

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



marzo-aprile 2010 vol 17 n°2

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

La Rivista è indicizzata in EMBASE

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
March-April 2010; 17(2)

49 Editorial

Too many defaults delay clinical trials in primary care

Antonio Clavenna, Maurizio Bonati

H1N1: EU politicians are talking about it, in Italy no one speaks

Quaderni acp, Editorial Board

51 Research

Expert witnesses: the reasons for a project

Milena Marini, Silvia Pertici, Cristina Vallinoto, et al.

55 Research letters

Oral ondansetron versus domperidone in gastroenteritis with light or moderate dehydration: a retrospective case control study

Michelangelo Barbaglia, Giuse Ballardini, Luigina Boscardini, et al.

Postnatal depression: the pediatricians as actors.

An experience in AUSL of Cesena

Carlotta Farneti, Massimo Farneti, Fosca Marrone

64 Forum

Premature birth: a public health problem

Carlo Bellieni

65 Review

Notes on developmental psychopathology.

Natural history from infancy to young and adult age

Francesco Ciotti

68 Info

70 A close up on progress

Pain in the child

Franca Benini

74 Learning from a case

A neonatal bullous dermatitis

Massimiliano De Vivo, Federica de Seta,

Roberta Kosova, Luciano de Seta

78 Keep an eye on the skin

A long lasting monolateral exanthem

Roberta Bonfanti, Patrizia Neri, Vittorio Tarabella

80 Forasustainableworld

UN Conference on Environment in Copenhagen:

a small step of a long walk

Giacomo Toffol

81 Vaccinacipi

A question of confidence

Luisella Grandori

82 Farmacipi

Cardiovascular medicines for children

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

83 Informing parents

Is spanking correct?

Costantino Panza

84 Books

86 Born to read

88 Movies

89 Musical-mente

At the beginning it was sound

Alessandro Volta

92 Meeting synopsis

94 ACP news

95 Letters

Quaderni acp

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

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Comitato editoriale

Maurizio Bonati

Antonella Brunelli

Sergio Conti Nibali

Nicola D'Andrea

Luciano De Seta

Michele Gangemi

Stefania Manetti

Laura Reali

Paolo Siani

Francesca Siracusano

Federica Zanetto

Collaboratori

Francesco Ciotti

Giuseppe Cirillo

Antonio Clavenna

Luisella Grandori

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: ufficiosoci@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

L'immagine riproduce "La famiglia Copley",
John Singleton Copley (1738-1815), olio su
tela. Washington, National Gallery of Art.

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.

Troppe inadempienze ritardano la sperimentazione clinica nel territorio

Antonio Clavenna, Maurizio Bonati
Dipartimento di Salute Pubblica - Istituto di Ricerche farmacologiche "Mario Negri", Milano

Parole chiave Ricerca. Sperimentazione. Area cure primarie. Comitati etici

Il Decreto Ministeriale 24 giugno 2003 "Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico" (che recepisce una direttiva della Comunità Europea) prevede una tempistica per la valutazione della documentazione riguardante le sperimentazioni cliniche da parte dei Comitati Etici (CE). In caso di sperimentazioni multicentriche il CE del centro coordinatore deve esprimere il parere unico entro 30 giorni dalla domanda. I CE degli altri centri partecipanti devono fornire il parere sull'accettazione/rifiuto del parere unico entro 30 giorni dalla data di ricevimento. Il successivo DM 21 dicembre 2007 "Modalità di inoltro della richiesta di autorizzazione all'Autorità competente, per la comunicazione di emendamenti sostanziali e la dichiarazione di conclusione della sperimentazione clinica e per la richiesta di parere al comitato etico" ha cercato di armonizzare e semplificare la modalità di invio della domanda di autorizzazione, dando importanza alla trasmissione dei documenti per via telematica attraverso l'Osservatorio Nazionale della Sperimentazione Clinica (OsSC). La tempistica della valutazione delle sperimentazioni cliniche è però lontana dal rispetto dei tempi previsti dalla direttiva europea. Difficoltà ancora maggiori si incontrano per sperimentazioni nell'ambito della medicina generale. Ne è un esempio la domanda di autorizzazione dello studio "Efficacia del beclometasone versus placebo nella profilassi del wheezing virale in età prescolare" (ENBe), finanziato dall'AIFA nell'ambito dei bandi di ricerca indipendente 2007. ENBe ha lo scopo di valutare l'efficacia del beclometasone nebulizzato, farmaco da 30 anni commercializzato in Italia e ampiamente prescritto ai bambini, nella profilassi del wheezing virale. Lo studio prevede il coinvolgimento di 36 pediatri di libera scelta di 9 ASL rap-

presentative del panorama nazionale per distribuzione geografica e contesto. La documentazione dello studio è stata inserita nell'OsSC il 20 marzo 2009. Nel periodo 30 aprile-12 maggio 2009 è stata inviata ai 9 CE di ciascuna delle 9 ASL previo accordo con la segreteria di ciascun CE circa la documentazione richiesta: numero di copie cartacee, oltre a quella su supporto elettronico, ed eventuale compilazione di un'apposita modulistica locale. Il numero di copie cartacee richieste variava da 3 a 6; sei CE hanno richiesto tre copie, uno ne ha richiesto 6, cioè una in più rispetto a quanto previsto dalla normativa. Sei comitati etici su 9 hanno richiesto la compilazione di moduli ad hoc. Il CE del Centro coordinatore ha discusso lo studio il 16 giugno 2009 (30 giorni dopo il ricevimento della documentazione), con parere sospeso in attesa di due modifiche minime esplicative da apportare al modulo di consenso informato e alle schede di raccolta dati. Il parere favorevole del CE coordinatore è stato espresso il 4 agosto 2009 ed è stato inserito, nei giorni successivi, nell'OsSC e una copia cartacea è stata inviata al promotore dello studio (il Laboratorio per la Salute Materno Infantile dell'Istituto Mario Negri in collaborazione con l'ACP e il CESAV) in data 10 settembre 2009.

Questo primo iter, per l'approvazione del CE del Centro coordinatore dello studio, ha richiesto 4 mesi per essere espletato. La copia cartacea del parere unico è stata inviata dal promotore dello studio a tutti i CE partecipanti in data 14 settembre 2009. Va comunque sottolineato che, per il DM 21 dicembre 2007, l'inserimento dei dati del parere unico nell'OsSC garantisce, per le sperimentazioni multicentriche, la comunicazione del parere espresso ai CE collaboratori. A questo punto gli altri CE avrebbero dovuto pronunciarsi entro 30 giorni secondo il Decreto del 2004. Invece 5 mesi dopo solo 4 degli 8 CE dei Centri collaboratori avevano approvato lo studio, con un intervallo di 26-151 giorni dalla disponibilità del Parere Unico. Per 3 CE l'inadempienza è

stata giustificata con la mancata attivazione del registro degli sperimentatori nelle ASL che è previsto dal Decreto Ministeriale del 10 maggio 2001 (sic!) "Sperimentazione clinica controllata in medicina generale e pediatria di libera scelta". Un CE non aveva ancora discusso lo studio per problemi amministrativi inerenti al cambio del direttore sanitario della ASL (sic!). A tutt'oggi, dopo oltre 10 mesi dall'inserimento della documentazione nell'OsSC, solo la metà degli 8 CE si è attivato e pronunciato. Per questa prima fase la segreteria dello studio ha dovuto effettuare una media di 4 contatti telefonici (range 2-8) con la segreteria di ciascun CE al fine di chiedere aggiornamenti sull'iter valutativo.

L'esperienza maturata ha fatto emergere alcune difficoltà, solo in parte previste:

- la mancata attuazione di quanto previsto dal DM 10 maggio 2001 (la creazione del registro degli sperimentatori delle ASL, previa istituzione di appositi corsi di formazione dei medici su tutto il territorio nazionale) impedisce di condurre una sperimentazione nell'ambito della medicina generale;
- la tempistica dei CE non è conforme a quanto previsto dalla normativa e l'impiego dell'OsSC ha contribuito solo in parte a rendere più agevoli le procedure dal momento che non tutti i CE utilizzano questo strumento.

Nelle intenzioni del promotore dello studio l'arruolamento dei pazienti per lo studio sarebbe dovuto iniziare nel corso dell'ottobre 2009 in relazione alla stagionalità del wheezing. Nonostante vi fosse teoricamente un periodo di tempo sufficiente per consentire la valutazione dello studio da parte dei CE e tutte le procedure organizzative fossero state apportate, l'inizio dello studio è stato rinviato di un anno. Infatti, formalmente, dopo 10 mesi sarebbe possibile iniziare lo studio solo in 5 delle 9 ASL inizialmente selezionate.

Nota: Una precedente versione di questo articolo è stata pubblicata sul Sole24oreSanità del 15-21 dicembre 2009. ♦

Per corrispondenza:

Antonio Clavenna

e-mail: clavenna@marionegri.it

editoriale

H1N1: nell'UE la politica ne parla; in Italia si tace

Redazione di *Quaderni acp* (a cura)

Parole chiave *Unione Europea. Pandemia*

Nel più assoluto silenzio della stampa italiana il 26 gennaio 2010 a Strasburgo si è tenuta una pubblica audizione, organizzata dal comitato "Social, Health and Family Affairs" sul tema "The handling of the H1N1 pandemic: more transparency needed?" [1]. Era stata richiesta la presenza di rappresentanti dell'OMS e dell'industria farmaceutica. È stato chiesto anche un dibattito in sede di Assemblea del Consiglio di Europa che si terrà probabilmente in giugno o ottobre e Paul Flynn, europarlamentare inglese del gruppo socialista, è stato incaricato di preparare un documento preparatorio per il dibattito in assemblea.

L'audizione è stata introdotta da Wolfgang Wodarg, epidemiologo e già presidente della sottocommissione sulla salute dell'Assemblea, che ha chiesto al rappresentante dell'OMS il motivo per il quale la definizione di pandemia è stata cambiata nel maggio 2009. Perché è da questa modifica con passaggio da fase 5 a fase 6 che è stato possibile trasformare una modesta influenza con pochi danni in una pandemia mondiale. Wodarg ha ricordato come la definizione di pandemia dell'OMS sia stata in palese contrasto con quella usata dalle autorità sanitarie del suo Paese che prevede la presenza di un virus che non abbia mai circolato nella popolazione umana o che, comunque, abbia circolato tanto lontano nel tempo da non avere lasciato immunità residua e che provochi tassi di mortalità che eccedono quelli dell'influenza stagionale. Che è poi la precedente definizione dell'OMS e le cui condizioni erano inesistenti per l'H1N1. Wodarg ha sottolineato il fatto che non si è tenuto conto della precedente esperienza della stessa OMS circa l'allarme aviaria del 2005/2006 che si risolse in un nulla di fatto e ha chiesto il motivo della non pubblicazione dei contratti fra governi e industria per assicurarsi i vaccini antipandemici. Ha lamentato che non si sia tenuto conto del concetto di precauzione, usando adiuvanti non sicuri e poco sperimentati. Il

consiglio d'Europa – ha concluso – deve investigare su questi molto dannosi "non sensi".

Un ulteriore contributo molto critico è stato dato dal Professor Ulrich Keil, della Università di Monaco e Direttore del "Centro collaborativo OMS per la Epidemiologia", quindi un collaboratore dell'OMS. Keil ha fatto notare come in realtà neppure il criterio, più volte richiamato nella dichiarazione di pandemia, del "nuovo" virus possa essere considerato valido. L'H1N1 non è nuovo, ma è conosciuto da decenni, tanto che in una precedente campagna vaccinale condotta nel 1976 contro un analogo virus di origine suina furono notati effetti secondari come la sindrome di Guillain-Barré, che fecero sospendere la vaccinazione. Il principio di prudenza non è stato dunque osservato perché in effetti la sindrome che abbiamo conosciuto è sovrapponibile quanto a gravità a quella del 1976. Per rimanere in Germania si sono riscontrati 186 decessi da H1N1 contro i circa 10.000 della stagionale. Ha citato, ironicamente, il parere del Dr Krause, dell'Istituto Robert Koch di Berlino, secondo il quale se si dovesse accettare il criterio della diffusibilità, in base al quale si è dichiarata la pandemia, la si dovrebbe dichiarare l'anno prossimo anche per una "pandemia" di raffreddore con grande diffusibilità. Dal punto di vista etico – ha concluso Keil – si è assistito a inappropriata allocazione di ingenti risorse.

Ha risposto, per conto dell'OMS Keiji Fukuda, "Special Advisor OMS on Pandemic Influenza", rimarcando come fosse, e sia tuttora, impossibile predire con accuratezza l'eventuale impatto di una pandemia al suo insorgere. Ha ribadito che la "novità" del virus era dovuta alla componente animale e ha rivelato che, in vitro, gli anticorpi esistenti e circolanti nella popolazione non reagivano con il ceppo H1N1. Ha poi contestato i confronti fra la mortalità dell'influenza stagionale e quella da H1N1, in quanto i decessi per influenza stagionale sono ottenuti con criteri statistici, quelli da H1N1 con criteri di laboratorio, e che per

potere avere un quadro completo occorre attendere 1 o 2 anni. Ha infine confermato che non c'è stata alcuna influenza della industria nella scelta e che gli attori della decisione sono immuni da qualsiasi conflitto di interessi e la dichiarazione di pandemia è avvenuta all'unanimità.

Il Dr Luc Hessel, della "European Vaccine Manufacturers" ha ribadito che l'industria ha ricevuto una regolare commessa dai governi, che si è affrettata ad accettare ed eseguire con efficacia e rapidità con gli stessi criteri adottati per l'influenza stagionale. La sicurezza dei vaccini è stata dimostrata dalla loro somministrazione sicura in 38 milioni di cittadini europei.

Solo alcune considerazioni. Anzitutto bisogna rimarcare il silenzio sull'audizione da parte della stampa italiana e dei partiti politici pure presenti a Strasburgo [2]. Poi è da rilevare come, nonostante le ripetute richieste, non sia stata data alcuna risposta alla domanda sul perché siano stati modificati i criteri per la dichiarazione di pandemia. Infine, risulta abbastanza sorprendente la dichiarazione dell'OMS che, nei test in vitro, gli anticorpi esistenti e circolanti nella popolazione non reagivano con il ceppo H1N1, ignorando quanto documentato in vivo: che coloro che erano protetti dagli anticorpi delle precedenti influenze stagionali non erano suscettibili all'H1N1. Questo getta molti dubbi sull'attendibilità dei prossimi test per le prossime pandemie.

Bibliografia

[1] http://assembly.coe.int/ASP/NewsManager/EMB_NewsManagerView.asp?ID=5209.

[2] La mozione presentata il 18 dicembre per una raccomandazione dell'Assemblea e che aveva dato origine alla riunione era stata firmata da rappresentanti dei maggiori gruppi parlamentari: WODARG Wolfgang, Germania (PSE), ABURTO BASELGA Fátima, Spagna (PSE), AYVA Lokman, Turchia (PPE), CONDE BAJÉN Agustín, Spagna (PPE), CZINEGE Imre, Ungheria (PSE), FLYNN Paul, U.K. (PSE), GROZDANOVA Dzhema, Bulgaria, (PPE), HANCOCK Michael, U.K. (Liberaldemocratici), HUSS Jean, Lussemburgo (PSE), MARQUET Bernard, Monaco (Liberaldemocratici), McCAFFERTY Christine, U.K. (PSE), OHLSSON Carina, Svezia (PSE), ÜNAL Mustafa, Turchia (PPE), VOLONTÈ Luca, Italia (PPE). ♦

Per corrispondenza:
Redazione di *Quaderni acp*
e-mail: redazione@quaderniacp.it

editoriale

Testimoni esperti: il perché di un progetto

Milena Marini, Silvia Pertici, Cristina Vallinoto, Momcilo Jankovic, Giuseppe Masera
Fondazione MBBM, Clinica Pediatrica dell'Università di Milano-Bicocca, AO San Gerardo, Monza

Abstract

Expert witnesses: the reasons for a project

Objectives Since march 2007 in the Onco-Haematology Paediatric Centre of the San Gerardo di Monza Hospital the project "Expert witnesses" is active. The aim of the project is to make families able to manage oncological diseases through structured encounters between parents of sick children and other children that have in time recovered. Parents are able to confront themselves with "expert witnesses" looking at a real recovery from disease and at the same time cured now adults can use their experience in a more constructive way.

Material and methods Individual encounters (social assistant or psychologist) with about 20 young people who agreed to participate. Small groups with periodical encounters (every 3 months) between expert witnesses and parents of children or adolescents with a recent diagnosis of leukaemia or lymphoma, managed by a social assistant or a psychologist. The experience was evaluated through a questionnaire given to parents and expert witnesses at the end of each encounter.

Results Nineteen recovered children and adolescents with a medium age at the diagnosis of 8 years (range 3-16yrs), at the moment of the study the age range was 23-38 yrs (medium age 31yrs.). Diagnosis ranged from acute lymphoblastic leukaemia (78%), acute myeloid leukaemia (11%), lymphoma (11%) without therapy for at least 5 years. A total of six encounters were organized with the participation of 29 parents, 4 fathers and 25 mothers on a total number of 73 parents invited.

The experience has been positively judged both by the recovered group able to look at their past experience in a constructive way and by parents who have been encouraged and able to better understand their children.

Conclusions The project is still going on, at the moment it is positively considered, especially for the emotionally balanced atmosphere that emerged from the various encounters and for the usefulness derived from it for all participants.

Quaderni acp 2010; 17(2): 51-54

Key words Memory. Human relation. Psychological aspect. Cancer survival. Childhood cancer

Obiettivo Dal marzo 2007 presso il Centro di Ematologia Pediatrica dell'AO San Gerardo di Monza è attivo il progetto "Testimoni Esperti", che prevede incontri strutturati tra genitori di pazienti che iniziano il percorso di cura per malattie onco-ematologiche e ragazzi guariti, con lo scopo principale di affrontare la malattia con la possibilità di guarigione. Gli obiettivi sono quelli di fornire ai genitori dei pazienti all'esordio della malattia la possibilità di confrontarsi con "testimoni esperti" e di verificare personalmente la realtà della guarigione, nonché di permettere ai ragazzi "guariti" di utilizzare in modo costruttivo la propria esperienza.

Materiali e metodi Il metodo seguito ha previsto: colloqui individuali (assistente sociale/psicologa) con i ragazzi (inizialmente n. 20) che hanno dato la loro disponibilità e formazione di piccoli gruppi (2-3 ragazzi), incontri periodici (ogni tre mesi circa, gestiti da assistente sociale e psicologa, tra i testimoni esperti e i genitori dei bambini/ragazzi con esordio recente di malattia (leucemie e linfomi). La valutazione dell'esperienza è avvenuta attraverso questionari consegnati ai "testimoni esperti" e ai genitori alla fine dell'incontro, e con un momento di verifica con i "testimoni esperti" dopo ogni incontro.

Risultati Al progetto hanno partecipato 19 ragazzi guariti, di età compresa tra i 23 e i 38 anni (età media 31), seguiti dal nostro centro in età pediatrica (età media all'esordio 8 anni - range 3-16 anni) per leucemia linfoblastica acuta (78%), leucemia mieloide acuta (11%), linfomi (11%), tutti in stop terapia da almeno 5 anni. Complessivamente sono stati organizzati 6 incontri, a cui hanno partecipato in totale 29 genitori, 4 padri e 25 madri, su un totale di 73 genitori invitati.

L'esperienza è stata giudicata generalmente come positiva e utile sia dai ragazzi, che hanno sottolineato l'importanza di poter testimoniare e rivivere in senso costruttivo la propria storia, che dai genitori che hanno trovato fonte di incoraggiamento per meglio capire e "accompagnare" il proprio figlio.

Conclusioni Il progetto è ancora in corso; il bilancio è positivo, in particolare per il clima emotivamente sereno e favorevole emerso nei vari incontri e per il senso di utilità e costruttività che ne hanno tratto i ragazzi e i genitori che vi hanno partecipato.

Parole chiave Ricordo. Relazioni umane. Aspetti psicologici. Sopravvivenza. Tumori pediatrici

Nel corso degli anni, come operatori psico-sociali del Centro di Ematologia Pediatrica dell'AO San Gerardo di Monza, ci siamo trovati molto spesso, per non dire sempre, davanti alla richiesta da parte dei genitori all'esordio, e a volte anche da parte dei ragazzi più grandi, di

"incontrare" e "toccare con mano" qualcuno che "ce l'avesse fatta".

In questa richiesta si legge un evidente bisogno di provare, nel concreto, quello che in teoria sia medici che operatori continuano a ripetere: che la guarigione è possibile.

Da qui ha avuto origine il Gruppo Ascolto: genitori per i genitori, che dal 1997 operano nel Reparto di Ematologia pediatrica. Il semplice fatto che alcuni genitori passati attraverso l'esperienza di malattia siano ancora lì, disposti a parlarne, è la dimostrazione tangibile che è

Per corrispondenza:
Silvia Pertici
e-mail: s.pertici@hsgerardo.org

possibile superare efficacemente la fatica del percorso di cura e che la guarigione è una realtà.

Il nostro Centro di Ematologia, nel maggio 2005, ha organizzato a Gazzada (VA) un incontro aperto a tutti i ragazzi guariti da leucemia, con lo scopo di ridefinire i contatti e analizzare bisogni-richieste da parte di questa popolazione diventata numerosa. Nel corso di tale incontro chi era presente ha potuto rendersi conto della realtà e del vero significato della parola "guarigione", reso più esplicito durante la consensus conference tenutasi a Erice nel 2006, e della necessità/desiderio di testimoniarne la realtà [1].

Nel marzo 2007 è nato il progetto "Testimoni Esperti" con i "ragazzi guariti" che si sono resi disponibili per portare la propria esperienza a chi ne faccia richiesta. Pertanto, sono state strutturate occasioni di incontro tra i genitori che iniziano il percorso di cura e i ragazzi che lo considerano ormai parte del proprio passato, affinché la guarigione non resti un racconto astratto, ma una realtà di vita.

Materiali e metodi

Il Progetto si è articolato in due fasi:

► La prima fase, finalizzata alla costituzione di un piccolo gruppo di lavoro di ragazzi guariti ha previsto [2-3]:

1. Presentazione della proposta "Testimoni Esperti" a Gazzada nel corso dell'incontro con i ragazzi guariti, tenutosi nel maggio 2005; tale incontro era stato organizzato dalla Clinica Pediatrica invitando 130 ragazzi seguiti in passato dal centro. I partecipanti sono stati 36, e di questi 20 hanno dato la propria disponibilità.
2. Telefonata (assistente sociale) ai 20 ragazzi disponibili, di età superiore ai 18 anni e in stop terapia da almeno cinque anni, per presentare loro la proposta e invitarli a un incontro individuale.
3. Incontro individuale presso la Clinica Pediatrica (psicologa/assistente sociale) con ogni ragazzo; durante tale incontro è stata somministrata un'intervista semistrutturata volta a: raccogliere elementi anamnestici e anagrafici; raccogliere dati circa la storia di malattia, il ricordo e il vissuto; cogliere caratte-

TABELLA 1: PROFILO DELLA POPOLAZIONE DEI "TESTIMONI ESPERTI"

"Testimoni Esperti"	19 (6 ragazzi-13 ragazze)
Età media	31 anni (range 23-38 anni)
Età alla diagnosi	8 anni (range 3-16 anni)
Diagnosi	LLA (78%); LMA (11%); Linfomi (11%)
Stop da	almeno 5 anni

TABELLA 2: PROFILO DELLA POPOLAZIONE DEI PAZIENTI

Genitori	29 (4 padri; 25 madri)
Età dei bambini	7,5 anni (range 2-17 anni)
Diagnosi	LLA (71%); Linfomi (18 %); LMA (7%); LPA (4%)

ristiche di personalità del ragazzo e le sue risorse; raccogliere suggerimenti per la proposta in atto, disponibilità personale e attese nei confronti del progetto.

4. Lavoro sui dati raccolti per creare piccole unità operative (due o tre ragazzi) con potenzialità complementari tra di loro. Ciò ha permesso da un lato di sfruttare le risorse di ciascuno e dall'altro di non escludere nessuno.
 5. Successivo incontro di gruppo con tutti i ragazzi individuati per presentare il progetto definitivo, accogliere proposte e suggerimenti, concordare il calendario.
- La seconda fase, più operativa, ha previsto:
1. Organizzazione di incontri periodici, ogni tre mesi circa, gestiti da assistente sociale/psicologa, presso la biblioteca del Reparto di Pediatria tra i testimoni esperti e i genitori dei bambini/ragazzi che hanno dovuto affrontare recentemente l'esordio di malattia (leucemie e linfomi).
 2. Informazione di questa opportunità ai genitori nel corso del colloquio d'esordio con l'assistente sociale.
 3. Successivo invito telefonico alcuni giorni prima della data fissata.
 4. Coinvolgimento dell'animatrice di gioco e delle volontarie ABIO per intrattenere i pazienti degenti, al fine di facilitare la presenza dei genitori all'incontro.

5. Consegna dei questionari di valutazione ai "Testimoni Esperti" e ai genitori alla fine dell'incontro.

6. Momento di verifica tra assistente sociale, psicologa e i "Testimoni Esperti", al termine di ogni incontro, per permettere loro di meglio elaborare l'esperienza.

Informazione di questa iniziativa è stata data a tutto il personale tramite e-mail. Alla fine di ogni incontro è stata consegnata una scheda di valutazione ai genitori presenti e ai "Testimoni Esperti", per verificarne l'efficacia percepita e l'impatto emotivo sui ragazzi guariti.

Risultati

I ragazzi guariti che hanno partecipato all'incontro di Gazzada erano 36, di questi 20 hanno aderito al progetto "Testimoni Esperti" (tabella 1). Tutti i ragazzi che hanno dato la propria disponibilità hanno effettivamente partecipato al progetto, tranne un ragazzo che in seguito si è ritirato per problemi di lavoro.

Complessivamente sono stati organizzati 6 incontri, a cui hanno partecipato in totale 29 genitori di bambini/ragazzi all'esordio di malattia (tabella 2) su un totale di 73 genitori invitati.

Abbiamo chiesto ai "Testimoni Esperti" di definire la propria esperienza al termine di ogni incontro, fornendo loro una serie di aggettivi (figura 1 a,b).

L'esperienza è stata generalmente definita con aggettivi positivi (utile e gratificante), ma ne viene riconosciuto anche il peso emotivo (commovente e difficile).

Non sono stati scelti in alcun caso aggettivi negativi, a conferma del clima positivo in cui si sono svolti gli incontri. Tra le motivazioni fornite spicca la possibilità che hanno avuto i ragazzi di testimoniare (49%) il senso di utilità che ne hanno tratto, e anche la possibilità di riflettere e rivivere la propria storia. Il sollievo dei genitori al termine degli incontri, unitamente al desiderio di sapere (28%), è dato dagli elementi che hanno maggiormente impressionato i ragazzi (figura 1c); generalmente l'esperienza è stata percepita come utile per i genitori (figura 1d) soprattutto per la possibilità che questi hanno avuto di "toccare con mano" la realtà della guarigione (64%). Ai genitori abbiamo chiesto anzitutto come si percepissero rispetto alla malattia del figlio. La maggior parte si è definita fiduciosa, ma anche spaventata (figura 2a).

I genitori hanno partecipato all'incontro prevalentemente per un desiderio e bisogno di confronto (40%), ma anche per desiderio di conoscenza e bisogno di conforto (figura 2b). L'esperienza generalmente si è rivelata molto utile per i genitori (81%), perché fonte di incoraggiamento (29%), ma soprattutto occasione per meglio capire il proprio figlio (35%) (figura 2c). I genitori sono rimasti molto colpiti dalle testimonianze dei ragazzi, in particolare dalla positività e serenità di questi racconti, nonché dalla possibilità che i ragazzi guariti facciano poi una vita normale (figura 2d).

Discussione

Ogni incontro ha avuto un suo particolare funzionamento ed elementi caratteristici propri, legati al momento, ai partecipanti, ai ragazzi stessi; tuttavia si possono individuare alcuni temi ricorrenti di particolare interesse. Una delle domande più frequenti fatte ai "testimoni esperti" riguarda il "ricordo" di malattia. Spesso il genitore spera che il figlio "dimentichi" la malattia una volta cresciuto, soprattutto laddove si tratti di bambini in età molto piccola. Il trovarsi di fronte "ex-bambini" che invece hanno voglia di parlarne, e soprattutto ne mantengono un ricordo positivo, ha costituito un importante mezzo di cambiamento o per lo meno un valido

FIGURA 1: VALUTAZIONE DEGLI INCONTRI DA PARTE DEI "TESTIMONI ESPERTI"

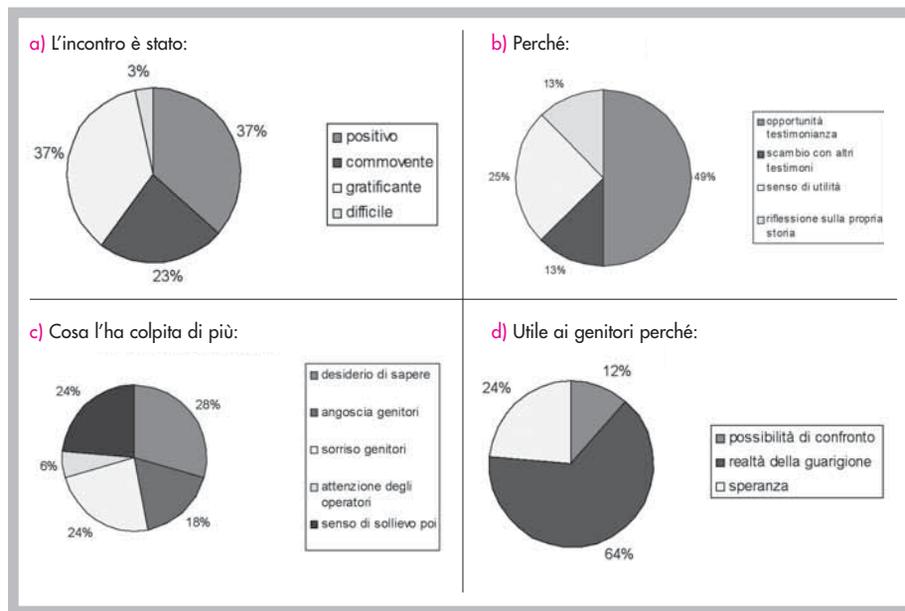
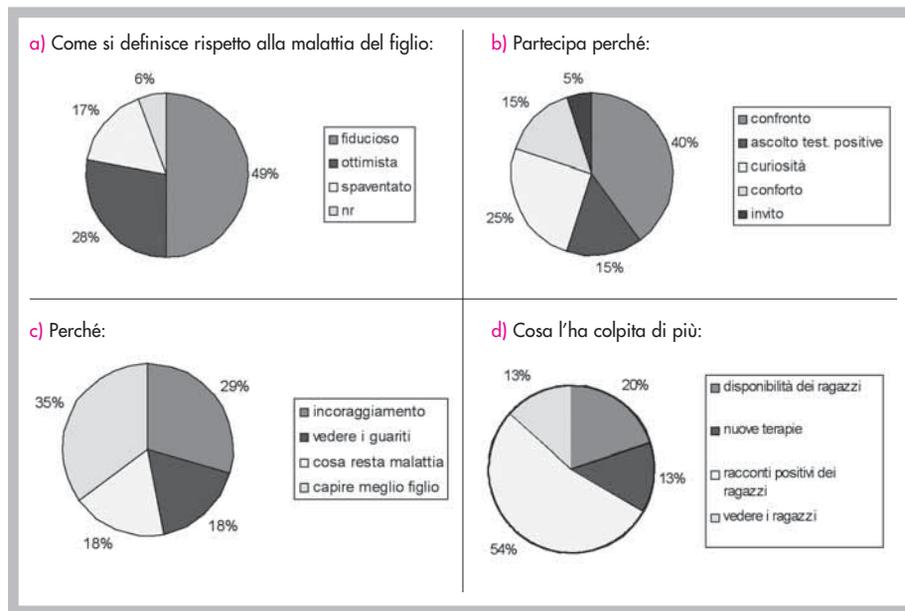


FIGURA 2: VALUTAZIONE DEGLI INCONTRI DA PARTE DEI GENITORI DEI PAZIENTI



spunto di riflessione; è da citare l'esempio di una mamma che di fronte a un guarito ormai trentenne ha esclamato: "vedo già il mio T. tra 15 anni, qui a parlare al posto tuo". Questa mamma ha così potuto identificare il proprio bambino con un guarito (la speranza che diviene concretezza) e, nel contempo, si è permessa di pensare che un'esperienza traumatica possa diventare esperienza integrata nel processo di crescita del proprio figlio.

L'incontro ha permesso ai genitori di "capire un po' meglio il proprio figlio". Il parlare con ragazzi guariti ha consentito loro di dare voce a pensieri e paure che solitamente non si possono o non si riescono a condividere con il proprio figlio. Chiedere al "testimone esperto" se ha avuto dispiacere per i capelli, se provava rabbia, se era spaventato, è per molti genitori come parlare con i propri figli, in modo meno "allarmante", in un gioco di continue identificazioni tra figli e guariti.

Gli incontri hanno indubbiamente avuto un significato e una valenza psichica anche per i testimoni esperti, che si sono trovati nella condizione di poter usare in senso evolutivo esperienze traumatiche [4-5]. Sappiamo bene che elementi non elaborati possono avere lunghi strascichi e costi psicologici alti nella vita di ciascuno di noi. Lo sfruttare in senso positivo eventi particolarmente dolorosi permette una rielaborazione migliore nonché una riconciliazione con la propria storia.

Un ultimo accenno va fatto all'importanza che tali incontri hanno avuto anche per gli operatori. Le testimonianze hanno indubbiamente fatto riflettere su alcuni aspetti, per esempio:

- il ricordo di malattia che il guarito porta con sé, indelebilmente, anche quando sono passati parecchi anni dall'esordio;
- le domande che ogni genitore continua sempre a porsi, al di là di ogni risposta già ricevuta, a indicare un bisogno continuo di rassicurazione e rinforzo;
- la constatazione degli effettivi cambiamenti intercorsi negli anni relativamente alle terapie e all'assistenza ospedaliera (sedazione per le procedure dolorose, migliore sistemazione logistica, maggior presenza della scuola in ospedale), nonché alle diverse aspettative attuali di genitori e pazienti.

Conclusioni

Il Progetto è attualmente in corso, per cui di volta in volta le riflessioni si arricchiscono di spunti ed elementi interessanti. Per ora è possibile tracciare un bilancio positivo di tali incontri, nella consapevolezza dell'utilità di far incontrare in reparto ragazzi guariti e pazienti in terapia. In alcune occasioni ciò è già avvenuto in modo del tutto estemporaneo e si è rilevato estremamente utile. Il Proget-

to, così come è strutturato, continuerà, integrandolo con momenti specifici di incontro per i bambini/ragazzi in terapia. Una difficoltà certamente da rilevare è la fatica iniziale dei genitori a partecipare a questi incontri. La maggior parte delle persone che hanno partecipato era costituita da genitori di pazienti già ricoverati, e quindi già presenti in ospedale, mentre solo un'esigua percentuale è venuta appositamente per partecipare all'incontro. Questo evidenzia fatica delle famiglie ad affrontare i primi tempi dell'esordio, con tanti impegni legati all'iter terapeutico e la richiesta di una ristrutturazione familiare complessa e in tempi brevissimi [6].

Un'ultima riflessione va alla motivazione che ha guidato e sostenuto i "Testimoni Esperti" lungo il percorso; tutti hanno partecipato mantenendo l'impegno preso in modo esemplare. Non solo. Una valutazione più "clinica" indica che le coppie formate hanno ben funzionato, permettendo ai ragazzi di ben integrarsi tra loro. Infine, nell'ottica di una presa in carica più efficace, non possiamo più ignorare quanto espresso da un testimone esperto: "Noi ragazzi siamo effettivamente guariti, sono i genitori che non guariscono mai ...". ♦

Bibliografia

- [1] Haupt R, Spinetta J, Ban I. Long term survivors of childhood cancer: Cure and Care The Erice statement. *Eur J Cancer* 2007;43:1778-80.
- [2] Bion W R. Esperienza nei gruppi. Roma, Armando, 1961.
- [3] Steinberg D. L'auto/mutuo aiuto. Guida per i facilitatori di gruppo. Trento, Erickson, 2002.
- [4] Laub D, Lee S. Thanatos and massive psychic trauma: the impact of death instinct on knowing, remembering and forgetting. *J Am Psychoanal Assoc* 2003;51:433-64.
- [5] Layton B, Krikorian R. Memory mechanisms in PTSD. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci*, 2003;15: 121.
- [6] Axia V. Elementi di psico-oncologia pediatrica. Carocci Faber, 2004.

UNA BOMBA DI RAGGI X

Da WONCA ITALIA
riceviamo e volentieri pubblichiamo

Il Coordinamento delle Società Scientifiche dei medici e pediatri di famiglia che aderiscono a WONCA ha chiesto alle aziende che producono le cartelle cliniche informatizzate, in uso ai medici di famiglia italiani, di inserire un software che consenta il calcolo automatico dell'esposizione alle radiazioni ionizzanti per ogni singolo paziente, al fine di aiutare il medico nella decisione di prescrivere una radiografia e informare il paziente sugli eventuali rischi di una nuova esposizione.

Nelle ultime decadi l'esposizione dei pazienti alle radiazioni per fini diagnostici è cresciuta enormemente, anche per l'avvento di nuove tecnologie: TAC, PET, Scintigrafia, Angiografia. Secondo le norme europee e italiane ogni prescrizione di esami che comportino l'assorbimento di radiazioni ionizzanti dovrebbe rispondere al principio di "giustificazione", che impone di tener conto della reale utilità e non sostituibilità dell'esame e del rischio connesso all'esposizione radiologica. La richiesta di WONCA Italia si basa su uno studio, comparso sulla rivista on-line *Occhio Clinico*, a firma di Ernesto Mola ed al. (<http://www.occhioclinico.it/cms/node/1305>), che ha verificato la possibilità e l'utilità di calcolare l'esposizione alle radiazioni ionizzanti dei pazienti, sulla base dei dati estratti da un database in uso presso i medici di famiglia. WONCA Italia ha chiesto al Ministero della Salute di svolgere, attraverso i suoi organi tecnici, un ruolo di coordinamento al fine di far utilizzare modalità di calcolo comparabili, utilizzando tabelle di riferimento uniche.

Giorgio Visentin
Presidente WONCA Italia

L'uso di ondansetron per os nel vomito semplice: studio caso-controllo retrospettivo con domperidone

Michelangelo Barbaglia, Giuse Ballardini, Luigina Boscardini, Monica Gaggero, Pinuccia Foracchia, Luisa Orioli; Anna Pingitore*, Francesco Garuffi**, Andrea Guala
SOC Pediatria, *SOC Farmacia Ospedaliera, **SOC Direzione Sanitaria, Ospedale Castelli, Verbania ASL VCO-Regione Piemonte

Abstract

Oral ondansetron versus domperidone in gastroenteritis with light or moderate dehydration: a retrospective case control study

Objective This retrospective case control study estimate the effectiveness of a oral antiemetic drug (ondansetron) in the management of the gastroenteritis with light or moderate dehydration versus another antiemetic drug (domperidone).

Materials and methods 89 children with gastroenteritis and light or moderate dehydration treated with a dose of ondansetron versus 68 children treated with free use of domperidone.

Results Children's group treated with ondansetron appears to be better hydrate by os that intravenous, with NNT 2.

Conclusions These results involve greater probabilities of domiciliary management with sure biological, psychological, social and economic advantages. Ondansetron is not dismissed from the AIFA for the use in the gastroenteritis, and it requires therefore of further studies of effectiveness and tolerability.

Quaderni acp 2010; 17(2): 55-57

Key words Vomiting. Gastroenteritis. Ondansetron. Domperidone

Obiettivo Valutazione ospedaliera caso-controllo retrospettiva della efficacia di un antiemetico somministrato per via orale (ondansetron) nella gestione del vomito nella gastroenterite con disidratazione lieve o moderata confrontato con un altro antiemetico orale (domperidone).

Materiali e metodi In 89 bambini, arrivati in PS nel periodo dall'1-1-2008 al 30-9-2008, affetti da gastroenterite con disidratazione clinicamente lieve o moderata è stata valutata la possibilità di reidratazione orale dopo la somministrazione di una sola dose di ondansetron e la capacità di evitare una reidratazione endovenosa dopo una osservazione di 4 ore. Il gruppo è stato confrontato con un controllo storico di 68 soggetti, consecutivi (2007), con la stessa diagnosi di accesso e libero uso di domperidone.

Risultati La riduzione assoluta del rischio di ricorrere alla reidratazione endovenosa è pari al 46,9% con l'uso di ondansetron. Il gruppo di bambini trattati con ondansetron riesce a essere maggiormente reidratato sia per via orale che per via endovenosa, con NNT 2,1 (2 DS 1,7- 3).

Conclusioni L'ondansetron si è dimostrato efficace (rispetto al gruppo di controllo trattato con domperidone) nel favorire la reidratazione orale in corso di gastroenterite, con un risparmio economico nella gestione della patologia in PS pediatrico. Il farmaco non è licenziato dall'AIFA per l'utilizzo nella gastroenterite e necessita pertanto di ulteriori studi di efficacia e tollerabilità.

Parole chiave Vomito. Gastroenterite. Ondansetron. Domperidone

La gastroenterite rappresenta, nei momenti di forte diffusione dell'affezione, un notevole carico di lavoro per il pediatra. La difficoltà di una reidratazione orale per vomito è la maggiore causa di ricorso alle strutture ospedaliere. L'uso di antiemetici è controverso, anche in relazione agli effetti collaterali che i farmaci comunemente usati presentano [1]. Tra questi l'ondansetron è un potente

antiemetico, antagonista del recettore della serotonina 5-HT₃, utilizzato in campo chemioterapico, radioterapico e nel post-operatorio. In commercio dal 1987, è presente sul mercato come farmaco generico dal 2006. Non presenta particolari effetti collaterali, non altera la motilità intestinale ma, riducendo la nausea, può mascherare l'ileo e la distensione gastrica. Può causare diarrea e raramente,

per uso endovenoso, altera transitoriamente l'ECG, con allungamento del tratto QT. Attualmente non è registrato in Italia per l'uso in caso di vomito da gastroenterite, perciò il suo utilizzo in questo ambito è da considerare off label; il farmaco è in fascia A con nota 57, che specifica "prescrizione a carico del SSN limitata al trattamento di nausea e vomito indotti da chemioterapia emetizzante e radioterapia emetizzante".

In uno studio condotto in USA con l'analisi delle prescrizioni al momento della dimissione dall'ospedale, l'ondansetron fu utilizzato off label (secondo le indicazioni dell'FDA) nel 61% dei casi, ma il suo uso nel trattamento del vomito nella gastroenterite si va diffondendo, rientrando anche in alcune linee guida ospedaliere straniere [2-3]. Peraltro l'uso dei farmaci off label, cioè al di fuori delle indicazioni riconosciute dalle agenzie statali predisposte, è di uso comune in pediatria e in particolar modo nella pratica ospedaliera [4]. Tale uso è legato al fatto che è molto più difficile effettuare sperimentazioni nei bambini rispetto agli adulti; peraltro l'utilizzo dei farmaci off label è nella maggior parte dei casi sicuro ed efficace, sostenuto da studi osservazionali e da abitudini prescrittive di lunga data.

Abbiamo valutato la somministrazione di ondansetron per os nella gestione della reidratazione da gastroenterite con disidratazione lieve o moderata presso un Pronto Soccorso pediatrico, con lo scopo di valutarne efficacia e tollerabilità e la possibilità di proseguire una reidratazione orale a domicilio evitando quella endovenosa, con relativi vantaggi legati alla deospedalizzazione. Lo abbiamo confrontato con il domperidone che è un antagonista dei recettori della dopamina. La sua efficacia antiemetica è minore rispetto alla metoclopramide, ma anche i suoi effetti collaterali sono inferiori in quanto ha una ridotta diffusione nel SNC. La sua efficacia è soprattutto lega-

Per corrispondenza:
Andrea Guala
e-mail: andrea.guala@aslvc.it

research letters

ta a una accelerazione del transito del piccolo intestino con trascurabili effetti sulla motilità colica [5]. In letteratura mancano dati robusti sulla sua efficacia nel vomito, soprattutto in età pediatrica, anche se il suo uso è molto diffuso nella realtà italiana.

Materiali e metodi

Nell'ambito del PS pediatrico dell'ospedale di Verbania sono stati reclutati consecutivamente, dall'1-1-2008 al 30-9-2008, 89 bambini (peso medio kg 19,1±12; età media 5±3,8 anni), affetti da gastroenterite con disidratazione clinicamente lieve o moderata. È stata valutata la possibilità di reidratazione orale dopo la somministrazione di una sola dose di ondansetron e la capacità di evitare una reidratazione endovenosa dopo una osservazione di 4 ore: dopo tale periodo i bambini con interruzione del vomito venivano dimessi. Prima della somministrazione del farmaco è stato richiesto ai genitori il consenso, specificando l'uso off label del principio attivo. Questo gruppo è stato confrontato con un controllo storico (2007) di 68 bambini consecutivi (peso medio kg 16,5±6,2; età media 4,5 ± 3,8 anni), con la stessa diagnosi di accesso e libero uso di domperidone. Il reclutamento per sesso è stato considerato influente nei due gruppi. L'end point misurato è la riduzione della reidratazione endovenosa nel gruppo di bambini con vomito trattati con ondansetron per os. Le dimensioni del campione sono state stimate con una valutazione preliminare su 24 trattati e 25 controlli, utilizzando un livello di significatività del 95% e una potenza dell'80%. Secondo Kelsey et al. il campione necessario per raggiungere una significatività statistica deve essere di almeno 63 soggetti (31 trattati e 32 controlli); sono stati reclutati nel nostro studio 157 soggetti (89 trattati e 68 controlli) (tabella) [6]. L'ondansetron è disponibile come sospensione orale 4 mg/5 ml in flaconi da 50 ml, con costo al pubblico di € 59,92, pari a € 1,19/ml e € 1,49/mg. Il costo alla farmacia ospedaliera dell'ASL è di € 24,51 pari a € 0,49/ml e € 0,61/mg. Il dosaggio in pediatria è stabilito in base a fasce di peso (8-15 kg: 2 mg; >15-30 kg: 4 mg; > 30 kg: 8 mg). La reidratazione per os è stata condotta con la somministrazione delle comuni

TABELLA: EFFICACIA DELLA TERAPIA CON ONDANSETRON VS DOMPERIDONE

	TERAPIA EV	TERAPIA OS	
Domperidone	38	30	CER: 0,559
Ondansetron	8	81	EER: 0,09
Numero di soggetti nel gruppo domperidone	68		
Numero di soggetti nel gruppo ondansetron	89		
		INTERVALLO DI CONFIDENZA	
		+95%	-95%
ARR: Absolute risk reduction	46,89%	60,11%	33,68%
RRR: Relative risk reduction	83,9%	91,96%	67,8%
NNT: Number needed to treat	2,1	1,7	3,0
OR: Odds Ratio	0,079	0,185	0,03
Costo medio del trattamento sperimentale (ondansetron dose media 2,5 mg)	€ 2,44		
Costo del fallimento terapeutico (infusione ev. per almeno un giorno in regime di covero/astanteria)	€ 512		
Costo medio del farmaco per prevenire una infusione endovenosa	€ 5,20	da € 4,06	a € 7,25

CER: Control event rate
 EER: Experimental event rate
 ARR: Absolute risk reduction
 RRR: Relative risk reduction
 NNT: Number needed to treat
 OR: Odds Ratio

soluzioni reidratanti del commercio (ORS a 60 mEq/l di Na⁺) da parte dei genitori, con la supervisione del personale infermieristico. Una reidratazione endovenosa comporta un ricovero o una osservazione breve in reparto. Il costo di una giornata di degenza, determinato dal Controllo di Gestione sulla base della reportistica aziendale e del sistema di contabilità analitica calcolato per l'anno 2008 è di € 512. Nella definizione del costo sono stati considerati i costi direttamente attribuiti, le quote di competenza dell'assistenza infermieristica alberghiera, del personale medico e della direzione sanitaria. Il costo di una dose di ondansetron per os varia da € 1,22 (2 mg) a € 4,88 (8 mg). La

dose media utilizzata è di 4 mg (€ 2,44). Non è stata considerata la reidratazione tramite sondino nasogastrico. L'uso off label del farmaco è stato approvato in sede di Commissione Farmaceutica Interna dell'ASL VCO come disposto dalla Regione Piemonte con DGR 5-5740 del 23-4-2007.

Risultati

Non sono stati opposti rifiuti alla somministrazione orale dell'ondansetron da parte dei bambini, evidenziando una discreta palatabilità e una buona aderenza terapeutica. I risultati sono riassunti in tabella cui si rimanda per i dettagli. La riduzione assoluta del rischio di ricorrere alla reidrata-

zione endovenosa è pari al 46,9% con l'uso di ondansetron. Il NNT (Number Needed to Treat) necessario a evitare una reidratazione endovenosa è di 2,1 (2 DS 1,7-3). È stato calcolato l'onere finanziario di entrambi i trattamenti.

Un solo bambino del gruppo "ondansetron" è ritornato in ospedale dopo la dimissione al domicilio, mentre tra i soggetti del gruppo "domperidone" non si sono verificati rientri quando dimessi.

Esisterebbe quindi un vantaggio all'uso del farmaco ondansetron utilizzato in monosomministrazione per os, che permetterebbe una dimissione precoce, una reidratazione orale al domicilio, una minore aggressività psicologica nei confronti del bambino, un minor carico sociale dell'assistenza che viene più facilmente diluita su più figure parentali a domicilio. Sotto il profilo finanziario il costo medio del farmaco per prevenire una reidratazione endovenosa in ambiente ospedaliero e permettere una reidratazione orale al domicilio è di € 5,20 (da 4,06 a 7,25). Non sono stati rilevati effetti collaterali significativi.

Discussione

L'introduzione nella pratica clinica degli antagonisti dei recettori 5-HT₃ ha rivoluzionato la prevenzione e il trattamento della nausea e del vomito, in particolar modo nei bambini sottoposti ad anestesia, radioterapia e chemioterapia; numerosi studi hanno poi dimostrato la migliore efficacia antiemetica per l'ondansetron anche per i bimbi più piccoli senza particolari effetti collaterali [7].

Alcuni studi hanno già dimostrato l'efficacia dell'ondansetron rispetto al placebo nel trattamento del vomito nella gastroenterite. Reeves et al. su 107 bambini hanno dimostrato un NNT di 5,3 riguardo alla cessazione del vomito e un NNT di 6,25 riguardo al ricovero ospedaliero. Ramsook et al. hanno ottenuto in 145 bambini una ridotta necessità di reidratazione endovenosa ($p=0,01$) e una ridotta frequenza di ricovero ($p=0,04$). L'unico effetto collaterale dimostrato è un aumento delle scariche diarroiche, peraltro spiegato con la ridotta eliminazione delle tossine con il vomito [8-10]. Per contro, di fronte a un uso pratico molto diffuso del domperidone, in letteratura mancano dati robusti sulla sua efficacia nel vomito, soprattutto in età

pediatrica. Il suo uso nei bambini peraltro è autorizzato in Italia solo per il trattamento della nausea e del vomito in seguito a radioterapia e chemioterapia; il suo impiego è indicato nel vomito non controllabile di cui è nota l'origine ma i dati di efficacia sono scarsi e non è consigliato sotto i 2 anni [11]. Mancano in ogni caso dati di comparazione tra domperidone e ondansetron.

Nella nostra realtà l'ondansetron si è dimostrato efficace (rispetto al gruppo di controllo trattato con domperidone) nel favorire la reidratazione orale in corso di gastroenterite, con un risparmio economico nella gestione della patologia in PS pediatrico. Il vantaggio biologico (migliore efficacia e sicurezza della reidratazione orale), psicologico (non invasività) ed economico-sociale (non ospedalizzazione) legato all'efficacia del farmaco concorda con i dati della letteratura [12-13].

Purtroppo il farmaco non è registrato presso l'AIFA per questo tipo di utilizzo. Si rende pertanto necessario un trial randomizzato controllato che definisca in modo definitivo efficacia e tollerabilità, presupposto affinché sia registrato dal Ministero della Salute e sia utilizzabile in ambiente ospedaliero e ambulatoriale. Tale studio multicentrico è peraltro in fase avanzata di organizzazione ed è già stato approvato dall'AIFA.

I limiti del nostro studio sono legati alla impostazione che abbiamo dato, e cioè uno studio caso-controllo prospettico (con una coorte retrospettiva), non randomizzato e non in cieco. In realtà le abitudini del nostro gruppo relative alla reidratazione orale ed endovenosa ci sono sembrate le stesse in questo arco di tempo, ma il fatto che sia passato un anno tra il primo gruppo di intervento e il secondo già di per sé potrebbe avere influito sull'approccio terapeutico e in particolare sulla reidratazione per os o ev. Allo stesso modo, fattore confondente è anche la mancata cecità dell'uso dei farmaci che potrebbe influire sulla impressione di efficacia negli operatori, così come la mancata randomizzazione dei bambini che arrivano in ospedale per vomito. Per questi motivi è infatti indispensabile uno studio più "robusto", che peraltro è già stato previsto.

Concludendo, l'uso sistematico di ondansetron orale potrebbe quindi modifi-

care le abitudini mediche relative alla via utilizzata per la reidratazione, ma anche la prevalente tendenza dei genitori dei bambini a preferire la reidratazione endovenosa in caso di vomito da gastroenterite [14]. ♦

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi. Non forme dirette o indirette di sponsorizzazione.

Bibliografia

- [1] Marchetti F. Il trattamento farmacologico del vomito: bilancio tra i rischi e i benefici. *Bif* 2007;5:1-16.
- [2] Albano F, Bruzzese E, Spagnolo MI, et al. Antiemetics for children with gastroenteritis: off-label but still on in clinical practice. *J Pediatr Gastr Nutr* 2006;43:402-4.
- [3] Schutz J, Babl FE, Sheriff N, et al. Emergency department management of gastro-enteritis in Australia and New Zealand. *J Paediatr Child Health* 2008;44:560-3.
- [4] Shah SS, Hall M, Goodman DM, et al. Off-label drug use in hospitalized children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:282-90.
- [5] Hardman JG, Limbird LE. Prokinetic Agents. In: *The pharmacological basis of therapeutics*. Ninth Ed. NY: McGraw-Hill, 1996.
- [6] Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, et al. *Methods in observational epidemiology*. New York, NY: Oxford University Press, 1996.
- [7] Todd Cohen I. An overview of the clinical use of ondansetron in preschool age children. *Ther Clin Risk Manag* 2007;3:333-9.
- [8] Reeves JJ, Shannon MW, Fleisher GR. Ondansetron decreases vomiting associated with acute gastroenteritis: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2002;109:e62.
- [9] Ramsook C, Sahagun-Carreón I, Kozinetz CA, Moro-Sutherland D. A randomized trial comparing oral ondansetron with placebo in children with vomiting from acute gastroenteritis. *Ann Emerg Med* 2002;39:397-403.
- [10] Alhashimi D, Al-Hashimi A, Fedorowicz Z. Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD005506.
- [11] Martini N, Bonati M. Domperidone. In: *Guida all'uso dei farmaci per i bambini*. Roma: Ministero della Salute, 2004.
- [12] Freedman SB, Adler M, Seshadri R, et al. Oral ondansetron for gastroenteritis in a Pediatric Emergency Department. *N Engl J Med* 2006;354:1698-705.
- [13] De Camp LR. Use of antiemetic agents in acute gastroenteritis: a systematic review and meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:858-65.
- [14] Karpas A, Finkelstein M, Reid S. Parental preference for rehydration method for children in the Emergency Department. *Pediatr Emerg Care* 2009;5:301-6.

La depressione post-partum: i pediatri come protagonisti

Un'esperienza nell'AUSL di Cesena

Carlotta Farneti*, Massimo Farneti**, Fosca Marrone**

*Medico frequentatore, Pediatria di Comunità, AUSL di Cesena; **Pediatria di Comunità, Pediatria di Comunità, AUSL di Cesena

Abstract

Postnatal depression: the pediatricians as actors. An experience in AUSL of Cesena

Background Postnatal depression is a frequent but often underestimated pathology (8-15%). It can have serious consequences on the health of both the mother and the child.

Objectives To assess if a standardized test (EPDS), given by family paediatricians during well child visits, is able to detect mood disorders in post partum women. Furthermore to estimate if family paediatricians can become network coordinators in support of mothers with positive EPDS.

Materials and methods EPDS test during well-child visits between 2007-2008. Evaluation of the interventions for post partum women with an EPDS score ≥ 10 .

Results The feasibility of an approach based on the use of EPDS test has been confirmed. While family paediatricians' interventions were satisfactory, the involvement of other professionals (general practitioner, midwife, nurse, psychologist) appeared weak.

Conclusions The family paediatrician may be the central figure in a series of interventions supporting post partum women with depression. Nevertheless a coordinator, as a community paediatrician seems necessary. Interventions for early diagnosis and support of post-partum depression remain difficult to assess, and this activity must be carefully planned during the design phase.

Quaderni acp 2010; 17(2): 58-63

Key words Postnatal depression. EPDS test. Assistance network. Family pediatrician

Background La depressione post-partum rappresenta una patologia piuttosto frequente (8-15%), ma spesso misconosciuta. Essa può avere gravi ripercussioni sulla salute sia della madre che del bambino.

Obiettivi Valutare se sia possibile intercettare i disturbi dell'umore nelle puerpere utilizzando un test standardizzato (EPDS) somministrato dai pediatri di famiglia (PdF) nel corso dei bilanci di salute e valutare se possa divenire il coordinatore di una rete assistenziale a sostegno delle puerpere con EPDS positivo.

Materiali e metodi Utilizzo del test EPDS nel corso dei bilanci di salute nel periodo 2007-2008 e valutazione degli interventi effettuati nei confronti delle puerpere con punteggio EPDS ≥ 10 .

Risultati Il Progetto ha confermato la fattibilità di un approccio basato sull'utilizzo del test EPDS nel corso dei bilanci di salute. Sono risultati soddisfacenti gli interventi direttamente effettuati dal PdF, mentre sono apparsi carenti gli interventi basati sul coinvolgimento di altre figure professionali (medico di medicina generale, ostetrica, infermiera, psicologo).

Conclusioni Il PdF può rappresentare la figura centrale di una serie di interventi di sostegno per le puerpere depresse, ma appare necessaria una "regia" che, ove esiste, può essere affidata alla Pediatria di Comunità. Interventi di diagnosi precoce e sostegno della depressione post-partum rimangono di difficile valutazione e tale attività va attentamente programmata nella fase di progettazione degli interventi.

Parole chiave Depressione post-partum. EPDS test. Rete assistenziale. Pediatria di Famiglia

La gravidanza e il puerperio sono due momenti di vita delle donne in cui sono particolarmente frequenti disturbi dell'umore. Questi sono stati suddivisi in tre

quadri clinici: il cosiddetto maternity blues (o baby blues), la depressione post-partum (DPP) e la psicosi puerperale. Accanto a questi è da considerare anche

il disturbo post-traumatico da stress successivo al parto, di recente descritto su questa rivista [1].

Il *maternity blues* colpisce fino al 70% delle donne nei 10 giorni successivi al parto. È un lieve disturbo emozionale [2-3] che tende a diminuire spontaneamente e a scomparire dopo poche settimane, senza particolari conseguenze per la madre e il bambino [4].

La *psicosi post-partum* si presenta all'estremità opposta dello spettro di gravità. È un disturbo psichiatrico, relativamente raro (0,2%-0,3%), caratterizzato da deliri, allucinazioni e notevole compromissione delle capacità psichiche della donna [5]. Si tratta di una grave patologia in termini di rischi potenziali per la salute della madre e del bambino con un elevato rischio di suicidio e/o di infanticidio [6].

La DPP è un episodio depressivo, non psicotico, che inizia o si estende nel periodo post-partum [4-7-8], la prevalenza è di circa l'8-15% delle puerpere. La durata media degli episodi di DPP sembra essere di almeno alcuni mesi [4]. La depressione materna può avere effetto sullo sviluppo cognitivo e comportamentale del bambino [9-10-11-12]. Studi neurobiologici hanno dimostrato che la disregolazione affettiva derivante dalla relazione con la madre depressa è in grado di provocare alterazioni nello sviluppo dei bambini, predisponendoli a una maggiore vulnerabilità verso rischi psicopatologici successivi [13-14]. La DPP è frequentemente subclinica, spesso non riconosciuta né sospettata ed è difficile da riconoscere nel corso di una visita non mirata. Una delle difficoltà diagnostiche è legata alla reticenza delle pazienti a parlare del proprio disagio e al richiedere aiuto poiché i segnali depressivi suscitano un senso di profonda vergogna. La madre cerca di dissimulare il suo stato di malessere poiché si sente lontana dallo stereotipo dell'immaginario collettivo della "mamma felice" che

Per corrispondenza:

Carlotta Farneti

e-mail: carlotta.farneti@student.unife.it

research letters

invece si aspettava di essere e che tutti attorno a lei sembrano attribuirle ed esigere. La DPP, poi, non è una patologia omogenea e regolare nel tempo; pur mantenendo una prevalenza tutto sommato costante, presenta grandi differenze d'incidenza. Diventa allora importante riuscire a offrire alla donna una finestra relazionale continua attraverso cui rendere esprimibile ciò che le è inesprimibile altrimenti. Due approcci sono possibili per questo obiettivo.

Il primo si basa sull'osservazione della madre e degli stili relazionali mamma-bambino e sull'utilizzo di una serie di domande mirate, le domande di Whooley che possono indirizzare all'evidenziazione del problema [15-16]. Questo approccio può essere gestito solo da personale specificamente addestrato.

Il secondo può essere effettuato anche senza la necessità di uno specifico addestramento e si basa sull'utilizzo di test che possono essere somministrati alle madri anche durante le visite routinarie al neonato. Fra questi test ricordiamo: Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS), Bromley Postnatal Depression Scale (BPDS) e Postpartum Depression Checklist (PDC). Sono tutti validi strumenti per evidenziare l'eventuale disturbo emozionale nella puerpera, anche se non sono ritenuti strumenti diagnostici e necessitano perciò di una conferma diagnostica successiva. Il più validato è l'EPDS.

Il personale utilizzabile per intercettare le puerpere depresse può essere vario: ostetriche, infermiere o assistenti sanitarie, psicologi, medici. Nel SSN la figura professionale più adatta sembra essere il PdF che ha l'occasione di incontrare tutte le puerpere dei suoi assistiti più volte nel primo anno durante i bilanci di salute.

Obiettivi

Gli obiettivi della indagine che descriveremo sono stati due.

Il primo: valutare la fattibilità di un intervento per intercettare i disturbi dell'umore nelle puerpere, basato sull'uso di un test standardizzato (EPDS), somministrato dai PdF nel corso dei bilanci di salute (BdS).

Il secondo: valutare la possibilità che il PdF somministrasse il test e divenisse coordinatore di una rete assistenziale a sostegno delle puerpere con EPDS positivo.

Materiali e metodi

Premessa

L'assistenza materno-infantile nella AUSL di Cesena è caratterizzata da una buona integrazione delle varie strutture e dei professionisti che operano sul versante ospedaliero e territoriale. In particolare a livello distrettuale operano, in coordinamento funzionale, Pediatria di Comunità (PdC), Pediatria di Famiglia, Neuropsichiatria Infantile e Consultori Familiari (CF) che si interessano principalmente dell'assistenza alla gravidanza e al puerperio.

Questa relazione interprofessionale ha contribuito a dare ai PdF un interesse anche verso l'area psico-relazionale. L'interesse è stato coltivato attraverso un costante lavoro di formazione e confronto con formazione comune e corsi di counselling sistemico e di pediatria dello sviluppo. Nel 2005, alla presentazione dei dati di una ricerca sulla DPP effettuata in Romagna [17] e che riportava una prevalenza del 15-18%, vi fu una generale reazione di sorpresa. Nei gruppi di studio svolti successivamente per commentare i risultati della ricerca, i PdF avevano sottolineato la loro scarsissima sensibilità nella intercettazione delle puerpere depresse tanto che, rianalizzando i dati delle loro cartelle, era emerso che le uniche segnalazioni di disturbi emozionali nelle madri erano stati i rari casi di psicosi post-partum. Si decise allora di intraprendere un percorso che comportasse, da una parte, il miglioramento della capacità di intercettare precocemente e prendere in carico le puerpere depresse e, dall'altra, la necessaria costruzione di una rete di sostegno che coinvolgesse le varie figure operanti nell'assistenza materno-infantile.

Il lavoro, per giungere ad affrontare la DPP, è partito con due momenti formativi che hanno approfondito:

- gli aspetti clinici nella madre e le possibili ripercussioni sul bambino;
- i fattori di rischio e le possibili strategie di approccio e presa in carico con un taglio epidemiologico-organizzativo.

La fase sperimentale

Da questa fase formativa è nata una ipotesi operativa sperimentale basata sull'uso del test EPDS da eseguire nel corso

dei BdS del primo anno di vita (nascita, 2-3 mesi, 4-5 mesi, 10-11 mesi) da parte di un ristretto gruppo di pediatri.

La scelta di adottare uno strumento standardizzato è derivata dalla convinzione che un approccio basato sulla osservazione della madre e degli stili relazionali mamma-bambino con le domande di Whooley avrebbe richiesto una lunga formazione specifica e un periodo di training e supervisione che poteva essere effettuato solo da un gruppo ristretto e motivato di professionisti. Questo li avrebbe resi sicuramente competenti, ma il modello difficilmente avrebbe potuto essere riproposto a tutti i PdF mentre l'obiettivo rimaneva quello di affrontare il problema con un orientamento di popolazione e di sanità pubblica.

La prima fase sperimentale ha coinvolto 5 pediatri con la supervisione di uno psicologo dei CF. Si è conclusa con un incontro con tutti i PdF in cui è emerso che:

- l'approccio con il test EPDS è risultato facile e ha dimostrato di essere accettato dalle puerpere italiane o che comunque parlavano italiano;
- una parte degli "sperimentatori" ha abbinato al test EPDS anche le domande di Whooley, rilevando "una piacevole sorpresa delle madri all'attenzione del pediatra verso il loro vissuto", come riferiva una pediatra nel corso dell'incontro;
- vi era stata una buona risposta e attenzione sia dei partner che dei Medici di Medicina Generale (MMG) che avevano in carico le madri, alla segnalazione da parte del pediatra del sospetto di patologia depressiva della puerpera.

Il progetto esecutivo: il test

I risultati positivi della fase sperimentale hanno reso possibile l'avvio di un "Progetto aziendale di diagnosi precoce e sostegno dei disturbi emozionali in puerperio", inserito nel contratto integrativo aziendale per la pediatria di famiglia a costi invariati. Nel progetto erano coinvolti la PdC con funzioni di coordinamento e sostegno tramite il personale infermieristico deputato alle visite domiciliari, tutti i PdF e i CF nelle figure delle ostetriche e degli psicologi. La UO Materno-infantile della AUSL ha anche attuato alcune iniziative di riorganizzazione interna e di rafforzamento dei ser-

vizi dedicati alla gravidanza e al puerperio e rendere più efficaci le offerte di sostegno. In particolare:

- il potenziamento dei corsi di preparazione alla nascita dei CF in modo di intercettare un maggior numero di gravide;
- l'apertura di "ambulatori per il puerperio" gestiti dalle ostetriche;
- il superamento della suddivisione per territorio (aree subdistrettuali) del personale di area infermieristica della PdC per "assegnare" a ogni PdF una AS/IP di riferimento per costituire una sorta di micro équipe stabili (PdF/personale infermieristico) per una collaborazione più stretta sulle situazioni complesse.

Si è confermato, come nella fase sperimentale, la somministrazione dell'EPDS come metodo per porre il sospetto diagnostico (*tabella 1*) a tutte le puerpere italiane o che parlavano l'italiano: il tempo scelto è stato il BdS del 2°-3° mese. Il cut off prescelto è stato di 10 punti. La scelta del 2°-3° mese dopo il parto è legata al fatto che in più ricerche è risultato questo il momento a più alta prevalenza [7-8-18].

Il pediatra era libero di utilizzare il test EPDS o le domande di Whooley anche nelle altre occasioni di contatto nel corso del primo anno di vita del bambino. I risultati del test, nel corso del BdS del 2°-3° mese, dovevano essere riportati nella scheda clinica del bilancio di salute che viene inviata alla PdC e quindi inserita nel già esistente database aziendale dei bilanci di salute.

La presa in carico della puerpera

Al PdF era affidato il compito di creare e coordinare attorno alla puerpera con test positivo una rete di sostegno collaboran-

do con il MMG per completare e rafforzare gli interventi necessari. Non sono stati decisi livelli di intervento diversi a seconda del punteggio al test EPDS, rimanendo implicita una maggior attenzione per le puerpere con punteggio più elevato (≥ 12). Il primo passo del sostegno era la ricerca dell'alleanza terapeutica con la puerpera alla quale dovevano essere spiegati il significato e i limiti del test effettuato per poi giungere alla condivisione delle scelte assistenziali se accettate.

Immediatamente dopo, con il consenso della puerpera, il PdF doveva informare e coinvolgere il partner ed eventualmente altre figure significative per attivare un sostegno "intrafamiliare" che può avere un importante effetto protettivo sul bambino. L'intervento seguente, sempre in accordo con la puerpera, era la segnalazione al MMG con un contatto personale telefonico, per informarlo del sospetto avanzato e per cercare una collaborazione per la presa in carico.

Il PdF poteva poi utilizzare alcuni "servizi di supporto" attivabili a sua discrezione:

- le visite domiciliari delle assistenti sanitarie e infermiere (AS/IP) della PdC;
- i corsi di massaggio per i neonati dei CF, gratuiti per le madri con test positivo;
- in caso di richiesta di aiuto ad altri professionisti (psicologo del CF e/o psichiatra del Dipartimento di salute mentale) doveva essere evitato un invio senza "accompagnamento";
- gli eventuali passaggi in cura dovevano essere effettuati con attenzione poiché sono segnalati in letteratura come momenti particolarmente delicati e ad alto rischio di fallimento.

Il pediatra in ogni caso rimaneva a disposizione della famiglia non solo per i controlli del bambino ma anche per rivalutare periodicamente la situazione della puerpera e sostenerla offrendole spazi idonei di consultazione.

La elaborazione dei dati

I risultati dei primi due anni del Progetto riguardano le madri dei nati negli anni

TABELLA 1: EDINBURG POSTNATAL DEPRESSION SCALE

L'Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) è un questionario di autovalutazione costituito da 10 domande che esplorano i sintomi depressivi caratteristici del periodo del post-partum (senso di colpa, sentimenti di incomprensione e di fallimento, tristezza e pianti improvvisi senza causa apparente, ansia e intense preoccupazioni per se stessa e per gli altri, disturbi del sonno). Ogni domanda comprende quattro possibili risposte, la puerpera deve scegliere quella che meglio corrisponde allo stato d'animo provato negli ultimi sette giorni. A ogni risposta corrisponde un punteggio da 0 a 3, il punteggio globale varia da 0 a 30. La somma dei punteggi offre uno score di probabilità: <10 normale, $\geq 10 < 12$ dubbio, ≥ 12 patologico.

TABELLA 2: EPDS AL Bds DEL 2°-3° MESE. DISTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI

Punteggi	Puerpere	%
<10	944	88,7
$\geq 10 < 12$	77	7,3
≥ 12	43	4,0

TABELLA 3: INTERVENTI EFFETTUATI PER LE PUERPHERE CON EPDS ≤ 10

Distribuzione dei punteggi	Presa in carico del PdF e rivalutazione periodica N e (%)	Colloquio con il partner N e (%)	Segnalazione al MMG N e (%)	Sostegno richiesto all'ostetrica del CF N e (%)	Intervento richiesto all'AS/IP della PdC N. e (%)	Invio allo psicologo N. e (%)
≥ 10 e <12:77	70 (90,9)	26 (33,7)	5 (6,5)	0	1 (1,3)	8 (10,4)
≥ 12 : 43	41 (95,3)	24 (55,8)	10 (23,3)	3 (6,9)	5 (11,6)	10 (23,2)
Totale ≥ 10 : 120	111 (92,5)	50 (41,6)	15 (12,5)	3 (2,5)	6 (5)	18 (15)

2007 e 2008 e sono stati elaborati utilizzando i dati immessi nel database aziendale dei bilanci di salute e attraverso una ricerca ad hoc su tutte le puerpere con EPDS ≥ 10 eseguita da una delle autrici di questo lavoro in collaborazione con i PdF che avevano segnalato le puerpere "positive" al test.

Risultati

Anno 2007

Il questionario è stato compilato da 1064 puerpere pari al 57,8% delle madri i cui bambini hanno eseguito il bilancio di salute del 2°-3° mese. I risultati sono riportati nella **tabella 2**.

I test "positivi" sono risultati pari all'11,3%. Il dato può essere ritenuto accettabile perché rientra nel range di quelli segnalati dalle più importanti ricerche internazionali (8-15%).

L'analisi del tipo di approccio e di sostegno attivati è riassunto nella **tabella 3** dove sono riportati gli interventi svolti.

Le azioni di supporto sono state naturalmente più intense e strutturate nei casi a più alto punteggio. Si deve segnalare che sia il coinvolgimento del partner che quello del MMG appaiono molto più limitati rispetto a quanto si era ipotizzato nella fase di costruzione del Progetto. Anche il coinvolgimento del personale di area ostetrica e infermieristica è risultato limitato evidenziando una difficoltà dei PdF a integrarsi con il personale sanitario non medico.

La valutazione degli interventi svolti si è poi concentrata sulle 18 puerpere (**tabella 3** colonna 7) alle quali è stato consigliato da parte del PdF un colloquio e/o una presa in carico da parte dello psicologo. Le 18 puerpere sono state seguite nel loro "iter specialistico" e i risultati non sono apparsi soddisfacenti: 9 hanno

rifiutato questo tipo di intervento, solo una è stata presa in carico dallo psicologo del CF, 5 hanno scelto uno psicologo privato, una è stata ricoverata per una confermata DPP, mentre 2, già seguite dai servizi di igiene mentale, hanno continuato il loro iter assistenziale. Di quelle che non hanno ritenuto di seguire i consigli del pediatra non si hanno informazioni.

Non è stato possibile estrapolare i singoli percorsi attuati dalle puerpere (es. quante sono state prese in carico dal PdF e sono state "segnalate" al MMG ecc.).

Anno 2008

Il questionario è stato compilato da 1438 puerpere pari al 79,2% (+21,4% rispetto al 2007) delle madri i cui bambini hanno eseguito il BdiS del 2°/3° mese.

I risultati dei punteggi dei questionari eseguiti sono riportati nella **tabella 4**.

I test "positivi" sono risultati pari all'8,6%, leggermente inferiori ai risultati dell'anno precedente ma ancora all'interno del range segnalato dalle più importanti ricerche internazionali (8-15%). Significativo il fatto che i questionari con punteggio ≥ 12 sono rimasti praticamente costanti rispetto all'anno precedente (3,7% vs 4,0%) mentre sono diminuiti considerevolmente quelli con punteggio ≥ 10 e < 12 . Si tratta, molto probabilmente di fluttuazioni casuali. L'analisi del tipo di approccio e di sostegno attivati è riportata nella **tabella 5**.

I risultati del secondo anno confermano un maggior impegno assistenziale per i casi più a rischio. Vi è una migliore presa in carico da parte del pediatra (99,2% vs 92,5%). Si registra un aumento dei casi in cui è stato coinvolto il partner (58,8% vs 50%), anche il coinvolgimento del personale ostetrico e infermieristico è in leggero aumento ma ancora lontano dal

livello desiderabile. Delle 13 puerpere (colonna 7) cui è stata suggerita la consulenza psicologica 6 hanno rifiutato tale intervento, una è stata presa in carico dallo psicologo del CF, una ha scelto uno psicologo privato, mentre 5, già seguite dai servizi di igiene mentale hanno continuato il loro iter.

Discussione

L'indagine conferma che il problema della DPP nel nostro territorio è presente anche se con dati leggermente inferiori a quelli della ricerca eseguita nel 2006 [17]. Difficile avanzare ipotesi sulle cause di tale difformità. La differenza metodologica più significativa è che l'indagine pubblicata nel 2006 era stata effettuata da psicologi in un setting non ambulatoriale.

La nostra indagine solleva alcuni punti che meritano una discussione.

- Il Progetto è scaturito dalla esigenza di tutti gli operatori dell'area materno-infantile di valutare la presenza di un problema rilevante secondo la letteratura e di verificare la fattibilità di un intervento del PdF. L'attenzione si è concentrata nella fase di preparazione, sulla organizzazione dell'intervento: formazione all'uso dell'EPDS, rilevazione ed elaborazione dei dati con sistema informativo/informatico, co-

TABELLA 4: EPDS AL BDIS DEL 2°-3° MESE. DISTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI

Punteggi	Puerpere	%
<10	1314	91,4
≥ 10 <12	71	4,9
≥ 12	53	3,7

TABELLA 5: INTERVENTI EFFETTUATI PER LE PUERPHERE CON EPDS ≥ 10

Distribuzione dei punteggi	Presa in carico del PdF e rivalutazione periodica N e (%)	Colloquio con il partner N e (%)	Segnalazione al MMG N e (%)	Sostegno richiesto all'ostetrica del CF N e (%)	Intervento richiesto all'AS/IP della PdC N. e (%)	Invio allo psicologo N. e (%)
≥ 10 e < 12 : 71	70 (98,6)	38 (53,5)	3 (4,2)	6 (8,4)	1 (1,4)	2 (2,8)
≥ 12 : 53	53 (100)	35 (66)	7 (13,2)	3 (5,6)	6 (11,3)	11 (20,7)
Totale ≥ 10 : 124	123 (99,2)	73 (58,8)	10 (8,1)	9 (7,2)	7 (5,6)	13 (10,5)

struzione di una rete territoriale di sostegno per le madri con punteggi EPDS elevati.

Questa parte del progetto ha dato risultati soddisfacenti.

È stata carente invece l'attenzione alla valutazione di efficacia degli interventi che venivano programmati nei singoli casi (presa in carico del pediatra, coinvolgimento del partner ecc.) e sui loro risultati di salute. La mancanza, nella progettazione iniziale, della fase di valutazione rende difficile e per alcuni versi non pienamente attuabile una valutazione a posteriori sui risultati di salute. Non è però etico, ora, una volta avviato un progetto di intervento, sospenderlo per svolgere una indagine "controllata" in cui una parte della popolazione, selezionata come "positiva" all'EPDS, non è sottoposta ad alcun trattamento per utilizzarla come confronto.

Va anche detto che la valutazione dei risultati di interventi nel campo della DPP è particolarmente complessa per la presenza di non pochi ostacoli metodologici: la variabilità della DPP, la guarigione spontanea di una parte consistente di casi. I dati di prevalenza della DPP nei vari studi coincidono discretamente, mentre quelli sulla incidenza nei vari mesi dopo il parto sono pochi e riportano tassi variabili dal 3,6% al 63,7% [19].

Alla luce di queste considerazioni il Progetto del 2010 sarà indirizzato alla verifica dei risultati, almeno a breve-medio termine. A causa dei problemi metodologici sovrariportati, in parte insormontabili, la valutazione potrà essere effettuata solo con indicatori proxy. Così al 10° mese si somministrerà nuovamente il test EPDS a tutte le madri che lo hanno già ricevuto al 2°-3° mese e si valuterà longitudinalmente il punteggio che sarà confrontato andando a valutare la prevalenza di DPP e la si rapporterà con la prevalenza di DPP in un campione di puerpere allo stesso mese postpartum di una AUSL limitrofa che non ha un programma strutturato di identificazione e sostegno alle puerpere depresse. Se il programma è efficace dovremmo trovare una minor frequenza di depressione nelle puerpere che partecipano al Progetto.

► Scendendo nel dettaglio si deve osservare che in relazione al numero di nati nelle due annate (1894 nel 2007 e 1899 nel 2008) la copertura "grezza" del test nel primo anno è stata del 56,2% e del 75,2% nel secondo. La non altissima copertura è dovuta, almeno in parte, alla scelta di non proporre il test alle donne straniere che non parlano italiano. Queste, in un campione di straniere, sono risultate essere il 35% del totale. Da tale stima risulta dunque che le puerpere eleggibili al test erano stimabili quindi in 1734 nel primo anno e 1739 nel secondo: la copertura può quindi essere stimata del 61,4% nel 2007 e del 82,7% nel 2008. Non sono stati valutati invece gli ulteriori momenti in cui i PdF hanno utilizzato il test o le domande di Whooley. Si può quindi valutare come buona la compliance dei PdF al sistema adottato. La "copertura" del test nella popolazione non ha differenze significative fra i vari PdF. Tali buoni risultati sono legati anche al fatto che il test viene utilizzato sfruttando una tappa (i BdiS) già presente nell'offerta di servizi di tutta la popolazione pediatrica nel territorio sede della indagine.

► Un dato significativo riguarda la dimostrazione della fattibilità di questo intervento quando venga affidato al PdF: la somministrazione del test e la presa in carico delle situazioni problematiche da parte del pediatra, si sono dimostrate possibili. È significativo che già nel secondo anno gli indicatori siano migliorati, segno evidente che con l'esperienza è cresciuta la capacità di gestire le prime due fasi del Progetto. Lo stesso non si può dire per la capacità di attivare gli altri operatori della rete. Insoddisfacenti sono le percentuali di attivazioni del MMG, della ostetrica del CF e dell'assistente sanitaria/infermiera della PdC. Si ha l'impressione di un gruppo di professionisti preparati che si sono impegnati personalmente nel Progetto ma che ancora hanno difficoltà a "fare rete" con gli altri operatori sanitari. Alla luce di queste considerazioni il Progetto del 2010 prevede di attivare un audit che dovrà analizzare questi dati, spiegarne le motivazioni ed eventualmente suggerire azioni correttive. Per

coinvolgere maggiormente i MMG (altro punto di sofferenza) saranno attivati incontri con i Nuclei di Cure Primarie (le strutture funzionali che a livello distrettuale organizzano l'assistenza primaria).

► Un limite importante del Progetto sta nella scarsa accoglienza da parte delle puerpere delle proposte di consulenza/presa in carico da parte dei servizi di 2° livello (solo 16 su 31 *tabelle 3 e 5*). È nota la "resistenza" ad accettare servizi di secondo livello che sono vissuti come una stigma negativa [15]. Un risultato così deludente non era però nelle previsioni. Si era ipotizzato che l'utilizzo, in prima istanza, di psicologi del CF invece che del dipartimento di salute mentale e l'invio "accompagnato" potessero compensare la naturale diffidenza delle puerpere nei confronti dei servizi di salute mentale. Ciò porta a rafforzare l'ipotesi, di cui si terrà conto nel 2010, che il metodo più efficace per aiutare le puerpere depresse sia quello della costruzione di una rete di sostegno a cui partecipino i familiari in stretto rapporto con gli operatori professionali dell'area delle cure primarie a partire dal PdF e dal MMG che sono più noti e di solito considerati più vicini alle famiglie.

Conclusioni

L'esperienza maturata presenta, accanto agli evidenti limiti, alcuni aspetti positivi che potrebbero utilmente essere presi come spunto per programmi di interventi analoghi o anche più estesi.

► Il PdF è in grado di utilizzare l'EPDS con una buona affidabilità. Risulta quindi possibile inserire nella assistenza primaria alla famiglia aspetti che vanno oltre la semplice assistenza al bambino per abbracciare interventi più ampi di sostegno alla salute della famiglia.

► La PdC, ove esiste, è in grado di funzionare da regista di progetti aziendali che si esplicano nel territorio e che necessitano del coinvolgimento di più professionisti e servizi e che richiedano costanti attività di "manutenzione" e valutazione. Ove non esiste è necessario individuare altri strumenti organizzativi che si occupino della regia.

Grazie a questa regia e alla utilizzazione dei professionisti già presenti, un intervento come quello descritto non richiede ulteriori risorse ma solo un maggior coordinamento degli operatori e la loro crescita professionale. ♦

Ringraziamenti

Questa ricerca è stata resa possibile grazie alla partecipazione e all'impegno dei PdF della AUSL di Cesena a cui va un sincero ringraziamento. Altrettanto vale per tutto il personale della UO Materno-infantile che ha dimostrato quanto possa essere importante "il lavoro di squadra" in un'area così delicata come il sostegno alle puerpere con disturbi emozionali.

Bibliografia

- [1] Bonapace S, Ciotti F. Il disturbo post-traumatico da stress successivo al parto. *Quaderni acp* 2009;16:161-5.
- [2] Kennerley H, Gath D, Maternity Blues I. Detection and measurement by questionnaire. *Br J Psychiatry* 1989;155:356-62.
- [3] O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, et al. Prospective study of postpartum blues: biological and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:801-6.
- [4] O'Hara MW. Postpartum Depression: Causes and Consequences. New York: Springer-Verlag, 1994.
- [5] Brockington IF, Cernik KF, Schofield EM, et al. Puerperal Psychosis. Phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:829-33.
- [6] Davidson J, Robertson E. A follow-up study of postpartum illness, 1946-1978. *Acta Psychiatr Scand* 1985;71:451-7.
- [7] Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993;163:27-31.
- [8] Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, et al. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry* 1984;144:453-62.
- [9] Williams H, Carmichael A. Depression in mothers in a multi-ethnic urban industrial municipality in Melbourne: aetiological factors and effects on infants and preschool children. *J Child Psychol Psychiatry* 1985;26:277-88.
- [10] Cutrona CE, Troutman BR. Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development* 1986;57:1507-18.
- [11] Field T, Healy B, Goldstein S, et al. Infants of depressed mothers show 'depressed' behaviour even with nondepressed adults. *Child Development* 1988;59:1569-79.
- [12] Whiffen VE, Gotlib IH. Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *J Abnorm Psychol*; 1989;98:274-79.
- [13] Schore AN. The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 1996;8:59-87.
- [14] Lewis M, Granic I. The self-organization of the right brain and the neurobiology of emotional development. In *Emotion, Development, and Self-organization, Dynamic Systems Approaches to Emotional Development* Cambridge University Press 2000.
- [15] Whooley M, Avins A, Miranda J, et al. Case-finding instruments for depression: two questions as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439-45.
- [16] Garrone G, Levi P, Luzzatto L, et al. Anche il pediatra se ne deve occupare? *Medico e Bambino* 2009;28:297-302.
- [17] Monti F, Agostini F. La depressione postnatale. Roma: Carocci Editore, 2006.
- [18] Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:35-47.
- [19] Agency for Healthcare Research and Quality US Department of Health and Human Services. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. AHRQ Publication 2005;5:E006-2 (www.ahrq.gov).

NO COMMENT

La mutua agli animali – Un disegno di legge, come si suol dire bipartisan, delle senatori Sivana Amati del PD e Laura Bianconi del PDL, prevede cure gratuite per gli animali domestici. Sotto gli auspici del sottosegretario al Welfare, Francesca Martini, ci sarà anche un disegno di legge del governo; la Martini afferma che il problema è quello di trovare i fondi. Un tempo, prima si trovavano i fondi e poi si facevano le leggi.

Mamma al Martini – Questa è veramente una buona notizia! Una nuova bevanda "naturale" americana: il "MaMatini", crasi tra Mamma e Martini. L'idea è venuta a Erica Duignan Minnihan, 3 figli, che stufa di preparare litri e litri di latte caldo in pieno agosto per sostenere la sua produzione di latte (sic!) ha chiesto aiuto alla madre, pediatra (sic al quadrato!): possibile non ci sia un modo più divertente, gustoso ed efficiente per farlo? Due bottiglie di "MaMatini" al giorno leniscono anche il dolore per le coliche nei piccoli! I prezzi? Una scatola con 12 bottigliette costa 40 dollari. Per informazioni: fo@drinkmammatini.com.

La linea Dentini – Plasmon lancia la linea Dentini, omogeneizzati con pezzetti morbidi di carne studiati per favorire la masticazione dei bambini cui sono spuntati i primi denti da latte e poi Happy milk (modificatore di latte al cacao).

GLI ARGONAUTI 2010

(vedi pag. 91)

CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA"

Terza edizione

Regolamento

Le foto dovranno avere come tema i bambini in riferimento ai temi del Convegno.

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

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

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

CONCORSO FOTOGRAFICO
PASQUALE CAUSA
c/o Defla organizzazione eventi
Via del Parco Margherita 49/pal. 3
80121 Napoli.

Le foto in formato digitale dovranno essere inviate al seguente indirizzo e-mail: congressi@defla.it specificando in oggetto: CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA".

Il giudizio di qualità sulle foto sarà compito di una giuria scelta dagli organizzatori del Convegno.

Questi individueranno un vincitore e segnaleranno 5 foto meritevoli. Le foto partecipanti al concorso dovranno pervenire entro e non oltre il **9 aprile 2010**.

La nascita pretermine, problema di sanità pubblica

Carlo Bellieni

UTIN Policlinico Universitario "Le Scotte" - Siena

Uno degli aspetti più rilevanti di sanità pubblica e di salute individuale in età evolutiva è rappresentato dalla nascita pretermine. Su questo tema *Quaderni acp* ha deciso di ospitare una serie di contributi di cultori della materia di diversa estrazione professionale e dalla cui pubblicazione ci aspettiamo di ricavare analisi e visioni dialetticamente complementari. Il primo contributo è un articolo, dal titolo *L'epidemia nascosta*, pubblicato dall'Osservatore Romano del 10 gennaio 2010. L'articolo è di Carlo Bellieni, neonatologo dell'Unità di Terapia Intensiva Neonatale del Policlinico Universitario "Le Scotte" di Siena. Fra i temi di cui Bellieni si occupa, e che sono stati oggetto di pubblicazioni su riviste internazionali, spiccano in modo particolare il dolore del neonato e gli aspetti bioetici dell'assistenza neonatale. Oltre che socio di varie società scientifiche, l'autore è anche membro della Pontificia Accademia Pro Vita. (Carlo Corchia)

Parole chiave Pretermine. Neonato. Terapia intensiva

Una grave epidemia ha colpito negli ultimi anni il mondo, ma nessuno ne parla. È quella delle nascite premature, mai così numerose e costantemente in aumento, tanto che i posti letto nei reparti spesso non bastano. Così dichiarava nel giugno 2009 l'allora presidente dei neonatologi italiani Claudio Fabris, ricordando che annualmente sono 40.000 le nascite premature in Italia. Ogni anno 540.000 bambini prematuri nascono negli Stati Uniti: sono il 12,8 per cento del totale, secondo il Center for Disease Control (marzo 2009), con un aumento del 20 per cento dal 1990. In Francia l'aumento dal 1995 al 2005 è stato del 25 per cento (*Santé Médecine*, novembre 2009) e in Inghilterra del 30 per cento in 25 anni. L'industria prevede l'ulteriore incremento delle vendite dei macchinari per l'assistenza a questi piccolissimi, secondo il Millennium Research Group (24 luglio 2007). La nascita prematura non è da banalizzare: la sopravvivenza migliora di anno in anno grazie ai progressi tecnologici, ma i rischi per la salute restano tanti, e talora gravi: ogni anno nascono quasi 13 milioni di bambini prematuri nel mondo, di cui un milione circa muore. E questo ha un costo elevato: annualmente negli Stati Uniti si spendono oltre 26 milioni di dollari per i prematuri. Questa epidemia è un paradosso, perché non si tratta di un nuovo virus e le cure mediche, come le prestazioni sanitarie, migliorano sempre. Allora cosa la fa diffondere? Già, perché se per le infezioni e altre complicazioni il normale progresso medico è sempre più efficace, ci deve essere un fattore che sfugge alle maglie della medicina, quasi fosse un nuovo germe cui non si è preparati. Per l'associazione storica March of Dimes, "i fattori chiave che

contribuiscono a questo aumento sono l'aumento di gravidanze oltre i 35 anni, l'aumento di tecniche di riproduzione assistita con gravidanze gemellari e l'aumento di nascite moderatamente premature". In Italia sono in continuo aumento le nascite da donne ultraquarantenni: da 12.383 nel 1995 a 27.938 nel 2006 (Istat 2008); in Canada è raddoppiato dal 1970 al 1990 il numero di donne che partoriscono oltre i 30 anni e di conseguenza i parti prematuri sono aumentati del 3,5 per cento sotto i 35 anni e del 14 per cento oltre questa età (Suzanne Tough, *Pediatrics* 2002); sempre in Canada le donne che partoriscono oltre i 35 anni erano il 6 per cento nel 1975, il 18 per cento nel 1995 e il 25 per cento nel 2005 (Arthur Leder, *Sexuality, Reproduction and Menopause* 2006). La maternità posticipata è insomma responsabile del 36 per cento dell'aumento di nascite premature. E più si aspetta a concepire, più è difficile farlo. Allora spesso si ricorre a un aiuto medico; ma, come riporta la rete ginecologica francese Audiopog (giugno 2003), questo stesso aiuto non è senza pericoli: "Il rischio di gravidanze multiple in donne sottoposte a trattamenti per la fertilità è del 15 per cento contro il 2,1 per cento del concepimento naturale", e Dorte Hvidtjorn su *Pediatrics* (agosto 2006) riporta che il 18 per cento dei nati da fecondazione in vitro sono prematuri, contro il 5 per cento degli altri nati, mentre una rassegna di *Lancet* riporta che anche le gravidanze con un feto singolo medicalmente indotte hanno un rischio doppio di prematurità (luglio 2007).

Il fenomeno tocca ogni latitudine, ma colpisce tipicamente la società del benessere: "Le donne che rimandano la maternità sono spesso più scolarizzate, si affidano prima alle cure prenatali, hanno uno stile di vita più sano" scrive Suzanne Tough. E Susan Bewley scrive, nel 2005 sul *BMJ*, a proposito delle gravidanze oltre i 35 anni: "I ginecologi sono testimoni di cambiamenti demografici e tragedie nelle ultime due decadi in seguito a questa trasformazione demografica: il dolore dell'inferti-

lità, aborti spontanei, famiglie più piccole del desiderato". E aggiunge riferendosi alle gravidanze in età avanzata: "Ironia della sorte: mentre la società diventa più attenta ai rischi e le donne incinte diventano più ansiose che nel passato, una causa maggiore prevenibile di questa malattia della salute passa misconosciuta. Le agenzie di salute pubblica sono attente ai teenager, ma ignorano l'epidemia di gravidanze della mezza età".

Tutta l'educazione alla gravidanza su media è concentrata a spiegare come correre ai ripari quando un figlio non arriva o su come non avere figli; ma nulla su come evitare di restare sterili, quale sia il corretto periodo per avere figli, come non avere complicazioni. È un paradossale pudore inverso: parlare di sesso e contraccezione, ma assolutamente non parlare del desiderio e dell'istinto ad avere figli (se non quando si tratta di come correre ai ripari). E parlare poco degli altri rischi, come l'alcol e il fumo in gravidanza. Non bisogna recriminare, ma fare fronte all'epidemia. Non tutta la prematurità è legata all'età materna: su varie cause (infezioni, diabete e altre patologie) già si agisce fruttuosamente, su altre si può migliorare (droghe, fumo, alcol, malnutrizione, stress e lavori faticosi). Questi interventi colpiscono il cuore dell'epidemia, mentre l'incremento progressivo e continuo delle nascite premature ha uno stretto legame con l'incremento dell'età delle mamme. Servono allora coraggiose iniziative a favore delle famiglie giovani e delle donne in età fertile, perché il sogno di maternità non venga frustrato da carenza di denaro o da impedimenti nella carriera lavorativa. Ma serve anche un intervento culturale che riveli i costi dell'autonomia e della mancanza di legami considerate come ideali. Urge una rivoluzione copernicana che rimetta l'ordine biologico al centro del programma di vita: si può derogare all'orologio delle ovaie o del testosterone, ma è molto più saggio riconoscerne il secolare ritmo e, invece di sfuggirlo per poi rimpiangerlo, sfruttarlo appieno. ♦

Per corrispondenza:
Carlo Bellieni
e-mail: c.bellieni@tin.it

Appunti di psicopatologia dello sviluppo

Storia naturale dall'infanzia all'età giovanile e adulta

Francesco Ciotti

Pediatra e neuropsichiatra infantile, Cesena

Abstract

Notes on developmental psychopathology. Natural history from infancy to young and adult age

A synthesis of a paper written by M. Rutter et al on the natural history of psychopathological disorders from infancy to young and adult age. The research goes through longitudinal studies published up to 2006.

Quaderni acp 2010; 17(2): 65-67

Key words Schizophrenia. Natural history. Autism. Language disorders. ADHD. Depression

Viene riassunto un articolo di M. Rutter et al. sulla storia naturale dei disturbi psicopatologici tra infanzia ed età giovanile e adulta attraverso l'analisi di ricerche longitudinali pubblicate negli ultimi anni fino al 2006.

Parole chiave Schizofrenia. Storia naturale. Autismo. Disturbi del linguaggio. ADHD. Depressione

BOX 1: SCHIZOFRENIA DELL'ETÀ GIOVANILE-ADULTA

- **Precursori o fattori di rischio nell'infanzia:** ritardo psicomotorio, ritardo del linguaggio, ritardo cognitivo, difficoltà alle relazioni sociali coi pari.
- **Precursori o fattori di rischio in adolescenza:** uso precoce e continuo di *Cannabis* in adolescenza.
- **Sintomi prodromici in preadolescenza:** episodi allucinatori e pensieri deliranti (di questi la metà sviluppa schizofrenia conclamata in età giovanile o adulta specie in caso di familiarità per schizofrenia).

BOX 2: DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

- **Prognosi cattiva** col non raggiungimento di una vita autonoma e indipendente e impossibilità a instaurare relazioni amicali e di lavoro, necessità di assistenza in comunità residenziale o in famiglia, per tutti i soggetti con QI iniziale non verbale inferiore a 50.
- **Prognosi variabile** per i soggetti con QI iniziale non verbale superiore a 70, dei quali la metà circa raggiunge una vita sociale e lavorativa autonoma. La variabilità registrata sembra dipendere soprattutto dall'adeguatezza dei servizi sanitari e sociali nel fornire un intervento appropriato al raggiungimento delle autonomie del bambino e poi del giovane adulto.
- Talora esordio tardivo di una malattia epilettica in età adolescenziale o giovanile adulta.

BOX 3: DISTURBO SPECIFICO DEL LINGUAGGIO

- Soggetti con disturbo specifico del linguaggio nell'infanzia da adulti sembrano raggiungere un livello soddisfacente di linguaggio comunicativo, ma se vengono esaminati con gli esami testologici essi manifestano prestazioni significativamente inferiori alla popolazione normativa adulta sia nelle prove linguistiche che in lettoscrittura. Inoltre manifestano più difficoltà, rispetto ai coetanei adulti senza disturbo di linguaggio, nel trovare lavoro e nelle relazioni affettive e sociali.

In un articolo molto interessante Rutter, Kim-Cohen e Maughan [1] prendono in considerazione la storia naturale dei disturbi psicopatologici tra infanzia ed età giovanile e adulta analizzando le ricerche longitudinali pubblicate negli ultimi anni fino al 2006, in particolare richiamandosi ai lavori più rigorosi e sistematici come il Dunedin Longitudinal Study della Nuova Zelanda, gli studi inglesi di Londra e dell'isola di Wight e alcuni studi finlandesi. L'articolo, cui si rimanda anche per la ricca bibliografia il lettore più esigente, si estende per oltre venti pagine ed è corredato da una ricca bibliografia.

Fornisce una serie notevolissima di dati per ciascun disturbo con la successione che ho rispettato nei box che seguono, nei quali si è cercato di sintetizzare ed estrapolare dalle ricerche le informazioni più rilevanti (*box 1-9*).

L'articolo di Rutter et al. non prende in considerazione lavori che documentino l'efficacia o meno degli interventi clinici in età evolutiva sul modificare in positi-

BOX 4: DISLESSIA

- Gli studi longitudinali dimostrano che i bambini dislessici nella scuola primaria in età prescolare tra i 3 e i 5 anni presentano in grande percentuale deficit nel linguaggio verbale e nella intelligenza verbale e in età adulta i quattro quinti presentano deficit sotto le 2 DS per abilità di spelling e di lettoscrittura, con ripercussioni negative sui livelli scolari ottenuti prima e sui livelli occupazionali e salariali poi.
- Nonostante sia descritta l'associazione in età evolutiva tra dislessia e comportamento antisociale, in età adulta i dislessici non presentano rispetto ai non dislessici un incremento di malattie mentali né maggiore incidenza di criminalità.

Per corrispondenza:
Francesco Ciotti
e-mail: fran.ciotti@alice.it

BOX 5: ADHD

- I ragazzi con ADHD nell'età scolare sono esposti nell'età adulta con maggiore frequenza allo sviluppo di una personalità antisociale. Tra ADHD infantile e personalità antisociale adulta vi possono essere in preadolescenza e adolescenza il disturbo oppositivo-provocatorio o il disturbo della condotta, ma questi disturbi intermedi possono anche mancare.
- Non tutti i ragazzi con ADHD tuttavia hanno da adulti una psicopatologia, anzi circa la metà di essi da adulto ha un buon adattamento sociale. La prognosi sembra essere peggiore per i soggetti che sono iperattivi e oppositivi sia a casa che a scuola anziché solo a casa e per quei soggetti con un ambiente familiare non supportivo.

BOX 6: DEPRESSIONE

- I bambini con episodi depressivi infantili non presentano un rischio maggiore rispetto ai controlli di andare incontro a depressione nell'età adulta, suggerendo che la depressione infantile è una entità clinica diversa dalla depressione giovanile-adulta.
- Invece l'esordio della depressione in adolescenza è associato a rischio nel 40-70% dei casi di depressione maggiore ricorrente in età adulta, con eguale probabilità nei due sessi e quindi con probabilità 2-7 volte più alte rispetto a soggetti controllo, con caratteristiche cliniche simili e ad alto rischio genetico-familiare.
- Tuttavia la depressione adolescenziale rispetto a quella adulta è più resistente al trattamento farmacologico, è accompagnata spesso nella sua comparsa da eventi avversi familiari e di vita e da disturbi sociocomportamentali.
- Per contro i bambini che da giovani adulti sviluppano una depressione maggiore presentano nell'infanzia dei disturbi d'ansia soprattutto di tipo generalizzato in circa la metà dei casi e uno stile esplicativo pessimistico verso gli eventi di vita e verso il ricordo di episodi negativi di vita.
- Infine l'abuso di sostanze in adolescenza può precedere una depressione maggiore anche per gli effetti farmacologici della sostanza e per il disadattamento sociale spesso associato.

BOX 7: DISTURBI PSICHICI NELL'INFANZIA E COMPORTEMENTO ANTISOCIALE

- Gli adulti con comportamento antisociale hanno quasi tutti una lunga storia di disturbi comportamentali nell'età evolutiva, anche se non tutti i bambini antisociali diventano adulti antisociali.
- In generale la prognosi è più negativa quanto più i comportamenti aggressivi e antisociali cominciano precocemente nell'infanzia. I disturbi della condotta a 7-9 anni sono associati a un elevato rischio di personalità adulta antisociale e criminale, scarsi livelli educativi e lavorativi, violenza domestica, genitorialità precoce, abuso di sostanze, tentativi di suicidio. Una quota di disturbi della condotta in età infantile evolve invece in età giovanile-adulta verso personalità evitanti, isolate, socialmente chiuse e depresse.
- Rispetto ai precedenti, i disturbi della condotta a esordio più tardivo hanno una prognosi migliore. Tuttavia i disturbi della condotta che esordiscono tra 11 e 15 anni sono associati a una maggiore incidenza di disturbi psichiatrici dell'età adulta in generale come mania, depressione, abuso di alcol e di sostanze. L'evoluzione positiva o negativa è influenzata dalla positività o dalla negatività delle esperienze sociali dell'età giovanile come il partner prescelto, il lavoro intrapreso, il servizio militare.

BOX 8: ABUSO DI SOSTANZE

- La maggioranza degli adolescenti sperimenta l'uso di droghe ma solo una minoranza di essi va incontro a un problema di abuso e di dipendenza.
- I fattori di rischio per un adolescente di diventare abusatore e dipendente da sostanze sono: una età di iniziazione all'uso di droghe inferiore ai 15 anni, l'ADHD in età scolare, i disturbi della condotta in preadolescenza, la depressione in adolescenza, la frequentazione di gruppi dei pari a rischio, una iniziazione precoce alla sessualità.
- L'uso precoce e usuale di *Cannabis* espone l'adolescente a un maggior rischio di passare all'uso delle droghe pesanti e al rischio di sviluppare una schizofrenia se geneticamente vulnerabile.

BOX 9: SINTESI DIACRONICA DELL'ESORDIO DEI DISTURBI E DELLA LORO EVOLUZIONE

Fascia di età	Esordio del disturbo	Ad alto rischio di sviluppare in età adulta
Età prescolare (2-6 anni)	- Autismo - Disturbo del linguaggio	- Psicosi deficitaria - Mort. scolastica, disad. sociale
Scuola primaria (6-11 anni)	- Dislessia - ADHD - Sintomatologia ansiosa	- Mort. scolastica, disad. sociale - Personalità antisociale - Depressione maggiore
Scuola media inferiore e biennio delle superiori (11-16 anni)	- Disturbo della condotta - Depressione - Episodi deliranti e/o allucinatori	- Personalità antisociale - Depressione maggiore - Schizofrenia

BOX 10: INTERVENTI EFFICACI IN ETÀ EVOLUTIVA PER DISTURBO

Disturbo	Interventi efficaci in età evolutiva
Autismo	Interventi di tipo cognitivo-comportamentale (ABA, TEACCH*) finalizzati al raggiungimento delle autonomie personali e sociali lungo l'arco della vita.
Disturbo di linguaggio	Intervento riabilitativo logopedico continuo o a cicli fino all'ingresso della scuola primaria per sostenerne anche i primi apprendimenti scolastici.
Dislessia	Intervento riabilitativo logopedico e abilitativo didattico nella scuola primaria.
ADHD	Nella scuola primaria interventi di tipo cognitivo comportamentale di parent-training e di teacher-training, da soli o associati a metilfenidato nei casi più resistenti.
Disturbi ansiosi	Tecniche cognitivo-comportamentali di riconoscimento dell'allarme ansioso e di apprendimento di strategie di gestione e di coping dell'ansia.
Disturbo della condotta	Tecniche cognitivo-comportamentali di parent-training ai genitori e di training dell'autocontrollo e della gestione del conflitto e della rabbia al ragazzo.
Depressione	Psicoterapia cognitivo-comportamentale breve mirata a modificare le convinzioni negative e i pensieri automatici negativi dell'adolescente.

* *Tecniche comportamentali specifiche che hanno in comune l'obiettivo di migliorare l'autonomia personale e la comunicazione del bambino nei suoi contesti di vita abituali di casa e di scuola. Utilizzano prevalentemente messaggi visivi in una stretta collaborazione operativa tra educatore specializzato nella tecnica, genitori e insegnanti.*

vo la storia naturale del disturbo in età giovanile e adulta. Come gli Autori sottolineano infatti, ciò che manca ancora in letteratura sono gli studi longitudinali a lungo termine su come e se gli interventi clinici nell'infanzia modifichino la storia naturale dei disturbi in età giovanile e adulta. Gli studi che esistono sulla risposta ai trattamenti dei vari disturbi infantili presentano in generale follow-up a breve e medio termine. Nel capitolo 11 del *Manuale di Psicologia dello Sviluppo* (2009) intitolato "L'intervento preventivo, clinico e riabilitativo nell'ambito dello sviluppo", Lambruschi e Ciotti passano in rassegna i lavori specialistici che si occupano del trattamento e gli studi di efficacia che sono appunto sempre a termine breve o medio [2]. Come si evince dagli interventi riportati nel *box 10*, gli studi campione-controllo che si ritrovano in letteratura in particolare sul trattamento dei disturbi psicopatologici rimandano quasi tutti a tecniche cognitivo-comportamentali. Ciò costituisce oggettivamente un problema nel nostro Paese dove sia nelle strutture pubbliche che private la formazione di tipo cognitivo-comportamentale dei terapeuti è l'eccezione e non la regola. ♦

Bibliografia

[1] Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry*, 2006;47:276-95.
 [2] Lambruschi F, Ciotti F. "L'intervento preventivo, clinico e riabilitativo nell'ambito dello sviluppo" in: Barone L. (a cura di) *Manuale di Psicologia dello Sviluppo*. Carocci, 2009.

info: notizie

Nuove regole in TV?

Anche in Italia qualcosa si muove. Dopo le raccomandazioni sull'uso della TV dell'Accademia Americana di Pediatria (2001) e il recente pronunciamento dei pediatri australiani, che hanno deciso di vietare la TV nei nidi e nelle scuole materne per i bambini da 0 a 2 anni e di limitarne la visione a un'ora al giorno per quelli da 3 a 5 anni, il garante per le Comunicazioni Corrado Calabrò promette nuove regole:

- Una scritta avviserà i genitori che l'esposizione dei più piccoli alla TV può provocare dei rischi per il loro sviluppo psico-emotivo.
- Gli abbonati delle pay-tv leggeranno nel contratto che il pacchetto di canali offerti ne comprende alcuni rivolti ai più piccoli.
- Editori e distributori dei canali non potranno sostenere in spot o inserzioni che i canali per i più piccoli hanno carattere educativo, come fa per esempio Baby TV, canale di Sky rivolto a "persone" da 0 a 3 anni.

Il garante dovrà però convincere gli altri 8 componenti dell'Autorità per le garanzie nelle Comunicazioni a votare il provvedimento. Crediamo che non sarà facile.

Cedap 2006: l'assistenza al parto in Italia

In Italia, in media il 37,4% dei parti avviene con taglio cesareo (TC). Si tratta di una percentuale di gran lunga superiore alla soglia del 10-15% indicata dall'OMS per garantire il massimo beneficio complessivo per la madre e per il bambino. La percentuale di TC è più alta nelle case di cura private (61,6% nelle case di cura accreditate e 76,1% in quelle non accreditate, contro il 34% degli ospedali pubblici) ed è più frequente nelle donne di cittadinanza italiana (39,2%) rispetto a quelle straniere (26,9%). I dati emergono dal rapporto Cedap (Certificato di assistenza al parto) relativo al 2006. Quest'ultima rilevazione, rispetto agli anni precedenti, risulta più affidabile: grazie all'aumento del 41% del numero di schede esaminate rispetto al 2002, la copertura dei dati raggiunge una cifra pari al 92,9%. Più dell'88% dei parti è

avvenuto negli Istituti di cura pubblici, l'11% nelle case di cura e lo 0,1% a domicilio. Il 64,7% delle nascite è avvenuto in strutture con oltre mille parti/anno, il 10,5% in strutture con meno di 500 parti/anno (*Epicentro*).

Auguri al prof. Zecca

Il prof. Marco Zecca è subentrato al prof. Franco Locatelli quale Direttore dell'UOC di Oncoematologia Pediatrica della Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo" di Pavia. Zecca si interessa di oncoematologia da oltre vent'anni e intende, in una sua dichiarazione, mantenere e migliorare i livelli di eccellenza delle prestazioni specialistiche erogate dalla UOC che è andato a dirigere. I migliori auguri da tutta l'ACP.

Health Information Technology quasi zero da noi: Obama investe 19 miliardi di dollari

Il 17 febbraio 2009 il presidente Obama, all'interno del provvedimento "American Recovery and Reinvestment Act of 2009", ha destinato 19 miliardi di dollari per gli investimenti in Electronic Health Record (EHR) di Medicare e Medicaid. Il Progetto è all'insegna della "Ipotesi Obama" per cui gli investimenti in Information Technology determinano un risparmio di risorse, una diminuzione degli errori medici e una diminuzione delle disuguaglianze nella salute. I medici non ospedalieri con assistiti dal Medicaid possono ricevere 75.000 dollari di incentivi in 6 anni; i pediatri 2/3 di questo finanziamento; 1,1 miliardi di dollari sono destinati alla ricerca di quello che si deve smettere di fare per migliorare la qualità delle cure, il nostro "fare meglio con meno".

In Italia come stiamo con la tecnologia sanitaria? 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 punteggi ottenibili sono: navigazione scorrevole (3,55), utilizzabilità delle informazioni (1,10), presenza nel sito di informazioni circa gruppi che possono aiutare il cittadino nei percorsi di salute (2,13), possibilità

di contatti online con i medici (0,84), possibilità di scaricare il proprio fascicolo clinico direttamente dal web o accesso al medesimo da parte del curante (2,79), presenza di informazioni circa scelte aziendali come i tempi di attesa e altro (0,32), presenza di strumenti di telemedicina (1,06), tentativi di personalizzazione del servizio al paziente come webcam nelle Terapie Intensive Neonatali (0,46). Il punteggio complessivo raggiungibile era di 10. Il punteggio medio per l'Italia è su un valore di 1,50, il Nord Ovest ha un punteggio di 2,20, il Nord Est di 1,85, il Centro di 1,07, il Sud di 0,98, le Isole di 0,78. Sono al di sopra del punteggio medio di 1,50 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 della indagine? Una persistente immaturità delle direzioni strategiche a valutare i bisogni dei cittadini e una persistente attenzione alle proprie necessità organizzative (Isole24ORESanità 2009;40:19).

"Nano nano"

È boom per i video musicali a carattere medico-scientifico su YouTube: quella che era partita come un'idea creativa per un concorso sulle nanotecnologie sta diventando un vero e proprio fenomeno di costume tra ricercatori e medici, un fenomeno denominato "The Sound of Science". Tutto è nato con "Nano nano", il video realizzato da alcuni studenti dell'University of California di Berkeley per partecipare all'American Chemical Society (ACS) NanoTube Contest, che metteva in palio 500 dollari per il video più efficace nel descrivere al pubblico la natura delle nanotecnologie. Ma il team di autori ci ha preso gusto, e il secondo video, "The safety song", ha già toccato quota 30.000 visite su YouTube. Spiega Kirsten Sanford di *Science Channel*: "Sono canzoni orecchiabili, il tipo di cose che può aumentare l'interesse dei ragazzi nei confronti della Scienza e della Medicina rendendole divertenti e amichevoli". Aaron Rowe, biochimico e divulgatore su WIRED, aggiunge: "Video musicali come questi possono rappresentare una risorsa molto utile perché condensano una gran quantità di informazioni in un messaggio breve e piace-

sulla salute

vole". Tuttavia c'è un limite: la grande quantità di tempo necessaria a realizzare un video del genere; "Ci abbiamo speso una marea di ore", ammette Patrick Bennett, uno studente membro del team (The Scientist 05/11/2009).

Start4Life

La Campagna "Start4Life" del Ministero della Salute del Regno Unito è finalizzata ad aiutare le famiglie a "mangiare meglio, muoversi di più e vivere più a lungo", ha annunciato Andy Burnham, Ministro della Salute.

La Campagna "Start4Life" sostiene tutti coloro che sono coinvolti in prima linea per la promozione della salute dei bambini; sostiene le donne in gravidanza e i neogenitori per promuovere buoni stili alimentari, buone abitudini di vita atte a ridurre l'obesità. Essa si concentra su 6 obiettivi: avvio dell'allattamento al seno per rinforzare il sistema immunitario dei bambini, la sua prosecuzione per almeno i primi 6 mesi, l'introduzione di cibi solidi a un'età non precoce, il variare i cibi da offrire ai bambini, l'informazione sul danno provocato dalla introduzione di cibi a base di zuccheri semplici, la promozione del gioco attivo in famiglia per promuovere lo sviluppo cerebrale e muscolare. In aiuto a coloro che lavorano in questi ambiti c'è un sito dove si può reperire materiale informativo: www.nhs.uk/start4life.

Lettoni solari

L'Associazione per la Ricerca sul Cancro del Regno Unito ha riscontrato che il 6% degli adolescenti dagli 11 ai 17 anni in Inghilterra utilizza abitualmente i lettini solari (lampade UV) e che circa il 40% dei ragazzi tra i 15-17 anni a Liverpool e Sunderland li utilizza settimanalmente. In una lettera al *BMJ* l'Associazione richiede un intervento legislativo per contrastare questo fenomeno che aumenta il rischio di cancro della pelle (BMJ 13 novembre 2009).

Rx al torace in gravidanza: si può

L'errata convinzione che una donna in gravidanza non debba essere sottoposta a radiografia al torace è comune. Durante

questo tipo di esame, il rischio per il feto è minimo, e la riluttanza a sottoporre le donne in gravidanza a indagini radiografiche può ritardare una diagnosi e alterare l'esito della gravidanza. In donne gravide che sviluppano sintomi come tosse e difficoltà respiratorie la radiografia al torace può fornire una guida al medico curante sia per una corretta diagnosi differenziale che per il trattamento, evitando ritardi inutili. Anche se le neoplasie si sviluppano in circa 1 donna gravida su 1000, la concomitanza di queste due condizioni può diventare più frequente a causa dell'aumentata prevalenza di concepimenti in età avanzata e dell'abitudine al fumo nelle giovani donne. Secondo le linee guida della British Thoracic Society, in tutte le pazienti che riferiscono la presenza di una tosse cronica (che dura più di 8 settimane), bisogna effettuare una radiografia al torace. Inoltre, le linee guida raccomandano di effettuare una radiografia al torace in pazienti con una tosse associata a uno dei seguenti sintomi atipici: emottisi, difficoltà respiratoria, febbre, dolore toracico o perdita di peso.

I medici devono conoscere il rischio relativo di radiazioni per il feto, per consigliare e rassicurare le pazienti in modo appropriato. La stima della dose assorbita dagli organi e tessuti in seguito a una procedura radiologica è quantificata in Gray (Gy). La dose effettiva che arriva alla madre tiene conto del tipo della radiazione utilizzata e del tessuto irradiato e si misura in Sievert (Sv). Per una radiografia al torace, la dose che arriva alla madre è pari a 0,02 mSv. L'Health Protection Agency e la National Radiation Protection Board stimano che, a seguito di una radiografia al torace effettuata alla madre, la dose che raggiunge il feto sia <0,01 mGy. Il fascio principale di raggi X non è diretto verso l'utero e la dose raggiunge il feto per dispersione del fascio di radiazione attraverso la madre, non per esposizione diretta. Più avanzato è lo stadio di gravidanza, maggiore sarà la dose di radiazione, a causa della prossimità dell'utero durante la gravidanza. La dose proveniente da una radiografia posteroanteriore è inferiore rispetto alla proiezione anteroposteriore, in quanto la

distanza tra utero e fascio principale è maggiore nella proiezione posteroanteriore. Tuttavia, le dosi totali sono di gran lunga inferiori rispetto alle dosi che possono causare malformazioni durante l'organogenesi (0,1 Gy) o microcefalia indotta da radiazioni (0,5 Gy) (BMJ 2009;339:1028-9).

Raccomandazioni sui TC

Dopo la pubblicazione di alcuni articoli su autorevoli riviste e di una review della Cochrane sul ricorso ai cesarei negli USA in rapporto a indicazioni non mediche, il NIH (National Institute of Health) ha emanato delle raccomandazioni:

- valutare individualmente e con attenzione ogni richiesta di TC senza indicazioni mediche;
- non eseguire un TC su richiesta materna prima della 39^a settimana o senza verificare la maturità polmonare per evitare il rischio di documentate complicazioni respiratorie a carico del neonato;
- tenere conto dei documentati rischi di placenta previa e accreta a seguito di TC specie per le donne alla prima gravidanza che desiderano avere più di un figlio;
- non eseguire un TC su richiesta materna per indisponibilità di efficaci misure di contenimento del dolore in travaglio di parto;
- istituire da parte del NIH o di altra appropriata agenzia federale un sito web che possa fornire informazioni aggiornate su benefici e rischi delle diverse modalità di espletamento del parto.

Gli Autori raccomandano la massima trasparenza nel comunicare con le donne che richiedono questo tipo di intervento (Epicentro).

TC in acqua

Un pescecane del parco acquatico di Auckland ha effettuato un taglio cesareo a un altro pescecane per far fuoriuscire dall'addome 8 baby pescecani. Il pescecane "chirurgo" ha effettuato con i denti una perfetta perforazione trasversale dell'addome. Gli 8 neonatini godono di ottima salute (BBC 13 novembre 2009).

Il dolore nel bambino

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

Franca Benini

Responsabile del Centro Regionale Veneto di terapia antalgica e cure palliative pediatriche, Dipartimento di Pediatria, Padova

Con questo articolo inizia una serie di contributi, programmata per i numeri del 2010, sul tema del dolore nel bambino. L'argomento sta cominciando ad avere l'attenzione che meritava da tempo e la Redazione ha voluto sottolineare il sostegno concreto suo e dell'ACP, dimostrato del resto già in passato. Nel 2006 fu condotta, con la regia di Luciano de Seta, la prima ricerca italiana sulla sensibilità al problema in 110 reparti di Pediatria che fu poi pubblicata su Quaderni acp (2008;15:8-14). Ringraziamo Franca Benini per il suo costante impegno e per questo primo contributo a cui seguiranno: il dolore ambulatoriale, procedurale, neonatologico e oncologico.

Abstract

Pain in the child

Pain in a child or in newborn has not an adequate attention although it is a cause of important stress for the child and his family. The gap between scientific knowledge and observed behaviour has an important problem impacting on quality of care. In fact an important lack of evaluation and treatment of pain persist in all the different clinical ways in which pain can be present. In order to give adequate answers, considering also the Italian normative laws, the different problems involved are reviewed.

Quaderni acp 2010; 17(2): 70-73

Key words Pain. Child. Newborn. Evaluation. Treatment

Il dolore nel bambino e nel neonato non riceve ancora un'attenzione adeguata, nonostante sia causa di stress psicofisico importante per il bambino e la sua famiglia. Il divario fra conoscenza scientifica disponibile e comportamento osservato identifica un importante problema di ricaduta della ricerca sulla qualità delle cure. Infatti perdura una importante carenza nella valutazione e nel trattamento del sintomo dolore, in tutte le diverse realtà cliniche in cui il dolore si presenta. Vengono passate in rassegna le problematiche da affrontare da parte di tutta la pediatria per dare una risposta concreta al problema anche alla luce della normativa italiana.

Parole chiave Dolore. Bambino. Neonato. Valutazione. Trattamento

In ambito pediatrico, il dolore è un sintomo frequente in corso di malattia: spesso segnale importante per la diagnosi iniziale, fattore sensibile nell'indicare evoluzioni positive o negative durante il decorso, innegabile presenza in corso di molteplici procedure diagnostiche e/o terapeutiche e costante riflesso di paura e ansia per tutto quello che la malattia comporta. È, fra tutti, il sintomo che più mina l'integrità fisica e psichica del bambino e più angoscia e preoccupa i suoi familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita durante e dopo la malattia.

È ormai certo, inoltre, che non esistono limiti d'età alla percezione del dolore: a partire dalla fine del secondo trimestre di gestazione, il feto possiede la struttura anatomica e neurochimica adeguata per percepire il dolore, e sin dall'età neo-

natale esiste una "memoria del dolore". Confermate inoltre, da più lavori in letteratura, sono le conseguenze a breve (peggioramento clinico, complicanze, prolungamento della ospedalizzazione...) e lungo termine (dolore cronico, alterazione della soglia del dolore, problemi psico-relazionali...), provocate da stimolazioni nocicettive ripetute in età neonatale-pediatrica, non coperte in maniera adeguata con terapia antalgica [1-8].

Queste, alcune delle ragioni per cui è necessario valutare il dolore e trattarlo in modo adeguato, in tutti i bambini e in tutte le situazioni, in cui tale sintomo può manifestarsi.

Gli strumenti esistono: in questi ultimi anni, infatti, le conoscenze raggiunte sul dolore neonatale e pediatrico sono tali e tante, da poter assicurare un corretto ed

efficace approccio antalgico nella quasi totalità dei casi.

Dimensioni del problema

L'ampiezza del problema è certamente notevole [9-11].

In ospedale si stima che più dell'80% dei ricoveri pediatrici siano dovuti a patologie che presentano, fra i vari sintomi, anche dolore. Entrando più nello specifico, si evidenzia come per alcune branche della pediatria (reumatologia, chirurgia, oncologia, ...) il problema dolore sia parte integrante dell'approccio quotidiano al bambino malato.

In più del 60% dei bambini con malattia oncologica il dolore è sintomo d'esordio della malattia, nel 100% accompagna i necessari interventi diagnostico-terapeutici. È un sintomo importante nel decorso delle malattie reumatiche (presente nel 20% dei casi), e in ambito critico (Terapia Intensiva Pediatrica e Neonatale) dove la patologia e l'entità delle manovre invasive (in media una ogni 60-180 minuti) rappresentano un carico importante di dolore.

Circa il 60% degli accessi al Pronto Soccorso pediatrico è dovuto a dolore, e il 70-80% dei bambini operati lamenta la presenza del sintomo.

A livello territoriale sono frequentemente causa di richiesta di valutazione medica i dolori acuti quali le coliche del lattante, i dolori della dentizione, i dolori da infezioni intercorrenti (prime vie respiratorie, apparato gastrointestinale, vie urinarie), i dolori muscolo-tendinei e i piccoli traumi. Problematica emergente nella gestione domiciliare anche il dolore postoperatorio (sono sempre più nu-

Per corrispondenza:

Franca Benini

e-mail: benini@pediatra.unipd.it

aggiornamento avanzato

merose infatti le patologie chirurgiche minori che vengono trattate in day surgery e che permettono al bambino di tornare a casa dopo poche ore dalla fine dell'anestesia) e il dolore da procedura invasiva (medicazioni, indagini diagnostiche ambulatoriali, vaccinazioni ecc.).

Notevole anche l'incidenza di dolore cronico-ricorrente che, usando dati piuttosto restrittivi delle dimensioni del problema, si stima colpisca dal 10% al 15% dei bambini (dalle forme più frequenti quali cefalee, DAR, dolori intercostali, a quelle più rare quali dolore d'accompagnamento alla patologia cronica reumatica, oncologica, metabolica, e dolore nelle situazioni di terminalità) [12].

Possibilità d'intervento

A livello clinico progressi importanti sono stati fatti, sia riguardo alla valutazione del dolore nelle diverse età pediatriche e situazioni cliniche, che nell'ambito dell'approccio terapeutico, farmacologico e non.

La valutazione del dolore in ambito pediatrico presenta alcune problematiche specifiche: limiti sono posti infatti dall'età del bambino, dal livello di sviluppo neuroevolutivo, dalla situazione clinica e socioculturale nonché dalla frequente presenza di fattori affettivi ed emozionali quali paura e ansia. Per questo, non esiste un metodo/scala di valutazione del dolore, valido per tutta l'età pediatrica, ma sono a disposizione scale/metodi diversi in grado di indagare in maniera efficace e validata, nelle diverse fasi di sviluppo cognitivo, comportamentale, relazionale, e nelle diverse situazioni, l'entità del dolore provato (*Scale di autovalutazione ed eterovalutazione, Metodi comportamentali e fisiologici*). [10-13-14-15].

Fra le molte a disposizione sono state individuate tre scale algometriche, che per efficacia, efficienza e applicabilità (possono essere usate in tutti i settori di lavoro), risultano le più indicate per la valutazione del dolore da 0 a 18 anni.

1. Neonato e in età pre-verbale al di sotto dei tre anni: scala flacc
2. Bambino di età > 3 anni: scala di wong-baker

3. Bambino di età > 8 anni: scala numerica

A livello terapeutico, vari Autori hanno dato un notevole impulso nell'ambito dell'approccio antalgico, riconfermando la assoluta necessità di un intervento individualizzato, multispecialistico e globale, che faccia ricorso sia a farmaci che a metodiche non farmacologiche (di supporto, psicorelazionali, fisiche).

Studi di farmacocinetica e farmacodinamica hanno puntualizzato indicazioni e limiti all'uso di farmaci antalgici; l'OMS ha stabilito una scala graduata d'interventi in base alle caratteristiche e all'entità del dolore; le paure legate alla dipendenza e alla tolleranza dei farmaci narcotici sono state ridimensionate; le indicazioni all'uso dei FANS sono state puntualizzate e la positività dell'uso dei farmaci adiuvanti è stata ormai confermata. Attualmente, la scelta oculata del farmaco analgesico in rapporto all'età e al tipo di dolore, una metodologia di somministrazione (timing e via) corretta e un monitoraggio stretto sia dell'efficacia che degli eventuali effetti indesiderati, permettono di impostare terapie farmacologiche efficaci e sicure [16-23].

Inoltre, accanto all'uso dei farmaci, sempre più frequenti anche in ambito pediatrico, sono le indicazioni di metodiche antalgiche non farmacologiche, psicologiche e fisiche [24-28].

Ma, se a livello clinico, le conoscenze raggiunte sono, a tutt'oggi, tali e tante da poter assicurare un corretto ed efficace approccio antalgico nella maggior parte delle situazioni, nella realtà clinica attuale, però, la situazione è ancora lontana dalle reali possibilità.

Stato dell'arte sul trattamento del dolore in ambito neonatale-pediatrico

Nonostante la ricchezza di dati e conferme in letteratura, a livello clinico siamo ancora lontani da una situazione ottimale.

Numerosi lavori hanno dimostrato e dimostrano chiaramente che il dolore del bambino continua a essere oggetto di attenzione limitata [11-18-19].

Il gap fra conoscenza scientifica disponibile e comportamento osservato identifi-

ca un importante problema di ricaduta della ricerca sulla qualità delle cure. Infatti perdura un importante deficit di valutazione e trattamento del sintomo del dolore, in tutte le diverse realtà cliniche in cui il dolore si presenta.

L'Associazione Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI), nel 2006, ha evidenziato attraverso un'indagine negli ospedali pediatrici italiani che la valutazione del dolore è un parametro scarsamente considerato nella routine clinica. Solo nel 50% dei casi è previsto un protocollo di valutazione antalgica uniforme nei diversi reparti di degenza, e anche quando questo strumento è predisposto, la valutazione del dolore viene eseguita in una percentuale pari al 50% dei pazienti, e solo in particolari Servizi. La figura professionale che rileva in genere la presenza del sintomo è quasi esclusivamente l'infermiere, mentre è assente il coinvolgimento di genitori o di medici.

Riguardo al trattamento farmacologico, sono numerose in letteratura anche recente, le conferme di un ipotratamento in ambito pediatrico. Un'indagine della Società di Anestesia-Rianimazione Neonatale e Pediatrica Italiana (SARNePI) del 2004 ha evidenziato che meno del 20% dei Centri di Chirurgia pediatrica italiani utilizza protocolli per il controllo del dolore postoperatorio, e che per oltre l'80% di pazienti e/o genitori intervistati, terminato il decorso postoperatorio, il trattamento antalgico è risultato insoddisfacente.

Altre conferme di ipotratamento farmacologico si hanno in ambiti clinici diversi: nei Pronto Soccorso pediatrici (percentuale di trattamento variabile tra il 45% e il 15%), nei reparti di oncologia, nella gestione del dolore che accompagna la terminalità (solo nel 25% dei casi di dolore dichiarato viene attuata una terapia efficace), nel dolore acuto che accompagna le patologie infettive intercorrenti (trattamento in assenza di febbre inferiore al 15%) e nella gestione del dolore procedurale (percentuale di trattamento variabile dallo 0% al 50%) [11].

Per quanto riguarda la terapia non farmacologica, il gap fra proposta scientifica e applicazione clinica è ancora più grande. L'utilizzo di tecniche validate e non improvvisate è limitato a pochi

Centri e in particolari situazioni cliniche. La scarsa attenzione al problema si evidenzia sia in ambito ospedaliero che territoriale, con impatti diversi legati logicamente alle diverse patologie e al diverso grado di gravità, ma sempre con importante ricaduta negativa sul vissuto di malattia, sulla qualità della vita del bambino e della sua famiglia e sul rapporto fiduciario fra utenza e istituzione sanitaria. Due studi internazionali hanno evidenziato, per esempio, come la qualità percepita dal genitore di un bambino ricoverato in Pronto Soccorso pediatrico sia condizionata soprattutto da due fattori: l'efficacia del programma analgesico attuato e le modalità di accoglienza. Quindi, molto rimane da fare e ulteriori sforzi sono necessari per modificare questa situazione, sia a livello ospedaliero che territoriale.

Criticità

L'approccio terapeutico a un bambino con problemi di dolore non è certamente facile, sia per la molteplicità e variabilità delle situazioni in cui il dolore si presenta, sia per le notevoli difficoltà che diagnosi, valutazione e trattamento comportano.

Alcune criticità, tuttavia, giocano un ruolo fondamentale nel rallentare una progettualità e una programmazione efficaci ed efficienti:

1. Il dolore è visto purtroppo ancora come strumento di crescita e di potenziamento del carattere: in quanto tale, diventa strumento educativo e, soprattutto nel bambino, va negato ed eventualmente giustificato.
2. Il ruolo sociale ed etico della persona bambino, alla quale raramente viene riconosciuta la possibilità di partecipare concretamente alla definizione della diagnosi e alla gestione della malattia. Alla segnalazione (verbale o comportamentale) di un bambino di presenza di dolore viene data poca credibilità e spesso il tutto viene giustificato come banali capricci. Anche nella comunicazione del piano terapeutico analgesico il paziente bambino non viene considerato e questo limita, in tutti gli ambiti, una collaborazione positiva.
3. Specificità dell'approccio. Il bambino è una realtà complessa dove continue modificazioni fisiche, psichiche, relazionali ed esperienziali, correlate all'accrescimento, rendono necessario un intervento dinamico, personalizzato e competente.
4. Anche in età neonatale e pediatrica il dolore, piccolo o grande che sia, è nella maggior parte dei casi il risultato di molteplici fattori: la malattia stessa, le procedure e la terapia, la depressione, l'isolamento e l'immobilità. Spesso viene banalizzato per l'età pediatrica (anche adolescenziale) un intervento globale, portando come giustificazione la limitata capacità cognitiva del paziente e (soprattutto per il neonato) la non memoria di quanto deve subire.
5. Carezza di formazione e di motivazione professionale sia a livello medico (dove il problema è certamente più evidente) che infermieristico. A dispetto delle numerose evidenze scientifiche, il controllo del dolore nel bambino non viene considerato come un elemento importante e inderogabile di professionalità, ma troppo spesso come un atteggiamento buonista con cui, per scelta personale o organizzativa, si affrontano le problematiche cliniche del bambino malato.
6. Carezza di competenze: nei curricula formativi universitari e di specializzazione lo spazio riservato alla valutazione e trattamento del dolore pediatrico è quanto mai limitato. Questo condiziona, e forse in parte anche giustifica, un deficit di attenzione sull'argomento, sia a livello clinico che di ricerca.
7. Paura all'uso dei farmaci in ambito pediatrico neonatale: tale paura riguarda molte delle molecole usate in analgesia pediatrica e neonatale ed è condizionata sia dagli eventuali problemi legali in caso di insorgenza di effetti impreveduti (l'80% dei farmaci analgesici in pediatria è off label), che dalla scarsa dimestichezza all'uso di talune molecole (soprattutto gli oppioidi) che possono determinare (raramente) effetti collaterali anche molto gravi.
8. Limitata disponibilità di prodotti farmaceutici e presidi adeguati anche all'uso in età pediatrica e neonatale. Per esempio gli oppioidi a lento rilascio, i cerotti transdermici, alcuni FANS non possono essere utilizzati in alcune fasce d'età e di peso, per la mancanza di prodotti con posologie adeguate.
9. Carezza di risorse dedicate, intese soprattutto come veicolo di formazione di base, di promozione di cultura e di modelli organizzativi adeguati.

Normativa di riferimento in Italia

Attualmente, i riferimenti legislativi e normativi relativi a valutazione e controllo del dolore in età pediatrica sono limitati.

► Nell'Accordo Stato-Regioni: *Linee Guida per la realizzazione di un Ospedale senza dolore* (approvato il 24 maggio 2001), si fa riferimento agli specifici bisogni analgesici del neonato-bambino, nel paragrafo relativo alla formazione, in cui compare il pediatra come figura professionale da formare.

► Nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (Decreto del Presidente della Repubblica 7/4/2006 - pubblicato sulla GU n. 139 del 17 giugno 2006), al punto 3.9 si propone "La definizione di linee guida nazionali sul trattamento del dolore nel bambino". Per la prima volta, in un atto ufficiale, si considera il bisogno di "analgesia" del neonato-bambino e si sottolineano, anche nell'ambito del dolore, la specificità e peculiarità del paziente pediatrico rispetto all'età adulta. La peculiarità dei bisogni giustifica la specificità delle risposte, sia a livello clinico che organizzativo.

► Con l'Accordo della Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (20 marzo 2008), la specificità evidenziata nel PSN viene ribadita e condivisa con tutte le Regioni, sottolineando la necessità di identificare organizzazioni e strutture assistenziali, specifiche e dedicate.

Su questa linea di indirizzo, la *Commissione Terapia del Dolore e Cure Palliative*

tive, del Ministero della Salute, sta lavorando da gennaio 2009 per la definizione di un progetto organizzativo e assistenziale di terapia antalgica, rivolto al paziente pediatrico, che prevede due livelli assistenziali.

Infatti, un'ampia parte delle situazioni dolorose in ambito pediatrico possono essere gestite, in maniera più che adeguata, dal personale sanitario (pediatra di famiglia e ospedaliero) che già ha in carico il piccolo paziente. Accanto a queste esistono però delle situazioni di dolore pediatrico molto complesse, sia da un punto di vista diagnostico che terapeutico (20-30%): sono in questo caso necessarie competenze specifiche e una collaborazione multispecialistica di figure professionali diverse, che solo un'équipe specificamente dedicata è in grado di assicurare.

Da qui la proposta di due livelli d'intervento: un *Livello specialistico di gestione* del dolore pediatrico attraverso la strutturazione di una équipe/centro multispecialistica di riferimento, su macroarea ospedaliera e territoriale, specializzata e dedicata alla gestione del dolore neonatale/pediatrico/adolescenziale, e un *Livello generale di gestione* del dolore pediatrico, attraverso la formazione e abilitazione alla valutazione e gestione del dolore, dei pediatri di famiglia e del personale medico e infermieristico già presente all'interno dei reparti di Pediatria/strutture ospedaliere. I due livelli d'intervento dovranno lavorare in continuità di obiettivi e metodologia attraverso la strutturazione di una rete di collaborazione, condivisione, fra centro di riferimento e tutte le strutture che offrono servizi per la salute del paziente pediatrico.

Quanto esposto finora trova la naturale definizione normativa nel disegno di Legge n. 1771 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", licenziato il 16 set-

tembre 2009 dalla Camera dei Deputati e ora in discussione e approvazione al Senato.

Il futuro

Allo stato attuale, quindi, abbiamo a disposizione tutti gli strumenti per operare un cambio radicale della situazione, lavorando a livello delle criticità che tuttora bloccano e/o limitano il controllo del dolore.

È certamente difficile modificare cultura e prassi consolidate, ma formazione, informazione e ricerca costituiscono i mezzi su cui impostare il nostro lavoro futuro. ♦

Bibliografia

- [1] Anand KJ, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med* 1987;19:317:1321-9. Review.
- [2] Anand KJS, Stevens BJ, McGrath PJ. Pain in neonates. 2nd Ed, Hardcover: Elsevier, 2000.
- [3] Oberlander TF, Grunau RE, Fitzgerald C, Whitfield MF. Does parenchymal brain injury affect biobehavioral pain responses in very low birth weight infants at 32 weeks' postconceptional age? *Pediatrics* 2002;110:570-6.
- [4] Grunau R. Early pain in preterm infants. A model of long-term effects. *Clin Perinatol* 2002;29:373-94. Review.
- [5] Hermann C, Hohmeister J, Demirakça S, et al. Long-term alteration of pain sensitivity in school-aged children with early pain experiences. *Pain* 2006;125:278-85.
- [6] Slater R, Cantarella A, Gallella S, et al. Cortical Pain Responses in Human Infants. *J Neurosci* 2006;26:3662-6.
- [7] Pokela M. Pain relief can reduce hypoxemia in distressed neonates during routine treatment procedures. *Pediatrics* 1994;93:379.
- [8] Walker SM, Franck LS, Fitzgerald M, et al. Long-term impact of neonatal intensive care and surgery on somatosensory perception in children born extremely preterm. *Pain* 2009;141:79-87.
- [9] Howard RF. Current status of pain management in children. *JAMA* 2003;290:2464-9.
- [10] Barbi E, Marchetti F. Il bambino e il dolore. *Pediatria pronta per l'uso*. Primula multimedia, 2006.
- [11] Schofield P, Merrick J (Eds.) Children and pain. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, 2009.
- [12] Wolfe J, Grier HE, Klar N, et al. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *N Engl J Med* 2000;342:326-33.

- [13] Wong D, Baker C. Pain in children: Comparison of assessment scales. *Pediatr Nurs* 1988;14:9-17.
- [14] Merkel SI, et al. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs* 1997;23:293-7.
- [15] Manworren RC, Hynan LS. Clinical validation of FLACC: preverbal patient pain scale. *Pediatr Nurs* 2003;29:140-6.
- [16] Kazak, Penati Brophy P, Himmelstein B. Pharmacologic and psychological interventions for procedural pain. *Pediatrics* 1998;102:59-66.
- [17] Lloyd-Thomas AR, et al. The management of acute postoperative pain in infancy and childhood. In: Aynsley-Green (Eds). *Clinical Paediatrics: Stress and Pain in Infancy and Childhood*. London: Balliere Tindall, 1995:579-99.
- [18] Schechter NL, Berde CB, Yaster M. Pain in Infants Children and Adolescents. Baltimore, Maryland USA. Williams Wilkins, 1996.
- [19] World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care in children. Geneva: WHO, 1998.
- [20] Papacci P, De Francischi G, Iacobucci T, et al. Use of intravenous ketorolac in the neonate and premature babies. *Paediatr Anaesth* 2004;14:487-92.
- [21] Krauss B, Green SM. Procedural sedation and analgesia in children. *Lancet* 2006;367:766-80. Review.
- [22] Atkinson P, Chesters A, Heinz P. Pain management and sedation for children in the emergency department. *BMJ* 2009;339:4234. doi: 10.1136/bmj.b4234. Review.
- [23] Kraemer FW, Rose JB. Pharmacologic management of acute pediatric pain. *Anesthesiol Clin* 2009;27:241-68.
- [24] Chen E, Joseph MH, Zeltzer LK. Behavioral and cognitive interventions in the treatment of pain in children. *Pediatr Clin North Am* 2000;47:513-25.
- [25] Cignacco E, Hamers JP, Stoffel L, et al. The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. *Eur J Pain* 2007;11:139-52. Epub 2006 Apr 3. Review.
- [26] Golianu B, Krane E, Seybold J, et al. Non-pharmacological techniques for pain management in neonates. *Semin Perinatol* 2007;31:318-22. Review.
- [27] Chen E, Joseph MH, Zeltzer LK. Behavioral and cognitive interventions in the treatment of pain in children. *Pediatr Clin North Am* 2000;47:513-25.
- [28] Taddio A, Ilersich AL, Ipp M, et al., HELPinKIDS Team. Physical interventions and injection techniques for reducing injection pain during routine childhood immunizations: Systematic review of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. *Clin Therap*, 2009;31(Supp B):S48-S76.

Una dermatite bollosa a esordio neonatale

Massimiliano De Vivo, Federica de Seta, Roberta Kosova, Luciano de Seta
 UOC Pediatria e Patologia Neonatale, Ospedale "San Paolo", Napoli

Abstract

A neonatal bullous dermatitis

In order to provide appropriate therapy and prognosis the differential diagnosis of neonatal bullous dermatitis is very important. We describe the case of an inherited Epidermolysis Bullosa (EB) initially treated as neonatal pyoderma. The clinical evolution of blisters, the lack of response to antibiotic therapy and a positive skin biopsy made diagnosis possible. Currently there are no specific therapies for EB, however a proper identification is essential for the prevention and treatment of blisters. Prognosis is influenced by the duration and severity of skin lesions; in transient forms it is generally good.

Quaderni acp 2010; 17(2): 74-77

Key words Blister. Sepsis. Skin

La diagnosi differenziale delle dermatiti bollose è molto importante per poter instaurare un'appropriate terapia e per poter stabilire una prognosi. Nel lavoro è descritto un caso di Epidermolisi Bollosa (EB) neonatale inizialmente trattata come una piodermite. L'evoluzione delle bolle, la mancata risposta alla terapia antibiotica e la biopsia cutanea positiva hanno reso possibile la diagnosi. Non esistono terapie specifiche per l'EB, pur tuttavia la diagnosi precoce è essenziale per la prevenzione e il trattamento delle bolle. La prognosi dipende dalla gravità e dalla durata delle lesioni cutanee; nelle forme transitorie è generalmente buona.

Parole chiave Vescicole. Sepsis. Cute

Il caso

L, figlio di genitori non consanguinei provenienti dalla provincia di Napoli, è un neonato a termine di peso adeguato per l'età gestazionale, nato da parto operativo elettivo con peso di 3,250 kg e regolare adattamento alla nascita (I. di Apgar 8/9), trasferito all'età di 4 gg per "sospetta sepsi cutanea" e già trattato al punto nascita con gentamicina im 2,5 mg/kg/dose x 2 somm./die.

L'anamnesi gravidica e l'esame obiettivo materni sono negativi per patologie infettive. L'anamnesi familiare è negativa per patologie ereditarie. All'esame obiettivo si rileva la presenza di lesioni cutanee, presenti sin dalla nascita, di tipo crostoso e poi bolloso a contenuto sierematico, simmetriche alle mani e al tronco e di tipo umido con cute esfoliata alle caviglie (figura 1a,b). Il restante esame clinico è negativo e il neonato si presenta in buone condizioni generali, con una valida alimentazione orale. Nel sospetto di una sepsi cutanea vengono

avviati i prelievi di routine e un esame colturale delle lesioni cutanee. Il piccolo è sottoposto a terapia antibiotica empirica per via endovenosa con ampicillina+sulbactam 75 mg/kg/dose x 2 somm./die, associata a bendaggi locali con soluzioni antisettiche. Gli esami praticati all'ingresso risultano tutti nella norma con livelli di PCR negativi (0,1 mg/dl con vn <0,8). Nonostante la terapia antibiotica empirica praticata, le lesioni cutanee persistono invariate per cui, anche sulla base dell'isolamento dalla cute dello stafilococco aureo e di una emocoltura positiva per stafilococco spp., si sostituisce, in base all'antibiogramma, l'associazione ampicillina-sulbactam con la teicoplanina ev alla dose di 8 mg/kg/die. Nello stesso tempo vengono praticati tampone delle lesioni cutanee ed emocoltura di controllo. Dopo tre giorni della nuova antibiotico-terapia con teicoplanina, non si assiste ad alcuna regressione delle lesioni cutanee (figura 2), anzi, se ne registrano di nuove, localizzate soprat-

tutto alle estremità (figura 3). I nuovi esami colturali delle lesioni cutanee e del sangue risultano sterili.

Qual è la possibile diagnosi?

La diagnosi differenziale delle dermatiti bollose neonatali è complessa e riconosce cause infettive (Epidermolisi Bollosa Stafilococcica semplice, Sindrome SSSS, Pemfigo luetico, Infezioni Herpetiche) e, soprattutto, non infettive (Bolle da suzione, Ustioni, Epidermolisi Bollosa Ereditaria, Mastocitosi, Pemfigo e Pemfigoidi, Ittiosi bollosa e altre) (tabella 1 e figura 4) [1].

Nel caso descritto l'orientamento è per una forma dermatologica primitiva. Infatti, il quadro clinico, presente dalla nascita (le infezioni batteriche cutanee hanno un caratteristico esordio post-natale), la mancata risposta alla terapia antibiotica (segno che le lesioni sono state secondariamente colonizzate da germi e che c'è stata una falsa positività dell'emocoltura da contaminazione) e le buone condizioni generali del piccolo consentono di orientarsi per una dermatite bollosa di natura non infettiva.

La distribuzione simmetrica delle lesioni cutanee, la loro localizzazione prevalente alle estremità, zone più spesso esposte a microtraumatismi, e l'assenza di familiarità fanno quindi porre il fondato sospetto diagnostico di Epidermolisi Bollosa Ereditaria (EBE) di tipo recessivo a esordio neonatale.

Per tale motivo si pratica biopsia cutanea, presso un centro di riferimento, con microscopia elettronica che risulta compatibile con una forma di tipo distrofico per la presenza di "vescicolazioni a livello della membrana basale del derma con aree di clivaggio a livello della sublaminina densa", reperto che, associato a una immunofluorescenza positiva per presenza di lieve riduzione dei depositi di collagene, fa porre diagnosi di EBE. I genitori vengono, pertanto, avviati a un

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

il caso che insegna

FIGURA 1



FIGURA 2: PARTICOLARE DI LESIONI BOLLOSE EROSE



FIGURA 3: COMPARSA DI NUOVO ELEMENTO BOLLOSO, EVIDENZIATO NEL RIQUADRO NONOSTANTE LA TERAPIA ANTIBIOTICA MIRATA INSTAURATA

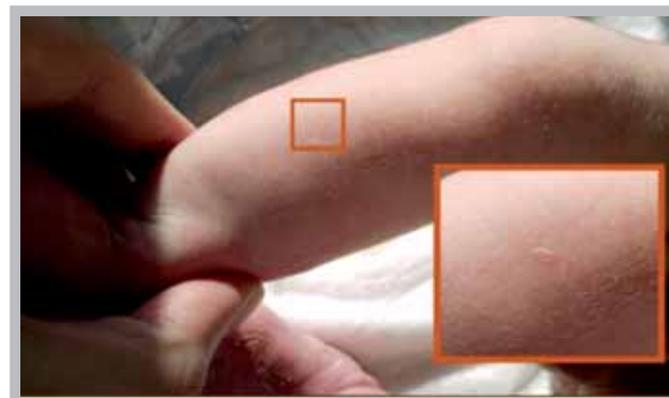
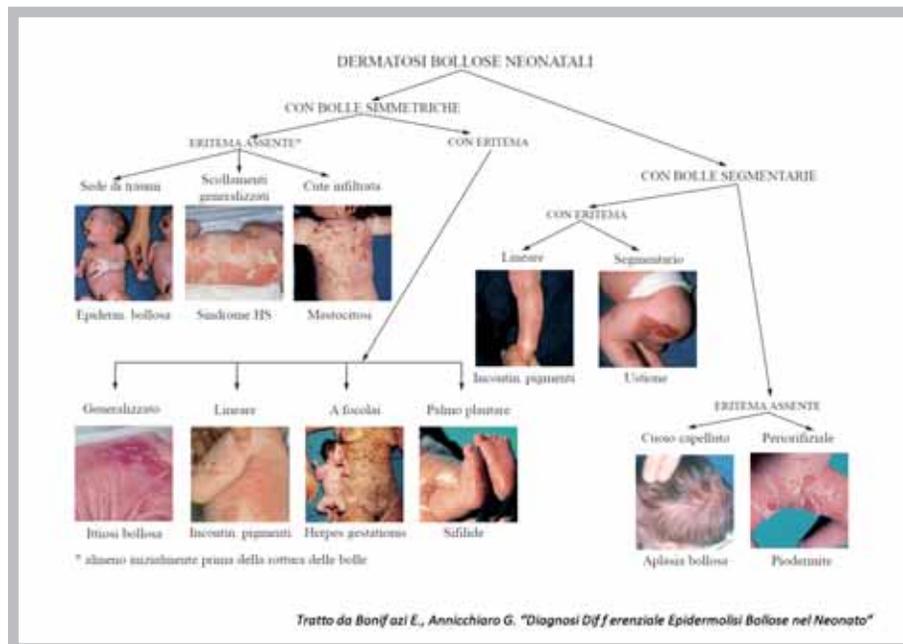


TABELLA 1: DERMATITI BOLLOSE

Dermatiti bollose infettive
- Epidermolisi Bollosa Stafilococcica semplice;
- Sindrome SSSS
- Pemfigo luetico
- Infezioni Herpetiche
- Altre
Dermatiti bollose non infettive
- Ustioni
- Epidermolisi Bollosa Ereditaria
- Mastocitosi
- Pemfigo e Pemfigoidi
- Ittiosi bollosa
- Altre

FIGURA 4: SCHEMA CHE EVIDENZIA LA COMPLESSITÀ DELLA DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE DELLE DERMATITI BOLLOSE NEONATALI



consiglio genetico. Il piccolo viene sottoposto a un programma di follow-up clinico, fornendo alla famiglia consigli pratici sulla gestione della malattia, per la quale non esistono ancora oggi terapie specifiche. L'attento monitoraggio clinico nel tempo dei pazienti affetti da EBE è fondamentale, considerato il rischio di recidive future con esiti, spesso, invalidanti, in assenza di un adeguato programma di prevenzione e trattamento delle lesioni bollose. Nel caso del piccolo L. la malattia, a sei mesi dalla diagnosi, è in remissione completa, configurando il quadro clinico di una possibile EBE di tipo transitorio, forma descritta in letteratura come *self limited* [2-3].

Che cosa è l'Epidermolisi Bollosa Ereditaria

L'Epidermolisi Bollosa Ereditaria (EBE) è una malattia rara con un'incidenza di circa 1:50.000, più frequente nell'Italia centro-meridionale, geneticamente trasmessa sia con meccanismo autosomico dominante che recessivo. È caratterizzata da una fragilità cutanea che conduce alla formazione di lesioni bollose. Le lesioni possono insorgere sia spontaneamente che in seguito a traumi. Vengono differenziate varie forme in base al pattern immunoistochimico [4]:

1. *Epidermolisi Bollosa Semplice (EBS)*, in cui le lesioni coinvolgono unicamente l'epidermide, le bolle guariscono senza cicatrici e le mucose sono coinvolte raramente.
2. *Epidermolisi Bollosa Giunzionale o atrofica (EBG)*, nella quale la sede delle lesioni è più profonda, a livello della giunzione fra il derma e l'epidermide. Le bolle guariscono generalmente senza o con poche cicatrici, sono estese e spesso sono interessate le mucose. Si può anche avere la perdita delle unghie. A questo gruppo, fra le altre, appartiene la epidermolisi bollosa letale (detta di tipo Herlitz), una forma molto grave che è spesso fatale nei neonati.
3. *Epidermolisi Bollosa Distrofica o dermolitica (EBD)*, nella quale la sede delle lesioni è molto profonda, nel derma. Le bolle guariscono lasciando

cicatrici anche gravi. Spesso vengono coinvolte le mucose (occhio, lingua ed esofago). Nelle forme più gravi si verificano malformazioni dei denti e perdita dei capelli. La perdita cronica di sangue e il malassorbimento dei cibi possono provocare malnutrizione e anemia. Quest'ultima è il gruppo di forme tra le più invalidanti. In questa categoria esistono, tuttavia, anche forme recessive che riconoscono un quadro clinico meno grave, spesso transitorio e più eterogeneo. Le varie forme di EBE riconoscono differenti modalità di trasmissione genetica. Ciò nonostante la diagnosi prevalente resta quella basata su criteri clinici e biotipici. Infatti l'aspetto clinico della malattia può cambiare in funzione della forma di EBE e dell'età di insorgenza. Le EBE si differenziano, inoltre, in forme transitorie e forme persistenti in base alle caratteristiche delle lesioni dermatologiche.

Diagnosi e trattamento

La diagnosi di EBE è sostanzialmente clinica, ma per la conferma sono necessarie la biopsia cutanea con lettura al microscopio elettronico e una immunofluorescenza specifica. Successivamente, si rende necessario un consiglio genetico per i genitori. Non esiste una terapia specifica. Il trattamento è, quindi, fondamentalmente preventivo e sintomatico. Le lesioni bollose guariscono spontaneamente anche in pochi giorni. Tuttavia bisogna provvedere a complesse medicazioni specifiche in schiuma morbida conformabile per favorire la guarigione e ridurre i traumatismi. L'approccio alla gestione dei piccoli affetti da questa patologia è di tipo multidisciplinare e spesso varia a seconda dell'età di insorgenza e della gravità della forma clinica. Nelle forme neonatali più spesso vi è necessità di ricorso a strutture specializzate di assistenza neonatologica di tipo intensivo per il rischio di infezione delle lesioni e di perdita di liquidi attraverso di esse. Anche nel lattante e nel bambino più grande, epoche nelle quali si possono osservare forme persistenti e più invalidanti, vi è la necessità di un attento e continuo follow-up clinico multispecialistico

con un adeguato sostegno alle famiglie. Infatti, spesso, sono proprio le famiglie di questi piccoli pazienti a dover sostenere il carico maggiore nell'assistenza quotidiana, che nelle forme persistenti risulta estremamente difficile e gravosa, rendendo indispensabile una adeguata collaborazione da parte delle strutture mediche di riferimento.

La complessità assistenziale nella gestione dei pazienti affetti da EBE, infatti, è legata al fatto che la terapia è sostanzialmente finalizzata a due interventi principali:

1. Prevenzione delle lesioni, attraverso manipolazioni delicate, ridotta esposizione a insulti fisici, utilizzo di unguenti lubrificanti e indumenti specifici.
2. Cura delle lesioni, che vanno gestite con medicazioni specifiche per evitare infezioni ed esiti cicatriziali [5]. Il fallimento di questa complessa gestione clinica può portare all'insorgere di complicanze locali e, nei casi più gravi, generali. Tra le complicanze locali più frequenti ricordiamo le infezioni delle ferite, gli esiti cicatriziali e le contratture cutanee, eventi che possono condurre a gravi limitazioni funzionali delle estremità coinvolte. Le complicanze generali sono più rare e riguardano le forme più estese e, in particolare, quelle con localizzazione a carico delle mucose. Queste sono sostanzialmente legate al malassorbimento di nutrienti ed elettroliti, configurando veri e propri quadri clinici di malassorbimento intestinale.

Cosa abbiamo imparato?

I messaggi principali ricavati da questa esperienza e che riteniamo importanti per la nostra pratica clinica sono fondamentalmente tre:

1. La necessità di una corretta diagnostica differenziale delle dermatiti congenite neonatali al fine di porre una diagnosi il più possibile precoce e precisa.
2. Le infezioni cutanee di natura batterica hanno un esordio post-natale più caratteristico, quindi la presenza di lesioni bollose congenite dovrebbe

orientare la diagnosi verso forme differenti.

- Il corretto inquadramento diagnostico di una dermatite congenita neonatale, per quelle forme che tendono a cronicizzare o che possono recidivare, consente un intervento mirato, rendendo possibile una corretta prognosi e un follow-up adeguato.

Queste considerazioni costituiscono un esplicito invito a non sottovalutare quelle manifestazioni cliniche a esordio neonatale che possono essere espressione di patologie, spesso croniche e invalidanti; questo per attuare, ove possibile, un'adeguata prevenzione e una terapia la più precoce e corretta possibile. ♦

Bibliografia

[1] Bonifazi E, Annicchiario G. Diagnosi differenziale dell'epidermolisi bollosa nel neonato, [www.dermatologiapiediatria.com/it/Epidermolisi Bollosa.pdf](http://www.dermatologiapiediatria.com/it/Epidermolisi%20Bollosa.pdf).
 [2] Hanson SG, Fine JD, Levy ML. Three new cases of transient bullous dermolysis of the newborn. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:471-6.
 [3] Fassih H, Diba VC, Wessagowit V, et al. Transient bullous dermolysis of the newborn in three generations. *Br J Dermatol* 2005;153:1058-63.
 [4] Horn HM, Tidman MJ. The clinical spectrum of epidermolysis bullosa simplex. *Br J Dermatol* 2000;142:468-72.
 [5] Eady RA. Epidermolysis bullosa: scientific advances and therapeutic challenges. *J Dermatol* 2001;28:638-40.

ERRATA CORRIGE

Nell'articolo "Utilizzazione dell'ICF nella cura dei ragazzi e adolescenti con ritardo mentale" pubblicato sul numero 1/2010 pagg. 8-13 di *Quaderni acp*, il nome di un autore (Claudia Napolitano) è stato riportato erroneamente come "Claudia Napolitano". Ci scusiamo con l'Autrice.

NOTIFICHE DI RISCHI ALIMENTARI ALLA UE

Nel corso del 2009 sono state 3204 le notifiche comunitarie di rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti o mangimi. Vi è stata una diminuzione delle segnalazioni per frutta secca e snack e un aumento per i prodotti della pesca, integratori e dietetici. Invariate quelle per frutta fresca e vegetali.

È quanto emerge dall'edizione 2009 della relazione sul sistema di allerta comunitario sugli alimenti, pubblicata dal ministero della Salute, che contiene le irregolarità raccolte dal sistema rapido di allerta comunitario, un network al quale partecipano la Commissione europea, l'Autorità Europea per la sicurezza alimentare e gli Stati membri dell'Unione.

Secondo i dati raccolti, i più frequenti contaminanti microbiologici sono risultati la *Salmonella*, la *Listeria* e le larve di *Anisakis*. Micotossine sono state ritrovate specie nella frutta secca. Residui di fitofarmaci, metalli pesanti e migrazioni di materiali a contatto con gli alimenti sono i più diffusi contaminanti chimici. In diminuzione le notifiche di allerta legate alla melamina.

Tra le notifiche complessive, l'Italia ne ha effettuate 472 (pari al 14,7%), rivelandosi, come negli anni 2008-2007 e 2006, il primo Paese membro nel numero di segnalazioni inviate. Per quanto riguarda l'origine, i prodotti nazionali emersi irregolari sono stati 98, risultando l'Italia il quarto Paese comunitario per numero di notifiche ricevute dopo la Germania, la Francia e la Spagna. Considerando, invece, anche i Paesi terzi, lo Stato che ha ricevuto il maggior numero di notifiche per prodotti non regolari è la Cina seguita dalla Turchia, Stati Uniti e India.

http://ec.europa.eu/food/food/rapidalert/index_en.htm

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1182_allegato.pdf

bp

acp news

BILANCIO ARGONAUTI 2009

Proseguendo nella pubblicazione dei bilanci dei congressi ACP ecco quello degli Argonauti 2009 svoltosi a Messina.

Tipologia: 131 partecipanti (30 relatori - 101 iscritti)

ENTRATE		USCITE	
ISCRIZIONI	22.050,00	SALA CONGRESSUALE	4.200,00
COMUNE Messina	1.500,00	VITTO PARTECIPANTI	9.000,00
PROVINCIA Messina	2.000,00	RELATORI	6.937,00
REGIONE Sicilia	2.000,00	SPESE STAMPA E POSTA	3.428,50
		SEGRETERIA ORGANIZZATIVA	4.080,00
		ARTISTI	187,50
		SIAE	200,00
		ECM	309,90
TOTALE ENTRATE	27.550,00	TOTALE USCITE	28.342,90
		DISAVANZO GESTIONE	792,90 euro

Un esantema monolaterale di lunga durata

Roberta Bonfanti*, Patrizia Neri*, Vittorio Tarabella
Pediatri di famiglia, Seravezza (LU); *ACP Toscana

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

Abstract

A long lasting monolateral exanthem

A maculo-papular rash started with fever and localization in the right torax is described. After 15 days, without systemic symptoms, the exanthem extended to the right abdomen. The clinical presentation and history allowed us to diagnose APEC (Asymmetric Periflexural Exanthem of Childhood).

Quaderni acp 2010; 17(2): 78-79

Key words Exanthem. Asymmetric Periflexural Exanthem of Childhood

È descritto un esantema maculo-papulare, esordito con febbre e localizzazione all'emitorace destro. A distanza di 15 giorni, in assenza di sintomi sistemici, l'esantema si estende all'emiaddome destro. Le caratteristiche cliniche e anamnestiche ci consentono di fare la diagnosi di APEC (Asymmetric Periflexural Exanthem of Childhood).

Parole chiave Esantema. Esantema periflessurale asimmetrico infantile

La febbre e solo un esantema

Giacomo, 4a 6m, viene visto nel nostro studio pediatrico di gruppo nell'ottobre 2008, per una sintomatologia caratterizzata da febbre, esordita 3 giorni prima insieme a un lieve esantema pruriginoso all'emitorace destro.

L'esame obiettivo, per il resto, è completamente negativo.

La pediatra curante consiglia terapia sintomatica con antipiretico e antistaminico per os. A distanza di 15 gg, l'esantema, che si era mantenuto pressoché invariato, si estende.

Giacomo ritorna in studio e la collega decide per un consulto di gruppo.

In presenza di un caso insolito o di dubbi diagnostici, abbiamo l'abitudine di chiamare immediatamente il collega o i colleghi presenti in studio e di fare vedere il paziente. Discutiamo successivamente il caso, cercando di sfruttare le nostre diverse competenze specialistiche.

Questi "consulti" interni sono accettati molto volentieri dalle famiglie dei pazienti e lo scambio di idee ci risulta di grande utilità.

In questo caso ci riuniamo al "letto" del paziente, armati solo di macchina foto-

grafica e delle nostre competenze dermatologiche amatoriali.

La visita

Si inizia, come dovuto, con l'anamnesi: come si è già detto, è molto scarna e al momento non ci aiuta; ma vedremo poi che invece è una delle caratteristiche della malattia.

Esame obiettivo: si tratta di un esantema maculo-papulare, con localizzazione asimmetrica che interessa l'emilato dx, torace e addome. È esordito a livello della piega ascellare (figure 1 e 2).

È presente prurito: e lo sarà fino alla scomparsa dell'esantema.

Non si associano sintomi sistemici.

Il sospetto e la conferma

Ragionando sulla storia clinica e sull'esame obiettivo (e su reminiscenze di corsi di dermatologia e di un bell'articolo di Mario Cutrone del lontano 1997), ci viene in mente un sospetto diagnostico. Per averne conferma, inviamo le foto al dermatologo di riferimento del nostro gruppo, che conferma immediatamente la diagnosi [3].

Come spesso succede, avevamo in mano tutti i dati clinici per dare un nome all'esantema: bastava solo metterli insieme. Era infatti come è scritto sopra un esantema asimmetrico esordito alla piega flessoria ascellare di un bambino: Asymmetric Periflexural Exanthem of Childhood (acronimo APEC) sta per esantema periflessurale asimmetrico dell'infanzia.

È stato descritto come una nuova entità nosologica da Brunner nel 1962 e nel 1986 da Taieb, che nel 1993 ha proposto la denominazione attuale [2-4-5].

Viene classificato come un esantema infantile di origine sconosciuta, dovuto probabilmente a un agente virale, non ancora isolato (ma le ultime ipotesi eziologiche propendono piuttosto per una modalità aspecifica di reazione a virus diversi, analogamente a quanto avviene nella sindrome di Giannotti-Crosti).

In letteratura sono stati riportati circa 300 casi in bambini di età compresa tra i 4 mesi e i 10 anni (età media 2 anni), e solo 4 casi in pazienti adulti [1].

Nella maggior parte dei casi i bambini sono asintomatici al momento della comparsa dell'esantema, con anamnesi negativa; occasionalmente, sono stati descritti episodi recenti di infezioni delle alte vie respiratorie, linfadenopatia, febbre, otite media e diarrea.

Un modesto prurito è presente nel 50% dei casi.

Le lesioni sono eritemato-papulari, con aspetto morbilliforme, scarlattiniforme, eczematoso e occasionalmente reticolare.

In fase di risoluzione può comparire una fine desquamazione.

Sono lesioni inizialmente monolaterali (è stata riportata una prevalenza del lato destro) e generalmente iniziano vicino a una piega, prevalentemente l'ascellare, più raramente l'inguinale, la poplitea e

Per corrispondenza:

Patrizia Neri

e-mail: neripatrizia@gmail.com

occhio alla pelle

FIGURA 1: ESANTEMA LOCALIZZATO A EMITORACE E EMIADDOME DESTRI



l'anticubitale; si possono estendere successivamente all'emilato controlaterale. La risoluzione avviene spontaneamente nel giro di 3-6 settimane (3 nel nostro caso).

La diagnosi differenziale si pone essenzialmente con la sindrome di Giannotti-Crosti, che presenta lesioni papulari simili, ma con distribuzione simmetrica e interessamento di volto e arti.

La diagnosi è facile, a saperlo

La diagnosi è semplice, conoscendo le caratteristiche peculiari dell'esantema; è però probabile che, data la benignità del quadro clinico, molti casi non giungano all'osservazione del pediatra e altri vengano misconosciuti, perché si tratta di un esantema ancora poco noto.

È perciò molto probabile che si tratti di un esantema meno raro di quanto sia stato descritto, anche se non obbedisce... alla famosa regola del Nelson, nel quale non è descritto. ♦

FIGURA 2: ESANTEMA MACULO-PAPULARE ESORDITO A LIVELLO DELLA PIEGA ASCELLARE



Bibliografia

[1] Adams SP, Ting PT. Asymmetric Periflexural Exanthem of Childhood emedicine.medscape.com /article/feb 16, 2007.
 [2] Brunner MJ, Rubin L. A new papular erythema of childhood. Arch Dermatol 1962;85:539-40.
 [3] Cutrone M. APEC: Esantema Periflessurale Asimmetrico. Un altro esantema per il pediatra. Me-

dico e Bambino 1997;7:441-3.
 [4] Taieb A, e al. Erythème localisé avec adénopathie régionale de l'enfant: Une malarie d'inoculation? Ann Dermatol Venereol 1986;113:1023-4.
 [5] Taieb A, e al. Asymmetric Periflexural Exanthem of Childhood, J Am Acad Dermatol Sept, 1993;29:391-3.

Conferenza dell'ONU sul clima a Copenhagen: un piccolo passo di un lungo cammino

Giacomo Toffol
Gruppo PUMP dell'ACP

Parole chiave *Cambiamento climatico. Gas serra. Povertà. Mortalità*

Il cambiamento climatico che si sta verificando, provocato dalla continua emissione in atmosfera di gas a effetto serra prodotti dalle attività umane, è la più grande minaccia sanitaria per i bambini nel 21° secolo. A seguito del progressivo aumento della temperatura media del pianeta, milioni di bambini saranno a maggiore rischio di malattie, malnutrizione, scarsità di acqua potabile. Già oggi la mortalità infantile è più elevata nei Paesi poveri del mondo, in cui i bambini muoiono per un piccolo numero di malattie prevenibili, tra cui la diarrea e la malnutrizione. Ogni anno, quasi 9 milioni di bambini muoiono prima dei cinque anni di vita: più della metà, 4,7 milioni, in Africa sub-sahariana e 3,8 milioni nell'Asia del Sud [1].

Si stima che un terzo di queste malattie siano imputabili a condizioni di suolo, alimenti, acqua e aria modificabili dalle azioni umane. Queste condizioni peggioreranno a seguito del cambiamento climatico [2].

Gli effetti del cambiamento climatico sulla salute e sulla possibilità di accesso al cibo e all'acqua pulita avranno a loro volta un impatto su problemi già esistenti come la migrazione, cui già oggi i Paesi più ricchi stentano a dare adeguate risposte. Queste considerazioni non riescono ancora a fare breccia nel mondo politico-economico per essere trasformate in iniziative concrete volte a bloccare l'evoluzione del cambiamento climatico globale.

La recente conferenza dell'ONU sul clima a Copenhagen, attesa con la speranza di intraprendere qualche importante passo avanti nella riduzione dei gas serra e del rischio di surriscaldamento del pianeta, non è giunta ad alcun accordo concreto e vincolante tra gli Stati. La conferenza si è conclusa il 19 dicembre scorso con una risoluzione di compromesso. Un accordo, definito in extremis dai capi di Stato e dai Governi di Stati Uniti, Cina, India, Brasile e Sud Africa, in cui i Paesi riconoscono i cam-

biamenti climatici come una delle maggiori sfide dell'umanità e chiedono l'adozione di misure da parte del settore industriale e dei Paesi emergenti. Per la protezione del clima l'accordo prevede anche l'impegno da parte dei Paesi ricchi di mettere a disposizione dei Paesi in via di sviluppo un importo di 30 miliardi di dollari entro il 2012 e di 100 miliardi entro il 2020. Nell'Accordo i Paesi hanno espresso anche l'intenzione di limitare a un massimo di due gradi il riscaldamento del clima a livello globale. Obiettivo possibile con una massiccia riduzione dei gas serra di almeno il 50% entro il 2050. Sul punto i Paesi firmatari non sono in alcun modo riusciti ad accordarsi [3].

Il risultato di Copenhagen rappresenta un impegno unilaterale e non è giuridicamente vincolante. A seguito di questo accordo entro il 31 gennaio i Paesi firmatari avrebbero dovuto presentare i propri impegni per limitare l'emissione dei gas serra entro il 2020. Finora lo hanno fatto 55 Paesi (pari al 78% delle emissioni globali da consumo energetico). I 37 Paesi più industrializzati del mondo hanno presentato programmi che prevedono riduzioni variabili dal 25% di Australia e Giappone al 20% dei Paesi dell'UE e al 17% di USA e Canada. Tra i Paesi in via di sviluppo si va da impegni di riduzione delle emissioni del 36% proposto dal Brasile al 40% proposto dalla Cina, al 20-25% dell'India, al 30% del Messico, al 34% del Sud Africa. Nella migliore delle ipotesi si tratta probabilmente di buoni propositi, dato che non esiste nessun vincolo legale al rispetto di tali obiettivi né alcun modo di effettuarne un controllo da parte della comunità mondiale. E si tratta sempre di una riduzione delle emissioni che sarebbe probabilmente insufficiente a garantire la soglia dei 2 gradi massimi di incremento della temperatura, anche se, venisse attuata.

Ancora una volta non è stato fatto alcun significativo passo avanti nella tutela del pianeta e dei suoi abitanti; le esigenze economiche dei Paesi più inquinanti, vecchi e nuovi, hanno avuto la meglio sul diritto alla salute delle popolazioni

più disagiate.

Ancora una volta non ci resta che segnalare questa mancanza di equità e sensibilizzare al problema il maggior numero di persone, facendo pressione su chi ha il dovere di provvedere. Secondo un editoriale del *BMJ* i medici sono ancora i professionisti di cui la gente si fida di più [4]. Da qui il nostro impegno per mettere in pratica e trasmettere ai nostri pazienti tutte le semplici azioni in grado di ridurre l'emissione personale di gas serra nell'atmosfera e migliorare al contempo il nostro stile di vita.

I nostri obiettivi a breve termine: consigliare ai nostri pazienti una dieta migliore, che preveda un ridotto consumo di carne e privilegi i prodotti dell'agricoltura locale, senza sprechi di cibo; una maggiore attività fisica (privilegiando i mezzi pubblici e usando meno l'automobile); una riduzione del consumo di energia attraverso un miglior isolamento delle abitazioni e una riduzione dei consumi superflui. Mettendo in pratica per primi queste abitudini e ponendo il cambiamento climatico all'ordine del giorno di tutte le nostre riunioni professionali e scientifiche, potremo inoltre rappresentare un modello di riferimento per i nostri pazienti.

La partita comunque non è ancora chiusa; il prossimo appuntamento è il summit sul clima del 2010 a Città del Messico, con la speranza che i "Grandi" della terra riescano a fare un passo indietro, arrivando ad accordi forti, vincolanti e misurabili, prima che sia troppo tardi. ♦

Bibliografia

- [1] Black R, Morris S, Bryce J. Where and Why are 10 million children dying each year? *Lancet* 2003; 361:2226-34.
- [2] McMichael A, Friel S, Nyong A, et al. Global environmental change and health: impacts, inequalities and the health sector. *BMJ* 2008;336:191-4.
- [3] http://unfccc.int/files/meetings/cop_15/application/pdf/cop15_cph_auv.pdf.
- [4] Griffiths J, Hill A, Spiby J, et al. Ten practical actions for doctors to combat climate change. *BMJ* 2008;336:1507.

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

Una questione di fiducia

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave MPR e autismo. Adesione alle vaccinazioni

Il caso Wakefield

Lo scorso 2 febbraio *Lancet* ha annunciato il ritiro dell'articolo di Wakefield e altri, pubblicato nel 1998, perché diversi contenuti erano risultati inesatti o addirittura falsi [1]. Da questo articolo partì il dubbio dell'associazione tra il vaccino antimorbillo, parotite, rosolia (MPR) e l'autismo. Lo studio descriveva una particolare forma di autismo, accompagnata da disturbi gastrointestinali, riscontrata in 12 bambini, 8 dei quali avevano ricevuto il vaccino MPR a breve distanza dalla comparsa dei sintomi. La decisione di *Lancet* è avvenuta a distanza di pochi giorni dal giudizio del General Medical Council del Regno Unito, che il 28 gennaio ha dichiarato Wakefield colpevole di condotta disonesta e irresponsabile, di essersi fatto beffe del comitato etico e di aver gettato discredito sulla professione medica. I particolari della vicenda, raccontati sul *BMJ*, sono a dir poco sconcertanti [2]. Non solo sono stati eseguiti interventi invasivi non motivati dal quadro clinico, come la puntura lombare e la colonscopia, ma Wakefield avrebbe persino offerto del denaro ai bambini (5 sterline) in cambio di prelievi di campioni di sangue in occasione di una festa di compleanno. Per non parlare dei finanziamenti ricevuti dagli avvocati delle famiglie che ritenevano i loro figli danneggiati dal vaccino e del fatto che, prima di eseguire lo studio, aveva presentato il brevetto di un farmaco contro il morbillo: due pesanti conflitti di interesse che non furono dichiarati. Dopo la pubblicazione su *Lancet*, e soprattutto dopo una conferenza stampa di Wakefield che rafforzava i dubbi e consigliava l'uso di vaccini monovalenti contro morbillo, parotite e rosolia, le ombre sull'MPR sono dilagate un po' dovunque, determinando porzioni rilevanti di rifiuto della vaccinazione soprattutto nel Regno Unito. Le coperture vaccinali britanniche sono crollate in pochi anni dal 92% all'80% e sono ricomparse epidemie di morbillo.

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

Una questione di fiducia

Come è potuto succedere che si sia dato tanto credito a ipotesi basate su dati tanto fragili? Dai molti studi eseguiti per verificare il dubbio sollevato da Wakefield, non sono mai risultate evidenze di correlazione tra MPR e autismo. Il governo britannico si è speso in tutti i modi per diffondere informazioni in tal senso anche attraverso un sito web dedicato ai genitori. Certamente i media hanno contribuito ad alimentare il fuoco. Sarà stato per il desiderio di uno scoop o per la reale difficoltà dei giornalisti nel valutare l'affidabilità di un esperto e i suoi eventuali conflitti di interesse che possono distorcere l'informazione. Alcuni lamentano che i medici abbiano avuto reazioni tiepide e spesso fossero incerti nel sostenere il vaccino. Secondo *l'Economist* uno dei motivi possibili del far dilagare il dubbio è stato il collasso della fiducia nei confronti del governo. Il sottotitolo dice infatti: "I governi dovrebbero biasimare solo se stessi quando le persone non credono più in ciò che essi dicono" [3]. Nella vicenda della BSE (la "mucca pazza") le rassicurazioni date da esponenti del governo e da autorevoli esperti, poi rivelatesi del tutto false, hanno minato profondamente la fiducia della popolazione, medici compresi.

Altri esempi passati e presenti

Il rifiuto dell'antipolio da parte della Nigeria ha provocato il ritorno di epidemie in vari Stati limitrofi dove la malattia era scomparsa grazie alle campagne vaccinali. Nessuno dice però che pochi anni prima 11 bambini nigeriani erano morti e molti altri avevano subito danni permanenti a seguito della sperimentazione di un antibiotico (*Trovan*), condotta oltre a tutto in violazione delle norme etiche, senza un adeguato consenso informato. Si possono biasimare i nigeriani se, dopo una simile esperienza, erano tanto diffidenti verso le proposte di qualsiasi altro intervento sui loro bambini? L'ipotesi, sollevata nel 1998 da alcuni neurologi francesi che l'antipatite B fosse associata all'insorgenza della sclerosi multipla, fece vacillare la fiducia nella vaccinazione. L'associazione non fu mai confermata. Anche la Cochrane non ha trovato alcuna evidenza, tuttavia segnala che la scarsa qualità metodologica degli

studi e l'esistenza di un'ipotesi causale plausibile richiedono attenzione [4]. Ma in Italia, la sfiducia di alcune minoranze verso questa vaccinazione è collegata principalmente alle gravi vicende giudiziarie dell'allora Ministro della Sanità, che coinvolsero anche la decisione di rendere obbligatoria la vaccinazione.

La bassa copertura per l'anti-HPV nelle adolescenti rilevata in Italia nel 2008 (27% nelle 12enni e 34% nelle 11enni) è forse dovuta alla perplessità verso una vaccinazione introdotta senza avere dati adeguati per valutare i risultati su un tumore che può insorgere a grande distanza di tempo. Visto che esiste comunque un altro strumento di prevenzione di provata efficacia: il Pap-test. La pesante azione di marketing diretto e indiretto esercitata dall'industria e l'informazione poco equilibrata che ne è derivata non hanno certo aiutato a migliorare la fiducia in questa vaccinazione [5].

Il rifiuto più clamoroso ha riguardato la vaccinazione contro l'H1N1. La fiducia è stata oscurata dalla poca chiarezza dei criteri decisionali della stessa OMS e dalla raccomandazione di usare vaccini allestiti con tecnologie non studiate a sufficienza soprattutto nei bambini e nelle donne gravide. Ci auguriamo che la richiesta di indagine, partita da alcuni Parlamentari europei, aiuti a fare chiarezza.

Conclusione

Tutti questi episodi mettono in luce l'urgenza di ricostruire un rapporto di fiducia. Come ricostruirlo? Innanzitutto con la trasparenza, poi con la gestione e il superamento dei conflitti di interesse e, infine con una grande attenzione al rigore metodologico. Non sarà un impegno facile, ma indispensabile. ♦

Riferimenti

- [1] Retraction – Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet* 2010;375:445.
- [2] Dyer C. Wakefield was dishonest and irresponsible over MMR research, says GMC. *BMJ* 2010; 340:e593.
- [3] The needle and the damage done. *The Economist*, Feb 14th, 2002.
- [4] Jefferson T et al. Hepatitis B immunization and onset of demyelinating disease. Systematic review of the evidence, 2007 (commissionata dal Governo Olandese, non pubblicata).
- [5] Rothman SM, Rothman DJ. Marketing HPV vaccine: implications for adolescent health and medical professionalism. *JAMA* 2009;302:781-6.

Lista dei farmaci cardiovascolari per i bambini: un passo per superare gli off label

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

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

L'AIFA pubblica la lista dei cardiovascolari per i bambini

La prima lista di farmaci cardiovascolari per uso pediatrico è stata pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* ed è disponibile sul sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

La lista è parte di un lavoro di revisione intrapreso dal gruppo di lavoro pediatrico dell'AIFA nel 2007 (sotto la direzione del dottor Nello Martini), con l'intento di individuare i farmaci che, seppur utilizzati con modalità *off label*, dispongono di sufficienti evidenze di sicurezza e di efficacia in determinate condizioni d'uso.

La revisione ha identificato un totale di 136 farmaci appartenenti a differenti classi terapeutiche, e la lista dei farmaci cardiovascolari è la prima a essere pubblicata. Questa classe di farmaci è, infatti, tra quelle con il maggiore numero di principi attivi non autorizzati in ambito pediatrico, a fronte di un utilizzo per condizioni cliniche a volte gravi e spesso croniche.

La lista è composta da un totale di 29 principi attivi. Per 20 di questi è disponibile almeno uno studio clinico randomizzato controllato; per gli altri 9 (adenosina, flecainide, propafenone, bosentan, sildenafil, noradrenalina, spironolattone, labetalolo, lidocaina) mancano studi comparativi formali, ma l'inclusione della lista è stata motivata sulla base della loro rilevanza, della mancanza di alternative terapeutiche e della esiguità di casi pediatrici (e conseguente difficoltà nel condurre studi in questa popolazione).

I 29 farmaci cardiovascolari inclusi nella lista sono erogabili a carico del SSN ai sensi della Legge 648/96. È ovviamente compito del medico prescrittore seguire i criteri essenziali e necessari per l'uso razionale di questi (come di tutti gli altri) farmaci.

(http://www.agenziafarmaco.it/allegati/determina_20012010.pdf)

(http://www.agenziafarmaco.it/allegati/lista_farmaci_gen2010.pdf)

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

Modificati gli stampati del paracetamolo

In seguito alla segnalazione di casi di sovradosaggio da paracetamolo, soprattutto nei bambini, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha ritenuto necessario modificare gli stampati della *Tachipirina* e dei medicinali contenenti paracetamolo da solo e/o in associazione per eliminare e/o modificare determinate informazioni che potevano indurre a errore terapeutico.

In particolare, sono state eliminate le frasi che facevano riferimento alla dose giornaliera pro kg (60 mg/kg/die per l'uso orale e 90 mg/kg/die per uso rettale, da dividere in 4-6 somministrazioni). Gli schemi posologici basati sul peso corporeo e sulla formulazione sono stati invece mantenuti.

È stata infine inserita la raccomandazione di non somministrare il paracetamolo per più di 3 giorni consecutivi senza consultare il medico.

(http://www.agenziafarmaco.it/allegati/nii_tachipirina20012010.pdf)

Accuratezza del dosaggio e misurino dosatore

L'accuratezza nel dosaggio dei farmaci dipende dal dosatore e dal grado di istruzione dei genitori. È quanto emerge da uno studio condotto in una clinica di New York, in cui è stato chiesto a un gruppo di 302 genitori di misurare una dose di un cucchiaino da tè, pari a 5 ml di paracetamolo, utilizzando i dosatori inclusi nelle confezioni in commercio negli Stati Uniti.

Più del 90% dei soggetti che avevano utilizzato il contagocce o la siringa non aveva compiuto errori nel dosaggio, mentre il 25% di quanti avevano utilizzato il bicchierino aveva commesso un errore del 40% rispetto alla dose corretta, sovradosando il farmaco in più dell'80% dei casi. Uno scarso grado di istruzione era associato a errori di dosaggio solo in caso di impiego del bicchierino o del cucchiaino.

Il bicchierino può indurre in errore per la scarsa leggibilità delle tacche o per il possibile fraintendimento di considerare il bicchierino come unità di misura o dose piena. La standardizzazione dei misurini e delle istruzioni per il loro

impiego potrebbe, quindi, contribuire a ridurre il rischio di errori di dosaggio.

(Yin HS et al. Parents' medication administration errors: role of dosing instruments and health literacy. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164:181-6)

Pediatri e antibiotici.

Un progetto regionale italiano

Un'indagine effettuata dal Gruppo Regionale Progetto Bambini e Antibiotici (ProBA) dell'Emilia Romagna ha analizzato le attitudini dei pediatri (di famiglia e ospedalieri) e le aspettative dei genitori nella prescrizione degli antibiotici ai bambini, allo scopo di identificare i fattori responsabili di una prescrizione inappropriata o di un uso eccessivo di questi farmaci.

Su 4352 visite per sospetta infezione delle vie aeree, nel 38% dei casi è stato prescritto un antibiotico.

L'incertezza diagnostica è stata percepita dai pediatri come la causa più frequente di prescrizione inappropriata (nel 56% dei 633 pediatri intervistati); un test diagnostico rapido è stato usato nei casi di faringite/faringotonsillite solo dal 36% dei pediatri di famiglia e dal 21% degli ospedalieri. Oltre il 50% dei pediatri ha affermato di non adottare la "strategia di vigile attesa" nell'otite acuta.

La percezione dei genitori riguardo alla prescrizione di antibiotici non è stata indicata dai pediatri come un determinante della prescrizione di antibiotico, anche se dall'indagine è emerso come questa percezione sia il secondo fattore, dopo la presenza di otorrea, più fortemente associato alla prescrizione. Per quanto riguarda i genitori, i fattori più importanti potenzialmente associati alla eccessiva prescrizione di antibiotici sono la mancanza di conoscenze sulle infezioni delle vie aeree e sull'uso degli antibiotici (il 41% dei 1029 genitori intervistati ritiene che i batteri siano una possibile causa del raffreddore comune), e la propensione nel cercare assistenza medica per le comuni infezioni (il 48% dei 4352 bambini che hanno avuto accesso all'ambulatorio presentava solo i sintomi del comune raffreddore).

(Moro ML, et al. Why do paediatricians prescribe antibiotics? Results of an Italian regional project. *BMC Pediatrics* 2009;9:6) ◆

È corretto dare sculacciate?

Costantino Panza
Pediatra di famiglia, Parma

Parole chiave Sculacciate. Bambini. Genitori

Cosa sono le punizioni corporali

Questo interrogativo è stato ampiamente studiato negli ultimi venti anni. Definiamo innanzitutto cosa intendiamo per punizioni corporali nell'intento di precisare e meglio comprendere ciò di cui stiamo parlando. *Le punizioni corporali sono l'utilizzo della forza fisica con l'intenzione di causare un'esperienza di dolore al bambino, ma non di provocare una lesione fisica, allo scopo di correggere o contenere un cattivo comportamento del bambino.* Picchiare con una sculacciata nel sedere, dare uno schiaffo, una spinta con forza, un brusco strattone, una bacchettata sulle mani, dare un pizzicotto, scuotere con forza un bambino sono azioni considerate come punizioni corporali che i genitori (o chi accudisce il bambino) spesso adottano come atto educativo. Statisticamente nel mondo occidentale la maggior parte dei genitori ha utilizzato o utilizza le punizioni corporali. In alcune casistiche si è arrivati a stimare che anche più del 90% dei genitori ha usato la forza fisica verso i loro bambini.

Perché a volte scappano le sculacciate?

Alcuni fattori favoriscono l'uso della punizione fisica verso i nostri figli. Innanzitutto l'esperienza di essere stati picchiati dai propri genitori, la scarsa comprensione del livello di sviluppo del proprio figlio, un basso livello di stato socio-economico, il credo religioso o una naturale predisposizione a usare la forza fisica come punizione.

Spesso le punizioni fisiche sono impiegate a causa di particolari tipi di comportamento del bambino, come quando si mette in situazioni di pericolo fisico, oppure quando picchia un altro bambino o se disobbedisce a una regola prestabilita (non mette in ordine la stanza, per esempio) e, infine, se manca di rispetto o si oppone all'autorità dell'adulto.

Un sentimento di profonda tristezza o di rabbia, così come la mancanza di controllo sui nostri stati emotivi, sono stati

d'animo associati all'utilizzo delle punizioni fisiche. Anche un sentimento di frustrazione rispetto ai nostri risultati educativi o una depressione materna sono fattori facilitanti le punizioni fisiche.

Quali sono le conseguenze delle punizioni fisiche?

L'intento della sculacciata è quello di correggere o fermare un comportamento non voluto. Tuttavia sono ormai diverse centinaia gli studi scientifici che hanno valutato gli esiti sempre negativi e le conseguenze a distanza di tempo di questo pesante comportamento educativo. Per esempio, la maggior parte dei bambini puniti fisicamente per il loro comportamento aggressivo diventa ancora più aggressiva. Alcuni di questi rimangono aggressivi anche da adulti o con un disadattamento sociale. Inoltre, c'è una evidente associazione tra educazione con le percosse e comportamento criminale da adulto. Un bambino che ha subito una disciplina corporale avrà più facilmente una bassa autostima da adulto a differenza del bambino non picchiato.

Una propensione alla depressione e all'alcolismo è stata associata a una educazione con punizioni fisiche. Una madre che utilizza sculacciate e altri tipi di percosse può facilmente portare a disturbi nella sfera delle emozioni e del comportamento del bambino e anche a costruire una cattiva relazione genitore-figlio anche nell'età adulta.

Che rischi ci sono per i bambini quando vengono picchiati?

Alcune ricerche mediche attualmente si orientano a considerare la punizione fisica adottata quale mezzo di disciplina come un rischio per il maltrattamento. Infatti, a causa della giovanissima età e della propria costituzione fisica, il bambino può avere un'esperienza non solo di dolore, come è nell'intento del genitore, ma anche di vero e proprio danno nel fisico, in quanto l'adulto pesa almeno tre o quattro volte di più e ha molta più forza fisica del proprio figlio. Inoltre, la punizione fisica è talvolta associata ad attacchi verbali da parte dell'adulto che favo-

riscono stress psicologici che gli specialisti dell'infanzia classificano come abusi emozionali e che possono lasciare disturbi psicopatologici evidenti anche nell'età adulta.

In conclusione

Il bambino che viene picchiato con l'intenzione di ottenere una correzione, di solito, impara una lezione molto più profonda: che i problemi possono essere risolti con la violenza. Se noi genitori utilizziamo tali sistemi con l'intento di insegnare ai bambini l'autocontrollo, non solo sbagliamo, ma incoraggiamo un comportamento opposto. Dobbiamo noi genitori imparare l'autocontrollo, perché picchiare i bambini tende a far aumentare la probabilità che da adulti abbiano meno autocontrollo, meno autostima e relazioni più disturbate, che siano più soggetti alla depressione e che maltrattino a loro volta i figli e il coniuge. Non ascoltiamo i cosiddetti "esperti" che dicono che una sculacciata fa bene: sono ignoranti o in malafede!

Come fare?

Ci sono molte alternative per l'educazione del proprio bambino senza dover adoperare la forza fisica. Ogni strategia educativa deve essere calata nella singola realtà familiare, considerando il temperamento del bambino e il suo grado di sviluppo. Proprio per questo motivo il pediatra di famiglia è il professionista più competente nel confronto con i genitori per una nuova sfida educativa che non contempra più la sculacciata come metodo educativo. Parliamone con lui. ♦

Fonti bibliografiche

Strauss MA. Corporal punishment and primary prevention of physical abuse. *Child Abuse Neglect* 2000;24:1109-14.

Gershoff E. The short - and long-term effects of corporal punishment on children: a meta-analytical and Theoretical Review. *Psychol Bull* 2002;128:539-79.

Regalado M, Sareen, H, Inkelas M, et al. Parents' Discipline of Young Children: Results From the National Survey of Early Childhood Health. *Pediatrics* 2004;113:1952-8.

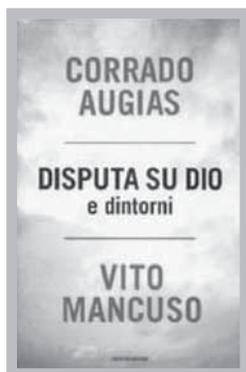
Parenting Attitudes and Infant Spanking: The Influence of Childhood Experiences. *Pediatrics* 2009;124:e278-e286.

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

informazioni per genitori

Libri: occasioni per una

Ma Dio c'è e dove?



**Corrado Augias,
Vito Mancuso**
*Disputa su Dio
e dintorni*

Mondadori, 2009
pp. 269, euro 18,50

Non lasciatevi confondere dal titolo "Disputa": ambedue gli Autori, l'ateo Augias e il credente Mancuso (professore di teologia) sanno che convincere l'uno o l'altro dell'esistenza di Dio, o del suo contrario, è impossibile. Il problema dell'"assoluto" – dice Mancuso – non potrà mai essere intellettualmente risolto. A meno che non si voglia riadottare l'artificio usato dall'ateo Mussolini, orologio alla mano, nel 1919.

I due Autori non parlano solo di Dio, ma anche dei dintorni: della vita e degli interrogativi etici e della filosofia che vi sta sotto e che ogni giorno si propongono agli uomini; di quanto sia rimasto e di quanto sia cambiata la lezione del "pienamente ebraico" Gesù Storico, semplicemente "Uomo" per Augias e che non ha mai detto di volere superare l'ebraismo, e il Gesù Cristo, "Unto" per Mancuso; di quanto sia lecito che l'uomo si senta padrone di anticipare la propria morte, e possa decidere di interrompere la vita se troppo lontana dalle caratteristiche "umane", ambito di discussione, questo, con significative consonanze.

Di questo e di molto altro si parla nel libro: del problema-scandalo del male che un Dio, che è amore, ha permesso che prosperasse nella Terra, di come si debba leggere la Bibbia nelle sue parti terribili e in quelle dolcissime, dei rapporti fra ebraismo e cristianesimo. Dice Mancuso che la buona novella andrebbe semplificata e ridotta a parole semplici e più vicine a quelle originarie. In questo e in altri ambiti di dogmatica, di etica, di struttura ecclesiale Mancuso dice di sentirsi più vicino a Carlo Maria Martini che a Josef Ratzinger; e il giornale dei gesui-

ti lo censura.

La conclusione su Dio per Mancuso è che non è un essere misterioso e nascosto in un cielo, ma è semplicemente il fondamento delle cose che accadono e la loro stessa razionalità, il loro ordine nel quale noi stessi siamo.

Che è ciò che Augias chiama, invece, leggi della natura e ordine delle cose e dalle quali ci deriva il senso di giustizia che abbiamo, senza bisogno di cercarne un motore trascendente.

Ma dato che Augias è al suo terzo libro su problemi religiosi (*Inchiesta su Gesù e Inchiesta sul cristianesimo*) viene il dubbio che in fondo, come molti, sia alla ricerca della fede. A meno di non volere semplicemente richiamarsi a Bobbio e ripetere che la differenza sembra non essere fra cercare di credere e di non credere, ma fra chi cerca di pensare e chi non lo fa.

Giancarlo Biasini

Camminare cercando un rapporto con gli spazi



Francesco Careri
Walkscapes
Il camminare
come pratica estetica

Einaudi, 2006
pp. 205, euro 25

In mano alla moderna scienza il camminare si è trasformato in una strategia terapeutica per il controllo del peso (vedi per esempio: *Pediatrics* 2007;120:e869-79). Ma in realtà che significato ha il camminare? Per Francesco Careri, architetto e ricercatore universitario, il camminare è una pratica estetica, la prima forma d'arte che l'uomo abbia mai attuato.

Il percorrere lo spazio è stato l'unico mezzo estetico attraverso il quale era possibile abitare il mondo quando ancora era impensabile per l'uomo la possibilità di una costruzione fisica di luoghi simbolici.

Sotto questa luce l'antica transumanza nomade e l'erranza della caccia assumono nuovi significati. Al camminare erano associate la danza, la religione, la musica; il racconto è nato dall'esperienza del cammino come descrizione di una epopea nello spazio e nel tempo, le due dimensioni di un percorso: il viaggio come una struttura narrativa.

Si potrebbe dire, insieme a Careri, che l'errare può essere considerato un valore piuttosto che un errore: una disciplina intesa come percezione e costruzione simbolica dello spazio piuttosto che la costruzione fisica di strutture tipiche invece dell'epoca sedentaria dell'uomo da quando ha iniziato a costruire villaggi.

Più che un vero e proprio saggio, il libro si presenta come un album dove i vari capitoli del testo sono intervallati a raccolte di immagini, aforismi e brani di altri scrittori, da Chatwin a Calvino fino ad André Breton, Deleuze e Guattari. Una lettura sempre vivace e ricca di spunti di riflessione.

E per chi vuole intraprendere un cammino filosofico su questo tema c'è "Camminare" del grande Henry David Thoreau; "Filosofia del camminare" di Duccio Demetrio e "Il mondo a piedi, Elogio della marcia" di David Le Breton. Spesso camminare è un espediente per riprendere contatto con se stessi, quindi molto più che un'indicazione terapeutica per il controllo del peso. Questi libri ci possono aiutare a recuperare questa nostra dimenticata dimensione.

Costantino Panza

Piante e animali fuori dai confini naturali



Marco Di Domenico
Clandestini.
Animali e piante
senza permesso
di soggiorno

Bollati Boringhieri, 2008
pp. 208, euro 16

buona lettura

Esistono gli alieni? Senza dubbio e sono numerose centinaia. Specie animali e vegetali che sono stati immessi in habitat completamente estranei alla loro storia evolutiva. Esseri viventi necessari per l'equilibrio naturale nel loro ambiente ma, se collocati fuori posto, possono distruggere un ecosistema e portare alla estinzione numerose altre specie. Commissioni scientifiche internazionali hanno addirittura stilato un elenco dei cento organismi alieni più pericolosi con danni calcolati in centinaia di milioni di euro e in alcuni casi anche con tragiche conseguenze per l'uomo! Così ci racconta il biologo Marco Di Domenico.

Questi alieni li chiama clandestini e descrive brevemente la storia di quarantacinque di queste specie in questo bel libro. Animali o piante che l'uomo, volontariamente o no, ha spostato dal loro primitivo ambiente, dove per adattarsi hanno avuto bisogno di molte migliaia di anni, inserendoli quindi in altri contesti, stravolgendo così il complesso e delicato sistema ecologico di quel particolare territorio. Storie sorprendenti, curiose, incredibili, drammatiche. L'Autore è bravo nel raccontare una vicenda con poche pennellate tra storiografia, biologia e attualità.

Che strano, l'uomo! Si prende la libertà di eliminare i confini naturali che finora hanno tutelato i più diversi ecosistemi, permettendo così un flusso "artificiale" delle più varie forme viventi per tutto il globo, favorendo in questo modo catastrofi naturali.

Dall'altra parte, invece, crea barriere artificiali, i confini nazionali, per evitare che la sua stessa specie possa emigrare o immigrare, cosa che invece è stata nella natura dell'uomo fin dalla sua comparsa sulla Terra.

Per di più, l'uomo che costruisce barriere per l'uomo evita attentamente alcuni *limes* per il denaro, il dio sacro che non ha mai bisogno di lasciarsi passare per viaggiare per il mondo. Questa è la nostra civiltà e l'ultimo breve racconto di "Clandestini" sulla rosa, fiore nobile e innocente, ne è la testimonianza più drammatica.

Costantino Panza

Gli affetti come antidoto alla difficoltà di accudimento



Giuliana Mieli
Il bambino non è un elettrodomestico

Urra-Apogeo, 2009,
pp. 208, euro 13

Per noi pediatri il titolo di questo libro è abbastanza familiare: sempre più frequentemente gli sguardi dei genitori con un neonato in braccio sembrano chiedere: "Per favore, può spiegarmi come si accende e come si spegne questa cosina morbida e incomprensibile?". Questo libro è ricco di argomenti e riflessioni per aiutare operatori e genitori a trovare soluzioni e risposte ai principali problemi collegati alla nascita e alla crescita del bambino. L'Autrice è un'esperta psicologa che ha passato buona parte della sua vita professionale in un grande centro nascita; è quindi sul campo che ha potuto accompagnare molti genitori in difficoltà ma anche aiutare medici, ostetriche e infermiere a leggere con maggiore profondità luci e ombre della gravidanza, del parto e del successivo lungo cammino della crescita. Il bambino che ci presenta Giuliana Mieli è competente, in grado di manifestare bisogni e desideri, capace di sollecitare la genitorialità della madre e del padre; sembrano invece gli adulti più in difficoltà nel regolare e controllare i comportamenti di cura. L'Autrice suggerisce che il nodo da sciogliere riguarda i sentimenti e le emozioni, che vanno liberati da inutili schemi così da permettere il formarsi di una relazione che è il fine e il mezzo di un accudimento adeguato. La Mieli ha studiato e approfondito sia l'ambito della psicologia clinica sia quello della filosofia teoretica; da questo connubio di conoscenze emerge una visione della maternità e della genitorialità a nostro avviso molto interessante e originale sia per i genitori che per gli operatori. I capitoli centrali del libro riferiscono, con linguaggio divulgativo ma con precisione e profondità, le teorie e le idee di importanti pen-

"La stragrande maggioranza delle diagnosi scaturisce dal racconto che ci fa il malato, se abbiamo la pazienza di ascoltare quel racconto, senza esortarlo di attenersi ai fatti".

Lisa Sanders.
Ogni paziente racconta la sua storia.
Einaudi 2009

satori del '900: Needham, Whitehead, Husserl, Paci (ma vengono analizzate anche le teorie della fisica quantistica che ha rivoluzionato la visione della realtà galileiana e cartesiana). Da questo excursus filosofico esce una profonda ma costruttiva critica all'attuale modo di considerare la salute e la nascita. L'Autrice bocchia decisamente la visione troppo meccanicistica e deterministica che ancora regola il sapere e il fare della scienza e della medicina moderna. Un antidoto o un correttivo è indicato negli *affetti*, nella possibilità di esprimere emozioni e sentimenti, approdando a comportamenti capaci di creare relazioni vere e profonde. L'esperienza della nascita e della conseguente genitorialità è in grado di innescare questa rivoluzione culturale e la psicologia può promuovere e favorire questo delicato processo (purtroppo la figura dello psicologo nei nostri centri nascita è poco presente, quando non addirittura assente, limitandosi spesso alla gestione dei casi più eclatanti e patologici).

A partire da questa analisi della società e del nostro attuale stile di vita, la Mieli rilegge la teoria dell'attaccamento approfondendo le riflessioni di Fairbairn, Bowlby, Winnicott, Ainsworth, Miller. Ne esce un affresco chiaro e convincente, dove il bambino non è più 'un elettrodomestico' ma un essere pieno di vita e di energia emotiva, e i suoi genitori degli adulti che riscoprono i significati profondi dell'esistenza e maturano attraverso questa esperienza un'affettività consapevole ed equilibrata. È da questa relazione affettiva che il bambino gradualmente sviluppa la propria autonomia e può iniziare a dare il proprio contributo a un mondo più umano e felice.

L'ultima parte del libro affronta più concretamente le problematiche della medicalizzazione del parto e del sostegno di cui hanno bisogno i genitori. Ancora una volta si suggerisce di cercare nella qualità affettiva dell'ambiente e della relazione la soluzione alle difficoltà del dare alla luce e del diventare genitori, così da integrare e correggere quei percorsi tecnologici che da soli in molti casi anziché illuminare occultano e confondono.

Alessandro Volta



Premio della Presidenza della Repubblica

Mentre *Quaderni* va in stampa arriva al CSB la notizia che è stata destinata una medaglia della Presidenza della Repubblica al Premio Nazionale “Nati per Leggere”.

Nati per Leggere: comincia il secondo decennio

Flavia Luchino ha inviato questo scritto del 1948 di Paul Hazard che ci pare appropriato per il secondo decennio di “Nati per Leggere” (1999-2009) ma è anche un augurio per il decennio che comincia.

“Mi auguro di vedere moltiplicarsi a opera dei loro sforzi quelle serene biblioteche per bambini, quelle sale accoglienti, decorate di fregi, dove essi hanno l'impressione di trovarsi a casa loro, tutte piene di ore gioconde che li attendono e che essi dovranno soltanto afferrare.

Mi auguro di vedere ogni Biblioteca comunale organizzarsi in modo da attirare e non da respingere i bambini. Mi auguro una trasformazione delle nostre biblioteche scolastiche che non dovrebbero assumere il carattere di un'istituzione ufficiale, ma piuttosto di un circolo amichevole; e gli alunni dovrebbero amministrarle da se stessi, sotto la loro personale responsabilità. Mi auguro di vedere introdurre nei programmi secondari e primari [...] un'ora per la lettura, durante la quale, essendo sospese le lezioni, alunni e alunne sarebbero occupati soltanto a leggere e a trascrivere.

[...] L'amore del libro presuppone un paragone tra piaceri facili e piaceri delicati, con una scelta decisa per i secondi, una certa personalità, un certo senso dello sforzo, il gusto del raccoglimento, della riflessione, la resistenza all'ansia che è divenuta oggi il ritmo della nostra vita, in poche parole tutta un'attitudine morale. Ed è per questo che il problema della difesa del libro è, in primo luogo, un problema di educazione”.

Paul Hazard, “Uomini, ragazzi e libri. Letteratura infantile”. Traduzione di A. De Marchis. Armando Editore, 1967.

Veneto

Da NpL a Valdagno (VI) a “Nacidos para Leer” in Guatemala

Proprio ciò che Paul Hazard si augura avviene a Valdagno dove la Biblioteca ha aperto le braccia per accogliere i bambini di una casa famiglia in Guatemala, portando loro e alle loro mamme i libri. Ecco la storia. La Biblioteca Civica Villa Valle di Valdagno (VI) ha aderito a NpL nel 2001 e da allora non ha mai smesso di promuovere il Progetto sia all'interno della propria sede che all'esterno, sia con materiale promozionale che con azioni concrete.

Con l'adesione a NpL, oltre a coinvolgere le realtà locali, è stato intrapreso un cammino di crescita nell'ambito della letteratura per ragazzi. È stata riservata una sala ragazzi all'interno della Biblioteca e con l'occasione è stato rinnovato il patrimonio di libri aggiornandoci sulla offerta editoriale anche per l'età 0-5 anni che risultava scoperta. Dal 2003, in collaborazione con i pediatri e con i sostenitori della Biblioteca, si è riusciti a regalare un libro al primo bilancio di salute che i bambini fanno presso il loro pediatra. Dal 2003, inoltre, al genitore che registra la nascita del suo bambino, viene consegnato il volantino informativo di NpL con una lettera di benvenuto firmata dal Sindaco, che invita a leggere e a recarsi in Biblioteca. Molte sono state le iniziative di promozione organizzate finora: a Natale 2009 la Biblioteca si è gemellata con la “Casa Maria” di Città di Guatemala. Questo gemellaggio nasce dall'impronta indelebile che il diacono Giuseppe Creazza negli anni Ottanta ha lasciato nei giovani di Valdagno. Oggi il diacono è attualmente responsabile del

Nati

Progetto “Casa Maria” a Città del Guatemala. Il Progetto è nato nel 1990; da allora 2000 ragazze e, fra di loro, molte ragazze madri provenienti dalle campagne, hanno trovato in “Casa Maria” accoglienza, istruzione e formazione al lavoro. I bambini riescono a frequentare le scuole grazie all'adozione a distanza sostenuta da molti valdagnesi. Le scuole in Guatemala non mettono tuttavia a disposizione libri, e i pochissimi libri per bambini che si trovano nelle librerie guatemalteche costano troppo. Partendo da questa realtà, la Biblioteca Civica Villa Valle ha lanciato l'iniziativa di un gemellaggio con “Casa Maria” per la progettazione di una piccola Biblioteca per bambini e l'esportazione in Guatemala di “Nati per Leggere”.

Per tutto il mese di dicembre si sono potuti acquistare in Biblioteca – con una spesa di 2 euro – alcuni libri che nel corso degli anni gli utenti hanno regalato alla Biblioteca e che non sono stati inventariati per diversi motivi. Con i fondi raccolti la Biblioteca acquisterà libri in spagnolo per bambini di “Casa Maria”. In questo modo le mamme che stanno imparando a leggere potranno esercitarsi sugli stessi libri che poi leggeranno ai loro bambini. “Nati per Leggere”, o meglio, “Nacidos para Leer”, acquisisce in questo caso quindi un doppio valore: a vantaggio non solo dei bambini ma anche delle loro mamme. Se qualcuno vuole aiutare l'iniziativa può utilizzare i seguenti recapiti:

Biblioteca Civica Villa Valle
Viale Regina Margherita, 1
36078 Valdagno (VI)
tel 0445424545 - fax 0445409724
biblioteca@comune.valdagno.vi.it

Marta Penzo

IBBY: Mostra internazionale di libri da 0 a 3 anni

Una interessante proposta di mostra “itinerante” di libri per piccolissimi (0-3 anni) e in tante lingue diverse è quella organizzata e promossa dall'IBBY.

L'IBBY è l'International Board on Books for Young People. La Mostra è stata realizzata con il contributo delle sezioni IBBY di varie parti del mondo e grazie alla collaborazione con IBBY Italia, con il

per Leggere

contributo del Children's Book Council of Iran, del Collegio Oficial de Bibliotecaris-Documentalistes de Catalunya, dell'Early Literacy Unit PRAESA (Project for the study of alternative education in South Africa), del Gruppo di lavoro "Nati per Leggere" insieme alla Commissione Italiana Biblioteche Ragazzi dell'AIB e agli esperti Angela Dal Gobbo, Luigi Paladin, Rita Valentino Merletti.

La Mostra è resa possibile grazie all'appoggio finanziario e organizzativo delle Biblioteche di Roma.

L'IBBY è un'organizzazione no-profit, fondata in Svizzera nel 1953. È una rete internazionale di persone, che provengono da più di 60 Paesi, impegnate a trovare modi per facilitare l'incontro tra libri, bambini e ragazzi. Promuove la comunicazione internazionale attraverso i libri per bambini, creando ovunque per l'infanzia l'opportunità di avere accesso a libri di alto livello letterario e artistico e incoraggiando la pubblicazione e la distribuzione di libri di qualità per bambini specialmente nei Paesi in via di sviluppo.

Ogni sezione nazionale dell'IBBY ha come obiettivo di promuovere la letteratura per l'infanzia del proprio Paese. Lo scopo di questa Mostra è quello di documentare le tendenze dell'editoria per bambini sotto i tre anni a livello internazionale.

I libri individuati sono 354 provenienti da 23 Paesi del mondo, in 16 diverse lingue.

I libri rispondono a criteri ben precisi che considerano:

- la sicurezza e la qualità dei materiali usati per fare i libri;
- la qualità delle illustrazioni e del testo dei libri, sia di fiction (libri per sognare) che di altro (libri per scoprire);
- il soggetto capace di suscitare l'interesse del bambino attraverso il riferimento alle sue esperienze quotidiane e alle sue capacità cognitive;
- libri tattili e di stoffa adatti anche alla lettura dei bambini con difficoltà.

La Mostra può essere richiesta utilizzando l'indirizzo di posta elettronica <npl-ifla@aib.it>.

I richiedenti dovranno mettere nel conto le spese di spedizione per il ritiro e la restituzione di libri ed espositori e sottoscrivere l'impegno a restituire integri sia i libri sia gli espositori. Per ulteriori

informazioni: <http://www.natiperleggere.it/?menuTYPE=CONTENT/menuID=79/AREA=1>.

Il carnevale di Loretta

Loretta Righetti della Biblioteca dei ragazzi "Adamo Bettini" di Cesena ha elaborato per il carnevale una simpatica proposta di letture per piccolissimi, piccoli e meno piccoli che vanno dalle poesie ai libri per tutti i gusti: dalle letture "pratiche" per il carnevale, come costruire maschere e altri oggetti, alle storie divertenti, o intriganti e misteriose per i più grandi, agli albi illustrati per i più piccoli, fino alle filastrocche e poesie.

Chi ne vuole sapere di più consulti il sito dell'ACP in "Appunti di viaggio".

Nel frattempo ve ne diamo un assaggio:

Il gioco dei se

Se comandasse Arlecchino
 il cielo sai come lo vuole?
 A toppe di cento colori
 cucite con un raggio di sole.
 Se Gianduia diventasse
 ministro dello Stato,
 farebbe le case di zucchero
 con le porte di cioccolato.
 Se comandasse Pulcinella
 la legge sarebbe questa:
 a chi ha brutti pensieri
 sia data una nuova testa.

GIANNI RODARI

Filastrocche in cielo e in terra

Trieste, Einaudi ragazzi, 1997, p. 64.

NpL e la "Feltrinelli"

Grazie a un accordo con l'editore Feltrinelli da oggi i genitori possono agevolmente reperire online tutti i libri del catalogo NpL e la bibliografia "Una guida per genitori e futuri lettori". Collegandosi infatti al sito delle librerie Feltrinelli (www.lafeltrinelli.it) c'è un link a "Nati per Leggere" dove cliccando si possono vedere i libri del catalogo e ordinarli online anche in copia singola. La bibliografia raccoglie invece tanti libri in sezioni tematiche, suddivisi anche per fasce di età che rendono facilmente fruibile la ricerca del libro giusto.

Molti punti vendita Feltrinelli hanno adibito degli spazi nelle aree dedicate alle letture per i più piccoli, dedicate a "Nati per Leggere" con i libri consigliati e il materiale informativo (vedi figura).

Attraverso le librerie Feltrinelli, NpL avrà una maggiore diffusione sul nostro territorio, con la speranza che sempre più genitori e bambini abbiano sia la possibilità di portarsi a casa un bel libro che la consapevolezza dell'importanza di condividerlo.



Le radici del male ne Il nastro bianco di Michael Haneke

Italo Spada
Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

Se è vero che ci sono film che si dimenticano facilmente e altri che restano a lungo nella memoria degli spettatori, *Il nastro bianco*, Palma d'oro al Festival di Cannes 2009 e miglior film agli Haward Europei, appartiene di certo a questi secondi. Dire qualcosa di interessante e dirla bene è merce rara; pertanto, quando arriva, è opportuno non lasciarsela sfuggire. Germania 1914. In un piccolo villaggio di campagna – chiesa, scuola, palazzo baronale, cascine, campi da coltivare, placidi contadini e biondi pargoli – la vita scorre tranquilla, fino a quando un incidente apparentemente casuale non si traduce in campanello d'allarme. Accade, infatti, che la caduta da cavallo del medico del paese diventi il primo di una serie di strani e preoccupanti fenomeni.

Qualcuno di questi ha una spiegazione, ma altri fomentano la psicosi del mostro. Se la devastazione del campo di cavoli del barone è opera del figlio del fattore che si ribella alle ingiustizie e intende vendicare la morte della madre e se il suicidio dello stesso fattore appare come un'autopunizione per non riuscire a sopportare la vergogna di un figlio irrispettoso e irresponsabile nei confronti di chi provvede al sostentamento dell'intero paese, altri fatti lasciano interdetti persino gli esperti inquisitori venuti dalla città.

Chi ha messo il filo invisibile da un albero all'altro per fare inciampare il cavallo del dottore? Chi ha provocato veramente la disgrazia nella quale ha perso la vita la moglie del fattore? Chi ha appiccato il fuoco al granaio? Chi ha rapito e torturato il figlio del barone? E chi, soprattutto, ha infierito su un bambino portatore di handicap legandolo a un albero e torturandolo selvaggiamente? Solo per caso il maestro del villaggio intuisce la terribile verità: seri indizi lasciano supporre che gli autori dei delitti siano quegli stessi alunni che frequentano l'unica classe della scuola del paese. Il suo tentativo di

denuncia, però, è immediatamente respinto: suonerebbe come atto di accusa nei confronti degli adulti che non si rendono conto di allevare una generazione di sadici e vendicativi.

Il film si chiude con l'annuncio dell'attentato a Sarajevo, ma la nube nera che anticipa lo scoppio della prima guerra mondiale va ben oltre, perché quei bambini e ragazzi belli e biondi diventeranno una ventina d'anni dopo i fautori del nazismo, i loro giochi si tingeranno di sangue e altri simboli prenderanno il posto del *nastro bianco*, emblema di purezza imposto dal rigido pastore protestante ai suoi figli come monito a non peccare e a non cedere alle tentazioni della carne.

È attraverso questi bambini che il regista tedesco di origini austriache Michael Haneke (che aveva già vinto a Cannes nel 2001 con *La pianista*) tratteggia, con tinte di giallo, un ritratto storico intessuto di drammi familiari – fotografia fredda e lucida di una società senza cuore – lasciando fuori ogni spettacolarizzazione, musica e colore inclusi. Analogamente allo stile, anche i rapporti personali – non solo tra ragazzi e adulti, ma anche tra uomini e donne, padrone e sudditi, medico e pazienti, genitori e figli, pastore e fedeli – sono di ghiaccio. Un mondo senza calore umano, retto dalla disciplina ferrea di chi detiene il potere laico e religioso.

L'eccessiva severità porta inesorabilmente al sopruso e alla perversione. Non c'è da stupirsi, pertanto, se, nella cupa atmosfera di un villaggio degli orrori, gli esempi di violenza fisica e verbale incidano sulla formazione dei bambini più delle lezioni del maestro, se non ci sia mai in tutto il borgo un solo abitante sorridente, se i ricchi cerchino l'evasione e i poveri il suicidio, se si respirino stupidità e intolleranza, se ci si nutra di rancori e di torbide passioni, se le uniche note romantiche provengano dall'amore di due giovani non appartenenti a quella comunità. “*Qualsiasi principio – ha dichiarato il regista – quando viene assolutizzato, diventa disumano. Che sia un ideale religioso, politico o sociale, quando diventa pensiero unico produce il ter-*

rorismo. Una certa educazione e cultura in senso assolutista porta a degenerazioni altrettanto assolutiste, al terrorismo, al fanatismo religioso, al nazismo, anche se questo mio film non è un lavoro sulla Germania o sul nazismo”. Più che alla storia, pertanto, bisogna fare riferimento all'esplorazione introspettiva. Haneke va alla ricerca delle radici del male con una lucidità impressionante, guardando a Dreyer (*Ordet, Dies irae*) e a Bergman (*Luci d'inverno, L'uovo del serpente, Fanny e Alexander*).

Cinema d'altri tempi, ante *Avatar*, da vedere con gli occhi della coscienza che, al tirar delle somme, penetrano ancora più in profondità di quanto non permettano gli effetti speciali e gli occhiali Dolby 3D.



Il nastro bianco (Das Weisse Band)

Regia: Michael Haneke

Con: Rainer Bock, Ulrick Tukur, Cristian Friedel, Burghart Klaussner; Leonie Benesch, Susanne Lothar, Joseph Bierbichler

Austria, Germania, Francia 2009

Durata: 145'

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

“In principio era il suono”

Alessandro Volta

Pediatra Neonatologo, AUSL di Reggio Emilia

Abstract

At the beginning it was sound

Foetus develops very early the ability to listen, recognize and memorize voices and sounds. During gestation through the listening of voices, singing and music it is possible to promote a communication between mother and child. The way a mother talks with her child: “Motherese” has shown to be able to activate in the newborn’s brain specific areas normally interested in the regulation of emotions. Neuroscience studies have shown that sound, vocalized or instrumental, plays an important role for neurological development. The prosodic component of a mother’s voice (the rhythmic and melodic part) should be considered as a real and specific form of emotional contact, a sort of non corporal embrace. Brain’s great plasticity during the pre natal period can find in a mother’s voice and in music a strong activator able to act simultaneously as a stimulus and an enjoyment. For these reasons both the “Nati per Leggere” and “Nati per la Musica” projects are to be considered strongly linked and integrated.

Quaderni acp 2010; 17(2): 89-91

Key words Foetus. Mother’s voice. Music. Neuroscience

Il feto sviluppa molto precocemente la capacità di ascoltare, di riconoscere e memorizzare le voci e i suoni. Già durante la gravidanza, attraverso la voce, il canto e la musica, è possibile favorire una comunicazione tra la madre e il bambino; in particolare la modalità di esprimersi in motherese si è dimostrata in grado di attivare nel neonato specifiche zone cerebrali normalmente interessate alla regolazione delle emozioni. Gli studi di neuroscienze stanno indicando che il suono, vocale o strumentale, svolge un ruolo importante per lo sviluppo neurologico. La componente prosodica della voce materna (cioè la parte ritmica e melodica) è quindi da considerare una vera e propria forma di contatto emozionale, una forma di abbraccio non corporeo. La grande plasticità cerebrale del periodo perinatale può trovare nella voce e nella musica un potente attivatore in grado di produrre contemporaneamente stimolo e piacere. Per questi motivi i progetti “Nati per Leggere” e “Nati per la Musica” vanno considerati strettamente collegati e integrati.

Parole chiave Feto. Voce materna. Musica. Neuroscienze

“In principio era il suono, e il suono era presso la madre, e il suono era la madre” [1]. Con questa frase dello psicanalista Franco Fornari apriamo la porta della percezione uditiva del feto e del neonato ed entriamo in un mondo nuovo, il mondo dell’inizio. Per almeno un terzo della gravidanza l’essere umano vive immerso in un ambiente sonoro; come un cieco il feto vive ciò che sente, e la sua esistenza è completamente contenuta in un liquido che *parla*. Questa continua stimolazione uditiva e questo costante esercizio d’ascolto producono una veloce maturazione dell’udito, così che alla nascita questo appare come l’unico organo già completamente mielinizzato [2].

Ma cosa ascolta il bambino nella pancia? Ascolta soprattutto la madre, e come ricorda Fornari, per lui la madre è un suono, nel senso che è proprio attraverso il suono che ne può fare esperienza diretta. È stato molto enfatizzato il rumore del battito cardiaco, ma questo essendo un rumore ‘bianco’ (cioè costante e sempre uguale) probabilmente è percepito nel momento in cui sparisce (quindi subito dopo la nascita); è sicuramente più interessante il rumore del respiro materno, più variabile e ritmico e simile alla risacca sulla spiaggia; ma il concerto viene dai suoni degli organi addominali connessi alle numerose funzioni materne: alimentazione, digestione, evacuazione

(nelle ultime settimane la testa del feto è separata dalla vescica e dall’ampolla rettale materna soltanto dalla sottile parete dell’utero).

Su questo ricco sfondo sonoro si inserisce la vera musica: la voce della mamma. Questa proviene al feto direttamente dall’interno, propagandosi attraverso gli organi, in particolare l’apparato scheletrico; dalla laringe la voce scende lungo la colonna vertebrale e giunge al bacino che funge da cassa di risonanza (ma anche il movimento del diaframma, direttamente collegato con l’emissione del suono soprattutto durante il canto, è in grado di produrre variazioni pressorie addominali percepibili dal feto). Nel liquido l’orecchio esterno e quello medio hanno una scarsa funzione uditiva e lo stimolo acustico arriva direttamente alla coclea (e per il feto anche l’olfatto è una percezione di natura liquida e non aerea) [2-3].

Nel corso della gravidanza i suoni vengono filtrati dal liquido amniotico che li trasforma in vibrazione; questo provoca un effetto di filtro sui suoni acuti, mentre vengono mantenuti quasi inalterati i suoni gravi (< 500 Hz). Ne consegue che le basse frequenze sono quelle per le quali il feto dimostra maggiore interesse (nel senso di risposta comportamentale specifica e selettiva); così a un concerto il feto sentirà meglio violoncello e contrabbasso, un po’ meno violini e flauti.

I suoni esterni (comprese le voci del papà e dei fratellini) vengono percepiti in forma attenuata (soprattutto se di bassa entità, < 60 dB); anche per questi è sempre il corpo materno a garantire la loro trasmissione al feto (la madre cioè continua a svolgere una formidabile azione di filtro tra il mondo e il bambino) [4-5]. Sono numerosi gli studi che hanno documentato la capacità del feto di riconoscere un brano musicale o un testo letto ad alta voce dopo un ascolto reiterato nell’ultimo trimestre di gravidanza (lo stu-

Per corrispondenza:

Alessandro Volta

e-mail: volta.alessandro@ausl.re.it

dio di Hepper ha utilizzato brani musicali delle trasmissioni televisive delle *soap opera*; altre ricerche invece hanno usato la lettura di favole o filastrocche) [6-9]. Con queste ricerche è stato possibile documentare una preferenza per la voce femminile, soprattutto se cantata (nel liquido la voce cantata subisce una minore deformazione, mantenendo intonazione e ritmo); uno studio recente ha evidenziato la capacità nel feto (dopo le 33 settimane di gestazione) di distinguere la voce della propria madre rispetto a una voce femminile estranea e di riconoscere la lingua 'madre' rispetto a un altro idioma [10].

Il decremento di risposta (*habituation*) mostrato dal feto a seguito di uno stimolo uditivo ripetuto deve essere considerato una forma primitiva di apprendimento con funzioni adattive all'ambiente uterino [3-11].

Fin dalla gravidanza il bambino conosce e riconosce la voce materna; in particolare diventano familiari gli aspetti prosodici della voce. Sono il tono e la melodia a stimolare il bambino e a coinvolgerlo, perché per lui questa voce è prima di tutto musica e ritmo. Il ritmo vocale può tranquillizzarlo o eccitarlo, rassicurarlo o preoccuparlo; attraverso il suono il feto può riconoscere i sentimenti della madre ed entrare in sintonia con lei.

L'ascolto e la conoscenza di questa voce sono per lui un'esperienza globale e profonda, in grado di coinvolgere tutti gli altri sensi e rendere attiva la sua mente in formazione.

Altre ricerche hanno evidenziato che anche i neonati pretermine (all'incirca dalla 32ª settimana) sono sensibili e reattivi alla voce materna; per loro è possibile predisporre esperienze positive utilizzando la voce dei genitori (anche l'effetto calmante e analgesico della voce è stato documentato e misurato) [12].

Secondo lo psicofonologo Alfred Tomatis "per un bambino perdere la voce della madre significa perdere l'immagine del proprio corpo", perché questo suono all'inizio della vita è parte di lui e possiede una valenza identitaria [2]; in questa fase della vita la sua identità coincide con quanto è in grado di percepire: "egli pensa per emozione e sentimento".

Il ritmo della voce materna è probabilmente il principale fattore di continuità

tra la vita prenatale e quella postnatale; dobbiamo ricordarci che quando il bambino nasce ha già vissuto esperienze significative che ne determinano i comportamenti fin dai primi momenti dopo il parto.

Le vocalizzazioni prosodiche prelinguistiche (prive quindi di significati simbolici e astratti) sono da considerare delle vere e proprie forme di contatto emozionale; la voce diventa una sorta di estensione non corporea dell'abbraccio e del contatto materno. Nel feto coclea e apparato vestibolare maturano insieme verso il 5° mese di gestazione, rendendo l'ascolto e il movimento interdipendenti [2]. Si può pensare che lo stimolo uditivo sia quindi al contempo anche uno stimolo tattile e la madre attraverso la voce possa in un certo qual modo "massaggiare" il bambino; le *ninnenanne* infatti sono vere e proprie forme di cullamento vocale che si sono selezionate nel corso di migliaia di anni; dobbiamo considerarle primitive abilità genitoriali, probabilmente vantaggiose anche dal punto di vista evolutivo (ed è per questo che sono simili in tutte le culture di ogni parte del mondo).

La lingua materna è quindi il prodotto di una lunga selezione che permette una prima forma di legame madre-bambino, in grado di attivare quel processo di attaccamento che si affinerà col tempo. Il cosiddetto *motherese* o "mammese" è la modalità cantilenante caratteristica di chi si rivolge a un bambino piccolo; in maniera non consapevole vengono utilizzati vocali allungate, toni alti, ritmo lento, pause lunghe, ripetizioni, sottolineature e accentuazioni esagerate. Nel *motherese* il contenuto del messaggio è rappresentato dalla melodia stessa; in questa modalità di comunicazione vengono resi leggibili i sentimenti e le intenzioni di chi parla.

Attraverso la musicalità dell'espressione materna il neonato (e il feto) inizia a conoscere se stesso e a "sentirsi sentito"; questo tipo di comunicazione va considerata una profonda e raffinata modalità di "rispecchiamento" tra la mamma e il bambino.

Recentemente alcuni studi di neuroscienze hanno evidenziato e documentato come la lettura di un testo in *motherese*,

rispetto allo stesso testo letto dalla stessa persona con voce ordinaria, sia in grado di attivare nel neonato specifiche zone cerebrali normalmente interessate alla regolazione delle emozioni [13]. Sembra proprio che di questo stimolo primario il feto-neonato abbia bisogno, come fosse un cibo per la mente; e sembra che le mamme, senza esserne pienamente consapevoli, conoscano benissimo questo bisogno del bambino.

Dal linguaggio sonoro primordiale, mano a mano che lo sviluppo cerebrale procede la propria maturazione, nasce quel linguaggio simbolico, ricco e articolato, che permette alla nostra specie una comunicazione raffinata e un pensiero elaborato. Si ritiene che la specializzazione per la lingua materna non sia innata ma acquisita, e quindi quella che appare come un'abilità innata è in realtà soltanto una competenza appresa molto precocemente.

Ormai sappiamo che l'esperienza ha un ruolo fondamentale nel guidare la modulazione del potenziale genetico, ed esistono prove a favore della supremazia della funzione sulla struttura. È ormai noto che sono i neuroni *mirror* a generare una "rappresentazione interna" di quanto esperito, rendendo possibili la comprensione e l'apprendimento attraverso l'imitazione, ed è la selettività di risposta di queste cellule altamente specializzate a produrre quello 'spazio condiviso' che funge da base per l'intersoggettività e le relazioni sociali [14]. Nel prossimo futuro sarà possibile definire meglio l'ontogenesi dei neuroni specchio e quindi comprendere cosa li favorisce e cosa li inibisce; potremo quindi capire come si sviluppano e come agiscono i cosiddetti neuroni 'eco', cioè quel gruppo di cellule dedicate alla comprensione e alla produzione dei suoni [14].

Intanto che la ricerca prosegue, dobbiamo soltanto continuare a fare quanto da migliaia di anni le madri vanno facendo con i loro piccoli: parlare, cantare, ninnare.

In base a quanto esposto finora l'Autore ritiene che i progetti "Nati per Leggere" e "Nati per la Musica" in un certo senso si sovrappongono e si integrino. Inizialmente la parola è suono e il suono è il linguaggio, e pertanto fin dalla gravidanza

za, attraverso la voce e il canto, è possibile favorire una comunicazione tra la madre e il bambino. Anche l'ascolto della musica deve essere favorito: quello che ascolta la madre lo ascolta anche il feto, e i brani musicali già sperimentati in utero potranno essere usati per rilassare il bambino dopo la nascita. La musica vocale o strumentale può facilitare l'acquisizione di un ritmo e stimolare lo sviluppo neurologico. La grande plasticità cerebrale tipica del primo semestre di vita può trovare nel suono un potente attivatore, in grado di produrre contemporaneamente stimolo e piacere. Verrà il giorno in cui la voce si trasformerà in linguaggio, la parola in pensiero e il pensiero in conoscenza, ma la voce della mamma udita all'inizio del tempo rimarrà dentro nel profondo fino alla fine del tempo. ♦

L'Autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

- [1] Fornari F. Psicoanalisi della musica. Milano: Longanesi, 1984.
- [2] Tomatis A. Dalla comunicazione intrauterina al linguaggio umano. Baldini e Castoldi, 1993, e Nove mesi in paradiso. Pavia: Ibis, 2007.
- [3] Della Vedova A. La vita psichica prenatale: breve rassegna sullo sviluppo psichico del bambino prima della nascita. Rivista Telematica www.psychomedia.it; URL: <http://www.psychomedia.it/pm-lifecycle/perinatal/delved1.htm>.
- [4] Vemy T, Weintraub P. Bambini si nasce. Pavia: Bonomi, 2003.
- [5] Ulrica Citterio P. L'abbraccio sonoro in gravidanza. Pavia: Bonomi, 2007.
- [6] DeCasper AJ, Fifer WP. Of human bonding newborns prefer their mothers' voices. *Science* 1980;208:1174-6.
- [7] Hepper PG. Foetal 'soap' addiction. *Lancet* 1988;11:1347-8.
- [8] Hepper PG, Shahidullah BS. Development of fetal hearing. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 1994; 71:81-7.
- [9] Tafuri J. Lo sviluppo musicale del bambino. *Quaderni acp* 2005;12:96-8.
- [10] Kisilevsky BS, Hains MSJ, Brown CA, et al. Fetal sensitivity to properties of maternal speech and language. *Infant Behavior and Development* 2009;32:59-71.
- [11] Nathanielsz PW. Un tempo per nascere. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.
- [12] Giovanelli G. Prenascere, nascere, rinascere. Roma: Carocci, 1997.
- [13] Saito Y, et al. Frontal cerebral flow change associated with infant-directed speech. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2007;92:F113-6.
- [14] Rizzolatti G, Sinigaglia C. So quel che fai. Milano: Raffaello Cortina, 2006.

GLI ARGONAUTI XI

Incontro organizzato dai Pediatri delle regioni meridionali
Napoli, 22-23-24 aprile 2010
Complesso dei SS. Marcellino e Festo, Largo S. Marcellino, 10

Giovedì 22 aprile - Sessione a cura della Fondazione Polis

15,30 **Introduzione al Convegno** (G. Cirillo, E. Tedesco)
I bambini e la criminalità

Moderatori: R. Sassi, G. Giunta

16,00 **Il punto di vista della Chiesa** (Don Tonino Palmese)

16,30 **Il punto di vista del direttore del carcere minorile di Nisida** (G. Guida)

17,30 **Adozione sociale. Programma di sostegno integrato alle famiglie** (G. Cirillo, M. Poerio)

18,10 **Ricovero ospedaliero e disagio sociale: come coniugare appropriatezza clinica e presa in carico del bambino con disagio sociale** (P. Siani, D. De Brasi)

19,00 **Nati per la Musica. Coro per bambini della città di Trentola Ducenta**

Venerdì 23 aprile

Moderatori: E. De Campora, A. Tedeschi

9,00 **Per dare un futuro migliore ai bimbi con sordità: lo screening dell'udito in Regione Campania** (A. Pisacane, E. Marciano)

9,40 **"A casa con sostegno": l'esperienza di Parma** (S. Pergolesi)

10,00 **Gli asili nido: un'esperienza culinaria ed emozionale coinvolgente** (M. De Angelis)

Moderatori: S. Conti Nibali, A. Correrà

11,00 **Letture**

Cosa c'è di nuovo in Gastroenterologia? Lo chiediamo all'esperto (S. Auricchio)

11,30 **Le allergie alimentari oggi: dai sintomi cutanei a quelli acuti gravi** (L. de Seta)
I casi clinici

12,10 **Le reazioni acute al latte: non è sempre allergia** (P. Kosova)

12,30 **Dolori alle gambe, soffio e ...: non è malattia reumatica?** (F. De Maddi, G. Capozzi)

Moderatori: G. Peperoni, R. Vitiello

14,30 **È in gioco la salute dei bambini e delle famiglie. Lo smaltimento dei rifiuti e la bonifica dei siti contaminati** (A. Moschetti, R. Cioffi)

15,10 **Quanto è l'impatto della literacy sulla crescita economica di un paese? Lo chiediamo all'esperto** (G. Zollo)

15,30 **Investire prestissimo in salute per stare meglio: come e perché?** (G. Tamburlini)

16,30-18,30 **Gruppi di lavoro**

La fibrosi cistica: ancora un po' sconosciuta? (S. Conti Nibali, V. Raia, specializzando)

Il GER: ricerca ospedale-territorio (E.A. Valletta, P. Kosova, specializzando)

Gli incidenti domestici (P. Russo Krauss, A. Vitale)

La depressione post-partum: dal sospetto diagnostico alla presa in carico

(M. Farneti, A. Stazzoni)

Clinica e laboratorio: una comunicazione indispensabile alla diagnosi

(G. Castaldo, P. Ercolini, Specializzando)

20,30 **Cena sociale**

Sabato 24 aprile

Moderatori: C. Corchia, M. Gangemi

9,00 **Parliamo con l'esperto dei disturbi dell'apprendimento: gli strumenti efficaci per un sospetto diagnostico** (S. Millepiedi)

9,30 **Occhio ai segnali di allarme**

9,50 **Il sangue nelle feci** (E. Miele)

10,10 **Uno scenario clinico** (M.F. Siracusano)

10,30 **Il dolore da procedura: prevenirlo, valutarlo, trattarlo** (F. Festini)

11,40 **Lo sviluppo del gusto nel bambino: svezzare non solo nutrimento** (L. Greco)

12,00 **Cosa ci portiamo a casa?** (G. Biasini)

13,15 **Chiusura Convegno**

Segreteria organizzativa: Defla organizzazione eventi - Via del Parco Margherita 49/pal.3 - 80121 Napoli
Tel. 081 402093 - Fax 081 0606133 - congressi@defla.it

ECM: Il convegno è inserito tra i progetti di Educazione Continua in Medicina. Provider Associazione Culturale Pediatri.

Quote di iscrizione: Soci ACP (in regola con la quota associativa 2010) 200,00 + IVA (240,00 euro) **entro il 30 marzo**; 250,00 + IVA (300,00 euro) **dopo il 30 marzo**
Gruppo di 5 iscrizioni 1 gratuita
Non soci ACP: 300,00 + IVA (360,00 euro); specializzandi e studenti di Pediatria gratuita

Per il concorso fotografico "Pasquale Causa", vedi a pag. 63.

congressi

25 anni di scienza a Bergamo

È una storia fatta di numeri quella dei Laboratori Negri Bergamo. Nella ricerca: 1250 lavori scientifici, in lingua inglese, pubblicati su riviste e testi internazionali, 970 congressi, corsi di formazione, workshop, seminari organizzati, 1680 relazioni su invito a congressi internazionali, oltre 1000 ricercatori, medici, tecnici coinvolti. Nella formazione: 232 medici e ricercatori, provenienti da oltre 60 nazioni vi hanno trascorso periodi di studi e ricerca, 160 istituzioni italiane e straniere che hanno collaborato all'attività di ricerca, 500 laureati e diplomati che si sono specializzati o laureati frequentandone i laboratori, 91 infermieri professionali specializzati in ricerca clinica. Nelle malattie rare: 14.356 pazienti e medici cui sono state fornite informazioni, 2400 pazienti sottoposti ad analisi genetica, 887 malattie rare codificate. Questo nella assenza di contributi alle attività di ricerca da parte dei vari governi succedutisi in questi anni.

Un compleanno importante festeggiato la sera del 23 novembre nella sala gremita del Centro Congressi "Giovanni XXIII". Venticinque anni fa, nel 1984, i Laboratori Negri Bergamo iniziavano la loro attività nella storica sede del Conventino. Presenti anche "molte persone incrociate nel nostro percorso e con le quali abbiamo avuto la possibilità di instaurare rapporti di stima e collaborazione", come hanno detto S. Garattini e G. Remuzzi.

La partnership costante tra ambito sperimentale e contesto clinico, la consapevolezza che lo studio clinico ha regole diverse da quelle da applicare al letto del malato, lo sviluppo di tecniche statistiche sofisticate, la coscienza che ciascuna idea successiva può dare un quadro più completo della realtà, il concetto che la ricerca scientifica è come gli "horti" di Cesare, che rappresentavano una forma di apertura verso i cittadini, hanno caratterizzato negli anni i diversi ambiti di studio e ricerca dei laboratori.

I risultati: il rallentamento della progressione delle malattie renali, la cura per la nefropatia membranosa, le analisi al calcolatore per studiare in termini nuovi il

rene policistico, il modo per insegnare all'organismo a tollerare l'organo trapiantato senza farmaci antirigetto, la prevenzione della malattia renale nel diabete, le cause della sindrome emolitico-uremica, lo studio delle anomalie delle pareti dei vasi nei tumori per identificare nuovi bersagli e nuovi farmaci più specifici e mirati, la ricerca in terapia intensiva con il coinvolgimento di 225 reparti di rianimazione, l'attenzione alla prevenzione e alla cura delle malattie renali con mezzi relativamente semplici ed economici nei Paesi emergenti o poveri.

Esperienze e testimonianze certamente forti e significative in uno scenario nazionale dove ogni giorno sfiducia, smarrimento e difficoltà sembrano prendere il sopravvento, un incontro interessante e ricco di sollecitazioni nello stile sobrio, essenziale e senza sbavature che da sempre caratterizza l'Istituto.

Federica Zanetto

Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina: il forum ECM

A Cernobbio il 14-15 settembre 2009 si è parlato del nuovo programma ECM http://www.ministerosalute.it/ecm/ecmimgs/C_18_primopiano_34_listafila_file_0_linkfile.pdf, operativo dal 1° gennaio 2010. La principale novità è l'accreditamento dei provider, ma ci sono anche la regolamentazione del conflitto di interessi e la valutazione della qualità del sistema formativo. L'impressione è che i tecnici abbiano cercato seriamente di snellire e di rendere più efficace e indipendente un sistema elefantico, ma forse non ci sono riusciti. L'ECM è una vera gallina dalle uova d'oro per chi ne fa un business, aziende del farmaco e organizzatori di eventi. Per fronteggiare lo strapotere delle aziende non potranno mai bastare criteri più o meno restrittivi di qualità e barriere formali al conflitto di interessi. Dovrebbe emergere una chiara volontà politica a sostegno della esclusiva sponsorizzazione pubblica della formazione continua. Questa, a Cernobbio, non si è vista. I provider accreditati devono essere professionisti della formazione: questo taglia fuori tutte le piccole

realtà, autogestite a basso costo, forse poco controllabili, ma ricche di contenuti e vicine ai bisogni formativi locali. Così l'ECM respinge nelle mani delle aziende del farmaco la sponsorizzazione più o meno occulta degli eventi.

La segnalazione della percezione della presenza di un conflitto di interessi da parte del partecipante, possibile nella nuova scheda di valutazione della qualità dell'evento di questi, comporterà una verifica sul provider da parte dell'ente accreditante. Ma il provider organizzatore dell'evento sarà poi in grado di esaminare quella scheda con distacco, attribuendo al partecipante i crediti dovuti? Con le Regioni ormai provider e nel contempo enti accreditanti sembra che si vadano delineando due sistemi ECM.

Uno nazionale, sponsorizzato dalle industrie, esterno alle organizzazioni sanitarie, a programmazione "libera", con metodologia prevalentemente residenziale, costi elevati, difficilmente valutabile dal punto di vista della qualità e del conflitto di interessi. Il secondo regionale, a bassi costi, senza sponsorizzazioni esterne, interno alle organizzazioni sanitarie, con priorità integrate, dossier formativo individuale, prevalente metodologia di formazione sul campo, più facilmente valutabile. Peccato che l'ECM regionale sia una realtà solo nelle solite regioni più "virtuose". Ancora una disuguaglianza?

Laura Reali

La Pediatria dove va? Il Convegno APeC

È stato bello e ricco di contenuti il Convegno della Pediatria di comunità (APeC), svoltosi a Cesena il 23 gennaio: lo lasciavano prevedere il tema, l'articolazione degli interventi, il prestigio dei relatori. E, di fatto, alla presenza di pediatri di comunità, di ospedalieri, pediatri di famiglia, operatori sanitari e figure istituzionali, la riflessione su "Dove va la Pediatria?" si è via via snodata, in un clima di attenzione e partecipazione. Ha aperto l'analisi di Giorgio Tamburlini su obiettivi, funzioni, indicatori di salute e capacità operative dell'assistenza specialistica di 3° e 4° livello, dell'assistenza ospedaliera generale, della

controluce

pediatria di libera scelta, della pediatria di comunità, del sistema distretto-azienda-comune. La relazione ha delineato, una estrema disomogeneità territoriale, a livello nazionale ma spesso anche locale, con criticità via via emergenti tra riduzione delle risorse, ridimensionamento delle politiche per la salute, leadership professionali insufficienti e incapaci di riformulare missione e obiettivi in rapporto al cambiamento dei bisogni. A questo contesto generale di stallo programmatico e operativo fanno da cornice in questo momento storico cambiamenti demografici e sociali presentati da A. Martelli, sociologo dell'Università di Bologna, come un "mutamento della normalità" che interpella, rispetto a responsabilità di cura e soluzioni partecipate, una comunità dove invece diventa sempre più rilevante la dimensione della soggettività. Dante Baroncini ha condotto la riflessione sui bisogni prioritari di salute, partendo da alcune domande cruciali nell'ambito dell'assistenza neonatale (quale metodo adottare per definire le priorità nei singoli contesti? Priorità secondo quali criteri? Quelle del professionista clinico? Quelle della famiglia? Quelle della Sanità pubblica?) e indicando, come premesse ineludibili, l'acquisizione di conoscenze sufficienti sulla dimensione del problema nel proprio contesto, sul divario tra la prassi e quanto raccomandato secondo le prove di efficacia, sulla bontà di interventi atti a superare i divari esistenti e a riequilibrare la disomogeneità delle risorse.

Con Maurizio Bonati l'attenzione si è spostata sulle domande vere, prioritarie, pertinenti e, come tali, rilevanti e impattanti nella pratica, cui deve rispondere la ricerca in campo pediatrico. 6 P (Preditiva, Preventiva, Partecipata, Personalizzata, Pediatrica, Cure Primarie) devono caratterizzare il passaggio da una medicina unicamente curativa a interventi a garanzia di guadagno in salute per tutti. In ambito pediatrico la domanda vera, quella da condividere, da non limitare a un momento e da porsi nel contesto "dove succede", è la salute del bambino. Oggetto di una ricerca condotta da chi opera nella medicina delle cure primarie, essa impone osservatori e sguardi diversi, al di là di risposte troppo esclusive, o

troppo focalizzate su alcune patologie, o mirate esclusivamente al confronto fra strutture pediatriche. Cruciale in tal senso il ruolo delle società scientifiche in termini di ricaduta, sostegno, investimento, continuità, ritorno culturale, professionale, di aggiornamento.

Ancora da una domanda (L'attuale stato della rete organizzativa per l'assistenza all'infanzia è in grado di far fronte ai bisogni assistenziali dei bambini vulnerabili nel decennio?) ha preso inizio la lettura di Giancarlo Biasini su problemi e prospettive dell'assistenza pediatrica. Essa ha sottolineato con forza che le disuguaglianze, e non il Prodotto Interno Lordo, interferiscono con la mortalità infantile; che le disuguaglianze non sono solo economiche, ma anche culturali; che, per i bambini, la primary care non è solo sanità, ma pre-nascita, nascita, famiglia, asilo nido, scuola, società; che una rete di connessione è più necessaria che in medicina generale per le competenze sullo sviluppo del bambino; che il pediatra è il garante del "nascere e crescere sano"; che la famosa rete non può non cominciare dentro la Sanità stessa, mentre qui dominano le autarchie professionali che sono il contrario della rete; che la visita domiciliare è il "reticolo" a difesa dei vulnerabili; che c'è una vulnerabilità maggiore (i migranti) e vulnerabilità ignorate (i late preterm, i bimbi di mamme depresse post-partum, ma anche "l'età invisibile" o poco vista dei ragazzi tra 11 e 14 anni).

Il Convegno ha proposto anche una sessione dedicata a una formazione (universitaria, infermieristica, permanente) che deve essere orientata verso i problemi, attenta ai bisogni formativi di medici e operatori, ma anche ai bisogni della comunità. Il dibattito ha raccolto le innumerevoli sollecitazioni della giornata, su cui si sono confrontati, nella tavola rotonda conclusiva, Paolo Siani (pediatra ospedaliero e presidente ACP), Luciana Nicoli (pediatra di comunità e presidente APeC), Michele Gangemi (pediatra di famiglia), Paola Piccinini (assistente sanitaria), Tiziano Carradori (direttore generale AUSL Ravenna). Una coralità ampia che raramente si incontra.

Federica Zanetto

CARA, CARISSIMA LILIANA

Sabato 6 marzo si sono svolti ad Aosta i funerali di Liliana Pomi in un cimitero affollatissimo di cittadini di Aosta e di amici provenienti da vicino e da lontano.

Una cerimonia asciutta, al tempo laica e religiosa, con due religioni confinanti e sconfinanti fra di loro: la cattolica e la valdese. Molti ricordi di amici, sottolineati da commenti musicali talora struggenti.

Giancarlo Biasini, per tutti noi dell'ACP, l'ha salutata così.

Cara, carissima Liliana, ti salutiamo oggi, quasi increduli, noi della nostra Associazione di pediatri per la quale in questa valle ti sei spesa con entusiasmo e molte cose hai modificato proprio nello spirito dell'ACP.

Ti salutiamo noi che ti abbiamo voluto bene e continuiamo ad averti nel cuore.

Ci piaceva la semplicità dietro la quale non riuscivi a nascondere la tua intelligenza, la tua cultura, la tua voglia di esserci e di fare le cose in cui credevi.

Ci piaceva la tua intransigenza intellettuale, il duro rigore morale che applicavi a te stessa e che aveva le suggestioni valdesi della tua terra nativa e che sembravi volere attenuare con il sorriso che, di scatto, illuminava il tuo volto. Ma tutto rimaneva fermo nelle tue scelte.

Tutto ci mancherà, senza dimenticarlo, insieme alle note del tuo pianoforte nel quale riversavi la profonda conoscenza della tua musica e che donavi agli amici.

I latini salutavano chi era in partenza per l'altrove con parole leggere: "Sit tibi terra levis". Oggi noi siamo costretti a farlo con te, anche se non vorremmo.

Abbiamo perduto un'amica nella quale ci siamo riconosciuti.

Ma quello che non riusciamo ad accettare è che tu non hai più questa vita che ti piaceva così come era: con le tue montagne bianche di neve che oggi, a loro modo, ti salutano con qualche etereo fiocco da un cielo azzurro; e i rossi tramonti; e i mille castelli che ornano la valle; e la buona tavola; e il buon vino di questa terra; e i semi offerti agli uccellini del tuo giardino che ci ricorda il finale della favola del gigante egoista; e i bambini lontani di Maria Bonino; e i libri di Nati per Leggere che, con la paziente, e talora assurda tenacia dei forti, eri riuscita ad assicurare ai bambini nelle due lingue di questa valle che hai amato come tua.

Questo, e ancora altro eri tu Liliana, per noi. Addio.



Aria pulita: un diritto per noi e per i nostri bambini. Appello dell'ACP

Il 21 dicembre 2009, alla chiusura del vertice delle Nazioni Unite sul clima a Copenhagen, l'ACP – con il suo gruppo Pediatri per un mondo possibile – ha lanciato un appello per chiedere a politici, istituzioni, operatori sanitari e pediatri, di prendersi cura nei fatti dell'inquinamento dell'aria. Nel documento si legge:

“Invitiamo i nostri politici, le istituzioni e i pediatri a realizzare al più presto tutte le azioni necessarie per il miglioramento della qualità dell'aria, come indicato dal Piano d'azione per l'Europa sull'ambiente e la salute dei bambini e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: è il momento di passare dalla presa d'atto alle azioni possibili”.

C'è una chiara associazione fra l'esposizione ad alcuni inquinanti, tra cui le polveri fini (PM10), e gli effetti sulla salute. Lo smog è causa di malattie respiratorie e cardiache, allergie, ricoveri e morti. I bambini sono i cittadini a più alto rischio: in Europa, l'1% della mortalità infantile è attribuibile all'esposizione ad aria inquinata.

I problemi dei cambiamenti climatici e delle polveri fini richiedono risposte politiche su grande scala, ma anche azioni coordinate fra Comuni, Province e Regioni. Ridurre la circolazione dei veicoli serve per ridurre il traffico, ma non basta a ridurre l'inquinamento. Devono essere realizzate le azioni necessarie per il miglioramento della qualità dell'aria, come indica il Piano d'azione per l'Europa sull'ambiente e la salute dei bambini (CEHAPE) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

“Respirare aria pulita – si legge nell'appello – è un diritto fondamentale per la salute e il benessere di tutti noi e soprattutto per i più piccoli”.

Esiste una relazione causale tra inquinamento da polveri sottili e decessi post-neonatali per disturbi respiratori, basso peso alla nascita, sviluppo e funzionalità polmonare, aumentata incidenza di malattie respiratorie e allergie nei bambini e negli adolescenti. Lo studio MISA-1, in otto grandi città italiane, ha stimato che livelli di PM10 superiori a 30 µg/m³ nella fascia di età 0-15 anni provocherebbero

31.500 bronchiti e 29.700 attacchi d'asma per anno. Altri studi hanno quantificato i costi sanitari: per incrementi di 10 µg/m³ di PM10 ci sarebbe un aumento dell'1,7% dei ricoveri per asma e del 3,3% dell'uso di farmaci per asma. In molte città la concentrazione delle polveri sottili PM10 e di altri inquinanti dell'aria supera i valori guida indicati come più sicuri dall'OMS. “Invitiamo – conclude l'appello – tutte le istituzioni deputate a garantire l'applicazione di tali norme a non trascurare queste osservazioni e ad impegnarsi affinché questi limiti vengano rispettati”.

L'ACP tra i soci fondatori della Fondazione di Comunità di Messina

È nata a Messina la “Fondazione di Comunità per la costituzione del Distretto Sociale Evoluto”. Un nome complesso che racchiude un obiettivo semplice: mettere insieme soggetti pubblici e privati presenti sul territorio messinese per creare una rete per lo sviluppo locale in grado di autofinanziarsi nel lungo periodo.

L'idea di base della Fondazione è quella di creare un percorso virtuoso in cui il rilancio socio-economico del territorio passi dalla lotta alle mafie, dalla creazione e rafforzamento delle economie locali, dagli investimenti in innovazione e ricerca, dall'utilizzo di risorse energetiche rinnovabili. Fare sistema. Utilizzare i territori confiscati alle mafie per creare occasioni di lavoro, utilizzare i saperi dell'Università e dei suoi dipartimenti per l'innovazione tecnologica, utilizzare le energie rinnovabili per la salvaguardia dell'ambiente. Il tutto attraverso progetti che, grazie all'intreccio di questi settori e competenze, siano totalmente sostenibili sotto il profilo economico-finanziario.

I soci fondatori della Fondazione sono: Ecos-Med (capofila del comitato promotore); Asp 5 di Messina; Fondazione Horcynus Orca; Consorzio Sol.E.; Fondazione Antiusura Pino Puglisi; Confindustria Messina, Caritas Italiana; Parsec Consortium; Associazione Culturale Pediatri, e Gruppo di Banca Popolare Etica.

Tutti insieme costituiranno un Fondo patrimoniale che sarà utilizzato in due mo-

di: il 50% in prodotti bancari etici; il restante 50% verrà investito nella produzione di energie rinnovabili con la realizzazione di un Parco fotovoltaico diffuso. Il Parco fotovoltaico diffuso comprende diversi impianti solari dislocati in aree diverse: due di questi impianti, realizzati su terreni confiscati alla criminalità organizzata, saranno utilizzati per realizzare ombrieri agricoli per coltivazioni biologiche; altri, della dimensione media di 20 kwatt, verranno installati su edifici pubblici (ospedali, parrocchie, istituzioni di ricerca, comuni ecc.): il conto energia sarà devoluto alla Fondazione mentre la produzione energetica verrà utilizzata dalle istituzioni partner.

Altri impianti saranno installati su edifici privati (con capacità media di 3/6 kwatt): le 200 famiglie che aderiranno al Progetto riceveranno gratuitamente l'energia elettrica (mentre il conto energia sarà devoluto alla Fondazione e, in cambio, costituiranno un gruppo d'acquisto solidale per favorire le aziende aderenti alla Fondazione).

I soci partner della Fondazione interagiranno tra di loro nei campi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica, della cultura, dell'economia ecosostenibile e solidale, della formazione e riqualificazione professionale. Partendo dal basso, ovvero dalle esigenze delle persone, soprattutto delle categorie socialmente più deboli e potenzialmente emarginate o contigue al mondo della criminalità.

Gli studi socio-economici che stanno alla base del Progetto hanno evidenziato che nel territorio di Messina le aree di degrado urbano e ambientale sono molteplici e a esse è collegata la presenza di un'economia criminale che, a sua volta, determina forme di controllo sociale e culturale. I dati parlano: in una città di 250mila abitanti il 2,5% della popolazione detiene il 50% della ricchezza immobiliare. Nel centro cittadino la ricchezza media pro-capite è 4 volte quella della periferia nord e 6 volte quella della periferia sud.

Le zone di povertà presentano un forte degrado urbano, sociale, culturale e un estremo disagio abitativo: 10.000 persone vivono ancora nelle baracche costruite dopo il terremoto del 1908 e dopo i bombardamenti della seconda guerra mondiale. ♦

L'ambiente e il polmone

Egregio Direttore, ricevo gratuitamente – come credo molti noi pediatri – una rivista di pneumologia pediatrica. Tratta, in verità, con competenza, molti interessanti problemi di infettivologia e allergologia pediatrica, ma assai poco (dai numeri ricevuti potrei dire nulla) dei danni ambientali, che non siano il fumo. Vorrei chiedere se c'è questa modesta attenzione alla patologia respiratoria da inquinamento atmosferico sulla salute e sullo sviluppo del bambino anche nella letteratura internazionale che si occupa del respiratorio.

Distinti saluti.

Renzo Isgrò

Direi che questa attenzione nella letteratura scientifica internazionale c'è, e da anni. Vi si trovano numerosi studi sulle correlazioni tra inquinamento ambientale e patologie del bambino. E, in particolare, grande rilievo viene dato alla patologia respiratoria e ai suoi rapporti con l'inquinamento ambientale, di qualsiasi origine. Per venire al pratico da cinque anni, all'interno dell'Associazione Culturale Pediatri, è attivo un gruppo di lavoro, denominato Pediatri per un Mondo Possibile, che si occupa anche di divulgare i risultati di questi studi (<http://pumpacp.blogspot.com/>). Lo fa anche attraverso un blog. Rimandiamo quindi, invece di citarli noi, ai dati di letteratura lì riportati. È inoltre uscito in febbraio, presso il Pensiero Scientifico Editore, un libro intitolato "Inquinamento e salute dei bambini. Cosa c'è da sapere, cosa c'è da fare", che tratta diffusamente l'argomento. È probabile che la missione della rivista da Lei citata sia limitata alla diffusione dei temi della immunoallergologia e questo spiegherebbe una certa scarsa attenzione ai danni da inquinamento ambientale all'apparato respiratorio (GT).

Quel genio di maestra

Caro Direttore,

a proposito di "Lettura ad alta voce" di "Nati per Leggere" o di altre cose importanti che stiamo facendo insieme, voglio rivelarti un segreto. Un "C'era una volta". La maestra delle elementari (1956-61) ogni giorno iniziava la lezione con una mezz'ora di penna "tutta nostra". Potevamo scrivere quello che volevamo: un diario segreto, una lettera alla compagna

malata, un pensiero alla mamma che non ci capisce, un segreto o una confidenza da leggere a tutta la classe. Poi decidevamo se infilare lo scritto nella cassetta comune (scatola da scarpe decorata) o tenerlo segreto. Non ci dava voti per questo. Ma era ogni giorno. Subito dopo mezz'ora di lettura ad alta voce: la classe era abbonata a un giornalino settimanale: chi voleva leggeva ad alta voce qualcosa, oppure sceglieva una pagina di un libro letto a casa. Leggevamo *Piccole Donne*, e *Cuore*, ovviamente, e senza saperlo, Dickens o Kipling, o London ecc. Erano momenti emozionanti, attesissimi. Alla seconda ora, dopo i libri che volevamo noi, iniziavano le lezioni "vere", con i libri di scuola. Quella insegnante non era un genio? Ricordo che lo faceva sentire come una cosa "proibita" dalla Direttrice, qualcosa da fare di nascosto. Anche quella Direttrice era un genio, e non gliel'ho mai detto. Come dire il bene che ci hanno fatto? Dopo 50 anni un ricordo così vale anche di più, e deve essere condiviso, per questo ho voluto scrivertelo, caro direttore: vedi tu se lo vuoi "rivelare" ai lettori della nostra rivista. Era una scuola nella periferia di Torino. Sapevano dire bugie sublimi. Bugie d'amore. Misteri. Segreti condivisi. Leggere, leggere, leggere e scrivere per volersi bene, per creare bussole di autonomia, per saper stare da soli. Dimenticate (come d'obbligo morale per un allievo curioso altrove) le guerre puniche e gli affluenti del Po, resta il valore delle parole pace e acqua. So che maestre simili lavorano nel silenzio ovunque ogni giorno. Anche oggi. Non aspettiamo 50 anni per dire: "Grazie, i tuoi segreti mi curano ancora".

Flavia Luchino

Sì quella maestra era un Genio. È una vera fortuna incontrare insegnanti geniali che sanno dare forma alla fantasia dei bambini, e che consentono loro di utilizzarla in libertà. In questo "C'era una volta" la mezz'ora di libertà di penna "tutta nostra", la possibilità di mettere per iscritto pensieri che altrimenti sarebbero rimasti chiusi dentro la mente dei bambini, un'idea bella nella sua semplicità. E le scatole di scarpe colorate. Ne abbiamo avuto tutti una, a quell'età, per nasconderci i nostri tesori (le foto, le cartoline, i pensiero della compagna di

banco). E la lettura: alla mia scuola elementare avevamo creato una biblioteca di libri da dare in prestito. Ma certamente anche nei miei ricordi non ha eguali la sensazione di leggere libri creduti proibiti: libri letti di nascosto, a voce appena sussurrata, nel banco del IV ginnasio, libri che erano oggetto di censura da parte dei nostri insegnanti (ne ricordo soprattutto due, di sconvolgente diversità: Pinelli una finestra sulla strage, e Love story). Credo anche che avere delle insegnanti a cui dire grazie per una "cura" che dura ancora dovrebbe essere un diritto di tutti. Questa lettera porta a chi la legge il dono di ricordare. (MFS)

La ricerca in Pediatria generale

Caro Direttore,

che piacere leggere sull'ultimo numero di *Pediatrics* un articolo a firma dei colleghi acipini siciliani: "La gestione dei disturbi funzionali intestinali all'interno delle Cure primarie piuttosto che nelle Cure terziarie" (*Pediatrics* 2010;125:e155-e161). Un bel lavoro pubblicato su una rivista di prestigio, uno studio interessante per me che svolgo l'attività di pediatra di famiglia. Nello specifico, i colleghi dimostrano nel loro articolo che la gran parte dei disturbi funzionali intestinali (*Functional gastrointestinal disorders*) è ben gestibile all'interno delle Cure primarie e che il trattamento di maggior successo è il colloquio, piuttosto che il farmaco. I numeri di questo studio osservazionale sono importanti: più di 9291 bambini screenati da 21 pediatri di famiglia, 261 bambini arruolati, odds ratio significativa in riferimento alla terapia.

Nel frattempo, su *Gastroenterology*, rivista di riferimento internazionale viene pubblicato un importante lavoro, sempre sullo stesso argomento, eseguito da 7 ospedali di terzo livello negli USA (*Gastroenterology* 2009;137:1261-9). I risultati di questo RCT multicentrico indicano uguale efficacia di placebo e amitriptilina nella cura dei *Functional gastrointestinal disorders* in età pediatrica. Nelle conclusioni gli Autori sottolineano che, vista l'impossibilità di gestire il placebo, è da considerare valida l'indicazione all'utilizzo dell'antidepressivo triciclico.

Due studi non comparabili, ma estremamente necessari l'uno all'altro per offrire a noi, pediatri di famiglia, una visione più ampia su cosa possiamo e dobbiamo mettere dentro la borsa del medico.

La discussione sul confronto tra queste due antitetiche conclusioni, senz'altro molto stimolante, tuttavia non fa parte delle motivazioni della mia lettera.

Se da un lato mi sento soddisfatto di queste letture, dall'altro mi chiedo perché si fanno così pochi studi clinici nell'ambito delle Cure primarie. Non possiamo continuamente leggere solamente di RCT svolti in setting molto particolari, come ospedali di terzo livello o ambienti universitari altamente specializzati, in quanto spesso i risultati non sono esportabili nella routine clinica dell'ambulatorio di un pediatra di famiglia. Eppure, in Italia, abbiamo la più alta concentrazione al mondo di pediatri impegnati nelle Cure primarie e, probabilmente, il minor numero di studi in tale ambito tra i Paesi occidentali. Dobbiamo sperare solo nel volontariato dei soci ACP? Sta muovendo i primi passi l'albo dei medici sperimentatori: auguriamo loro una ricca attività e un fruttuoso lavoro.

Ma le istituzioni contemplan e riconoscono la ricerca nelle cure primarie? Quanto investono le Università su queste ricerche? Il Sistema Sanitario Nazionale riconosce e supporta le indagini che vengono "dal basso"? Perché noi pediatri di base ci muoviamo così poco? Domande a cui io non so rispondere, ma so sicuramente che i bambini hanno molto bisogno di questo tipo di ricerche. Ricerche che, come sappiamo, hanno portato spesso a una riduzione degli interventi farmacologici nella cura di patologie dell'infanzia.

Costantino Panza

Le difficoltà che affliggono la ricerca nell'ambito delle Cure primarie, e in particolare quelle pediatriche sono molte e di diversa eziologia. L'esempio degli acipini palermitani, che fa seguito a quello dei campani di alcuni anni or sono, pubblicato sempre su Pediatrics e riguardante sempre i disturbi funzionali gastrointestinali, è una delle rare eccezioni dovute anche alla propensione, disponibilità e lungimiranza dei coordinatori. Ovviamente stiamo parlando di ricerca di qualità e indipendente. Tutta-

via, nonostante le difficoltà conoscitive (la normativa che regola la ricerca anche nelle Cure primarie da parte, per esempio, dei medici di famiglia, è vecchia di oltre un decennio) da parte dei medici (liste degli sperimentatori), dei comitati etici, delle istituzioni (finanziamenti), qualcosa si muove.

Puoi vedere, anche sullo scorso numero di Quaderni (2010;17:14-16), la presentazione dello studio ENBe: randomizzato, in doppio cieco, unico a livello internazionale, con l'ACP nazionale come partner formale (quindi finanziata), finanziato dall'AIFA tra i progetti di ricerca indipendente ecc., eccezioni che confermano le difficoltà, a volta ancora insuperabili o dispendiose di risorse e di tempo (vedi l'editoriale su questo numero di Quaderni).

L'idea/sogno/fiducia è che in ambito ACP questo sia solo il primo studio indipendente, finalizzato, pagato, partecipato ecc. Certo è che bisogna ancora lavorarci affinché la parte ludica sia patrimonio di molti. Le occasioni ci sono (Asl, Regioni, Fondazioni ecc.). L'ACP ha una sua etica e un suo corpo che dovrebbe far pesare... vedremo. (MB)

La FAO, un mostro burocratico e la fame nel mondo

Caro Direttore, ho letto l'articolo sul tema della fame nel mondo (Quaderni acp 2010;17:36) e condivido le preoccupazioni che vi sono espresse.

La crisi mondiale ha accentuato la gravità del problema e ha fatto regredire molti Paesi che stavano migliorando la loro posizione valutata secondo l'Indice Globale della Fame [1]. Purtroppo la più volte citata FAO che "richiama a uno sforzo internazionale" non è in grado di dare risposte adeguate per molti motivi. È un mostro burocratico che divora risorse per mantenersi in vita e per promuovere studi e ricerche che non hanno quasi mai una ricaduta utile sul terreno.

Non valorizza adeguatamente le realtà presenti sul campo, per cui non c'è sufficiente attenzione ai bisogni "dell'ultimo miglio", là dove vivono le popolazioni rurali, prive di servizi e di opportunità. Le risorse finanziarie si prosciugano prima.

Promuove iniziative di immagine costosissime, come la Conferenza che si è tenuta a Roma alla fine dell'anno scorso, dove capi di Stato corrotti trovano una platea che ascolta le loro menzogne. Un esempio di questo malcostume è stata la partecipazione di Mugabe, presidente dello Zimbabwe, che è arrivato con una delegazione di 60 persone, tra cui le sue tre mogli. Ha saccheggiato e distrutto il suo Paese e la FAO ha il coraggio di invitarlo a Roma, dove ha fatto spese folli nelle migliori boutique della città. Ritengo sia necessaria una profonda riforma del sistema ONU, ma non vedo la volontà politica necessaria per poterla realizzare [2].

Cordiali saluti.

Arturo Alberti

[1] **L'indice globale della fame (GHI) è calcolato sulla base di 3 indicatori:**

1. La percentuale dei sottanutriti sul totale della popolazione.
2. La prevalenza dell'insufficienza di peso nei bambini sotto i 5 anni.
3. Il tasso di mortalità nei bambini sotto i 5 anni.

L'indice classifica i Paesi assegnando un valore da 0 a 100: 0 rappresenta il valore migliore e 100 il peggiore.

Valori fra 20 e 29 sono allarmanti. Sopra 30 estremamente allarmanti. Sierra Leone registra un valore di 33,8; il Congo di 29,1.

[2] **Qualche informazione sul budget FAO del 2009 (930 ML di dollari).**

1. Programmi: 248 ML di cui 25 ML per nutrizione e protezione del consumatore e 21 ML per gestione.
2. Gestione e supervisione: 126 ML.
3. Programmi decentrati e cooperazione con le NU 230 ML di cui: 70 ML per sicurezza alimentare; 23 ML per gestione.
4. Governance: 21 ML di cui 9 ML per ufficio del direttore a Roma; 19 ML per Sedi decentrate: Bangkok, Santiago del Cile: 12 ML, Accra: 11 ML.
5. Acquisizione di informazioni, studi, analisi statistiche, comunicazione, information technology: 220 ML di cui 19 ML per statistiche sull'agricoltura.

Le burocrazie sono, molto spesso o quasi sempre, organizzazioni che vivono per mantenere se stesse. Quando però questo capita nelle organizzazioni internazionali, che dovrebbero avere alla base motivazioni etiche, questo indigna di più. Ancora di più se la motivazione etica è la fame nel mondo. Non si possono che condividere le considerazioni di Arturo Alberti che, nella sua attività internazionale, ha potuto toccare con mano queste tristi realtà. ♦

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.



IL BLOG

[Home](#) [ACP.it](#) [News](#) [Appuntamenti](#) [Libri](#) [\[Login\]](#)

Ultime...

- [XXII° Congresso Nazionale ACP, 7-9 Ottobre 2010, Palermo](#)
- [Campagna OMS: 1000 Cities 1000 Lives \(7 aprile 2010\)](#)
- [Pubblicità dei farmaci diretta al pubblico, il seguito...](#)
- [Inquinamento: i pediatri fanno il punto sui pericoli per la salute infantile](#)
- [Aria pulita in 10 mosse, un decalogo su come affrontare i problemi dell'inquinamento](#)

lunedì 22 marzo 2010

XXII° Congresso Nazionale ACP, 7-9 Ottobre 2010, Palermo

Bambini... in mente

Palermo 7-9 ottobre 2010

Segreteria organizzativa:

Quickline: tel. 040 773737 mail: congressi@quickline.it

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

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

sabato 20 marzo 2010

Campagna OMS: 1000 Cities 1000 Lives (7 aprile 2010)

[Scarica il programma](#)

Quaderni acp



Bimestrale di informazione politico culturale e di ausili didattici dell'Associazione Culturale Pediatri Rivista indicizzata in Embase

Google™ Custom Search

Iscrizioni:

▼

▼

Sottoscrivi il blog via mail

Nati per la musica

Vedere Ascoltare Toccare
January 25, 2010

POWERED BY FEEDBURNER

Pediatri per un mondo possibile

Editoriale

- 49 Troppe inadempienze ritardano la sperimentazione clinica nel territorio
Antonio Clavenna, Maurizio Bonati
- 50 H1N1: nell'UE la politica ne parla; in Italia si tace
Red

Ricerca

- 51 Testimoni esperti: il perché di un progetto
Milena Marini, Silvia Pertici, Cristina Vallinoto et al.

Research letters

- 55 L'uso di ondansetron per os nel vomito semplice: studio caso-controllo retrospettivo con domperidone
Michelangelo Barbaglia, Giuse Ballardini, Luigina Boscardini et al.
- 58 La depressione post-partum: i pediatri come protagonisti
Carlotta Farneti, Massimo Farneti, Fosca Marrone

Forum

- 64 La nascita pretermine, problema di sanità pubblica
Carlo Bellieni

Rassegne

- 65 Appunti di psicopatologia dello sviluppo
Francesco Ciotti

Info

- 68 Nuove regole in TV?
- 68 Cedap 2006: l'assistenza al parto in Italia
- 68 Auguri al prof. Zecca
- 68 Health Information Technology quasi zero da noi: Obama investe 19 miliardi di dollari
- 68 "Nano nano"
- 69 Start4life
- 69 Lettini solari
- 69 Rx al torace in gravidanza: si può
- 69 Raccomandazioni sui TC
- 69 TC in acqua

Aggiornamento avanzato

- 70 Il dolore nel bambino
Franca Benini

Il caso che insegna

- 74 Una dermatite bollosa a esordio neonatale
Massimiliano De Vivo, Federica de Seta, Roberta Kosova, Luciano de Seta

Occhio alla pelle

- 78 Un esantema monolaterale di lunga durata
Roberta Bonfanti, Patrizia Neri, Vittorio Tarabella

Per un mondo possibile

- 80 Conferenza dell'ONU sul clima a Copenhagen: un piccolo passo di un lungo cammino
Giacomo Toffol

Vaccinacipi

- 81 Una questione di fiducia
Luisella Grandori

Farmacipi

- 82 Lista dei farmaci cardiovascolari per i bambini: un passo per superare gli off label
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

Informazioni per genitori

- 83 È corretto dare sculacciate?
Costantino Panza

Libri

- 84 Disputa su Dio e dintorni
Corrado Augias, Vito Mancuso
- 84 Walkscapes di Francesco Careri
- 84 Clandestini. Animali e piante senza permesso di soggiorno di Marco Di Domenico
- 85 Il bambino non è un elettrodomestico di Giuliana Mieli

Nati per Leggere

- 86 Premio della Presidenza della Repubblica
- 86 Nati per Leggere: comincia il secondo decennio
- 86 Veneto
- 86 IBBY: Mostra internazionale di libri da 0 a 3 anni
- 87 Il carnevale di Loretta
- 87 NpL e la "Feltrinelli"

Film

- 88 Le radici del male
ne *Il nastro bianco* di Michael Haneke
Italo Spada

Musical-mente

- 89 "In principio era il suono"
Alessandro Volta

Congressi controlloce

- 92 25 anni di scienza a Bergamo
- 92 Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina: il forum ECM
- 92 La Pediatria dove va? Il Convegno APeC

Acq news

- 94 Aria pulita: un diritto per noi e per i nostri bambini. Appello dell'ACP
- 94 L'ACP tra i soci fondatori della Fondazione di Comunità di Messina

Lettere

- 95 L'ambiente e il polmone. *Renzo Isgrò*
- 95 Quel genio di maestra. *Flavia Luchino*
- 95 La ricerca in Pediatria generale. *Costantino Panza*
- 96 La FAO, un mostro burocratico e la fame nel mondo. *Arturo Alberti*

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 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.