children and adolescents with mental retardation. ICF has been used to obtain a profile of their physical health, social life and of the influence of different environmental factors.

Results and discussion The ICF was able to define with precision the grade of disability related to different activities and functions and was also able to point out the environmental factors that, based on parents opinions, are able to facilitate or on the contrary hinder participation to school and social activities. Compared to a traditional clinical register, very useful and precious information were obtained for rehabilitation and also for other kinds of interventions at the moment not yet evaluated as family involvement, voluntary services, health, school and social services.

Conclusions The authors conclude considering ICF a useful tool for the care of children with mental retardation and for their follow up, in order to evaluate both rehabilitation progress and all other interventions related to their social inclusion.

Quaderni acp 2010; 17(1): 8-13

Keywords ICF. Mental retardation. Taking care

Obiettivi, materiali e metodi Nello studio sono stati seguiti per un anno 46 ragazzi con diagnosi di ritardo mentale. L'ICF è stato utilizzato per ottenere un profilo dello stato di salute fisica, della partecipazione alla vita sociale e dell'influenza di diversi fattori ambientali sia sulla salute che sulla vita sociale stessa.

Risultati e discussione L'ICF è stato in grado di descrivere con notevole precisione il grado di menomazione nei vari domini di attività e funzioni corporee e ha evidenziato i fattori ambientali che, secondo l'opinione dei genitori dei ragazzi, sono in grado di facilitare o, al contrario, ostacolare la loro partecipazione alla vita sociale e scolastica. In confronto con la tradizionale cartella clinica, si è ottenuta una serie di informazioni preziose tanto per il piano riabilitativo, quanto per interventi ancora poco valutati, quali quelli che potrebbero veder coinvolti la famiglia allargata, le organizzazioni di volontariato, i servizi sanitari, sociali e scolastici.

Parole chiave ICF. Ritardo mentale. Presa in carico

Introduzione

Per migliorare i servizi sanitari e garantire alla popolazione equità nell'accesso alle risorse disponibili, occorre poter descrivere, misurare e valutare gli interventi con strumenti universalmente accettati. Nel maggio 2001, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Salute e della Disabilità (ICF), che 191 Paesi riconoscono come la nuova norma per classificare salute e disabilità. L'ICF affianca e integra la famiglia delle classificazioni ICD e rappresenta uno strumento di lavoro standardizzato, analitico, esauriente, comprensibile e capace di integrare punti

di osservazione tradizionalmente separati come quello medico, psicologico, sociale e pedagogico [1-2]. L'ICF raccoglie informazioni sullo stato di salute e sul benessere di una persona, utilizzando un modello definito "biopsicosociale", che prende in considerazione non solo lo stato di salute fisica di un individuo, ma anche l'inserimento nel contesto sociale e i fattori che ne facilitano o, al contrario, ne inibiscono attività e partecipazione alla vita scolastica, lavorativa e sociale. Dalla sua pubblicazione a oggi, l'ICF è stato ampiamente utilizzato per descrivere lo stato di salute e la qualità di vita in patologie e contesti culturali diversi [3-7]; in particolar modo, esso appare

come uno strumento valido per descrivere le malattie croniche e le disabilità, nella cui gestione spesso l'ambiente di vita, il sostegno alla partecipazione ad attività sociali e il supporto al caregiver principale sono altrettanto importanti quanto gli interventi medici e riabilitativi [8-10]. Un primo obiettivo di questo studio è stato di valutare se l'ICF possa descrivere in modo adeguato lo stato di salute, l'ambiente di vita e la partecipazione ad attività sociali di ragazzi con ritardo mentale. Uno strumento validato, capace di descrivere il profilo bio-psico-sociale di questa popolazione, sarebbe infatti di grande utilità e, a nostra conoscenza, l'ICF non è finora stato utilizzato in popolazioni di persone con ritardo mentale in età pediatrica.

Un secondo obiettivo è stato di verificare se l'ICF possa rappresentare uno strumento valido per documentare le eventuali modificazioni nel tempo dei livelli funzionali e delle performance di ragazzi con ritardo mentale. Tale verifica è di particolare interesse nel settore della riabilitazione, nel quale, spesso, agli interventi eseguiti non fa seguito un'adeguata misurazione e valutazione degli esiti [9-11]. In un precedente studio, condotto tra il 1999 e il 2003 nello stesso contesto territoriale, fu per esempio notato come, indipendentemente dalla gravità delle disabilità, i trattamenti riabilitativi eseguiti fossero identici per tipologia e per frequenza e come la valutazione della loro efficacia fosse praticamente assente [12].

Pazienti e metodi

Popolazione

La ricerca è stata condotta tra marzo 2004 e settembre 2007 nel distretto sanitario n. 52 della ASL Napoli 1. Sono stati arruolati nello studio 56 ragazzi e adolescenti di età compresa tra 6 e 18 anni, la cui diagnosi principale, con ICD-10, era di ritardo mentale. Dopo aver spiegato alle famiglie l'obiettivo dello studio e averne raccolto il consenso scritto, a cia-

Per corrispondenza:
Alfredo Pisacane
e-mail: pisacane@unina.it

scun ragazzo è stato eseguito un profilo ICF per due volte, a distanza di circa un anno l'una dall'altra. I ragazzi arruolati nello studio rappresentavano tutti quelli seguiti presso l'Unità Operativa di Assistenza Riabilitativa (UOAR) del Distretto; in tale unità operano un pediatra, un neuropsichiatra infantile, uno psicologo, un terapeuta, un infermiere professionale. Il trattamento riabilitativo proposto dalla UOAR era eseguito presso due centri di riabilitazione privati accreditati con il SSN, il cui personale ha partecipato attivamente all'esperienza.

Un gruppo di operatori del Dipartimento di Pediatria dell'Università Federico II di Napoli, pediatri e psicologi, ha partecipato alla progettazione dello studio, alla esecuzione dei profili ICF e alla valutazione dei dati.

L'ICF

L'ICF indaga 4 macroaree delle funzioni e della vita di ogni individuo: strutture corporee, funzioni corporee, ambiente di vita, attività e partecipazione alle attività sociali. Per raccogliere tali informazioni, l'ICF utilizza una checklist, standardizzata e validata a livello internazionale, che viene compilata in parte da personale sanitario (medici e infermieri), in parte da altre figure di caregiver (psicologi, assistenti sociali, insegnanti), in parte dai genitori stessi. È disponibile ed è stata utilizzata in questo studio una versione pediatrica del manuale ICF (ICF-CY). La sezione relativa alle funzioni e alle strutture corporee si avvale dell'esame obiettivo del medico e di tutte le altre indagini disponibili e fornisce informazioni su eventuali menomazioni di strutture o funzioni corporee. Tali menomazioni o malfunzionamenti sono poi ulteriormente approfonditi con un qualificatore di gravità che va da 1 (menomazione o disfunzione lieve) a 4 (menomazione o disfunzione completa).

La sezione relativa all'ambiente e alla partecipazione alla vita sociale è invece redatta a casa o a scuola e prevede l'acquisizione di informazioni relative a vari fattori ambientali sociali, culturali ed economici, che giocano un ruolo nel facilitare, o al contrario ostacolare, il fisiologico inserimento scolastico e sociale di un individuo. Relativamente invece ai fattori di tipo ambientale, essi sono considerati dalla classificazione ICF come potenziali facilitatori o ostacoli alla qua-

lità di vita dei soggetti interessati. Nella compilazione è previsto pertanto di indicare con una "F" i fattori ritenuti facilitatori e con una "O" quelli ritenuti di ostacolo.

Modalità di raccolta delle informazioni

Nei primi 3 mesi di lavoro l'équipe degli autori dello studio ha eseguito un proprio percorso formativo sull'ICF. Successivamente, presso l'ambulatorio di neuropsichiatria infantile della UOAR, la sezione della checklist dell'ICF relativa a Funzioni e Strutture Corporee è stata compilata dal neuropsichiatra infantile, che nello stesso periodo di tempo, ma in un'occasione diversa, ha anche eseguito ai pazienti il test di livello Wechsler Intelligence Scale for Children Revised (WISC-R). Il tempo medio richiesto per l'esecuzione del profilo ICF è stato di circa 60 minuti. Le sezioni relative ad Ambiente di vita e ad Attività e Partecipazione sono state eseguite da due psicologhe, che hanno intervistato i genitori a casa. Anche in questo caso il tempo richiesto per acquisire le informazioni è stato di circa 60 minuti.

Una volta ottenuto il profilo ICF complessivo di ciascun individuo, è stato prescritto o riformulato un piano riabilitativo, che è poi stato attuato per almeno un anno nei due centri di riabilitazione partecipanti allo studio. Dopo circa un anno, a ciascun ragazzo è stato eseguito un nuovo profilo ICF, con modalità analoghe a quelle descritte in precedenza.

Infine, per poter confrontare le informazioni acquisite tramite l'ICF con quelle al momento disponibili presso l'UOAR,

sono stati consultati i fascicoli personali e le cartelle cliniche dei ragazzi arruolati nello studio. Tali fascicoli contengono le certificazioni di invalidità, i dati anagrafici e clinici e le relazioni periodiche inviate dai centri di riabilitazione e dalle scuole.

Risultati

Delle 56 famiglie arruolate all'inizio dello studio, 46 hanno completato il percorso previsto di 2 profili ICF, a distanza di 1 anno l'uno dall'altro. 10 ragazzi non hanno completato il programma, in quanto le famiglie hanno cambiato residenza o centro di riabilitazione di riferimento. Questi 10 ragazzi sono stati pertanto esclusi dallo studio.

Alcune caratteristiche dei pazienti arruolati sono riportate nella *tabella 1*. Va notato che le madri dei pazienti arruolati, che rappresentano il caregiver principale, hanno un'istruzione scolastica piuttosto bassa (l'85% ha studiato per non più di 8 anni ed è costituito da casalinghe). Una percentuale rilevante dei ragazzi è nata prima del termine e/o piccoli per l'età gestazionale. Per la maggioranza dei soggetti arruolati la diagnosi principale è stata di ritardo mentale; 7 ragazzi presentavano la sindrome di Down, due una paralisi cerebrale infantile, un paziente è stato inquadrato come autistico.

Dal momento della presa in carico presso la UOAR e fino al momento dell'indagine, 41 ragazzi (89%) hanno eseguito, presso i centri di riabilitazione accreditati, diversi tipi di trattamenti riabilitativi, senza soluzione di continuità. Per la maggioranza dei pazienti la frequenza

TABELLA 1: ALCUNE CARATTERISTICHE DEI 46 PAZIENTI (%) ARRUOLATI

ETÀ (anni)	6 - 12 13 - 18	31 (67) 15 (33)
SESSO (m/f)		25 /21
PREMATURITÀ e/o BASSO PESO ALLA NASCITA		15 (33)
ISTRUZIONE MATERNA ≤ 8 anni		40 (85)
DIAGNOSI	Ritardo mentale Sindrome di Down Paralisi cerebrale infantile Spettro autistico	36 (78) 7 (15) 2 (4) 1 (2)
TEST DI LIVELLO (WISC-R)	RM lieve (QI=50-69) RM medio (QI=35-49) RM grave (QI=20-34)	21 (46) 13 (28) 12 (26)

TABELLA 2: LE PRINCIPALI CRITICITÀ RELATIVE ALLE FUNZIONI MENTALI INDIVIDUATE NEI 46 PAZIENTI ARRUOLATI

Criticità/menomazione	Grado di compromissione evidenziato dall'ICF			
	Nessuno	Lieve	Moderato	Grave
Coscienza	35	9	2	0
Abilità riflessive	0	5	35	6
Sonno	33	12	0	1
Attenzione	16	12	17	1
Memoria	24	14	8	0
Coordinazione motoria	24	16	4	2
Funzioni percettive	42	1	3	0

TABELLA 3: LE PRINCIPALI CRITICITÀ RELATIVE ALLE STRUTTURE CORPOREE INDIVIDUATE NEI 46 PAZIENTI ARRUOLATI

Criticità/menomazione	Grado di compromissione evidenziato dall'ICF			
	Nessuno	Lieve	Moderato	Grave
Sistema nervoso	35	1	10	0
Occhio, Orecchio	40	5	1	0
Voce e Linguaggio	38	8	0	0
Card. immun. respir.	45	1	0	0
Diger. endocr. metabolico	45	0	1	0
Genito-urinario, riproduttivo	46	0	0	0
Motorio	44	1	1	0
Pelle	46	0	0	0

dei trattamenti era di 3 volte per settimana e consisteva in logopedia e psicomotricità (74%), terapia occupazionale (9%) e altri tipi di interventi (17%). Per tutta la durata dello studio il 100% dei ragazzi ha eseguito trattamenti riabilitativi, senza soluzione di continuità.

La **tabella 2** mostra le funzioni dei pazienti arruolati che emergono compilando il profilo ICF. Come atteso, le alterazioni delle funzioni mentali sono prevalenti in questa popolazione, in particolar modo quelle legate ad abilità riflessive e all'attenzione. Anche se la scala dei qualificatori di gravità dell'ICF non mostra una corrispondenza univoca con il grado di severità del ritardo mentale evidenziato dalla WISC, pur tuttavia il qualificatore di severità dell'ICF (il 3) si osserva con frequenza notevolmente maggiore tra i pazienti con ritardo mentale grave, piuttosto che tra quelli con ritardo mentale meno severo (i dati analitici possono essere richiesti agli autori).

La **tabella 3** mostra le criticità e menomazioni delle strutture corporee dei

pazienti. Si può notare come, a parte le criticità legate al sistema nervoso, siano rappresentate, con una frequenza rilevante, quelle legate agli organi di senso e alla produzione del linguaggio.

La sezione della check-list dell'ICF relativa alle attività della vita quotidiana, valutate all'inizio dello studio, mostra che sono ridotte in misura variabile tutte le attività, così come i livelli di partecipazione sociale in tutti i domini (**tabella 4**). Dato che non era possibile creare in ambulatorio condizioni ottimali e standardizzate per osservare le prestazioni dei soggetti in diversi domini di attività, sono stati accettati e riportati i livelli di prestazioni riferiti dai genitori. I peggiori valori delle prestazioni si registrano in maniera evidente nell'area dell'apprendimento e in quella della vita di relazione (**tabella 5**).

La **tabella 6** riporta l'influenza e il peso che i genitori attribuiscono a vari fattori ambientali nel condizionare la vita dei ragazzi. Una elevata percentuale di genitori ha classificato gli strumenti per la

TABELLA 4: LE PRINCIPALI AREE DI COMPROMISSIONE RELATIVE AD ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE DEI PAZIENTI ARRUOLATI

Attività e partecipazione (*)	Pazienti n 46
Settori di attività compromessi	% pazienti compromessi
Apprendimento	98
Compiti	63
Comunicazione	48
Mobilità	17
Cura	54
Vita domestica	35
Relazioni	65
Aree di vita	67
Comunità	83

(*) Item considerati nei singoli settori di attività e partecipazione:

- **APPRENDIMENTO**: lettura, scrittura, calcolo, problem solving.
- **ESEGUIRE COMPITI**: compiti semplici, compiti complessi, routine, coerenza.
- **COMUNICAZIONE**: comprendere parole, comprendere gesti, esprimere parole, usare gesti.
- **MOBILITÀ**: sedersi e alzarsi, stare seduto o in piedi, usare mani e dita, usare mani e braccia, camminare.
- **CURA DI SÉ**: lavarsi, toilette, vestirsi, alimentarsi, evitare pericoli.
- **VITA DOMESTICA**: partecipare alle attività domestiche.
- **RELAZIONI**: interagire e relazionarsi con gli altri.
- **ATTIVITÀ QUOTIDIANE**: partecipare alle attività scolastiche.
- **COMUNITÀ**: partecipare ad altre attività organizzate dalla scuola, dal vicinato o dalla comunità.

comunicazione e i materiali per il gioco e per l'istruzione come facilitatori, mentre poca rilevanza è stata data al ruolo di altri fattori ambientali e del clima. Il sostegno familiare quotidiano ai ragazzi è stato valutato nell'87% dei casi come risorsa positiva. In particolare, il ruolo della famiglia ristretta è stato riferito come facilitatore delle relazioni sociali dei ragazzi, mentre il ruolo e l'atteggiamento di famiglia allargata, amici e conoscenti sono stati ritenuti talora facilitatori, talora potenziali ostacoli. L'atteggiamento dei professionisti della salute è risultato essere un importante facilitatore, anche se sistema sanitario e politiche della salute non sono stati ritenuti facilitatori. Infine, i genitori hanno riferito dif-

TABELLA 5: RENDIMENTO IN ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE DEI RAGAZZI UTILIZZANDO I QUALIFICATORI ICF (*)

Attività e Partecipaz.	Tempo 0: Qualificatori			Tempo 1: Qualificatori		
	0	1-2	3-4	0	1-2	3-4
APPRENDIMENTO						
Letture	6	16	24	9	24	13
Scrittura	4	21	21	5	26	15
Calcolo	2	18	26	4	15	27
Problem solving	25	13	8	28	7	11
ESEGUIRE COMPITI						
Compiti semplici	36	9	1	40	6	0
Compiti complessi	21	18	7	24	17	5
Routine	32	12	2	34	7	5
Coerenza	37	9	0	33	12	1
COMUNICAZIONE						
Comprendere parole	35	8	3	33	9	4
Comprendere gesti	39	7	0	37	8	1
Esprimere parole	22	17	7	22	17	7
Usare gesti	33	12	1	41	4	1
MOBILITÀ						
Sedersi e alzarsi	45	0	1	45	0	1
Stare seduto o in piedi	43	2	1	40	2	4
Usare mani e dita	41	5	0	39	6	1
Usare mani e braccia	42	4	0	43	3	0
Camminare	41	4	1	35	10	1
CURA DI SÉ						
Lavarsi	28	13	5	30	12	4
Toilette	40	3	3	34	9	3
Vestirsi	24	18	4	27	17	2
Alimentarsi	46	0	0	43	3	0
Evitare pericoli	38	6	2	30	8	8
VITA DOMESTICA	30	15	1	31	15	0
RELAZIONI	16	21	9	22	16	8
ATTIVITÀ QUOTIDIANE	23	17	6	26	18	2
COMUNITÀ	24	14	8	28	13	5

* qualificatori dell'ICF: 0 = nessuna alterazione; 1 = alterazione lieve, 2 = alterazione moderata, 3 = alterazione grave, 4 = alterazione totale.

Dati al tempo 0 e dopo 12 mesi: tempo 1. I numeri si riferiscono ai pazienti.

ficoltà nella relazione con i servizi sociali e con la scuola; quest'ultima, in particolare, è segnalata come un potenziale ostacolo a una maggiore partecipazione dei ragazzi.

Dopo un anno dal primo controllo il profilo ICF dei ragazzi arruolati è stato ripetuto, con modalità analoghe a quelle dell'anno precedente. Il profilo relativo alle funzioni e alle strutture corporee non ha di fatto mostrato differenze degne di nota nelle due rilevazioni eseguite. Anche relativamente ai domini di attività e partecipazione, il profilo eseguito dopo un

anno non ha mostrato sostanziali cambiamenti, salvo un modesto miglioramento nelle aree delle relazioni e della vita in comunità. Dalla *tabella 5* infatti si osserva che, in tali domini, è presente una tendenza verso un modesto miglioramento dei relativi qualificatori, tendenza che peraltro non raggiunge una significatività statistica.

Relativamente ai fattori ambientali, anche il profilo eseguito dopo un anno sembra far emergere soprattutto i fattori ambientali facilitanti piuttosto che quelli di ostacolo. Ciò nonostante, sembrano e-

mergere, tra i due profili successivi nel tempo, alcuni cambiamenti che necessitano di ulteriori approfondimenti. Per esempio, nel settore Prodotti e Tecnologie, gli strumenti per la comunicazione, per il gioco e l'istruzione sono considerati, nella seconda osservazione, con minore frequenza come fattori facilitatori rispetto alla prima rilevazione (*tabella 6*).

Relativamente all'area delle relazioni interpersonali, si registra un peggioramento nel tempo, espresso non tanto in termini di presenza di sostegno, quanto piuttosto di atteggiamenti delle persone nei confronti dei ragazzi arruolati nello studio. Infine, al sistema scolastico e a quello sanitario viene attribuito un aumento, anche se modesto, di un ruolo facilitatore delle relazioni e della partecipazione.

La *tabella 7* mostra come gli strumenti informativi tradizionali (fascicolo personale e cartelle cliniche delle UOAR), al confronto con l'ICF, siano risultati sostanzialmente sprovvisti di informazioni sul contesto socio-ambientale e relazionale, la cui conoscenza può invece essere rilevante per l'elaborazione del piano riabilitativo.

Discussione

In questa ricerca, utilizzando l'ICF-CY, è stato possibile descrivere con accuratezza il profilo di un campione di 46 ragazzi con ritardo mentale, le loro condizioni di salute, il livello di abilità, il contesto socio-ambientale e relazionale. La conoscenza di queste caratteristiche, poco descritte nei tradizionali sistemi di raccolta delle informazioni sanitarie, può essere di grande utilità nella programmazione e nella valutazione dell'efficacia delle prestazioni riabilitative. Ciò è particolarmente rilevante in contesti, come per esempio quello della Regione Campania, caratterizzati da una spesa sanitaria per prestazioni riabilitative notevolmente superiore a quella di altre Regioni, a fronte di tassi analoghi di disabilità [13-14].

Il modello bio-psico-sociale dell'ICF, utilizzato in questo studio, permette una lettura standardizzata e multidimensionale della vita delle persone con disabilità e potrebbe pertanto contribuire all'individuazione di alcuni obiettivi da raggiungere attraverso i programmi ria-

TABELLA 6: FATTORI AMBIENTALI RIFERITI DAI GENITORI COME FACILITATORI O OSTACOLI AD ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE DEI RAGAZZI ALL'INIZIO DELLO STUDIO E DOPO 12 MESI. VALORI PERCENTUALI

	All'inizio dello studio		Dopo 1 anno	
	%		%	
	Ostacoli	Facilitatori	Ostacoli	Facilitatori
PRODOTTI E TECNOLOGIA				
Alimenti necessari	0	2	0	0
Farmaci necessari	0	2	0	13
Prodotti per uso personale	6	22	4	15
Mezzi di spostamento	2	6	2	9
Strumenti per la comunicazione	6	83	6	67
Materiali per il gioco	11	76	4	63
Materiali e strumenti per l'istruzione	9	70	4	63
Accesso a edifici pubblici	2	0	2	0
Accessibilità del domicilio	0	0	6	0
AMBIENTE NATURALE				
Caratteristiche della popolazione	2	0	0	0
Clima	0	0	4	0
Eventi naturali	0	0	0	0
Eventi causati dall'uomo	0	0	0	0
Qualità dell'aria	0	0	0	0
SOSTEGNO E RELAZIONI				
Famiglia ristretta	9	87	6	89
Famiglia allargata	15	63	9	52
Conoscenti, coetanei e vicini	13	2	9	37
Autorità	0	0	4	2
Carer e assistenti personali	0	4	4	6
Animali domestici	0	6	2	9
Professionisti della salute	6	76	2	76
ATTEGGIAMENTI				
Famiglia ristretta	13	83	37	61
Famiglia allargata	11	59	15	43
Conoscenti, coetanei e vicini	13	35	17	35
Autorità	0	4	6	2
Carer e assistenti personali	0	0	2	6
Professionisti della salute	6	59	9	54
SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE				
Previdenziali/Assistenziali	0	2	0	0
Sanitarie	2	2	2	9
Istruzione	24	30	24	48

TABELLA 7: INFORMAZIONI DISPONIBILI UTILIZZANDO IL TRADIZIONALE FASCICOLO INDIVIDUALE DEI RAGAZZI (CARTELLA CLINICA) E ICF

Informazioni disponibili relative a	Fonte delle informazioni	
	Cartella Clinica	ICF
Diagnosi	100%	100%
Diagnosi funzionale	100%	100%
Attività e partecipazione	0,6%	100%
Fattori ambientali	0,6%	100%

bilitativi. Il piano riabilitativo dovrebbe infatti contenere obiettivi specifici misurabili, valutabili e potenzialmente raggiungibili, finalizzati all'acquisizione di abilità e competenze che, compatibilmente con le menomazioni presenti, permettano di raggiungere livelli più ampi di autonomia e di partecipazione alla vita sociale.

In questo studio, l'utilizzazione dell'ICF ha non solo permesso di acquisire informazioni utili sulla menomazione di strutture e funzioni corporee di un gruppo di ragazzi con ritardo mentale, ma ha anche identificato fattori socio-ambientali, sui quali poter lavorare per migliorare la qualità di vita dei ragazzi e delle famiglie, anche laddove specifici interventi riabilitativi non siano in grado di influenzare in maniera significativa alcune menomazioni.

La conoscenza dettagliata dell'ambiente di vita e della partecipazione dei ragazzi alle attività scolastiche e sociali permette infatti di individuare fattori che non appartengono alla tradizionale categoria degli interventi riabilitativi, ma che possono facilitare tale partecipazione e quindi migliorare la qualità della vita quotidiana. Si potrebbe, per esempio, decidere di intervenire su fattori ambientali, quali alcuni strumenti per il gioco e la comunicazione, che i genitori ritengono facilitatori della partecipazione. Si potrebbe promuovere la partecipazione in determinate aree della vita quotidiana, intervenendo sulla famiglia allargata, sulle istituzioni sociali e sanitarie, sul volontariato, che potrebbero pertanto, in un'ottica bio-psico-sociale, divenire target e attori del programma riabilitativo. Ciò è forse particolarmente possibile in quelle aree nelle quali, a distanza di un anno, si sono rilevati miglioramenti seppure modesti, quali quelli delle relazioni e della vita in comunità.

L'analisi dei fattori ambientali permette inoltre di migliorare la collaborazione con altri partner istituzionali; per esempio, si potrebbero approfondire gli ostacoli segnalati dalle famiglie nella relazione con la scuola e con il sistema sanitario e sperimentare interventi che possano trasformare tali istituzioni da ostacoli a facilitatori delle relazioni e della partecipazione dei ragazzi. In quest'ottica, l'ICF rappresenta uno strumento capace di valorizzare le potenzialità del singolo

e le aspettative delle famiglie di ragazzi disabili, anche laddove non vi siano progressi clinicamente significativi nella terapia riabilitativa. Se l'obiettivo della riabilitazione tradizionale è infatti quello di rendere un individuo disabile sempre più vicino a un individuo sano, intervenendo su determinate strutture e funzioni, obiettivo di un intervento sull'ambiente è quello di far vivere, a un ragazzo disabile, la miglior qualità di vita possibile, senza puntare a tutti i costi alla "normalità" [15].

Nel considerare il ruolo dei fattori ambientali quale potenziale risorsa per i ragazzi con diagnosi di ritardo mentale, va notato che i genitori hanno classificato i fattori ambientali come favorevoli (facilitatori) piuttosto che come barriere alle attività e alla partecipazione dei loro ragazzi. In ogni caso, i dati sulla qualità del sostegno fornito si prestano a considerazioni controverse. Mentre l'atteggiamento dei familiari stretti e quello degli operatori professionali della salute sono risultati essere un importante facilitatore, quello dei conoscenti, dei vicini e della famiglia allargata è stato classificato dai genitori tanto come un facilitatore quanto come una barriera. In particolare, nella rilevazione eseguita dopo un anno, è stato rilevato un peggioramento del giudizio dei genitori sul sostegno rappresentato dalla famiglia allargata. Questo aspetto merita un approfondimento ed eventuali specifici interventi di sostegno psico-educativo e di aiuto per i genitori e per gli altri familiari.

In questo studio l'analisi delle funzioni mentali è stato eseguito sia con l'ICF che con la WISC-R. Anche se non è stata osservata una corrispondenza univoca tra i profili ottenuti da questi due strumenti, ciò non inficia il valore di entrambe le valutazioni: la WISC-R, infatti, rappresenta essenzialmente una misurazione psicometrica, che ha fini nosologici e che esprime punteggi di risposte individuali a stimoli standardizzati; l'ICF, invece, utilizza una valutazione multidimensio-

nale, influenzata da diverse variabili, relative anche alla soggettività dell'operatore e del paziente e alle caratteristiche dell'ambiente, con la quale è possibile non solo descrivere una funzione, ma anche valutare l'influenza dell'ambiente e di numerose variabili socio-culturali sulla funzione stessa, oltre che sulla qualità di vita di un individuo.

Conclusioni

In questo studio è stata sperimentata l'utilizzazione dell'ICF nel campo dell'assistenza riabilitativa offerta dalle aziende sanitarie locali. È stata utilizzata la versione per l'età evolutiva dell'ICF (ICF-CY) per descrivere il profilo di un campione di ragazzi con ritardo mentale e per seguire il loro percorso riabilitativo. Sebbene il modello biopsicosociale proposto dall'ICF orienti i servizi territoriali verso un approccio olistico e non solo sanitario alle persone con disabilità, a tutt'oggi i trattamenti riabilitativi offerti rimangono quelli tradizionali, a forte impronta sanitaria, che in esclusiva, in assenza di valide alternative, assorbono la domanda di assistenza. Nel ritardo mentale una particolare attenzione al contesto familiare e amicale, all'ambiente e alla sfera psicologica delle persone con disabilità è fortemente giustificata dal fatto che in questa, più che in altre patologie, è limitata la possibilità di ottenere miglioramenti sul piano strettamente funzionale. È auspicabile pertanto che i percorsi riabilitativi siano caratterizzati da interventi di tutoraggio con una presa in carico globale, biopsicosociale, dei ragazzi. L'ICF potrebbe pertanto essere un utile strumento di lavoro standardizzato, analitico, esauriente, comprensibile e capace di integrare punti di osservazione tradizionalmente separati. ♦

**Si ringraziano gli operatori della
Unità Operativa di Riabilitazione del
Distretto Sanitario n. 52 ASL.**

Bibliografia

- [1] WHO. ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. 2001, World Health Organization Geneva, Switzerland.
- [2] WHO. ICF-CY: International Classification of Functioning, Disability and Health: children & youth version. 2007 World Health Organization Geneva, Switzerland.
- [3] Cieza A, Bickenbach J, Chatterji S. The ICF as a conceptual platform to specify and discuss health and health-related concepts. *Gesundheitswesen* 2008;70(10): e47-56.
- [4] Janssens L, Gorter JW, Ketelaar M, et al. Health-related quality-of-life measures for long-term follow-up in children after major trauma. *Quality of Life Research* 2008;17(5):701-13.
- [5] Ibragimova N, Björck-Akesson E, Granlund M, et al. ICF version for children and youth (ICF-CY) and field testing in Sweden. Fourth Nordic-Baltic Conference on ICF, Tallin, 2005 www.nordclass.uu.se/conference/ICF/PPT/Tallinn2005_Ibragimova.pdf.
- [6] Innes, D. The Italian model for the inclusion and integration of students with special needs: some issues. 2006 <http://www.darioianes.it/focus4a.htm>
- [7] Tokunaga A, Sasamoto K, Hagimoto R, et al. Developmental Research on the use of ICF version Children and Youth (ICF-CY) for Educational Policy. 2004-2006. <http://www.nise.go.jp/en/research/kadai24.html>
- [8] Henderson S, Skelton H, Rosebaum P. Assistive devices for children with functional impairments: impact on child and caregiver function. *Dev Med Child Neurol* 2008;50(2):89-98.
- [9] Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, Melvin J. Developing research capacity in human functioning and rehabilitation research from the comprehensive perspective based on the ICF-model. *Europ J Physical Rehabil Med* 2008;44(3):343-51.
- [10] Simeonsson R J, Leonardi M, Björck-Akesson E, et al. ICF-CY: a universal tool for practice policy and research, Document p107, Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications, Tunisia. P. 5, 2006 <http://www.who.int/classifications/apps/icd/meetings/2006meeting/WHOFIC2006>.
- [11] Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Europ J Physical Rehabil Med* 2008;44(3):329-42.
- [12] Barruffo L, Greco G, Pisacane A, Sorella C. La disabilità in età evolutiva in due distretti di Napoli: opinioni e bisogni delle famiglie. *Medico e Bambino* 2005;24:121-2.
- [13] ISTAT. Le condizioni di salute della popolazione. Indagine multiscopo 1999-2000. Roma: ISTAT, 2002.
- [14] ISTAT. Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005. Roma: ISTAT, 2005.
- [15] Pontiggia G. *Nati due volte*. Milano: Mondadori, 2000.

Ricerca e salute

Sono qui riportati gli abstract delle cinque relazioni che hanno costituito la sessione "Ricerca e salute" del XXI Congresso Nazionale ACP di Cesenatico 2009. La partecipazione è stata attenta, numerosa e attiva. Tre studi multicentrici, che hanno visto la presenza di circa 300 pediatri di famiglia dell'Associazione, si sono conclusi e saranno oggetto di prossima pubblicazione sia nazionale che internazionale. È stato presentato il protocollo definitivo del primo trial sperimentale di efficacia, randomizzato e in doppio cieco, che sarà condotto in pediatria di famiglia, promosso dall'IRFMN di Milano e dall'ACP nell'ambito dei progetti di ricerca nazionale no profit banditi dall'AIFA. 5 abstract che documentano l'impegno dell'Associazione a produrre evidenze nella pratica per la risposta a problemi correnti ancora inevasi. (M.B.)

Ricerca clinica e organizzativa in ambito perinatale con l'utilizzo dei dati correnti

Dante Baronciani, Vittorio Basevi, Emilio Perrone

Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria (CeVEAS), Modena

I dati correnti, quelli rilevati routinariamente su indicazioni legislative o da specifici gruppi di professionisti, non sono sinonimo, come spesso si afferma, di imprecisione e neppure "vecchi". Per un corretto utilizzo dei dati correnti è necessaria una scelta strategica di fondo: discutere con i "rilevatori", ovvero i professionisti clinici, l'impostazione: della rilevazione (per esempio quali modifiche apportare regionalmente al CedAP), dell'elaborazione (discutere quali dati "incrociare") e dell'analisi (confrontare le diverse interpretazioni dei dati). I dati correnti costituiscono un ottimo "generatore di ipotesi" che possono essere validate con studi ad hoc. Vengono riportati alcuni esempi nell'ambito sia della ricerca clinico-epidemiologica sia della ricerca clinico-organizzativa. Per quanto riguarda l'area clinico-epidemiologica si evidenzia, a titolo di esempio, come l'incrocio dei dati delle schede di dimissione ospedaliera delle donne ricoverate in ostetricia, con il Registro regionale di mortalità abbia permesso di correggere la sottostima di mortalità materna derivante dai dati ISTAT. Altri esempi riguardano l'utilizzo dei dati correnti: per confermare studi di letteratura (rapporto tra presentazione podalica e fumo materno o parto cesareo) o validare i risultati di RCT (distress respiratorio neonatale e mancata profilassi steroidea nei cesarei elettivi a termine). Un altro utilizzo dei dati correnti deriva dai confronti: i dati della retinopatia del pretermine del Registro regionale se confrontati a quelli del Vermont Network evi-

denziano una criticità che fa ipotizzare la necessità di uno studio sulla riproducibilità diagnostica in ambito regionale. Per quanto riguarda l'ambito clinico-organizzativo viene affrontato il ruolo dei dati nel ciclo dell'audit: misura del divario esistente da quanto raccomandato e indicatori di valutazione del cambiamento.

La prescrizione antibiotica e il self-help nelle infezioni respiratorie nella pratica ambulatoriale del pediatra di famiglia

Aurelio Nova, Laura Mauri, Mario Narducci, Federica Zanetto, a nome del Gruppo di Studio (58 PdF)

Pediatri di Famiglia, Associazione Culturale Pediatri, Milano e Provincia

Obiettivi. Lo studio intende valutare l'entità e le modalità dell'utilizzo del self-help (SH) e della prescrizione di antibiotici da parte del pediatra di famiglia (PdF) nelle infezioni respiratorie (IR).

Materiali e Metodi. PdF della Regione Lombardia hanno registrato nell'anno 2007, una settimana al mese, il percorso diagnostico-terapeutico delle IR osservate.

Risultati. Hanno partecipato alla ricerca 58 PdF con una popolazione di 49.525 assistiti; tutti i pediatri utilizzavano un test rapido per SBEGA (TF), 29 il test per la proteina C reattiva (PCR), 16 l'otoscopia pneumatica, 11 la determinazione dei leucociti (GB).

Si sono verificati 23.801 accessi per IR: in base alla clinica in 4578 di questi è stato prescritto un antibiotico; in 3489 è stato eseguito un SH (nel 72,1% il TF, nel 21,3% GB e/o PCR), il cui risultato ha portato nel 47,5% dei casi alla non prescrizione. La diagnosi, definita negli 8067 accessi in cui è stato utilizzato il SH e/o prescritto un antibiotico, è stata: bron-

copolmonite (5,8%), faringotonsillite (39,9%), otite media acuta (18,6%), sinusite (1,9%), altre infezioni respiratorie (33,8%). Il criterio clinico ha supportato il 56% delle diagnosi, il SH il 43,2% di queste e il 25% delle prescrizioni antibiotiche. Sono state effettuate 6048 prescrizioni di antibiotico: amoxicillina (57,8%), amoxicillina+ac. clavulanico (18,1%), claritromicina (6,7%), azitromicina (6,3%) e cefacloro (4,8%); le penicilline sono state prescritte nel 76,2% dei casi, i macrolidi nel 13,4% e le cefalosporine nel 10,3%. La prescrizione di macrolidi è correlata a un minor utilizzo di SH.

Conclusioni. La progressiva diffusione del SH può rivestire un fattore determinante nel miglioramento dell'accuratezza diagnostica e dell'appropriatezza prescrittiva nella pratica ambulatoriale del PdF.

La terapia del bambino asmatico e della sua famiglia nell'ambulatorio del pediatra

Laura Reali

Pediatra di famiglia, Roma

Obiettivi. Capire il ruolo dei pediatri ambulatoriali nella gestione del bambino asmatico (non ci sono dati disponibili); rilevare le differenze nelle pratiche cliniche dei diversi Paesi europei.

Materiali e Metodi. 441 pediatri ambulatoriali. Belgio (60), Francia (80), Germania (80), Italia (100), Lussemburgo (46), Slovenia (75), reclutati su base volontaristica dal rappresentante locale della SEPA/ECPCP in ogni Paese partecipante.

È uno studio retrospettivo condotto dal 5 gennaio al 5 febbraio 2009. Ogni pediatra ha selezionato gli ultimi 3 pazienti affetti da asma persistente, di età > 6 anni, visitati entro i 3 mesi precedenti e ha quindi risposto a un questionario informativo per ognuno dei 3 bambini sele-

Per corrispondenza:

Maurizio Bonati

e-mail: mather_child@marionegri.it

ricerca

zionati. Un altro questionario raccoglieva informazioni sulla tipologia di ambulatorio in cui operava il pediatra partecipante.

Le schede compilate sono state poi inviate dal singolo partecipante al centro elaborazione dati, in busta anonima preaffrancata.

Risultati. 436 pediatri hanno aderito, 290 (66,6%) hanno poi effettivamente risposto, 274 (63%) in maniera interpretabile. Un risultato accettabile per uno studio pilota.

Eclatante, anche se prevedibile, l'eterogeneità delle pratiche. La maggiore variabilità è stata osservata: nella realizzazione di un piano terapeutico personalizzato (PAP), nella misurazione del picco di flusso (PEF), nel programma di follow-up. La maggiore concordanza: spiegazioni sul trattamento, uso dei farmaci e stili di vita. I pediatri in rete seguono di più le linee guida.

I limiti più importanti di questo studio pilota: la sua retrospettività; la scarsa rappresentatività del campione di pediatri in studio; l'uso di questionari dichiarativi; nessuna verifica di avvenuta comprensione delle informazioni fornite dai pediatri ai pazienti e alle loro famiglie.

Conclusioni. Sono state messe a confronto per la prima volta le pratiche ambulatoriali di diversi Paesi europei ed è stata verificata la fattibilità di uno studio multinazionale, con una spesa trasparente.

La gestione del testicolo ritenuto: confronto fra linee guida e pratica clinica

Federico Marchetti*, **Luca Ronfani***, **Gianni Piras****, **Jenny Bua***, **Gianluca Tornese***, **Giacomo Toffol****, a nome del Gruppo di studio sul trattamento del testicolo ritenuto in Italia (140 PdF)

*Clinica Pediatrica, Servizio di Epidemiologia e Biostatistica, Dipartimento di Chirurgia, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste; **Associazione Culturale Pediatri.

Il testicolo ritenuto (TR) è presente alla nascita in percentuali variabili dal 2% all'8%. Le raccomandazioni sul trattamento del TR, riportate in una recente Consensus, sono importanti per poter

prevenire le conseguenze in età adulta di una mancata discesa testicolare, quali l'azoospermia o oligospermia, l'insufficienza endocrina e la possibile degenerazione tumorale del testicolo. Viene raccomandato di eseguire l'intervento di orchidopessi entro il 1° anno di vita in centri di chirurgia pediatrica e di non utilizzare la terapia ormonale.

Obiettivi. Descrivere la gestione del testicolo ritenuto nella realtà italiana, con riferimento alla frequenza di uso della terapia ormonale, l'età media all'orchidopessi, frequenza di utilizzo di centri di chirurgia pediatrica per l'intervento.

Materiali e Metodi. Lo studio è descrittivo e multicentrico con la partecipazione dei PdF appartenenti alla rete dell'Associazione Culturale Pediatri. Sono stati reclutati tutti i bambini nati fra il 1° gennaio 2004 e il 1° gennaio 2006 con la diagnosi di TR. Per ogni bambino con TR è stata completata una scheda di rilevazione dati con l'indicazione di informazioni riguardanti il PdF partecipante allo studio e il bambino che ha avuto, durante il periodo di sorveglianza considerato, la diagnosi di TR. Hanno aderito allo studio 140 PdF. 83/140 pediatri (59%) seguivano bambini con TR nel periodo definito dal protocollo, per un totale di 177 bambini reclutati.

Risultati. La terapia ormonale è utilizzata in circa 1 bambino su 4 affetto da TR, prevalentemente prima dell'intervento chirurgico, con una percentuale di successo riportata del 20%. L'età media dell'intervento è risultata molto più alta (21 mesi) di quella raccomandata, mentre solo il 14% dei bambini è stato sottoposto a chirurgia entro il 1° anno di vita. Il 37% dei bambini ha eseguito l'intervento oltre i 2 anni di età. Sembra esserci una certa variabilità tra le regioni in merito all'utilizzo della terapia ormonale e all'età media in cui viene eseguito l'intervento di orchidopessi. Nell'89% dei casi l'intervento è stato eseguito presso un centro di chirurgia pediatrica. Nell'87% dei casi in un centro chirurgico della regione.

Conclusioni. La trasferibilità delle correnti raccomandazioni nella pratica italiana è una priorità che vede coinvolti i pediatri di famiglia, gli endocrinologi e i chirurghi pediatri.

Efficacia del beclometasone versus placebo nella profilassi del wheezing virale in età prescolare

Antonio Clavenna*, **Michele Gange-mi****, **Gianluigi Casadei*****, **Livio Garrattini*****, **Maurizio Bonati***

*Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano; **Associazione Culturale Pediatri; ***Centro di Economia Sanitaria "Angelo e Angela Valenti", Ranica (BG)

Il wheezing virale è una patologia frequente nei bambini in età prescolare. In Italia la prevalenza nei bambini <18 mesi è stata stimata del 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 periodo 2000-2006. In un contesto caratterizzato dalla scarsità evidenze si rende necessaria una valutazione metodologicamente rigorosa della pratica corrente mediante uno studio clinico randomizzato.

Obiettivi. Valutare la sicurezza e l'efficacia del beclometasone nella prevenzione del wheezing in bambini con infezioni virali delle vie aeree superiori.

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

Verranno 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 pre-

cedente verranno esclusi dallo studio. I pazienti verranno randomizzati in due 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 verrà monitorato per 6 mesi dopo il termine della terapia e verranno 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. ♦



Neuropsichiatria Quotidiana per il Pediatra

VII Incontro Nazionale

Roma 12-13 marzo 2010

Istituto Superiore Antincendi - Via del Commercio 13

TRE IN UNO. METTIAMOCI IN GIOCO

Venerdì 12 marzo

- 12,00 Registrazione dei partecipanti
 14,30 "Benvenuti e buon lavoro" Saluto del presidente dell'ACP Lazio (L. Reali)
 14,40 "Dovremo lavorare così" Presentazione del Convegno
 15,00 "Funziona davvero? Efficacia degli interventi riabilitativi"
 Parte prima (G. Valeri)
 15,30-19 "Tutti al lavoro!"
 Svolgimento delle sessioni di lavoro (circa 50 discenti per sessione)

I segni di ritardo neuro-motorio del lattante nelle mani del pediatra

Quali le cause e come si presentano? Quali raccomandazioni efficaci può dare il Pediatra ai genitori? Utilizzeremo video didattici ed esercitazioni su manichino (F. Perrotta, A. Kofler)

Il questionario SDQ sulla scrivania del pediatra

L'SDQ, basato sui punti di forza e debolezza del bambino, permette di esplorare difficoltà nell'ambito delle sfere comportamentale, relazionale, emotiva, applicabile dai 4 ai 16 anni. Impareremo ad utilizzare il questionario e a interpretarne i risultati (C. Calzone, G. Valeri)

La medicina narrativa nella stanza del pediatra

Obiettivo centrale della medicina narrativa è l'efficacia terapeutica della relazione medico-paziente. A questo scopo il professionista può imparare a evocare, guidare e, se il caso, interrompere la narrazione del paziente. Lavoreremo utilizzando filmati, favole famose e altre storie (S. Quadrino, G. Bert)

Sabato 13 marzo

- 9,00 "Funziona davvero? Efficacia degli interventi riabilitativi"
 Parte seconda (G. Valeri)
 9,30 "Tutti al lavoro!". Svolgimento delle sessioni di lavoro
 13,00 Pranzo
 14,30-18 "Tutti al lavoro!". Svolgimento delle sessioni di lavoro
 18,00 "Com'è andata e cosa portiamo a casa". La parola ai docenti e ai discenti
 18,30 Consegna crediti ECM e conclusione del Convegno

Segreteria Scientifica

C. Berardi, E. Coltura, S. Corbo, F. Marolla, L. Marolla, M. Orrù, F. Panizon, V. Sarno

Segreteria Organizzativa

DALTOURS srl, tel. 06-66000016; e-mail: laura@daltours.it

Quote d'iscrizione

Medici e psicologi: 180,00 €

Specializzandi: 80,00 €

L'assistenza infermieristica in area pediatrica Professionalità coinvolte e motivazioni

Studio trasversale su una popolazione di infermieri

Simona Vergna*, Filippo Festini**

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer; **Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Firenze

Abstract

The children nursing profession: attitudes and motivations. A cross-sectional study

Introduction In the main European health systems with the profession of General Care Nurse (GN) exists the profession of the Children Nurse (CN). A debate has developed about the relationship between the 2 professions and their respective roles in Paediatric wards, however studies about the Italian situation are scanty.

Materials and methods This cross-sectional study describes with the use of a questionnaire, features, attitudes and motivations of a population of registered nurses working in all the Paediatrics wards of the Province of Florence, Italy.

Results 299 nurses were examined (70% GNs, 30% CNs). CNs self-evaluated their own preparedness with higher scores than GNs ($p < 0.00001$). The intention of leaving the profession among GN was three times higher than among GPs ($p = 0.05$). More than one half of CNs stated that they would never work with adults.

Conclusions The study shows some interesting differences between the two nursing professions. In particular, that the children nursing profession has a motivational basis largely different from that of the general nursing profession.

Quaderni acp 2010; 17(1): 17-18

Key words Paediatric nursing. Nurse

Introduzione Nei maggiori sistemi sanitari europei, accanto alla professione di Infermiere di Cure Generali (IG), è prevista la professione di Infermiere Pediatrico (IP). Nel dibattito professionale sono ricorrenti interrogativi sui rapporti tra le due professioni e sul loro ruolo nei reparti pediatrici, ma la letteratura italiana è povera di studi al riguardo.

Materiali e metodi Questo studio trasversale descrive caratteristiche, attitudini e motivazioni della popolazione di infermieri operanti nei reparti pediatrici della provincia di Firenze attraverso l'utilizzo di un questionario.

Risultati Sono stati intervistati 299 infermieri (70% IG e 30% IP). Gli IP hanno dato un'autovalutazione della propria preparazione maggiore di quella data dagli IG ($p < 0,00001$). L'intenzione di abbandonare la professione è tre volte più frequente negli IG che negli IP ($p = 0,05$). Oltre la metà degli IP dichiara che non avrebbe lavorato in nessun caso con gli adulti.

Conclusioni Lo studio evidenzia interessanti differenze tra le due professioni infermieristiche, in particolare che la professione di IP ha un bacino motivazionale in larga parte distinto da quello della professione di IG.

Parole chiave Area pediatrica. Infermiere

Introduzione

Nei maggiori sistemi sanitari europei (tra cui Gran Bretagna, Germania, Irlanda e Austria), accanto alla professione di Infermiere di Cure Generali, è prevista la professione di Infermiere Pediatrico. In Italia questa professione è stata istituita nel 1940 ed è intitolata ad assolvere le necessità di cura del bambino nelle varie fasi della sua crescita: è quindi il professionista specifico dell'assistenza al soggetto in età evolutiva, in possesso di

conoscenze e abilità tecniche e specialistiche, associate a una particolare sensibilità nell'individuare i bisogni dei bambini secondo le età.

Nel dibattito professionale sono ricorrenti interrogativi sui rapporti tra le due professioni e sul loro ruolo nei reparti pediatrici: in particolare, si discute su quale debba essere la preparazione necessaria per assistere bambini e neonati, quali siano le differenze tra le basi motivazionali delle due professioni infermieristiche,

che, se esistano differenze di opportunità lavorative tra loro e quali siano le difficoltà che le due professioni incontrano nell'assistere il piccolo paziente, soprattutto nei rapporti con i suoi familiari di fronte alla malattia e al lutto [1-4]. La letteratura scientifica infermieristica italiana è povera di studi sull'infermieristica pediatrica [5-7]. Per questo motivo abbiamo deciso di condurre uno studio originale sull'intera popolazione di infermieri operanti in reparti pediatrici della Provincia di Firenze.

Obiettivi

Scopo dello studio è stato quello di raccogliere dati per comprendere quali sono caratteristiche e peculiarità dei professionisti impegnati nell'assistenza infermieristica in Pediatria, i perché della scelta di lavorare con i bambini e altri aspetti della professione, in modo da fornire uno strumento utile a coloro che siano interessati a capire meglio le problematiche e le motivazioni che caratterizzano la figura di questo infermiere.

Materiali e metodi

Studio trasversale su una intera popolazione di 407 infermieri e infermieri pediatrici operanti in tutti i reparti pediatrici della Provincia di Firenze, che include l'Ospedale pediatrico Meyer e gli Ospedali generali Careggi, Torregalli, S. M. Annunziata e Mugello.

È stato somministrato un questionario composto da 38 domande, appositamente costruito, con risposte aperte e chiuse, scale visive, numeriche e likert. Queste ultime mirano a determinare l'opinione o l'attitudine di un soggetto e contengono un elenco di affermazioni, seguite da una scala contenente 4 possibili gradi di accordo/disaccordo con l'affermazione a cui corrisponde un valore numerico crescente o decrescente. Il questionario esplorava 5 aree: informazioni anagrafiche e professionali – il perché della scelta pediatrica – l'iter formativo di base –

Per corrispondenza:
Filippo Festini
e-mail: filippo.festini@unifi.it

research letters

la percezione della preparazione in pediatria al primo impiego – le prospettive professionali. Sull'esito delle risposte è stata condotta un'analisi statistica che ha incluso l'Anova per le differenze tra le medie dei valori numerici e il test del chi quadrato per le differenze tra le frequenze relative.

Risultati

Della popolazione oggetto di studio ha risposto il 72,7% (n=299); di essi il 70% era costituito da infermieri con il titolo generalista e il 30% aveva un titolo pediatrico. Alla domanda che interrogava se si ritenesse necessario un titolo specifico per lavorare in pediatria il 73,7% ha risposto in modo affermativo. Negli infermieri pediatrici è risultato che il motivo più frequente della decisione di lavorare in Pediatria è il frutto di una scelta che tra gli infermieri generalisti (p=0,00001); tra questi ultimi essa è dovuta al caso ancor più che nei pediatrici (p=0,00001). Gli infermieri pediatrici hanno dato un'autovalutazione della propria preparazione maggiore al momento del primo incarico di quella data dai colleghi generalisti (2,6 vs 2,3 su scala 1-4, p<0,00001). La media del tempo intercorso tra il conseguimento del diploma e il primo impiego è stata di 4,7 mesi per i generalisti e 10,5 mesi per i pediatrici (p=0,03). Tuttavia, solo il 2,4% degli infermieri pediatrici manifesta l'intenzione di abbandonare la professione a parità di stipendio contro l'8,3% dei generalisti (p=0,05). Il 75% degli infermieri pediatrici (vs l'83,3% dei generalisti, p = n. s.) non è pentito della scelta del percorso formativo di base e la rifarebbe. Inoltre il 54% degli infermieri pediatrici dichiara che non avrebbe lavorato in nessun caso con gli adulti.

Le qualità considerate indispensabili per lavorare in Pediatria sono risultate la pazienza (18,6%), la capacità di entrare in relazione con bambino e famiglia (13,6%), la sensibilità (10,9%), l'amore per i bambini (9,1%).

Conclusioni

Dallo studio sono emerse alcune interessanti caratteristiche che distinguono le due professioni infermieristiche. I dati più interessanti sono rappresentati dalla differenza nel tempo necessario a trovare un impiego e dal fatto che la professione di infermiere pediatrico ha un bacino motivazionale in larga parte distinto da quello della professione di infermiere.

È emersa anche la necessità di un titolo o qualifica obbligatori per lavorare in Pediatria nonché il possesso di caratteristiche individuali quali pazienza, sensibilità, amore per i bambini e capacità relazionali. Tutto ciò è avvalorato dal fatto che per l'infermiere pediatrico la scelta professionale nasce da una motivazione forte e convinta, come viene dimostrato dalla volontà di cambiare lavoro, a parità di stipendio che è tre volte maggiore negli infermieri generalisti rispetto ai colleghi pediatrici.

Questo studio suggerisce la necessità di una formazione specifica che tenga conto della complessità e diversità dei pazienti pediatrici e della loro particolare caratteristica di soggetti in divenire. ♦

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

- [1] Moncrieff A. The Future of the Nursing of Sick Children. Keynote address, Association of Sick Children's Hospital Nurses' Annual Meeting, RCN, London 1944.
- [2] Gow P, Ridgeway G. The development of a paediatric community service. In: Gasper EA, London Tucker A (Eds). Advances of Child Health Nursing. Scutari Press 1993:269-76.
- [3] Wenger ML. Policy for children's hospitals. Nursing Times 1958 (August 15):939-40.
- [4] Price S. The recruitment and retention of children's nurses. Paediatr Nurs 2002;14:39-43.
- [5] Palese A, Saiani L. Carezza di infermieri, standard assistenziali, sicurezza dei pazienti. Assist Inferm Ric 2006;4:202-5.
- [6] Moretto C. University diploma for pediatric nurses: comparing positions, perspectives. Prof Inferm 1997;50-3.
- [7] Pitacco G. Nursing services in the field of pediatrics. Prof Inferm 1990;43:39-43.

COME ISCRIVERSI ALL'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2010 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per infermieri e per non sanitari. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: Associazione Culturale Pediatrici - via Montiferru, 6 - Narbolia (OR), indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota. Per iscriversi la prima volta – dopo avere versato la quota come sopra indicato – occorre inviare una richiesta (fax 079 302 70 41 oppure e-mail: segreteria@acp.it) con cognome, nome, indirizzo e qualifica. Dal 2010 si può anche utilizzare l'addebito automatico sul conto corrente (RID). Gli associati che vorranno scegliere questa modalità di pagamento dovranno indicare, oltre ai dati di cui sopra anche l'IBAN del loro conto corrente postale o bancario, la banca presso cui addebitarlo e lo sportello. In questo caso l'importo della quota verrà addebitato automaticamente dal loro c/c a ogni inizio dell'anno; naturalmente tale addebito potrà essere revocato dal socio in ogni momento attraverso una semplice comunicazione alla sua banca.

Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista *Quaderni acp* e, con apposita richiesta all'indirizzo 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.

Le raccomandazioni per la diagnosi di celiachia in Italia e in Gran Bretagna

Una lettura integrata dei due documenti

Enrico Valletta*, Michele Gangemi**, Martina Fornaro*

*Clinica Pediatrica, Università di Verona; **Pediatra di famiglia, ULSS 20, Veneto

Abstract

Recommendations for the diagnosis of celiac disease in Italy and in UK. An integrative analysis of the documents

Several reliable serological tests are today available for the diagnosis of celiac disease worldwide. The increasing awareness of the expected prevalence of the disease in the general population raised the need for the development of guidelines that could offer best practice advice on the recognition and assessment of celiac disease in children and adults who are undergoing the diagnostic process. The Health Department in Italy, and the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in UK have independently developed clinical recommendations that deserve careful analysis and consideration.

Quaderni acp 2010; 17(1): 19-22

Key words Celiac disease. Guideline. Diagnosis. Follow up. Serology

La crescente e diffusa disponibilità di test sierologici sempre più affidabili ha determinato una "esplosione" delle nuove diagnosi di celiachia un po' in tutto il mondo e ha reso evidente la necessità di un uso più razionale delle risorse disponibili. È questo l'obiettivo che in Italia il Ministero della Salute e in Gran Bretagna il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), si sono posti. Crediamo che l'attualità e la rilevanza del tema rendano utile una lettura "integrata" dei due documenti che forniscono importanti indicazioni di comportamento clinico.

Parole chiave Celiachia. Linea guida. Diagnosi. Monitoraggio. Sierologia

Introduzione

La crescente e diffusa disponibilità di test sierologici sempre più affidabili ha determinato una "esplosione" delle nuove diagnosi di celiachia un po' in tutto il mondo e ha reso evidente la necessità di un uso più razionale delle risorse disponibili. Possiamo dosare gli anticorpi anti gliadina (AGA), antireticolina, antiendomisio (EMA), antitransglutaminasi (TGA), antiactina, anti gliadina deamidata, di classi diverse (generalmente IgA e IgG), con metodiche (immunofluorescenza, ELISA, immunocromatografia) e su substrati (animali o umani) differenti. Sono sul mercato self-test rapidi già piuttosto evoluti. È possibile valutare la predisposizione HLA DQ2 e DQ8 e sapere se un soggetto è a rischio di sviluppare celiachia o, ancora meglio, se probabilmente non la svilupperà mai. Alla classica istologia della mucosa intestinale si è affiancata l'indagine immunoistochimica. La "base" di popolazione da testare, perché a rischio di malattia, si è allargata con l'individuazione di

nuovi sintomi e patologie associate. Tutto questo, oltre a indubbi benefici in termini di salute per l'1% circa della popolazione, determina un impiego di risorse che occorre governare anche attraverso l'individuazione di percorsi diagnostici guidati dalle evidenze disponibili. È questo l'obiettivo che in Italia il Ministero della Salute e in Gran Bretagna il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) si sono posti. Crediamo che l'attualità e la rilevanza del tema rendano utile una lettura "integrata" dei due documenti [1-2].

Come sono fatti

Il documento italiano

Il documento italiano nasce in un contesto di particolare attenzione per i soggetti affetti da celiachia, che si articola in alcuni provvedimenti legislativi e iniziative scientifiche e divulgative, di cui si può trovare traccia sul sito del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it/speciali/piSpecialiNuova.jsp?id=82).

Di rilievo la legge n. 123 del 4.7.2005 che riconosce la celiachia come *malattia sociale* e la ridefinizione dei LEA nel DPCM del 23.4.2008, che sancisce il passaggio della celiachia da malattia rara a *malattia cronica* e al relativo regime assistenziale. In questo ambito il Ministero della Salute ha promosso la stesura di un *Documento di inquadramento per la diagnosi e il monitoraggio della malattia celiaca e relative complicanze*, che è stato definitivamente approvato, come Allegato A, il 20.12.2007. In sostanza il documento appare, più che come una vera e propria Linea Guida (LG) secondo la definizione riconosciuta a livello internazionale, come una sintetica consensus tra esperti, nella quale sono garantiti un certo grado di multidisciplinarietà e il coinvolgimento importante di una (sola) associazione di pazienti interessati (i cosiddetti *stakeholders*) [3].

Il documento inglese

La LG NICE trae mandato dal Dipartimento di Sanità Inglese con l'obiettivo di produrre una "breve" linea guida clinica che individui le modalità con le quali riconoscere la celiachia e i soggetti da indagare allo scopo di incrementare il numero delle diagnosi. Tutti i documenti (oltre 450 pagine, includendo il manuale delle LG NICE) relativi allo sviluppo di questa LG, alla metodologia, ai partecipanti, alle versioni integrali e sintetiche a uso dei pazienti e ai modelli di analisi economica sono reperibili alla pagina <http://guidance.nice.org.uk/CG86>.

Il Gruppo di lavoro è costituito da 11 componenti tra gastroenterologi del bambino e dell'adulto tratti da servizi di primo e secondo livello, dietisti, rappresentanti dei pazienti e da un immunologo clinico, affiancati da uno staff tecnico interno del NICE (9 componenti) e da un gruppo di revisori (5 componenti). Ciascun componente è identificato per il ruolo professionale che ricopre. È anche riportato un e-

Per corrispondenza:
Enrico Valletta
e-mail: enrico.valletta@azosp.vr.it

lenco di 86 *stakeholders* (istituzioni pubbliche e private, industrie, associazioni di pazienti ecc.) che sono stati individuati e coinvolti nel corso della stesura del documento. Sul sito è disponibile una lista delle dichiarazioni di interessi da parte dei componenti il Gruppo di lavoro.

Il manuale delle LG NICE contenente la metodologia e il percorso lungo il quale si sviluppa ogni LG NICE è contenuto in un documento di 150 pagine aggiornato al 2009, anch'esso reperibile alla pagina www.nice.org.uk/media/5F2/44/The_guidelines_manual_2009_-_All_chapters.pdf. In realtà, non è reperibile sul testo della LG un *grading* formale dei livelli di evidenza né della forza delle raccomandazioni proposte. La trasparenza del processo di stesura delle LG NICE e l'analisi dettagliata della letteratura riportate nella documentazione allegata dovrebbero garantire la ponderatezza delle valutazioni nel loro insieme. Viene anche argomentato, nel testo che NICE utilizza per le proprie LG elementi di valutazione propri del GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) e che il gruppo di lavoro GRADE sta sviluppando un sistema per sintetizzare le evidenze riguardanti i test diagnostici e le strategie di impiego. In mancanza di un tale strumento si è scelto di dare una sintesi descrittiva della qualità delle evidenze basata sui criteri QUADAS (*Quality Assessment of Studies of Diagnostic Accuracy included in Systematic Reviews*).

Che cosa dicono

Il documento italiano

Il documento italiano è sintetico, per alcuni versi forse troppo e, talora, non fornisce i presupposti per comprendere appieno i concetti espressi. Il capitolo introduttivo distingue la *forma classica* dalla *forma tardiva* e la *forma silente* dalla *forma potenziale*. Tuttavia, là dove sostiene che "la totale e permanente esclusione dalla dieta degli alimenti contenenti glutine ... permette la scomparsa dei sintomi e delle malattie associate alla MC in tempi rapidi ..." può essere male intesa se la tabella 2 che ha come titolo "Quadri clinici e *malattie associate*" riporta il diabete insulino-dipendente, la sindrome di Down, la sindrome di Turner, la sclerosi multipla e altre patologie certamente non risolvibili con la dieta. Anche la capacità di prevenire le malattie autoimmuni, attribuita poco

dopo alla dieta gluten-free, meritava forse una maggiore articolazione del concetto.

I costi per il Servizio Sanitario Nazionale in questo ambito sono attribuiti "all'elevato numero dei pazienti" (in realtà, il documento si propone di farne emergere un numero di gran lunga maggiore) e alla quota di compartecipazione alla dieta senza glutine. Manca, peraltro, qualsiasi ulteriore valutazione sull'impatto economico che si prevede possa derivare dall'applicazione del documento, aspetto al quale, come vedremo, verrà data grande rilevanza nella LG NICE. Anche dei possibili vantaggi economici, conseguenti alla migliore efficienza diagnostica attesa, non viene fatta menzione. Sono successivamente dettagliati i quadri clinici e le malattie associate alla celiachia, in numero lievemente inferiore a quello segnalato nella LG NICE mancando, per esempio, la sindrome di Addison, la colite microscopica, l'intestino irritabile, la porpora trombocitopenica cronica, la sarcoidosi e le fratture da causa banale.

Il protocollo diagnostico – "semplice, applicabile in tutti i Centri e in grado di identificare il maggior numero di celiaci e di evitare le false diagnosi" – individua tre diversi percorsi diagnostici che vengono sintetizzati in tre flow-chart per soggetti a rischio elevato o moderato-basso di celiachia e per i familiari di primo grado.

A questo proposito, nel testo si parla indifferentemente di sospetto clinico (elevato), di probabilità (moderata-bassa), di rischio (elevato e moderato-basso), anche se poi non è del tutto chiaro in base a cosa è possibile assegnare un soggetto a un gruppo piuttosto che a un altro. L'utilizzo degli AGA nei bambini < 2 anni è suggerito solo per i soggetti a moderato-basso rischio di celiachia e per i familiari di primo grado, ma non per quelli a "rischio elevato" e non se ne chiarisce poi l'interpretazione relativamente agli altri test sierologici.

Il documento si conclude con una sezione dedicata al monitoraggio dei pazienti dopo la diagnosi, dando indicazioni valide per i controlli di routine e per i cosiddetti "casi selezionati" (pazienti sovrappeso o con diagnosi tardiva).

Il documento inglese

La LG britannica inizia con un *summary* molto dettagliato, comprensivo di alcune tabelle e di una flow-chart operativa che

riporta le principali raccomandazioni scaturite dal lavoro del Gruppo relativamente alle persone cui offrire i test sierologici, al tipo e alla modalità dell'offerta dei test, alle informazioni da fornire alla popolazione candidata ai test, alla necessità della biopsia intestinale nei soggetti con test positivi. Al riassunto segue una *overview* che chiarisce la metodologia evidence based utilizzata per la stesura della LG, rimanda al sito NICE dove viene spiegato l'intero processo di stesura della LG e dove è anche possibile trarre una copia ristretta del documento a uso del personale sanitario (*Quick reference guide*) e una a uso dei pazienti e dei loro familiari (*Understanding NICE guidance*).

Alla pagina www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=44351 è scaricabile un documento di 69 pagine che descrive nel dettaglio i seguenti punti:

- ▶ *Lo scopo della LG*: il Dipartimento della Sanità ha commissionato al NICE lo sviluppo di LG per la diagnosi di celiachia basate sulle migliori evidenze cliniche ed economiche della letteratura da applicare all'interno dei Servizi Sanitari dell'Inghilterra e del Galles. La LG è rivolta al personale sanitario, ma sempre nell'ambito di una partnership stretta con il paziente o i suoi familiari affinché possano prendere le decisioni più opportune in maniera del tutto informata.
- ▶ *Le domande fondamentali alle quali ci si aspetta che la linea guida dia risposta*: si tratta di 8 quesiti clinici rilevanti, riguardanti la natura e la prevalenza della malattia, l'impiego dei test più idonei alla diagnosi, i pazienti da testare, gli outcome clinici attesi, le informazioni da dare ai pazienti prima degli esami, le possibili conseguenze di una celiachia non diagnosticata.
- ▶ *Gli aspetti clinici che NON verranno affrontati dalla LG*: la diagnosi istologica, la gestione dopo la diagnosi, lo screening di popolazione, l'accuratezza dei kit di self-test.
- ▶ *I metodi statistici e di metanalisi* per la valutazione della letteratura e la descrizione dei criteri che hanno guidato la ricerca bibliografica con relativi dati base consultati e metodologia di ricerca.
- ▶ *Sviluppo di un nuovo modello di valutazione economica dell'impatto della LG* che dia evidenza delle risorse

TABELLA: ANALISI DELLE EVIDENZE E RELATIVE RACCOMANDAZIONI DEL GRUPPO NICE

EVIDENZE	RACCOMANDAZIONI
<ul style="list-style-type: none"> - La prevalenza di celiachia in Gran Bretagna è dello 0,8-1,9% e simile agli altri studi internazionali. - La prevalenza tra i familiari di primo grado è del 4,5-12%. - La prevalenza è doppia nelle femmine rispetto ai maschi (evidenza limitata). 	
<ul style="list-style-type: none"> - La celiachia non diagnosticata nella madre ha effetto negativo sulla crescita intrauterina e sul peso alla nascita, aumenta il rischio di nascita pretermine e la frequenza di taglio cesareo. - Vi è associazione tra celiachia non diagnosticata e aumentato rischio di fratture. - La celiachia non diagnosticata si associa ad aumentato rischio di linfoma di Hodgkin e non-Hodgkin e neoplasia del piccolo intestino anche se la frequenza è bassa. 	<ul style="list-style-type: none"> - È necessario offrire informazioni sul rischio di complicanze a lungo termine della celiachia non diagnosticata. Nonostante il rischio di neoplasie specifiche sia aumentato, il rischio complessivo è basso. - Viene aggiunta una raccomandazione specifica per l'età pediatrica riguardo al disturbo della crescita, al ritardo della pubertà e alle complicanze dentarie.
<ul style="list-style-type: none"> - Nel bambino e nell'adulto la celiachia può presentarsi con un'ampia varietà di segni e sintomi e può associarsi a diverse malattie e condizioni (viene fornito elenco dettagliato). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ci sono segni, sintomi e condizioni associate che giustificano, con la loro presenza, l'offerta dei test sierologici alle persone affette. - La suddivisione classica dei sintomi gastrointestinali e non-gastrointestinali non è più ritenuta utile. - Per alcuni segni/sintomi non specifici è stata aggiunta la dizione <i>da cause non note o cronico</i> per meglio definire il rischio che le persone affette abbiano la celiachia. - Vengono elencati i segni/sintomi/condizioni associati per i quali è raccomandata l'esecuzione dei test sierologici. - Nonostante la perdita di peso possa essere un segno di celiachia, si raccomanda di considerare che il paziente con celiachia può presentarsi con un difetto o un eccesso ponderale o essere normopeso.
<ul style="list-style-type: none"> - TGA ed EMA IgA sono test altamente sensibili e specifici. - AGA sono meno sensibili e specifici di TGA ed EMA. - L'uso combinato di TGA ed EMA non incrementa sostanzialmente l'accuratezza diagnostica (evidenza limitata). - TGA IgA dà più falsi positivi nei soggetti con epatopatia (evidenza limitata). - I test sierologici sono ugualmente affidabili nel bambino e nell'adulto. - I test con gliadina deamidata possono essere utili ma richiedono ulteriore valutazione. - I self-test possono essere accurati ma richiedono ulteriore valutazione. - HLA DQ2 o DQ8 è presente nel 25% della popolazione britannica: un test positivo non ha valore predittivo, un test negativo può escludere la diagnosi di celiachia. 	<ul style="list-style-type: none"> - È necessario proseguire la dieta contenente glutine fino alla biopsia intestinale. È opportuno informare adeguatamente il paziente sull'iter diagnostico. - Non è nota la quantità di glutine necessaria a ottimizzare il potenziale diagnostico della sierologia e della biopsia (il Gruppo suggerisce più di un pasto al giorno contenente glutine per almeno 6 settimane). - Per chi è già in dieta senza glutine e non accetta la reintroduzione del glutine è raccomandata la consulenza dello specialista gastroenterologo. - Gli AGA hanno bassa sensibilità e specificità e non debbono essere utilizzati. - Il test di primo livello sono i TGA IgA e, se il risultato è dubbio, dovrebbero essere utilizzati gli EMA. - I test con gliadina deamidata e i self-test potranno essere utili in futuro, ma l'evidenza è limitata. Se c'è sospetto di celiachia, i risultati dei self-test andrebbero discussi con lo specialista. - Occorre considerare la possibilità di falsi positivi nei soggetti con epatopatia. - La determinazione di HLA DQ2 e DQ8 è di limitata utilità diagnostica, se positiva; se negativa, può essere utile allo specialista quando sierologia e biopsia sono risultate non conclusive. - I test sierologici dovrebbero essere eseguiti presso un laboratorio accreditato. - La ripetizione dei test sierologici nei soggetti con condizioni associate (inclusi diabete tipo 1 e tiroidite autoimmune) non può essere raccomandata alla luce delle attuali evidenze e in assenza di un consenso tra gli esperti. Il Gruppo raccomanda lo sviluppo della ricerca in questo campo.

necessarie e che sofferisca alla mancanza di dati disponibili in questo ambito. La sezione dedicata alla valutazione dei costi per il servizio sanitario appare particolarmente articolata e prende in considerazione diverse ipotesi operative in dipendenza di differenti scenari clinici.

- *Analisi della letteratura considerata*, che viene dettagliata e tabulata in un'appendice separata di 114 pagine.

Per ognuno dei quesiti clinici il Gruppo di lavoro presenta una sintesi delle evidenze cliniche e di quelle economiche derivate dall'esame della letteratura. Il rapporto tra le evidenze e le raccomandazioni è esplicitato in paragrafi separati ed evidenziati per ogni quesito clinico. Risulta particolarmente sviluppato il report relativo ai costi che si prevede possano derivare dall'implementazione della LG e che è integralmente disponibile sul sito web alla pagina www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG86CostReport.pdf.

L'*analisi dei costi* è sviluppata in un documento di 35 pagine che tiene conto delle tre raccomandazioni che si presume possano avere maggiore impatto sui costi diretti a carico del servizio sanitario e individuate nella proposta di impiegare sistematicamente i test sierologici nei soggetti: 1) con sintomi tipici, 2) con sintomi atipici e malattie associate, e 3) con familiarità per celiachia. Nel calcolo dell'incremento dei costi sono state considerate le spese relative all'esecuzione dei prelievi ematici, dei test sierologici, delle biopsie intestinali e delle consulenze specialistiche relative, avendo cura di distinguere i costi per la popolazione adulta e quella pediatrica (maggiori). Non sono stati inclusi i costi per il trattamento dei nuovi casi diagnosticati e per il monitoraggio nel follow-up. D'altra parte si riconosce che le stesse raccomandazioni porteranno, con tutta probabilità, a realizzare risparmi in conseguenza delle nuove diagnosi di celiachia: riduzione delle visite per sintomi e complicanze determinati dalla mancata diagnosi, riduzione della necessità di ulteriori e diversi test diagnostici anche in relazione alle complicanze secondarie a una mancata diagnosi, riduzione dei costi conseguenti al trattamento dell'osteoporosi e di altre patologie secondarie alla celiachia non trattata, miglioramento della qualità di vita dei pazienti diagnosticati. Per

questi aspetti di possibile beneficio/risparmio è difficile calcolare il corrispettivo monetario. Per la sola voce "trattamento farmacologico dell'osteoporosi" si calcola un risparmio annuo di 2-3 milioni di sterline senza contare il risparmio difficilmente quantificabile, dovuto alla prevenzione delle fratture. Dal momento che l'implementazione delle LG NICE è riconosciuta come una delle strategie valide nella riduzione del rischio clinico, ci si aspetta anche un contenimento delle spese per contenziosi legali. Considerato il recupero dei casi non diagnosticati nell'arco di 5 anni si presume, in Inghilterra, un incremento dei costi pari a 57,8 milioni di sterline entro i primi 5 anni e di 23,1 milioni di sterline all'anno allo steady-state dopo i 5 anni. In altri termini l'incremento di spesa allo steady-state è calcolato di 46.000 sterline per anno per 100.000 abitanti.

L'analisi delle evidenze porta finalmente alla stesura di alcune raccomandazioni che sono riassunte nella *tabella*. Là dove le evidenze non sono state in grado di suggerire comportamenti auspicabili, il Gruppo ha prodotto raccomandazioni per ulteriori ricerche che rispondano ai seguenti quesiti:

- Qual è la quantità minima di glutine nella dieta per ottimizzare l'affidabilità dei test sierologici e della biopsia intestinale ai fini diagnostici?
- Quante persone con celiachia hanno ricevuto una diagnosi differente e quali sono le implicazioni cliniche ed economiche di questa situazione?
- La sierologia va ripetuta nel tempo e, se sì, con quale frequenza?
- Nei pazienti con celiachia e diabete tipo 1, la dieta senza glutine migliora gli outcome del diabete?
- La celiachia è più frequente nei pazienti con autismo?
- Quali sono gli effetti a lungo termine di una celiachia non diagnosticata?
- Qual è l'affidabilità dei test sierologici nei confronti della biopsia intestinale?

Commento

Paragonare i due documenti, almeno per quanto riguarda la forma, ci sembra difficile, tali sono le differenze di impostazione e di metodologia che li caratterizzano. Il lavoro italiano si pone più come un consensus tra esperti del settore che, appa-

rentemente svincolati dagli aspetti di metodo propri delle LG, hanno stilato un breve documento di indirizzo aggiornato e ragionevole per la diagnosi e il follow-up della celiachia. L'autorità del committente (il Ministero della Salute) e l'autorevolezza degli estensori dovrebbero essere, in loro, garanzia della elevata qualità del lavoro svolto. A tutto questo, la LG britannica aggiunge la grande esperienza dello staff tecnico NICE in tema di elaborazione di LG, una meticolosa tracciabilità del percorso valutativo e una costante attenzione agli aspetti metodologici che inducono il lettore ad accordare un alto livello di credibilità al documento.

Dal punto di vista della sostanza, trovare una sintesi tra i due documenti sembra più facile. Entrambi concordano sulla necessità di: 1) implementare strategie che portino a un incremento delle diagnosi di celiachia, 2) utilizzare razionalmente i test sierologici disponibili (TGA in prima battuta, EMA di supporto), 3) riservare la tipizzazione HLA a casi (o gruppi di pazienti) specifici, 4) confermare il ruolo diagnostico della biopsia intestinale (anche se il Gruppo NICE riconosce che questo è un tema oggi dibattuto). C'è invece discordanza sull'utilizzo degli AGA che, consigliati dal documento italiano nel bambino piccolo, vengono ritenuti ormai del tutto superati dal NICE. Sempre parlando di sostanza, non vi è dubbio che la lettura della LG NICE è in grado di fornirne molta ancora. In particolare, crediamo di dover segnalare l'attenzione all'informazione del paziente fin dalle prime fasi dell'iter diagnostico, il rigore nella valutazione dell'impatto economico conseguente all'applicazione della LG e la prudenza nelle affermazioni là dove l'evidenza scientifica si fa meno evidente. ♦

Bibliografia

- [1] Ministero della Salute. Documento di inquadramento per la diagnosi e il monitoraggio della malattia celiaca e relative complicanze. GU 7.2.2008, n. 32, S.O.
- [2] National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) Coeliac disease: recognition and assessment of coeliac disease. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Available from: www.nice.org.uk/CG86.
- [3] Buzzetti R. Linee guida a confronto. Un'analisi critica di due linee guida sull'asma infantile. Quaderni acp 2007;14:26-9.

La scuola secondaria di 2° grado nelle strutture di Pediatria del Policlinico "S. Orsola-Malpighi" di Bologna

Cinzia Macchi

I. I. S. "Scappi"- Docente Coordinatrice del Servizio scolastico secondario di 2° grado presso il Policlinico "S. Orsola-Malpighi" di Bologna

Su Quaderni acp (2007;14:171-72) abbiamo pubblicato un articolo sul come correggere la separazione dal mondo che è insita nel ricovero ospedaliero. Pubblichiamo su questo numero una esperienza molto strutturata: la scuola in ospedale. Ringraziamo A. G. Giulianelli che ci ha stimolato ad affrontare questo problema e che non trascura occasione per sottolineare l'importanza di mantenere, per i bambini e ragazzi ricoverati, legami con la scuola per la straordinaria valenza riabilitativa dello studio.

Abstract

Second grade secondary school in the Policlinico "S. Orsola-Malpighi" in Bologna, Italy

Schools within hospitals are nowadays present from kindergarten to high school. The paper describes these type of schools for adolescents and pre adolescents.

Quaderni acp 2009; 17(1): 23-27

Keywords Hospital school. Hospital admission. Adolescents. Home education

Oggi la scuola all'interno dell'ospedale è rappresentata in ogni suo ordine, dalla materna fino alla scuola superiore. L'articolo illustra le modalità con cui vengono accolti nelle scuole ospedaliere i preadolescenti e gli adolescenti.

Parole chiave Scuola ospedaliera. Ricovero ospedaliero. Adolescenti. Istruzione domiciliare

Introduzione

Nata nel lontano 1939 per accompagnare i bambini delle scuole elementari ricoverati presso il Policlinico "S. Orsola" di Bologna, la scuola all'interno del Padiglione "Gozzadini" è diventata ben presto una presenza consolidata e ben nota ai Medici Pediatri che si sono succeduti nella struttura.

La scuola è stata fortemente potenziata dal Prof. Guido Paolucci negli anni '80 per soddisfare le richieste provenienti dai diversi reparti delle diverse divisioni della medicina specialistica pediatrica, alcune delle quali comportano tempi di ricovero anche molto lunghi. Oggi la scuola all'interno dell'Ospedale è rappresentata in ogni suo ordine, dalla materna fino alla secondaria di 2° grado, cioè quella comunemente definita "scuola superiore".

Da semplice progetto sostenuto dalla volontà di singoli operatori e di istituzioni locali, le sezioni di scuola presso le principali Pediatrie italiane fanno ormai parte dell'organico del Ministero della Pubblica Istruzione. Tutto ciò è stato reso possibile grazie all'ampliamento dell'offerta formativa che ha permesso, nel rispetto del principio dell'autonomia delle scuole, di creare le condizioni per

la tutela del diritto costituzionale all'istruzione di ogni cittadino, in qualsiasi condizione si trovi.

Negli ultimi anni si è assistito anche a un progressivo inserimento scolastico di alunni stranieri, la cui presenza interessa anche la popolazione scolastica ospedaliera.

Pur non disponendo di rilevamenti statistici, si nota che spesso afferiscono alle unità operative specialistiche della Pediatria bolognese bambini e ragazzi figli di genitori stranieri, ma nati in Italia e già inseriti nel percorso di istruzione italiano: la loro presenza è segnale di un normale processo di integrazione delle famiglie straniere nel contesto sociale italiano.

La situazione in Italia

Contrariamente agli indirizzi di scuola primaria e secondaria di 1° grado (scuole elementari e medie) diffusi nella gran parte degli ospedali pediatrici italiani, le scuole secondarie di 2° grado (scuole superiori) sono rappresentate solo in alcune grandi strutture italiane in Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Sicilia, Toscana e Veneto. La Legge n. 440/97 ne ha garantito la copertura finanziaria; i fondi sono ripartiti tra

gli USR (Uffici Scolastici Regionali) in base alle sezioni ospedaliere e alla popolazione scolastica residente in regione (tabella 1).

In Emilia-Romagna

L'Emilia-Romagna vanta una lunga tradizione nella sperimentazione didattica. Ha attivato, prima in Italia, le sezioni ospedaliere di scuola secondaria di 2° grado, che hanno completato così l'offerta formativa rivolta agli studenti in regime di ricoverati. Mentre le scuole in ospedale sono presenti in più province, la scuola secondaria di 2° grado è attiva al momento solo nella provincia di Bologna. Ogni ufficio scolastico ha individuato una scuola "polo" a livello regionale, che ha il compito di coordinare tut-

TABELLA 1: STANZIAMENTO PER LA SCUOLA IN OSPEDALE: 2008

Uffici Scolastici Regionali	Stanz. scuola in euro
Abruzzo	33.846,15
Basilicata	25.384,62
Calabria	31.730,77
Campania	101.538,46
Emilia-Romagna	105.769,23
Friuli Venezia Giulia	12.692,31
Lazio	169.230,77
Liguria	52.884,62
Lombardia	105.769,23
Marche	35.961,54
Molise	12.692,31
Piemonte	88.846,15
Puglia	50.769,23
Sardegna	42.307,69
Sicilia	65.576,92
Toscana	52.884,62
Umbria	27.500,00
Veneto	84.615,38

Per corrispondenza:

Cinzia Macchi

e-mail: cmacchi@inwind.it

TABELLA 2: SCUOLA POLO REGIONALE I.I.S. "B. SCAPPI"

Tipo di scuola	N. sezioni di scuola in ospedale
Scuola dell'infanzia	2
Scuola primaria	9
Scuola secondaria di 1° grado	5
Scuola secondaria di 2° grado	3
Totale	19

te le attività delle sezioni ospedaliere, indipendentemente dall'ordine di scuola di riferimento. Per l'Emilia-Romagna è l'Istituto di Istruzione Superiore (ISS) di Castel San Pietro Terme (BO) che fa capo alle scuole della *tabella 2*.

Nella provincia di Bologna, oltre alle materne, elementari e medie, e scuole secondarie, sono attualmente attive le seguenti sezioni di scuola secondaria di 2° grado: presso gli I.O.R. (Istituti Ortopedici Rizzoli), il Policlinico S. Orsola-Malpighi (PSOM) e la Montecatone Rehabilitation Institute di Imola (BO).

La sezione ospedaliera del S. Orsola è attualmente organizzata sulla base della convenzione firmata nel 2001 e successivamente rinnovata tra l'USR dell'Emilia Romagna, l'USP di Bologna, il Comune di Bologna, la Direzione del Policlinico S. Orsola-Malpighi, l'I.P.S.S.A.R. "Scappi" di Castel San Pietro Terme e l'I.C. 6 di Bologna; il servizio scolastico è garantito in tutti i reparti della Pediatria, in particolare presso Oncoematologia, Neuropsichiatria infantile e Unità Operativa per la cura dei Disturbi del Comportamento alimentare (DCA), Chirurgia, Medicina ed Endocrinologia, compresi i Day Hospital di tali unità operative.

Nell'anno scolastico 2008-09 la scuola ospedaliera del S. Orsola-Malpighi, PSOM, ha contato sull'organico indicato così organizzato (*tabella 3*).

Alla scuola ospedaliera del S. Orsola afferisce mediamente in un anno un numero di studenti ampiamente superiore alle 100 unità. Le degenze più lunghe si registrano nei reparti di Oncoematologia in tutte le fasce d'età pediatrica, mentre un numero maggiore di studenti della fascia di età infantile è presente nell'U-

TABELLA 3: ORGANICO DELLA SCUOLA OSPEDALIERA DEL POLICLINICO S. ORSOLA MALPIGHI

ORDINE DI SCUOLA	NUMERO DI DOCENTI	DISCIPLINE
Materna	1	Maestro unico
Elementare	5	Maestro unico
Secondaria di 1° grado (sc. media)	5	Materie letterarie, matematica e scienze, lingua, inglese, ed. tecnica, artistica e musicale
Secondaria di 2° grado (sc. superiori)	7	Materie letterarie (anche latino e greco), matematica e fisica, lingua inglese, lingua francese, scienze e chimica, diritto ed economia, scienze dell'alimentazione, geografia economica
	Vi si aggiungono, in base alle discipline di indirizzo, Docenti di altri ambiti, reclutati nella rete bolognese delle scuole secondarie di 2° grado)	

nità Operativa di Chirurgia, dove però le degenze sono medio-brevi. L'Unità Operativa dei DCA accoglie in prevalenza ragazze e ragazzi adolescenti, mediamente dai 13 ai 19 anni, con degenze lunghe o lunghissime.

Le provenienze superano spesso i confini regionali. In questi casi la scuola in ospedale diventa strumento di valenza ancora più importante, perché la distanza geografica rende impossibile mantenere la rete delle relazioni tra pari e con gli adulti educatori.

Approccio psicopedagogico e tecnologico

Essere docenti ospedalieri significa non dimenticare mai che il rapporto necessariamente individuale permette una relazione molto più diretta e profonda con lo studente, bambino o adolescente che sia. Lavorare a contatto quotidiano con il disagio e il dolore comporta per il docente la necessità di comprendere che i ritmi di lavoro e i tempi di concentrazione sono spesso altalenanti e imprevedibili; non sempre lo studente-degente è in condizione di "rendere" ciò che vorrebbe. Elemento da non sottovalutare è la costante presenza dei genitori. L'adolescente, ormai abituato alle proprie autonomie nei tempi e nelle azioni, si trova improvvisamente trascinato indietro a una forma di dipendenza che può essere più o meno percepita: si va dalla semplice compagnia di un genitore in orari "non canonici", cioè quando il figlio è abituato a saperli al lavoro, a forme di

totale dipendenza dai genitori, come nel caso delle mielolesioni e dei ricoveri nei reparti di oncologia. Soprattutto in questi ultimi casi il docente diventa punto di riferimento per la famiglia, non solo perché aiuta i genitori per la parte burocratica di contatto con la scuola di origine, ma anche perché, figura "esterna" e nello stesso tempo coinvolta nell'esperienza ospedaliera del proprio figlio, diventa un contatto umano insostituibile nei momenti di dolore e di preoccupazione. Lo scambio di osservazioni e di riflessioni tra i vari stake-holders che ruotano intorno al ragazzo ricoverato si realizza nei periodici incontri di équipe, a cui partecipano rappresentanti dell'area sanitaria specialistica, educatori, psicologi e, in rappresentanza della scuola, i docenti coordinatori dei vari ordini di scuola. Questo è un momento molto importante di confronto: alla scuola serve per "calibrare" i tempi e l'intensità del lavoro scolastico, sulla base delle condizioni cliniche del ragazzo; agli operatori sanitari è utile completamento del quadro complessivo del ragazzo, soprattutto in termini psicologici.

La didattica deve essere tagliata su misura di ognuno dei ragazzi, sia perché ciascuno di loro proviene da un territorio e da un gruppo-classe differente, sia perché le condizioni cliniche e psicologiche del singolo possono interferire non poco con l'organizzazione della lezione. L'uso di metodologie di didattica breve e di tecnologie multimediali contribuisce sicuramente a superare il "gap" dell'as-

senza del lavoro mediato dal gruppo classe, ma per lo studente è importante mantenere un legame con l'esterno, con la realtà e la "normalità" della vita che ha condotto fino al momento del ricovero e con il gruppo dei pari e degli adulti con cui è abituato a confrontarsi. Da qui l'importanza anche dell'uso di strumenti di comunicazione sincrona (come chatlines o classi virtuali attraverso le quali tenere i contatti con la propria scuola, i propri professori e i compagni) o asincrona (posta elettronica e strumenti di condivisione applicativi e reti) che rappresentano un "ponte" verso l'esterno dell'ospedale, verso quello che era il "prima" e si spera torni a essere velocemente il "dopo", contribuendo a fare del periodo del ricovero un momento temporale ben delimitato nella mente del ragazzo.

Patologie e approccio con lo studente

Lo studente adolescente in regime di ricovero non può essere "catalogato" semplicemente come ragazzo ospedalizzato per tempi più o meno lunghi; le diverse patologie, infatti, incidono in modo differente sulla vita futura dell'individuo.

Chirurgia e medicina

Le degenze in chirurgia o medicina sono mediamente brevi e risolutive, per cui l'intervento del docente è sostanzialmente quello di accompagnare lo studente nei giorni di ricovero, proponendo attività didattiche volte al recupero e rinforzo nelle discipline in cui egli/essa si dichiara più debole; in alcuni casi si possono utilizzare le ore di lezione per proporre approfondimenti su temi di interesse suggeriti dallo studente o dallo stesso insegnante.

Queste tipologie di ricovero, normalmente, non modificano in modo sostanziale il rientro dei ragazzi a scuola e nella propria vita quotidiana.

Oncologia e oncoematologia

Il ragazzo ricoverato in oncoematologia, anche se in tenera età, è invece sempre in grado di analizzare la propria condizione di malattia; è cosciente che il proprio organismo è aggredito in modo importante; nel giro di pochi giorni diventa

consapevole dell'invasività delle terapie a cui è sottoposto e ricerca, mano a mano che passa il tempo, contatti e attività che lo tengano legato alla vita "fuori" dell'ospedale. Ecco quindi che la scuola diventa un elemento rivalutato della propria quotidianità: in ospedale, fare lezione significa sentirsi uguali ai propri compagni che frequentano in classe, significa prepararsi mentalmente e positivamente a un rientro nelle abitudini di vita precedenti.

In questo percorso di presa di coscienza della propria malattia i docenti diventano, spesso, confidenti delle ansie e dei timori dei propri studenti, né è infrequente che essi chiedano ai propri insegnanti come vedono la loro situazione: è ovvio che deontologicamente il docente può solo invitare il ragazzo a rivolgersi al proprio medico referente, aiutandolo però a considerare gli aspetti immutati della sua vita (per esempio se il rendimento scolastico in ospedale è buono, questo rappresenta una grande spinta positiva che si manifesta anche in una maggiore forza di reazione e di volontà nell'affrontare la malattia e le terapie); a volte si può prendere spunto da moduli didattici che fanno parte del piano di studio per suggerire percorsi di riflessione, creare spunti di interesse e proporre attività da svolgere "anche" se si è in ospedale. Con il procedere delle terapie, ai ricoveri si sostituiscono i trattamenti in DH (day hospital): qui diventa fondamentale la collaborazione con la scuola dello studente.

In questi casi, infatti, il ragazzo, pur dimesso dall'ospedale, non può rientrare a scuola: si concorda con il suo Consiglio di classe un programma di lavoro per cui, nei giorni in cui è in DH, è seguito dai docenti ospedalieri, mentre quando è a casa il suo Istituto attiva un percorso di ID (Istruzione Domiciliare), sulla base delle vigenti normative nazionali e regionali. Cambia di nuovo il ruolo del docente ospedaliero: in questo contesto è necessario capire quali sono le necessità fondanti per ottimizzare il poco tempo disponibile per le lezioni, tenersi in stretto contatto con il collega che opera a casa e gestire i tempi di scuola intervallandoli con quelli dedicati agli accertamenti diagnostici e alle terapie a cui lo studente è sottoposto in DH.

Disturbi del comportamento alimentare

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) fanno capo all'unità operativa specialistica che opera all'interno della Neuropsichiatria infantile. Si tratta di patologie che richiedono molto spesso tempi lunghi di trattamento in regime di ricovero, cui fanno seguito controlli in DH che proseguono con tempi e modi differenti da caso a caso e che vanno dalla quotidianità al controllo ogni 2-3 mesi.

La maggior parte dei trattamenti riguarda ragazze comprese nella fascia di età che va dai 13 ai 17 anni; negli ultimi anni la patologia si sta manifestando anche in individui di sesso maschile. I DCA sono spesso manifestazione di disagi ben più profondi, che possono riguardare contesti completamente diversi, compreso a volte anche quello scolastico.

La scuola ospedaliera garantisce il servizio sia in reparto che in DH. In reparto l'attività è garantita dalla costante presenza di insegnanti nell'aula loro concessa per le lezioni, con orari antimeridiani dal lunedì al venerdì e pomeridiani e al sabato, su appuntamento. Le lezioni sono costruite in modo strettamente individualizzato, tenendo conto oltre dell'indirizzo e della classe frequentata dallo/a studente ricoverato, anche delle importanti indicazioni che emergono dalle riunioni di équipe che si tengono con cadenza quindicinale. L'approccio, per queste patologie, deve tener conto in modo ancora più sostanziale del loro stato psico-fisico: quando si arriva al ricovero, generalmente il malato è in condizioni di estremo defedamento e spesso deve essere sottoposto ad alimentazione e idratazione mediante sondino naso-gastrico. Introdurre la scuola in un contesto così particolare significa calibrare quotidianamente il carico orario e la complessità dei temi proposti in base alle condizioni del singolo. Le ore di lezione rappresentano un elemento di ordine e di equilibrio nella vita quotidiana di questi studenti che, con l'aiuto del personale sanitario specialistico loro affiancato, affrontano un percorso di riconquista della propria serenità interiore e di ricostruzione delle relazioni con gli altri.

Molto spesso, agli inizi, gli studenti con queste patologie sono sconcertati e anche preoccupati dalla proposta di "fare" scuola proprio in ospedale. Dopo pochi

giorni prevale, nella maggior parte dei casi, il desiderio di condividere con gli altri ragazzi ricoverati il momento della scuola, di rimanere "in pari" con il lavoro scolastico, di costruire una passerella che li sostenga al momento del rientro a casa, anche nell'affrontare l'ingresso nel gruppo-classe, senza sentirsi penalizzati dal lavoro interrotto e perso. Alcune volte le condizioni cliniche sono talmente compromesse che il docente deve adattarsi a tempi di concentrazione e capacità temporaneamente e parzialmente inabilite; questo fa sì che l'analisi pedagogica e didattica dell'insegnante sia estremamente attenta e paziente. Non è infrequente che proprio questa "pazienza" sia interpretata come particolare attenzione all'individuo e che sia la molla che fa scattare il meccanismo della ripresa e della collaborazione da parte dello studente/ssa, prima a livello scolastico e successivamente, con il riappropriarsi di una certa autostima, anche in altri ambiti relazionali. In DH, invece, le lezioni sono su appuntamento, concordate con il medico responsabile del DH, che stabilisce il tempo disponibile per l'attività di studio; se si ha un contatto quotidiano con il DH, le lezioni si svolgono più o meno con le stesse modalità del reparto. Altrimenti se gli appuntamenti presso il DH sono meno regolari, il docente interviene come tutor a supporto dell'attività personale di studio, chiarendo dubbi e rinforzando abilità.

Mielolesioni

Presso l'Hub riabilitativo della provincia di Bologna, il Montecatone Rehabilitation Institute (Imola) di Imola, struttura ospedaliera ad alta specializzazione che si occupa della riabilitazione di pazienti con esiti da lesioni midollari o cerebrolesioni acquisite, è attiva una sezione ospedaliera scolastica che copre per le medie e le superiori tutte le discipline di area comune a ogni indirizzo, cioè di cultura generale.

Nel caso delle lesioni midollari la vita del ragazzo subisce modificazioni che possono perdurare per lunghi mesi o, molto spesso, divenire definitive; egli va pertanto accompagnato nei mesi di ospedalizzazione nel percorso di riprogettazione globale della propria vita, che va dalla conquista delle fondamentali autonomie di base collegate al movimento,

alle azioni di igiene quotidiana e di alimentazione, fino all'acquisizione di abilità volte al mantenimento di abilità comunicative come la lettura e la scrittura autonome; in alcuni casi si tratta di rivedere insieme allo studente, in base alle autonomie residue, anche la scelta del percorso di studi: se, per esempio, il corso di studi prevedeva diverse ore di laboratori e attività manuali, sarà compito del coordinatore e dei docenti ragionare insieme allo studente per individuare la migliore scelta di prosecuzione degli studi.

Con questi studenti, para o tetraplegici, è fondamentale l'uso delle TIC (tecnologie dell'informazione e della comunicazione, cioè uso di strumenti multimediali quali PC, lavagne interattive multimediali ecc. e applicativi dedicati per la comunicazione sincrona e asincrona applicate alla didattica) e la didattica multimediale è fondamentale; Bisogna ricordare che, per prima cosa, lo studente dovrà imparare un nuovo metodo di studio, basato sulla memoria visiva e non su quella della scrittura e della sintesi mediante appunti presi durante la lezione; la sua scrittura sarà il più delle volte mutuata da ausili e da computer; e la lettura dovrà essere ottimizzata in base alla postura.

La documentazione dalla sezione scolastica ospedaliera

Al momento della dimissione, in corrispondenza delle scadenze tri/quadrimestrali, della chiusura dell'anno scolastico o in prossimità di esami conclusivi di un ciclo di studi, le scuole dove gli studenti ricoverati sono iscritti ricevono una documentazione completa dalla sezione scolastica ospedaliera. Per ogni disciplina in cui lo studente è stato seguito viene compilata una scheda con l'indicazione dei moduli didattici affrontati e delle ore e dei giorni di frequenza; la scheda riporta inoltre un giudizio che fa riferimento a precisi indicatori specifici delle scuole di ogni ordine e usati per la valutazione da tutti i consigli di classe, e un voto in decimi. In base alla normativa vigente e alle ultime indicazioni ministeriali viene inviato anche un voto per la "condotta". A questo si aggiunge, quando richiesto dall'équipe medica e/o se le condizioni dello studente dimesso lo rendono neces-

sario, una relazione approfondita di "dimissione accompagnata", redatta dal coordinatore della sezione ospedaliera: in questo documento, più che fare riferimenti di tipo didattico, si forniscono informazioni relative al recupero funzionale, alla necessità di proseguire le terapie a casa nell'impossibilità di frequentare ambienti scolastici condivisi con altri studenti (in questo caso è previsto un percorso di "istruzione domiciliare", attivato dalla scuola a cui lo studente è iscritto), all'eventuale necessità di ausili protesici o al dimensionamento della postazione di studio in classe, a particolari aspetti psicologici e della personalità emersi nei mesi di ricovero ospedaliero. Tali indicazioni servono a guidare i docenti del consiglio di classe nell'accoglienza e nel reinserimento dello studente nella realtà del suo gruppo-classe. Questo aiuta sia il ragazzo che i genitori a evitare la sensazione di "abbandono" conseguente all'uscita da una struttura protetta, frequente al momento della dimissione.

Le indicazioni dei docenti ospedalieri possono essere recepite e fatte proprie dal consiglio di classe e contribuire in modo spesso sostanziale al reperimento di elementi di valutazione congrui, che consentano una valutazione finale in sede di scrutinio. In base alla vigente normativa la certificazione di frequenza ospedaliera sostituisce a tutti gli effetti quella in classe e permette di superare il problema delle assenze, che comportava spesso l'impossibilità di validare l'anno scolastico.

Conclusioni

Da quanto sopra riportato emerge che la professionalità del docente ospedaliero è caratterizzata da un'estrema versatilità, perché, soprattutto nella scuola superiore, deve destreggiarsi attraverso i programmi delle discipline dei diversi indirizzi di istruzione da cui afferiscono i ragazzi degenti. Il docente deve conoscere la normativa sul trattamento dei dati personali e sensibili. Con il supporto del docente coordinatore deve mantenere rapporti di collaborazione con il personale sanitario e con i genitori, spesso presenti nella struttura ospedaliera insieme ai figli. Deve mantenere un atteggiamento sempre positivamente propositivo,

anche nei momenti di maggiore incertezza. Deve relazionarsi con lo studente tenendo sempre ben presente che la condizione di "malattia" può interferire con le normali capacità cognitive, "offuscandole" in modo più o meno importante: la scommessa è quella di ricondurre il ragazzo/a alle capacità operative precedenti il momento del ricovero e, in alcuni casi, anche di potenziarle.

Insegnare in ospedale significa però anche fare i conti con un personale carico di stress emozionale ed emotivo, dato dal quotidiano contatto con il dolore e la sofferenza dei giovani e delle loro famiglie.

È fondamentale, quindi, che il docente impari a mantenere la necessaria serenità e a non lasciarsi travolgere da eventi dolorosi e, *last but not least*, a non trasferire le proprie esperienze lavorative nell'ambito familiare, accollandosi timori e paure per la salute dei propri figli.

Ringraziamenti

La redazione di Quaderni acp ringrazia Anna Grazia Giulianelli che ci ha stimolato ad affrontare il problema della scuola in ospedale e che non trascura alcuna occasione per sottolineare l'importanza di mantenere, per i bambini e ragazzi ricoverati, legami con la scuola per la straordinaria valenza riabilitativa dello studio. ♦

Bibliografia

Andrich R. Tecnologie per l'integrazione scolastica degli allievi con disabilità motorie. Tecnologie didattiche, numero 5. Ed. Menabò, TD, 2004.

Giulianelli AG. La scuola in ospedale a Montecatone. In *Volo* 2004; anno 4, numero 3.

Macchi C. L'attività della sezione di scuola superiore presso il Montecatone Rehabilitation Institute. Docet 2005. Rassegna nell'ambito della fiera del libro di Bologna, 2005.

Macchi C. I nostri studenti molto abili. In *Volo* 2005; anno 5, numero 1, 13.

Ministero dell'Istruzione. Circolare n. 43/2001.

Petrillo G (a cura di). *Psicologia sociale della salute*. Napoli: Liguori Editore, 1996.

Protocollo di intesa tra i Ministeri della Pubblica Istruzione, della Sanità e per la Solidarietà Sociale, 2000.

Quaderni degli Annali dell'Istruzione. Scuola in ospedale. Una formazione di qualità per integrare benessere-apprendimento-salute. Atti e documenti. Le Monnier, 2004.

Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna (a cura di Giuseppe Pedrielli e Cinzia Buscherini). *La scuola in ospedale dell'Emilia-Romagna*. Collana "I quaderni dell'Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna". Quaderno n. 6, 2003. Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna. *Le buone pratiche della flessibilità - Ricerca sullo sviluppo dell'autonomia nella scuola dell'Emilia-Romagna*. Collana "I quaderni dell'Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna". Quaderno n. 7, 2003.

I.P.S.S.A.R. "Scappi". Atti del Corso di formazione nazionale per dirigenti scolastici e docenti della scuola secondaria di II grado con sezioni associate di scuola ospedaliera. Castel S. Pietro Terme (BO), 23, 24, 25 marzo 2009.

Zani B, Cicognani E (a cura di). *Le vie del benessere: eventi di vita e strategie di coping*. Roma: Carocci, 2002.

Links utili

<http://pso.istruzione.it/> - portale della scuola in ospedale.

<http://www.pubblica.istruzione.it/> - sito del Ministero della Pubblica Istruzione.

<http://www.istruzioneer.it/> - Sito dell'Ufficio scolastico regionale dell'emilia romagna.

<http://www.alberghieroscappi.it/> - Sito dell'I.I.S. "Scappi".

GLI ARGONAUTI

Incontro organizzato da Pediatri delle regioni meridionali

Napoli 22-23-24 aprile 2010

Nel 2010 gli Argonauti si spostano a Nord, dal mare dello Stretto a quello della baia di Napoli, con lo stesso spirito che ha guidato tutti noi verso "Itaca".

La scoperta della conoscenza, del sapere, attraverso l'emozione che guida ogni forma di apprendimento.

La formazione fa parte del nostro sapere fare i pediatri, è un *continuum* che guida il nostro fare quotidiano. Non ci si forma certo con un incontro, nemmeno il più illuminante, ma si respira un'aria un po' diversa, si ascolta, si interviene, si mettono da parte alcune cose, altre si mettono via.

Ritrovarsi piacevolmente dopo tanti anni al solito appuntamento non è l'obiettivo dell'incontro ma crediamo ne sia una parte essenziale, una parte del tutto, che è cambiare, imparare, maturare e aprire la mente per continuare a guardare oltre.

Gli argomenti sono tanti, tutti centrati sulle buone pratiche per la promozione della salute del bambino e della sua famiglia, in un contesto, quello del Sud, dove le disuguaglianze sono forti, dove il disagio è maggiore, dove forse fare il pediatra implica qualcosa di più... in questo viaggio per mari belli ma burrascosi partiamo con questa frase di Don Tonino Palmese, che guiderà il nostro percorso:

"È preferibile accendere un fiammifero nella notte anziché limitarsi a maledire l'oscurità".

Vi aspettiamo numerosi a Napoli.

Il direttivo dell'ACP Campania insieme ai Gruppi ACP Sicilia, Basilicata, Calabria, Puglia

info: notizie

Latte contaminato: riconosciuto il danno per la salute

Un giudice di pace di Acireale ha condannato la Nestlé italiana, la Tetra Pack International e la Tetra Pack Hispania a risarcire il danno patrimoniale, ma anche quello 'familiare' subito da una madre che aveva usato per sei mesi latte Nestlé che era risultato alterato per la presenza di tracce di un componente chimico, l'Itx, utilizzato come fotoiniziatore di inchiostri nella fabbricazione di imballaggi, nelle confezioni in Tetrapak. Il giudice ha riconosciuto come "dalla condotta inadempiente posta in essere dalla società convenuta, oltre all'inadempimento, sia configurabile la lesione, o più correttamente, la messa in pericolo dei diritti inviolabili della famiglia e segnatamente del rapporto parentale intercorrente tra l'attrice e il proprio figlio minore, minacciato dai possibili sviluppi negativi della sua salute". "È una sentenza importantissima – afferma Francesco Tanasi, segretario nazionale del Codacons – perché afferma che la commercializzazione del 'prodotto inquinato' comporta una responsabilità di natura contrattuale in quanto si profila non solo una ipotesi di inadempimento contrattuale, ma anche una ipotesi di danno non patrimoniale consistente nella lesione o più correttamente nella messa in pericolo dei diritti inviolabili della famiglia" (Codacons Sicilia).

Patto Unicef - Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

Unicef e Sigo hanno siglato un patto per lavorare insieme su tutto il territorio nazionale in difesa di una nascita sana. Il protocollo d'intesa è stato firmato a Bari durante l'ottantacinquesimo Congresso della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo).

La prima campagna congiunta prevede la promozione dell'allattamento al seno ed è rivolta in parallelo a mamme e medici e vede coinvolta direttamente la rete degli Ospedali Amici dei Bambini. Il tutto attraverso il rispetto del "Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno" dell'Oms/Unicef e le successive risoluzioni dell'Assemblea Mondiale di Sanità e l'inseri-

mento nei curriculum delle Scuole di Specializzazione di Ginecologia e Ostetricia di Corsi di formazione specifici, basati sulle più aggiornate evidenze disponibili e con iniziative di advocacy verso le Istituzioni. I punti toccati dall'accordo riguardano l'intero percorso gravidanza-parto-puerperio, il potenziamento dell'offerta assistenziale, l'umanizzazione dei reparti ostetrici e pediatrici e la lotta alla mortalità materna.

Toh! È stata la SIP!

In un suo comunicato in occasione del congresso nazionale la SIP scrive "... proprio per impulso della SIP è stato rinnovato il Gruppo di lavoro pediatrico dell'AIFA che sta svolgendo un importante lavoro nella direzione di razionalizzare e rendere più sicuro l'uso dei farmaci nei bambini".

Detto fra noi non sapevamo che la esclusione di Giancarlo Biasini, Maurizio Bonati, Carlo Corchia, Pietro Panei e Giacomo Toffol dal Gruppo pediatrico dell'AIFA fosse stato opera della SIP.

Meglio tardi che mai.

Strutture sanitarie nel web

Il Rapporto Oasi 2009 della Bocconi presenta una valutazione dei siti web (340) delle strutture sanitarie pubbliche e private circa la loro capacità di incrementare il grado di empowerment del cittadino. Gli indicatori valutati e i relativi punteggi ottenuti su un valore massimo di 10 sono i seguenti: navigazione scorrevole, utilizzabilità delle informazioni, presenza nel sito di informazioni circa gruppi che possono aiutare il cittadino nei percorsi di salute, possibilità di contatti online con i medici, possibilità di scaricare il proprio fascicolo clinico direttamente dal web o accesso al medesimo da parte del curante, presenza di informazioni circa scelte aziendali come i tempi di attesa e altro, presenza di strumenti di telemedicina, tentativi di personalizzazione del servizio al paziente come webcam nelle Terapie Intensive Neonatali e altro.

Il punteggio complessivo raggiungibile era di 10. Il punteggio medio per l'Italia è su un valore di 1,50 (Nord Ovest 2,20, Nord Est 1,85, Centro 1,07, Sud 0,98, Isole 0,78). Sono al di sopra del punte-

gio medio l'Emilia-Romagna (3,36), seguita da Lombardia (2,99), Trentino (2,80), Valle d'Aosta (2,67), FVG (1,59), Umbria (1,52). Le conclusioni degli autori dell'indagine? Una persistente immaturità delle direzioni strategiche a valutare i bisogni dei cittadini e una persistente attenzione alle proprie necessità organizzative (Il Sole24ORESanità 2009; 40:19).

Antinepotismo piemontese. Funzionerà?

La giunta della regione Piemonte ha approvato un Disegno di Legge secondo il quale non possono prestare servizio nelle strutture delle ASL i dipendenti legati da "vincolo di coniugio, di parentela o di affinità fino al 3° grado con il responsabile della struttura in cui operano".

I Direttori Generali avranno un anno per assegnare ad altra struttura il personale che si trovi in una delle situazioni suddette (Il Sole24ORESanità 2009, 15-21 settembre;16).

I farmaci equivalenti in Italia

Nel 2007 il 41% degli italiani aveva una discreta o buona conoscenza del farmaco generico; nel 2009 di tale conoscenza si è impadronito il 58%. Nel 2007 il 24% chiedeva la sostituzione di un griffato con un equivalente, nel 2009 il 45%. Nel 2007 il 43% dei farmacisti proponeva la sostituzione, nel 2009 il 70% (International Research).

Freno alla pubblicità sui prodotti alimentari da parte della Commissione Europea

Il regolamento della Commissione Europea (CE) n. 1924/2006 vieta le indicazioni sulla salute fornite sui prodotti alimentari, eccetto quelle autorizzate dalla Commissione in conformità del medesimo regolamento e incluse in un elenco di indicazioni consentite. Il regolamento stabilisce che le domande di autorizzazione delle indicazioni sulla salute possono essere presentate dagli operatori del settore alimentare all'autorità nazionale competente di uno Stato membro. L'autorità nazionale competente inoltra le domande valide all'Autorità europea per la

sulla salute

sicurezza alimentare (EFSA). Al ricevimento della domanda l'Autorità è tenuta a informare gli altri Stati membri e la Commissione e a esprimere un parere in merito all'indicazione sulla salute oggetto della domanda. Spetta alla CE prendere una decisione sull'autorizzazione delle indicazioni sulla salute, tenendo conto del parere espresso dall'Autorità. Due esempi: in seguito alla domanda di Soremartec Italia srl è stato richiesto all'Autorità di esprimere un parere in merito all'indicazione sulla salute riguardante gli effetti di Kinder® Cioccolato sulla crescita.

L'indicazione proposta dal richiedente era formulata nel modo seguente: «Kinder® Cioccolato, il cioccolato che aiuta a crescere». In base ai dati presentati l'Autorità ha concluso che non è stato stabilito un rapporto di causa ed effetto tra il consumo di Kinder® Cioccolato e l'effetto indicato; di conseguenza l'indicazione sulla salute non è conforme alle prescrizioni del regolamento e non deve essere autorizzata. In seguito alla domanda di Plada Industriale srl è stato richiesto all'Autorità di esprimere un parere in merito all'indicazione sulla salute riguardante gli effetti degli alimenti di proseguimento contenenti componenti bioattivi sui disturbi intestinali. L'indicazione proposta dal richiedente era formulata nel modo seguente: «Riduce i disturbi intestinali lievi (come coliche, stipsi e sintomi digestivi)». In base ai dati presentati l'Autorità ha concluso che non è stato stabilito un rapporto di causa ed effetto tra il consumo di alimenti di proseguimento contenenti una combinazione fissa di galatto-oligosaccaridi a catena corta, latte acidificato, nucleotidi e beta-palmitato e l'effetto indicato; di conseguenza l'indicazione sulla salute non deve essere autorizzata. La CE ha concesso un periodo transitorio di sei mesi per consentire agli operatori del settore alimentare di adeguarsi alle prescrizioni del presente regolamento. (Regolamento CE N. 1167/2009 CE del 30/11/09)

Fortificare i cibi con acido folico?

Il problema da risolvere prima di decidere la fortificazione generalizzata dei cibi

con acido folico è quello relativo a un possibile eccesso di folico nella popolazione generale. Recenti studi sembrano indicare che un eccesso di folico promuove la progressione di pre-neoplasie già esistenti con due meccanismi: a) Il folato promuove un precursore nucleotidico per le cellule preneoplastiche e ne favorisce la replicazione; b) il folato è un indiretto donatore di metili e può portare "de novo" alla metilazione e alla conseguente inattivazione dei geni soppressori del tumore. Ci sono Paesi che hanno già adottato la fortificazione. In USA e Canada l'incidenza di difetti del tubo neurale è diminuita del 15-50%; in Cile del 40%; ma specialmente in USA l'incidenza era già in declino prima della fortificazione. Consensualmente in USA, Canada, Cile è aumentato il trend di incidenza del tumore coloretale. Poiché il 35% delle persone di oltre 50 anni ha degli adenomi coloretali, si pone un importante problema di salute pubblica. A complicare le cose c'è il fatto che in USA e Canada c'è stata una diminuzione delle morti per cardiovasculopatie, anche se va tenuto conto che vi è stato un declino dei fumatori, una riduzione dell'intake degli acidi grassi *trans* e un più aggressivo trattamento della ipertensione. Un bel puzzle quindi. Il problema è che non è noto il limite superiore di sicurezza del folato ematico e quindi non resta che attenersi alla somministrazione di folati nelle persone a rischio, specialmente nelle donne che pianificano una gravidanza (Lancet 2009;374:959).

Cesareo elettivo e health literacy

Oltre l'80% delle donne che hanno avuto un primo cesareo (TC), ne ha un secondo per la paura di una rottura della cicatrice durante un normale travaglio, anche se, secondo l'*US National Institute of Health* (NIH), per questo rischio mancano evidenze. Inoltre, secondo lo stesso NIH, il TC non dovrebbe essere fatto prima della 39ª settimana per il rischio di problemi respiratori del bambino. In una coorte retrospettiva di 672 donne (Obstet Gynecol 2009;131:1231) con un precedente TC è stata valutata la sorte del bambino dopo la ripetizione di un TC o dopo parto vaginale entro 39,1 settima-

ne. I nati da TC ebbero i peggiori outcome: più ammissioni alle terapie intensive, più ossigenoterapie, più ipoglicemie. Quelli nati da un TC di emergenza ebbero un outcome ancora peggiore. Quello che è strano è che chi sceglie il TC ha un livello di istruzione alto. Paradossalmente in questo caso la Health Literacy gioca a sfavore non solo dell'assistito ma dei suoi figli. Inoltre, la scelta di ricorrere al TC incide sul costo della sanità; infatti una donna che abbia avuto un TC ha il 20% di aumento di *odds* di sviluppare asma e diabete di tipo 1 (Lancet 2009; 374:675).

La salute mentale dei bambini afghani

In una ricerca sui ragazzi afghani di 11-16 anni è stato dimostrato che il 22% ha problemi di comportamento, emozionali e sociali. Sono a maggior rischio le femmine (OR 2,47), chi ha subito 5 o più eventi traumatici (OR 3,07); traumi fisici, avere assistito a violenze, morte o perdita di parenti, vivere in un zona di guerra rappresentano il 64% degli eventi che causano problemi; la forzata migrazione dalla terra di origine influisce per il 34%. In sostanza non sono solo le esperienze "dirette" di combattimenti a danneggiare la salute mentale nelle aree di guerra. Iniziative scolastiche per la tutela della salute mentale sono considerate potenzialmente protettive (Lancet 2009;374: 807-16;comment pg 766).

Paracetamolo e vaccinazioni

Nella Repubblica Ceca è stato condotto un trial paracetamolo vs placebo per "smorzare" gli effetti collaterali delle vaccinazioni. La conclusione è che la febbre oltre i 39,5°C era poco comune in ambedue i gruppi. La febbre oltre i 38°C era significativamente più bassa nel gruppo paracetamolo. La concentrazione anticorpale era più bassa sia dopo la prima dose che dopo il richiamo nel gruppo trattato con paracetamolo. Gli autori concludono che le reazioni indesiderate sono più rare che in passato, probabilmente per le minori concentrazioni degli antigeni, mentre va ulteriormente accertato l'effetto sulla produzione di anticorpi. Nell'attesa, il paracetamolo andrebbe usato con molta parsimonia (Lancet 2009; 374:1339).

Aiutare ad aiutarsi

Il gruppo terapeutico con i genitori, esperienza di sostegno alla genitorialità

Manuela Russo
Pediatra psicoterapeuta, Verona

Abstract

Helping and helping yourself: the therapeutic group with parents as an experience of parenting support

One of the main objectives of every therapeutic or preventive job with parents is the double transformation of mental representations that parents have of both themselves and their children, so that these representations can be modified, whereas they are distorted, through an experience of corrective attachment that happens in the therapeutic relationship both with the therapist and the group of other parents. This paper describes, through clinical material, how in a therapeutic pathway with a group of parents various changes are achieved, as the deconstruction of reality expressed by the parents, the individuation of organized elements of narration and the following re-signification of reality's data. So, both parents and childrens behaviors and actions are revisited and gain a new meaning, in order to allow a re appropriation of emotions and the development of more emphatic relationships.

Quaderni acp 2010; 17(1): 30-32

Key words Parenting support. Therapeutic group. Pre adolescence

Uno dei principali obiettivi di ogni lavoro terapeutico o preventivo con i genitori è il duplice cambiamento sia della rappresentazione che i genitori hanno di sé, sia di quella che hanno del bambino, laddove esse siano distorte, attraverso un'esperienza di attaccamento correttiva che avviene nella relazione terapeutica, sia con il terapeuta che con il gruppo. Il lavoro descrive, attraverso materiale clinico, come in un percorso terapeutico di gruppo di genitori si realizzino alcuni cambiamenti (la decostruzione della realtà raccontata dai genitori, l'individuazione degli elementi organizzatori della narrazione e la successiva ri-significazione dei dati di realtà presentati), per cui i comportamenti e le azioni di genitori e bambini sono rivisitati e acquistano un nuovo significato, permettendo il riappropriarsi delle emozioni sottostanti e lo sviluppo di relazioni più empatiche.

Parole chiave Sostegno alla genitorialità. Gruppo terapeutico. Preadolescenza

*Nasce l'uomo a fatica
Ed è a rischio di morte il nascimento.
Prova pena e tormento
Per prima cosa; e in sul principio stesso
La madre e il genitore
Il prende a consolar dell'esser nato.
Poi che crescendo viene,
L'uno e l'altro il sostiene, e via pur sempre
Con atti e con parole
Studiarsi fargli core,
E consolarlo dell'umano stato:
Altro ufficio più grato
Non si fa da parenti alla lor prole*

G. LEOPARDI.

Canto notturno di un pastore errante dell'Asia

I cambiamenti della famiglia

Da un punto di vista sociale viviamo tempi d'incertezza: il mondo cui apparteniamo è diventato instabile e confuso,

fonte di rischi, dove il rischio stesso è una dimensione costitutiva di ogni sfera di vita personale e affettiva. La crescente centralità dell'individuo, codice normativo su cui si ricostruisce il sociale, ha portato a una pluralizzazione degli stili di vita e dei valori e a un'instabilità delle relazioni familiari.

Dal punto di vista strutturale si assiste a un generale invecchiamento della popolazione, calano le nascite, calano i matrimoni, aumentano le convivenze more uxorio; aumentano separazioni e divorzi; crescono la scolarizzazione e il lavoro femminile e di conseguenza cambiano le scelte procreative.

Da un punto di vista culturale, nella famiglia, si afferma l'autorealizzazione dei soggetti con un iperinvestimento dei figli che spesso comporta una difficoltà o un

rallentamento nel processo di distacco, soprattutto nel passaggio adolescenziale [1].

I genitori alla consultazione

I genitori arrivano alla consultazione con lo psicoterapeuta prevalentemente per i problemi scolastici dei figli, sia sul fronte dell'apprendimento e del rendimento, sia sul fronte dei rapporti con i compagni e delle inevitabili ripercussioni che queste difficoltà possono avere sul sistema familiare.

Le caratteristiche tecniche, le modalità di formazione e il processo di cammino dei gruppi non sono il punto focale del presente lavoro che vuole invece analizzare gli obiettivi dell'esperienza con il gruppo dei genitori e alcuni aspetti legati a essi. Il senso dell'invio che i pediatri devono pensare deve essere non nel bisogno di interpretare, ma in quello di capire cosa sta chiedendo realmente il bambino, per aggiungere significati a certi accaduti e situazioni talora complesse.

Il gruppo terapeutico con i genitori

Uno dei principali obiettivi di ogni lavoro terapeutico o preventivo con i genitori è il duplice cambiamento sia della rappresentazione che i genitori hanno di sé, sia di quella che hanno del bambino, in modo da modificare tali rappresentazioni, laddove esse siano distorte, attraverso un'esperienza d'attaccamento correttiva che avviene nella relazione terapeutica sia con il terapeuta che con il gruppo [2]. Secondo quanto propone Stern ne "La costellazione materna" le opinioni che i genitori hanno dei propri bambini sono costruzioni mentali e non osservazioni oggettive: il terapeuta nel lavoro con i genitori è non solo una guida indispensabile, ma anche un modello d'identificazione e, grazie alla propria disponibilità emotiva empatica, diventa un garante che permette di accogliere e contenere quanto emerge, facendo sviluppare nuove consapevolezza rispetto a risorse

Per corrispondenza:
Manuela Russo
e-mail: manrus@libero.it

esperienze

positive a cui attingere, un maggior senso di benessere e una maggior coesività, svolgendo in tal modo la funzione di oggetti [3-5].

Sentire nel gruppo dei genitori che altri affrontano gli stessi problemi e trovare un luogo dove si parla d'emozioni aiuta, e questo è uno degli aspetti più accoglienti e modificanti del Sé genitoriale; in tal senso, guardare e capire gli eventi da un altro punto di vista si traduce nel sentirsi meno soli e forse nel vivere meno drammaticamente il proprio problema [6].

Nel gruppo terapeutico, dove il terapeuta non agisce solo come esperto, ma diventa facilitatore delle risposte da parte del gruppo, i genitori procedono con la narrazione di quanto avviene tra loro e i figli nell'intervallo di tempo tra una seduta e l'altra; la rilettura che lo psicoterapeuta e il gruppo fanno degli eventi narrati ha più funzioni: fa emergere le attese dei genitori nei confronti dei figlioli in modo da lavorare sulle discrepanze tra il figlio virtuale e quello reale, e quindi permette il passaggio da una relazione di tipo narcisistico, dove l'altro è ancora "me", a una relazione oggettuale dove l'altro è se stesso e non come lo vorrei [7]; fa intravedere l'emozione sottostante al comportamento per riuscire a interpretarla; alleggerisce i sensi di colpa che i genitori hanno per la paura di aver potuto danneggiare irreparabilmente il figlio; permette di accogliere quello che i genitori confidano al terapeuta e rimanda sempre loro un'immagine più positiva di quella che hanno mostrato, sia del figlio che di loro stessi, senza lavorare sugli aspetti patologici o carenziali di una famiglia [8]; evita di porsi, o che altri si pongano, come modello genitoriale o comunque come genitore migliore dell'altro.

Oggi i genitori che incontriamo hanno una grande paura di essere giudicati inadeguati e incapaci di allevare un figlio e hanno semplicemente bisogno di qualcuno che li aiuti e li accompagni in questa nuova fase della vita, adeguando il proprio atteggiamento terapeutico nel modo di volta in volta più costruttivo.

Due casi clinici

Le emozioni

A noi grandi non sempre piace capire e metterci in contatto con le emozioni che i bambini esprimono e che dunque restano lì, inesprese e inesprimibili.

Fabio e le paure

Fabio ha circa 9 anni quando arriva in consultazione. I genitori appaiono fin dai primi incontri estremamente rigidi: hanno già sperimentato altre terapie individuali, senza successo, e l'idea poi del gruppo degli adulti li vede molto scettici. Fabio ha sempre avuto paura, fin da piccolo, del buio, dei ragni, del supermercato, di perdersi, di perdere i genitori; queste paure avevano un andamento a pousées, arrivavano a mo' d'ondata di fiume in piena e poi, dopo aver creato un notevole trambusto familiare, apparentemente si risolvevano, per riesplodere successivamente più invadenti di prima e più resistenti a ogni intervento.

Terapeuta: *"Che cosa fate quando Fabio vi racconta le sue paure?"*.

Mamma: *"Adesso non ce ne parla più! Solamente non vuole uscire, non vuole andare a scuola, non vuole che noi ci allontaniamo. Non posso più uscire di casa. Non si può vivere così, per noi e per la sorella che è una peste, ma un po' ha ragione. Prima di arrivare a questo punto, però, le abbiamo tentate tutte: io gli spiegavo che non bisogna aver paura delle formiche, che sono più piccole di noi e che non possono farci del male... invece suo padre lo prendeva in giro e gli diceva che era un fafone e cose del genere" (...). Ma quando fa così che cosa dovrei dirgli?"* (è lei che adesso ha lo sguardo dilatato dall'ansia!).

In queste situazioni i genitori non vanno lasciati soli: certe volte hanno bisogno di parole come ancora, parole che non appartengono loro, o che non hanno ancora un significato dentro di loro, o di cui non possono prevedere che effetto avranno su chi le riceverà.

Terapeuta: *"Potreste dire che lo capite e che se lui sente una paura così grande deve soffrire proprio tanto"*.

Mamma: *"Ma scusi... se facciamo così è come se dessimo più spazio alla paura e poi magari quella aumenta!"* (spesso si confonde la repressione delle emozioni con il contenimento delle stesse!).

Terapeuta (chiede al padre): *"Mi dica un momento particolare in cui lei si sente a disagio, o mi descriva una situazione di malessere suo"*.

Questo riconoscimento, come gli altri di questo genere, è molto importante in

quanto rappresenta l'abbandono delle proprie proiezioni dal figlio; ed è quella proiezione che il terapeuta e il gruppo accolgono ed elaborano fino a quando il genitore sarà in grado di assumerla nuovamente su di sé.

Ai successivi incontri, la madre di Fabio ammette che, di fronte alla comprensione materna per le sue angosce, il bambino incredulo le ha detto: *"Ma davvero capisci che ho paura?"*. *"La cosa strana - ancora la madre - è che in genere queste litanie sulle paure duravano delle mezz'ore, mentre da quando io ho incominciato a dirgli che lo capivo e che lui doveva stare male in quella condizione, la situazione si risolve più velocemente"*.

Allora Fabio non è più il bambino pauroso che rovina con le sue ansie la vita sua e della sua famiglia, ma un bambino che, se compreso e contenuto, può funzionare. E i genitori finalmente capiscono e riescono a comunicare in modo sereno con il bambino.

Il lavoro con Fabio e con i suoi genitori è durato circa un anno: alla fine il bambino è arrivato ad andare a scuola da solo, con l'ausilio del cellulare, a fare la spesa ai grandi magazzini, a frequentare regolarmente la scuola e gli amici del calcio.

La diversità... la separazione... la separatezza

Nel bambino, ma anche nell'adulto, al centro dell'angoscia (i tic ne sono una manifestazione forte) sta sempre una sensazione di solitudine, che provoca smarrimento, tristezza e anche disperazione.

Enrico e i tic

Enrico arriva in consultazione che ha 9 anni ed è all'inizio della IV elementare. Primogenito di due fratelli, non ha mai presentato problemi, è sempre stato considerato un bambino perfetto che non dava alcuna preoccupazione.

A tre anni di vita arriva il fratellino Daniele, non una nascita normale, ma una grave prematurità che costringe la madre, con tutti i vissuti che una vicenda del genere comporta, ad assentarsi per ben due mesi da casa per accudire il piccolo che farà a lungo temere per la sua sopravvivenza e poi per la sua salute futura.

Ancora al momento della consultazione, quando Daniele ha già sei anni, e sembra

avere ampiamente dimostrato di essere un bambino robusto che non ha riportato sequele dalla vicenda, il padre confida al terapeuta che tutti i passaggi evolutivi di Daniele sono per lui motivo di grande tensione: *“Mi chiedo sempre se ce la farà”*.

Enrico trova nella zia un buon sostituto materno, si adatta o meglio si iperadatta soprattutto ai desideri paterni, si veste come lui, pratica gli sport che vuole papà e non dà mai motivo per una qualsiasi lamentela a suo riguardo. Anche a scuola è bravissimo e ubbidientissimo, ma poco dopo gli otto anni comincia a sviluppare una serie di tic che il padre non riesce a tollerare e per i quali lo sgrida, facendoli rilevare in continuazione. Questo diventa il motivo della consultazione.

Enrico, una volta in terapia di gruppo, peggiora subito e i tic aumentano d'intensità e di numero: la madre ne conta dodici tipi diversi.

Nella fase iniziale del percorso avverto sempre i genitori della possibile regressione dei loro bambini, ma i tempi di risposta alla terapia di Enrico meravigliano i terapeuti che si confrontano periodicamente.

Dopo alcune sedute di gruppo, i genitori di Enrico chiedono una seduta da soli durante la quale emerge che il padre, dopo la seconda gravidanza, si è fatto carico dell'angoscia della moglie, ma questa cosa non si è risolta: da quasi un anno il padre dice che soffre, secondo lui di depressione, che ha già provato ad assumere farmaci e a parlare con il suo medico, nonché al servizio pubblico, ma sono stati tentativi inutili. Nonostante la compromissione in ambito lavorativo e familiare, lui si ostinava a volercela fare da solo e a non ammettere che la sofferenza psichica esiste e che arriva a paralizzarsi.

Allo stesso modo pretendeva che il piccolo Enrico ce la facesse da solo a risolversi i problemi dei tic, proprio perché Enrico era, nella sua rappresentazione mentale, uguale a lui per molti aspetti: così, per un anno intero, si era sopportato questo dolore e questa angoscia perché, se lui non ci riusciva, come poteva pretendere da Enrico che ce la facesse lui?

Si era poi finalmente arreso nei confronti del figlio, su pressione della moglie e della sorella che aveva seguito un percorso analogo e l'aveva portato in tera-

pia, ma con se stesso manteneva questo atteggiamento rigido, per cui doveva uscirne da solo.

Adesso forse c'era un posto dove poter depositare il suo dolore... e il suo segreto.

“Tutto è cominciato con la vicenda di Cogne, quella della mamma e del bambino ucciso... da lì ho avuto paura di poter fare anch'io del male ai miei figli; sempre più spesso questo pensiero mi ossessionava e, per quanto ci lotti quotidianamente, non riesco a risolverlo, e quello che mi preoccupa è che, per il fatto di pensarlo, io possa poi metterlo in pratica!”, confessa al terapeuta, non senza emozione e fatica!

“Forse anche Enrico ha cercato di risolvere i tic da solo per non deluderla, ma si è arreso, vi ha chiesto aiuto e sta facendo la sua strada, adesso anche lei, in modo diverso, sta trovando una sua strada da percorrere”, conclude il terapeuta che, d'accordo con il collega e con la coppia, incomincia a vedere il signore singolarmente per aiutarlo a elaborare le proprie angosce e il dolore che Enrico non fosse uguale a lui, ma anzi diverso e con una personalità da scoprire.

Il padre si è incontrato con il terapeuta per circa nove mesi, rinunciando al gruppo, in quella fase per lui troppo onerosa, sia come difficoltà che come quantità. La madre ha continuato il percorso di gruppo dove ha potuto, di volta in volta, raccontare di questo bambino che cominciava a ribellarsi e a non volere più i pantaloni eleganti come papà, ma qualche jeans, che a scuola non era più il prediletto delle maestre, ma combinava qualche marachella, che aveva più relazioni con i compagni e che finalmente cominciava a rinunciare ai suoi tic.

Il pericolo che corre spesso un genitore è quello di assumere solo su di sé valori positivi e quindi di pretenderli anche dai figli, illudendosi di poter allontanare da sé tutto ciò che viene definito come male e che naturalmente viene proiettato all'esterno.

L'incontro con la propria parte oscura ha un effetto sconcertante, ma anche di disillusione: cade l'immagine di sé come cosa esclusivamente buona e subentra una profonda crisi, ma questo prendere contatto con la consapevolezza che si può detestare e desiderare di ferire anche

ciò che più si ama, come i figli, accresce la propria coscienza e ne amplia gli orizzonti.

Conclusioni

L'orientamento verso un percorso terapeutico di gruppo rispetto a quello individuale, come può emergere nei due casi presentati, nasce dall'idea che il gruppo è una comunità capace di pensiero, di accoglimento ed elaborazione emotiva: le persone che prendono parte a un tale percorso diventano gruppo e, come tali, corresponsabili dell'esperienza di vivere e pensare a quanto succede nel campo comune: più le esperienze di vita dei partecipanti sono differenti e più questo diventa fonte di arricchimento reciproco per i partecipanti e per il conduttore stesso.

Il terapeuta e il percorso di gruppo hanno un ruolo cruciale nel decifrare e decodificare alcuni comportamenti del bambino e il significato profondo di sintomi e segni disfunzionali, soprattutto se complessi e strutturati in modo da affrontarli, senza rimanere bloccati da un'eccessiva ansia.

Alla luce di quanto descritto, le motivazioni di un invio da parte del pediatra ai colleghi terapeuti per l'inizio di un duplice percorso di gruppo sono: nei confronti del bambino, riconoscere e dare dignità alla sua sofferenza psichica, prima che questa si trasformi in sofferenza fisica o che si incisti pronta a riesplodere in adolescenza; nei confronti dei genitori, fornire il necessario aiuto per incontrarsi mentalmente con un figlio reale e non virtuale. ♦

Bibliografia

- [1] Piccinno M. La comunicazione educativa nella famiglia. Roma; Armando, 2004.
- [2] Shaver P, Main M (a cura di). Attachment theory. In: Cassidy J. Handbook of Attachment. New York: Guilford, 1999.
- [3] Stern D. La costellazione materna. Torino: Bollati Boringhieri, 1998.
- [4] Bowlby J. Una base sicura. Milano: Cortina, 1989.
- [5] Wolf E. La cura del sé. Roma: Astrolabio, 1993.
- [6] Brazelton T, Koslowski B, Main M. The origins of the reciprocity. In: Lewis M, Rosenblum L (a cura di). The effect of the infant in its caregiver. New York: Wiley, 1974.
- [7] Winnicot DW (1965b). Sviluppo affettivo e ambiente. Roma: Armando, 1970.
- [8] Winnicot DW (1984). Il bambino deprivato. Milano: Cortina, 1986.

Policlorobifenili, pesticidi e neoplasie

Angela Biolchini, Giusi De Gaspari, Aurelio Nova, Letizia Rabbone (a cura di)
Gruppo PUMP dell'ACP

Parole chiave PCB. Pesticidi. Leucemia. Tumori cerebrali

Esposizione domestica a policlorobifenili e pesticidi e leucemia infantile

L'incidenza di leucemie infantili nei Paesi industrializzati è aumentata significativamente dal 1975 al 2004 con ragioni sconosciute. Gli insetticidi organoclorati (diclorodifeniltricloroetano - DDT, clordano) e i policlorobifenili (PCB) sono stati i più comuni contaminanti ambientali dal dopoguerra fino agli anni '80 quando sono stati tolti dal commercio a causa del loro uso indiscriminato, della persistenza nell'ambiente e della contaminazione attraverso la catena alimentare. Fonti di PCB nelle case sono vernici, lucidanti, sigillanti, vecchi impianti di illuminazione. La concentrazione dei contaminanti nei liquidi organici e negli alimenti è andata progressivamente diminuendo ma persiste nei tappeti protetti dalla degradazione dalla luce, umidità e microrganismi. L'ingestione o l'inalazione di polvere è un'importante modalità di esposizione per il bambino piccolo che passa la maggior parte del suo tempo in casa, spesso sul pavimento, portando spesso le mani alla bocca.

Studi epidemiologici hanno correlato l'esposizione indoor e parentale ai pesticidi al rischio di leucemia infantile e linfomi non-Hodgking ma senza una chiara identificazione.

Uno studio caso-controllo effettuato in California nel periodo 2001-2006 ha analizzato l'ipotesi che i composti organoclorati persistenti possano aumentare il rischio di leucemia infantile [1]. Sono stati studiati 184 casi di leucemia linfoblastica infantile (LLA) di età 0-7 anni e 212 controlli. È stata indagata la storia abitativa e lavorativa dei genitori e sono state ottenute informazioni dettagliate sull'utilizzo di pesticidi in casa o in giardino e sull'ubicazione della casa. Sono stati analizzati campioni di polvere raccolti dai tappeti della camera dei bambini malati e dei controlli (considerata come indicatore della presenza di organoclorati nell'ambiente domestico e analiz-

zate le microparticelle inferiori a 150 micron, dosando sei tipi diversi di PCB e tra gli organoclorati il diclorodifeniltricloroetano (DDT), clorodifenildicloroetilene (DDE), metoxicloro e pentaclorofenolo. Dai risultati è emerso che la presenza di qualsiasi sottotipo di PCB nella polvere determinava un rischio due volte maggiore di sviluppare LLA (OR 1,7; IC 95% 1,22-3,17). Per alcuni sottotipi di PCB il rischio aumenta di 3 volte. L'aumento del rischio è statisticamente significativo ($p=0,017$), e maggiormente significativo per alcuni sottotipi.

Non è stata osservata invece una relazione statisticamente rilevante tra il rischio di sviluppare LLA e la presenza di DDT, DDE, metoxicloro e pentaclorofenolo.

Questo è il primo studio che pone in relazione la presenza di PCB e la leucemia linfoblastica acuta del bambino. Si è osservato un aumento del rischio con l'aumento della concentrazione dei PCB nella polvere del tappeto della camera dove il bambino ha trascorso la maggior parte del tempo prima della diagnosi e un rischio maggiore con alcuni sottotipi di PCB.

I risultati di questo studio suggeriscono che i PCB, noti come potenziali carcinogeni nell'uomo e causa di alterazione del sistema immunitario, possano rappresentare un fattore di rischio finora misconosciuto di leucemia infantile.

Esposizione parentale ai pesticidi e tumori cerebrali infantili

Il tumore al cervello è il secondo per frequenza tra i tumori nell'infanzia. Al contrario di altri fattori eziologici (genetici, radiazioni ionizzanti) già ben documentati in letteratura, il possibile ruolo eziopatogenetico dell'esposizione residenziale e lavorativa dei genitori ai pesticidi non è ancora ben chiarito. Uno studio americano ha analizzato 421 coppie di casi/controllo (delle 526 selezionate) di tumori cerebrali primitivi diagnosticati tra il 1993 e il 1997 in ragazzi sotto i 10 anni residenti nei quattro Stati della Costa Atlantica USA (Florida, New Jersey, New York e Pennsylvania) [2].

Tramite questionario telefonico, oltre ai dati anagrafici, sono stati rilevati la scolarità, l'età dei genitori alla nascita del figlio e, nei due anni precedenti, la loro attività lavorativa e l'esposizione cutanea ai pesticidi per la cura domestica di giardini e prati.

I tumori cerebrali più frequenti, astrocitoma e i primitivi neuroectodermici (PNET), si presentavano nella maggior parte in bianchi, maschi e nati tra il 1988 e il 1992, con madri generalmente più giovani e più scolari; l'esposizione parentale ai pesticidi sul lavoro è risultata molto meno frequente rispetto a quella per uso domestico.

Dei quattro tipi di pesticidi valutati (insetticidi, erbicidi, fungicidi agricoli e disinfettanti/germicidi) è stato riscontrato un significativo rischio di astrocitoma associato all'uso residenziale di erbicidi (OR 1,9; IC 95% 1,2-3,0), indipendentemente da quale genitore ne avesse fatto uso; tale rischio rimaneva egualmente elevato per l'esposizione combinata casa-lavoro a tali pesticidi e si riduceva di più di quattro volte se il padre faceva uso di grembiuli protettivi durante l'applicazione o si lavava subito dopo.

I risultati di questo studio, discordanti dalle conclusioni di ricerche precedenti che hanno descritto una più forte associazione dell'esposizione ai pesticidi con il PNET, devono essere ulteriormente confermati con approcci multidisciplinari (biomarkers di esposizione e di effetti sull'organismo, interazione gene-ambiente). ♦

Bibliografia

- [1] Ward MH, Colt JS, Metayer C et al. Residential Exposure to Polychlorinated Biphenyls and Organochlorine Pesticides and Risk of Childhood Leucemia. *Environmental Health Perspectives* 2009; 117:1007-13.
[2] Shim YK, Mlynarek SP, Van Wijngaarden E. Parental Exposure to Pesticides and Childhood Brain Cancer. U.S. Atlantic Coast Childhood Brain Cancer Study. *Environmental Health Perspectives* 2009; 117:1002-6.

Per corrispondenza:
Gruppo PUMP ACP
e-mail: giacomo@giacomotoffol.191.it

H1N1/2009: ulteriore aggiornamento

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave H1N1. Letalità. Mortalità. Oseltamivir

Andamento generale

L'OMS ci informa (a fine dicembre 2009) che il picco epidemico è superato e l'ondata è in calo in quasi tutto il mondo, tranne che nei territori dove il virus H1N1/2009 è arrivato più tardi: nel Sud-Est europeo e nel Centro e Sud asiatico. Il numero dei decessi attribuiti al virus, al 18 dicembre, sono 10.582 a livello mondiale, 1570 in Europa e 163 in Italia (il tasso di letalità stimato dal nostro Ministero è dello 0,0043%, contro lo 0,2% dell'influenza stagionale).

In Africa i morti risultano 106. Il bilancio complessivo attuale non è quindi così drammatico come si temeva. Soprattutto per i bambini, tra i quali l'incidenza di malattia continua a essere elevata, ma la gravità e la letalità sono risultate minori che in altre età. Dai 65 anni in su si osserva invece il fenomeno opposto: l'incidenza è minore ma la gravità maggiore [1-2]. Anche i nostri dati nazionali confermano questo fenomeno.

Nelle varie aree del mondo la diffusione del virus è avvenuta in tempi e modi diversi, provocando a volte – come in Australia – un'unica ondata, oppure due ondate consecutive come negli USA, nel Regno Unito e in Italia. Ciò rispecchia l'analisi delle pandemie a partire dal 1510, fatta dai virologi evolucionisti Moreus e Taubenberger, che mostra grande incostanza nella comparsa di ondate successive, della loro tempistica e della maggiore o minore gravità rispetto alle precedenti [3].

È quindi impossibile fare previsioni. Non solo il comportamento dei virus influenzali è imprevedibile ma evidentemente esistono altri fattori, che non conosciamo, che interagiscono con l'andamento dell'epidemia.

A questo proposito sono interessanti gli articoli pubblicati dal *BMJ* sotto Natale, presi dagli archivi storici della rivista, che ci fanno guardare la pandemia del 1918 con gli occhi di chi l'ha osservata direttamente e sollevano una serie di quesiti tuttora irrisolti sulle cause e sulle dinamiche di quello che accadde allora e che accade oggi.

Per corrispondenza:

Luisella Grandori

e-mail: luisegra@tin.it

Limiti metodologici

Alcuni studi recenti descrivono i limiti metodologici nel calcolo dei tassi di letalità, ricovero ospedaliero e in terapia intensiva, collegati soprattutto all'incertezza del denominatore (il totale dei casi di malattia) che potrebbe determinare una sovrastima del fenomeno per la difficoltà a quantificare i casi lievi e asintomatici [1-2]. Così come il numeratore può risentire di errate attribuzioni al virus H1N1/2009 o viceversa della perdita di casi che sfuggono alla diagnosi o alla segnalazione. Prosegue inoltre disturbato "l'errore di identità" dei virus influenzali confusi con gli altri microrganismi circolanti [4]. Basta guardare le statistiche correnti che monitorano le sindromi influenzali assimilandole automaticamente all'influenza.

Il virus

Il nuovo virus influenzale ha mantenuto per ora un basso profilo di aggressività, nonostante segnalazioni sporadiche di mutazioni, in qualche caso indotte dagli antivirali. Se per qualunque motivo il virus dovesse mutare diventando più pericoloso, non si dispone di studi che provino che i vaccini attuali siano in grado di difenderci. Sono già pochi i dati che riguardano la sua efficacia sul virus così come è ora. Sarebbe inoltre auspicabile un monitoraggio accurato degli effetti dell'uso su larga scala sia degli antivirali che del vaccino, sull'emergere di ceppi virali più aggressivi.

Gli antivirali

Proseguono le segnalazioni aneddotiche sull'efficacia degli antivirali nelle forme severe di influenza da H1N1/2009 purché assunti precocemente (entro le 48 ore) ma, mancando un gruppo di controllo, è impossibile arrivare a conclusioni certe.

Nel frattempo non risulta che siano stati intrapresi gli RCT richiesti con urgenza nell'ottobre 2009 da alcuni ricercatori per verificare la sicurezza dell'oseltamivir (*Tamiflu*) nei bambini e negli adolescenti [5]. I risultati attualmente disponibili sono contraddittori ma sollevano dubbi di possibili reazioni importanti, e i dati della sorveglianza post-marketing non permettono una valutazione adeguata.

Vaccini e vaccinazione

In novembre sono stati pubblicati dal National Institute of Health degli USA ulteriori risultati sui vaccini pandemici

nei bambini (6 mesi-17 anni), che mostrano buone risposte anticorpali dopo la seconda dose. Si tratta però di vaccini non adiuvati, diversi da quello in uso in Italia e poi, mancando il braccio di controllo, è impossibile capire se gli anticorpi siano evocati dal vaccino o dall'esposizione naturale al virus.

Dal registro H1N1 del GiVITI (Gruppo italiano per la valutazione degli interventi in terapia intensiva) risulta che 4 dei 122 ricoverati in terapia intensiva erano stati vaccinati contro l'H1N1. Un dato che andrebbe approfondito e monitorato più ampiamente. Tutti i sistemi di sorveglianza delle reazioni avverse, internazionali e nazionali, hanno valutato che i sintomi osservati finora dopo la vaccinazione pandemica non diano motivi di allarme. Si tratta però di una sorveglianza passiva che potrebbe sottostimare il fenomeno e alcuni eventi gravi (per esempio reazioni neurologiche, aborti) richiederanno approfondimenti non facili. Sarebbe stato preferibile avviare una sorveglianza attiva e meglio ancora intraprendere studi caso-controllo (con placebo ai controlli) sui nuovi vaccini. Rimane poi irrisolto il problema del monitoraggio delle reazioni a medio-lungo termine per verificare gli effetti dell'adiuvante.

I dati nazionali sulle coperture vaccinali contro l'H1N1 mostrano, al 13 dicembre 2009, una modestissima adesione alla vaccinazione: 9% di tutti gli eleggibili, 15% del personale sanitario e socio-sanitario, 10% delle persone con condizioni di rischio. Dei 24.000.000 di dosi acquistate dal Ministero, ne sono state utilizzate 749.000. Un fallimento della campagna vaccinale e un investimento di denaro pubblico, sul quale le istituzioni e la comunità scientifica dovrebbero riflettere. ♦

Bibliografia

- [1] Presanis AM, De Angelis D. The Severity of Pandemic H1N1 Influenza in the United States, from April to July 2009: A Bayesian Analysis. *PLoS Med* 6(12): e1000207. doi:10.1371/journal.pmed.1000207
- [2] Donaldson LJ, Rutter PD, Ellis BM, et al. Mortality from pandemic A/H1N1 2009 influenza in England: public health surveillance study. *BMJ* 2009;339:b5213.
- [3] Moreus DM, Taubenberger JK. Understanding Influenza Backward. *JAMA* 2009;302:679-80.
- [4] Jefferson T. Mistaken identity: seasonal influenza versus influenza-like illness. *BMJ, Clinical Evidence*, October 5th, 2009.
- [5] Jefferson T, Jones M, Doshi P, et al. Possible harms of oseltamivir-a call for urgent action. *Lancet* 2009;374:1312-3.

Psicofarmaci in allattamento: per un terzo dei medicinali non ci sono evidenze

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

Parole chiave Allattamento. Aripiprazolo. EMEA. Paracetamolo. Psicofarmaci

Psicofarmaci e allattamento: le evidenze sono ancora insufficienti

Solo per i due terzi degli psicofarmaci attualmente in commercio è stata valutata la sicurezza di impiego durante l'allattamento al seno.

È quanto emerge da una revisione sistematica della letteratura che ha analizzato 183 studi relativi a 62 psicofarmaci dei 96 disponibili in commercio in Italia (65%).

Considerando come sicuro un farmaco che comporta l'assunzione da parte del lattante di una dose inferiore al 10% di quella materna senza che compaia alcun effetto avverso, l'analisi ha evidenziato che solo 19 farmaci (31%) possono essere considerati compatibili con l'allattamento al seno; 28 farmaci dovrebbero essere utilizzati con cautela, per la mancanza di dati sufficienti per valutare la sicurezza di impiego, mentre 15 sono controindicati. Tra gli antidepressivi, gli psicofarmaci di più frequente impiego nel post-partum, sertralina e paroxetina sono quelli per cui sono disponibili i maggiori dati a supporto della sicurezza di impiego, al contrario fluoxetina, citalopram ed escitalopram sono controindicati. Cautela è, invece, necessaria per quanto riguarda le benzodiazepine, a causa del possibile accumulo nel plasma del lattante.

Fortinguerra F, et al. Psychotropic Drug Use During Breastfeeding: A Review of the Evidence. *Pediatrics* 2009;124:e547-e556.

Il paracetamolo come profilassi dopo la vaccinazione può ridurre la risposta immunitaria

La somministrazione di paracetamolo come profilassi antipiretica dopo la vaccinazione può influire sulla risposta immunitaria. È quanto emerge da uno studio randomizzato in aperto condotto in Repubblica Ceca, su un campione di 459 bambini a cui era stata somministrata la prima dose di vaccino antipneumococco esavalente, e di antirotavirus a 3-5 mesi di età, e il richiamo successivo di

antipneumococco esavalente all'età di 12-15 mesi.

L'efficacia antipiretica e l'effetto sulla risposta immunitaria sono stati valutati nei bambini che avevano ricevuto la profilassi con paracetamolo (3 somministrazioni per via rettale ogni 6-8 ore nelle prime 24 ore dopo la vaccinazione) e nei bambini che non avevano ricevuto la profilassi.

La percentuale di bambini con temperatura $\geq 38^\circ\text{C}$ (endpoint primario dello studio) era significativamente più bassa nel gruppo trattato con paracetamolo (42% dopo il primo vaccino e 36% dopo il richiamo) rispetto al gruppo in cui non era stata fatta profilassi (66% dopo il primo vaccino e 58% dopo il richiamo). In entrambi i gruppi, però, la percentuale di bambini con temperatura corporea $\geq 39,5^\circ\text{C}$ era simile ($\approx 1\%$).

I titoli anticorpali (concentrazione geografica media degli anticorpi) sono risultati significativamente più bassi nel gruppo trattato con paracetamolo rispetto a quello non trattato, sia dopo la prima somministrazione che dopo la dose di richiamo. La rilevanza clinica di questo effetto non è nota e richiede ulteriori valutazioni. L'uso routinario del paracetamolo come profilassi antifebbrile dopo vaccinazione sarebbe però da sconsigliare.

Prymula R, et al. Effect of prophylactic paracetamol administration at time of vaccination on febrile reactions and antibody responses in children: two open-label, randomised controlled trials. *Lancet* 2009;374:1339-50.

Nuove indicazioni pediatriche per l'aripiprazolo

L'aripiprazolo, un antipsicotico di seconda generazione, è stato approvato dall'EMA per il trattamento della schizofrenia negli adolescenti di età maggiore di 14 anni.

La nuova indicazione si basa sui dati di uno studio randomizzato controllato verso placebo della durata di 6 settimane che ha coinvolto 302 adolescenti di età 13-17 anni. La dose raccomandata è di 10 mg somministrata una volta al giorno. Il trattamento dovrà essere iniziato con la dose di 2 mg per 2 giorni, da aumentare a 5 mg per ulteriori 2 giorni, fino a raggiungere la dose giornaliera raccomandata di 10 mg.

Negli Stati Uniti, l'aripiprazolo ha come indicazione pediatrica il trattamento del-

la schizofrenia negli adolescenti di età ≥ 13 anni e il trattamento del disturbo bipolare nei bambini e adolescenti a partire dai 10 anni.

<http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/abilify/emea-combined-h471it.pdf>.

L'Agenzia Europea dei Medicinali passerà sotto il Direttorato della Salute

Il presidente della Commissione Europea José Manuel Barroso, ha annunciato che una delle iniziative prioritarie che verranno intraprese dalla nuova Commissione all'inizio del 2010 sarà il trasferimento delle competenze in materia di medicinali e dispositivi medici dal Direttorato Generale delle Imprese (DG-E: Directorate General-Enterprise) a quello delle Politiche della Salute e del Consumatore (DG-SANCO: Health and Consumer Policy). Questa notizia è stata ben accolta dalle associazioni, come l'*International Society of Drug Bulletins* (ISDB) e il *Medicines in Europe Forum* (MiEF) che da anni si battono affinché l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) venga sottratta all'influenza delle imprese farmaceutiche.

I medicinali non possono essere considerati normali prodotti di consumo. Il settore farmaceutico è unico e perciò ha bisogno di essere attentamente regolamentato.

Il *pharmaceutical package*, insieme di tre proposte legislative coesive adottate dalla Commissione Europea nel dicembre 2008, aveva già evidenziato l'approccio sbilanciato intrapreso dal Direttorato Generale delle Imprese, in quanto favoriva gli interessi economici delle ditte farmaceutiche a discapito degli interessi di salute pubblica generale.

La nuova iniziativa della Commissione Europea si propone l'obiettivo ambizioso di far sì che le politiche europee in materia di medicinali siano considerate dal punto di vista della salute pubblica, piuttosto che dal punto di vista del profitto e della competitività, allo scopo di garantire la salute e la sicurezza dei cittadini europei.

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/09/1837&format=HTML&aged=0&language=IT&guiLanguage=en>
http://www.isdbweb.org/pag/documents/200910_LetterBarrosoDGE_Final.pdf ♦

Per corrispondenza:
Antonio Clavenna
e-mail: clavenna@marionegri.it

10 Stories the world should hear more about



La crisi globale di cibo: nella spirale della crisi economica aumentano gli affamati

Rubrica a cura di Stefania Manetti

«È terminato il Vertice Mondiale della FAO (16-18 novembre, 2009) e il Direttore Generale Jacques Diouf ha detto che il vertice ha rappresentato "un importante passo avanti verso il raggiungimento del nostro comune obiettivo: un mondo libero dalla fame". Ma ha poi con suo rammarico aggiunto che la Dichiarazione ufficiale adottata all'unanimità "non contiene obiettivi misurabili né termini specifici entro cui essere realizzati ...". La FAO ha spostato la data per la totale eliminazione della fame al 2025».

Chi paga il costo della fame? Mentre i prezzi aumentano, molti di noi possono rinunciare alla carne una o due volte a settimana, o a mangiare un dolce, ma per chi vive con meno di un dollaro al giorno la scelta è molto più difficile. La vertiginosa crescita dei prezzi ha sollevato proteste in più di 40 nazioni e occupato le pagine dei giornali nella prima metà del 2008. Poi la crisi economica globale ha sovrastato la crisi di cibo, ma proprio per questo l'accesso al cibo per le persone povere è nettamente peggiorato.

La storia

La sicurezza dell'approvvigionamento di cibo in molti Paesi in via di sviluppo si è drasticamente ridotta come conseguenza della crisi economica globale, dei prezzi altalenanti e del drammatico declino degli investimenti agricoli negli ultimi trent'anni. Mentre i prezzi del cibo a livello internazionale sono scesi rispetto ai picchi raggiunti nel 2008, in molte nazioni in via di sviluppo questo decremento non si è verificato. La FAO stima che attualmente un bilione di persone, pari a 1/6 della popolazione mondiale, va a letto affamato, senza un congruo numero di calorie per poter condurre una vita sana. "Un pericoloso mix di rallentamento economico globale, con un testardo mantenimento di prezzi elevati in molte nazioni, ha portato circa 100 milioni di persone nell'ultimo anno verso la fame cronica e la povertà", parole del direttore della FAO Jacques Diouf. In base all'attuale trend gli obiettivi internazionali di ridurre la povertà e la fame del 50% entro il 2015 appaiono fuori portata. La FAO richiama a uno sforzo internazionale per eradicare la fame, avvisando che la "silente crisi di fame" è una grave minaccia alla pace e alla sicurezza mondiale. Con più di 9 bilioni di bocche da sfamare entro il 2050 diventano ancora più cruciali e inderogabili i miglioramenti della pro-

duzione agricola e un aumento degli approvvigionamenti al cibo nelle nazioni in via di sviluppo. Ma la crisi economica ha fatto apparire ancora più difficili gli sforzi necessari per implementare gli investimenti in agricoltura. Già oggi le percentuali destinate agli ODA, fondi per l'assistenza per l'agricoltura, sono scese dal 17% nel 1980 al 3,8% nel 2006. Il 75% delle persone più povere vive in aree rurali e dipende dall'agricoltura. Per aumentare la produzione i piccoli contadini devono avere accesso a credito, ai semi, ai fertilizzanti e al diritto di possesso delle terre. La FAO stima che le nazioni maggiormente colpite dalla crisi di cibo, per lo più africane, avranno bisogno di almeno 30 miliardi di dollari ogni anno per assicurarsi cibo e per rivitalizzare i sistemi agricoli per lungo tempo abbandonati. Il segretario generale dell'ONU Ban Ki-moon ha richiamato la comunità internazionale a trattare con urgenza il problema sia attraverso misure urgenti a corto raggio per rispondere ai bisogni critici sia attraverso investimenti a lungo raggio per promuovere la produzione di cibo e lo sviluppo agricolo.

Il Contesto

La FAO oggi stima che più di un bilione di persone nel mondo soffre la fame e la malnutrizione rispetto agli 825 milioni nel 1996. Nel 2007/2008 i prezzi internazionali del grano raddoppiarono in pochi mesi in risposta a un restringimento dei rifornimenti mondiali e a una forte richiesta, così come il prezzo del riso e del mais. Questo incremento dei prezzi fu in parte dovuto alla domanda crescente della produzione di bio-combustibile. Attualmente la FAO è coinvolta in più di 90 nazioni nel sostegno alla produzione di alimenti attraverso l'approvvigionamento di semi migliorati, di fertilizzanti, di assistenza tecnica e di altri input in ambito agricolo.

Circa 7 milioni di piccoli contadini e i loro 35 milioni di dipendenti beneficiano di questo sostegno. Questa situazione ha fatto crescere a dismisura i prezzi del pane e di altri alimenti di base nelle nazioni in via di sviluppo, colpendo in questo modo i più poveri e provocando forti instabilità sociali. Dopo il declino dei prezzi di esportazione dei cereali per la crisi finanziaria i prezzi del cibo essenziale nella prima metà del 2009 sono rimasti comunque del 20% più alti di due anni fa, anche se aggiustati in base all'inflazione.

Nel giugno 2008 legislatori e politici di 181 nazioni si sono riuniti a Roma per la Conferenza sulla Sicurezza Mondiale del cibo, richiamando la comunità internazionale a incrementare l'assistenza verso le nazioni più povere del mondo. La FAO pone il costo economico della fame, in termini sia di risorse necessarie per misurarsi con i suoi effetti sia di valore di produttività e perdita economica, a diverse centinaia di bilioni di dollari all'anno. Sotto questo aspetto la spesa pubblica per ridurre la fame è un investimento con elevati ritorni, enormi benefici potenziali, ma non sufficientemente riconosciuto sia dai governi delle nazioni in via di sviluppo che dalle nazioni sviluppate. ♦

Per ulteriori informazioni

Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO): Erwin Northoff, Media Relations FAO Rome, Italy. Tel: +39 06 5705 3105. **World Food Programme (WFP):** Greg Barrow, Global Media Coordinator WFP Rome, Italy. Tel: +39 06 6513 2330. **Links sul WEB: Secretary-General's Task Force on the Global Food Crisis:** <http://www.un.org/issues/food/taskforce/>. **Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO):** http://www.fao.org/worldfoodsituation/wfs-home/en/?no_cache=1

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

tenstories

Cosmonauta, ma sulla terra. Un film di Susanna Nicchiarelli

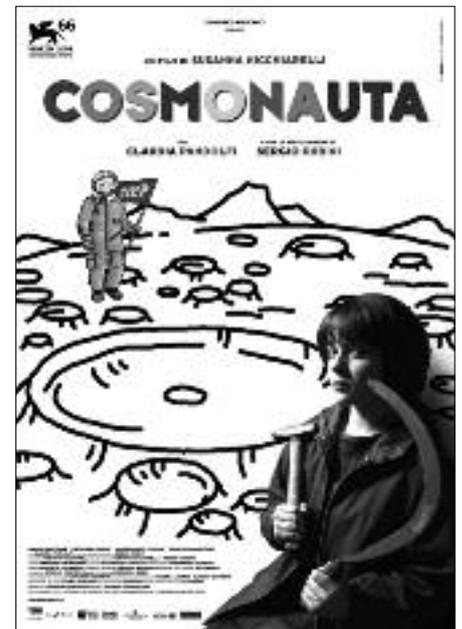
Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

Fine anni Cinquanta e inizio anni Sessanta: gli anni della guerra fredda e di una gara senza precedenti tra USA e URSS per contendersi il primato nello spazio. In Italia si combattevano altre battaglie che mettevano in crisi gli adulti ed entusiasmarono i giovani. Su tutte, l'adesione a ideologie politiche: Democrazia Cristiana, Partito Comunista, o Partito Socialista; centro, o sinistra; pro, o contro il comunismo; nelle sezioni dei partiti davanti alla TV in bianco e nero, o sul terrazzo di casa a guardare le stelle? Altri tempi che l'accelerazione della tecnologia ha reso più lontani dei reali 50/60 anni trascorsi. Tempi riesumati con sottile ironia in *Cosmonauta*, una "favola senza tempo" che a Venezia ha avuto i suoi estimatori non solo tra coloro che quella stagione l'hanno vissuta, ma anche tra i giovani i quali, probabilmente, si sono interessati più alle vicende affettive dei personaggi loro coetanei che alle rievocazioni storico-politiche. "L'epoca nella quale è ambientato il film – dice la regista – è un'epoca finita, dimenticata: le passioni politiche che l'animavano sono svanite, sono scomparse i luoghi in cui queste passioni venivano vissute e condivise, è addirittura scomparsa una delle due nazioni che si contendeva con gli Stati Uniti il primato mondiale; parlare di "corsa allo spazio" oramai non significa più nulla, e la gente ha cominciato anche a dimenticare i nomi di quei primi cosmonauti che allora si credeva avrebbero lasciato una traccia indelebile per le generazioni future". È in questa epoca così vicina e così lontana che facciamo conoscenza di una bambina di 9 anni (Luciana) che contesta la sua prima comunione – "il più bel giorno della vita" per le sue amichette – scappando via dalla chiesa con l'abito di cerimonia addosso e andandosi a rinchiudere nel bagno di casa. Alla mamma vedova, che la implora di aprire la porta e di ritornare da dove è fuggita, risponde: "Io lì non ci torno perché sono

comunista!". Fatta la conoscenza del *tipino*, appare logico vederlo sei anni dopo nella sezione comunista a discutere di politica con i maschi. Sulle orme del padre, attivista nella sezione del Trullo a Roma, in combutta con Arturo, il fratello epilettico e con la passione delle conquiste spaziali, Luciana cresce bruciando tutto quello che la sua età le permette di bruciare, alternando crisi di gelosia a vampate d'amore, bisticciando a scuola, contestando la madre e dando del *fascista* all'uomo che ha preso il posto del padre, facendo attacchinaggio, partecipando a spedizioni punitive nelle sezioni politiche rivali, brindando in onore dei compagni cosmonauti Yuri Gagarin e Valentina Tereskova, scappando via di casa, bisticciando con il fratello con il quale aveva sognato la conquista dell'universo. Un percorso di maturazione da cosmonauta in terra. Gli antipatici americani metteranno per primi il piede sulla luna, ma lei *allunerà* nel cuore del ragazzo che ama e tanto le basterà per poter dire che anche lei ha conquistato qualcosa. Presentato alla 66ª Mostra di Venezia nella selezione *Controcampo Italiano – Le nuove linee di tendenza del cinema italiano*, questo *Cosmonauta* – prima regia della trentaquattrenne Susanna Nicchiarelli – non solo "accende la fantasia dei giovani" (come recita la motivazione del premio collaterale "Lanterna magica" assegnato dal C.C.R. e dai CGS), ma suscita un bel po' di considerazioni. Ci sarebbe stato il '68 da lì a poco (*Il grande sogno* di Michele Placido) e ci sarebbe stata anche la delusione per un mondo che si pensava di conquistare con Sputnik costruiti tra le pareti di casa. In tal senso, risultano emblematiche le scene dei due fratelli stesi per terra (terrazzo, prato o litorale, poco importa), intenti a contemplare le stelle. Sognano di volare, di entrare in orbita, di andare sulla luna. Approderanno sempre sulla terra – Arturo a sbavare e a contorcersi nei sintomi della sua malattia, Luciana a litigare con mezzo mondo – fino a quando non si renderanno conto che prima di scoprire altri mondi è bene scoprire se stessi. Parallela alla storia di Luciana, scorre anche quella di un Paese

lacerato da divisioni politiche e di una società che comincia a registrare ventate di femminismo. "La vicenda di Luciana – precisa ancora la regista – dimostra anche qualcosa che va al di là dell'epoca in cui si svolge: essa indica come in un percorso di formazione si cerchino spesso altrove, nell'appartenenza a un gruppo, in simboli e in definizioni inventate da altri, quei punti di riferimento che invece andrebbero cercati in noi stessi". Come dire che, negli anni Sessanta come nel Terzo Millennio, per Luciana e Arturo come per i ragazzi di tutte le età, la maturità si conquista e le ribellioni, gli scontri, le delusioni e le sconfitte sono lezioni indispensabili per cominciare a crescere davvero. ♦



Cosmonauta

Regia: Susanna Nicchiarelli

Con: Claudia Pandolfi, Sergio Rubini, Miriana Raschillà, Pietro Del Giudice, Susanna Nicchiarelli, Angelo Orlando.

Italia, 2009

Durata: 85'

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@alice.it

Il bambino e i mezzi di comunicazione

Giuseppe Primavera
Pediatra di famiglia, ACP Trinacria

Parole chiave Televisione. Internet. Videogiochi

Il rapporto tra il bambino e i mezzi di comunicazione diventa sempre più complesso; fino a pochi anni fa avremmo parlato solo di televisione. Ora la nostra attenzione si deve rivolgere anche ad altri strumenti come il telefono cellulare e il computer, la cui connessione a Internet ha creato una vera rivoluzione. Queste informazioni sono rivolte ai genitori, ma vogliono solo fornire degli spunti di discussione, che potranno essere approfonditi con il pediatra, durante i bilanci di salute.

La televisione

L'Accademia Americana di Pediatria consiglia:

- di evitare la visione di programmi televisivi ai bambini di età inferiore ai 2 anni,
- di limitare l'esposizione a meno di due ore al giorno ai bambini maggiori di 2 anni.

Questi suggerimenti non vengono attuati né in USA né in Italia. Quando un pediatra va a casa di un paziente, sa che troverà almeno un televisore acceso, che spesso costituisce solo un rumore di fondo. Oggi la TV è vissuta o come una compagna, o uno strumento di intrattenimento o di aggiornamento o una baby-sitter o un pericolo per i nostri piccoli spettatori.

C'è una ricca letteratura su questo, anche se i dati sicuri non sono molti. Gli studi spesso valutano solo gli effetti a breve termine e gli studi in laboratorio non tengono conto di fattori molto importanti come il contesto familiare.

Ci sono però alcuni dati che inducono a riflettere sul ruolo della TV a proposito di alcuni comportamenti negativi, come aggressività e violenza. Circa i due terzi dei programmi contengono scene violente e i protagonisti sono spesso attraenti, dotati di prestigio e sono di solito impuniti. Queste caratteristiche possono spingere giovani e giovanissimi (specialmente maschi) a imitare i loro beniamini e a considerare la violenza un modo normale per risolvere i

conflitti. I bambini, poi, sono esposti a programmi per adulti, che contengono riferimenti al fumo, all'alcol e alle droghe, oltre a immagini a esplicito contenuto sessuale. Bisogna ricordare che solo dopo i 6-7 anni i bambini sono in grado di distinguere tra realtà e fantasia, tra un programma di intrattenimento e uno spot pubblicitario. Può essere utile qualche consiglio per ridurre gli effetti negativi di uso incontrollato della TV, ma occorre coerenza tra i genitori nell'attuare i consigli.

1. Limitare la visione a non più di 1-2 ore al giorno, possibilmente sempre nella stessa fascia oraria. Non la mattina, prima di andare a scuola: può produrre eccitazione e rubare tempo alla colazione, e la sera tardi, a scapito del sonno.
2. Scoraggiare la TV per bambini minori di 2 anni. I ritmi troppo veloci dei programmi, i continui cambiamenti di luci, colori, movimenti e suoni non sono adatti per i piccoli. Meglio un libro di cui può guardare e riguardare a piacere le figure, assaporandole.
3. Non mettere la TV nella camera dei bambini; poi non c'è alcun controllo su ciò che il bambino vede e sul tempo passato alla TV.
4. Non permettere l'uso autonomo del telecomando, ma guidarlo nella visione. Lo "scettro del comando" non può essere affidato a lui.
5. Non guardare la TV durante i pasti. Sono gli unici momenti in cui la famiglia si ritrova e può parlare insieme.
6. Spegnerla la TV durante i compiti e quando i bambini sono impegnati in altre attività come il gioco. Anche solo come "rumore di fondo" disturba le attività di gioco, che hanno un ruolo fondamentale per un buon sviluppo cognitivo e sociale.
7. Evitare che davanti alla TV il bambino si rimpinzisca di merendine, patatine e bevande dolci.
8. Evitare posizioni scorrette davanti alla TV; controllare che il televisore sia posto ad almeno tre metri di distanza e che il volume non sia troppo elevato.

9. Cercare di vedere assieme i programmi, commentandone i contenuti come davanti a un libro, perché abbia un atteggiamento attivo di fronte alle immagini e ai messaggi televisivi. Alcuni programmi danno lo spunto per parlare di scuola, di amici, di violenza, di sessualità, di droga e di altro.

10. Scegliere programmi adatti alla età. Turba i bambini non solo la violenza dei film e delle fiction, ma anche episodi di cronaca come guerre e disastri naturali, specie se coinvolgono bambini.

11. Usare il videoregistratore per programmi di qualità.

12. Offrire valide alternative alla TV dimostrandogli che ci sono molte attività stimolanti e divertenti come la lettura, la musica, il canto, le attività sportive, gli incontri con gli amici; e anche abituarli a pensare che ci si possono concedere momenti di pausa per riflettere sulle proprie esperienze.

La competizione tra reti televisive pubbliche e private e la rincorsa all'audience hanno peggiorato la qualità dei programmi. Nonostante gli impegni sottoscritti nel Codice di autoregolamentazione del 2003 i prodotti di qualità sono scarsi. Ne segnaliamo qualcuno:

- *Trebisonda*, realizzato da RAItre. Contenitore televisivo all'interno del quale si trovano il *TG dei ragazzi* (molto efficace per conoscere gli avvenimenti del mondo, soprattutto per i bambini più piccoli) e la *Melevisione*, in cui i personaggi che popolano il Fantabosco parlano di buoni sentimenti, di amicizia.
- *L'Albero Azzurro*. Storica trasmissione di RAI due dedicata ai bambini dai 3 ai 6 anni, che racchiude racconti, scenette e spazi dedicati alla creazione e al gioco.
- Le trasmissioni scientifiche sulla TV pubblica e sulle pay-TV come *Gaia*, *Geo&Geo*, *SuperQuark*, adatti a ragazzi grandicelli.

Per i più piccoli, al momento attuale, non c'è alcuna offerta. Quando un programma

Per corrispondenza:
Giuseppe Primavera
e-mail: beppeprimavera@virgilio.it

informazioni per genitori

ci sembra inadatto a un bambino, bisogna sempre rivolgersi a:

- RAI, Ufficio Rapporti con il Pubblico; rapporticonilpubblico@rai.it;
- Federazione Radio e Televisioni (Associazione delle Imprese Radiotelevisive Private); <http://www.comitatotveminori.it>.

Per tutelare i diritti dei bambini, specie quando questi sono protagonisti della cronaca giornalistica, è stata redatta la Carta di Treviso (1990): i giornalisti si impegnano a rispettare la privacy e la dignità dei bambini. Il documento si trova nel sito dell'Ordine dei giornalisti www.odg.it/barra/etica/02.htm.

Internet e altro

I ragazzi sono sempre più attratti da altre tecnologie, lettori di file audio e video, telefoni cellulari, Internet. Una recente indagine della Società Italiana di Pediatria (Area Ped 2009;4:12-19) ha dimostrato che nel 2008 la TV ha perduto qualche punto percentuale di giovani che si sono spostati verso lo schermo del computer. Il 42% degli adolescenti entra ogni giorno in rete, le ragazze più dei ragazzi. I giovani si collegano prevalentemente per *chattare*, partecipare a *blog* o a *communities* come *Facebook*, scaricare musica o video, utilizzare motori di ricerca come *Google* e *You-Tube*, comprare o scaricare videogiochi. Sono particolarmente attratti dai **videogiochi**, per la qualità della grafica e per la combinazione di azione, velocità ed effetti sonori. Il "giocatore" si immedesima col protagonista, è preso da un intenso coinvolgimento emotivo; alcuni ragazzi manifestano una sorta di dipendenza psicologica che può portarli a trascurare lo studio e le attività sociali. Data la mancanza di controllo, la navigazione comporta il pericolo di imbattersi in siti contenenti materiale pornografico e di fare "incontri" pericolosi. Secondo l'indagine citata, una elevata percentuale di adolescenti riceve messaggi da sconosciuti, fornisce dati personali (indirizzo, telefono, e-mail), scambia messaggi, foto e filmati. Una minoranza ha ammesso di avere avuto incontri reali con persone conosciute in rete. Lo stesso può dirsi per il **telefonino** che gli adulti utilizzano come un semplice telefono portatile, ma con le sue funzioni è diventato una piattaforma multimediale, con rischi analoghi a quelli di Internet. Pochi ragazzi raccontano di queste esperienze ai genitori, che spesso si trovano

impreparati sul da farsi. Le proibizioni servono a poco, se non a stimolare la curiosità; i ragazzi sono bravi a cancellare le tracce dei siti visitati o a salvare i loro file in periferiche rimovibili (*pen driver*). Sarebbe utile mettersi nelle condizioni di saper navigare con i figli, scoprendo insieme le risorse della rete e imparando a evitarne i rischi. Nel caso in cui i ragazzi si imbattano in siti contenenti materiale pedopornografico o illegale questi possono essere segnalati alla Polizia Postale: <https://www.denunceviaweb.poliziadistato.it/polposta/>. Sul sito della Polizia di Stato www.poliziadistato.it/pds/index.-html cliccando su "pedofilia" compaiono informazioni e consigli destinati a genitori, giovani e piccoli utenti.

Per i bambini non ancora smaliziati si può utilizzare il tasto F11 della tastiera del computer. Il bambino non potrà uscire dal sito web che è stato reimpostato e gli sarà impedita la navigazione libera. Per sbloccare basta premere di nuovo F11.

A fronte di questi potenziali pericoli la rete è anche una fonte inesauribile di informazioni, documenti, intrattenimento, sempre disponibili, gratuiti e in continuo aggiornamento. Ricordiamo che non c'è alcun controllo sui prodotti forniti. A differenza di una biblioteca non c'è nessuno che ci dia consigli su cosa consultare. Ecco un elenco di siti sicuri per i bambini:

- www.alberoaazzurro.rai.it; è il sito del programma; consente di rivedere le puntate e tanto altro materiale di intrattenimento per i più piccoli;
- www.yunior.rai.it, www.melevisione.rai.it; contenitori di storie, musica e varie attività;
- www.bambini.it; portale diviso in sezioni che permettono di accedere a moltissimi siti, tutti controllati, in cui trovare giochi, cartoni animati, notizie divertenti, *link* con siti creati da scuole. C'è anche un corso di Internet per genitori e bambini;
- www.baol.it; sito analogo al precedente, fornisce un elenco di siti per i più piccoli, divisi in sezioni tematiche.

Per chi vuole, invece, documentarsi su risorse, opportunità e pericoli di Internet:

- www.ilwebperamico.it;
- www.italia.gov.it/chihapauradellarete;
- www.tiseiconnesso.it.

La pubblicità

I bambini rappresentano un enorme mercato di potenziali consumatori, presenti e

futuri. L'industria spende cifre altissime in pubblicità di cibi, bevande e giocattoli destinati ai bambini, che non spendono personalmente, ma hanno un altissimo potere di persuasione nei riguardi dei genitori, orientandone le loro scelte. I ragazzi che guardano più televisione mangiano di più fuori dai pasti principali, preferendo cibi non sani (merendine, snack salati, patatine, bevande gassate) e consumando in minore quantità frutta e latte. Molti ricercatori ritengono che l'alimentazione inadeguata, indotta dai messaggi pubblicitari, e la sedentarietà dei ragazzi che passano ore davanti alla TV o al computer siano tra le cause principali dell'epidemia di **obesità**. Ma anche la pubblicità sta cambiando. Oltre al classico spot pubblicitario, le aziende sponsorizzano programmi televisivi, dove il prodotto da pubblicizzare è messo in bella mostra all'interno dello stesso programma. Tutti i personaggi amati dai bambini (Puffi, Transformers, Pokemon) sono accompagnati da un ricchissimo mercato collaterale di zainetti, cibi e capi di abbigliamento che hanno spesso un costo superiore a quello di oggetti analoghi non "griffati". Ora la pubblicità ha scoperto Internet, dove si moltiplicano i siti commerciali rivolti ai bambini con giochi interattivi mescolati a messaggi pubblicitari. Al primo contatto viene di solito chiesta la registrazione (a volte serve il consenso dei genitori) e una serie di domande che servono per ricavare informazioni e correggere l'offerta. Grazie a un sistema di piccole ricompense (gadget, piccoli premi) i piccoli sono indotti a diffondere i messaggi pubblicitari o a trasmettere link a tutti i loro amici e conoscenti amplificandone l'effetto. Occorre ricordare sempre che i bambini fino a 5 anni non sanno distinguere i programmi dalla pubblicità. Verso i 7-8 anni imparano a identificare l'intento persuasivo della pubblicità. Solo verso i 12 anni cominciano ad avere un atteggiamento critico verso i messaggi pubblicitari. A chi spetta il compito di sviluppare nei bambini la cultura dei mezzi di comunicazione? Sembra logico pensare alla scuola, che però non è attrezzata allo scopo, a parte lodevoli iniziative isolate. Genitori, insegnanti, esperti di comunicazione e associazioni di consumatori dovrebbero prendere coscienza del problema, e del diritto del bambino a una informazione corretta e allo sviluppo di una coscienza critica nei riguardi della pubblicità. ♦

Libri: occasioni per una

Nuove conoscenze su sistema nervoso e riabilitazione



Fondazione Pierfranco e Luisa Mariani

La riabilitazione precoce del bambino con danno cerebrale.

A cura di: GIPCI, Gruppo Italiano Paralisi Cerebrale Infantile

Franco Angeli, 2009
pp. 295, euro 32

Il volume fa parte della "Collana di neurologia infantile": una serie di volumi che nascono dai corsi di aggiornamento della Fondazione Mariani, rivolti alla formazione di chi assiste i bambini con patologie del sistema nervoso e le loro famiglie. I volumi rappresentano, quindi, una sorta di prolungamento e di messa a disposizione di più persone degli argomenti dei corsi e sono redatti con la collaborazione di studiosi di valore internazionale. La Fondazione Mariani, che figura come autore del volume si occupa esclusivamente di neurologia infantile e sostiene progetti di ricerca soprattutto sulle patologie orfane o quasi orfane. Questa caratteristica si riflette naturalmente sul contenuto dei corsi che portano alla ribalta, come accade anche in questa occasione, nuove ipotesi di trattamenti. Il volume di cui ci occupiamo riguarda l'abilitazione precoce del bambino con danno cerebrale. L'obiettivo è di comprendere anzitutto se e quanto l'incremento delle conoscenze degli ultimi 10 anni su sviluppo e funzionamento del sistema nervoso, come il sistema dei neuroni specchio nei bambini e la maggiore possibilità di studiare il neonato con tecniche neurofisiologiche e neuro-radiologiche, confermi l'opportunità di un intervento abilitativo precoce, date la plasticità e la flessibilità delle reti nervose. Il secondo punto è quello di come trasferire queste nuove conoscenze nella prassi riabilitativa degli operatori e discutere insieme i quesiti che sono, o sono stati, oggetto di divergenze. La prima parte del volume tratta, coerentemente, la discussione e la messa a punto dei problemi teorici e le possibili applicazioni pratiche. La seconda è dedicata a illustrare i primi risultati di un trial multicentrico sulla Constrained-Induced Movement Therapy (CIMT) nel bambino con emiplegia. La CIMT è basata sulla "costrizione al movimento" dell'arto supe-

riore non plegico e la sperimentazione è condotta dal Gruppo Italiano Paralisi Cerebrale Infantile (GIPCI) insieme con l'Unità di Epidemiologia dell'Università di Padova, diretta da Paola Facchin. I risultati definitivi sono previsti per il 2009 e saranno successivamente pubblicati. La terza parte è dedicata alla presentazione e discussione, da parte dei gruppi GIPCI, di 18 casi clinici pertinenti al tema trattato (la riabilitazione precoce del bambino con danno cerebrale) e riporta casi di bambini con patologia lesionale, seguiti in epoca neonatale e nel primo anno di vita con un'attenzione particolare agli strumenti di valutazione. In un DVD allegato al libro sono contenuti la presentazione del caso, la discussione che ne è seguita e i filmati presentati. Un libro utile per i professionisti della riabilitazione e interessante per chi voglia restare aggiornato sugli ultimi sviluppi degli studi sul sistema nervoso del bambino.

Giancarlo Biasini

Come salvarsi dalla pandemia della società opulenta



Michael Pollan
In difesa del cibo

Adelphi 2009
pp. 254, euro 19

Schiere di nutrizionisti da molti anni studiano i comportamenti alimentari degli ultimi cacciatori-raccoglitori per comprendere come mai queste popolazioni "primitive" (ma che primitive assolutamente non sono) non si ammalano mai di cardiopatie ischemiche, diabete, obesità e cancro, pur avendo una genetica e un'aspettativa di vita come la nostra (per esempio Cardiovasc Diabetol 2009;16,8:35). La ricerca scientifica riuscirà a trovare il misterioso nutrimento tramite il quale ci potremo salvare da questa pandemia di malattie occidentali? Michael Pollan, giornalista che ha dedicato la sua vita professionale allo studio dell'alimentazione, è convinto che non esista una molecola magica che risolva i nostri problemi di salute. Anzi, dice Pollan, questa continua ricerca di fattori nutrizionali da apportare alla nostra dieta dan-

neggia ancora di più la nostra alimentazione, avvantaggiando però la scienza nutrizionista e l'industria alimentare. L'industrializzazione dell'alimentazione occidentale, iniziata circa centocinquanta anni fa, ha portato a una rivoluzione radicale della nostra nutrizione, fatto di cui siamo poco consapevoli non solo culturalmente ma anche per le conseguenze sul nostro corpo. Pollan spiega tutto questo aiutandosi con una ricca mole di dati scientifici (ottima l'appendice bibliografica alla fine del libro) e propone alcune ricette per aiutarci ad avere un'alimentazione più salutare. Un'educazione ad alimentarsi con quei cibi che la moderna industria non riesce ancora ad adulterare. Gli esempi che il giornalista riporta nel libro sono espressione della realtà statunitense, senz'altro più drammatica rispetto ai Paesi mediterranei. Tuttavia anche noi tendiamo a copiare sempre più lo stile *fast food* d'oltreoceano. Una lettura utile per un pediatra che, al posto di dare i tradizionali consigli per il divezzamento (non più proponibili secondo l'autosvezzamento di Piermarini e Panizon), possa iniziare un colloquio con i genitori per un'alimentazione più sana rivolta a tutta la famiglia.

Sullo stesso tema, per chi è interessato c'è anche "Il dilemma dell'onnivoro" dello stesso Pollan e "Non c'è sull'etichetta. Quello che mangiamo senza saperlo" di Felicity Lawrence. Letture molto avvincenti e che ci fanno riflettere su quello che i genitori mettono a tavola convinti di fare il meglio per i propri figli.

Costantino Panza

Parlare ai bambini utilizzando la loro fantasia



Anna Cesa-Bianchi
Non calpestare i sogni

Sprinter 2008
pp. 208, euro 19,95

Il libro di Anna Cesa-Bianchi merita un'attenta lettura per il tentativo di parlare con i bambini di temi difficili e importanti. L'Autrice dimostra una non comune attenzione al mondo del bambino che, attraverso storie fantastiche, viene

buona lettura

coinvolto e accompagnato in molte tappe della sua crescita.

L'adulto entra nel mondo della fantasia del bambino e ne esce arricchito da una esperienza utile per entrambi. I disegni dei piccoli pazienti dell'Autrice, pediatra di famiglia, contribuiscono alla piacevolezza della lettura che può aiutare i genitori ad affrontare temi non sempre facili. L'esperienza e la fantasia dell'Autrice risultano preziose sia per gli addetti ai lavori che per i genitori. Si fa un gran parlare dei Diritti dell'Infanzia, ma in Italia si è ancora lontani dal coinvolgimento del minore nelle decisioni importanti per la sua salute. Il mondo anglosassone è molto più avanti in tal senso e speriamo che questa attenzione al diritto dei bambini, di essere informati e coinvolti nelle scelte che li riguardano, progredisca. Questo libro va in questa direzione e lo consigliamo a tutti coloro che vogliono promuovere un vero coinvolgimento del minore nel processo di cura e crescita. I lettori potrebbero contribuire con le loro osservazioni a un utile work in progress.

Michele Gangemi

La responsabilità di genitori e pediatri



Dino Pedrotti
A scuola dai bambini

Ancora, 2009
pp. 160, euro 13,50

Il sottotitolo del libro recita: *'suggerimenti e provocazioni di un pediatra'*. Il pediatra in oggetto è Dino Pedrotti, le sue 'provocazioni' sono il frutto di una vita trascorsa a fianco dei neonati e dei loro genitori. Nel mondo della neonatologia italiana Pedrotti si è sempre distinto per una particolare attenzione e sensibilità nei confronti dei nuovi nati, sia i piccolissimi con i loro bisogni speciali sia quelli cosiddetti fisiologici, ugualmente bisognosi di attenzione e tutela. Questo infaticabile collega continua a guardare con ottimismo il futuro e prosegue con decisione la sua missione al servizio di coloro che non possono parlare e che non hanno voce in questa società di adulti urlanti e prepotenti. Pedrotti è tra quei

rari privilegiati che nella professione hanno trovato stimoli e insegnamenti continui; quello che è riuscito a imparare in una vita di lavoro è riversato con convinzione e passione in questo libro. Come si evince dal titolo, la lezione è che bisogna *'partire dal basso'*, che sono loro, i bambini, a insegnare e a fungere da unità di misura per una società migliore e più felice. Il bambino *"colui che è tutto e non ha niente"* e *"il quarto punto cardinale, il più affidabile, quello da cui partire"*. Ed è partendo dal bambino che Pedrotti reinterpreta la realtà e il mondo, evidenziando le ambiguità e le incoerenze della nostra società adulta, e sviluppando considerazioni filosofiche e teologiche stimolanti e affascinanti (l'autore reinterpreta il "principio di responsabilità" di Hans Jonas applicandolo al neonato). Da questa visione della realtà deriva una interessante definizione di *Care*, presentata come *"la sintesi di efficienza e di umanesimo, entrambi indispensabili e interconnessi, perché integrano tra di loro razionalità e sentimenti"*; quanto tutto ciò sia necessario alla nostra medicina attuale è provato dalle numerose pratiche inappropriate e poco rispettose delle persone che tutti i giorni condizionano la nostra pratica clinica.

Per noi che condividiamo questa visione del mondo, le parole accorate di questo "grande vecchio" non sono un facile idealismo né un'utopia impossibile, sono invece la vera chiave di lettura indispensabile per una pediatria dal volto umano, ma anche per svolgere bene i compiti genitoriali, per agire efficacemente in campo educativo, per progettare politicamente in risposta ai bisogni veri.

La lettura di questo libro è utile per i pediatri ma anche per i genitori; inoltre i proventi delle vendite sono destinati all'associazione onlus "Amici della Neonatologia Trentina" che l'Autore ha fondato e poi animato per alcuni decenni.

Alessandro Volta

Il rito che salva i neonati morti senza battesimo



Fiorella Mattioli Carcano
Santuari à répit. Il rito del «ritorno alla vita» o «doppia morte» nei luoghi santi delle Alpi.

Priuli & Verlucca 2009
pp. 224, euro 14,50

"Il filosofo Nicolas Malebranche fu colto da spaventevoli palpitazioni alla lettura di "L'uomo" di Cartesio. È ancor vivo a Parigi un professore di retorica che svenne mentre compulsava alcuni sublimi passi di Omero. I medici non devono dimenticare che se il loro paziente è uomo di lettere non può avere la medesima forza di cui sono impregnati gli altri uomini".

David Tissot. De valetudine letteratorum. Venezia. 1796

Il Limbo, luogo teologico dove rimaneva per l'eternità l'anima di chi non era stato battezzato, è stato abolito dalla Commissione Teologica Internazionale nel 2007 dopo circa mille anni di onorato servizio (vedi "La speranza di salvezza per i bambini che muoiono senza battesimo" su: www.vatican.va). Una disquisizione teologica potrebbe non avere impatto sulla nostra vita quotidiana; tuttavia, se un bambino moriva prima di essere battezzato, cosa che accadeva molto frequentemente fino a fine Ottocento per i più svariati motivi, dall'asfissia perinatale all'infanticidio, non aveva diritto alla sepoltura cimiteriale. Mancando gli esorcismi, parte integrante del rito battesimale, l'anima del bimbo, non accolta in Paradiso e quindi a disposizione degli spiriti maligni, vagava per il mondo potendo causare le più svariate malefatte. In questo senso spesso si seppelliva il bimbo sotto i pluviali di luoghi consacrati (l'acqua piovana che scorreva sul tetto della chiesa portava una specie di benedizione) oppure veniva trafitto al torace con una punta di legno, proprio come si farebbe a un vampiro. Per ovviare a questo terribile destino molti genitori portavano in pellegrinaggio il piccolo cadavere per alcuni giorni, anche oltre due settimane, fino ad arrivare a un Santuario dove un religioso riusciva a far ritornare in vita il corpo del bambino anche se in avanzata decomposizione. Un vero e proprio miracolo che purtroppo finiva "tragicamente" con una seconda morte nel giro di pochi minuti, tempo sufficiente per la somministrazione del Battesimo. Infine, redatto il certificato battesimale, veniva corrisposta dai genitori una giusta offerta. Quasi sempre per avvalorare la rinascita si metteva una piuma sulle labbra del cadavere, e al movimento di quella si deduceva che il bambino aveva ripreso a respirare. Non importa poi che sotto il tavolo ci fosse una opportuna fonte di calore a riscaldare il corpicino per facilitare il movimento della piuma o altri abili trucchi per favorire un possibile segno di vita. Centinaia di luoghi consacrati in tutta Europa deputati "à répit" (al respiro) e decine di migliaia i cadaverini che vi affluirono. In Italia l'ultimo caso di cui vi sia una documentazione certa risale all'inizio del '900. In questa coraggiosa iniziativa editoriale (complimenti all'editore, sempre impegnato nella ricerca storica sulle province alpine piemontesi), l'Autrice pazientemente attinge a numerosissime testimonianze scritte per documentare la presenza e l'attività dei Santuari à répit nell'arco alpino occidentale. Un argomento all'apparenza curioso o insolito ha fatto parte, invece, della tribolata vita quotidiana dell'infanzia fino all'altro ieri. Da conoscere.

Costantino Panza



Il premio nazionale "Nati per Leggere"

Abbiamo dato a suo tempo la notizia del Premio Nazionale Nati per Leggere, un riconoscimento nazionale che premierà i migliori libri, progetti editoriali e progetti di promozione alla lettura per bambini in età prescolare. Il premio è alla sua prima edizione, è sostenuto dalla Regione Piemonte, in collaborazione con la città di Torino, la Fondazione per il Libro, la Musica e la Cultura (che ogni anno organizza il Salone Internazionale del Libro di Torino) e il progetto Nati per Leggere. Il Premio ha il patrocinio del Ministero per i Beni e le Attività Culturali (vedi pag. 46).

La partecipazione al premio è scaduta il 31 gennaio 2010 e al momento si stanno valutando tutti i libri e i progetti pervenuti.

La cerimonia di premiazione si svolgerà a maggio 2010 in occasione della XXIII Edizione del Salone Internazionale del Libro di Torino.

L'idea del premio nasce dall'esigenza di stimolare la produzione editoriale e lo sviluppo di progetti legati alla lettura per bambini in età prescolare, nella consapevolezza che la lettura ad alta voce contribuisca in modo significativo alla crescita equilibrata del bambino sul piano cognitivo, relazionale e fisico, al benessere e alla capacità di utilizzo del linguaggio.

Cinque le sezioni in cui si articola il Premio, che avrà cadenza annuale:

- sezione **Nascere con i libri**: segnala il miglior libro edito in Italia per bambini di età compresa tra 0 e 36 mesi ed è rivolta agli editori italiani;

- sezione **Crescere con i libri**: attribuisce un riconoscimento al miglior libro edito in Italia per bambini di età compresa tra 3 e 6 anni ed è aperta agli editori italiani i cui titoli saranno segnalati dalle librerie;

- sezione **Libri in cantiere**: premia il miglior progetto editoriale inedito (in Italia o all'estero) per bambini di età compresa tra 0 e 36 mesi ed è destinato a tutti gli editori italiani;

- sezione **Reti di libri**: viene assegnato al miglior progetto di promozione della lettura rivolto ai bambini in età compresa tra 0 e 5 anni, sviluppato secondo le linee di Nati per Leggere, capace di coinvolgere il più ampio numero di persone (genitori, familiari, bibliotecari, pediatri, insegnanti, educatori, volontari ecc.);

- sezione **Pasquale Causa**: segnala il pediatra che, aderendo al progetto Nati per Leggere, promuova presso genitori e famiglie la pratica della lettura ad alta voce nel modo più efficace.

Nell'ambito della sezione "Nascere con i libri" riceveranno una menzione d'onore:

- le pubblicazioni di autori ritenute significative per la fascia d'età considerata (0-36 mesi), attingendo alla produzione non italiana;
- la collana, in lingua italiana, che si sia particolarmente distinta nel panorama editoriale nazionale rivolta a bambini tra 0 e 36 mesi.

Il premio per le sezioni "Nascere con i libri" e "Crescere con i libri" assicurerà l'acquisto del volume vincitore per un importo di 2000 euro e garantirà la distribuzione del libro a pediatri, biblioteche, nidi e scuole dell'infanzia; il premio per la sezione "Libri in cantiere" elargirà un contributo di 2000 euro per la pubblicazione del volume; il premio per le sezioni "Reti di libri" e "Pasquale Causa" permetterà l'acquisto di libri nell'edizione speciale Nati per Leggere per un importo di 2000 euro.

La Giuria che valuterà il materiale è composta da membri del Gruppo nazionale di coordinamento Nati per Leggere, esperti di letteratura infantile, pedagogisti, librai, bibliotecari, illustratori ed esperti in comunicazione visiva.

Nati

Campania

Il 20 giugno 2009, a Napoli, organizzato dall'ACP Campania e dal coordinamento NpL, si è tenuto un corso di formazione su Nati per Leggere e Nati per la Musica. All'incontro hanno partecipato diverse professionalità: bibliotecari, librai, psicologi, psicomotricisti, terapisti, pediatri di famiglia, di comunità e ospedalieri, educatori e volontari.

Nel corso della mattinata sono stati approfonditi gli aspetti legati alla importanza della lettura ad alta voce in famiglia e all'ascolto della musica, da iniziare precocemente e con regolarità. Una buona pratica sostenuta da evidenze scientifiche consolidate.

Stefano Gorini, referente del progetto Nati per la Musica, partendo dallo sviluppo dell'apparato uditivo, ha sottolineato l'importanza dell'ascolto della musica anche durante la gestazione insieme alle modalità e le evidenze scientifiche sottese a questa buona pratica, strumento, come Nati per Leggere, di sostegno alle competenze genitoriali.

Entrambi i progetti hanno poi evidenziato come il lavoro quotidiano del pediatra possa solo trarre vantaggio dal loro utilizzo, avendo la capacità di favorire la relazione con i genitori e di affrontare temi che spesso i genitori ritengono importanti, legati allo sviluppo dei loro bambini, ma che i pediatri non sempre approfondiscono. Temi come lo sviluppo del linguaggio, il successo scolastico, la relazione affettiva, il rapporto diadico madre-bambino e successivamente triadico con il papà sono spesso bisogni inespresi delle famiglie.

La mattinata si è conclusa con l'intervento delle bibliotecarie di Scafati, responsabili della biblioteca pubblica per ragazzi, uno dei pochi esempi presenti sul nostro territorio insieme alla biblioteca di Lusciano. L'entusiasmo delle bibliotecarie è stato contagioso, mettendo in evidenza come anche in un territorio con poche risorse ma con grande entusiasmo la promozione della lettura possa essere realizzabile e di grande efficacia.

La sessione pomeridiana è stata interamente dedicata alla messa in pratica dei due progetti attraverso l'utilizzo delle guide anticipatorie durante i bilanci di salute.

per Leggere

Lina di Maio ha poi approfondito l'aspetto legato all'utilizzo della voce: dalla pancia di mamma alla culla di casa, evidenziando ancora come la musica e la voce e la "musicalità della voce materna" siano importanti.

La voce materna veicola i sentimenti della madre e contribuisce fortemente alla costruzione della relazione con il figlio. L'esperienza sonora sarà per il bambino, già durante la gestazione, l'elemento della continuità tra la sua vita intrauterina e il mondo esterno. La predisposizione a comunicare musicalmente è innata, uguale per tutti nelle diverse culture ed epoche. Grazie ai 9 mesi di vita intrauterina, immerso in quella che è stata definita con grande intuizione e poeticità, "orchestra viscerale materna", il feto forma la propria identità sonora. Dopo la nascita la voce della madre è per il bambino come il primo e meraviglioso strumento esterno capace di produrre suono e dare continuità alla esperienza ritmico-musicale prenatale. Tramite il ritmo del canto e dei movimenti del cullare, madre e figlio entrano in perfetta sintonia e vivono un momento di vera e propria fusione (pelle a pelle o voce a voce). Leggere si pone in continuità con l'uso e il significato della voce vissuti in precedenza. Leggere ad alta voce fa emergere il valore sonoro della parola con la sua capacità di evocare suoni, sensazioni (visive, olfattive, gustative e propriocettive) e stati mentali. Perché la lettura sia efficace, è importante che venga praticata in un modo che ne valorizzi e comunichi il senso emotivo-affettivo, con un consapevole e competente uso del corpo e della voce.

A questo scopo è auspicabile che si acquisisca una consapevolezza: della propria voce come strumento e delle grandi possibilità comunicative e relazionali che essa offre. Pertanto è consigliabile l'esercizio, innanzitutto, di respirazione e di emissione sonora che abitui all'ascolto di se stessi. La giornata si è conclusa con i laboratori sull'utilizzo della voce, sulle modalità per riappropriarsi della stessa, e con la proiezione del video NpL creato dal CSB.

L'obiettivo finale del corso è stato quello di creare un piccolo coordinamento regionale NpL e NpM in Campania per poter diffondere queste buone pratiche.

Questa giornata è stata permeata dalla presenza di Pasquale Causa che oramai da più di un anno ci ha lasciati, ma la sua vivacità intellettuale e il suo amore per NpL e per la musica ci hanno permesso di realizzare questo incontro e speriamo anche di avere trasmesso all'uditorio parte di questo suo entusiasmo.

*Lina Di Maio, Stefano Gorini,
Stefania Manetti*

Lazio

25 novembre 2009; nella suggestiva cornice di Villa Guglielmi ha avuto luogo il primo incontro di informazione/formazione organizzato dalla Biblioteca dei Piccoli in collaborazione con la Biblioteca comunale nell'ambito del progetto locale Nati per Leggere a Fiumicino.

Una sessantina di persone interessate ha riempito la sala delle conferenze e le sale della biblioteca comunale dedicate ai ragazzi per ascoltare gli interventi di Fernanda Melideo (pediatra di famiglia), di Gianna Marrone (docente di Letteratura per l'infanzia presso l'Università degli Studi Roma Tre) e prendere visione dei libri per bambini messi in mostra dalla Biblioteca.

Tutti i presenti, per la maggior parte insegnanti della scuola dell'infanzia statale e delle scuole paritarie del Comune, hanno seguito con viva partecipazione le interessanti riflessioni della pediatra che, oltre a presentare i principi di fondo del Progetto NpL, ha messo in luce come la precoce interazione tra i bambini e i libri produca effetti positivi sullo sviluppo del cervello e delle abilità cognitive.

Altrettanto interesse ha destato l'intervento della professoressa G. Marrone, centrato principalmente sulle caratteristiche specifiche che contraddistinguono i libri di qualità dedicati ai più piccini e sull'importanza della interazione tra adulto e bambino nei momenti di lettura ad alta voce.

La consultazione dei libri per bambini, selezionati e disposti con cura dalla bibliotecaria, secondo le fasce di età, ha completato questa prima introduzione al Progetto.

Il prossimo incontro si svolgerà nella stessa sede e sarà animato dalla presenza di altri ospiti di pregio: Stefano Lisi, docente di Informatica presso l'Univer-

sità degli Studi Roma Tre, e Matteo Frasca, pedagogista del CEMEA. Si parlerà della lettura ad alta voce con i bambini, focalizzando l'attenzione sulle tecniche e sulle molteplici potenzialità di questa modalità di interazione. In questo secondo appuntamento tutti gli insegnanti partecipanti cominceranno a lavorare in piccoli gruppi per elaborare micropgetti da realizzare nelle scuole nel corso dell'anno scolastico.

Luigia Acciaroli

Toscana

Nel luglio scorso si è svolta una interessante iniziativa presso le Biblioteche dei Comuni della Versilia. In concomitanza con manifestazioni rivolte all'infanzia e finanziate tramite il "Piano Integrato della Cultura" della Regione Toscana e della Provincia di Lucca, di cui è capofila per la promozione alla lettura la Comunità Montana della Garfagnana, le biblioteche locali hanno organizzato incontri con le famiglie e i bambini da 3 a 5 anni per favorire la lettura ad alta voce in famiglia. Alla manifestazione hanno collaborato, presentando alle famiglie il progetto Nati per Leggere, le pediatre Patrizia Neri e Patrizia Seppia, impegnate già da tempo nella promozione della lettura ad alta voce e responsabili del gruppo ACP Versilia.

La Sig.ra Eugenia Pesenti, lettrice molto conosciuta nella zona, l'inverno scorso ha partecipato a iniziative di promozione della lettura nelle scuole del Comune di Camaiore, ha letto in diretta ai bambini libri di favole, affascinando con la propria interpretazione tutti i presenti, grandi e piccini.

Patrizia Seppia ha illustrato il progetto NpL nelle biblioteche dei Comuni di Camaiore, Massarosa e Viareggio (Biblioteca dei Ragazzi), e Patrizia Neri nelle biblioteche dei Comuni di Forte dei Marmi, Seravezza, Viareggio (Biblioteca Athena del Centro "L'uovo di Colombo").

Le relazioni hanno suscitato molto interesse tanto quanto, sia nel pubblico che nelle lettrici e lettrici, l'impegno e il desiderio di ripetere presto e insieme questo tipo di esperienza.

Patrizia Seppia, Patrizia Neri

congressi

Dovran dir lacrimando "io non c'era"

Dall'8 al 10 ottobre, se qualcuno ne avesse dubitato, si è effettivamente svolto a Cesenatico il XXI Congresso della nostra associazione, connotato come "I bambini e il dottore", in omaggio all'omonimo concorso per vecchi e nuovi poeti dialettali, dissimulati e frementi nel mare magnum dei soci. Anzi, delle socie, perché il primo e il terzo premio sono andati rispettivamente, e meritatamente, a Mara Tommasi e Lina di Maio, mentre il secondo, immeritatamente, perché non s'è mica capito che lingua fosse, al solito raccomandato, Biasini Professor Giancarlo, che, per di più, giocava anche in casa. Tant'è, così vanno i concorsi letterari, anche in ACP!

Detto questo, detto tutto, o quasi. Non penserete mica che noi si stia qui a raccontarvi tutto quanto s'è detto in tre giorni di chiacchiere! D'altra parte, per essere esaurienti non basterebbe un numero intero di *Quaderni*, quindi tanto vale che scorriate il programma del Congresso, pubblicato più volte in questo giornale, e avrete almeno un'idea di ciò che vi siete perso. Insomma, se proprio ci tenevate a saperne di più, perché non siete venuti anche voi? Si spendeva una miseria, e poi, come potevate facilmente immaginare, si è mangiato divinamente. Per non parlare della serata sociale, all'interno dello spettacoloso Museo della Marine-ria, tra "bragozzi" e "trabaccoli", durante la quale è avvenuto il commovente passaggio delle consegne dal vecchio al nuovo presidente, sottolineato dalle strofette dei soliti cabarettisti fatti in casa, sguaiati come sempre, ma che ci hanno

fatto veramente sganasciare dalle risate. Veramente unici! No! Proprio no! Non ve lo meritate che uno si metta a regalarvi il suo tempo per farvi sapere quanti casini combiniamo con gli antibiotici o quante trappole sono nascoste nella raccolta dei dati, in ambito perinatale e non solo, da parte delle varie agenzie deputate. Dovrete faticare per scoprire i segreti del "criscito" nella celiachia e l'ambiguità dell'indice glicemico dei cibi nel diabete.

E piangerete lacrime di sangue quando vi troverete a dover prendere in considerazione la probabilità pre e post test e non saprete come utilizzare il rapporto di probabilità.

Erano già disperati i presenti in sala, figuriamoci voi! Vero è che i PUMP, con i loro dati, ci hanno fatto poi disperare ancora di più, ma la likelyhood ratio ci aveva già messo sulla buona strada. Per non parlare della tavola rotonda sull'adolescenza. Avreste mai pensato ad utilizzare Facebook per aprirvi un varco nella dura scorza di un teenager? E che questo potesse accadere in una scuola? Sveglia! Di questo passo andrà a finire che gli insegnanti ne sapranno più di voi. Non voglio infierire ulteriormente, anzi, per risollevarvi l'umore vi confermo che l'UNICEF è sempre con noi, e noi sempre con lei, solidali nel promuovere allattamento al seno e Ospedali amici dei bambini. Solo che, con tante cose che ha da fare, non riesce a star dietro a tutto, e spesso non si accorge che, appena chiusa la porta dietro di lei, qualche neo Baby Friendly Hospital, le fa una pernacchia e si rimette a fare il birichino. Insomma, ha veramente bisogno che le diamo una mano. Be', ora basta. Facciamo pace, vole-

te? Ma, la prossima volta, pensateci bene prima di decidere di non venire al congresso della vostra associazione.

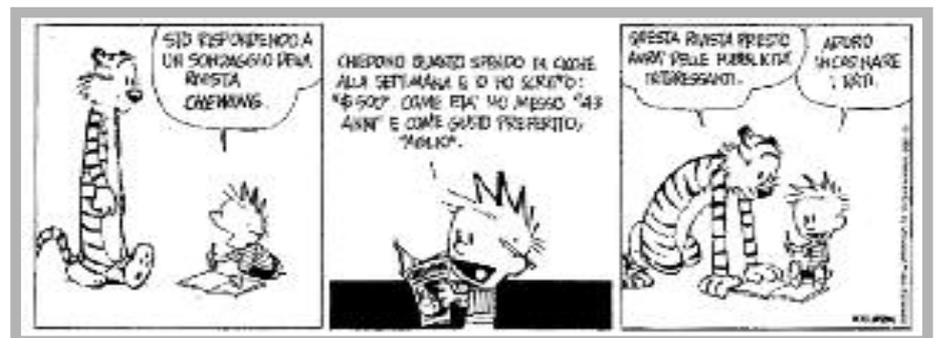
Lucio Piermarini

Gli studenti di Bologna discutono di conflitti di interesse

Il 31 marzo scorso si è aperto a Bologna un ciclo di incontri sui conflitti di interesse tra medici e industria farmaceutica, organizzati dal Centro Salute Internazionale dell'Università di Bologna insieme agli studenti di medicina dell'associazione Prometeo. Nell'aula di pediatria del S. Orsola, una cinquantina di studenti (non solo di medicina) ha discusso con Luisella Grandori, coordinatrice del gruppo *No grazie pago io!*, delle strategie di marketing dell'industria farmaceutica e dei loro effetti sulla salute: dai piani di aggiustamento strutturale della Banca Mondiale e del Fondo Monetario Internazionale (che impongono ai Paesi più poveri sistemi sanitari privati) all'ostinata difesa dei brevetti, che impedisce l'accesso ai farmaci essenziali alle popolazioni più in difficoltà; dall'eccessiva proporzione (70%) del finanziamento delle Agenzie regolatorie del farmaco (FDA, EMEA) da parte delle case farmaceutiche fino all'influenza diretta o indiretta dell'industria sulla ricerca e sull'informazione e formazione dei medici. Ma si è parlato anche degli effetti dei regali e delle visite dei rappresentanti (Informatori) in termini di aumento di prescrizioni inappropriate, che si traducono in maggiori costi (impropri) per il SSN e minor qualità della cura per i pazienti. Non si è dimenticato il *disease*



La cultura ecologica (G. Toffol)



L'utilizzo dei dati correnti (D. Baronciani)

controluce

mongering, l'invenzione di malattie "da vendere", che trasforma normali diversità (come la timidezza o la calvizie) e fasi fisiologiche della vita (come la menopausa) in malattie da curare con farmaci, trasformando i sani in malati immaginari. Tutte informazioni per lo più sconosciute alla maggior parte degli studenti che hanno chiesto approfondimenti durante un lungo dibattito. Si è parlato anche delle possibili soluzioni, delle strade da seguire, da quelle già in fase avanzata negli USA alle esperienze italiane (come i "Nograzie" e l'ACP), e delle fonti di informazione indipendente nazionali e internazionali, che devono essere il nostro punto di riferimento. Modificare un meccanismo tanto complesso e diffuso a tutti i livelli non sarà facile e richiederà tempi lunghi, ma il cammino è iniziato e gli studenti di Bologna intendono continuarlo.

Luisella Grandori

Conflitti di interesse: gli studenti di Bologna incalzano

Il primo ciclo di conferenze sui conflitti di interesse tra medici e industria si è concluso il 27 aprile 2009 al Sant'Orsola con una tavola rotonda su ricerca e difesa della sua integrità e utilità per tutta la comunità. Gli studenti hanno illustrato le ragioni dell'iniziativa: aprire una discussione nella comunità scientifica locale e iniziare un percorso per inserire il tema dei conflitti di interesse nel curriculum formativo universitario. Dopo una breve panoramica sui vari aspetti del problema, affidata a Luisella Grandori (coordinatrice del gruppo *No grazie pago io!*), Maurizio Bonati (Istituto di Ricerche Farmacologiche "M. Negri") ha approfondito i conflitti (e la convergenza) tra i tanti interessi in gioco nella ricerca biomedica e la loro diversa declinazione nei Paesi più poveri e in quelli benestanti. Ethan Guillen, studente dell'Università di Yale, ha descritto il progetto Universities Allied for Essential Medicines, una

coalizione di studenti di varie discipline (scienze sociali, medicina, legge, economia), provenienti da 40 istituzioni di ricerca di USA, Canada, Regno Unito e Germania, con l'obiettivo di modificare le pratiche brevettuali in modo da rendere accessibili i farmaci a chi ne ha più bisogno, in tempi brevi e a basso costo. Hanno già aderito al loro Statement molti docenti e alcuni Premi Nobel.

Nella tavola rotonda che è seguita, sapientemente coordinata da M. Bonati, hanno preso la parola personalità di rilievo del mondo accademico e delle istituzioni, quali il Preside della Facoltà, alcuni Farmacologi, la presidente del Comitato etico di Bologna, il responsabile regionale della formazione e il Direttore generale del Sant'Orsola, tutti concordi sull'importanza del problema e sull'urgenza di trovare soluzioni. Il Presidente dell'Ordine dei Medici dell'Emilia-Romagna, entusiasta dell'iniziativa, ha promesso un premio agli studenti, che dunque andranno presto a chiedergli collaborazione per future iniziative, ancora più ambiziose, già previste per il prossimo autunno.

Luisella Grandori

Medicina narrativa e malattie rare

M. Gangemi e F. Zanetto sono stati invitati a Roma il 26 giugno 2009 a contribuire con una relazione al Convegno organizzato all'Istituto Superiore di Sanità dal Centro Nazionale Malattie Rare. L'evento ha voluto sollecitare la conoscenza della medicina narrativa quale strumento funzionale al percorso di cura (nel senso pieno di *care*), in particolare in presenza di una malattia rara: patologie spesso gravi, croniche, invalidanti, difficilmente diagnosticabili e dove le cure mediche non sono sempre risolutive, condizionano in genere in chi ne è affetto e nei familiari una percezione di intenso isolamento, accanto al senso di impotenza di medici e operatori del mondo della cura. Medici, psicologi,

infermieri, assistenti sociali, educatori, studenti hanno riempito l'aula Pocchiari, dove erano presenti anche persone affette da malattia rara e rappresentanti delle Associazioni di pazienti. Il Convegno, aperto dalla lettura magistrale di Rita Charon (docente di Clinica Medica e Direttrice del Program in Narrative Medicine alla Columbia University), ha visto la partecipazione delle figure attualmente più impegnate in Italia nella riflessione sulla medicina narrativa, illustrata e discussa nelle sue diverse prospettive e metodologie: le medical humanities, il counselling, la possibile integrazione tra Evidence Based Medicine e Narrative Based Medicine, la formazione degli operatori sanitari, le abilità e le competenze indispensabili per raccogliere e mettere in luce gli elementi significativi nelle storie raccontate dai pazienti. Una ricca sessione poster è stata dedicata a esperienze pratiche (il poster di Ambrogina Pirola ha illustrato efficacemente la storia di una sua piccola paziente affetta da malattia mitocondriale e il significato della narrazione come strumento di conoscenza e di cura, per la pediatra e per la famiglia). Il contributo ACP ha voluto sottolineare la realtà complessa di una diagnosi difficile in pediatria, quando nasce un bambino con una patologia grave oppure in presenza di sintomi che fanno temere la presenza di un problema di salute: la quotidianità difficile, i bisogni di cura, la ricerca di soluzioni condivise e sostenibili, la consapevolezza di cronicità gravi e irreversibili interrompono storie di vita "normali" e danno inizio a nuove "narratives", dove l'operatore sanitario entra sempre e comunque. Mettersi insieme e raccontarsi, scrivere e narrare consentono un ordine, danno un senso, suggeriscono nuove ipotesi, mettono in luce gli elementi significativi che rendono una relazione terapeutica efficace e fonte di conoscenza per tutti i protagonisti di una storia di malattia che diventa una storia di cura.

Federica Zanetto

Premio Nazionale

Nati per Leggere

1ª edizione

Grandi storie e grandi idee per i più piccoli

-  **Sezione *Nascere con i libri***
al miglior libro edito in Italia per bambini di età compresa tra 0 e 36 mesi.
-  **Sezione *Crescere con i libri***
al miglior libro edito in Italia per bambini di età compresa tra 3 e 6 anni.
-  **Sezione *Libri in cantiere***
al miglior progetto editoriale inedito (in Italia o all'estero) per bambini di età compresa tra 0 e 36 mesi.
-  **Sezione *Refi di libri***
al miglior progetto di promozione della lettura rivolto ai bambini in età compresa tra 0 e 5 anni, capace di coinvolgere il più ampio numero di soggetti (genitori, familiari, bibliotecari, pediatri, insegnanti, educatori, volontari).
-  **Sezione *Pasquale Causa***
al pediatra che promuove presso le famiglie la pratica della lettura ad alta voce nel modo più efficace.

La cerimonia di premiazione si svolgerà a maggio 2010 in occasione della XXIII edizione del Salone Internazionale del Libro di Torino.

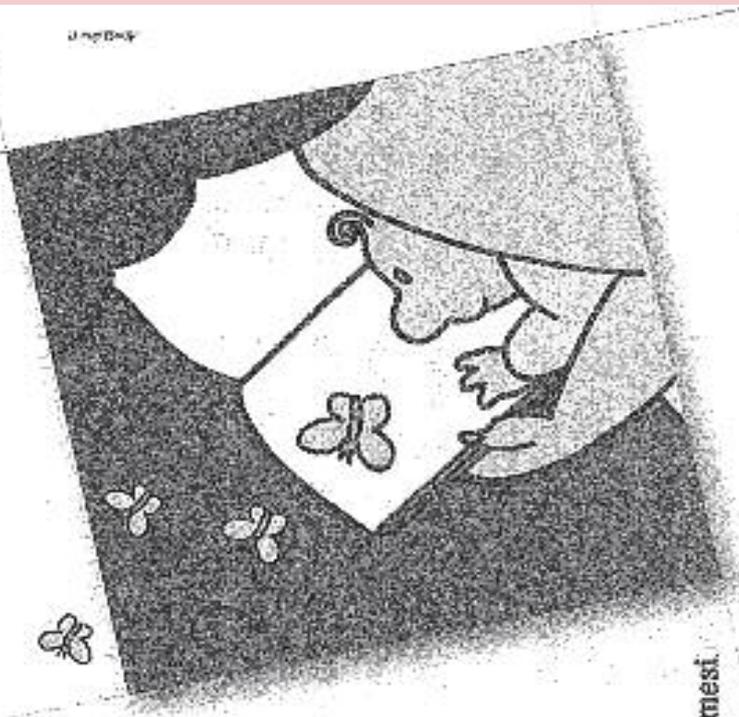
La domanda di partecipazione e il materiale dovranno pervenire alla Segreteria organizzativa entro il **31 gennaio 2010** all'indirizzo:

Fondazione per il Libro, la Musica e la Cultura

Segreteria Premio nazionale Npl • Via Santa Teresa, 15 • 10121 Torino

Per info: 011.5184268 • natiperleggere@salonelibro.it

www.natiperleggere.it



REGIONE
PIEMONTE



Ministero per i Beni e le Attività Culturali



Patrocinio

MINISTERO
PER I BENI E
LE ATTIVITÀ
CULTURALI

Sensibilizzati dall'ACP i candidati al Parlamento Europeo sulla tutela dell'ambiente e salute

Il 17,5% dei candidati italiani al Parlamento Europeo ha dichiarato il suo impegno in azioni comunitarie che garantiscano una qualità dell'ambiente priva di rischi per la salute dei cittadini europei. È quanto emerso dalla campagna di sensibilizzazione mirata a testare il grado di attenzione e di disponibilità dei candidati a impegnarsi in azioni per la tutela dell'ambiente e della salute, qualora fossero stati eletti. La campagna pre-elettorale dal titolo "Dieci auspici per mettere al primo posto la salute e l'ambiente. Verso una vita più sana e un ambiente più pulito nel 2014" è stata condotta dall'ACP in associazione con la Health and Environment Alliance, ed è stata effettuata contemporaneamente in diversi Paesi Europei: Irlanda, Polonia, Bulgaria, Belgio, Germania, Italia. La Health and Environment Alliance cui aderisce l'ACP è una organizzazione non governativa senza scopo di lucro, la cui mission è promuovere la salute dei cittadini attraverso la salvaguardia dell'ambiente, rendendo partecipi i cittadini dell'UE delle politiche comunitarie correlate all'ambiente e alla salute.

La campagna è stata realizzata attraverso un questionario che invitava i candidati a esprimere il loro impegno riguardo alle correlazioni ambiente-salute. Sono stati contattati tramite e-mail quasi 300 dei candidati italiani. L'obiettivo è stato di accrescere la consapevolezza sui problemi ambientali e sulle opportunità a disposizione dei nuovi membri del Parlamento europeo per migliorare la situazione.

L'ACP monitorerà le azioni degli eurodeputati per verificare se manterranno nella pratica quanto promesso.

Informazione ai cittadini sui farmaci

L'ACP, insieme ai "No grazie pago io!", all'ISDB Italia e al WONCA-Italia, ha inviato al Ministro e al Sottosegretario del Lavoro, della Salute e delle Politiche

Sociali, al Presidente e al Direttore Generale dell'AIFA e, per conoscenza, ai deputati italiani al Parlamento Europeo, alla FNOMCeO e all'Associazione di Consumatori la seguente lettera:

Il 10.12.08 la Commissione Europea (CE) ha approvato 3 proposte di legge per il settore farmaceutico. Una di queste riguarda **le regole**, che dovranno essere uniformi in tutta l'Unione Europea (UE), e propone di revocare il divieto di pubblicità sui farmaci da prescrizione attualmente in vigore, autorizzando **l'industria farmaceutica a fornire informazioni ai cittadini sui farmaci che si possono ottenere solo con ricetta medica** (l'autorizzazione alla pubblicità per i farmaci da banco esiste già). La proposta, prima di essere trasformata in direttiva, e quindi obbligatoriamente in leggi nazionali, dovrà passare al vaglio del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'UE.

Dal momento che l'attuale presidenza svedese ha intenzione di rilanciare la proposta d'informazione sui medicinali soggetti a prescrizione medica diretta ai cittadini da parte dell'industria farmaceutica, desideriamo far presente quanto segue:

- ▶ La pubblicità (DTCA) diretta ai cittadini sui farmaci da prescrizione medica da parte delle industrie produttrici, è attualmente possibile solo negli USA e in Nuova Zelanda. In entrambi i Paesi, dopo "il caso Vioxx", è stata richiesta la revisione della legislazione al riguardo, proponendone ulteriori limiti o addirittura l'eliminazione.
- ▶ La promozione diretta al pubblico porta a un enorme aumento delle richieste ai medici e delle prescrizioni per i farmaci oggetto di tale promozione [1]. Un recente rapporto dell'IOM statunitense conferma che la pubblicità diretta ai consumatori aumenta l'uso precoce di nuovi farmaci, i cui effetti avversi sono ancora poco conosciuti e i cui costi sono più alti [2]. Al contrario, le evidenze sui benefici della pubblicità sui farmaci ai cittadini in termini di salute o di miglior uso dei farmaci sono di fatto assenti [3].
- ▶ La proposta della CE di autorizzare una partnership con l'industria nella produzione dell'informazione rivolta

al pubblico, oltre a confondere i differenti ruoli e responsabilità nell'informare i cittadini, presuppone l'idea che i produttori siano una fonte attendibile di informazione. Nella letteratura più autorevole la documentazione della sistematica politica di non trasparenza e di conflitti d'interessi dell'industria nel gestire, dentro e fuori la comunità medica, le informazioni sui propri prodotti è cronaca quotidiana.

- ▶ Per il pubblico è difficile distinguere tra materiale promozionale e materiale informativo basato sulle evidenze scientifiche disponibili. L'informazione di cui hanno bisogno i cittadini deve essere **affidabile**, cioè basata sulle evidenze scientifiche, **comparativa**, rispetto agli altri trattamenti disponibili, e **adattata ai bisogni dei suoi utilizzatori**, considerando anche i valori e le preferenze del paziente [4]. La proposta attuale della CE non garantisce alcuno di questi tre principi poiché il conflitto d'interessi da parte dei produttori di medicinali è insormontabile. Non è stato neppure valutato l'impatto che questa normativa avrebbe sui Sistemi Sanitari Nazionali.
- ▶ Molte associazioni professionali, scientifiche e ONG, si sono già pronunciate contro questa proposta, facendo notare al presidente della CE che le nuove regole non farebbero altro che aiutare l'industria a rafforzare la fidelizzazione dei consumatori nei confronti del marchio [5]. Se applicata, la nuova normativa potrebbe avere conseguenze negative sulla sanità e sulla salute: maggior uso di farmaci, loro uso non corretto, più reazioni avverse, aumento della spesa per i pazienti e il sistema sanitario, nessun beneficio per la popolazione [6]. Anche l'Organizzazione dei Consumatori Europei ritiene la proposta "un modo per mascherare la concessione all'industria farmaceutica di maggiore flessibilità nell'informare sui farmaci in modo da far aumentare le vendite".

Alla luce di tutto ciò, chiediamo che il governo italiano:

1. esprima parere contrario alla proposta di modificare l'attuale legislazione sulla pubblicità dei farmaci da prescri-

zione diretta al pubblico da parte dell'industria farmaceutica;

2. se vuole proteggere la salute dei cittadini, investa risorse pubbliche adeguate per fare educazione alla salute e per produrre informazioni imparziali ed esaustive sui farmaci e sulle malattie, affidando il compito a professionisti competenti e senza legami economici con l'industria del farmaco.

[1] Mintzes B, Barer ML, Kravitz RL, et al. How does direct-to-consumer advertising (DTCA) affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA. *CMAJ* 2003;169:405-12.

[2] Committee on the Assessment of the US Drug Safety System, Baci A, Stratton K, Burke SP (Eds.). *The future of drug safety: promoting and protecting the health of the public*. Washington, DC: National Academies Press, 2007.

[3] Magrini M, Font M. *BMJ* 2007;335:526.

[4] Joint declaration of HAI Europe, ISDB, AIM, BEUC, Medicines in Europe Forum. *Relevant health information for empowered citizens*. 2006. www.isdbweb.org/pag/documents/relevant_health_information.pdf.

[5] http://www.haiweb.org/28102007/En_Open-LetterConsultationFutureOfPharma_oct2007.pdf.

[6] http://www.isdbweb.org/pag/documents/20081216_ISDB_DTCAStatement_001.pdf.

Lettera alla SIP

Il presidente dell'ACP, Paolo Siani, ha inviato (in data 4 novembre 2009, prima delle recenti elezioni SIP) al Presidente della SIP Di Pietro e ai Candidati alla Presidenza SIP, Bona e Ugazio, la seguente lettera:

Egredi colleghi,

in occasione del XXI Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatrica, tenutosi a Cesenatico dall'8 al 10 ottobre, sono stato eletto Presidente per il prossimo triennio. In questo impegnativo ruolo sarò affiancato dal Direttivo nel quale, ai quattro consiglieri ancora in carica – Francesco Ciotti (neuropsichiatra infantile), Stefano Gorini (pediatra di famiglia), Mario Narducci (pediatra di famiglia) e Giuseppe Primavera (pediatra di famiglia) – si affiancano i neoeletti Carlo Corchia (neonatologo), Chiara Guidoni (pediatra di famiglia), Maria Francesca Siracusano (pediatra di famiglia), Enrico Valletta (pediatra ospedaliero).

Attuerò il mio programma insieme al Direttivo, nel solco di quelle priorità già tracciate da Michele Gangemi che mi ha

preceduto e che mi affiancherà nel corso di questi anni, in qualità di Past president così come previsto dal nostro statuto.

Uno dei miei obiettivi sarà quello di consolidare i rapporti con le società scientifiche che si occupano di pediatria, continuando nel solco della collaborazione con il presidente della SIP, come già hanno fatto i miei predecessori, e ricercare una stretta collaborazione su comuni progetti di formazione, ricerca, cura, advocacy, con l'obiettivo di un ulteriore progresso culturale per la nostra pediatria.

Certo che si possa creare tra le nostre Società l'occasione per un proficuo confronto, porgo i più cordiali saluti.

Allattamento al seno e influenza A (H1N1)

Questo è il comunicato redatto da Armeni (AICPAM), Conti Nibali (ACP), Cattaneo (Burlo Garofolo) e condiviso dai seguenti membri del Comitato Nazionale Multisetoriale per l'allattamento materno: Speri (UNICEF), Negri (IBFAN Italia), Giani (Regione Toscana), Carabetta (Organizzazioni non governative – La Leche League, MAMI, Melograno).

L'infezione da virus influenzale A (H1N1), precedentemente definita influenza suina, può essere causa di malattia grave fra le donne gravide e i lattanti. È noto dall'esperienza delle pandemie del 1918-19 e del 1957-58 che l'infezione è associata ad aumento dei tassi di aborto spontaneo, distress e parto pretermine, specialmente nelle donne affette da polmonite secondaria a infezione batterica.

Poiché i bambini non allattati al seno sono più suscettibili di infezione e ospedalizzazione da malattie respiratorie, si raccomanda, sulla base delle evidenze raccolte, che durante la malattia le nutrici adottino le stesse misure atte a ridurre il rischio di trasmissione raccomandate per la popolazione generale, e che gli operatori della salute che assistono le coppie madri- bambini:

- ▶ sostengano tutte le donne per promuovere l'allattamento al seno;
- ▶ sostengano le donne sospettate di avere l'influenza da A (H1N1) a con-

tinuare ad allattare. L'assunzione di farmaci antivirali a scopo terapeutico o di profilassi è compatibile con l'allattamento;

- ▶ sostengano la produzione di latte materno, tramite espressione manuale o meccanica, se la madre fosse troppo debole per allattare;
- ▶ alimentino il bambino con latte formulato, se la madre fosse ammalata troppo gravemente per poter allattare o spremere il latte;
- ▶ sostengano l'allattamento diretto al seno del lattante ammalato, o tramite latte materno spremuto se fosse troppo malato per poppare.

Raccomandazioni per i punti nascita e gli ospedali:

- ▶ I lattanti rappresentano, come già detto, un gruppo ad alto rischio per malattia grave da influenza A (H1N1), ma ci sono ragioni sufficienti per ritenere che il passaggio del virus nel latte materno sia raro. Pertanto si raccomanda che le puerpere affette da influenza H1N1 o sospette tali siano sostenute ad allattare al seno i propri piccoli, sia pure tenendo conto di situazioni speciali che dovranno essere gestite caso per caso. In caso di separazione dal neonato, dovranno essere sostenute a fornire latte entro le due ore dal parto se il neonato è nato a termine ed entro le sei ore se è nato pretermine. Poiché le quantità di latte materno necessario al neonato nei primi giorni dopo il parto sono modeste, sarà da preferirsi la spremitura manuale e la somministrazione con cucchiaino o siringa, in modo da evitare di esporre il neonato ai rischi legati alla suzione da biberon.
- ▶ I bambini ospedalizzati dovranno poter essere allattati dalla madre e, se ricoverati in UTI, dovranno continuare a ricevere il latte della propria madre, opportunamente assistita a raccogliarlo.
- ▶ Si raccomanda, infine, agli operatori della salute ospedalieri e del territorio di usufruire delle competenze, dove presenti, degli operatori appositamente dedicati al sostegno dell'allattamento quali le Consulenti Professionali in Allattamento Materno IBCLC (www.aicpam.org) e le Consulenti de La Leche League (www.lillitalia.org). ♦

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

Quaderni acp

Il Blog

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

[Home](#)

[La rivista](#)

[News](#)

[Appuntamenti](#)

[Libri](#)

[\[Login\]](#)

Ultime...

- [COMUNICATO STAMPA ACP/FISH](#)
- [NEUROPSICHIATRIA QUOTIDIANA PER IL PEDIATRA](#)
- [Tabiano XIX - 19/20 Febbraio 2010](#)
- [Eziopatogenesi, Terapia e Prevenzione del Conflitto d'Interessi tra Medici e Industria](#)
- [H1N1: situazione di dicembre 2009](#)

martedì 19 gennaio 2010



COMUNICATO STAMPA ACP/FISH

COMUNICATO STAMPA

[scarica il comunicato](#)

Bambini con disabilità invisibili:

Pediatri e Associazioni insieme per tutelarne il diritto al benessere e alla salute, come per gli altri bambini

L'Associazione Culturale Pediatri (ACP) e la Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap (FISH) insieme per il superamento delle barriere culturali prima ancora che fisiche.

È stato firmato il 15 gennaio a Roma un protocollo d'intesa tra l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) e la Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap (FISH), per la tutela del diritto al benessere e allo sviluppo psicofisico dei bambini e degli adolescenti, in particolare di quelli con disabilità.

Stime dell'Istat parlano di circa 3 milioni di persone con disabilità in Italia, 200.000 dei quali sotto i 6 anni, e 188.000 fra i 6 e i 14 anni, con un totale di circa 50.000 affetti da una malattia genetica e/o portatori di una disabilità complessa, fra 0 e 17 anni. In sostanza, le disabilità croniche nel nostro Paese sembrerebbero riguardare quasi il 2 per cento della popolazione da 0 a 18 anni.

E, tuttavia, i bisogni reali dei bambini e dei ragazzi con disabilità e delle loro famiglie continuano a restare inevasi, se non addirittura "invisibili" al sistema sociosanitario. Si può affermare in tal senso che la presa in carico di queste persone sia una finalità ancora da perseguire. Come espresso, dunque, nella Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità, ratificata dall'Italia all'inizio del 2009, serve un profondo ripensamento sociale che richiede innanzitutto il superamento delle attuali barriere culturali, prima ancora che fisiche.

Per l'ACP e la FISH è quindi prioritario allearsi per:

Google Custom Search

Gennaio - Febbraio vol. 17 n.1



gennaio-febbraio 2010 vol 17 n°1
www.quaderniacp.it
Associazione Culturale Pediatri

Indici 2009

[Qacp - 2009;16\(6\)](#)

[Qacp - 2009;16\(5\)](#)

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

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

Iscrizioni:

Sottoscrivi il blog via mail

Editoriale

- 1 *Pensieri* intorno al conflitto d'interessi in medicina
Sergio Conti Nibali

Ricerca

- 3 La rete di sorveglianza delle infezioni da Streptococco B nella Regione Emilia-Romagna: prevenzione nelle infezioni precoci
Alberto Berardi, Licia Lugli, Cecilia Rossi et al.
- 8 Utilizzazione dell'ICF nella cura dei ragazzi e adolescenti con ritardo mentale
Grazia Isabella Continisio, Paola Continisio, Valeria Esposito et al.
- 14 Ricerca e salute *M.B.*

Research letters

- 17 L'assistenza infermieristica in area pediatrica. Professionalità coinvolte e motivazioni
Simona Vergna, Filippo Festini

Linee guida

- 19 Le raccomandazioni per la diagnosi di celiachia in Italia e in Gran Bretagna
Enrico Valletta, Michele Gangemi, Martina Fornaro

Organizzazione sanitaria

- 23 La scuola secondaria di 2° grado nelle strutture di Pediatria del Policlinico "S. Orsola-Malpighi" di Bologna
Cinzia Macchi

Info

- 28 Latte contaminato: riconosciuto il danno per la salute
- 28 Patto Unicef - Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia
- 28 Toh! È stata la SIP!
- 28 Strutture sanitarie nel web
- 28 Antinepotismo piemontese. Funzionerà?
- 28 I farmaci equivalenti in Italia
- 28 Freno alla pubblicità sui prodotti alimentari da parte della Commissione Europea
- 29 Fortificare i cibi con acido folico?
- 29 Cesareo elettivo e health literacy
- 29 La salute mentale dei bambini afghani
- 29 Paracetamolo e vaccinazioni

Esperienze

- 30 Aiutare ad aiutarsi
Manuela Russo

Per un mondo possibile

- 33 Policlorobifenili, pesticidi e neoplasie
Angela Biolchini, Giusi De Gaspari, Aurelio Nova et al.

Vaccinacipi

- 34 H1N1/2009: ulteriore aggiornamento
Luisella Grandori

Farmacipi

- 35 Psicofarmaci in allattamento: per un terzo dei medicinali non ci sono evidenze
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

Tenstories

- 36 La crisi globale di cibo: nella spirale della crisi economica aumentano gli affamati
Stefania Manetti (a cura di)

Film

- 37 *Cosmonauta*, ma sulla terra
Italo Spada

Informazioni per genitori

- 38 Il bambino e i mezzi di comunicazione
Giuseppe Primavera

Libri

- 40 La riabilitazione precoce del bambino con danno celebrale
Fondazione Pierfranco e Luisa Mariani
- 40 In difesa del cibo di *Michael Pollan*
- 40 Non calpestare i sogni di *Anna Cesa-Bianchi*
- 41 A scuola dai bambini di *Dino Pedrotti*
- 41 Santuari à répit. Il rito del «ritorno alla vita» o «doppia morte» nei luoghi santi delle Alpi
di Fiorella Mattioli Carcano

Nati per Leggere

- 42 Il premio nazionale "Nati per Leggere"
- 42 Campania
- 43 Lazio
- 43 Toscana

Congressi controllo

- 44 Dovran dir lacrimando "io non c'era"
- 44 Gli studenti di Bologna discutono di conflitti di interesse
- 45 Conflitti di interesse: gli studenti di Bologna incalzano
- 45 Medicina narrativa e malattie rare

Acp news

- 47 Sensibilizzati dall'ACP i candidati al Parlamento Europeo sulla tutela dell'ambiente e salute
- 47 Informazione ai cittadini sui farmaci
- 48 Lettera alla SIP
- 48 Allattamento al seno e influenza A (H1N1)

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2010 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per infermieri e per 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 avere versato la quota come sopra indicato - occorre inviare una richiesta (fax 079 302 70 41 oppure e-mail: segreteria@acp.it) con cognome, nome, indirizzo e qualifica. Dal 2010 si può anche utilizzare l'addebito automatico sul conto corrente (RID). Gli associati che vorranno scegliere questa modalità di pagamento dovranno indicare, oltre ai dati di cui sopra anche l'IBAN del loro conto corrente postale o bancario, la banca presso cui addebitarlo e lo sportello. In questo caso l'importo della quota verrà addebitato automaticamente dal loro c/c a ogni inizio dell'anno; naturalmente tale addebito potrà essere revocato dal socio in ogni momento attraverso una semplice comunicazione alla sua banca. Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista *Quaderni acp* e, con apposita richiesta all'indirizzo info@csbonlus.org, la Newsletter bimestrale *La sorveglianza della letteratura per il pediatra* e la Newsletter **FIN DA PICCOLO** 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.