

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



maggio-giugno 2010 vol 17 n°3

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
May-June 2010; 17(3)

97 Editorial

Two good news about Health Equity
Giancarlo Biasini

98 Research

The promotion of infant psychomotor development: Opinions of Italian and German paediatricians on the use of common baby equipment and activities
Jenny Thiel, Adrienne Davidson, Monica Pierattelli

103 Research letters

A survey on motor activity in high school students in Italy
Mauro Palazzi, Elena Prati, Patrizia Vitali et al.

106 Public health

A Strategic Review of Health Inequalities in England in 2010
Giuseppe Cirillo

112 Forum

The obstetrician's point of view of "late preterms"
Fabio Facchinetti

114 Info

116 A close up on progress

Pain evaluation and management in primary care paediatrics
Michele Gangemi

120 Personal accounts

Even children can have a broken heart: the experience of losing a loved one
Pasqua Rosella Brunelli, Francesca Pasini, Federica Suzzi

125 Community corner

A family paediatrician can diagnose and evaluate gastrointestinal functional disorders
Red

126 Telescope

Prevention of VLBW newborn sepsis: is it so simple to appear impossible?
Luigi Gagliardi

129 Forasustainableworld

Nuclear plants and cancer in children
Giuseppe Primavera

130 Vaccinacipi

Many news but (almost) nothing new
Luisella Grandori

131 Farmacipi

Long-acting beta agonists: nevermore alone in asthma therapy
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

132 Tenstories

Neglected Emergency: Thousands displaced by violence in Central African Republic
Stefania Manetti (a cura di)

133 Informing parents

"Pro" and "con" regarding objects for infants in the first months of life
Adrienne Davidson, Monica Pierattelli

134 Books

136 Born to read

138 Movies

139 Musical-mente

140 Meeting synopsis

142 ACP news

143 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 Dessi

Comitato editoriale

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

Collaboratori

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

Organizzazione

Giovanna Benzi

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

Internet

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

Indirizzi

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

Direttore

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

Ufficio soci

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

Stampa

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

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

© ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI
ACP EDIZIONI NO PROFIT

LA COPERTINA

L'immagine riproduce "Primi passi", Jean-Francois Millet (1858), matita su carta. Lauren (Mississippi), Rogers Museum of Art. Immagine segnalata da Costantino Panza

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 corredata da un riassunto in italiano e in inglese dell'ordine di 500-800 battute. Il riassunto deve essere possibilmente strutturato. Nel caso delle ricerche va necessariamente redatto in forma strutturata distribuendo il contenuto in introduzione, materiali e metodi, risultati e discussione (struttura IMRAD). La versione in inglese del riassunto può essere modificata a giudizio della redazione. Alla fine del riassunto vanno inserite 3-5 parole chiave in italiano e in inglese; si consigliano gli AA di usare parole chiave contenute nel MESH di Medline. La traduzione in inglese di titolo, riassunto e parole chiave può essere fatta dalla redazione. La bibliografia deve essere redatta in ordine di citazione, tutta in caratteri tondi e conforme alle norme pubblicate nell'Index Medicus. Il numero d'ordine della citazione va inserito tra parentesi. Nel caso di un numero di Autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura et al.

Esempio per le riviste e per i testi

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

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

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

Due buone notizie sulla *Health Equity*

Giancarlo Biasini
Direttore di *Quaderni acp*

Parole chiave Marmot. *Health Equity*.
Riforma sanitaria USA

– La prima in ordine di tempo viene dalla Gran Bretagna ed è del 12 febbraio quando è stato pubblicato *Fair Society, Healthy Lives: the Marmot Review*, un documento che ha lo scopo di ridurre le disuguaglianze di salute in Gran Bretagna. Michael Marmot ha presieduto la Commissione della Organizzazione Mondiale della Sanità sui determinanti sociali della salute. Nel novembre del 2008 il ministro della Sanità inglese, Alan Johnson, gli ha affidato il compito di effettuare un tentativo di applicazione alla Gran Bretagna dei risultati della Commissione che nell'agosto del 2008 identificò tre principi per ridurre le disuguaglianze in salute: migliorare le condizioni di vita; mettere mano alla ineguale distribuzione del potere, della ricchezza e delle risorse; progettare azioni in tal senso e valutarle in itinere. Il tentativo di Marmot è dare indicazioni per convertire questi principi in pratiche politiche valide per l'UK. Tutto questo è possibile? Sì, dice il rapporto, ma solo se *Health Equity* diviene un principio che diventa la base del NHS. Se le disuguaglianze in salute sono una conseguenza di altre disuguaglianze, sociali o di literacy, occorre por mano a quelle e le azioni non possono essere rivolte solo ai più svantaggiati, ma con sorta di "proporzionate universalism" a tutto il popolo secondo il grado di svantaggio. Il rapporto indica 6 rilevanti obiettivi politici, ma cruciale è garantire a ogni bambino la migliore partenza possibile in modo da garantire a tutti, bambini, giovani e adulti, di realizzare il massimo delle loro possibilità. Per i bambini le raccomandazioni sono di concentrare le spese di sostegno nei primi anni di vita nei programmi di *Sure Start*, il progetto obiettivo materno-infantile del NHS, sostenere le famiglie, concentrandosi sulla loro formazione e graduando l'impegno a seconda del bisogno.

Una critica che è stata rivolta al rapporto della Commissione sui determinanti sociali della salute è stata di essere troppo ideologico. La risposta di Marmot è che, se si è trattato di ideologia, essa ha tratto le sue radici nelle evidenze. Che la popo-

lazione inglese a cominciare dai trentenni con un basso livello di istruzione abbia ogni anno 202.000 morti premature in più rispetto a quella con un alto livello di istruzione è ancora un problema di giustizia. Che un governo si sia posto un problema come questo è davvero molto consolante e Beppe Cirillo ce ne propone un ampio sunto a pagina 106. Lo offriamo all'attenzione della classe politica. La stampa italiana che è pronta a segnalare, esagerandoli, i benefici di nuovi trattamenti farmacologici di assai dubbia consistenza (Iaboli et al. <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0009829>) ha sostanzialmente ignorato questo documento.

– La seconda buona notizia viene dagli Stati Uniti ed è del 23 marzo: 940 miliardi di dollari rivoluzioneranno le cure mediche in USA. I beneficiari saranno gli "uninsured": 32 milioni di loro saranno assistiti nel 2014 e nel 2019 sarà assistito il 95% dei nordamericani. Molti degli attuali non assicurati hanno paradossalmente un lavoro, ma sono soggetti ad arbitri da parte dei loro datori di lavoro affidandoli a compagnie che in realtà non li assicurano completamente, limitando le malattie per le quali sono assicurati o il tempo della loro assicurazione. Con il nuovo sistema queste due condizioni finora permesse saranno vietate. Si ridurranno i limiti al Medicare e al Medicaid, i programmi per gli anziani e i poveri, che attualmente coprono il 28% della popolazione, nei quali però esistono falle assistenziali che mettono a repentaglio la salute degli assistiti: il fondo Medicare è stato aumentato del 10% per 5 anni. Il costo finanziario dell'operazione di Obama è pauroso e si stima che raggiunga il 19% del PIL. Ci sono alcuni tentativi di risparmio. Fra questi il tentativo di passare (*Innovation Center*) a una valutazione diversa dei costi: dal *fee for service* al *pay for performance*, cioè dal pagamento per qualità invece che per quantità. È un tentativo innovativo ma tutto da costruire che potrebbe essere importato anche in altri sistemi sanitari; altri obiettivi sono quelli di controllare e di penalizzare le eccessive riammissioni negli ospedali, la pato-

logia contratta in ospedale e l'utilizzo dell'informatica per ridurre i costi del passaggio in cura da un ospedale o da un centro di cura a un altro o per ridurre le conseguenze della competizione e della innovazione tecnologica e dell'uso dei farmaci (*blockbuster drugs*) che sono alla base degli sforamenti del sistema sanitario americano. In questo ambito una speranza può essere data da un nuovo medico di base americano che deve nascere dall'accademia con nuove attenzioni all'area delle cure primarie e della medicina preventiva e un minore *paperwork burden*. Gli stessi richiamati dalla Commission on Education of Health Professional for the 21st Century (<http://www.globalcommehp.com>).

Un'altra condizione che può mettere a rischio l'equilibrio del sistema (non solo americano) è la generazione dei baby-boomer che, raggiunta l'età della pensione, peserà per il consumo di assistenza nel bilancio degli States. A fronte di questo sta il timore di molti americani che il nuovo sistema si trasformi in un aumento della tassazione e che il pubblico si insinuasse nelle scelte private dei cittadini; e che comportamenti negativi per la salute (alcol, fumo ecc.) possano essere aumentati dalla garanzia della pubblica assistenza. Al contrario degli europei che hanno accettato un sistema universalistico, gli americani pensano che alla base dei diritti civili ci sia sempre la libertà di scelta e che il diritto alla salute debba essere conquistato e non garantito dallo stato. I pochi voti di maggioranza con cui la legge è passata testimoniano di questa opinione dura a morire. Ora il presidente ha questo compito non semplice: convincere i cittadini che il diritto alla salute è il primo dei diritti civili che si acquisisce con la nascita e che quindi ciò che garantisce lo stato è un nucleo principale e minimo di garanzie per tutti, al quale si potrà aggiungere la "conquista" di garanzie aggiuntive. A noi europei spetta applaudire Obama per l'avvicinamento che ha determinato fra le due sponde dell'Atlantico e per questo intento che ha manifestato di stringere finalmente il gap fra una enorme spesa sanitaria e i precari risultati di salute. E per il coraggio che ha dimostrato. ♦

Per corrispondenza:

Giancarlo Biasini

e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

editoriale

La promozione dello sviluppo psicomotorio del lattante: il parere dei pediatri italiani e tedeschi sulle attrezzature e le attività più comuni (vedi anche pag. 133)

Jenny Thiel*, Adrienne Davidson**, Monica Pierattelli***

*Dott.ssa in Fisioterapia, Servizio di Riabilitazione e Pediatria AKK, Amburgo, Germania;

**Dott.ssa in Fisioterapia, Servizio di Riabilitazione Funzionale AOU, Meyer, Firenze;

***Pediatra di famiglia, ASL 10, Firenze

Abstract

The promotion of infant psychomotor development: Opinions of Italian and German paediatricians on the use of common baby equipment and activities

Paediatricians have an important role in the promotion of infant development especially considering the vast quantity of baby equipment on the market and the ever-increasing difficulty for parents to know which objects and activities are useful, useless or even harmful.

Objective This study investigates and compares the opinions of a sample of Italian and German paediatricians on advice to give to parents on the use of baby equipment and on developmental activities during the first year of life.

Method Paediatricians attending two different conferences (one in Munich, the other in Florence) were asked to fill in a questionnaire investigating their opinions on eight pieces of baby equipment and three developmental activities: if they discussed them with parents, if and why/why not they recommended them, and, if recommended, for which age group.

Results 111 Italian and German doctors completed the questionnaire. The analysis of the data collected showed that the opinions of the sample of paediatricians from Italy and Germany are similar. There were some minor differences of opinion on a few pieces of equipment and activities, compared to the recommendations in current literature. There is a clear dominance in supporting the use of the baby sling by the Germans and the infant seat by the Italians, presumably due to the different cultural and baby care styles in fashion in the two countries.

Conclusions In light of currently available scientific evidence, it would be useful for physiotherapists working with children and paediatricians to standardize the indications for the promotion of psychomotor maturation in the first year of life including the use of baby equipment in order to help families select the objects available on the market and activities useful for baby development.

Quaderni acp 2010; 17(3): 98-102

Key words Infant psychomotor development. Baby equipment. Developmental activity. Physiotherapist

Lo studio in oggetto mostra i risultati di un'indagine effettuata su un campione di pediatri di famiglia italiani e tedeschi per conoscere i loro punti di vista sull'utilizzo delle attrezzature e i consigli che forniscono sulle attività per la promozione dello sviluppo psicomotorio nel primo anno di vita del bambino.

Obiettivo Lo studio si propone di indagare quali sono oggi le opinioni di pediatri italiani e tedeschi riguardo alle attività e alle attrezzature utili per la promozione dello sviluppo psicomotorio del bambino nel primo anno di vita, e di confrontare il comportamento delle due categorie di pediatri italiani e tedeschi e i risultati rispetto alla letteratura riguardo alla promozione delle attività e attrezzature utili per lo sviluppo psicomotorio.

Metodo È stato coinvolto nello studio un campione di pediatri italiani e tedeschi che hanno partecipato a due convegni diversi. È stato proposto un questionario di opinione che indagava 8 attrezzature e 3 attività, ed è stato chiesto: se il pediatra ne parla, se l'oggetto/attività viene consigliato/sconsigliato, perché lo consiglia o sconsiglia, durante quale fascia d'età ne viene indicato l'uso.

Risultati 111 pediatri italiani e tedeschi hanno consegnato i questionari compilati. Dall'analisi dei dati emerge che i pediatri parlano delle attrezzature e delle attività durante i bilanci di salute con i genitori e sia in Italia che in Germania ci sono linee comuni di comportamento di uso. Sulle indicazioni ci sono alcune piccole differenze in merito al corretto utilizzo per una fetta del campione esaminato, rispetto alla letteratura corrente. Esiste una netta prevalenza nel consigliare la fascia da parte dei tedeschi e la sdraietta da parte degli italiani, per stili di accudimento differenti per cultura, moda e mutamento temporale.

Conclusioni Alla luce delle evidenze scientifiche ad oggi disponibili sarà necessario trovare un accordo fra fisioterapisti e pediatri per uniformare le indicazioni all'uso, concordare le proposte abilitative e creare un linguaggio comune per aiutare le famiglie nella scelta dei tanti oggetti disponibili sul mercato e delle attività nell'accudimento quotidiano.

Parole chiave Attrezzature. Attività. Fisioterapista. Pediatra. Sviluppo psicomotorio

Introduzione

Il bambino ha bisogno di cure per manifestare in maniera ottimale il suo potenziale e sappiamo quanto la dinamica del-

l'interazione genitore-bambino nel primo anno di vita sia fondamentale per lo sviluppo dei compiti evolutivi nelle diverse fasi (0-3 mesi, 3-6 mesi, 6-9 me-

si, 9-12 mesi). L'abilità dei genitori nel rispondere ai bisogni e ai messaggi del bambino e la qualità e la natura delle loro interazioni condizionano il suo sviluppo

Per corrispondenza:

Jenny Thiel

e-mail: thiel.joe@gmail.com

ricerca

psicomotorio e lo sviluppo dell'attaccamento bambino-genitori ("Attachment parenting") [1-2]. Mettersi in sintonia con il proprio figlio, supportandolo con esperienze adeguate e attrezzature utili disponibili in commercio, nei momenti giusti, rappresenta l'inizio di un cammino genitoriale più consapevole.

Gli oggetti e le attività per il bambino in crescita vanno esaminati in base allo sviluppo psicomotorio che è un processo in cui gli aspetti motori, sensoriali, comportamentali, cognitivi e relazionali sono inscindibilmente legati e interdipendenti [3-4]. Integrare le attrezzature e attività specifiche nelle modalità di accudimento durante le varie attività quotidiane può facilitare lo sviluppo neuro-comportamentale nel primo anno di vita, a condizione che le esperienze quotidiane da proporre al lattante (nuove posizioni, nuove attrezzature, più variabilità sensoriale ed ambientale) siano modificate nel tempo per sostenere le sue abilità emergenti [4] (si veda la descrizione dei singoli oggetti in "Informazioni per genitori" a pag. 133).

Capire i bisogni evolutivi del bambino piccolo non è sempre facile per i genitori, soprattutto in un'epoca in cui il "mercato" è molto invadente e crea falsi bisogni in nome della "salute". Questo fa sì che i genitori vengano abbagliati dalle proposte commerciali e, pensando di agire in buona fede, comprino per i propri figli attrezzature che non solo limitano lo sviluppo psicomotorio del bambino, ma possono anche essere, oltre che costose, pericolose [5-6].

Fra gli operatori dell'infanzia che promuovono la salute, riteniamo che il pediatra di famiglia e il fisioterapista, che lavora in ambito pediatrico, siano centrali quando chiamati a rispondere alla domanda di quali attività e quali oggetti possano o meno sostenere lo sviluppo del bambino [7]. Come categoria di fisioterapisti che lavorano in ambito pediatrico ci siamo chiesti, quindi, quale fosse il punto di vista attuale dei pediatri (figure autorevoli nella promozione di salute globale dell'infanzia) rispetto a questi temi e quali informazioni diano alle famiglie durante i bilanci di salute, per indirizzare i genitori all'utilizzo di attività e all'acquisto di attrezzature utili al

sostegno dei bisogni neuroevolutivi dei loro assistiti. Questo perché è ancora molto frequente l'osservazione che tali attività e tali attrezzature siano poco conosciute dalle famiglie e poco o mal utilizzate nell'ambiente domestico.

Obiettivo

Lo studio si propone di:

- ▶ Indagare le opinioni di pediatri italiani e di pediatri tedeschi riguardo alle attività e alle attrezzature utili per la promozione dello sviluppo psicomotorio del bambino nel primo anno di vita.
- ▶ Confrontare il comportamento delle due categorie di pediatri italiani e tedeschi e confrontare i risultati rispetto alla letteratura riguardo alla promozione delle attività e attrezzature utili per lo sviluppo psicomotorio.

Materiali e metodi

Si tratta di uno studio osservazionale trasversale, svolto nel periodo settembre 2008-aprile 2009. È stato incluso nello studio un campione di pediatri italiani e tedeschi. I soggetti sono stati individuati per campionamento accidentale tra pediatri che hanno partecipato a due convegni: il convegno internazionale "104 Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder – und Jugendmedizin", che si è svolto nei giorni 11-14 settembre 2008 a Monaco, Germania; il convegno nazionale "I Pinguini", che si è svolto nei giorni 14 e 15 novembre 2008 a Firenze, Italia.

Lo studio ha indagato il parere di un gruppo di pediatri italiani e tedeschi sull'uso delle attrezzature e attività utili al sostegno dei bisogni evolutivi del bambino nella fascia di età 0-12 mesi. A tale scopo, è stato utilizzato un questionario ad hoc, creato modificando il questionario pubblicato in uno studio di Davidson et al. del 1999 [8]. Il questionario è stato redatto in due versioni, in lingua tedesca e italiana, ed è costituito da 6 domande chiuse e aperte. Nel questionario è stata richiesta l'opinione dei pediatri riguardo a 8 attrezzature (il marsupio, la fascia, i giochi meccanici come "la casa delle api", il tappeto giochi, la sdraietta, il passeggino, il box, il girello) e 3 attività (la posizione prona da sveglio, sdraiato a

tappeto, il cammino con l'aiuto dell'adulto). Per ognuna di queste è stato chiesto di specificare: se il pediatra dà informazioni ai genitori durante i bilanci di salute riguardo all'attrezzatura o attività relativa; se l'oggetto/attività viene consigliato o sconsigliato ai genitori e perché lo consiglia o perché non lo consiglia; se lo consiglia, durante quale fascia d'età ne viene indicato l'uso.

Per l'elaborazione dei dati si è proceduto all'analisi statistica descrittiva e analisi testuale. L'analisi statistica descrittiva ha compreso la misurazione delle domande chiuse, utilizzando il sistema Epi-info. La tecnica di analisi testuale (*Content Analysis*) ha consentito di estrapolare i concetti fondamentali, espressi talvolta in maniera molto estesa nei questionari [9]. Per il confronto fra le risposte dei pediatri italiani e tedeschi è stato usato il test del χ quadro.

Risultati

I pediatri partecipanti sono risultati 111, di cui il 60,4% (n=67) italiani e il 39,6% (n=44) tedeschi.

Riportiamo i risultati più significativi sull'uso dei singoli oggetti (*tabelle 1 e 2; grafici 1 e 2*).

TABELLA 1: I DATI CUMULATIVI DEI PEDIATRI

Attrezzature/ Attività	Pediatri	
	ne parla %	non ne parla %
Marsupio	71	29
Fascia	48,1	51,9
Sdraietta	67,3	32,7
Casa delle api	48,1	51,9
Passeggino	64,5	35,5
Tappeto giochi	61,5	38,5
Box	56,2	43,8
Girello	42,3	57,7
Prono da sveglio	88,1	11,9
Sdraiato a tappeto	92,7	7,3
Cammino con aiuto	65,1	34,9

Le motivazioni dei pediatri italiani e tedeschi a sostegno dell'utilizzo dell'oggetto/attività in questione e quello a sfavore sono riportate nelle *tabelle 3 e 4*.

Discussione

Dall'analisi dei risultati si può dire che le proposte delle attività utili allo sviluppo psicomotorio del bambino e la guida alle attrezzature nel primo anno di vita sono argomenti dell'attività ambulatoriale dei pediatri di famiglia sia italiani che tedeschi. I pediatri ne parlano durante i bilanci di salute con i genitori, ci sono linee comuni d'uso e generalmente le conoscenze sono paragonabili a quelle della letteratura e della categoria dei fisioterapisti che lavorano in ambito pediatrico. Dobbiamo notare però che i consigli di alcuni oggetti e alcune attività da parte dei pediatri di entrambi i gruppi non sono in sintonia con i compiti evolutivi del bambino.

Ci riferiamo a:

- ▶ **Box:** il 55,9% lo consiglia (5-12 mesi). Perché non va bene: è un oggetto troppo piccolo per il bambino che non ha l'opportunità di sperimentare in libertà; è un limite spaziale allo sviluppo psicomotorio.
- ▶ **Giochi meccanici come "Casa delle api":** il 47,7% lo consiglia (0-6 mesi). Perché non va bene: non è adatto perché è un gioco che non può essere afferrato essendo lontano dalla presa e potrebbe diventare pericoloso se fosse vicino; è monotono e ripetitivo.
- ▶ **Tappeto giochi:** il 74,8% lo consiglia (4-12 mesi). Perché non va bene: è troppo piccolo per il bambino che deve rimanerci sopra, i giocattoli incorporati limitano la sua coordinazione occhio-mano-bocca.
- ▶ **Cammino con l'aiuto dell'adulto:** il 51,4% lo consiglia (fase pre-cammino). Perché non va bene: favorisce movimenti e posizioni viziate dei piedi, toglie al bambino le opportunità che gli servono per trovare l'equilibrio, per imparare il cammino autonomo e per sperimentare le cadute senza farsi male.

Una considerazione particolare emerge dall'analisi dei dati di raffronto fra le indicazioni dei pediatri italiani e tedeschi rispetto alla fascia. Esiste una netta prevalenza nel consigliare la fascia da parte dei tedeschi, per buon contatto madre-bambino, perché favorisce la maturazione delle anche e migliora la consolabilità. Non viene consigliata dagli italiani perché non fa parte della nostra cultura e non è conosciuta.

TABELLA 2: I DATI DI RAFFRONTO FRA I PEDIATRI ITALIANI E I PEDIATRI TEDESCHI: CONSIGLIA/SCONSIGLIA

Attrezzature/Attività	Italiani		Tedeschi	
	consiglia %	sconsiglia %	consiglia %	sconsiglia %
Marsupio	76,1	23,9	70,5	29,5
*Fascia	32,8	67,2	77,3	22,7
*Sdraietta	79,1	20,9	45,5	45,5
Casa delle api	53,7	46,3	38,6	61,4
Passeggino	79,1	20,9	93,2	6,8
*Tappeto giochi	83,6	16,4	61,4	38,6
*Box	64,2	35,8	43,2	56,8
Girello	6,0	94,0	4,5	95,5
Prono da sveglia	88,1	11,9	95,5	4,5
Sdraiato a tappeto	98,5	1,5	100	0,0
Cammino con aiuto	43,3	56,7	63,6	36,4

* La differenza di risposte tra pediatri italiani e tedeschi è stata statisticamente significativa per: la fascia (χ quadro $p<0,001$), la sdraietta (χ quadro $p<0,001$), il tappeto giochi (χ quadro $p=0,01$), il box (χ quadro $p=0,04$), ed è evidenziata dalle scritte in neretto.

GRAFICO 1: DISTRIBUZIONE PERCENTUALE CONSIGLIO DELLA FASCIA E DELLA SDRAIETTA

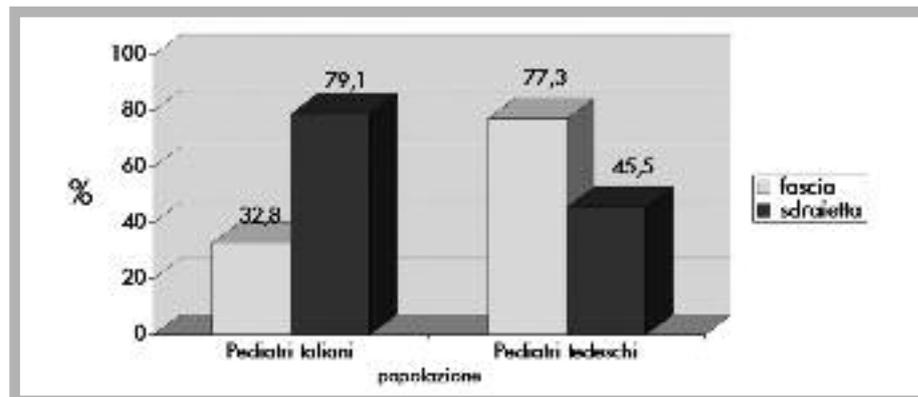
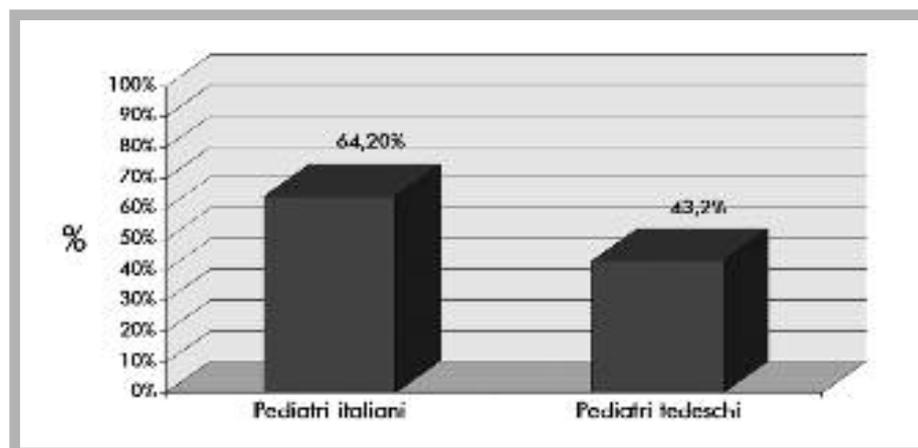


GRAFICO 2: DISTRIBUZIONE PERCENTUALE CONSIGLIO DEL BOX



In effetti, l'abitudine di usare la fascia con varie modalità è tuttora la norma in Groenlandia, Siberia, Alaska, Africa, Centro e Sud America, Asia e Australia. Anche in Europa la fascia faceva parte della tradizione sia germanica che italiana, ma motivazioni di natura culturale ne

hanno cambiato l'uso nel tempo [1-2-10-11-12-13].

Sarà interessante vedere come si svilupperà nei prossimi anni in Sud Europa l'uso della fascia e se questo modo di trasportare il bambino sarà nel frattempo diventato di uso comune anche in Italia.

TABELLA 3: MOTIVAZIONI DEI PEDIATRI A CONFRONTO: PERCHÉ VIENE CONSIGLIATO L'OGGETTO/ATTIVITÀ

Attrezzature/Attività	Pareri che accomunano entrambi i gruppi	Gruppo italiano	Gruppo tedesco
Marsupio	- buon contatto madre-bambino - comodità per genitore	- coadiuvante per terapia reflusso gastro-esofageo	
Fascia	- buon contatto madre-bambino - comodità per il genitore	- alternativa al marsupio	- favorisce la maturazione delle anche, profilassi per la displasia dell'anca - migliora la consolabilità - promuove l'equilibrio
Sdraietta	- Comodità per il genitore (per es. per i pasti) - favorisce partecipazione ambientale e comunicazione - coadiuvante per terapia reflusso gastro-esofageo		
Casa delle api	- buona stimolazione visiva-uditiva-motoria - favorisce l'autonomia		
Passeggino	- utile per il trasporto - favorisce partecipazione ambientale del bambino		
Tappeto giochi	- favorisce l'autonomia - permette libertà di movimento per esplorare l'ambiente - favorisce lo sviluppo motorio, visivo e tattile	- alternativa al box - aumenta la durata della posizione prona da sveglia	- animazione gioco e afferramento
Box	- sicurezza del bambino - favorisce l'autonomia	- permette di scoprire l'ambiente senza pericoli - favorisce lo sviluppo motorio	
Girello	- non consigliato		
Prono da sveglia	- favorisce la motricità - rinforza il controllo capo e tronco - previene la plagiocefalia occipitale		
Sdraiato a tappeto	- favorisce l'autonomia e la creatività/curiosità - favorisce la motricità e gli spostamenti - rinforza la muscolatura anti-gravitaria - riduce il rischio danni da caduta		
Cammino con aiuto	- offre sicurezza al bambino - va offerto se il bambino vuole l'aiuto	- maggior tempo per stare insieme - migliora la deambulazione	- è un passaggio fino al cammino autonomo - meglio del girello - solo se il bambino cammina già da solo

Conclusione

Il rapporto esistente fra le attrezzature in vendita per il lattante, le proposte di attività da parte dei caregiver e la qualità dello sviluppo psicomotorio sono argomenti d'interesse per il fisioterapista che lavora in età pediatrica: il suo ruolo di "Development Therapist" lo rende infatti esperto nella scelta delle attività tera-

peutiche e degli ausili anche per il bambino sano.

Questo studio presenta i pareri e i comportamenti di un campione di pediatri di famiglia nel proporre un intervento di sostegno alla qualità dello sviluppo psicomotorio del bambino e alle competenze dei genitori, attraverso il corretto utilizzo delle attrezzature e la scelta di atti-

vità adeguate ai bisogni evolutivi del bambino.

Dal campione di pediatri esaminato possiamo trarre alcune conclusioni: la maggior parte dei pareri e comportamenti dei pediatri corrisponde a quelli dei fisioterapisti dell'età evolutiva specializzati nello sviluppo psicomotorio. Ci sono anche discordanze che devono essere di

TABELLA 4: MOTIVAZIONI DEI PEDIATRI A CONFRONTO: PERCHÉ VIENE SCONSIGLIATO L'OGGETTO/ATTIVITÀ

Attrezzature/Attività	Pareri che accomunano entrambi i gruppi	Gruppo italiano	Gruppo tedesco
Marsupio	- malposizione delle anche		- bambino spesso girato all'esterno
Fascia		- non fa parte della nostra cultura - non si conosce	- rischio vizi di posizione
Sdraietta	- limitazione nei movimenti, poco spazio e attività		- spesso mal-posizione - limita la motricità, soprattutto dorsale
Casa delle api	- ripetitivo-stereotipato-noioso - pericoloso → può cadere sopra il bambino		- favorisce l'inattività
Passeggino	- spesso già in uso	- la decisione è dei genitori	
Tappeto giochi	- inutile - limita il bambino	- preferibile una coperta normale in terra senza i giochi attaccati	- può contenere sostanze dannose - troppo costoso → si può fare da sé
Box	- "una prigione" - troppo piccolo - limita il bambino → inattivo - "viva la libertà"		
Girello	- pericoloso - vizi nella deambulazione - rallenta lo sviluppo psicomotorio/equilibrio		
Prono da sveglio	- vedi informazioni per genitori a pag. 133		
Sdraiato a tappeto			
Cammino con aiuto	- riduce l'autonomia - limita e/o rallenta l'equilibrio	- dà falsa sicurezza al bambino - meglio se il bambino fa le sue esperienze da solo e cammina aiutandosi in altra maniera	- rischio traumi da trazione - favorisce il cammino sulle punte dei piedi

stimolo per le due categorie professionali per un confronto.

Per stili di accudimenti differenti (cultura, moda) esiste inoltre una differenza sull'uso della fascia e la sdraietta fra Italia e Germania. Questo suggerisce uno spunto di riflessione per gli operatori nei vari Paesi europei, ognuno con la propria realtà multiculturali.

Alla luce delle evidenze scientifiche a oggi disponibili sarà necessario favorire l'organizzazione di momenti di formazione comuni utili a concordare le proposte abilitative per aiutare le famiglie nella scelta dei tanti oggetti disponibili sul mercato e delle attività più idonee nell'accudimento quotidiano. ♦

Bibliografia

- [1] Sears W, Sears M. Parenting the fussy baby and high-need child: Everything you need to know from birth to age five. 1996.
- [2] Sears W. Schlafen und Wachen: Ein Elternbuch für Kindernächte. Zürich: La Leche Liga, 2007.
- [3] Davidson A, Paoli S, Barsaglini S, et al. Guida alle attrezzature e alle attività indicate per lo sviluppo psicomotorio del lattante. Dispensa del corso di formazione per pediatri di famiglia. Congresso nazionale di pediatria pratica. 2008.
- [4] Rapisardi G. Neurodevelopmental assessment in the first year of life. *Medico e Bambino* 1999; 18:27-33.
- [5] Abbott AL, Bartlett DJ. Infant motor development and equipment use in the home. *Child Care Health Dev* 2001;27:295-306.
- [6] Bar-on ME, Boyle RM, Endriss EK. Parental decisions to use infant walker. *Inj Prev* 1998;4:299-301.

[7] Brazelton TB. Working with families. Opportunities for early intervention. *Pediatr Clin North Am* 1995;42:1-9.

[8] Davidson A, Zuffo S, Ciullini P, Martini M. Marsupi, seggiolini e affini: consigli per i genitori. *Medico e Bambino* 1999;18:301-6.

[9] Twycross A, Shields L. Content analysis. *Paediatr Nurs* 2008;20:38.

[10] Kirkilionis E. Carrying infants in cases of congenital hip dysplasia. *KG* 1998;3:411-420.

[11] Kirkilionis E. Carrying the Infant Sitting on the Mother's Hip - a Special Adaptation of the Crying Young. *Zool Jb Physiol* 1992;96:395-415.

[12] Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1986;77:641-8.

[13] Anisfeld E, Casper V, Nozyce M, Cunningham N. Does infant carrying promote attachment? An experimental study of the effects of increased physical contact of the development of attachment. *Child Dev* 1990;61:1617-27.

Attività fisica nei giovani studenti. Indagine conoscitiva rivolta agli studenti del biennio Scuole Secondarie di 2° grado

Mauro Palazzi*, Elena Prati*, Patrizia Vitali*, Chiara Reali*, Nicoletta Bertozzi*, Diego Sangiorgi*, Cristina Raineri*, Agnese Girotti**
*UO Epidemiologia e Comunicazione, AUSL di Cesena; **Pediatria di Comunità, AUSL di Cesena

Abstract

A survey on motor activity in high school students in Italy

Sixty minutes a day of moderate or intense motor activity are recommended. This research was aimed at investigating the motor activity levels of high school students in Cesena, Italy, through a survey. The sample were 883 students in the first two years of high school, only the 11.7% of these students followed the international recommendations. Girls resulted less active than boys, students using videogames or computer for more than 4 hours a day or students in professional schools resulted less active also. There is an unequal distribution of motor activity levels depending on the type of school and this is linked to parents' education levels and citizenship.

Quaderni acp 2010; 17(3): 103-105

Key words Motor activity. Adolescents. Health promotion

Il livello di attività fisica raccomandato in ambito internazionale nell'età scolare è di almeno 60 minuti di attività moderata o intensa al giorno. Attraverso questa ricerca sono stati rilevati i livelli di attività fisica (AF) praticati dai ragazzi del territorio dell'Ausl di Cesena mediante la somministrazione di un questionario a un campione di 883 studenti iscritti al biennio di scuola superiore di diversi Istituti del comune di Cesena. Solamente l'11,7% degli intervistati pratica i livelli di AF raccomandati. Risultano meno attivi le ragazze, gli studenti di Istituti Professionali e quelli che usano pc/videogiochi per più di 4 ore al giorno. L'analisi evidenzia la presenza di una diseguale distribuzione dei livelli di AF praticata associata al tipo di scuola frequentata, a sua volta correlata al livello di istruzione dei genitori e alla cittadinanza.

Parole chiave Attività fisica. Adolescenti. Promozione della salute

Introduzione

La pratica regolare di attività fisica (AF) è ritenuta un cardine fondamentale nel contrasto delle patologie croniche. In accordo con quanto indicato dall'OMS, definiamo AF "qualunque forza esercitata dall'apparato muscolo-scheletrico che porta a un dispendio di energie superiore al livello di riposo" [1]. Questa definizione volutamente ampia sottintende che qualunque forma di movimento fisico è oggetto di interesse, incluse le attività legate agli spostamenti a piedi o in bicicletta, ai lavori in casa e al gioco, al pari di attività sportive organizzate in strutture attrezzate. La tendenza a incorporare l'AF nelle attività della vita quotidiana è caratteristica fondamentale di uno stile di vita attivo, obiettivo, a cui mirano molte campagne di promozione della salute. Nella fascia 6-17 anni, Linee Guida internazionali raccomandano la pratica di almeno 60 minuti di AF moderata o intensa al giorno; almeno due volte a set-

timana dovrebbero essere previsti esercizi mirati a rinforzare l'ossatura, il tono muscolare e migliorare la flessibilità [2]. La pratica regolare di AF durante l'accrescimento è un fattore determinante per la salute fisica e mentale e un investimento per il futuro: i ragazzi che praticano regolarmente movimento tendono ad acquisire uno stile di vita attivo che manterranno con maggior facilità nell'età adulta [2].

Lo studio *Health Behaviour in School-aged Children 2006* (HBSC) [3], condotto in numerosi Paesi europei, ha rilevato che in Italia sono completamente sedentari il 2% dei ragazzi a 11 anni, il 6% a 13 anni e il 9% a 15 anni. Solo il 18% degli undicenni, il 16% dei tredicenni e il 12% dei quindicenni praticano il livello di AF raccomandato; i ragazzi sono più attivi delle ragazze.

I fattori che influiscono sullo stile di vita adottato sono socio-demografici (età, sesso, condizione socio-economica), psi-

cologici (atteggiamento, credenze, percezione delle proprie capacità), sociali (contesto familiare, gruppo di amici) e strutturali (disponibilità di un ambiente urbano favorevole). Nei ragazzi le raccomandazioni si scontrano con "attraenti" spesso più allettanti (televisione, videogiochi, computer), con impegni ritenuti socialmente prioritari (lezioni in classe, studio) o con la percezione di insicurezza dell'ambiente urbano.

L'Ausl di Cesena, in collaborazione con Technogym®, ha recentemente condotto una ricerca finalizzata a migliorare le conoscenze sulle caratteristiche e le attitudini nei confronti dello sport e del movimento in genere dei ragazzi del territorio cesenate, allo scopo di acquisire informazioni utili a mettere in atto interventi efficaci di promozione di uno stile di vita attivo e salutare [4].

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto attraverso la somministrazione di un questionario a risposta multipla autocompilato a studenti del biennio di Scuole Secondarie di 2° grado degli Istituti del Comune di Cesena. Le domande contenute nel questionario sono state scelte tra quelle proposte in questionari validati utilizzati in altri studi (HBSC, PASSI e BRFSS [5-6-7]). Le domande del questionario miravano a indagare il livello di AF scolastica ed extrascolastica praticata, misurata in termini di minuti al giorno dedicati al movimento svolto in contesti organizzati (es. attività sportive) e non (es. spostamenti in bicicletta). Il livello di AF praticata è stato considerato secondo categorie progressive definite dagli autori come "attivo secondo le Linee Guida" (almeno 60 minuti di AF al giorno), "attivo" (più di 420 minuti di AF praticata alla settimana) "mediamente attivo" (da 150 a 420 minuti di AF alla settimana), e "sedentario o poco attivo" (meno di 150 minuti alla settimana). Sono state raccolte informazioni sulle tipologie di sport preferite,

Per corrispondenza:
Mauro Palazzi
e-mail: mpalazzi@ausl-cesena.emr.it

research letters

la soddisfazione nei confronti dell'attività praticata, le motivazioni che spingono a essere attivi e la percezione del proprio stato di salute, indicatore correlato all'effettivo benessere psicofisico vissuto dalla persona. Il questionario raccoglieva inoltre informazioni sul consumo di alcol e di tabacco e sulla diffusione di sostanze usate per aumentare le prestazioni sportive; queste informazioni sono state raccolte con domande indirette, metodologia che, esponendo meno il soggetto, consente di avere dati più veritieri.

La ricerca è stata condotta tra dicembre 2008 e gennaio 2009. Il metodo di campionamento scelto è quello a cluster, nel quale la classe rappresenta l'unità di campionamento; il numero di classi selezionate per avere un campione rappresentativo per ogni tipologia di scuola (Licei, Istituti Tecnici, Istituti Professionali) è risultato pari a 42, per un totale di 883 studenti (su una popolazione complessiva scolastica di 2982 studenti). I dati sono stati elaborati pesandoli in base alla tipologia di Scuola di appartenenza. Per valutare i fattori di rischio correlati alla scarsa AF è stata condotta un'analisi di regressione logistica multivariata pesata, escludendo i questionari incompleti (n. 87 pari al 10% circa del totale). Le variabili indipendenti considerate sono state: sesso, abitudine al fumo, cittadinanza, utilizzo di computer /videogiochi per più di 4 ore al giorno, tipo di scuola frequentata, guardare la televisione per più di 4 ore al giorno, avere almeno un genitore che fa AF, avere almeno un amico che pratica AF, livello di istruzione dei genitori (definito alto se almeno un genitore ha il titolo di diploma o laurea). Inoltre, al fine di valutare il peso di determinanti socio-economici sulla scelta del tipo di scuola, si è valutata, attraverso un modello di regressione logistica ordinale pesata, l'associazione esistente tra scuola frequentata dai ragazzi, livello socio-economico della famiglia, misurato utilizzando il livello di istruzione dei genitori come indicatore proxy, e cittadinanza. È stata inoltre valutata la bontà dei modelli applicati. I dati sono stati elaborati con SPSS 16.0 per Windows (SPSS, Chicago, Illinois).

Risultati

Tutti gli studenti delle classi campionate presenti in aula il giorno della rilevazione hanno compilato il questionario; gli assenti sono stati complessivamente il 2%.

Il campione studiato, confrontato con le statistiche scolastiche, è risultato rappresentativo della popolazione scolastica di riferimento per sesso, tipologia di scuola e cittadinanza.

Sono stati campionati 308 (34,9%; IC 95%: 31,8-38,1) studenti nei Licei, 305 negli Istituti Tecnici (34,5%; IC 95%: 31,4-37,8) e 270 negli Istituti Professionali (30,6%; IC 95%: 27,6-33,8). Il campione è complessivamente equilibrato per sesso. La presenza femminile è nettamente superiore nei Licei (74%; IC 95%: 69,0-78,9), mentre cala negli Istituti Tecnici (33%; IC 95%: 27,7-38,3) e Professionali (45%; IC 95%: 39,9-51,9). L'età media è di 14,7 anni (range 13-19) e risulta più elevata negli Istituti Professionali. I ragazzi di cittadinanza straniera sono circa il 7,9% (IC 95%: 6,2-9,7) del campione e frequentano in prevalenza Istituti Professionali.

Si evidenzia che solo l'11,7% (IC 95%: 9,4-13,9) degli studenti intervistati ha riferito di praticare almeno 60 minuti di AF al giorno; il 36% (33,1-39,8) è classificabile come "attivo", il 37% (33,9-40,7) "moderatamente attivo" e il 15% (12,1-17,0) "poco attivo o sedentario".

Analisi descrittiva del campione (tabella 1)

Una parte rilevante del tempo libero dei ragazzi intervistati viene trascorsa in attività sedentarie: il 12,7% (IC 95%: 10,5-14,8) passa oltre 4 ore davanti alla televisione e il 12,7% (IC 95%: 10,5-14,9) davanti a computer/videogiochi, un tempo ritenuto eccessivo a livello internazionale [3]. Il consumo di tabacco, sebbene in alcuni casi sia saltuario, è già presente in circa un quarto degli studenti di 14-15 anni intervistati (22,8%; IC 95%: 20,1-25,7).

Le analisi sull'AF sono state condotte su 796 questionari a causa delle risposte incomplete sull'AF giornaliera nei restanti 87; il 10% dei dati mancanti si ritiene accettabile trattandosi di un questionario autocompilato.

Analisi multivariata dei fattori correlati con la NON adesione alle Linee Guida sull'attività fisica (tabella 2)

I risultati dell'analisi multivariata, riportati nella *tabella 2*, evidenziano associazioni statisticamente significative tra la pratica di livelli insufficienti di AF e sesso femminile (OR 1,71; IC 95%: 1,31-2,24), appartenenza a Istituti Professionali (OR 1,74; IC 95%: 1,21-2,51), utilizzo di computer/videogiochi (OR 1,98; IC 95%: 1,41-2,76) ed essere non fumatore (OR 1,89 IC 95%: 1,44-2,49), dato apparentemente in contrasto con quanto riportato in letteratura sul ruolo protettivo dello sport nei confronti del fumo. Questa discrepanza potrebbe in parte essere spiegata dalla definizione ampia di AF usata in questo studio e dalla casistica, non limitata a gruppi di atleti. I dati provenienti dallo studio HBSC, quelli maggiormente confronta-

bili con la nostra rilevazione, confermano la relazione inversa tra abitudine tabagica e stile di vita attivo, ma evidenziano la non uniformità del dato nelle diverse aree del mondo, dimostrando la complessità del fenomeno [8].

Le reti amicali sembrano non influire sull'adesione alle Linee Guida, anche se il risultato risente dell'esiguità dei casi.

I risultati della regressione logistica ordinale evidenziano inoltre come la scuola frequentata dai ragazzi sia associata al livello di istruzione dei genitori ($p < 0,001$), indicatore proxy di livello socio-economico, e alla cittadinanza ($p < 0,001$).

Discussione

La ricerca condotta nelle scuole cesenati mirava a conoscere le abitudini dei ragazzi rispetto all'AF e i fattori associati positivamente o negativamente con uno stile di vita attivo.

Nel territorio cesenate solo una piccola parte dei ragazzi pratica i livelli di AF raccomandati, mentre la maggior parte pratica attività a livelli attualmente insufficienti, ma che richiederebbero un aumento modesto delle occasioni di movimento per raggiungere i livelli raccomandati.

Lo studio, pur osservando un fenomeno specifico, quale l'attitudine alla pratica di AF, ha mostrato la presenza di un gradiente di distribuzione di fattori di rischio per la salute correlato a determinanti socio-economici: la posizione socio-economica della famiglia di origine, misurata attraverso il livello di istruzione dei genitori, è fortemente associata alla scelta della scuola dei ragazzi intervistati, e la scuola frequentata risulta un fattore fortemente associato alla pratica di AF e all'assunzione di comportamenti non salutari (es. abitudine tabagica). Anche la cittadinanza straniera, fattore in grado di incidere sulla posizione socio-economica della famiglia, risulta associata con la scelta della scuola.

I risultati del presente lavoro sono in linea con quanto teorizzato dalla Commissione per Determinanti Sociali di Salute dell'OMS, ovvero che gli stili di vita individuali, che hanno un'azione negativa sulla salute, sono legati alle disuguaglianze esistenti nella struttura sociale di un territorio [9].

Il peso di fattori di contesto sulle scelte individuali conferma l'importanza di un approccio ecologico alla promozione della salute e orientato al contrasto delle disuguaglianze in tutte le fasce di età, al fine di rendere facili, sin dalle prime fasi della vita, scelte salutari [10].

Il documento *Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari* del Ministero della Salute, così come numerose altre pubblicazioni prodotte in questi anni a

livello europeo e internazionale, individuano la scuola come uno dei luoghi privilegiati in cui “fornire a bambini e adolescenti maggiori e migliori opportunità di fare attività motoria, contribuendo, con un’offerta differenziata per età, ai livelli raccomandati di AF quotidiana” [11-12]. Essendo importante promuovere l’AF sin dall’infanzia, la scuola di ogni ordine e grado rappresenta uno spazio in cui poter fornire informazioni e garantire opportunità a un numero elevato di bambini e ragazzi. Risulta inoltre essenziale intervenire nel contesto extrascolastico, coinvolgendo la comunità locale (amministratori, famiglie, associazionismo, enti di trasporto pubblico locale) nell’offrire opportunità e sostegno per lo svolgimento quotidiano di AF. ♦

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Technogym® ha sostenuto il Progetto con un finanziamento di 4 mila euro per finanziare l’analisi statistica dei dati e per la pubblicazione dello studio.

Bibliografia

- [1] Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89490.pdf>).
- [2] CDC. Physical activities guidelines for Americans, 2008 (<http://www.health.gov/paguidelines>).
- [3] HBSC Italia. Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC, 2006 (<http://www.hbsc.unito.it>).
- [4] AUSL Cesena. Attività fisica nei giovani cesenati. Indagine conoscitiva rivolta agli studenti del biennio Scuole Secondarie di 2° grado del Comune

di Cesena. Cesena, 2009 (<http://www.ausl-cesena.emr.it>).

[5] Health Behaviour in School-aged Children. Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (<http://www.hbsc.unito.it/it/>).

[6] Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza Passi (<http://www.epicentro.iss.it/passi/>).

[7] Behavioral Risk Factor Surveillance System (<http://www.cdc.gov/brfss/>).

[8] Iannotti RJ, Janssen I, Haug E, et al. Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health. *Int J Public Health* 2009;54:191-8.

[9] Solar O, Irwin A. A conceptual framework for

action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2007.

[10] Steps to health. A European framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.

[11] Ministero della Salute. Guadagnare Salute - Rendere facili scelte salutari. Roma, 2007 (http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf).

[12] NICE Promoting physical activity, active play and sport for pre-school and school-age children and young people in family, pre-school, school and community settings, 2009 (www.nice.org.uk/PH17).

TABELLA 1: ANALISI DESCRITTIVA DEL CAMPIONE

Variabile		N=883% (IC 95%)
Scuola frequentata	Licei	34,9 (31,8-38,1)
	Istituti Tecnici	34,5 (31,4-37,8)
	Istituti Professionali	30,6 (27,6-33,8)
Sesso	Maschi	51,2 (48,1-54,3)
	Femmine	48,8 (45,7-51,9)
Cittadinanza	Straniera	7,9 (6,2-9,7)
Fumo	sì	22,8 (20,1-25,7)
Livello di attività fisica	Attività secondo LG	11,7 (9,4-13,9)
	Attivo	36,4 (33,1-39,8)
	Moderatamente attivo	37,3 (33,9-40,7)
	Poco attivo o sedentario	14,6 (12,1-17,0)
Uso di computer/videogiochi	4 ore/gg	12,7 (10,5-14,9)
Uso della televisione	4 ore/gg	12,7 (10,5-14,8)
Almeno un genitore pratica attività fisica	sì	42,4 (39,2-45,7)
Almeno un amico fa attività fisica	sì	94,1 (92,5-95,5)
Livello di istruzione dei genitori	Basso	28,8 (25,8-31,8)

TABELLA 2: ANALISI MULTIVARIATA DEI FATTORI CORRELATI CON LA NON ADESIONE ALLE LINEE GUIDA SULL’ATTIVITÀ FISICA

Variabile		OR univariata pesata			OR modello multivariato pesato		
		OR	IC 95%	p value	OR	IC 95%	p value
Scuola frequentata	Licei	1			1		
	Istituti Tecnici	0,94	0,72-1,22	0,62	1,26	0,94-1,70	0,12
	Istituti Professionali	1,40	1,04-1,99	0,03	1,74	1,21-2,51	0,003
Sesso	Maschi	1			1		
	Femmine	1,46	1,15-1,86	0,002	1,71	1,31-2,24	<0,001
Cittadinanza	Italiana	1			1		
	Straniera	2,53	1,31-4,88	0,006	1,91	0,96-3,79	0,06
Fumo	No	1,62	1,25-2,10	<0,001	1,89	1,44-2,49	<0,001
	Sì	1			1		
Uso di computer/videogiochi	< 4 ore/gg	1			1		
	≥4 ore/gg	1,7	1,26-2,38	<0,001	1,98	1,42-2,76	<0,001
Uso della televisione	< 4 ore/gg	1			1		
	≥4 ore/gg	0,74	0,49-1,09	0,13	0,74	0,49-1,12	0,15
Almeno un genitore pratica attività fisica	No	1,34	1,06-1,69	0,02	1,20	0,94-1,54	0,14
	Sì	1			1		
Almeno un amico fa attività fisica	No	1,3	0,74-2,26	0,36	1,23	0,69-2,18	0,48
	Sì	1			1		

Rapporto sulle disuguaglianze di salute in Inghilterra - The Marmot Review

Giuseppe Cirillo

Dipartimento socio-sanitario ASL Napoli 1

Abstract

A Strategic Review of Health Inequalities in England in 2010

The 2010 report on Health Inequalities in England: "Fair Society, Healthy Lives-The Marmot Review" was presented in London on Friday, February 12. In November 2008 the Health Minister entrusted Sir Michael Marmot (who, in the past, coordinated the WHO Commission on Health Determinants (1)) to undertake an independent review of the Commission's results aimed at identifying strategies to reduce health inequalities in England. The present paper is a broad summary regarding its importance and its potential utilization in Italy.

Quaderni acp 2010; 17(3): 106-111

Key words Health Inequalities. Social determinants. Complex policy

Venerdì, 12 febbraio 2010, è stato presentato a Londra il rapporto sulle disuguaglianze di salute in Inghilterra: *Fair Society, Healthy Lives - The Marmot Review*. Nel novembre 2008 il Ministro della Salute aveva affidato a Sir Michael Marmot (che aveva coordinato negli anni precedenti la Commissione WHO sui determinanti della salute) di effettuare una revisione indipendente dei risultati della Commissione, volta a individuare strategie di applicazione dei risultati per ridurre le disuguaglianze di salute in Inghilterra [1]. Ne diamo un ampio sunto per la sua importanza e per le potenzialità di una sua utilizzazione anche in Italia.

Parole chiave Disuguaglianze nella salute. Determinanti sociali. Politiche complesse

"Rise up with me against the organisation of misery". Pablo Neruda

Il 12 febbraio 2010 è stato presentato a Londra il rapporto sulle disuguaglianze di salute in Inghilterra: *Fair Society, Healthy Lives - The Marmot Review* (www.ucl.ac.uk/marmotreview) [1].

Nel novembre 2008 il Ministro della Salute aveva affidato a Sir Michael Marmot (che aveva coordinato negli anni precedenti la Commissione WHO sui determinanti della salute) di effettuare una revisione indipendente dei risultati della Commissione volta a individuare strategie di applicazione dei risultati per ridurre le disuguaglianze di salute in Inghilterra [2].

Diamo qui ampi riferimenti del documento.

Introduzione

Le disuguaglianze nella salute crescono a causa delle disuguaglianze nella società, delle condizioni in cui la popolazione nasce, cresce, vive, lavora e invecchia.

Così stretto è il rapporto tra particolari condizioni sociali ed economiche della società e la distribuzione della salute nella popolazione, che la grandezza delle disuguaglianze è un buon marker dei progressi che si realizzano verso la creazione di una società più giusta. Realizzare azioni per ridurre le disuguaglianze nella salute non richiede un'agenda separata della salute, ma azioni trasversali all'interno dell'intera società.

La Commissione WHO sui determinanti sociali della salute che, nel corso dei suoi lavori, ha avuto un forte impulso dall'aver avuto commissionata dal Dipartimento della Salute del governo inglese questa *Review*, ha monitorato lo scenario mondiale e ha concluso che l'ingiustizia sociale è un "assassino su grande scala".

In Inghilterra la popolazione che vive nei quartieri più poveri, in media, muore sette anni prima della popolazione che vive nei quartieri più ricchi. Ancor più grave è che la media della differenza delle due popolazioni nell'aspettativa di

vita libera da disabilità è di 17 anni [3]. Queste differenze hanno un gradiente (gradiente sociale) che cammina parallelo tra condizione sociale e condizioni di salute, non solo quindi tra la posizione sociale più bassa e la peggiore condizione di salute.

Queste gravi disuguaglianze nella salute non si verificano per caso, e non possono essere attribuite semplicemente al corredo genetico, al comportamento non salutare o a difficoltà nell'accesso alle cure mediche, per quanto importanti questi fattori possano essere. Le differenze sociali ed economiche nello stato di salute riflettono e sono causate dalle disuguaglianze sociali ed economiche nella società.

Il punto di partenza di questa *Review* è che le disuguaglianze nella salute che sono prevenibili in modo ragionevole sono ingiuste.

Un'azione per contrastare il gradiente sociale nella salute

Per ridurre la gravità del gradiente sociale nella salute le azioni devono essere universali ma con una scala e un'intensità che sono proporzionali al livello di svantaggio. Noi chiamiamo questo universalismo proporzionale. Un'azione di maggiore intensità è necessaria per coloro che hanno un maggiore svantaggio economico e sociale, ma focalizzare solo sui più svantaggiati potrebbe non ridurre il gradiente nella salute bensì solo contrastare una piccola parte del problema.

La Commissione sui determinanti sociali della salute ha concluso che le disuguaglianze della salute crescono a causa delle disuguaglianze nelle condizioni della vita quotidiana, e gli elementi che portano a questo aumento sono: le non equità nel potere, lavoro e risorse [2].

Le disuguaglianze sociali ed economiche sono la base dei determinanti della salute. Questi fattori comprendono: circostanze materiali, ambiente sociale, fatto-

Per corrispondenza:

Giuseppe Cirillo

e-mail: dirg.cirillo@aslna1.napoli.it

salute pubblica

ri psicosociali, comportamenti e fattori biologici. Tali fattori sono inoltre influenzati dalla posizione sociale, che a sua volta è determinata dall'educazione, occupazione, reddito, genere, gruppo etnico e razza. Tutti questi fattori influenzanti sono poi influenzati dal contesto socio-politico e culturale in cui sono situati [4].

Quando noi riflettiamo su questi determinanti sociali della salute, non c'è alcun mistero del perché le disuguaglianze nella salute persistano.

Disuguaglianze nella salute che persistono in ambiti chiave ne danno un'ampia spiegazione: le disuguaglianze nella prima infanzia nello sviluppo e nell'educazione, le condizioni di impiego e di lavoro, le condizioni della casa e del quartiere, gli standard di vita e più in generale la libertà di partecipare alle pari opportunità della società.

Un messaggio centrale di questa *Review* tuttavia è che le azioni necessarie per tutti questi determinanti sociali della salute necessitano del coinvolgimento sia del governo centrale che di quello locale, dei dipartimenti, del terzo settore, del settore privato. Le azioni portate avanti solo dal dipartimento della salute e dal servizio sanitario da soli non riducono le disuguaglianze nella salute.

Ridurre le disuguaglianze nella salute è vitale per l'economia

I benefici della riduzione delle disuguaglianze della salute sono sia economici che sociali. Il costo delle disuguaglianze nella salute può essere misurato in termini di esseri umani, anni di vita persi e anni di vita attiva persi, e in termini economici dal costo delle malattie in eccesso. Si stima che in Inghilterra le disuguaglianze nelle malattie determinino perdite della produttività di 31-33 miliardi di sterline per anno, perdita di tasse e costi più alti del welfare in un range tra 20 e 32 miliardi di sterline per anno, un costo addizionale per il servizio sanitario associato con le disuguaglianze di 5,5 miliardi di sterline per anno. Questo report viene pubblicato in un momento difficile dell'economia. Noi pensiamo che invece questa crisi possa essere un'opportunità: è il tempo di cominciare a pensare in maniera differente.

Dalla crescita economica al ben-essere della società

È tempo di abbandonare l'idea che la crescita economica sia la sola misura del successo sociale. Non una nuova idea ma una nuova enfasi è stata data dalla recente commissione sulle misure della performance economica e del progresso sociale, insediata dal presidente Sarkozy e presieduta da Joseph Stiglitz, con Amartya Sen e Jean-Paul Fitoussi. Il ben-essere dovrebbe essere un obiettivo sociale più importante rispetto alla crescita economica. Tra le misure del ben-essere i livelli di disuguaglianze nella salute dovrebbero essere prioritari.

La sostenibilità ambientale, anche, dovrebbe essere un obiettivo sociale più importante che la semplice maggiore crescita economica. La creazione di un futuro sostenibile è interamente compatibile con l'azione di ridurre le disuguaglianze nella salute: comunità sostenibili a livello locale, politiche dei trasporti, produzione sostenibile di cibo, case eco-compatibili, potrebbero apportare benefici di salute nella società. Noi pensiamo che le misure che sono utili a ridurre i cambiamenti climatici riducano anche le disuguaglianze nella salute. La crescita economica senza riduzione delle disuguaglianze relative potrebbe non ridurre le disuguaglianze nella salute.

Sei obiettivi politici per ridurre le disuguaglianze nella salute

Una struttura per l'azione

Le nostre raccomandazioni sono che i sei obiettivi politici che seguono debbano essere sostenuti da due meccanismi politici:

- considerare l'eguaglianza e l'equità nella salute in tutte le politiche e non solo nel settore sanitario,
- prevedere interventi efficaci ed evidence-based e sistemi di offerta adeguati.

Azioni durante il corso della vita

Centrale è la prospettiva del corso della vita. Lo svantaggio comincia prima della nascita e si accumula per tutta la vita. Le azioni per ridurre le disuguaglianze nella salute devono cominciare prima della nascita e devono seguire tutta la vita di un bambino. Solo questo può interrompere il legame tra svantaggio precoce e scarsi risultati nella vita. Questa è la

nostra ambizione per i bambini nati nel 2010. Per questa ragione, dare a ogni bambino la migliore partenza nella vita è la nostra raccomandazione prioritaria.

OBIETTIVO POLITICO A

Dare a ogni bambino la migliore partenza di vita.

Disuguaglianze nello sviluppo precoce del bambino

Dare a ogni bambino il migliore inizio nella vita è cruciale per ridurre le disuguaglianze nella salute lungo il corso della vita.

Le fondamenta per ogni aspetto dello sviluppo umano – fisico, intellettuale, emotivo – sono costruite precocemente nell'infanzia. Quello che accade in questi primi anni ha conseguenze a lungo termine su molti aspetti della salute e del ben-essere, dall'obesità, dalle malattie cardiache e mentali alle acquisizioni dell'istruzione e dello stato economico. Per avere un impatto sulle disuguaglianze nella salute dobbiamo correggere il gradiente sociale nell'accesso dei bambini a esperienze precoci positive. Gli interventi successivi, sebbene importanti, sono da considerare meno efficaci per la costruzione di buone fondamenta. Per esempio i bambini che hanno bassi score cognitivi a 22 mesi, ma che crescono in famiglie in condizioni sociali buone, migliorano i loro score relativi all'età di 10 anni.

La posizione relativa di bambini con alti score a 22 mesi, ma che vivono in famiglie di basso livello sociale, peggiorano all'età di 10 anni.

Che cosa fare per ridurre le disuguaglianze nello sviluppo precoce del bambino

I programmi di aiuto e sostegno precoci come Sure Start sono vitali e devono essere sostenuti per un lungo tempo. Maggiori priorità devono anche essere date per assicurare fondi precocemente nel ciclo di sviluppo (per esempio fino a 5 anni) e che di più sia investito per gli interventi che hanno dato prova di efficacia, incrementando la proporzione di investimenti allocati in questa area. Questo investimento dovrebbe essere focalizzato proporzionalmente al gradiente sociale per assicurare un efficace

sostegno ai genitori (cominciando in gravidanza e continuando durante la transizione del bambino nella scuola primaria), includendo educazione precoce di qualità e cure sanitarie al bambino.

Obiettivi prioritari

1. Ridurre le disuguaglianze nel precoce sviluppo della salute fisica e affettiva, cognitiva, linguistica, e delle abilità sociali.
2. Assicurare un'alta qualità di servizi per le madri, programmi di sostegno genitoriale, cure sanitarie ai bambini ed educazione nei primi anni, andando incontro ai bisogni entro il gradiente sociale.
3. Costruire la resilienza e il benessere dei bambini piccoli attraverso il gradiente sociale.

Raccomandazioni politiche

1. Aumentare la promozione di tutte le risorse allocate nei primi anni e assicurare fondi nei primi anni dello sviluppo, tenendo conto del gradiente sociale.
2. Supportare le famiglie a raggiungere un progressivo miglioramento nello sviluppo precoce del bambino:
 - dando priorità agli interventi pre e post-natali che riducono gli outcome negativi della gravidanza e dell'infanzia;
 - provvedendo permanentemente a licenze pagate per le cure parentali nel primo anno di vita, con un reddito minimo per vivere in modo salutare;
 - fornendo un sostegno routinario alle famiglie attraverso programmi di sostegno genitoriale, centri per l'infanzia e operatori chiave, per rispondere ai bisogni sociali che vengono espressi dalle famiglie;
 - sviluppando programmi per il passaggio alla scuola.
3. Fornire un'educazione di buona qualità nei primi anni di vita e nelle cure sanitarie proporzionalmente al gradiente. Questa offerta dovrebbe essere:
 - legata ai risultati per incrementare il recupero dei bambini che provengono da famiglie disagiate;

- fornita sulla base di modelli valutati e che abbiano standard di qualità.

OBBIETTIVO POLITICO B

Rendere capaci tutti i bambini, i giovani e gli adulti, di massimizzare la loro capacità e di avere il controllo sulle proprie vite.

Disuguaglianze nell'educazione e abilità

Le disuguaglianze nei risultati educativi hanno conseguenze sulla salute fisica e mentale, così come sul reddito, sul lavoro e sulla qualità della vita. Il grado di relazione tra la posizione socio-economica e il risultato nell'educazione ha significative implicazioni per l'impiego futuro, reddito, standard di vita, comportamenti, salute fisica e mentale.

Per ottenere equità nella partenza, l'investimento nei primi anni è cruciale. Tuttavia, per mantenere la riduzione delle disuguaglianze attraverso il gradiente richiede un notevole impegno anche per i bambini e i giovani per tutti gli anni della loro educazione.

Che cosa fare per ridurre le disuguaglianze nell'educazione e nelle abilità

Le disuguaglianze nei risultati educativi sono persistenti e simili a quelle nella salute e sono soggette allo stesso gradiente sociale. Tuttavia, a dispetto di molte decenni di politiche finalizzate a rendere eque le opportunità educative, rimane un consistente gap. Come nelle disuguaglianze nella salute, la riduzione delle disuguaglianze nell'educazione coinvolge fortemente l'interazione tra i determinanti sociali quali l'ambiente familiare, il quartiere e le relazioni tra i pari, le caratteristiche delle scuole e i risultati dell'educazione. Infatti, le evidenze sui fattori più importanti che influenzano i risultati educativi suggeriscono che è la famiglia, piuttosto che la scuola, ad avere la maggiore importanza. È necessario stringere legami tra le scuole, la famiglia e la comunità locale.

Investire precocemente nei primi anni in questo modo migliora lo sviluppo precoce cognitivo e non cognitivo e la disponibilità dei bambini verso la scuola, e questo è vitale per i successivi risultati educativi.

Per i ragazzi che lasciano la scuola a 16 anni è molto importante un ulteriore supporto nelle forme di sviluppo di abilità per il lavoro e la formazione, il mantenimento di relazioni, la prevenzione dell'abuso di sostanze, continuare l'educazione, l'essere genitore. Questo training e supporto dovrebbero essere sviluppati e localizzati in ogni comunità ed essere indirizzati specialmente a questo gruppo di età.

Obiettivi prioritari

1. Ridurre il gradiente sociale nelle abilità e qualificazioni.
2. Assicurare che le scuole, le famiglie e le comunità, lavorando insieme, riducano il gradiente nella salute, nel benessere e nella resilienza dei bambini e giovani.
3. Aumentare l'accesso e l'uso di un apprendimento di qualità nel corso della vita, tenendo conto del gradiente sociale.

Raccomandazioni politiche

1. Assicurare che la riduzione delle disuguaglianze sociali nei risultati educativi dei bambini sia riconosciuta come una priorità.
2. Rendere prioritaria la riduzione delle disuguaglianze sociali nelle abilità della vita:
 - estendendo il ruolo delle scuole nel supportare le famiglie e le comunità e implementando un approccio educativo centrato sul bambino nel suo complesso;
 - implementando consistentemente il tempo pieno;
 - sviluppando un lavoro basato sulla scuola e scuola-casa per accrescere le abilità nel lavoro e influenzare lo sviluppo sociale ed emozionale e il ben-essere fisico e mentale.
3. Incrementare l'accesso alle opportunità di apprendimento di qualità per tutta la vita, tenendo conto del gradiente sociale, attraverso:
 - un facile e accessibile supporto per i giovani da 16 a 25 anni nelle abilità, formazione e opportunità lavorative;
 - un apprendimento sul lavoro comprendente apprendistato per giovani e per quelli che cambiano lavoro;

- la disponibilità di apprendimento non professionale durante tutta la vita.

OBIETTIVO POLITICO C

Creare un giusto impiego e un buon lavoro per tutti.

Diseguaglianze nel lavoro e nell'impiego

Avere un buon impiego è un fattore protettivo per la salute. Al contrario, la disoccupazione contribuisce a una cattiva salute. Facilitare l'accesso della popolazione al lavoro è critico per ridurre le diseguaglianze nella salute. Tuttavia i lavori devono essere sostenibili e offrire un minimo livello di qualità, che comprende non solo un decente livello di vita, ma anche l'opportunità di miglioramento all'interno del lavoro, la flessibilità che consenta ai lavoratori di equilibrare il lavoro e la vita familiare, e la protezione da condizioni pericolose di lavoro che possono danneggiare la salute.

I pattern di impiego riflettono e rinforzano il gradiente sociale e determinano serie diseguaglianze nelle opportunità di accesso al mercato del lavoro. I tassi di disoccupazione sono più alti tra chi non ha o ha poche qualificazioni e abilità, nella popolazione con disabilità e disturbi mentali, in chi ha responsabilità di cure, nei genitori soli, in coloro che appartengono a gruppi etnici minoritari, nei lavoratori anziani e infine e in particolare nei giovani.

Il lavoro precario e la scarsa qualità dell'impiego sono associati ad aumento del rischio di cattiva salute fisica e mentale.

Obiettivi prioritari

1. Accrescere l'accesso a un buon lavoro e ridurre la disoccupazione di lungo periodo indipendentemente dal gradiente sociale.
2. Facilitare l'ingresso e la loro permanenza nel mercato del lavoro dei soggetti svantaggiati.
3. Migliorare la qualità del lavoro superando il gradiente sociale.

Raccomandazioni politiche

1. Rendere prioritari programmi di ingresso nel mercato del lavoro, ottenendo interventi tempestivi per ridurre la disoccupazione di lungo periodo.

2. Incoraggiare, incentivare e, quando appropriato, rinforzare l'implementazione di misure per migliorare la qualità del lavoro superando il gradiente sociale:

- assicurando che il settore di lavoro pubblico e privato aderisca a protocolli e a una legislazione equa;
- implementando linee guida per controllare lo stress e l'effettiva promozione del benessere fisico e psichico sul lavoro.

3. Sviluppare una maggiore sicurezza e flessibilità nell'impiego:

- rendendo prioritaria una maggiore flessibilità nel ritiro dal lavoro;
- incoraggiando e incentivando i datori di lavoro a creare e adattare i lavori per i genitori soli, per le persone con compiti di cura e la popolazione con problemi di salute fisica e mentale.

OBIETTIVO POLITICO D

Assicurare uno standard di vita sano per tutti.

Diseguaglianze nel reddito

Avere un reddito insufficiente per condurre una vita sana è una causa altamente significativa di diseguaglianze nella salute. Come una società diventa più ricca, crescono anche il livello di reddito e le risorse che sono considerate adeguate. Il calcolo del Reddito Minimo per una Vita Sana (*Minimum Income for Healthy Living - MIHL*) comprende il livello di reddito necessario per una nutrizione adeguata, attività fisica, abitazione, relazioni sociali, trasporti, cure sanitarie e igiene. In Inghilterra la proporzione di popolazione che vive in povertà è ancora alta, in media con l'Europa, ma più alta che in Francia, Germania, Olanda e Paesi nordici.

La popolazione con basso reddito spende una larga percentuale dei propri soldi per beni che attraggono tasse indirette, cioè i benefici di tasse dirette più basse sono compensate e cancellate dagli effetti della tassazione indiretta.

Che cosa fare per ridurre le diseguaglianze nel reddito

È imperativo che il sistema di benefici di sostegno al reddito non agisca come disincentivo al lavoro.

L'attuale sistema delle tasse correnti e del sostegno al reddito ha necessità di legarsi fortemente a incentivi al lavoro per la popolazione con basso reddito, incrementando la semplicità e la certezza di accesso per le famiglie per questi incentivi.

Obiettivi prioritari

1. Stabilire un reddito minimo per una vita sana per la popolazione di tutte le età.
2. Ridurre il gradiente sociale dello standard di vita attraverso la tassazione progressiva e altre politiche sociali.
3. Ridurre la popolazione che si muove sul crinale sottile tra sostegni e lavoro.

Raccomandazioni politiche

1. Sviluppare e implementare gli standard per un reddito minimo per una vita sana.
2. Rimuovere la precarietà per coloro che si muovono dentro e fuori dal lavoro e migliorare la flessibilità di impiego.
3. Rivedere e implementare un sistema di tassazione, sostegno, pensioni e crediti di tassazione, per fornire un reddito minimo per standard di vita sani e percorsi di miglioramento.

OBIETTIVO POLITICO E

Creare e sviluppare territori sani e sostenibili e comunità.

Diseguaglianze nei quartieri e nelle comunità

Le comunità sono importanti per la salute fisica e mentale e il benessere. Le caratteristiche fisiche e sociali delle comunità e il grado con cui rendono possibili e promuovono comportamenti sani portano un contributo importante alle diseguaglianze sociali nella salute. Infatti c'è un chiaro gradiente sociale nelle caratteristiche sane della comunità.

Che cosa fare per ridurre le diseguaglianze nelle comunità

Il capitale sociale descrive i legami tra gli individui: legami che legano e connettono la popolazione entro e tra le comunità. Fornisce una fonte di resilienza, un contrasto contro i rischi della scarsa salute, attraverso il supporto sociale

che è critico per il benessere fisico e psichico e attraverso la rete che aiuta la popolazione a trovare lavoro o a superare difficoltà economiche o altre difficoltà materiali. L'entità della partecipazione della popolazione alla comunità e l'aumento delle sue possibilità di controllo sulle modalità di vita contribuiscono a determinare il benessere fisico e psichico. Costruire abitazioni in modo sano e in modo sostenibile coinvolge le comunità nella scelta di investire in modo differente.

Molto di quello che raccomandiamo per ridurre le disuguaglianze nella salute – lo spostamento attivo (camminare o andare in bicicletta), il trasporto pubblico, le case efficienti da un punto di vista energetico, la disponibilità di spazi verdi, il mangiare sano, la riduzione della produzione di CO₂ – può anche dare benefici all'agenda della sostenibilità.

Obiettivi prioritari

1. Sviluppare politiche comuni per ridurre la scala e l'impatto del cambiamento climatico e delle disuguaglianze nella salute.
2. Migliorare il capitale comunitario e ridurre l'isolamento sociale attraverso il gradiente sociale.

Raccomandazioni politiche

1. Rendere prioritarie politiche e interventi che riducono sia le disuguaglianze nella salute che il cambiamento climatico, attraverso:
 - il miglioramento del trasporto attivo attraverso il gradiente sociale;
 - il miglioramento della disponibilità di una buona qualità degli spazi aperti e di quelli verdi, indipendentemente dal gradiente sociale;
 - il miglioramento dell'alimentazione nei territori, indipendentemente dal gradiente sociale;
 - il miglioramento dell'efficienza energetica delle case, indipendentemente dal gradiente sociale.
2. Integrare fortemente la pianificazione, il trasporto, le case, il sistema ambientale e della salute, per indirizzare i determinanti sociali della salute in ciascun territorio.
3. Supportare lo sviluppo locale e i programmi evidence-based di rigenerazione della comunità:

- rimuovendo le barriere alla partecipazione e all'azione comunitaria;
- riducendo l'isolamento sociale.

OBBIETTIVO POLITICO F

Rafforzare il ruolo e l'impatto della prevenzione delle malattie.

Malattie e gradiente sociale

Molti dei comportamenti di vita significativi per lo sviluppo di malattie croniche seguono un gradiente sociale: il fumo, l'obesità, la mancanza di attività fisica, una nutrizione non sana.

L'importanza di investire nei primi anni di vita è basilare per la prevenzione delle malattie che si potranno verificare più tardi nella vita, così come rappresentano un investimento l'educazione scolastica alla salute e le forme tradizionali di prevenzione, come i programmi per la prevenzione dell'uso delle sigarette e delle droghe. L'accumulo di esperienze che un bambino riceve cambia i risultati e le scelte che farà quando diventerà adulto. La prevenzione delle malattie è tradizionalmente sotto la responsabilità del Servizio Sanitario, ma la prevenzione va collocata nel contesto dei determinanti sociali della salute, per cui tutte le nostre raccomandazioni coinvolgono molte responsabilità. Al momento solo il 4% dei fondi del Servizio Sanitario è speso per la prevenzione. Però l'evidenza mostra che le partnership agiscono tra le cure primarie, le autorità locali e il terzo settore, per realizzare interventi preventivi focalizzati e universali.

Obiettivi prioritari

1. Rendere prioritarie la prevenzione e la precoce rilevazione di quelle condizioni più strettamente collegate alle disuguaglianze nella salute.
2. Incrementare la disponibilità di risorse, sostenibili a lungo termine, nella prevenzione delle malattie, indipendentemente dal gradiente sociale.

Raccomandazioni politiche

1. Rendere prioritarie le politiche di prevenzione delle malattie e di promozione della salute trasversalmente ai ministeri per ridurre il gradiente sociale.
2. Implementare un programma di prevenzione evidence-based che sia efficace attraverso il gradiente sociale:

- aumentando e migliorando la scala e la qualità dei trattamenti farmacologici;
 - focalizzando gli interventi di salute pubblica come i programmi di cessazione del fumo e riduzione del consumo di alcol;
 - migliorando i programmi indirizzati alle cause dell'obesità.
3. Focalizzare gli sforzi del Dipartimento della Salute pubblica sugli interventi relativi ai determinanti sociali della salute attraverso il gradiente sociale.

Messaggi chiave

1. Ridurre le disuguaglianze nella salute è il modo più efficace di accrescere la giustizia sociale. In Inghilterra il numero di cittadini che muoiono prematuramente ogni anno, come risultato delle disuguaglianze nella salute, assomma a un totale di 1,3-2,5 milioni extra di anni di vita perduti.
2. Esiste un gradiente sociale nella salute – i cittadini nella posizione sociale più bassa hanno la salute peggiore. L'azione dovrebbe essere quindi focalizzata a ridurre il gradiente di salute.
3. Le disuguaglianze nella salute risultano da disuguaglianze sociali. Agire sulle disuguaglianze nella salute richiede azioni trasversali tra tutti i determinanti sociali della salute.
4. Focalizzando le azioni solamente sui più svantaggiati potrebbe non ridurre sufficientemente le disuguaglianze nella salute. Per ridurre il gradiente sociale nella salute, le azioni devono essere universali, ma con una scala e un'intensità che sono proporzionali al livello di svantaggio. Noi chiamiamo questo *universalismo proporzionale*.
5. Le azioni realizzate per ridurre le disuguaglianze nella salute possono portare beneficio a tutta la società in molti modi. Esse possono avere un effetto economico positivo, riducendo le perdite di produttività da malattie associate con le disuguaglianze nella salute, i costi per il welfare, i costi per il trattamento.
6. La crescita economica non può essere considerata la più importante misura del nostro successo come Paese. La giusta distribuzione della salute, il benessere e la sostenibilità sono importanti risultati sociali. Il contrasto

NO COMMENT

E ora chi rinforzerà i denti dei bambini?

La EFSA, Autorità Europea per la Sicurezza degli Alimenti ha bocciato centottanta slogan riferiti ai prodotti probiotici che non sono stati riconosciuti validi per l'aspetto scientifico. Bocciato anche il famoso "Calcio + Vitamina D aiutano a rinforzare i denti". (Altroconsumo 2009;12:6)

COMMENT

Presto signori!

Cari Colleghi,
ecco il primo annuncio del XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia: "Dall'epigenetica alle basi di neurobiologia sperimentale e clinica" che avrà luogo a Cagliari dal 22 al 25 Settembre 2010.

Poiché le ditte farmaceutiche coinvolte si stanno attivando per preparare le liste dei loro invitati, vi suggerisco di contattare al più presto i referenti di vostra conoscenza al fine di farvi includere nei suddetti elenchi.

Il presidente della SINPF

Abbiamo ricevuto il messaggio riportato sopra che volentieri diffondiamo



alle disuguaglianze sociali nella salute e quello ai cambiamenti climatici dovrebbero andare insieme.

7. Ridurre le disuguaglianze sociali richiede azioni su sei obiettivi politici:
 - permettere a ogni bambino la migliore partenza di vita;
 - rendere abili tutti i bambini, giovani e adulti, a massimizzare la loro capacità e il controllo sulle loro vite;
 - creare un giusto impiego e un buon lavoro per tutti;
 - assicurare uno standard salutare di vita per tutti;
 - creare uno sviluppo sano e sostenibile di luoghi e comunità;
 - rafforzare il ruolo della prevenzione delle malattie.
8. Realizzare questi obiettivi politici potrà richiedere azioni dal governo centrale e locale, dal SSN, dal terzo settore, dal settore privato e dalle associazioni locali. Le politiche nazionali non dovrebbero lavorare in assenza di sistemi locali operativi che a loro volta non focalizzano le loro attività sulle equità nella salute in tutte le politiche.
9. L'effettiva realizzazione locale richiede l'effettiva partecipazione alle decisioni a livello locale. Questo può solo provenire dall'empowerment degli individui e comunità locali.

Conclusioni

Il messaggio che emerge dal rapporto è molto chiaro ed esplicitato nella presentazione a firma del curatore: "... noi abbiamo una posizione ideologica: le disuguaglianze di salute che possono essere evitate adottando provvedimenti

ragionevoli sono ingiuste. Eliminarle è sostanzialmente un problema di giustizia sociale".

Le azioni da intraprendere per ridurre le disuguaglianze di salute non possono far parte di un'"agenda sanitaria" ma devono essere trasversali a tutta la società.

Anche in Italia persistono disuguaglianze sociali nella salute nell'infanzia e nell'adolescenza, con una forte connotazione regionale. È auspicabile che i lavori della Commissione WHO siano applicati anche alla realtà italiana in una strategia complessiva che preveda il monitoraggio dei determinanti e delle disuguaglianze ed azioni trasversali tra le politiche sociali, sanitarie, educative, ambientali, urbanistiche, per il benessere e la promozione della salute dell'infanzia, dell'adolescenza e delle famiglie.

La legge 285/97 è stata di fatto la legge in Italia più avanzata da questo punto di vista e potrebbe rappresentare nel prossimo futuro la base legislativa su cui costruire una politica complessiva e innovativa per l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie. Tale base legislativa dovrebbe avere tra i suoi massimi obiettivi la riduzione delle disuguaglianze nella salute sulla base anche dei risultati della Commissione WHO. ♦

Bibliografia

- [1] Fair Society, Healthy Lives - The Marmot Review, Published by The Marmot Review, February 2010 (www.ucl.ac.uk/marmotreview).
- [2] Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- [3] Office for National Statistics. Health expectancy at birth (2009).
- [4] Acheson D. Inequality in health: report of an independent inquiry. London: HMSO, 2008.

Il problema dei "late preterm" visto dall'ostetrico

Fabio Facchinetti

Dipartimento Materno-Infantile, Università di Modena e Reggio Emilia

La nascita pretermine, problema di sanità pubblica

Continuiamo la pubblicazione di contributi sul tema della nascita pretermine, iniziata nel numero scorso (Quaderni acp 2010;17:64) con un articolo di Carlo Bellieni, neonatologo di Siena. Come seconda voce non potevamo non sentire quella di un ostetrico, e per questo abbiamo chiesto a Fabio Facchinetti qualche riflessione riguardante in particolare i "late preterm", cioè quei neonati che nascono non tanto prima di 37 settimane compiute di gravidanza. Fabio Facchinetti è professore di Medicina dell'Età Prenatale presso l'Università di Modena e Reggio Emilia ed è responsabile del Centro Nascita e dell'UO di Ostetricia-Ginecologia del Dipartimento Materno-Infantile dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Modena. Fra i temi ostetrici di cui si occupa, e che sono stati oggetto di numerosissime pubblicazioni scientifiche indicizzate, spiccano in modo particolare l'ipertensione in gravidanza, il parto pretermine e la morte endouterina del feto. L'Autore partecipa all'attività di società scientifiche e fa anche parte del comitato editoriale di numerose riviste.

(Carlo Corchia)

Parole chiave Pretermine. Late preterm. Insufficienza placentare

Non vi sono dubbi sulla considerazione epidemiologica e sociale che la nascita di un bambino prima del termine sia la più grave fra le diverse complicanze ostetriche del mondo occidentale: in Europa questo riguarda circa il 6% dei nati, mentre oltreoceano la frequenza raddoppia sia per motivi organizzativi e sociali che per caratteristiche legate alla popolazione.

Nei convegni scientifici non è raro ascoltare che tale situazione è immutata da alcuni decenni, e ciò viene ascritto al fatto che le nostre conoscenze eziopatogenetiche sono tutt'ora molto limitate. Se questo purtroppo è vero, non altrettanto si può dire della stabilità del fenomeno: la popolazione esposta infatti è molto aumentata in quanto oggi si assistono neonati fin dalla 23^a settimana di gestazione, atteggiamento davvero inusuale fino a 20 anni or sono. Tale diversità di approccio è stata dapprima stimolata dagli enormi progressi di assistenza neonatale (disponibilità del surfattante sintetico, ad esempio) e successivamente ha trovato nuova linfa nello sviluppo della medicina fetale, il cui impatto è per ora limitato più alla diagnostica (sviluppo delle indagini doppler flussimetriche, ad esempio) che alla interventistica.

In termini di esposizione, però, occorre rilevare come i dati epidemiologici oggi indichino un incremento dei cosiddetti "late preterm", cioè dei nati fra le 34 e le

36 settimane di gestazione. Dal registro nascite dell'Emilia-Romagna si evince che nel 2008 sono nati 2382 late preterm, cioè il 5,8% del totale, un dato incrementale negli anni analogamente a quanto avviene nel resto del mondo. Interpretare questo dato è difficile, ma si possono fare alcune considerazioni, analizzando i fattori che possono contribuire a questo fenomeno:

1. Per la stragrande maggioranza delle patologie materne non esiste trattamento medico efficace, e questo è vero per la pre-eclampsia, la colestasi, la sindrome HELLP, per citare le più ricorrenti: pertanto la vera risoluzione della patologia è rappresentata dal parto;
2. Analogamente si può concludere per le insufficienze placentari che inducono la restrizione della crescita fetale: il rischio di mortalità endouterina in tali casi è estremamente elevato. Una volta fatta diagnosi di restrizione della crescita, se questa è legata a una ipoperfusione placentare (molto comune nel terzo trimestre), la sorveglianza prenatale si attua con la valutazione dei flussi dell'arteria ombelicale e dell'arteria cerebrale media, oltre che con la cardiocografia. Questi esami ci danno un'idea dell'evoluzione, ma sono lunghi da poter fare una predizione accurata. La condotta di attesa quindi, rispetto alla induzione della nascita, è gravata da notevoli rischi. Altrettanto si può concludere per le anomalie di impianto placentare;

3. In campo ostetrico si è verificato un significativo miglioramento nella gestione del parto. Da un lato le tecniche anestesologiche e quelle chirurgiche hanno reso l'intervento di taglio cesareo gravato da una minore morbilità, ma anche da una più rapida ripresa funzionale materna. D'altro canto, la disponibilità delle prostaglandine topiche e di altre metodiche efficaci nella induzione della maturazione cervicale ha reso l'induzione del travaglio un evento possibile, con buone probabilità di successo;
4. Infine occorre ricordare che è radicalmente mutata la demografia della riproduzione, con oltre un quarto delle partorienti che ha una età >35 anni e un significativo numero di gravidanze che insorgono grazie a tecniche di fecondazione assistita che, come è noto, presentano maggiori complicanze (non solo legate alla gemellarità).

Se però la sorveglianza prenatale è migliorata in quanto a capacità diagnostiche e diffusione nel territorio, non altrettanto si può concludere sulle sue capacità predittive: spesso vengono misurati (biometria fetale, indice amniotico, ad esempio) o identificati parametri alterati (inserzione placentare, ad esempio) che vengono messi in relazione a complicanze: l'attendibilità/riproducibilità del dato però è operatore-dipendente e soprattutto il suo impatto nel determinare il rischio è scarsamente quantificabile.

Per corrispondenza:
Fabio Facchinetti
e-mail: facchi@unimo.it

forum

Inoltre succede sempre più spesso di effettuare esami/indagini che non rispondono a un'indicazione clinica o a uno screening, ma sono richiesti dalla gestante/offerti dal curante come "più elevato livello di sorveglianza" (ad esempio >3 ecografie, valutazioni ematologiche/infettive non previste dai protocolli di sorveglianza ecc.): i risultati anomali a questo punto diventano fonte di ansia per entrambi e magari il parto viene visto come risoluzione del (falso) problema. Queste brevi considerazioni nascono dall'esperienza quotidiana e non possono in alcun modo rappresentare un punto di riferimento per qualsivoglia azione. Certamente i late preterm sono in aumento ed è doveroso chiedersi a cosa ciò possa corrispondere.

La sorveglianza prenatale ha sicuramente contribuito a tale incremento, ma ciò deve essere letto in chiave positiva se, rispetto anche al recente passato, il management attivo della gestazione ha diminuito gravi sequele materne (attacchi eclampatici, morti da difetti della coagulazione ecc.). D'altro canto, ci sono sicuramente stati effetti positivi sull'outcome neonatale se la mortalità perinatale oggi è decisamente ridotta rispetto a 30 anni or sono: il miglioramento è stato indotto in maggior misura dalle cure neonatali, ma anche il contributo ostetrico non va dimenticato.

Resta ora da valutare se gli interventi che anticipano la nascita siano tutti appropriati, dal momento che non esistono Linee Guida consolidate sulla gestione delle più comuni patologie fetali, soprattutto in relazione ai disturbi funzionali della placenta. Solo una ricerca ad hoc ci darà la risposta e potrà essere la base per proporre eventuali soluzioni. ♦

Articoli di riferimento

Engle WA, Kominiarek MA. Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries. *Clin Perinatol* 2008;35:325-41.

European Perinatal Health Report 2008 (<http://www.europeristat.com>).

Holland MG, Refuerzo JS, Ramin SM, Saade GR, Blackwell SC. Late preterm birth: how often is it avoidable? *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:404.e1-4.

Reddy UM, Ko CW, Raju TN, Willinger M. Delivery indications at late-preterm gestations and infant mortality rates in the United States. *Pediatrics* 2009;124:234-40.

CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA" I VINCITORI

Diamo i risultati del concorso fotografico "Pasquale Causa" (Quaderni acp 2010;17:63) che si è svolto in occasione del convegno "Gli Argonauti 2010".

- | | | |
|-----------|-------------------|----------------------------------|
| 1° Premio | OCCHI | di Giuseppe Lucio Gaeta (in B/N) |
| 2° Premio | CINEMA ALL'APERTO | di Lina Di Maio (a colori) |
| 3° Premio | BAMBINA ETIOPE | di Giancarlo Lamberti (a colori) |



info: notizie

Licenziamenti di giornalisti

La società *Giornale del Medico* srl, ha comunicato alla redazione l'intenzione di procedere a un consistente taglio del personale giornalistico. La scelta è legata alla decisione di Elsevier srl – gruppo di cui fa parte il *Giornale del Medico* srl – di chiudere con la fine dell'anno i periodici *Giornale del Medico*, *Tempo Medico*, *Il Giornale del Farmacista* e *La Rivista del Medico Pratico*. La redazione sostiene che la chiusura delle testate è dettata più da strategie aziendali dirette al mero taglio dei costi che non da un effettivo stato di crisi; inoltre la riduzione degli organici si ripercuoterebbe negativamente sulla qualità degli altri prodotti giornalistici di cui Elsevier è editore (*Doctornews*, *Dica33*, *Farmacista33*). Elsevier, primo editore medico scientifico a livello mondiale, sostiene, viceversa, la necessità di implementare un piano di ristrutturazione per affrontare adeguatamente la crisi del settore della carta stampata. Tale piano non prevede solo una, pur necessaria, razionalizzazione dei costi (anche del personale), ma anche la messa a punto di nuove strategie di sviluppo e di crescita nell'ambito dell'editoria digitale, nonché l'attuazione di un processo di ottimizzazione delle risorse allocate su alcune testate locali cartacee. Tale piano si inserisce in un quadro complessivo di evoluzione dell'editoria che vede i principali gruppi internazionali e nazionali rimodellare le proprie strutture operative per affrontare le nuove sfide dell'informazione on line. Il piano, secondo l'Editore, ha come ulteriore obiettivo anche il miglioramento della qualità dell'offerta on line.

Allattamento: precisazioni del Ministero della Salute

Con riferimento alla frequente diffusione di notizie e articoli che hanno l'effetto di svalutare l'allattamento al seno, il Comitato multisettoriale per l'allattamento materno, con una nota ufficiale, ha inteso ribadire alcuni principi di carattere generale. I benefici relativi a questa pratica naturale sono conosciuti, studiati e supportati da evidenze molto solide. Tali benefici riconosciuti sono già numerosi

ma, molti altri probabilmente, rimangono inesplorati. L'allattamento al seno esclusivo non è tanto il "metodo ideale" bensì "la norma e il modello di riferimento rispetto al quale tutti i metodi alternativi di alimentazione devono essere misurati in termini di crescita, salute, sviluppo, e qualsiasi altro esito a breve o lungo termine" (UE).

Vale la pena di ricordare che l'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi assicura una crescita, uno sviluppo e una salute ottimali. Dopo questa età, l'allattamento al seno, con l'aggiunta di alimenti complementari appropriati, continua a contribuire alla crescita, allo sviluppo e alla salute del lattante e del bambino. Una particolare attenzione deve essere volta a considerare che notizie fuorvianti o interpretazioni non puntuali e/o parziali di articoli scientifici possono condizionare i comportamenti fino a provocare la cessazione precoce dell'allattamento al seno con possibili ripercussioni sociali, economiche e di salute per le donne, i bambini e la comunità. Per quanto sopra riportato, il Comitato intende prendere le distanze da ogni tentativo di delegittimare l'allattamento al seno e auspica una particolare attenzione da parte di tutti gli organi di informazione al fine di evitare di influenzare negativamente, sia con testi che con immagini, uno dei principali determinanti della salute umana.

Finisce il progetto SPES - Sorveglianza Pediatri Sentinella

Con lettera del 16.12.09 il Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute ha comunicato ai pediatri partecipanti al progetto SPES che, con la rilevazione di dicembre 2009, è terminata l'attività di segnalazione delle malattie prevenibili con vaccino. Grazie alla partecipazione dei pediatri durante 10 anni di raccolta dati è stato possibile – si legge nella nota – ottenere informazioni fondamentali sulle malattie in sorveglianza. I dati potranno ancora essere consultati sul sito web per tutto il 2010. Del coordinamento SPES facevano parte l'ACP, la FIMP e la SIP.

20° e 21° Ospedale Amico del Bambino

Gli ospedali di Recanati e di Civitanova Marche hanno raggiunto gli standard validi per il riconoscimento internazionale di "Ospedale Amico dei Bambini". Si aggiungono agli altri diciannove ospedali italiani già riconosciuti: Bassano del Grappa (VI), Ospedale di San Bonifacio/Soave (VR), Ospedale aziendale di Merano (BZ), Ospedali riuniti di Valdichiana/Montepulciano (SI), Casa di Cura La Madonnina di Bari, Ospedale aziendale di Bressanone (BZ), Ospedale di base di Vipiteno-Bressanone (BZ), Ospedale Santa Maria degli Angeli di Pordenone, Casa di Cura Santa Famiglia di Roma, Ospedale Belcolle di Viterbo, Ospedale Ss. Benvenuto e Rocco di Osimo (AN), Presidio Ospedaliero del Mugello-Borgo San Lorenzo (FI), Presidio Ospedaliero di San Vito al Tagliamento (PN), Presidio Ospedaliero di Pistoia USL3, Ospedali Riuniti dell'Altavaldelsa di Poggibonsi Ausl 7 (SI), Ospedale S. Maria Annunziata di Firenze, Presidio Ospedaliero di Lucca, Ospedale "Sacra Famiglia Fatebenefratelli" di Erba (CO) e l'Ospedale Beauregard dell'Azienda USL Valle d'Aosta.

Il dolore nel bambino

Il Ministero della Salute ha dedicato ampia attenzione al tema del trattamento del dolore nel bambino. È stato costituito un apposito gruppo pediatrico, coordinato da Franca Benini dell'Università di Padova e costituito da Egidio Barbi (Trieste), Michele Gangemi (Verona), Luca Manfredini (Genova), Andrea Meseri (Firenze) e Patrizia Papacci (Roma). È stato prodotto un manuale che verrà reso disponibile per tutti i pediatri per via telematica e, per una parte, in cartaceo. Tale manuale dovrà servire per la formazione rivolta sia ai pediatri ospedalieri che territoriali. La formazione partirà dalla Regione Veneto nel 2010 e coinvolgerà poi tutte le altre Regioni. Il gruppo pediatrico, oltre alla produzione del manuale, si occuperà anche della gestione della formazione. L'ACP fa parte delle Società Scientifiche coinvolte. Nel contempo, la legge sulla terapia del dolore

sulla salute

re nel bambino sta proseguendo il suo iter, che dovrebbe concludersi a breve, in Parlamento.

Rottamare o non rottamare

Primo atto: 2008. Legge 133: i direttori generali possono rottamare, ponendoli in pensione a loro discrezione, i medici dipendenti che hanno raggiunto i 40 anni contributivi, anche se non hanno raggiunto l'età pensionabile. **Secondo atto:** 2009. Legge 102: annullata la facoltà dei direttori. Torna la norma dell'età. **Terzo atto:** 2009. Legge-Delega per la riforma della Pubblica amministrazione: si reintroduce la rottamazione. **Quarto atto:** 2009. Testo unico Governo clinico: si esclude la rottamazione. **Quinto atto:** DDL sul lavoro: si reintroduce la rottamazione. *Continua...*

Congedi parentali

Interessanti i dati emersi da uno studio comparativo su dieci Paesi europei del Centro Dondena dell'Università Bocconi di Milano, dal titolo *Return to work after childbirth: does parental leave matter in Europe*. Un congedo parentale lungo e retribuito aumenta le possibilità delle madri di rientrare nel mondo del lavoro e migliora la salute del bambino. Ma la direttiva comunitaria approvata il 1° dicembre 2009, pur migliorando i trattamenti minimi, non prescrive l'obbligo di retribuzione né la condivisione dei congedi tra i genitori.

Un periodo di congedo retribuito che copra tutto il primo anno di vita del bambino aumenta la probabilità di una madre di tornare al lavoro. La normativa comunitaria fissa soltanto i termini minimi sia del congedo di maternità (quattordici settimane) sia di quello parentale facoltativo (tre mesi, che saranno elevati a quattro entro il prossimo biennio), lasciando alle legislazioni dei singoli Stati la possibilità di prolungare, in maniera retribuita o meno, il periodo di sospensione dal lavoro. La situazione varia quindi notevolmente da Paese a Paese, e proprio questa differenza consente di valutare gli effetti del congedo sulle probabilità e sulle condizioni del rientro al lavoro della madre. I dati messi a confronto

sono quelli di Italia, Grecia, Spagna, Portogallo, Francia, Belgio, Austria, Regno Unito, Danimarca e Finlandia. Come era logico aspettarsi, la percentuale di madri che tornano al lavoro immediatamente dopo la fine del congedo di maternità è più alta laddove questo è più breve e non retribuito, probabilmente per il bisogno di uno stipendio e per la paura di non trovare un'altra collocazione. In Italia, dove sono previsti sei mesi di congedo retribuito al 30 per cento, il 25 per cento delle donne rientra al lavoro dopo i primi quattro mesi di vita del bambino. In Austria, dove il congedo è interamente retribuito e dura 18 mesi, solo il 22 per cento delle donne torna al lavoro allo scadere del tempo minimo stabilito, mentre in Portogallo, dove è concesso un periodo di soli tre mesi non pagati, si sale al 60 per cento. Sono quindi la presenza e l'entità della retribuzione durante il congedo a orientare la scelta delle madri di utilizzarlo o meno. L'analisi mostra che anche l'istruzione delle madri è una variabile rilevante, che spinge a tornare prima al lavoro, perché l'assenza, per i livelli superiori di istruzione, presenta un costo relativo più alto, mentre il reddito familiare complessivo agisce in senso opposto, ovvero in famiglie più benestanti le madri rimangono a casa più a lungo.

Altre variabili significative sono la disponibilità di efficienti servizi di assistenza ai bambini e i fattori culturali come l'atteggiamento nei riguardi del lavoro femminile. Un periodo di almeno un anno dedicato principalmente alla cura del figlio ha conseguenze molto benefiche sulla salute e sul benessere dei bambini, in particolare riduce il tasso di mortalità dei neonati, aumenta le possibilità di allattamento al seno e quindi di un migliore sviluppo del sistema immunitario, favorisce lo sviluppo delle capacità cognitive e il futuro successo scolastico. Se si vuole migliorare la partecipazione femminile al mercato del lavoro e garantire un migliore sviluppo del bambino, occorre quindi rafforzare il regime di protezione del lavoro delle madri nel periodo di congedo parentale. Un dato comune a tutta Europa è lo scarso utilizzo del congedo da parte dei padri, che

pure ne hanno quasi ovunque diritto. Un'ultima indicazione al legislatore è perciò quella di trovare meccanismi incentivanti che li spingano a condividerlo con le madri, per fare in modo che le interruzioni di carriera non riguardino più solo le donne. Purtroppo la direttiva europea, che stabilisce l'aumento da tre a quattro mesi del periodo minimo di congedo parentale entro il 2011, non influisce sui Paesi come l'Italia che prevedono già una durata superiore, non interviene sui due punti essenziali messi in luce dallo studio e sostenuti invano anche dalla Commissione Europea durante la lunga trattativa con i governi e le parti sociali che ha preceduto il varo del provvedimento. La direttiva non prevede infatti un vincolo per la fruizione da parte dei padri, limitandosi a prescrivere che almeno un mese non sia trasferibile tra i due genitori, né alcun obbligo di retribuzione del congedo.

L'Agenzia Europea del Farmaco cambia nome e struttura

L'Agenzia Europea del Farmaco (EMEA) ha annunciato che cambierà nome e struttura. Si chiamerà EMA (Agenzia Europea dei Medicinali). Il comunicato stampa informa che "dalla sua fondazione (1995) a oggi, l'EMEA è stata riorganizzata una sola volta, questa è la seconda grande riorganizzazione dei servizi dell'Agenzia". È prevista la creazione di nuovi comitati scientifici e gruppi consultivi per "rafforzare il coordinamento e l'assistenza (supporto)". Inoltre "il Parlamento europeo e il Consiglio stanno vagliando proposte legislative che investiranno l'Agenzia di ulteriori responsabilità". È difficile capire quali ricadute concrete avranno questi cambiamenti. Nel comunicato stampa non si fa alcun cenno ai finanziamenti della nuova Agenzia, che attualmente provengono per il 70% dall'industria del farmaco. Ci auguriamo che, in fase di ristrutturazione, questo aspetto sia considerato prioritario e che i governi europei vogliano investire consistenti risorse pubbliche in attività tanto rilevanti per la salute dei cittadini. ♦

Il dolore nell'ambulatorio pediatrico

Valutazione e trattamento

Michele Gangemi

Pediatra di famiglia, Verona

Abstract

Pain evaluation and management in primary care paediatrics

This second paper is part of a series dedicated to pain evaluation and management in primary care paediatrics. Both non pharmacological and pharmacological therapies are considered. Primary care paediatricians need to evaluate different pain typologies and appropriate intervention modalities aimed at reducing unnecessary suffering for the child and his family.

Quaderni acp 2010; 17(3): 116-119

Key words Pain. Non pharmacologic treatment. Acetaminophen. Anti-inflammatory agents. Non-steroidal

Questo secondo articolo della serie dedicata al dolore nel bambino affronta la valutazione e il trattamento del dolore in ambulatorio. Sono illustrate le scale per la misurazione del dolore e si prendono in considerazione sia il trattamento non farmacologico attuabile in ambulatorio, sia la terapia farmacologica di primo livello. Il pediatra di famiglia si trova di fronte a varie tipologie di dolore che richiedono una valutazione e una risposta adeguate per evitare inutili sofferenze al bambino e alla sua famiglia.

Parole chiave Dolore. Trattamento non farmacologico. Paracetamolo. FANS

Premessa

A livello ambulatoriale l'incidenza di dolore è elevata e associata a situazioni cliniche diverse: patologie infettive e/o traumi (il 94% dei pazienti presenta anche dolore), patologie ricorrenti (cefalea e dolore addominale ricorrente interessano il 15-25% dei bambini in età scolare), patologie croniche (oncologiche, reumatologiche, metaboliche), test diagnostici e/o terapeutici.

Nonostante l'importanza e la frequenza del sintomo e la possibilità di fornire adeguata risposta, sono moltissime ancora le conferme che il dolore del bambino continua a essere oggetto di un'attenzione modesta [1].

Gli effetti potenziali di questo atteggiamento sono molteplici: peggioramento della prognosi per il piccolo paziente, limitazione della qualità della vita e per la famiglia con ampia ricaduta sociale, maggiore difficoltà a instaurare un rapporto di fiducia fra utenza e istituzione sanitaria, perdita nella professionalità degli operatori della salute e nel perseguimento di uno degli obiettivi importanti della cura.

In questo articolo vengono esaminate le metodologie di valutazione e di trattamento del dolore a livello ambulatoriale, rimandando l'aspetto procedurale e il dolore oncologico ad apposite trattazioni nei numeri successivi della rivista.

La valutazione

È importante che il pediatra acquisisca dimestichezza con l'utilizzo delle scale per la misurazione del dolore in base all'età del bambino.

La misurazione può essere effettuata tenendo conto della dimensione soggettiva, di quella comportamentale e di quella fisiologica. La dimensione soggettiva è considerata il "gold standard" irrinunciabile, a meno che limiti di età, fisici o intellettivi ne impediscano l'applicazione. Le dimensioni comportamentale e fisiologica si rivelano essenziali nelle situazioni in cui non si può ricorrere all'auto-valutazione del dolore.

Sono molti gli strumenti a disposizione, e nessuno valido in assoluto, per tutte le fasce di età.

La scelta infatti varia in rapporto a fattori diversi: oltre all'età, la fase di sviluppo

cognitivo, comportamentale e relazionale, la situazione clinica, farmacologica, emozionale e logistica, nonché culturale e sociale.

I metodi algometrici in uso per l'età pediatrica si possono raccogliere in 4 gruppi: metodi di autovalutazione ed eterovalutazione, metodi comportamentali e fisiologici.

► **Metodi di autovalutazione:** costituiscono il gold standard. Sono basati sulla descrizione che il bambino riesce a fornire del proprio dolore. I limiti sono posti dall'età del paziente e dalle sue capacità cognitive e comunicative. Si usano sopra i 4 anni di età. Gli strumenti a disposizione sono numerosi e aiutano il bambino attraverso immagini, disegni o griglie predefinite a quantificare l'entità del dolore percepito. In età pre-scolare possono essere somministrati semplici strumenti che consentono al bambino di indicare l'intensità del dolore in termini di "poco-molto", con il ricorso anche alla figura umana, su cui i bambini indicano sede ed entità del dolore. Nei bambini più grandi si ricorre alle scale con le facce (foto o disegni) che, per la loro immediatezza, possono essere comprese e utilizzate dal bambino con facilità. Nei ragazzi in età scolare si ricorre a strumenti più analitici che richiedono abilità cognitive più complesse (numeri o linee).

► **Metodi di eterovalutazione:** persone diverse (genitori/operatori sanitari) valutano e danno una misurazione del dolore provato dal bambino stesso. Sono utili nella valutazione del dolore in bambini con handicap cognitivo e/o neuromotorio. L'efficacia diagnostica dell'eterovalutazione da parte di genitori (tendono a sopravvalutare) e/o sanitari (tendono a sottovalutare) è limitata per quanto riguarda i bambini senza problematiche neuromotorie.

Per corrispondenza:
Michele Gangemi
e-mail: migangem@tin.it

aggiornamento avanzato

Gli strumenti usati sono gli stessi dell'autovalutazione.

- ▶ **Metodi fisiologici:** valutano l'effetto del dolore tramite parametri fisiologici: i più usati sono l'aumento di frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, la pressione arteriosa, la sudorazione palmare, la riduzione della saturazione transcutanea di ossigeno. Non sono in realtà indicatori specifici di dolore, ma misurano lo stress fisico ed emozionale che si accompagna al dolore. Sono utili in pazienti nei quali, per età e/o situazione clinica, non è possibile impiegare metodi di autovalutazione.
- ▶ **Parametri comportamentali:** valutano le risposte comportamentali secondarie al dolore. Non danno una valutazione diretta delle caratteristiche quali-quantitative dello stimolo nocicettivo, ma costituiscono la risposta globale (sensoriale ed emozionale) all'esperienza dolorosa. I parametri comportamentali più impiegati sono la postura, la mimica facciale, il movimento, il pianto, i cambiamenti del ritmo circadiano (sonno, alimentazione, ...). La valutazione viene eseguita tramite apposite scale validate, che trasformano la globalità dei dati comportamentali (e talvolta anche fisiologici), in item numerici oggettivi (trasformando dati qualitativi in dati numerici). Sono utili a tutte le età, e soprattutto nei bambini che, per età e/o situazione clinica, non sono in grado di fornire un'autovalutazione del dolore e anche nella misurazione del dolore cronico.

Nel manuale ministeriale di prossima pubblicazione sono state individuate, fra le tante a disposizione, tre scale algometriche che, per efficacia, efficienza e applicabilità, risultano le più indicate per la misurazione del dolore nel bambino competente, da 0 a 18 anni [1].

1. Scala FLACC, per bambini di età inferiore ai 3 anni, o per bambini che, per deficit motori o cognitivi, non possono fornire una valutazione soggettiva del dolore.
2. Scala con le facce di Wong-Baker per bambini di età superiore a 3 anni.

3. Scala numerico-verbale per bambini di età superiore e uguale a 8 anni.

In caso di dubbio, si possono utilizzare anche due metodi.

Nel bambino con handicap neuromotorio si ricorre alla eterovalutazione da parte dei genitori ed eventualmente alla valutazione dei parametri fisiologici.

Il trattamento non farmacologico

La terapia antalgica non farmacologica (TNF) comprende molti tipi d'intervento diversi fra loro, che tendono a modificare molti dei fattori che aumentano o rendono più angosciante e drammatica la sensazione dolorosa. Alcune tecniche sono molto semplici e vengono messe in atto, anche spontaneamente, quando un bambino piange o sta male; altre, più complesse, richiedono competenze specifiche. La ricerca conferma l'efficacia della TNF per il trattamento del dolore pediatrico-neonatale, sia di origine organica che funzionale. La riduzione dell'ansia e della paura associate al dolore, l'utilizzo di strumenti adeguati per affrontare la condizione dolorosa e il coinvolgimento delle figure genitoriali nella gestione del sintomo risultano elementi essenziali di cura e vanno sempre integrati con l'utilizzo dei farmaci [2].

Il ricorso ai metodi non farmacologici offre una serie di vantaggi:

- il bambino è maggiormente predisposto ad apprendere e usare la TNF;
- nel bambino è maggiore l'efficacia rispetto alle età successive (maggiore plasticità del sistema nervoso);
- non sono costose e in gran parte facilmente attuabili.

Questi interventi possono essere distinti in:

1. *di supporto e relazione* (sostengono e danno forza al bambino e alla famiglia),
2. *cognitivi* (influenzano i pensieri dei bambini),
3. *comportamentali* (modificano i comportamenti),
4. *fisici* (interessano il sistema sensoriale).

La scelta della tecnica deve avvenire in base a diversi fattori: età, situazione cli-

nica, tipo di dolore, capacità e volontà di collaborazione del bambino, risorse e competenze disponibili. Sovente si ricorre a un approccio multi-modale, adeguandolo alle caratteristiche individuali del bambino e alle esigenze cliniche del caso.

Ci concentriamo sulle tecniche di supporto e sugli interventi *cognitivi* e *comportamentali* per la loro applicabilità in ambulatorio.

Le metodiche di supporto sono intese a promuovere adeguate cure di sostegno a bambino e famiglia, offrendo comunicazione, accoglienza, e logistica adeguata. Per ottenere un approccio centrato sul bambino e sulla famiglia, sono importanti:

- l'informazione/comunicazione/responsabilizzazione,
- il coinvolgimento nei processi decisionali e nella valutazione e gestione del dolore,
- l'organizzazione del lavoro a partenza dalle esigenze di bambino e famiglia,
- un contesto adeguato all'età del bambino/neonato e situazione clinica e familiare.

Obiettivo principale dei metodi *cognitivi* è quello di spostare l'attenzione dal dolore, focalizzandola selettivamente su stimoli diversi o incompatibili con esso: questo rallenta e/o inibisce il processamento delle componenti sensoriale e affettiva del dolore.

I metodi *comportamentali* hanno l'obiettivo di modificare alcuni fattori emozionali, comportamentali e familiari che interferiscono con la risposta del bambino al dolore.

Fra le molte tecniche a disposizione, le più efficaci e applicabili in ambulatorio sono:

1. La *distrazione* è una potente tecnica non farmacologica di applicazione semplice e immediata che non richiede un precedente insegnamento. La distrazione non è una strategia passiva orientata a divertire il bambino, ma è un modo per focalizzare la sua attenzione su uno stimolo alternativo, e ciò permette un'alterazione della sua percezione sensoriale. Il bambino, concentrandosi su qualcosa di diverso dal dolore, può riuscire ad allontanare l'ansia e la paura.

La distrazione deve essere adeguata all'età del bambino e, se possibile, rispecchiare i suoi interessi e le sue preferenze.

2. Le *bolle di sapone* costituiscono un connubio perfetto tra la distrazione e il rilassamento, soprattutto per i bambini in età prescolare. L'aspetto di distrazione consiste nella formazione delle bolle da cui il bambino può rimanere affascinato, mentre l'aspetto di rilassamento si realizza nell'espiazione necessaria a produrle e soffiare.
3. La *respirazione* è una tecnica che aiuta il bambino a ridurre l'ansia già dall'età di 3-4 anni. È utile per il dolore da procedura, ma è efficace anche per il dolore cronico, in combinazione con il trattamento farmacologico. Le sensazioni dolorose sono spesso accompagnate da ansia e tensione che possono aumentare l'intensità del dolore percepito, soprattutto se il bambino trattiene il fiato; per questo l'utilità della tecnica consiste nell'invitare a fare un respiro profondo, gonfiando i polmoni, sentendo l'aria che entra ed esce, e portando a una respirazione sempre più lenta e profonda. Questa tecnica attira l'attenzione del bambino, riduce la tensione muscolare, rilassa il diaframma e aumenta l'ossigenazione del corpo. Ai bambini più piccoli può essere insegnato a respirare profondamente soffiando *bolle di sapone* oppure possono essere incoraggiati a "buttar fuori" la paura e il dolore attraverso una *nuvola rossa*. Questa tecnica consiste nell'incoraggiare il bambino a immaginare di concentrare tutto il dolore in una nuvola rossa che viene poi soffiata fuori dal corpo con tutta l'energia possibile; una volta espulsa, l'immaginazione continua con la nuvola di dolore che si trasforma in qualcosa di diverso e con il dolore che può essere rimosso soffiando.
4. Il *rilassamento* è una tecnica che può essere consigliata al bambino insieme alla respirazione per ridurre l'ansia e la tensione. Si ottiene invitando i bambini a rilasciare la muscolatura in modo da avere il corpo morbido e rilassato come un "budino", partendo dal collo, passando alle spalle e alla pancia fino alle braccia e alle gambe. Come per la respirazione, il rilassamento è una strategia molto utile sia per il dolore cronico che per il dolore da procedura, in quanto riduce la rigidità muscolare, l'ansia e la tensione che possono incrementare l'intensità del dolore.
5. La *visualizzazione* (viaggio mentale nel luogo preferito) è una tecnica cognitivo-comportamentale complessa, a carattere ipnotico, che consiste nell'utilizzo dell'immaginazione in modo che il bambino si concentri su un'immagine mentale di un'esperienza piacevole anziché sul dolore. Nella visualizzazione il bambino viene fatto prima rilassare, poi viene portato a immaginare una situazione e/o un luogo preferito in cui vorrebbe trovarsi o in cui è già stato. Il ritorno con la mente al presente costituisce una parte fondamentale, da effettuare in maniera graduale, nel rispetto dei tempi e delle esigenze del bambino, per il quale un brusco ritorno alla situazione in atto può causare disagio. Infine, è importante dire al bambino che può tornare, anche da solo, nel suo luogo preferito ogni volta che lo vorrà. La sua applicazione non sembra alla portata di tutti i pediatri.
6. La *desensibilizzazione* è una tecnica in cui il bambino, attraverso la concentrazione mentale, riesce ad abbassare la sensibilità di una precisa zona corporea. Esempi di desensibilizzazione sono la tecnica del *guanto magico* e la tecnica dell'*interruttore*. Nel *guanto magico* si simula di calzare un guanto invisibile, massaggiando dolcemente la mano in cui verrà posizionato l'ago in modo da desensibilizzarla dal dolore. La tecnica dell'*interruttore* consiste nel concentrare l'attenzione del bambino sul proprio corpo e, in particolare, sugli "interruttori" che controllano l'invio dei messaggi di dolore. Dopo che il bambino ha raggiunto un buon livello di concentrazione, tramite il rilassamento viene invitato a visualizzare nella sua mente un interruttore in grado di diminuire la sensibilità al dolore nella zona

cutanea dove dovrà esser fatta la procedura; gli viene infine spiegato che questo interruttore può essere abbassato lentamente in modo da rendere meno sensibile quella zona del corpo. Dopo la procedura è fondamentale guidare il bambino a rialzare l'interruttore.

Il trattamento farmacologico

L'attività del pediatra di famiglia è caratterizzata in gran parte dalle infezioni acute delle vie respiratorie in cui il sintomo dolore è rilevante sia nelle otiti che nelle faringiti, con o senza coinvolgimento linfonodale. Le sinusopatie si accompagnano inoltre a cefalea di varia gravità. Le altre tipologie di dolore ambulatoriale sono state riportate in premessa.

Il *paracetamolo* è il farmaco analgesico più usato nei bambini per l'ottimo rapporto costi-benefici in termini di efficacia e sicurezza [3]. Ha un meccanismo d'azione centrale e periferico. Per la scarsità di effetti collaterali è indicato come farmaco di prima scelta nel trattamento del dolore lieve moderato. Non ha gastrolesività, è considerato sicuro nei pazienti con disturbi della coagulazione. È l'analgesico non oppiaceo di scelta nei pazienti con insufficienza renale cronica. I dosaggi consigliati per via orale e rettale e i dosaggi massimi sono riportati nella *tabella 1*.

I *FANS*, chemiotattici, pirogeni, sensibilizzano i recettori del dolore e sono caratterizzati da un effetto-tetto, per cui al di là di una determinata dose non si ottiene un ulteriore beneficio, ma solo un aumento degli effetti collaterali. La durata della terapia pone quindi dei problemi all'uso dei FANS per i possibili effetti collaterali.

L'*ibuprofene* è il farmaco con maggiore supporto di letteratura rispetto alla sicurezza in età pediatrica. È un anti-infiammatorio debole rispetto agli altri FANS, ed è il farmaco di scelta nella categoria per il trattamento della febbre e della sintomatologia dolorosa da patologia ambulatoriale. È una valida alternativa al paracetamolo, con un profilo di sicurezza sostanzialmente sovrapponibile, ove questo

TABELLA 1: FARMACI E DOSE CONSIGLIATI PER IL DOLORE NEL BAMBINO

Farmaco	Vie	Dose (< 50 kg)	Dose max
PARACETAMOLO	os	Carico: 20 mg/kg/dose Poi: 10-15 mg/kg ogni 4-6 h	90 mg/kg/die
	rettale	Carico: 30-40 mg/kg/dose Poi: 15-20 mg/kg ogni 4-6 h	90 mg/kg/die
IBUPROFENE	os	10 mg/kg/dose ogni 6-8 h	40 mg/kg/die
KETOPROFENE	os	3 mg/kg dose ogni 8-12 h	9 mg/kg/die
ACIDO ACETILSALICILICO	os (ev)	10 mg/kg/ ogni 6-8 h	80 mg/kg/die
NAPROSSENE	os	5- 10 mg/kg/dose ogni 8-12 h	20 mg/kg/die

Modificata da *Il bambino e il dolore*. Pisa, Primula Edizioni 2006

non sia sufficiente o quando sia richiesta un'azione antiflogistica (emicrania, dolore osteo-muscolare, dolore dentale).

L'acido acetilsalicilico è indicato solamente nella malattia di Kawasaki, nella malattia reumatica, nella terapia antiaggregante, nel trattamento dell'emicrania (sopra i 12 anni) e nel trattamento dell'artrite idiopatica giovanile (in assenza di risposta ad altro FANS).

Il naprossene, a potenza intermedia, somministrabile due volte al giorno per un'emivita di 14 ore, approvato dalla FDA per uso pediatrico in artrite idiopatica giovanile, è utilizzato anche in malattie muscolo-scheletriche e dismenorrea. Sconsigliato sotto i 16 anni da prontuario AIFA.

Il ketoprofene sale di lisina ha poche evidenze sul profilo di sicurezza; peraltro

presenta il vantaggio della somministrazione rettale che in alcuni casi può essere conveniente (post-operatorio, nausea, vomito, rifiuto assoluto del bambino ad assumere terapia per bocca). Non indicato nel foglietto illustrativo sotto i 6 anni; sconsigliato l'uso nei bambini da prontuario AIFA.

Per gli altri farmaci da usare in caso di dolore intenso o non rispondente a paracetamolo e FANS si rimanda agli articoli successivi su questa rivista. ♦

Bibliografia essenziale

- [1] Manuale ministeriale sul dolore nel bambino. In corso di pubblicazione. 2010.
- [2] Benini F, Trapanotto M, Callegaro I. Non-pharmacological interventions for the treatment of pain in children. *Ital J Pediatr* 2002;28:201-6.
- [3] Barbi E, Marchetti F. Il bambino e il dolore. Pisa: Primula Edizioni, 2006.

PEDIATRI CHE HANNO PARTECIPATO ALLA RICERCA SUL TESTICOLO RITENUTO

ACP Asolo: Bologna B, Callegari M, De Santi M, Dell'Antonia F, Gaiotti P, Matteoli G, Toffol G, Zini A, Zuccolo ML

ACP Cagliari: Cera M, Concas L, Lixia G, Madeddu E, Marongiu F, Masala P

ACP Campania: Manetti S

ACP Centro Sicilia: Speciale S

ACP del Salento: Cavallo R, Innocente M

ACP Ferrara: Cafaro C

ACP Jacopo da Ponte: Bonin P, Finco M, Scala R

ACP Lazio: Coltura E, Falasconi AM, Marolla F, Marolla L, Nardini P, Oliviero L, Rafele I, Reali L, Valente M

ACP L. Corner: Frison E, Semenzato F

ACP Marche: Amadio C, Angelini P, Bollettini S, Liberati M, Olimpini LM

ACP Milano: Aimini E, Basilico E, Biolchini A, Cajani M, Casiraghi EM, Clerici Schoeller M, Corbetta D, Del Bono GP, Di Francesco C, Di Pietro ME, Gussoni C, Lambiase R, Mantegazza M, Narducci M, Primi A, Rimoldi R, Rogari P, Tulipano C, Zanetto F

ACP Molise: Zarrilli S

ACP Ovest: Garrone G

ACP Puglia-Basilicata: Abadessa A, Dell'Edera L, Fortunato V, Lisi V, Martoccia M, Rella F

ACP Romagna: Alberti A, Casalboni R, Ciambra R, Degli Angeli M, Donati D, Faberi P, Faedi CM, Gorini S, Lucchi E, Mazzini F, Poggioli B, Stazzoni A

ACP Stretto-Calabria: Capomolla D, Gurnari AS, Profiti V

ACP Stretto-Messina: Bontempo F, Cambria R, Cammarota MS, Conti Nibali S, Crupi I, Siracusano MF

ACP Trinacria: Aloisio A, Amoroso B, Belvedere L, Lo Cascio A, Portera G, Primavera G, Rinaudo B

ACP Umbria: Auriti L, Berardi C, Bianchi S, Sonaglia F

ACP Versilia: Neri P

APCP Verona: Accordini G, Borghe-
sani M, Brutti P, Gangemi M, Lonardi S,
Martinati L, Raimo F, Tommasi M,
Zanini S.

APeL: Conforti G

ARP Vicenza: Andreotti MF, Fusco F,
Pasinato A, Salvadori R, Sambugaro D,
Spanevello V, Stocchero L

Pediatrî singoli: Besoli G, Binni O,
Brusadin L, Budassi R, Canfora G,
Cappellani E, Cazzuffi MA, De Ange-
lis R, Francano B, Gaeta G, Giroto S,
Lazzerini U, Lepre G, Longaretti A,
Lorenzon M, Martello C, Materassi P,
Mittiga S, Molino O, Muzzolini C,
Nicoloso F, Rosi A, Scornavacca G,
Servallo R, Vivaldi A

Anche ai bambini può spezzarsi il cuore: L'esperienza della perdita di una persona amata Quali gli interventi di sostegno nel lutto infantile?

Pasqua Rosella Brunelli*, Francesca Pasini**, Federica Suzzi**

*Psicologa-Psicoterapeuta, già Collaboratrice presso UO di Pediatria, Ospedale "M. Bufalini" di Cesena; **Psicologa-Psicoterapeuta, già tirocinante presso UO di Pediatria, Ospedale "M. Bufalini" di Cesena

Abstract

Even children can have a broken heart: the experience of losing a loved one

The experience of a parent's death is critical during childhood because its common opinion that during the first years of life children should be distracted since they are not able to fully understand the meaning of losing a loved one. So, in order to "protect" and "save from suffering" any sort of communication is avoided. The underestimation of such problem, or the lack of fast and adequate help can sometimes become a psycho pathological risk factor in a short or long time. An intervention aimed at supporting the child could increase his tolerance and his strong emotions, could help express through words, drawings or symbolic games his feelings of anxiety. It could also help him/her rely on personal relationships in order to face fear and anguish. During the "recovery" process it is important to consider the child's evolutive outburst as a strong ally through which new possibilities for the future and a feeling of hope could be re-established.

Quaderni acp 2010; 17(3): 120-124

Key words Grief in childhood. Supporting intervention. Counselling. Empathy

L'infanzia va considerata un'area altamente critica nel caso di morte di un genitore, tanto più critica in quanto, nell'opinione comune, si tende a pensare che, nei primi anni di vita, il bambino sia troppo piccolo per "capire" e, pertanto, per "difenderlo dalla sofferenza", si preferisce distrarlo piuttosto che iniziare con lui una comunicazione utile ad affrontare l'elaborazione del suo dolore. La sottovalutazione del problema determina, talvolta, la mancanza di un aiuto tempestivo e adeguato, o di un vero trattamento terapeutico, e può divenire fattore di rischio psicopatologico a breve e/o a lungo termine. L'intervento di sostegno stimola il bambino ad aumentare la sua capacità di tollerare e regolare le emozioni forti, di esprimere i propri sentimenti di angoscia attraverso le parole, il disegno, il gioco simbolico, e di affidarsi alle relazioni interpersonali per far fronte alla paura e all'ansia. È importante che, nel processo di "guarigione", venga contemplato lo slancio evolutivo del bambino come potente alleato attraverso cui ristabilire un sentimento di speranza e di nuove possibilità per il futuro.

Parole chiave Lutto infantile. Intervento di sostegno. Counselling. Empatia

Con tutte le nostre forze abbiamo lottato perché l'inverno non venisse. Ci siamo aggrappati a tutte le ore tiepide; abbiamo cercato di trattenerne il sole in cielo ancora un poco, ma tutto è stato inutile. Ieri il sole si è coricato irrevocabilmente in un intrico di nebbia sporca, di ciminiere e di fili, e stamattina è inverno.

(P. Levi)

Una depressione è un inverno dello spirito, gelido, sterile, immobile.

(Alvarez)

Ogni bambino, prima o poi, si trova a dover "fare i conti" con la morte: lontana (come quella di un bambino dall'altra parte del mondo) o vicina (come quella del nonno), marginale (come quella del criceto) o centrale (come quella di un genitore o come la propria) [1].

Per noi adulti, la perdita di una persona amata rappresenta l'esperienza emotiva più dolorosa che ci possa capitare, un evento capace di modificare i nostri orizzonti psicologici, e di farci vivere sensazioni di disperazione e di una terribile

desolazione interna [2]. D'altra parte, tuttavia, acquista dimensioni catastrofiche la situazione in cui sia un bambino a restare privo di un genitore, cioè di una figura di *attaccamento* e di *accudimento* su cui egli focalizza gran parte della sua energia emotiva, e che costituisce la principale fonte di amore e sicurezza. La morte di un genitore di un bambino piccolo è quasi sempre prematura perché causata da incidenti, malattia mortale, violenza o suicidio.

Il bambino non possiede né i meccanismi emotivi, né quelli di *coping* per mantenere la regolazione neuropsicologica e per sostenere un senso di sé organizzato e coerente nell'affrontare il dolore [3].

L'evento è ancor più destabilizzante quando il bambino è troppo piccolo per comprenderne il significato. Specialmente se questo avviene nei primi cinque anni di vita, rappresenta ciò che Bowlby ha definito "il trauma della perdita", poiché il bambino non ha ancora stabilito un senso del Sé autonomo, relativamente indipendente dalla protezione del genitore [4].

In particolare, qualora muoia il genitore solito a provvedere alle cure abituali, cure che forniscono il senso di prevedibilità nella quotidianità (in genere la madre), nel bambino s'infrange per così dire l'aspettativa appropriata per lo sviluppo e si determina *una ferita alla integrità e alla continuità del senso di sé*.

Il crollo a livello somatico e i sentimenti di dolore possono diventare talmente intensi che il bambino può esserne sopraffatto e reagire con risposte traumatiche, quali il rivivere l'esperienza, l'evitamento, l'intorpidimento affettivo e l'attivazione fisiologica di fronte a qualsiasi stimolo che possa evocare sentimenti associati alla perdita. La gravità del trauma può essere concettualizzata lungo un "continuum traumatico" che dipende dall'interazione tra le circostanze della

Per corrispondenza:

Pasqua Brunelli

e-mail: pbrunelli@libero.it

esperienze

morte, il fatto che il bambino abbia assistito o meno alla morte e il suo livello di sviluppo.

All'estremo meno grave di tale continuum, la morte rappresenta l'esito di una lunga malattia che funge in parte da campanello di allarme anticipatorio e che consente perciò un distacco graduale dal genitore in fin di vita. All'estremo opposto, quando la morte avviene in modo violento e inaspettato, il bambino vi assiste e si trova, in una fase molto precoce di sviluppo, senza una conoscenza precedente della natura della morte. In una simile situazione, il bambino viene pervaso da un'ansia incontenibile e dall'incapacità di comprendere la ragione per cui il genitore non è più disponibile per aiutarlo ad alleviare sentimenti insopportabili.

Tutto ciò interferisce con la possibilità, anche futura, di elaborare il lutto e di affrontare l'esperienza della perdita. Inoltre, la morte di un genitore può comportare cambiamenti così drastici nella vita familiare da introdurre ulteriori fattori stressanti nella vita del bambino (conflitto e colpevolizzazione del genitore rimasto in vita, nuova eventuale relazione affettiva del genitore sopravvissuto, nuove figure che possono aggiungersi al nucleo familiare ecc.). Queste circostanze possono portare al disturbo traumatico da stress, con angoscia, ansia da separazione e depressione [5]. Anche di fronte alla morte di un fratello o sorella, oppure di un nonno, di un parente, di un amico o compagno di scuola, con cui era stata stabilita una significativa relazione affettiva, il bambino si sente confuso e angosciato, talvolta pone domande e ha bisogno di essere rassicurato rispetto alla responsabilità dell'accaduto, di capire e di sentirsi dire che, nonostante la tristezza e la sofferenza, continua a essere amato.

In tutti questi casi, il bambino ha bisogno di essere aiutato a riprendere il funzionamento emotivo e a elaborare il lutto in maniera adeguata, attraverso interventi multifocali che contemplino contemporaneamente la prospettiva del trauma e della perdita.

Oltre all'età del bambino, altri fattori contribuiscono all'elaborabilità o meno del lutto. Alcuni sono immodificabili, come la modalità della morte, nonché la qualità della relazione e del legame che il

bambino è riuscito a stabilire con il genitore prima della sua scomparsa. È possibile, invece, intervenire sull'ambiente umano nel quale il bambino viene a trovarsi dopo la perdita, attivando tutte le risorse positive già disponibili nella famiglia. In questo frangente può assumere un ruolo fondamentale un counselling e/o un vero sostegno psicoterapeutico.

La mancanza di un aiuto tempestivo e adeguato potrebbe divenire un fattore di rischio psicopatologico a breve e a lungo termine, bloccando il processo evolutivo della crescita [6].

Alcune manifestazioni di disagio, conseguenti alla negazione della sofferenza, da noi riscontrate nell'attività di supporto psicoterapeutico, hanno riguardato, per esempio, depressione e ansia da separazione, disturbi dell'alimentazione e del sonno, regressione a uno stadio precedente di sviluppo ed enuresi, difficoltà di concentrazione e di apprendimento.

L'intervento di sostegno stimola il bambino, oltre che a una maggiore consapevolezza della realtà (la perdita è irreversibile), ad aumentare la sua capacità di tollerare e regolare le emozioni forti (rabbia, aggressività, senso di abbandono e di colpa), di esprimere i propri sentimenti e *narrare* i propri vissuti attraverso il linguaggio verbale e non verbale, nonché ad affidarsi alle relazioni interpersonali per far fronte alla paura e all'ansia. In questo modo, gradualmente, le manifestazioni di disagio psichico e somatico potranno essere superate; il vissuto doloroso e, talvolta *autodistruttivo*, potrà trasformarsi in processo di comprensione e in espressione d'amore per chi manca, scongiurando così anche futuri disturbi depressivi, difficoltà nella strutturazione dei legami affettivi e maggiore vulnerabilità agli eventi.

È importante che, nel processo di *guarigione*, vengano contemplati lo *slancio evolutivo* del bambino e la sua capacità di *resilienza*, come potenti alleati attraverso cui ristabilire un sentimento di speranza e di nuove possibilità per il futuro.

Il processo di valutazione e l'intervento terapeutico

Non è possibile elaborare completamente un lutto senza la presenza di un'altra persona (Bowlby).

Quando troviamo un bambino infelice o ritirato, possiamo sicuramente fare di più con una relazione empatica di sostegno piuttosto che cercare di spingerlo verso uno stato di falsa vitalità e di oblio. Se noi gli restiamo vicini e continuiamo pazientemente ad aspettare, saremo spesso compensati da veri cambiamenti nel bambino che indicano una naturale tendenza a riprendersi dalla perdita, e dal senso di colpa che il bambino sente anche quando si può veramente dire che egli non ha contribuito all'avvenimento tragico (Winnicott).

Per elaborare il dolore di una perdita così centrale come quella di un genitore, accanto all'accompagnamento partecipe e accogliente dei familiari, spesso risulta utile, e talvolta indispensabile, come già indicato, la presa in carico da parte di figure professionali quali lo psicologo-psicoterapeuta, il neuropsichiatra, il pediatra, il pedagogista, particolarmente preparati e sensibili al problema.

Molto spesso a essere coinvolto, in prima istanza, in una richiesta di aiuto da parte della famiglia, è il pediatra, il quale, dopo accurato ascolto, può orientarsi verso varie soluzioni:

- a. Se avverte di non essere in grado di poter offrire un aiuto diretto (per motivi personali, professionali ecc.) potrà inviare la famiglia ai Servizi pubblici o a professionisti privati (psicologi, psicoterapeuti ecc.) per una valutazione più approfondita ai fini di una eventuale presa in carico.
- b. Nel caso in cui il pediatra, con preparazione al counselling e disposizione empatica, desideri assumere il compito di counsellor potrà consigliare e supportare la famiglia, specie nelle situazioni in cui questa presenti già risorse e capacità di *resilienza*.
- c. Infine, talvolta, il pediatra potrà collaborare con un eventuale psicoterapeuta, al quale ha affidato un suo piccolo paziente particolarmente "vulnerabile", col condividere e rendere più sopportabili le preoccupazioni di un membro o dell'intero nucleo familiare. La più anziana delle autrici, durante il periodo dell'attività ospedaliera, ha avuto modo di collaborare (spesso

imparando) negli interventi di sostegno ai bambini e agli adolescenti in fase terminale con un pediatra di lunga esperienza che, pur non avendo avuto una specifica preparazione al counselling, sapeva contenere e sostenere empaticamente le situazioni di grande sofferenza familiare pre e post-mortem.

Prima di attuare qualsiasi intervento, il terapeuta eseguirà un attento esame del contesto sociale e della rete di relazioni in cui la famiglia vive, nonché dello stato emotivo del bambino e dei suoi familiari per comprenderne le caratteristiche relative sia alle aree di competenza che a quelle di vulnerabilità, e potrà quindi formulare un'ipotesi diagnostica, anche con l'uso di manuali e tecniche adeguate. Infine, la decisione di proporre il trattamento costituirà un aspetto centrale della restituzione e terrà conto di eventuali resistenze.

La valutazione del caso implica l'approfondimento di ciò che il bambino conosce riguardo alla morte del genitore e riguardo a ciò che gli è stato raccontato sull'accadimento. I bambini sono molto sensibili e, anche se molto piccoli, comprendono quando succede qualcosa di grave. Una discrepanza tra ciò che il bambino sente e ciò che gli viene riportato non fa altro che aumentare la sua confusione e ansia.

Nel caso in cui il bambino coinvolto sia molto piccolo, è difficile ricevere informazioni chiare, per cui è molto importante l'*osservazione diretta dei suoi comportamenti* e della sua *relazione con l'adulto di riferimento*. I bambini piccoli utilizzano, in primo luogo, il movimento fisico e il gioco per esprimere le proprie esperienze emotive. Pertanto le modalità con le quali i bambini di età prescolare si muovono e giocano nell'ambiente rappresentano un mezzo eloquente per cogliere le caratteristiche individuali e dare significato a ciò che accade loro [7]. Proprio per questo, nel setting terapeutico, il gioco diventa un'occasione per gestire sentimenti di collera, angoscia e ansia, creare significati condivisi tra il bambino e l'adulto e aprire un dialogo su temi legati alla morte e alla vita del genitore. L'approccio deve anche garantire che si integrino i cambiamenti del contesto con i bisogni evolutivi del bambino:

le risposte del bambino richiedono un monitoraggio continuo rispetto ai fattori stressanti secondari che possono insorgere a seguito del trauma (trasferimenti, cambiamenti nelle abitudini di cura ecc.).

I bambini in lutto hanno bisogno di conservare un senso di scopo, prevedibilità e responsabilità nella propria vita: aspettative chiare e consuetudini consolidate aiutano a favorire un senso di forza e competenza. Pertanto, l'*accessibilità emotiva* del genitore in vita (cioè la capacità di esprimere le proprie emozioni e di essere aperto e disponibile a quelle del bambino) rappresenta una valida forma di continuità, sicurezza e accoglienza. Qualora il genitore vivente sia in una situazione di incapacità a prendersi cura del bambino, il clinico può intervenire identificando tra i familiari, come figura di riferimento, la persona più disponibile e adeguata a svolgere il ruolo di caregiver. In particolare ciò sarà indispensabile nell'eventualità che siano morti entrambi i genitori.

Se il genitore in vita, invece, ha sempre partecipato alla cura del bambino, potrà continuare e rafforzare questa relazione già emotivamente significativa. Talvolta il terapeuta, incontrando un genitore poco coinvolto nella vita del piccolo, dovrà assistere la coppia genitore-bambino nella creazione di un legame di maggiore condivisione e partecipazione affettiva reciproca. D'altronde, anche il coniuge è *orfano* poiché anch'egli è dentro al doloroso processo del lutto e questo può determinare vissuti depressivi. Tuttavia, un genitore che mostri le sue lacrime, può divenire per il suo piccolo un ottimo modello di come il dolore possa essere espresso e, soprattutto, di come sia importante non reprimerlo.

Un altro obiettivo è quello di integrare la figura del genitore morto nel senso di Sé del bambino, che si sta costituendo, attraverso il ricordo di momenti "belli" di reciprocità affettiva: il genitore in vita e il bambino ricreeranno, anche mediante il sussidio di racconti, oggetti, foto, uno spazio *transizionale* in cui, assieme alla tristezza e al pianto per la perdita, esprimeranno anche gioia e speranza. Il dialogo della coppia genitore-bambino potrà essere arricchito anche dalla conoscenza delle tradizioni e credenze culturali e familiari, al fine di creare una continuità

storica e favorire un legame esistenziale e spirituale con il genitore perduto.

Secondo la nostra esperienza, per qualche bambino che abbia già elaborato vissuti di colpa e persecutori, questo legame si concretizza nel credere che il genitore "che non è più" continui "dal cielo", con la mente e con il cuore, a prendersi cura di lui e a proteggerlo come "figura angelica".

Lo sviluppo del concetto di morte e le modalità comunicative

Spiegare il significato della morte a un bambino non è cosa semplice. Può risultare utile, ai fini di una prima percezione di tale concetto, fare riferimento alla propria esperienza, vissuta per esempio alla vista di un animale morto. In tale modo il bambino potrà sviluppare molto precocemente l'idea della morte e l'adulto cogliere le occasioni favorevoli per cominciare una conversazione che possa modificare certi suoi convincimenti inadeguati, procurandogli nuovi stimoli per la riflessione.

Secondo i risultati di varie ricerche, pur con alcune discordanze, nei bambini si possono individuare tre stadi di sviluppo del concetto di morte [8].

Prima dei cinque anni la morte è concepita come un fatto reversibile ed è paragonata al semplice dormire, a una partenza, a un viaggio.

Dai cinque ai nove anni la morte è vista come inevitabile, tipica della vecchiaia, e dai sei-sette anni si comincia a sviluppare il concetto di irreversibilità, e l'immagine di chi muore è collegata all'interruzione delle funzioni vitali, come il respiro, il battito cardiaco e l'assenza di movimenti.

Dopo i nove anni il bambino è in grado di concettualizzare la morte come un evento universale e irreversibile.

Il bambino sofferente a causa di malattie inguaribili, tuttavia, può avere una coscienza della morte più precoce rispetto ai coetanei sani. Già a sei anni, può pensare alla propria morte come imminente, temere di separarsi dai familiari e di procurare loro dolore.

È stata sottolineata l'importanza, nel processo di elaborazione del lutto, dell'acquisizione di consapevolezza dell'assenza del genitore.

I bambini tendono infatti a rifiutare, almeno temporaneamente, la realtà (*fase*

di torpore e di negazione) e sono soprattutto i più piccoli ad agire in questo modo, a causa anche della loro scarsa familiarità con il significato della morte. Chi comunica un evento luttuoso dovrà cercare di essere accogliente e attento ad ascoltare i bisogni del bambino, ma anche veritiero, soprattutto se si tratta di un papà o di una mamma che comunica la perdita dell'altro genitore. Del resto ci pare particolarmente importante che sia proprio il genitore a comunicare al suo bambino una tale perdita.

Può esserci l'urgenza di decidere se fare partecipare o meno il bambino ai riti funebri. La famiglia dovrà considerare se il funerale, anche in relazione all'età, possa essere una esperienza confortante o, al contrario, travolgente. Tuttavia proteggere il bambino dal funerale può significare la potenziale privazione di un essenziale momento di commiato e di addio. Al riguardo ci piace riportare l'esperienza di un'anziana signora che, in seduta di psicoterapia, ricordava della madre, morta in giovane età, solo il vestito bianco e il bacio di saluto che lei, bambina di quattro anni, le aveva dato. Quel bacio, nonostante la sensazione di freddo, l'aveva accompagnata nella vita come un tesoro speciale che nessuno poteva portarle via.

Dialogo con i bambini sulla morte e sulla speranza

Il lutto richiede un suo tempo, del tutto soggettivo, variabile da caso a caso, e gli adulti devono rispettare i ritmi individuali di elaborazione.

Ogni comunicazione e comportamento dovrebbero risultare utili ad avviare un dialogo che possa divenire un vero supporto alla capacità del bambino di elaborare il dolore e di riprendere il cammino della crescita senza pesanti ipoteche. Al fine di facilitare l'accettazione della realtà della perdita, in risposta ai tentativi del bambino di recuperare un maggiore equilibrio, è utile una rielaborazione dei vissuti emotivi ricorrenti attraverso un iter comunicativo che, servendosi anche di strumenti quali il disegno, la narrazione, la fiaba, le immagini e metafore, nonché i sogni e il gioco, metta a fuoco i seguenti aspetti:

- il bambino deve avere una chiara informazione che *il genitore non sarà mai più con lui*, senza reticenze e

bugie, per comprendere la differenza tra la morte e una separazione temporanea. Tardare a spiegare il motivo dell'assenza del genitore serve solo a prolungare l'insicurezza e a promuovere il diniego.

- È importante dire esplicitamente che *il genitore non voleva morire* e quindi non voleva abbandonare il bambino. La spiegazione sarà diversa nel caso di suicidio: occorre rivelare che il genitore soffriva di una grave malattia, la quale non è stata riconosciuta in tempo per poterlo aiutare.
- Il bambino ha una visione egocentrica del mondo e crede spesso, in un pensiero di onnipotenza, di essere responsabile degli eventi (*“sono stato io la causa della morte?”*). Per questo motivo, potrebbe avere bisogno di essere rassicurato frequentemente rispetto al fatto che *non ha provocato la morte della persona cara* e aiutato a differenziare le proprie fantasie dalla realtà oggettiva. *Maria, 8 anni, cui è morto un fratellino per tumore, teme di avergli procurato un danno disastroso con la sua “cattiveria” e si disegna come un piccolo mostro con occhi e bocca enormi e unghioni appuntiti.*
- Di fronte alla domanda del bambino in lutto (*“mi abbandoneranno anche le persone che amo?”*) i caregiver, comprendendo l'importanza che assume il superare la paura di perdere le persone care, devono rassicurare il bambino che *queste non lo lasceranno*. *Luigi, 9 anni, orfano da un anno della madre, soffre di profonde ansie di separazione, con attaccamento e controllo ossessivo nei riguardi della figura paterna, a cui impedisce qualsiasi spazio di libertà, nel timore di restare “orfano un'altra volta”.*
- Rispetto all'interrogativo *“morirò anch'io?”* si può dire al bambino che è in buona salute e che chi gli vuole bene si prenderà cura di lui nel migliore dei modi. Più saranno mantenute le abitudini quotidiane e il senso di prevedibilità, più il bambino potrà superare la paura per se stesso e per il proprio futuro.
- Nella propria angoscia il bambino spesso pensa che *se morisse potrebbe riunificarsi al genitore morto*. *Carlo, 11 anni, quando litiga con il papà e la*

sorella urla “voglio morire, voglio la mia mamma: solo lei può capirmi”. Valorizzare le relazioni con le persone in vita che il bambino ama e le attività interessanti e i piaceri dell'essere vivi può aiutare a ristabilire uno stato di equilibrio e benessere e a superare il desiderio di morire.

- È importante far capire al bambino che il livello di dolore che i membri della famiglia stanno vivendo tenderà a decrescere e che nessuno all'interno della famiglia sarà triste per sempre (*“mamma è triste perché le manca il papà, ma col tempo starà meglio”*).

Dal testo di M. Sunderland, *Aiutare i bambini a superare lutti e perdite*, riportiamo alcuni messaggi, utili ad accompagnare e confortare i bambini nell'attraversare il *bosco nero* del lutto [9]. L'ascolto rispettoso da parte di adulti capaci di favorire l'espressione delle loro emozioni e di contenere i loro pianti di protesta e di struggimento, nonché le loro paure e ansie, renderà possibile l'attivazione di nuove speranze. Ed è proprio questo l'impegno fondamentale di noi terapeuti, quando incontriamo queste dolorose situazioni che ci coinvolgono profondamente.

- *Perdere qualcuno che si ama è sempre causa d'immenso dolore.*
- *Quando si perde qualcuno che si ama, è naturale avere voglia di piangere; non bisogna trattenersi: alcune persone piangono addirittura fiumi di lacrime.*
- *È segno di grande coraggio riuscire a piangere davvero, quando ci si sente piangere dentro.*
- *Perdere qualcuno che si ama può farci sentire diversi dentro: non solo il mondo esterno cambia, ma anche la nostra persona.*
- *Perdere qualcuno che si ama può essere causa di un terribile shock. Per questo è necessario essere comprensivi e amorevoli con noi stessi e che anche gli altri lo siano con noi.*
- *Quando si perde qualcuno che si ama, il mondo viene privato del suo calore e del suo colore, sembra un gelido e arido inverno. Ma, con il tempo, il mondo tornerà a essere caldo e colorato.*
- *Quanto più abbiamo avuto il coraggio di amare, tanto più soffriamo. Se ora il tuo dolore è grande, è perché hai*

avuto il coraggio di provare un grande amore.

- *Quando si perde qualcuno che ci ama, c'è sempre qualche persona affettuosa capace di consolarci. I bambini sono molto bravi a riconoscere chi sia davvero affettuoso con loro e capace di comprendere la loro tristezza.*
- *I nostri ricordi della persona che non c'è più sono come un tesoro che nessuno può sottrarci.*

Conclusioni

Vi sono bambini che non riescono a sopportare sentimenti troppo dolorosi. L'intollerabilità è poi facile che diventi impensabile, ma la negazione ha la conseguenza di provocare un senso di torpore, di distacco dalla realtà. Privandosi di alcune emozioni, i bambini rischiano, infatti, di rinunciare a una parte importante di vita, talvolta addirittura all'essenziale contatto con se stessi. Ma quando si arriva a reprimere e relegare i propri sentimenti alla sfera dell'inconscio, come la psicologia ci insegna, il prezzo da pagare è assai elevato. Questo torpore per i bambini è una forma di difesa di fronte al dolore e alla possibilità di provare tutto quell'insieme di emozioni intense, complesse e faticose, connesse alle ferite della perdita. Il problema è che il dolore non elaborato si sedimenta dentro come uno strato di fango, che uccide e soffoca gran parte della vita emotiva del bambino causando, talvolta, un arresto del suo sviluppo. Il risultato è che probabilmente questo bambino perderà ogni appetito nei confronti della vita. Pertanto l'intervento terapeutico dovrà assumersi la responsabilità di sostenere un duplice lutto: accompagnare il bambino nel percorso verso l'accettazione e la manifestazione delle emozioni negate e represses, e aiutare la madre a ripristinare l'assetto mentale che le permetta di riprendere pienamente la sua funzione genitoriale. L'elaborazione del lutto è un percorso a termine e interminabile allo stesso tempo, è un *work in process* che continuerà, in diversi modi, nel corso della vita. Ma questo percorso andrà a buon fine qualora le figure di accudimento (parenti, pediatri, insegnanti, terapeuti) siano in grado di aiutare il bambi-

no a comunicare le proprie angosce e a rielaborare i vissuti di colpa, trasformandoli in sentimenti di *riparazione* e di amore: il valorizzare la soggettività del genitore perduto e la sua memoria, ricca di significati, diverrà fattore di protezione riguardo all'evoluzione positiva del Sé [10]. Del resto, un lutto infantile, se sanamente elaborato, nel tempo, può rendere più *percettivi*, perché l'apertura al dolore, che sembrava insopportabile, può approfondire la capacità di sentire e di aprirsi a livelli più profondi di amore verso l'oggetto perduto, ma anche di empatia e compassione verso se stessi e gli altri. In altri termini *la ferita dell'anima*, attraverso i complessi meccanismi della psiche, sostenuti dal calore di una figura di riferimento e di supporto, potrà tradursi in occasione di crescita e aumentare la capacità individuale di *resilienza*, cioè la forza di reagire e riprendersi dai colpi subiti. Come illustra in una splendida immagine B. Cyrulnik: *L'ostrica, disturbata da un granellino di sabbia, per reazione, produce qualcosa di infinitamente più bello e resistente: la perla* [11]. ♦

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Bibliografia

- [1] Oppenheim D. Dialoghi con i bambini sulla morte. Erickson Editore, 2004.
- [2] Lieberman AF, Compton NC, Van Horn P, et al. Il lutto infantile. Il Mulino Editore, 2007.
- [3] Hofer MA. On the nature and consequences of early loss. *Psychosom Med* 1996;58:570-81.
- [4] Bowlby J. Attaccamento e perdita. Boringhieri Editore, 1980.
- [5] Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *Br Journal Psych* 1985;147: 598-611.
- [6] Furman E. A child's parent die. *Studies in childhood bereavement*. Copyright Yale University, New Haven and London, 1974. Trad. it. Muore il genitore di un bambino. Il Pensiero Scientifico Editore, 1976.
- [7] Raimbault G. Il bambino e la morte. La nuova Italia, 1978.
- [8] Vianello R, Marin ML. La comprensione della morte nel bambino. Giunti Barbera, 1985.
- [9] Sunderland M, Armstrong N. Aiutare i bambini a superare lutti e perdite. Erickson Editore, 2006.
- [10] Winnicott DW. Bambini. Raffaello Cortina Editore, 1997.
- [11] Cyrulnik B. Il dolore meraviglioso. Edizioni Frassinelli, 2000.

DAL BLOG DELL'ACP

Nel corso della cosiddetta Pandemia molti hanno lasciato commenti sul Blog dell'ACP. Ne riportiamo alcuni con molti ringraziamenti per la loro partecipazione e con l'invito a continuare anche su altri argomenti

Anonimo Grazie! Come sempre un po' di sobrietà e pacatezza non guasta.

Angela Pasinato Grazie per la chiarezza e i commenti ragionati che condivido pienamente. Sarebbe ancora più efficace se fosse pubblicata sui media (vedi commento del prof. Veronesi su Repubblica)

Mario Badino Sono contento che ci sia ancora un po' di buon senso, malgrado i titoli dei vari media... Pubblicherò il vostro comunicato stampa sul mio blog: <http://mariobadino.noblogs.org/> Grazie

Domenico Tiso Comunicazione chiara ed efficace da divulgare per mitigare il terrore istillato nella popolazione. Chiedo di poter riportarne i contenuti sul mio blog: <http://comunicareperlasalute.blogspot.com>

Immanuel Hanno bisogno di soldi questi poveracci...

Anonimo ... ma, non saprei... Ho anch'io dei forti dubbi sull'utilità della vaccinazione, ma i dati forniti mi sembrano simili al bicchiere mezzo pieno o mezzo vuoto. Infatti: 1) BASSA MORTALITÀ: lo 0,3% significa che una persona su 300 che prende l'influenza muore, e considerato l'elevato numero di persone colpite ogni inverno dal virus, la cosa non mi tranquillizza; 2) il vaccino è IN SPERIMENTAZIONE, e nessuno è in grado di sapere se funziona: ma questo è sempre successo tutti gli anni, quando si identifica il virus che si suppone colpirà la popolazione durante l'inverno, e se ne allestisce il vaccino; 3) il fenomeno influenzale è SOVRASTIMATO, ma queste stesse considerazioni valgono per tutte le influenze di tutti gli inverni; 4) la vaccinazione favorisce la MUTAZIONE del virus verso forme più aggressive: ma questo vale solo per l'H1N1, o per tutti? Allora perché abbiamo sempre avuto il vaccino influenzale tutti gli anni per le categorie a rischio?

Mi sembra che si stiano formando due correnti: la prima, tendente al catastrofismo, forse alimentata anche da interessi economici; la seconda, altrettanto poco obiettiva, desiderosa solo di smentire i dati della prima corrente negando ogni aspetto di pericolosità di questa epidemia.

20 settembre 2009

Siamo stati colpiti da una iniziativa di Nature Medicine: la rubrica Community Corner. Su un articolo la rivista chiede il parere di professionisti anche di competenze diverse dagli autori dell'articolo. Tutti sono chiamati a esprimersi perché parte della comunità come specialisti di aree specifiche o semplicemente cittadini curiosi per ogni problema di salute. L'iniziativa è interessante per "legare" diversi lettori. L'idea di comunità è forte: esprimere un parere, o un pensiero, su una notizia sulla salute è ciò che capita di fare direttamente (come medici) o indirettamente (come cittadini, familiari, esperti ecc.).

Anche il pediatra di famiglia può diagnosticare e gestire i disturbi funzionali gastrointestinali*

Parole chiave Disturbi funzionali gastrointestinali. Pediatria di famiglia

I Disturbi Funzionali Gastrointestinali (FIGIDs) rappresentano una sintomatologia, spesso cronica o ricorrente, che non sempre trova conferme negli esami biochimici o strumentali. Sono frequenti e cagionano molti invii da parte del PdF a

centri specialistici per escludere cause organiche. Nel 1997 un gruppo di gastroenterologi pediatri si riunì a Roma ed elaborò un documento di consenso (*Rome II criteria*) per standardizzare i criteri diagnostici e gestionali dei FIGIDs nel bambino. Giuseppe Primavera e 20 PdF di Palermo, coordinati da Giuseppe Magazzù, hanno applicato, nella pratica ambula-

toriale, le indicazioni di Roma II in 9281 bambini con FIGIDs con 3 visite di controllo nel corso dell'anno successivo alla prima osservazione. I risultati: nel 97,2% dei casi la diagnosi e la gestione dei FIGIDs può essere fatta dal PdF senza inviare il bambino a centri specialistici riducendo i costi, economici e personali, e migliorando la qualità dei percorsi di cura.

*Primavera G, et al. Clinical utility of Rome criteria managing functional gastrointestinal disorders in pediatric primary care. *Pediatrics* 2009;125: e155-e161.

Cambiare l'attività ambulatoriale del PdF è possibile e loro ci sono riusciti modificando una prassi operativa sui FIGIDs che fino a oggi ha avuto poche conferme nell'ambito delle cure primarie. L'applicazione del modello biopsicosociale, la scelta di un percorso diagnostico senza invio della famiglia a un terzo livello sono momenti caratterizzanti dell'esperienza palermitana. Studio e ricerca, oltre all'impegno clinico per il pediatra di famiglia: compiti non contemplati o non considerati tradizionalmente nel nostro *mansionario*. Perché allora questa fatica? Il pensiero di sapere che l'*advocacy* del pediatra è il bambino, sarebbe già sufficiente a motivarci, ma forse questa spiegazione non basta. Mancando incentivi e riconoscimenti, al momento non appartenenti al vocabolario della *Primary Care Research* per il pediatra di famiglia, il possibile combustibile che spinge verso questo impegno può essere la soddisfazione per il lavoro intellettuale, il desiderio di non rimanere confinato in uno spazio che può risultare ristretto per la propria professione, il riconoscimento di una nuova autorevolezza, lo sperimentare un nuovo modello di essere pediatra, la volontà di costruire un progetto per verificare se il proprio operato è utile e necessario; o il semplice piacere per l'impegno condiviso. Loro ci sono riusciti per i FIGIDs. Forse le cure primarie richiedono a tutti un nuovo modo di essere pediatra.

Costantino Panza, Pediatra di famiglia, Parma

Lo studio non dimostra soltanto che è possibile seguire linee guida nelle cure primarie, ma suggerisce anche un metodo nel rapporto con i pazienti (o in questo caso i loro genitori). Mi è piaciuto il concetto di "rassicurazione informata" che significa evitare la rassicurazione paternalistica quando è chiara l'insussistenza di patologie serie o il ricorso a tecnologie diagnostiche che, di per sé, non rassicurano affatto, se si pretende che vadano a surrogare il "prendere in carico" il paziente con il suo problema. La tecnologia appartiene al clinico, quindi, se la presa in carico si realizza in modo realmente percepito, il ricorso alla diagnostica strumentale e di laboratorio ritorna nelle mani del clinico, che può ricorrervi non più a scopo "difensivo" o per mostrare di "fare qualcosa", ma con l'unico riferimento giusto e pertinente che è quello dell'appropriatezza. Il rapporto col paziente può ritornare così a essere quello di una comunicazione/condivisione efficace, capace di dissolvere se non tutte le incertezze almeno le ansie e le preoccupazioni, permettendo un approccio razionale proprio perché le componenti emotive hanno una risposta nella rassicurazione informata. Sarebbe interessante un'analisi stratificata dei dati raccolti per condizioni socioeconomiche e culturali: è questo il punto critico della comunicazione e dell'informazione, strumenti non immuni dai rischi di diseguaglianze.

Massimo Tombesi, Medico di medicina generale, Macerata

L'assenza di indicatori "positivi" di malattia rende difficile la diagnosi, che viene posta "in negativo" costringendo spesso al ricorso di protocolli spesso complessi per escludere una patologia organica. L'applicazione di criteri diagnostici standardizzati e validati è generalmente di particolare utilità in quelle condizioni per le quali non esistono specifici marcatori anatomici, biochimici o strumentali. Protocolli condivisi, anche con interventi formativi, consentono di migliorare la qualità delle cure. La dimostrazione che i "Criteri di Roma" possano essere utilmente impiegati per la diagnosi e il trattamento dei disturbi funzionali gastrointestinali (FGIDs) dell'età pediatrica anche a livello delle cure primarie rappresenta pertanto un elemento destinato a modificare in modo significativo la gestione di questi disturbi che sono particolarmente frequenti nella popolazione pediatrica. Preferire, quindi, a un intervento principalmente di tipo farmacologico ora dovrebbe essere di prima scelta quello volto a spiegare la probabile origine dei sintomi e a rassicurare la famiglia. Sarà, comunque, importante verificare prospetticamente, in questi tempi di particolare diffusione della "medicina difensiva", il mantenimento della fiducia nella validità del protocollo.

Paolo Pazzi, Direttore Struttura Complessa di Gastroenterologia, Ospedale "M. Bufalini", Cesena

L'aspetto più significativo dei "Criteri di Roma II" sta nel fatto che sono raccomandazioni di tipo eminentemente clinico, fondate sulla valutazione globale del paziente e dell'ambiente in cui vive. Per il medico ospedaliero e per quello di famiglia gli standardizzati percorsi diagnostico-terapeutici spesso si trasformano in un comodo algoritmo mentale che porta a escludere un ragionamento clinico, accanto al quale può trovare posto l'esperienza e, perché no, l'intuizione. L'esame di laboratorio, l'ecografia, la TAC e la gastroscopia, seguendo tali premesse, non costituiscono più, allora, un momento fondamentale per perfezionare la diagnosi e impostare una terapia ma diventano un modo per rinviare la decisione o affidarla ad altri frammentando la presa in carico. Non è sempre così, ma la richiesta dell'esame è talvolta automatica e magari anche capace, inconsciamente, di virtù terapeutiche. I "Criteri di Roma III" si inseriscono nell'attuale scenario della Sanità che assegna agli ospedali il compito della cura tempestiva ed efficace delle patologie acute e alla medicina del territorio il compito della gestione della "cronicità", in tutti i suoi aspetti e differenziazioni per fasce d'età. Uno scenario che dovrebbe essere governato dal principio (culturale-etico-scientifico) della presa in carico del paziente e della conseguente assunzione di responsabilità cui segue il concetto di sviluppo, anche narrativo, della storia clinica.

Giovanni Lorenzi, Direttore Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare, Ospedale "A. Manzoni", Lecco

Prevenire le sepsi neonatali nei neonati di peso molto basso: così semplice da sembrare impossibile?

Recensione dell'articolo: Manzoni P, et al. Bovine lactoferrin supplementation for prevention of late-onset sepsis in very low birth weight neonates [1]

Luigi Gagliardi

UO Pediatria e Neonatologia, Ospedale Versilia, Italian Neonatal Network

Abstract

Prevention of VLBW newborn sepsis: is it too simple to appear impossible?

This paper, which reports the results of a multicenter randomized controlled masked clinical trial carried out in 11 Italian Neonatal Intensive care units, reports that the oral administration of bovine lactoferrin is safe and effective in preventing late-onset sepsis in very low birth weight neonates. The protective effect is relevant (RR about 0.3) and occurs for both bacterial and fungal sepsis. No adverse effects of treatment have been reported. If these results were confirmed, they will have a profound impact on neonatal mortality and morbidity. However successful, the "pharmacological" approach to nosocomial sepsis must not obscure the fact that these infections are largely "nosocomial", i.e. associated to procedures that we perform on neonates, which should be a target for intervention through quality improvement programs.

Quaderni acp 2010; 17(3): 126-128

Keywords Bovine lactoferrin. Very low birth weight neonates. Sepsis

L'articolo, che riporta i dati di uno studio randomizzato multicentrico in doppio cieco verso placebo, svolto in 11 terapie intensive neonatali italiane. Dimostra che la somministrazione orale di lattoferrina bovina è efficace nel prevenire la sepsi tardiva nei neonati di peso molto basso (<1500 g). L'effetto protettivo è rilevante (il rischio relativo è circa 0,3), e riguarda sia le sepsi batteriche sia quelle fungine. Non sono stati segnalati effetti avversi del trattamento. Se questi spettacolari risultati saranno confermati, avranno un impatto molto rilevante sulla mortalità e morbosità dei neonati pretermine. Per quanto efficace, l'approccio "farmacologico" alle sepsi non deve far passare in secondo piano che queste infezioni sono largamente "nosocomiali", legate alle procedure che noi pratichiamo sui pazienti, e suscettibili di modifica e prevenzione in un'ottica di miglioramento della qualità.

Parole chiave Lattoferrina bovina. Neonati di peso molto basso. Sepsis

Telescopio è una nuova rubrica di recensioni di articoli rilevanti. La recensione di questo numero, oltre che per l'importanza dell'argomento affrontato e dei risultati presentati, merita una particolare attenzione anche perché gli autori e il farmaco studiato sono italiani [1].

Lo studio, le cui implicazioni sono discusse anche su *Nature Medicine*, è uno studio randomizzato, multicentrico, in doppio cieco, condotto in 11 terapie intensive neonatali italiane sull'effetto della supplementazione con lattoferrina bovina somministrata per os, con e senza aggiunta di un probiotico (*Lactobacillus rhamnosus* GG) per prevenire le sepsi tardive, cioè le sepsi che si manifestano dopo 3 o più giorni di vita ("late-onset sepsis"), nei neonati di peso molto basso (<1500 g *very low birth weight*, VLBW) [2].

Il razionale dello studio è che la lattoferrina, una proteina presente nel latte umano e resistente alla digestione, ha un effetto antifettivo, tramite il sequestro del ferro e il legame con le endotossine, sia in vitro che in modelli animali. La lattoferrina bovina ha un'alta omologia (77%) con la proteina umana, e un'attività antifettiva ancora maggiore. Il lattobacillo GG aumenta in modelli animali l'effetto della lattoferrina. Dato che il tratto digestivo nei neonati VLBW è un luogo di colonizzazione e traslocazione batterica per molti patogeni, queste due sostanze potrebbero favorire la corretta colonizzazione dei batteri enterici, orientando e sviluppando la flora enterica in senso non patogeno.

I risultati dimostrano chiaramente che la supplementazione con lattoferrina riduce

in maniera rilevante (di oltre la metà) il rischio di sepsi, sia batterica sia fungina, con un calo anche della mortalità associata a sepsi e di alcune altre patologie, quali la Retinopatia della Prematurità (ROP) grave e l'Enterocolite Necrotizzante (NEC). La supplementazione di probiotici in aggiunta alla lattoferrina aumenta solo parzialmente, in maniera non significativa, la protezione fornita dalla sola lattoferrina. L'effetto è più spiccato nei confronti dei batteri Gram positivi (compresi gli stafilococchi coagulasi-negativi), ma è presente anche verso i batteri Gram negativi e i miceti. L'effetto sui neonati più piccoli è maggiore che su quelli più grandi.

Non si sono verificati nello studio eventi avversi attribuibili al farmaco nel periodo di osservazione (anche se non è possibile escludere problemi allergici a lungo termine, essi non sono documentati in letteratura).

Questo studio è il secondo da parte di questo gruppo di ricercatori, guidati da Paolo Manzoni, che in precedenza aveva dimostrato l'efficacia della profilassi con fluconazolo verso le infezioni fungine nei neonati VLBW [3].

Una valutazione metodologica dello studio

Dal punto di vista metodologico il lavoro appare estremamente robusto. In particolare, esso utilizza un disegno dell'esperimento del trial clinico randomizzato (RCT), unanimemente ritenuto quello a minor rischio di fornire risultati viziosi; l'analisi statistica è adeguata al disegno multicentrico, la valutazione dell'esito (le sepsi considerate sono solo quelle con emocoltura o coltura di liquor o peritoneo positive) è corretta e segue gli standard riconosciuti in neonatologia. I risultati sono chiari e coerenti, e le conclusioni sono supportate dai dati.

Non ci sono quindi bias evidenti, e l'unica ipotesi alternativa per spiegare questi

Per corrispondenza:

Luigi Gagliardi

e-mail: l.gagliardi@neonatalnet.org

telescopio

risultati positivi è, come in tutti gli studi, l'effetto del caso (il cosiddetto errore di tipo I, misurato dal famoso "p<", che in questo studio si attesta attorno a 1/1000). Le poche critiche che si possono muovere sono che la dimensione del campione (472 VLBW divisi nei 3 bracci) è adeguata per vedere delle differenze così cospicue tra placebo e farmaci, ma forse troppo scarsa per dimostrare un ulteriore vantaggio dato dall'associazione con probiotico, e per cercare eventuali differenze in fasce di peso o di età gestazionale.

Inoltre l'uso "americano" di reclutare e analizzare i neonati per fasce di peso e non per età gestazionale riduce un po' l'interpretabilità di eventuali gradienti di efficacia, e confonde l'effetto del basso peso con quello della prematurità.

Ci possiamo chiedere se i risultati siano generalizzabili, cioè se abbiano "validità esterna". I criteri di inclusione riguardano i neonati <1500 g sopravvissuti al terzo giorno di vita, cioè a rischio di infezione tardiva. Nello studio, i controlli hanno avuto una frequenza di sepsi del 17,3% (esattamente il valore atteso dagli Autori) e una mortalità del 7,1%.

Per confronto, i dati dell'*Italian Neonatal Network* (branca italiana del *Vermont-Oxford Network*, di cui molti dei centri coinvolti nello studio fanno parte) su circa 7900 VLBW dal 2005 al 2008 presentano una frequenza di sepsi tardive (batteriche e fungine, definite come nello studio da una coltura positiva) del 14%, e una mortalità <10% nei sopravvissuti ai primi 3 gg di vita. In sostanza, c'è un'ottima corrispondenza tra campione studiato e popolazione generale italiana dei VLBW, che non fa prevedere problemi di generalizzabilità.

Problemi aperti: altri aspetti da considerare

Alcuni punti non trovano una risposta definitiva dallo studio: per esempio quale sia la dose di lattoferrina che conferisce il massimo effetto protettivo.

Per ottimizzare l'intervento, sarebbe stato interessante sapere se l'effetto protettivo della lattoferrina sia analogo nel caso di un rischio di base di infezioni elevato o basso (che a sua volta può essere legato a differenze tra ospedali o a diffe-

renze tra pazienti).

Anche il timing dell'effetto sarà da meglio definire: dall'esame dell'età alla morte (che nei trattati è molto più bassa), si vede che l'effetto protettivo riguarda le infezioni molto tardive. Entrambi questi punti possono essere rilevanti per quanto concerne la valutazione dell'effectiveness in ogni singolo ospedale.

Un aspetto sorprendente e a cui gli Autori non danno una spiegazione è il fatto che i neonati che ricevevano latte materno o latte umano (i tre bracci del trial avevano un'ottima sovrapposibilità per quanto riguarda questo aspetto), che pure contiene lattoferrina, non abbiano presentato alcun beneficio rispetto ai neonati che ricevevano formula (anzi, nell'analisi multivariata presentata l'effetto, seppure ampiamente non significativo, va nella direzione dell'aumento di rischio).

Un ultimo aspetto da considerare è che i neonati in profilassi con fluconazolo erano esclusi dallo studio. Questa decisione impedisce ovviamente di stimare l'effetto della combinazione lattoferrina-fluconazolo sulle sepsi fungine, e impedisce di sapere quale sia il ruolo della profilassi con fluconazolo una volta che si utilizzi la profilassi con lattoferrina.

Un approccio di quality improvement (QI) al problema delle infezioni

La forza e la consistenza interna di questi risultati non devono far dimenticare che la prescrizione farmacologica non esaurisce il problema "infezioni" secondo l'ideale ehrlichiano della "pallottola magica".

In effetti, le infezioni "tardive" del neonato, così come le infezioni dei pazienti adulti in terapia intensiva, riconoscono fattori di rischio legati, oltre che all'ospite (per i neonati: bassa età gestazionale, sesso maschile ecc.), anche alle procedure eseguite su di essi; la frequenza di infezioni varia moltissimo tra ospedale e ospedale. Per esempio, nei dati del *Vermont-Oxford Network* riferiti a 750 ospedali che hanno assistito oltre 53.000 neonati VLBW nel 2008 in tutto il mondo, per gli ospedali il 10° centile di infezioni tardive è il 3,7%, e il 90° centile il 31,7%.

Queste differenze dimostrano che le infezioni non sono una ineluttabile conse-

guenza della prematurità, e impongono dunque di occuparsi anche del perché alcuni ospedali abbiano un basso tasso di infezioni e altri un tasso più alto, intervenendo con un approccio di "miglioramento della qualità" sulle procedure. Inoltre, diversi contesti (ospedali) possono avere diverse "cause" di infezione (per esempio, in un caso il problema può essere dovuto all'inserimento di cateteri venosi centrali, in un altro a problemi nelle politiche di alimentazione dei neonati ecc.) e un approccio di QI, che richiede un'analisi del contesto locale dove l'intervento dovrà poi essere implementato, può offrire un interesse specifico per mettere in luce i punti forti e i punti deboli dell'organizzazione delle cure nello specifico ospedale.

Gli Autori dello studio riconoscono l'importanza di questo secondo asse di intervento, anche se lamentano la scarsità di dati "evidence-based" (EB) a sostegno della strategia QI.

Esistono sicuramente procedure EB per ridurre il rischio di infezioni (per esempio, il lavaggio delle mani, l'uso delle precauzioni di barriera durante l'inserimento dei cateteri venosi centrali, la rimozione tempestiva dei cateteri non necessari come raccomandato dai CDC ecc.). Un elenco di queste "potentially better practices" si può trovare nel lavoro di Kilbride et al., nonché in numerosissime pubblicazioni [4]. Il *Vermont-Oxford Network* ha prodotto un "toolkit" per il miglioramento della qualità ("Reducing nosocomial infections"), che è disponibile tramite l'*Italian Neonatal Network* per i centri italiani partecipanti al *Vermont-Oxford Network*.

Un approccio di questo tipo, per esempio, ha condotto alla rilevante e sostenuta diminuzione delle infezioni nosocomiali nelle terapie intensive (dell'adulto) nell'intero stato del Michigan, come riportato in uno studio molto influente e citatissimo [5].

È opportuna qui anche una breve riflessione riguardo alla possibile antinomia tra approccio "evidence based" e approccio "quality improvement". Gli studi farmacologici come quello qui analizzato sono per la loro stessa natura i più adatti a essere valutati secondo una procedura riduzionistica e semplificatrice quale

quella del RCT, che invece può adattarsi male a contesti in cui si valutino dei “pacchetti” di interventi, ampiamente interdipendenti tra loro e dipendenti dal contesto generale che non può essere attribuito casualmente e non può essere mascherato, come negli studi di QI [6]. Di fatto, la scelta di un approccio EB, quale principale strumento per la valutazione dell'evidenza scientifica, che si riflette poi sulla gerarchia delle evidenze (metanalisi - RCT - studio osservazionale ecc.), orienta il riconoscimento di ciò che è provato e ciò che non lo è verso interventi semplici, per lo più farmacologici, che possono essere studiati adeguatamente tramite RCT, rispetto a situazioni complesse che vengono più spesso analizzate tramite studi osservazionali o studi di intervento non randomizzati. Pertanto, la maggioranza degli studi di QI non può essere inclusa in metanalisi, e questo può costituire un problema nella possibilità di riconoscere l'efficacia degli interventi indagati [7].

Conclusione

I risultati di questo studio, se confermati, avranno un impatto molto rilevante sulla mortalità e morbosità dei neonati pretermine. Questa strategia potrebbe inoltre essere applicata anche ad alcuni malati critici adulti, che presentano (forse) problemi simili. L'approccio “farmacologico” alle sepsi non deve far passare in secondo piano che queste infezioni sono largamente legate alle procedure che noi pratichiamo sui pazienti, che pure sono modificabili. ♦

Bibliografia

- [1] Manzoni P, Rinaldi M, Cattani C, et al. Bovine lactoferrin supplementation for prevention of late-onset sepsis in very low birth weight neonates. *JAMA* 2009;302:1421-8.
- [2] AAVV. Milk protein feeds off sepsis in premature babies. *Nature Med* 2009;15:1362.
- [3] Manzoni P, Stolfi I, Pugni L, et al. A multicenter, randomized trial of prophylactic fluconazole in preterm neonates. *N Engl J Med* 2007;356:2483-95.
- [4] Kilbride HW, Powers R, Wirtschafter DD, et al. Evaluation and development of potentially better practices to prevent neonatal nosocomial bacteremia. *Pediatrics* 2003;111:e504-18.
- [5] Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006;355:2725-32.
- [6] Gagliardi L. Prediction and causal inference. *Acta Paediatr* 2009;98:1890-2.
- [7] Lindenauer PK. Effects of quality improvement collaboratives. *BMJ* 2008;336:1448-9.

I PEDIATRI ACP HANNO SVOLTO LA PRIMA RICERCA ITALIANA SULLA GESTIONE DEL TESTICOLO RITENUTO

La ricerca

Sono stati pubblicati, sul numero di aprile di *Medico e bambino*, i risultati di una ricerca indipendente sulla gestione del bambino con testicolo ritenuto che ha coinvolto 140 pediatri di famiglia dell'ACP (vedi a pagina 119) con il coordinamento dell'Istituto per l'Infanzia Burlo Garofolo di Trieste e dell'Università di Chieti.

Il testicolo ritenuto (criptorchidismo) è una delle più frequenti anomalie congenite. Interessa il 3-5% dei nati a termine e il 9-30% dei pretermine. In Italia nascono ogni anno dai 10 mila ai 90 mila bambini con questa patologia. Sulla base delle evidenze a oggi disponibili è stato stilato, nel 2007, un Consenso su come trattare correttamente e tempestivamente questo problema per favorire uno sviluppo completo dei testicoli ed evitare conseguenze in età adulta quali la riduzione della fertilità, l'insufficiente produzione di ormoni e la degenerazione tumorale del testicolo. L'impressione era che, in Italia, la gestione di questa malformazione congenita non fosse ottimale. Sembrava che molti bambini con criptorchidismo ricevessero la terapia ormonale, una procedura non sicura e non sempre efficace mentre il gold standard è l'intervento chirurgico come indica il recente documento di consenso. I dati lo hanno confermato.

- Nel 20% dei casi è stata tentata la terapia ormonale che, come atteso, ha avuto un effetto positivo solo una volta su quattro.
- Nel 60% dei casi è stata imboccata la strada della chirurgia, ma l'età media dell'intervento è risultata di 23 mesi e un bambino su 3 è stato operato dopo i 2 anni. Solo il 13% è stato operato entro il 12° mese come indicato nel documento di Consenso. La nota positiva è che 9 interventi su 10 sono stati realizzati presso un centro di Chirurgia pediatrica. In merito all'utilizzo della terapia ormonale e all'età media, sembra esserci una certa variabilità tra le Regioni. Nel 16% dei casi non si è reso necessario alcun trattamento perché il problema si è risolto spontaneamente.

Si tratta della prima ricerca nazionale indipendente, cioè senza sponsor, condotta per valutare quanto le raccomandazioni basate sulle evidenze siano adottate nella corrente pratica assistenziale in Italia.

Il commento di Paolo Siani

“La ricerca ha un importante valore scientifico per tutta la comunità dei Pediatri italiani e dei medici che si occupano della salute dei bambini, richiamandoli tutti a una migliore adesione alle linee guida internazionali su una patologia niente affatto rara. È un metodo di lavoro questo che l'ACP ha intrapreso da molti anni per fornire agli operatori sanitari gli strumenti utili ed efficaci per assistere al meglio i nostri bambini, abbandonando tutte quelle procedure che si sono dimostrate inutili o addirittura dannose. Sappiamo bene che modificare i comportamenti è un processo che richiede tempo e dedizione e il compito della nostra associazione va proprio in questa direzione. Infine vogliamo sottolineare l'importanza di condurre una ricerca libera e indipendente senza alcun condizionamento esterno”.

Impianti nucleari e tumori infantili

Giuseppe Primavera
Gruppo PUMP dell'ACP

Parole chiave Leucemia. Tumori solidi. Energia nucleare

Neoplasie e centrali nucleari in Germania

Nel 2008 lo studio KiKK (*Kinderkrebs in der Umgebung von Kernkraftwerken* = tumori infantili nelle vicinanze di impianti nucleari) ha rilevato un incremento di 1,6 volte dei tumori solidi e di 2,2 volte delle leucemie tra i bambini di età < 5 anni residenti entro 5 km da tutti gli impianti di energia nucleare in Germania [1]. Lo studio ha suscitato un ampio dibattito in Germania ma ha ricevuto scarsa attenzione altrove. Eppure si è trattato di uno studio importante, per una serie di motivi. Primo: ha esaminato tutti i tumori insorti attorno a tutti i 16 reattori nucleari tedeschi tra il 1980 e il 2003. Secondo: è stato uno studio indipendente, commissionato dall'Agenzia per la radioprotezione del Governo Federale Tedesco. Terzo: la validità dei suoi risultati è stata ammessa dallo stesso Governo, che ha però concluso che lo studio non è stato in grado di fornire delle plausibili ragioni biologiche, in quanto le correnti conoscenze di epidemiologia e radiobiologia non consentono di concludere che le radiazioni ionizzanti emesse dalle centrali possano essere la causa.

Nel 2009 è stato pubblicato un ampio commento a questo studio articolato in più punti [2].

1. Lo studio KiKK è supportato da una metanalisi (descritta nel paragrafo successivo) che riporta un aumento del tasso di mortalità per leucemia nei bambini < 9 anni del 5-24% attorno a siti nucleari di vari Paesi industrializzati.
2. I risultati sono statisticamente significativi ($p < 0,003$ per tutti i tumori e $0,004$ per le leucemie).
3. È uno studio caso-controllo (593 bambini affetti da leucemia e 1766 controlli).
4. È stata effettuata un'accurata misurazione delle distanze tra le abitazioni dei casi di malattia e le centrali.

5. È il primo studio ad avere esaminato la relazione distanza/rischio (OR per leucemia per bambini residenti a meno di 5 km = 1,76), controllando i fattori confondenti.

6. È stato applicato il test di Bradford-Hill che valuta forza, consistenza e specificità dei risultati dello studio, rapporto temporale causa-effetto, presenza di studi sperimentali, analogia con altri studi. Tutti i criteri erano soddisfatti tranne uno: la plausibilità biologica, in quanto le stime ufficiali delle radiazioni emesse sono circa tre ordini di grandezza più basse di quelle che potrebbero causare tumori. L'Autore avanza diverse ipotesi.

A. Potrebbe esserci un effetto teratogeno da parte dei nuclidi sui tessuti dell'embrione e del feto, come suggerito dal riscontro di un aumentato tasso di carcinomi embrionari. A tale riguardo potrebbero essere molto pericolosi i picchi di H_3 e C_{14} che vengono registrati circa una volta all'anno, in occasione del rifornimento di combustibile nucleare.

B. I dati sulla radiosensibilità dell'embrione e del feto provengono per lo più da studi sugli effetti dell'esposizione a raggi X nel terzo trimestre, mentre ci sono pochi dati sul rischio emergente dall'esposizione in utero dall'interno (i radionuclidi incorporati dalla madre); inoltre il rischio nel primo trimestre sarebbe cinque volte maggiore.

C. La maggiore radiosensibilità del midollo e del tessuto linfatico embrionari, ricchi di cellule staminali le cui mutazioni potrebbero essere trasmesse ai globuli bianchi.

In conclusione gli spikes delle centrali nucleari marcherebbero i tessuti embriofetali, particolarmente quello ematopoietico, e i bambini potrebbero nascere con alterazioni preleucemiche.

Lo studio KiKK suscita molti interrogativi. Si auspica che altri studi in Paesi produttori di energia nucleare raccolgano dati epidemiologici e stimino dosi e rischi delle emissioni episodiche di radionuclidi, le dosi che arrivano al tessuto ematopoietico embrionale e i susseguenti rischi.

Leucemie e centrali nucleari, una metanalisi

Una metanalisi, finanziata dal Dipartimento dell'Energia degli USA, ha analizzato gli studi su incidenza e mortalità per leucemia infantile nelle vicinanze di impianti nucleari [3]. Da una esaustiva ricerca della letteratura, di articoli citati in bibliografia e documenti governativi, due ricercatori hanno identificato 17 studi comprendenti 136 impianti nucleari situati in 9 Paesi, che rispondevano ai criteri di inclusione: studi di coorte, studi che riportavano per ogni singolo sito i casi osservati, attesi e/o i tassi standardizzati di incidenza o mortalità, studi che comprendevano l'età pediatrica. Per l'analisi statistica sono stati utilizzati il modello a effetti fissi (*fixed effects*) e il modello a effetti casuali (*random effects*). Con entrambi i modelli nel gruppo 0-9 anni il tasso standardizzato di mortalità (SMR) per leucemia entro 16 km dal sito era > 1 e statisticamente significativo (SMR 1,23; IC 95%: 1,04-1,46), così come il tasso standardizzato di incidenza (SIR) di leucemia (SIR 1,14; IC 95%: 0,98-1,33). Il gruppo 0-9 anni risultava più colpito rispetto al gruppo 0-25 anni. Gli Autori mettevano in evidenza le limitazioni della metanalisi, come l'impossibilità di includere gli studi sulle centrali svedesi e israeliane, che non confermarono l'associazione con la leucemia infantile, e le centrali dell'ex Unione Sovietica e della Cina. La metanalisi lascia aperti molti interrogativi, in quanto gli studi dose-risposta dimostrano che le emissioni delle centrali sono troppo basse per spiegare l'eccesso di casi di leucemia, ma anche questi studi hanno le loro limitazioni poiché non considerano i fattori geografici e climatici e gli stili di vita individuali. Anche i risultati degli studi che hanno calcolato i tassi prima e dopo l'entrata in funzione degli impianti sono contraddittori. Questo potrebbe suggerire l'esistenza di altri fattori di rischio non identificati. ♦

Bibliografia

- [1] http://www.bfs.de/de/bfs/druck/Ufoplan/4334_KiKK_Zusamm.pdf.
 [2] Fairlie I. Commentary: childhood cancer near nuclear power stations. *Environmental Health* 2009;8:43.
 [3] Baker PJ, Hoel DG. Meta-analysis of standardized incidence and mortality rates of childhood leukaemia in proximity to nuclear facilities *Eur J Cancer Care* 2007;16:355-36.

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

Tante novità, (quasi) niente di nuovo

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave *Pandemia. Rotarix. Anti-pneumococco. Anti-HPV*

Ancora poca trasparenza

Dopo le polemiche sulla gestione della pandemia che hanno raggiunto il culmine con la richiesta di un'indagine da parte del Committee on Social, Health and Family Affairs del Parlamento Europeo, l'OMS ha annunciato la costituzione di un comitato di valutazione esterno e indipendente [1]. Purtroppo però non sono accessibili le informazioni sugli eventuali conflitti di interesse dei 19 esperti che ne fanno parte e tra questi compare John Mackenzie, presidente dell'Emergency Committee che ha sostenuto l'OMS nella decisione di dichiarare lo stato di pandemia. Tutt'altro che "esterno" quindi. Intanto le udienze presso il Parlamento Europeo continuano. La seconda si è tenuta a Parigi il 29 marzo, ma questa volta l'OMS ha declinato l'invito [2]. Sono stati ascoltati, tra gli altri, Tom Jefferson della Cochrane Collaboration e il Ministro della Sanità polacco Ewa Kopacz. Jefferson ha illustrato i cambiamenti della definizione di pandemia e l'errore sistematico nella definizione di influenza confusa con le sindromi influenzali. Ewa Kopacz ha spiegato come mai la Polonia – unico Stato al mondo – non ha voluto acquistare neppure una dose di vaccino, valutando che l'epidemia di influenza suina non rappresentasse una minaccia tale da giustificare una vaccinazione di massa, tanto più con vaccini di cui non si avevano dati sufficienti di efficacia e sicurezza. Commentando i contratti discutibili stipulati tra Stati e industria per l'approvvigionamento di vaccini pandemici, in particolare per la completa deresponsabilizzazione dell'industria in caso di danni da vaccino, Ewa Kopacz ha dichiarato che "il suo dovere è fare gli interessi del popolo polacco e non quelli dell'industria del farmaco". È da notare che in Polonia la frequenza della malattia è stata uguale o minore che negli Stati dove si è vaccinato.

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

Rotarix sospeso per cautela, ma non da tutti

Lo scorso 22 marzo l'FDA ha raccomandato di sospendere, per precauzione, l'uso di Rotarix, vaccino contro il rotavirus della Glaxo Smith Kline (GSK). Sarà infatti necessario approfondire il significato della presenza nel vaccino del DNA di un circovirus porcino di tipo 1 (PCV1). Nella stessa data l'Agenzia europea del farmaco (EMA) ha dichiarato invece che il ritrovamento del PCV1 non costituiva un pericolo per la salute pubblica e che quindi non vi era motivo per prendere alcun provvedimento. È vero che questo virus non risulta patogeno per l'uomo ma la presenza di un agente estraneo, indipendentemente dalla sua pericolosità, può significare che esistono problemi nella filiera di produzione e quindi rappresenta comunque motivo di cautela. Anche questa volta – come fu per gli adiuvanti nei vaccini pandemici – le due Agenzie si sono comportate in modo diverso: più attenta e cauta l'FDA. A sorpresa, nonostante il parere "tollerante" dell'EMA, l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha emanato in aprile un provvedimento di divieto d'uso del Rotarix fino a quando non saranno disponibili i risultati di ulteriori accertamenti sulla contaminazione [3]. È difficile capire il motivo di atteggiamenti così diversi nella valutazione della sicurezza dei farmaci, ma non vi è dubbio che sarebbe auspicabile l'adozione di criteri univoci ispirati al principio di precauzione.

Nuovi vaccini contro lo pneumococco

Tra il 2009 e il 2010 sono stati autorizzati due nuovi vaccini contro lo pneumococco. Il 10-valente della GSK, autorizzato dall'EMA il 30 marzo 2009, è passato quasi inosservato, al contrario il 13-valente della Wyeth – autorizzato sia negli USA che in Europa all'inizio del 2010 – è stato ampiamente pubblicizzato. In effetti il 10-valente non aggiunge granché alla protezione data dal 7-valente, almeno in Italia, stando ai dati sui sierotipi pubblicati dall'ISS nel dicembre 2009. Il 13-valente copre per ora il 75% dei sierotipi circolanti in Italia nei bambini. Il suo pregio maggiore è quello di coprire anche dal temuto 19A in crescita anche da noi, ma la copertura potrebbe calare nel tempo per il fenomeno del rimpiazzo, visto puntualmente anche in Ita-

lia dopo l'introduzione del 7-valente che attualmente copre solo il 40% dei sierotipi. Da anni viene periodicamente annunciato un piano di vaccinazione contro lo pneumococco per i bambini dei Paesi poveri, dove l'OMS stima un milione di decessi all'anno in età < 5 anni, per infezioni invasive, per lo più polmoniti, dovute a questo microrganismo. Il progetto vede come capofila il nostro governo (il ministro Tremonti) [6]. Una volta partito, richiederà un'attenta verifica sul campo dei risultati ottenuti nel tempo. Rimane infatti il problema della copertura dei sierotipi circolanti oltre all'imprevedibile effetto del rimpiazzo da parte di ceppi anche antibiotico-resistenti. La vera novità sarebbe il vaccino sierotipo-indipendente, ma gli studi sono solo in fase I e se ne parla sempre meno.

Scarsa anche negli USA l'adesione all'anti-HPV

Le coperture vaccinali del 2008 negli USA contro l'HPV, calcolate su un campione di 2205 ragazze, sono risultate basse, ancora più basse di quelle italiane nello stesso anno (34% a 11 anni e 27% a 12 anni, vaccinate con 3 dosi). Solo il 25% delle ragazze statunitensi dai 13 ai 17 anni ha ricevuto almeno una dose e l'11% ha completato il ciclo. I principali motivi del rifiuto secondo Susan Rosenthal, pediatra della Columbia University, sono la scarsa familiarità nei confronti di un vaccino nuovo e la presenza di movimenti antivaccinali [7]. Nessun cenno ai dubbi e alle criticità sollevati dalla comunità scientifica e ripresi dai quotidiani USA, che nulla hanno a che fare con l'ostilità alle vaccinazioni e che possono aver influito sulla scelta.

Bibliografia

- [1] WHO. External review of pandemic response - members of the review committee http://www.who.int/ihr/r_c_members/en/index.html.
- [2] Council of Europe. Social, Health and Family Affairs. Swine Flu: 'the next time someone cries wolf on a pandemic, it will not be taken seriously'. Paris, 29.03.2010; http://assembly.coe.int/ASP/NewsManager/EMB_NewsManagerView.asp?ID=5415.
- [3] AIFA. Aggiornamento AIFA su Rotarix. 01/04/2010; http://www.agenziafarmaco.it/REGISTRAZIONE_FARMACO/registrazione_farmaco_353.html.
- [4] Advance Marketing Commitments for vaccines; http://www.vaccineamc.org/pneu_amc.html.
- [5] Hitt E. Complete HPV Immunization Rates Low in the United States. Medscape. March 12, 2010; <http://www.medscape.com/viewarticle/718413>.

Beta-agonisti a lunga durata d'azione: mai più da soli nella terapia dell'asma

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

Parole chiave Beta-agonisti. Oxatomide. Olmesartan. Otite esterna

I beta-agonisti a lunga durata d'azione vanno impiegati solo in associazione con altri antiasmatici

La *Food and Drug Administration* (FDA) ha stabilito che i farmaci appartenenti alla classe dei beta-agonisti a lunga durata d'azione (LABA) non dovranno essere utilizzati da soli, e ha chiesto alle aziende produttrici di inserire negli stampati dei medicinali un'avvertenza al riguardo.

La decisione è stata presa dopo una revisione degli studi clinici che ha osservato, negli esposti a questi farmaci, sia bambini che adulti, un aumento del rischio di peggioramento dei sintomi asmatici e di ospedalizzazione. Sono, inoltre, segnalati casi di morte. La FDA ha stabilito che:

- l'uso dei LABA è controindicato in assenza di un farmaco di controllo dell'asma (come steroidi inalatori). E inoltre i LABA:
 - devono essere utilizzati solo in pazienti con asma non controllato da altri farmaci;
 - devono essere impiegati per il più breve tempo possibile e sospesi, se possibile, una volta raggiunto il controllo dell'asma;
 - se devono essere usati in bambini e adolescenti insieme a steroidi inalatori, vanno utilizzate associazioni prefissate dei due farmaci per assicurare un'adeguata compliance con entrambi i farmaci.

La FDA ha inoltre chiesto: a) che venga attivato un programma per la valutazione e la riduzione del rischio (*Risk Evaluation and Mitigation Strategy*, REMS) che prevede la stesura di una guida per i pazienti e interventi educativi per i medici; b) che vengano condotti ulteriori studi di valutazione del rischio.

FDA Drug Safety Communication: New safety requirements for long-acting inhaled asthma medications called Long-Acting Beta-Agonists (LABAs); <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm200776.htm>

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

L'AIFA ha controindicato l'oxatomide nei bambini sotto l'anno di età

Questo provvedimento giunge dopo la segnalazione di casi di effetti indesiderati dovuti a errori posologici e sovradosaggio (Quaderni acp 2009;16:32).

In mancanza di evidenze sufficienti a documentare l'efficacia dell'oxatomide nel primo anno di vita, l'Autorizzazione all'Immissione in Commercio di "Tinset prima infanzia 0,25% gocce orali sospensione" è stata revocata, in modo da evitare possibili confusioni ed errori di somministrazione dovuti alla presenza in commercio di due confezioni con la stessa forma farmaceutica (gocce orali), ma a differenti concentrazioni (0,25% e 2,5%). Inoltre, negli stampati della formulazione 2,5% gocce orali sospensione è stata inserita la controindicazione all'uso nei bambini di età inferiore a un anno.

Nota informativa importante. Rischio di sovradosaggio nei bambini con Tinset (oxatomide): nuove informazioni di sicurezza; http://www.agenziafarmaco.it/allegati/nii_tinset08032010.pdf.

FDA approva l'olmesartan per l'ipertensione arteriosa nei bambini

La *Food and Drug Administration* ha deciso di estendere ai bambini di età di almeno 6 anni l'impiego dell'olmesartan medoxomil (un inibitore del recettore per l'angiotensina II) per il trattamento dell'ipertensione arteriosa.

La decisione si basa sui risultati di un RCT in doppio cieco di confronto tra due dosi di olmesartan e placebo che ha coinvolto 302 bambini e adolescenti con ipertensione essenziale. Entrambe le dosi di farmaco hanno ridotto la pressione sistolica e diastolica. L'uso pediatrico di olmesartan è risultato ben tollerato. Gli eventi avversi sono risultati simili a quelli osservati nell'adulto. L'evento avverso più frequentemente riportato erano le vertigini.

FDA Approves Olmesartan for the Treatment of Pediatric Hypertension; <http://www.medscape.com/viewarticle/716926?src=mp&spon=42&uac=125199MG>

Sul sito dell'EMA una sezione dedicata a farmaci e bambini

La riorganizzazione interna avviata dall'European Medicines Agency (EMA) a

partire dai primi mesi del 2010 ha previsto anche la creazione di una sezione pediatrica rinnovata all'interno del sito web dell'agenzia, dove è possibile reperire tutte le informazioni relative al lavoro dell'EMA nell'area dei medicinali per uso pediatrico. Oltre a informazioni di carattere regolatorio (raccomandazioni e linee guida), all'interno della sezione è possibile reperire l'elenco delle domande di approvazione dei piani di investigazione pediatrica (PIPs) con le relative decisioni del Comitato Pediatrico (PDCO), la lista dei bisogni inevasi e dei medicinali che necessitano di ulteriori studi in ambito pediatrico, e le informazioni riguardanti alcune iniziative dell'EMA che mirano a promuovere uno scambio il più possibile globale delle informazioni riguardanti i medicinali per uso pediatrico. La sezione sarà continuamente e regolarmente aggiornata con nuove informazioni, non appena queste saranno disponibili, sempre in un'ottica di miglioramento della comunicazione e della trasparenza di tutte le attività dell'Agenzia.

<http://www.ema.europa.eu/htmls/human/paediatrics/introduction.htm>

I soli trattamenti topici sufficienti per la terapia dell'otite esterna

È la conclusione a cui giunge una revisione della Cochrane Library, pubblicata nel gennaio 2010, che ha valutato l'efficacia dei farmaci topici nel trattamento dell'otite esterna. La revisione ha preso in considerazione 19 studi clinici randomizzati, per un totale di 3382 pazienti coinvolti.

Nonostante la bassa qualità degli studi, la revisione mostra che i trattamenti topici, in particolare le gocce otologiche contenenti antibiotici e corticosteroidi, sono in grado da soli di guarire la patologia. La durata media dei sintomi nei trattati con steroidi/antibiotici topici è di 6 giorni. Non sono emerse differenze statisticamente significative tra le varie associazioni di antibiotici e steroidi, mentre non ci sono sufficienti evidenze per stabilire l'efficacia delle gocce contenenti i soli steroidi. Si veda anche Quaderni acp 2009;5:214.

Kaushik V, Malik T, Saeed SR. Interventions for acute otitis externa. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD004740. DOI: 10.1002/14651858.CD004740.pub2.

10 Stories the world should hear more about



L'emergenza trascurata: migliaia di perseguitati dalla violenza nella Repubblica Centro-Africana

Rubrica a cura di Stefania Manetti

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

La Repubblica Centro-Africana (CAR) è uno dei posti più pericolosi del mondo, logorata da anni di conflitti e povertà. Le lotte tra le fazioni ribelli e le forze governative nel Nord della Repubblica hanno coinvolto oltre un milione di persone. Centinaia di migliaia di profughi vivono in "condizioni deplorabili", dopo essere fuggiti in zone remote, territori in cui gli aiuti non riescono ad avere accesso. "La popolazione vive nella paura" – ha spiegato Catherine Bragg, degli Affari Umanitari delle Nazioni Unite – "questa è una situazione unica... – dove le persone sono fuggite dai villaggi, senza la possibilità di tornarvi per tre o quattro anni e vivono ora in condizioni di sopravvivenza assolutamente al limite e senza la possibilità di essere raggiunti dagli aiuti delle agenzie umanitarie". Nonostante l'abbondanza di diamanti e legname, la Repubblica è uno degli Stati più poveri e più isolati dell'Africa, con un governo debole che lotta da anni per sedare le ribellioni interne. L'insicurezza e il pericolo, uniti a strade disastrose, fanno sì che le agenzie umanitarie non siano in grado di arrivare nelle aree più lontane e spesso colpite da scontri mortali. Negli ultimi mesi, inoltre, l'accesso umanitario è stato completamente negato dalle forze governative. Gli operatori umanitari lamentano che il Paese e i suoi problemi siano stati fortemente trascurati negli ultimi due anni, a causa delle crisi che hanno colpito i Paesi della regione. A marzo del 2010 l'ultimo attacco messo in atto dai combattenti ugandesi ha coinvolto tre villaggi con donne, anziani e bambini, dieci persone uccise e più di 50 rapite. Nelle ultime sei settimane sono state sequestrate 120 persone e 19 sono state uccise. I ribelli dell'Lra hanno come obiettivo quello di rovesciare l'attuale governo e utilizzano il rapimento come mezzo di arruolamento spessissimo di bambini. Dopo mesi passati tra trattative, passi indietro, delusioni e speranze, forse qualcosa si muove. La conferenza in corso nella capitale Bangui tra partiti politici, società civile e movimenti ribelli ha infatti permesso il raggiungimento di un accordo per la forma-

zione di un governo di unità nazionale, che dovrà traghettare la Repubblica fino alle prossime elezioni, previste per il 2010. Ma se il mediatore, l'ex-presidente burundese Pierre Buyoya, si dice ottimista sull'esito dei colloqui, i dubbi sulla tenuta del nuovo esecutivo rimangono.

La storia

Negli ultimi dieci anni più di 300 mila persone sono state sradicate dalla violenza nella Repubblica Centro-Africana (CAR). Le lotte tra ribelli e le forze governative, complicate dalle divisioni etniche e dalle dispute sul bestiame, hanno causato un numero sempre crescente di espatri verso il Ciad e le altre Nazioni confinanti. Negli ultimi due anni vari tentativi sono stati fatti per risolvere i conflitti armati interni sviluppatosi nel 2005 nella CAR: gli accordi di pace tra il governo e i gruppi di ribelli nel 2007 e nel 2008, la tenuta di un "dialogo politico inclusivo" nel dicembre del 2008 tra il governo, i ribelli, le opposizioni politiche e la società civile. Dal 2003, anno in cui il Presidente Francois Bozize è salito al potere, le truppe governative combattono contro i gruppi di ribelli armati. Nel 2007 e nel 2008 una serie di accordi di pace ha favorito il rientro di 100 mila rifugiati e di IDPS (Internally Displaced People) nei loro villaggi. Nel dicembre 2008 nella capitale, Bangui, un incontro tra i rappresentanti del governo e dei ribelli ha sancito un accordo, in base al quale le elezioni municipali, legislative e presidenziali sarebbero state supervisionate da una commissione elettorale indipendente. L'ottimismo generato ha avuto tuttavia vita breve. Nel gennaio 2009 nelle zone Nord della Nazione sono ripresi i combattimenti causando di nuovo l'espatrio di circa 24 mila persone dai loro villaggi e case. Molti di loro, donne e bambini, costretti a nascondersi in luoghi dove mancano assolutamente l'acqua e i servizi sanitari. Altri si sono dovuti rifugiare nel Ciad o nelle zone vicine. Al momento il processo di pace è in stallo, nuovi gruppi di ribelli sono comparsi aumentando la ten-

sione etnica. Le condizioni di sicurezza sono ulteriormente deteriorate e tali da rendere impossibile raggiungere le comunità dove si sono rifugiati coloro costretti a fuggire.

Il contesto

La CAR, una nazione di 4 milioni di abitanti, è al momento in posizione 178 su 179 dell'*Human Development Index* (Indice di Sviluppo Umano) creato dall'ONU per classificare le Nazioni in base al livello di sviluppo, ossia della possibilità di realizzare una vita lunga e sana, di avere accesso alla istruzione e uno standard decente di vita. Crisi politiche ricorrenti, come gli ultimi quattro colpi di stato nell'ultima decade, hanno devastato l'economia e causato un totale deterioramento delle condizioni di vita. Il Paese è sprovvisto di ospedali, farmaci e altri servizi di base. La scarsità di risorse per l'approvvigionamento di cibo è il fulcro di un ciclo della povertà perverso. Mentre questa nazione potrebbe produrre in abbondanza il cibo necessario per sfamare l'intera popolazione, gli incendi continui dei villaggi, di terra coltivata e dei magazzini di stoccaggio ha notevolmente limitato la produzione agricola. Il WFP (*World Food Programme*) provvede all'assistenza di 97 mila IDPS e 3000 sudanesi rifugiatisi in questo Paese. Sostiene inoltre l'approvvigionamento di cibo per 200 mila bambini dispersi nella macchia e di 112 mila bambini malnutriti, donne gravide e puerpere. Dal gennaio 2009 circa 18 mila persone hanno lasciato il Paese e 6 mila sono IDPS. L'UNHCR, l'Alto Commissariato ONU per i rifugiati, stima che 136 mila rifugiati dalla CAR attualmente vivono nelle nazioni vicine. ♦

Per ulteriori informazioni

Un High Commissioner for Refugees (UNHCR): Andrew Purvis, Acting Head, Media & Content Unit Tel: +41 22 739 8158

Un Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA); <http://hdptcar.net/idpcampaign/>.

Ulteriori informazioni:

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

tenstories

I "pro" e i "contro" degli oggetti per il bambino nei primi mesi (vedi anche pag. 98)

Adrienne Davidson*, Monica Pierattelli**

*Fisioterapista, Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, Firenze; **Pediatria di famiglia, Firenze

Parole chiave Oggetti per bambini. Attrezzature. Crescita

La vasta quantità e varietà di oggetti e attrezzature in commercio per il bambino nel primo anno di vita mettono i genitori

sempre più in difficoltà a individuare cosa veramente serve per il suo accudimento e per lo sviluppo psicomotorio, e cosa è inutile o addirittura controproducente. Questa piccola guida seleziona una serie di oggetti, spiega il "pro" e il

"contro" del loro uso per lo sviluppo del bambino, con le indicazioni per fasce di età. Vuole far riflettere su come si possa "fare meglio con meno", nel rispetto dei bisogni di crescita e maturazione del bambino. ♦

Il marsupio è un supporto molto semplice e facile da usare. Offre vantaggi di comodità e di funzione nelle città dove sono difficili gli spostamenti all'esterno. Si consiglia di non girare il bambino verso l'esterno perché aumenta il rischio dell'uso scorretto degli schemi motori per lo sviluppo delle competenze psicomotorie. A circa 4 mesi, quando il bambino diventa più pesante e più curioso verso l'ambiente esterno, sembra il giusto momento per il passaggio alla fascia oppure al passeggino.



La fascia è un telo di diverse lunghezze e qualità di tessuto. Si possono distinguere la fascia corta con cui si può portare il bambino sul fianco e la fascia lunga per portare il piccolo dietro e davanti. All'inizio c'è bisogno di tempo per imparare la giusta legatura, ma poi risulta facile e porta alcuni vantaggi: influenza positivamente la maturazione delle anche del bambino piccolo e ha un effetto positivo sul processo di attaccamento bambino-genitore. Si può utilizzarla subito dalla nascita fino a circa tre anni perché si adegua perfettamente al corpo e alla crescita del bambino.



I giochi meccanici (es. "casa delle api"). Se riflettiamo sui bisogni del bambino, non c'è mai un'età in cui i giochi meccanici siano davvero indicati. Per il neonato è fondamentale stare con le persone e chiacchierare quando è sveglio, se si considera che nei primi tre mesi è impegnato nel processo di attaccamento e nella maturazione delle competenze relazionali. Nei tre mesi successivi iniziano a maturare la coordinazione occhio-mano e la manipolazione. L'oggetto non è quindi adatto perché non può essere afferrato, essendo lontano dalla presa, e potrebbe diventare pericoloso se fosse vicino.



Il tappeto-gioco è un quadrato di stoffa di piccole dimensioni con vari giochi incorporati (animaletti, specchietti ecc.). È troppo piccolo per il bambino che deve rimanerci sopra e i giocattoli incorporati limitano il bambino nella sua coordinazione occhio-mano-bocca. Per i bisogni evolutivi la scelta migliore, a 4-5 mesi, è una semplice coperta con oggetti e giocattoli "sciolti" adatti alla manipolazione dinamica, che invitano il bambino a muoversi per andare a prenderli.



La sdraietta deve essere adattata per garantire il corretto contenimento del corpo del bambino (soprattutto alla schiena e dei due lati). Può essere indicata già dalla nascita, però solo se il neonato è veramente ben sostenuto. Non dovrebbe essere utilizzata dopo i 7 mesi perché non rispetta le esigenze del bambino, che vuole esplorare l'ambiente e non stare fermo seduto in un oggetto. Non si dovrebbe esagerare con l'uso della sdraietta a scapito della posizione "in braccio". Questa è fondamentale per l'attaccamento genitoriale.



Il passeggino permette di portare il bambino sdraiato, seduto o semi-seduto, anche per lunghe distanze. Al bambino viene data così la possibilità di seguire le varie attività intorno a sé e quando è stanco può riposarsi e dormire. Ha il vantaggio di avere un tempo di utilizzo molto dilatato: da 3-4 mesi, se viene garantito che il bambino non scivoli e mantenga diritta la schiena con sostegni laterali al tronco (per esempio un asciugamano arrotolato), fino a 2-3 anni.



Il box è un recinto "morbido". Rappresenta il conflitto più grande fra i bisogni del bambino che dovrebbe imparare a muoversi e arrangiarsi da solo, e quelli dei genitori. Limita lo sviluppo psicomotorio, anche se per i genitori rappresenta il posto più sicuro e comodo dove lasciare il bambino. La casa che dovrebbe essere riprogettata attorno a lui per lasciarlo sperimentare in libertà in assenza di pericoli.



Il girello non solo è pericoloso e provoca vizi di posizione ai piedi (stare sulle punte), ma ostacola lo sviluppo psicomotorio del bambino, cioè l'acquisizione dell'equilibrio e del "saper cadere", mettendo il bambino a rischio di incidenti e ritardando il cammino autonomo. Ciò è evidenziato da numerosi studi e in Canada è proibito già da quattro anni.



La posizione prona da sveglio influenza positivamente lo sviluppo psicomotorio, favorisce il controllo della testa, lo sviluppo della muscolatura della schiena e può prevenire una plagiocefalia occipitale. Viene consigliata prima tenendo il neonato sulla spalla e sul corpo dell'adulto, poi su un piano (come il fasciatoio e il lettone). A circa 4-5 mesi, quando il bambino inizia a muoversi di più, sembra il giusto momento per passare alla posizione sdraiata su un tappeto.



Sdraiato sul tappeto. Dai 4-5 mesi è pronto per stare sdraiato su una coperta per terra o su un tappeto dove può giocare sulla schiena, girarsi sui fianchi per rotolare e conoscere il senso dello spazio che esplorerà nella fase 6-9 mesi. Offrire al bambino le possibilità di sperimentare il movimento in libertà e in sicurezza quando non mangia, non dorme o non sta in braccio, influenza la maturazione delle sue abilità motorie, della sua conoscenza dello spazio e dello sviluppo della sicurezza in se stesso.



Il cammino con aiuto. Considerando l'importanza di allenare l'equilibrio e prendere confidenza col proprio corpo prima di tentare la deambulazione autonoma, è ovvio che mettere il bambino in piedi e provare a farlo camminare con le mani dell'adulto non è di aiuto. Anzi è controproducente: favorisce movimenti e posizioni viziate dei piedi. Gli togliamo le opportunità che gli servono per imparare il cammino autonomo e la gestione delle perdite di equilibrio e le cadute senza farsi male. È molto meglio, dall'età di 9-10 mesi, mettere a disposizione del bambino poltrone, tavolini bassi e stabili con giocattoli sopra. Ciò serve a creare un piano di appoggio più basso con piccoli spazi che permettono al bambino di staccarsi da un supporto per arrivare a un altro.



Per corrispondenza:
Monica Pierattelli
e-mail: mopi@dada.it

informazioni per genitori

Libri: occasioni per una

Quel tempo delle scelte



Franco Panizon
La bella gioventù

Mursia, 2010
pp. 126, euro 14

Franco Panizon, nato nel 1925, ci offre il racconto di un anno della sua vita che non conosciamo. A 18 anni, all'inizio della vita della Repubblica Sociale Italiana istituita da Mussolini nel territorio italiano occupato dai tedeschi, si trovò di fronte ai bandi di chiamata alle armi delle classi 1924 e 1925 nel novembre del 1943, dopo il discorso del maresciallo Graziani al teatro Adriano che ricostituiva l'esercito italiano. Dice Panizon che le strade che allora erano di fronte ai "richiamati" erano tre: due eroiche, una più normale o borghese. Le due eroiche erano quelle di andare con i fascisti nella Guardia Repubblicana, le cosiddette Brigate nere, o di andare con i partigiani che allora si stavano organizzando nelle brigate in montagna o nei GAP. La terza era quella, più normale, di seguire a stare dalla parte nella quale si era iniziata la guerra. Sì, c'era anche quella di "farsi prete" che il Nostro non esaminò. Era proprio così. Ho vissuto quelle scelte all'interno della mia famiglia. Andare con i partigiani era una scelta difficile. Il fascismo era stato una realtà imponente, complessa, ossessiva, suggestiva per i giovani che avevano conosciuto solo quella realtà politica. Era difficile sbarazzarsene. Nessuno, o pochi, avevano conoscenze e rapporti significativi al di fuori del fascismo e questo tanto meno in provincia. Un amico giornalista, diventato un grande corrispondente dall'estero, mi diceva che anche l'aver avuto in casa un padre antifascista aveva in realtà contato poco: lo si era vissuto come una sorta di bizzarria; come avere avuto un babbo un po' strano. Lo posso confermare. Franco Panizon sceglie di percorrere la strada normale anche per non perdere "l'avventura della guerra". Lo aveva scritto anche Renato Serra nel 1915 nel

suo "Esame di coscienza di un letterato". La sorpresa che subito Franco si trova davanti è che questo esercito "fascista" non è poi tanto fascista: ci sono persino dei "fieri antifascisti" e mancano i fieri fascisti che certo erano andati nelle Brigate nere. Rappresentava insomma il Paese così come era in quegli anni. Quelli che avevano fatto le scelte eroiche erano andati altrove e non in quell'esercito. E in quell'esercito c'è un po' di spirito di vacanza, un po' di goliardia, poca voglia di combattere e molta fatica. La fatica e la fame durante il periodo di addestramento in Germania e la fatica durante il ritorno in Italia che coincide con la fine della fame. Poca la guerra in verità, nessuna battaglia, qualche scontro con i partigiani e la voglia di non far danno. E alla fine la resa, un po' attesa un po' temuta e poi vista come se il mondo sorrisse in fondo a tutti: anche a coloro che avevano sbagliato la scelta.

Giancarlo Biasini

La celiachia: un punto di forza



Raffaella Oppimitti
Gianfranco Trapani
Sono celiaco, non malato!

Red edizioni, 2009
pp. 118, euro 12

"Dottoressa si ricorda di Raffaella?... C'è una bella novità... ha scritto un libro sulla celiachia". Mi ricordavo perfettamente di Raffaella anche se erano passati almeno 25 anni e sebbene le biopsie e le diagnosi di celiachia fatte siano state tante. Conservo ancora un suo disegno e, vengo a sapere, anche lei conserva una penna con i cuoricini che le avevo regalato. Insomma non potevamo non ritrovarci! E ciò è avvenuto grazie a un libro dal bellissimo titolo: *Sono celiaco, non malato!* In poco più di 100 pagine i due autori, entrambi celiaci, riescono a condensare con un linguaggio chiaro le informazioni strettamente mediche utili per inquadrare la malattia e i suoi sintomi, le modalità per far diagnosi e i principi su cui si basa il suo trattamento. Ma il valore aggiunto del libro consiste in

una infinità di indicazioni pratiche per imparare a vivere senza il glutine. Ecco allora una comoda lista degli alimenti permessi e vietati, da poter fotocopiare e utilizzare in varie occasioni. Oppure suggerimenti pratici su come fare la spesa o procurarsi gli alimenti in farmacia. E, poiché la celiachia è "una malattia sino alla diagnosi e dopo diventa una condizione di vita", vengono affrontate appunto le situazioni più frequenti di una vita di relazione: mangiare in compagnia, mangiare fuori casa, viaggiare. Nell'ultima parte del libro, infatti, vengono presentate alcune ricette, un dizionario italiano-inglese che riporta molti termini utili per districarsi sull'alimentazione all'estero. Non mancano ovviamente le indicazioni di siti di associazioni per celiaci, sia italiane che estere. Chi ha scritto questo libro ha convissuto con la celiachia dall'età di un anno e mezzo e ha fatto tesoro della propria esperienza per trasmettere al lettore, genitore o amico di un bambino o di un adolescente celiaco, alcuni suggerimenti rivolti anche all'aspetto relativo-emozionale. È un libro che ovviamente consiglio a tutti i nostri pazienti celiaci, adolescenti o adulti, e a tutte le persone che sono in relazione con loro: genitori, amici, parenti. Ma lo consiglio in modo particolare a noi medici che sappiamo tutto della celiachia ma spesso molto poco dei celiaci che, come Raffaella, riescono a fare di questa malattia "una propria caratteristica, un proprio punto di forza".

Patrizia Elli

Sesso: nulla a che fare con l'uomo



Olivia Judson
Consigli sessuali per animali in crisi.
Guida alla biologia evolutivista della riproduzione

Sironi Editore, 2009
pp. 288, euro 19

Sesso, sesso, sesso, e ancora tanto sesso. Tutto rigorosamente permesso anche ai minori.

Si parla solo di sesso in questo bel libro della biologa Olivia Judson, ricercatrice

buona lettura

"Ma voi che andate a scrivere sui giornali, quanto sapete di quel tale che vi deve leggere? E allora? Rileggete, correggete, rileggete. E poi rileggete".

Alberto Ronchey

conosciuta anche per un blog molto seguito sul sito web del *New York Times* (<http://opinionator.blogs.nytimes.com/category/olivia-judson/>). Dal più piccolo moscerino al più grande pachiderma, la Judson, con grande autorevolezza e molta simpatia, ci racconta come si fa sesso nel Regno animale.

Conosceremo tutto sulle pratiche di stupro, sull'uccisione del partner, frequente in molte specie, sul perché i pesci possono nascere dalla terra (!), sulla pratica della poliandria o poligamia, e ancora sulla promiscuità femminile o sul tradimento, molto comune anche nelle specie che si dichiarano rigorosamente monogame, e sugli stratagemmi che il partner attua per evitare le corna.

Ce n'è per tutti, al punto che, finito il libro, il sesso umano ci potrebbe apparire estremamente casto. E dimentichiamoci del *principio di Bateman*, ossia che i maschi siano tutti focosi e le femmine tutte ritrose; anzi, è più probabile il contrario. L'unica cosa che la Judson non ci spiega è perché facciamo sesso: una pratica che pervade tutta la nostra vita, ci sfinisce nelle energie e nei sentimenti, ci procura sofferenze talvolta insopportabili solo per una qualche briciola di godimento. In effetti, nessuno ha ancora capito perché l'Evoluzione ha selezionato una pratica così costosa in termini di energia, il sesso, per la riproduzione quando sono disponibili approcci ben più discreti e semplici da attuare. Qualche ipotesi, in verità, ci verrà presentata durante la lettura di questo libro, ricco di cinquanta pagine di bibliografia scientifica.

L'unico appunto, se proprio vogliamo cercarlo, sta nel fatto che l'autrice non si addentra nell'analisi della biologia sessuale della nostra specie. E lo fa giustamente, in quanto l'Uomo è un animale tipicamente culturale per carattere biologico. Se ne volessimo sapere di più in proposito, allora leggiamo *La Regina Rossa* del bravissimo Matt Ridley, dove biologia, antropologia e sociobiologia edificano un libro allo stesso tempo bellissimo e drammatico proprio perché parla anche della specie più presuntuosa e arrogante del pianeta: l'*Homo sapiens*. Lo si capisce già dal nome.

Costantino Panza

Una guida pratica per il pediatra



Filippo Muratori a cura di
La diagnosi precoce di autismo

Centro stampa
Giunta Regione Toscana,
settembre 2009

Scaricabile on-line dal sito www.regione.toscana.it (archivio pubblicazioni).

I risultati di una sperimentazione in atto in alcune realtà territoriali toscane, con la partecipazione attiva dei pediatri di famiglia in programmi di screening ai bilanci di salute del 12° e 18° mese di vita, stanno dimostrando che i numerosi casi individuati in età precoce permettono di avviare tempestivi programmi terapeutico-riabilitativi nei disturbi dello spettro autistico.

I risultati attesi possono essere estremamente migliori che non nei casi nei quali la diagnosi viene fatta con grave ritardo, in accordo con le informazioni derivate dalle recenti ricerche sull'autismo in epoca precoce. Diversi studi concordano sul fatto che gli indici migliori che possono discriminare a una età precoce i bambini con autismo dai bambini con sviluppo tipico riguardano le atipie o la assenza delle precocissime abilità sociali e comunicative del bambino.

L'ipotesi è che un tempestivo aiuto al bambino e ai suoi genitori basato sulla individuazione precoce della situazione a rischio possa successivamente evitare la stessa diagnosi di autismo: uno scopo ambizioso e impensabile fino a qualche anno fa.

Nell'ambito di questo quadro generale, la Regione Toscana ha approvato con una delibera dell'agosto 2009 il progetto "Screening per la valutazione dello sviluppo della comunicazione e della relazione", nel quale viene formalizzato l'accordo con i pediatri di famiglia per la utilizzazione per tutti i bambini toscani, al bilancio di salute del 18° mese, di strumenti diagnostici utili a identificare precocemente i casi sospetti di disturbo dello spettro autistico.

Una pubblicazione curata dal prof. Filippo Muratori, molto chiara ed esaustiva, accompagna i percorsi formativi specifici previsti per i pediatri di libera scel-

ta, supportando indirettamente anche i genitori nell'identificazione precoce di un disturbo dello spettro autistico. L'opuscolo è strutturato in cinque capitoli. Nei primi due, le ipotesi dell'autismo come diffusa e variegata anomalia della connettività cerebrale e come disturbo precoce dell'intersoggettività vengono declinate sulle osservazioni possibili in ambulatorio e su aspetti particolarmente critici riferiti dai genitori o da verificare con loro. Alcuni box, cui si fa riferimento nel testo, sintetizzano e commentano in modo efficace i presupposti teorici più recenti.

Nel corso della lettura emergono via via gli obiettivi specifici di azioni e modalità proprie di un intervento precoce mirato allo sviluppo di appropriate strategie compensatorie, e non solo sintomatico o diretto su comportamenti atipici a valle delle disfunzioni rilevate. Il terzo capitolo, molto bello, illustra e contestualizza una serie di domande guida che il pediatra può rivolgere ai genitori per esplorare la possibilità che un bambino nel corso del suo primo anno di vita stia sviluppando un disturbo autistico. Agli strumenti di screening (CHAT e M-CHAT, utilizzabili rispettivamente a 18 mesi e tra i 18 e i 24 mesi – FYI, messo a punto per identificare a 12 mesi di vita i bambini a rischio) e a quelli per la diagnosi (ADOS, somministrabile a 24 mesi – AOSI, per il bambino al di sotto dei 18 mesi) è dedicato il capitolo quattro, che ne illustra l'accuratezza, ma anche le modalità di costruzione e validazione. L'ultima parte dell'opuscolo delinea la proposta operativa di screening, con la sintesi del percorso previsto dalla Regione Toscana, la specificazione degli strumenti da usare e del luogo in cui sono applicati, gli operatori coinvolti nella rete territoriale per la diagnosi del disturbo e gli indicatori di rischio. Infine, una ricca bibliografia ragionata guida il pediatra nell'approfondimento delle diverse tematiche e completa una pubblicazione davvero interessante.

Il Progetto toscano, oltre a qualificare il ruolo del pediatra di famiglia nell'individuazione precoce dei segni di autismo già nel bambino molto piccolo, sollecita una riflessione rispetto alla progettazione e costruzione di analoghe proposte anche in altri ambiti territoriali.

Federica Zanetto



Premio nazionale "Nati per Leggere" al XXIII Salone Internazionale del Libro di Torino

Il Premio nazionale "Nati per Leggere" è un riconoscimento che va ai migliori progetti editoriali, ai migliori libri e progetti di promozione alla lettura ad alta voce per bambini dalla nascita a 6 anni.

Il Premio, che a febbraio ha ricevuto la medaglia del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, come riconoscimento del valore dell'iniziativa, è promosso dalla Regione Piemonte in collaborazione con la Fondazione per il Libro, la Musica e la Cultura, la Città di Torino (con Iter e Biblioteche Civiche Torinesi) e il coordinamento nazionale "Nati per Leggere". È patrocinato dal Ministero per i Beni e le Attività Culturali e da Iby Italia.

La cerimonia di premiazione si è svolta il 17 maggio 2010 in occasione del XXIII Salone Internazionale del Libro di Torino (Lingotto Fiere), preceduta dal convegno internazionale *Come la lettura sviluppa la mente. Dieci anni di Nati per Leggere: riflessioni e prospettive*. Il Convegno ha evidenziato i presupposti scientifici che nel corso degli ultimi venti anni hanno portato negli Stati Uniti, in Gran Bretagna e poi in molti altri Paesi del mondo fra cui l'Italia, alla organizzazione di programmi di promozione della lettura ad alta voce, accostando professionalità del mondo culturale e dell'educazione a quello delle cure primarie. All'appuntamento ha partecipato Perri Klass, nota a molti pediatri italiani, attualmente docente di Pediatria alla New York University e direttrice del progetto america-

no "Reach Out and Read". Con lei Giorgio Tamburlini (pediatra e presidente del Centro per la Salute del Bambino Onlus di Trieste, consulente dell'Organizzazione Mondiale di Sanità e dell'Unicef), Alessandra Sila (educatrice e membro del coordinamento nazionale "Nati per Leggere") e Giacomo Stella (docente di Psicologia clinica all'Università di Modena e Reggio Emilia e co-direttore della rivista *Dislessia*). Ha coordinato Piero Bianucci, giornalista scientifico. I temi di Perri Klass e Giorgio Tamburlini: lo sviluppo cerebrale del bambino e le recenti acquisizioni delle neuroscienze con uno sguardo a "Reach Out and Read" (progetto statunitense) e "Nati per Leggere". Giacomo Stella ha trattato della possibilità di riconoscere e trattare meglio la dislessia in un bambino esposto alla lettura con regolarità e fin da piccolo.

Alessandra Sila ha sintetizzato i 10 anni di NpL con diffusione e risultati.

Le candidature per il premio sono arrivate da dodici regioni italiane: 48 candidature per la sezione "Nascere con i libri", 11 candidature per la sezione "Crescere con i libri", 6 candidature per la sezione "Libri in cantiere"; 29 candidature per la sezione "Reti di libri"; 6 candidature per la sezione "Pasquale Causa".

La giuria del Premio era composta da esperti di letteratura infantile, pedagogisti, bibliotecari e membri del coordinamento di "Nati per Leggere". «Con vivissima soddisfazione ho constatato il grande interesse suscitato dal Premio nazionale Nati per Leggere» ha dichiarato Rita Valentini Merletti, presidente della Giuria del Premio. «L'alto numero di candidature ricevute testimonia quanto sia cresciuta in questi ultimi anni l'attenzione nei confronti dell'editoria di qualità per la prima infanzia e quanto si sia diffuso sul territorio nazionale l'impegno di pediatri, bibliotecari, educatori e librai per promuovere la pratica della lettura ad alta voce ai bambini fin dalla più tenera età. Leggere con assiduità a un bambino che ancora non sa leggere vuol dire infatti contribuire in modo determinante alla sua crescita e al suo sviluppo cognitivo e relazionale».

I premiati

– Per la sezione *Nascere con i libri* (miglior libro per bambini tra 0 e 36

Nati

mesi): *Mem Fox e Helen Oxenbury* per il libro *Dieci dita alle mani. Dieci dita ai piedini* (Il Castoro, 2009).

Un libro in rima che racconta come mani e piedini siano uguali per tutti i bambini, che vivano in città o campagna, sotto le tende, tra le colline, in paesi ghiacciati, che siano raffreddati o stiano bene al caldo.

«I bambini piccoli sanno riconoscere nelle figure i volti, gli altri bambini e le piccole cose che conoscono perché fanno parte della loro quotidianità. La parte migliore della lettura per loro è quando, indicando qualcosa nella pagina, i genitori esclamano 'Guarda! Hai visto?'. Un artista deve sapere cosa è che i bambini sono in grado di riconoscere». Risponde così l'autrice Helen Oxenbury, nota per la sua vasta produzione di libri per bambini, intervistata a proposito dell'arte dell'illustrazione e i primissimi lettori.

Il libro guida alla scoperta di mani e piedi del piccolo lettore con immagini ad acquarello molto semplici ed evocative. Il bambino, insieme alla sua mamma o al suo papà, si diventerà moltissimo a sperimentare girando le pagine di questo libro e iniziando un gioco fatto di fisicità e affetto. Si presta molto alla lettura dialogica e si memorizza facilmente; ha un buon rapporto prezzo-qualità.

– Per la sezione *Crescere con i libri* (miglior libro per bambini tra 3 e 6 anni segnalato dalle librerie, dalle biblioteche e dalle scuole torinesi sul tema la città): *Beatrice Alemagna* per il libro *Un leone a Parigi* (Donzelli). Una storia di grande forza poetica dove il protagonista, un leone, si trasferisce dalla savana a Parigi alla ricerca di lavoro, amore e avvenire. Il racconto è dedicato al Leone di Belfort, la scultura di Frédéric Bartholdi che dal 1880 domina la piazza Denfert-Rochereau. Un libro offre diversi livelli di lettura e si presta, con un formato grande e una particolare apertura a "laptop", a una lettura di gruppo.

Le immagini sono di grandissima qualità e dolcezza con un connubio perfetto tra illustrazioni, collage e testo, e offrono numerosi spunti per esplorare le proprie città e per parlare di temi

per Leggere

fortemente correlati allo sviluppo psicologico del bambino.

- Per la sezione *Libri in cantiere* (miglior progetto editoriale inedito per bambini tra 0 e 36 mesi): *Eric Battut* per il libro *Lindo Porcello* (Bohem Press Italia, in uscita per il mese di settembre). Una storia in rima che può essere letta a due voci, fresca e divertente, capace di stuzzicare la fantasia e stimolare nel bambino il desiderio di comunicare, diventando attore del racconto.
- Per la sezione *Reti di libri* (miglior progetto di promozione della lettura rivolto ai bambini tra 0 e 5 anni, capace di coinvolgere il più ampio numero di soggetti, dai genitori ai bibliotecari, dai pediatri agli insegnanti, educatori, volontari): *Ulss 9 di Treviso*, per aver coinvolto il personale sanitario, le biblioteche e gli Assessorati alla Cultura di 37 Comuni del territorio in iniziative variegata ed efficaci (dalle donazioni di libri alla diffusione di materiale informativo, dal monitoraggio tramite questionari a laboratori di lettura, agli stage per studenti).
- Per la sezione *Pasquale Causa* (miglior pediatra che, aderendo al progetto Nati per Leggere, abbia promosso presso genitori e famiglie la pratica della lettura ad alta voce nel modo più efficace): *Carmela (Lina) di Maio* dell'Associazione Culturale Pediatri della Campania, per la professionalità e la passione profuse in dieci anni di impegno nella promozione della lettura ai più piccoli e in oltre vent'anni di attività svolta con i bambini di famiglie problematiche e a rischio sociale.

La scelta dei vincitori non è stata facile data la rosa di candidature, molte di grande qualità. Da sottolineare tuttavia la carenza di proposte valide per bambini molto piccoli, per cui sarebbe necessaria una maggiore attenzione da parte degli editori a progetti editoriali di qualità in questo settore.

Una mamma per Pasquale Causa

Il miglior commento al premio "Pasquale Causa" viene da questo messaggio

della mamma di Matteo, pervenuto nel mese di aprile scorso al Blog dell'ACP.

"Sono la mamma di Matteo. Il dott. Pasquale Causa era il pediatra di mio figlio, lui mi incitava a leggere libri a Matteo da quando il piccolo aveva tre mesi, mi sembrava una cosa buffa, mi sentivo ridicola, ma per fiducia nei suoi confronti (e per timore... perché lui chiedeva sempre se leggevo i libri al piccolo) ascoltavo il suo "consiglio"... mio figlio ha cominciato a parlare presto e, sin da piccolo, ha avuto una proprietà di linguaggio invidiabile... ogni giorno resto io senza parole ascoltandolo... e spesso torno con il pensiero alle 1000 raccomandazioni che il dott. Causa mi faceva in merito all'importanza dei libri per i bambini sin dalla più tenera età, e spesso ringrazio il Signore d'aver fatto sì che mio figlio fosse affidato a una persona così speciale... per poco purtroppo... ma ci ha lasciato tanto..."

Un decalogo per leggere con i bambini

In occasione di un convegno tenuto a Busto Arsizio qualche mese fa è stato elaborato da parte di pediatri e bibliotecari un "Decalogo" con indicazioni pratiche generali che dovranno poi essere adattate a ogni famiglia e bambino in base alle loro caratteristiche e possibilità.

1. Fin dalla gravidanza parla, canta per il tuo bambino. Prosegui anche dopo: commenta sempre, con frasi semplici e brevi, quello che stai facendo. La tua voce è un abbraccio che lo fa crescere.
2. Da quando il neonato entra in casa fatti vedere leggere di tutto: giornali, libri, riviste. Tieni molti libri in casa; trattali con cura, mettili a posto, "accarezzali". Lui è attratto da quello che fai: amerà i libri perché ama te e questo renderà più stretti e solidi i vostri legami.
3. Il sesto mese è un'epoca "storica": sta seduto; mangia con voi. Tienilo sulle ginocchia, apri un libro con figure di volti che spicchino bene sul fondo. Lui ora le vede bene e ama le facce a cominciare dalla tua. Puoi

fabbricargli un libro con le foto dei vostri volti e del suo.

4. Racconta ciò che vedi con parole semplici e indicaglielo col dito. Guardalo negli occhi. Lui ti seguirà e vedrete le stesse cose: un modo per essere e crescere insieme. Non preoccuparti del tempo: basta un minuto, ma ricorda che, quando leggi, puoi fare solo quello.
5. Prosegui così, lentamente. A un anno terrà il libro in mano per qualche momento. Sarà una conquista. Non preoccuparti del tempo: bastano pochi minuti. Non avere fretta. Introduci, ogni giorno, una, due parole nuove. Le parole lo aiuteranno dopo, nella scuola.
6. Quando capirai che è maturo per ascoltare una storia con il libro aperto, raccontagli le figure e le azioni, segna con il dito le illustrazioni e anche i caratteri, sempre guardandolo. Fai le voci dei personaggi e chiedi: "E ora che succederà?". Ti interrogherà; se non capisci una sua parola, fatti indicare la figura. Ripetete la parola. La curiosità lo fa crescere.
7. Dedica alla lettura un momento della giornata. Un'attesa, un viaggio, una panchina al giardino, perfino una piccola malattia, sono straordinari momenti. Ma se sei troppo stanco, faglielo capire; non gli piaceresti come lettore.
8. Non deluderlo. Ti chiederà di leggere o rileggere molte volte una frase, o una intera storia. È segno che vuole ripetere una emozione e vuole entrare di più nella storia e fare suo il libro.
9. Frequenta con lui la biblioteca o una libreria con uno spazio adatto ai bambini. Vedrà la grande varietà di libri di colori e forme diverse. Iscrivilo alla biblioteca. Dà a lui la tessera. I libri non sono tutti uguali. Fai scegliere a lui.
10. Evita, quando leggete, le fonti di distrazione: specialmente la Tv. Un leggero sottofondo musicale senza parole può essere di aiuto. Assocerà il piacere della musica a quello della lettura.

L'infanzia ammutolita in L'uomo che verrà di Giorgio Diritti

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

Non parla, Martina. Da quando ha visto morire il suo fratellino si è chiusa in un ostinato mutismo, nonostante l'affetto dei suoi cari, l'aiuto della maestra, i sorpresi dei coetanei.

Non parla, ma scrive Martina. E, soprattutto, osserva.

Nel piccolo paese alle pendici di Monte Sole, dove Martina vive con la sua famiglia, ci sarebbero tante cose belle da guardare all'età di otto anni: i segreti del bosco, le bellezze della natura, l'alternarsi delle stagioni, gli animali nella stalla, le formiche in fila, le lucciole d'estate, i riti religiosi, le tradizioni di famiglia, la nascita di un nuovo fratellino. Ci sarebbero, se non corresse l'anno 1943 e se altrove non fossero accaduti avvenimenti storici che si chiamano Armistizio, sbarco degli Alleati, Repubblica di Salò, Italia divisa in due, guerra civile.

Le famiglie dei contadini, ridotte allo stremo dalla guerra, fanno fatica a tirare avanti; figli e fratelli si ribellano, trovano rifugio nelle montagne e nei boschi, confluiscono nella brigata partigiana Stella Rossa e con azioni di guerriglia creano grossi problemi ai tedeschi e ai fascisti. La situazione precipita di giorno in giorno e, tra il 29 settembre e il 5 ottobre del 1944, le SS scatenano nella zona compresa tra il torrente Setta e il fiume Reno la rappresaglia che passerà alla storia come *La strage di Marzabotto*. Circa 770 persone, tra le quali 216 bambini, vengono trucidate davanti alle loro abitazioni, nei campi, all'ingresso dei cimiteri, sui sagrati delle chiese: "il più vile sterminio di popolo", secondo Salvatore Quasimodo.

Martina, tra una fuga e l'altra, vede questo massacro e presta i suoi occhi agli spettatori, facendo da *trait d'union* tra la macrostoria delle grandi potenze e la microstoria della sua famiglia, tra la barbarie e l'innocenza, tra la morte e la vita. Vede tutto, Martina. E presta agli spettatori anche la sua voce, ritrovata dopo

anni di silenzio solo per intonare un canto di lamento e di dolce ninna nanna: il modo più naturale per piangere i morti e per consolare il fratellino ancora in fasce.

Inspiegabilmente rifiutato a Venezia e apprezzato dalla critica al Festival di Roma 2009, *L'uomo che verrà*, secondo lungometraggio di Giorgio Diritti, ha un solo difetto: quello di non avere alle spalle una casa di produzione e di distribuzione adeguata.

Non si sta pensando agli incassi, ma al bene che avrebbe potuto fare un film del genere se avesse avuto la possibilità di raggiungere più coscienze.

Tramite Martina, infatti, è proprio alle coscienze che si rivolge Diritti, con pudore, senza enfasi, senza compiacimenti truculenti e senza distinzioni manichee tra vittime e carnefici, tra buoni e cattivi.

La guerra è sempre sporca ed è assurdo giustificare il sacrificio di innocenti con la scusa di perseguire ideali. Quando si sostiene, come risponde un ufficiale nazista all'esterrefatto parroco del paese, che ci si comporta in un certo modo solo perché "si è stati educati così", non c'è da meravigliarsi se si arriva a uccidere maiali e persone nello stesso modo. Meno male che, a bilanciare l'orrore, esistono anche buoni sentimenti annidati non solo nei cuori di eroici sacerdoti, ma anche in quelli di militari che spartiscono il pane con i poveri, giocano con le uova e si rifiutano di premere il grilletto contro donne, vecchi e bambini.

L'uomo che verrà non è solo un bel film corale tutto da vedere; è anche un documento storico, una lezione culturale e sociale che andrebbe impartita agli alunni di tutte le scuole.

Conoscere ancor prima che ce lo dica il regista il tragico epilogo della storia non toglie affatto la partecipazione degli spettatori al crescente sgomento di Martina.

In linea con *Il vento fa il suo giro*, Diritti sviluppa temi a lui cari: la famiglia, la tradizione, la denuncia dell'intolleranza. Lo fa con evidenti richiami a *L'albero degli zoccoli* e alla sua esperienza a *Ipotesi Cinema* di Ermanno Olmi e inseren-

dosi nella tradizione del miglior cinema italiano, da *La ciociara* di De Sica a *La notte di San Lorenzo* dei fratelli Taviani.

Gli danno una mano – e che mano – la fotografia di Alberto Cimatti e l'interpretazione di attori professionisti (Alba Rohrwacher, Maya Sansa, Stefano Biccocchi) e non (i bambini e i contadini locali), tra i quali la splendida Greta Zuccheri Montanari, indimenticabile Martina. ♦



L'uomo che verrà

Regia: Giorgio Diritti

Con: Greta Zuccheri Montanari, Alba Rohrwacher, Maya Sansa, Claudio Casadio, Stefano Biccocchi, Eleonora Mazzone, Orfeo Orlando, Diego Pagotto, Timo Jacobs, Germano Maccioni, Bernardo Bolognesi.

Italia 2009

Durata: 117 minuti

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@alice.it

Le iniziative di "Nati per la Musica"



Veneto

A Lentiai, sulle rive del Piave, sabato 31 ottobre 2009, presso la Scuola d'Infanzia "Nazareth" e Nido Integrato "Germoglio", si è svolto un Convegno "Nati per la Musica", organizzato con ACP e il "Movimento per una Cultura dell'Infanzia" e rivolto particolarmente a pediatri, genitori, operatori sanitari dell'area materno-infantile, educatori di nidi e scuole dell'infanzia. Gli interventi precoci nello sviluppo del bambino, le ricerche nell'ambito delle neuroscienze e l'importanza dello stimolo sonoro-musicale per lo sviluppo cognitivo, l'esperienza del progetto *InCanto*, la formazione musicale corale nell'infanzia, la musica nella programmazione della Scuola dell'Infanzia sono stati i temi sviluppati nell'incontro, molto partecipato, con la presenza anche delle Istituzioni locali e la sensibilizzazione della pediatria ospedaliera e degli operatori a vario livello coinvolti nella cura del bambino nei primi anni di vita.

Federica Zanetto

Campania

Emozionante il concerto di Natale eseguito dal coro di voci bianche "Nati per la Musica", con la Biblioteca del Comune stracolma (circa 150 partecipanti) e una performance simpatica e allegra da parte dei piccoli.

L'idea del coro è nata dall'incontro con i due maestri Sabrina Pezone, direttrice del coro, e il marito, Filippo D'Eliso, compositore di musica contemporanea e insegnante. È stata la prima esibizione pubblica, preparata in circa tre mesi di impegno per Sabrina e con la chiassosa partecipazione dei bambini, nonostante l'influenza suina. Il coro si colloca nell'ambito del progetto "Nati per la Musica", da me presentato ai genitori e da loro accolto con molto entusiasmo. Anche il Sindaco del Comune, Nicola Pagano, ha appoggiato l'iniziativa mettendoci a disposizione la bella sala della Biblioteca comunale nel palazzo marchesale, dove ogni martedì si svolgono le prove. Trentola Ducenta, in Provincia di Caserta, è un Comune di circa 15 mila abitanti, nel comprensorio di Aversa insieme ad altri 13 Comuni. Terra a prevalente vocazione agricola nel passato, ora in transi-

zione tra ex mondo agricolo, con la produzione del famoso vino Asprino dalla vite maritata e tanta buona frutta, e il post-industriale.

I bambini in abiti da angeli, sotto l'abile direzione di Sabrina, hanno esibito un repertorio di canzoni natalizie tra l'entusiasmo dei presenti e la commozione dei genitori. Nelle pause ho presentato il progetto nei suoi punti essenziali, sottolineandone gli aspetti più rilevanti. Hanno partecipato alla serata anche altri musicisti amici della direttrice Sabrina e di Filippo, disponibili ad appoggiare "Nati per la Musica" con le iniziative che andremo a promuovere. Il Concerto è stato registrato da Raffaele Grieco, amico dei maestri, che ha sostenuto l'iniziativa con il dono di un pianoforte da mettere a disposizione delle famiglie dei bambini che hanno voglia di imparare la musica. Ringrazio Sabrina e il marito per aver reso possibile questa prima parte del Progetto che riprenderà la sua preparazione ogni martedì.

PS: Mentre i bambini sono impegnati nelle prove, io incontro i genitori. Leggiamo un articolo di un *Pediatra per amico* da me scelto e preparato. Poi le riflessioni e il confronto dei genitori sull'argomento trattato.

Lorenzo Mottola

Lombardia

Il 12 marzo, a Casorate Sempione (Va), ha avuto luogo una serata pubblica di presentazione dei progetti "Nati per Leggere" e "Nati per la Musica", intitolata "Fin da piccoli. Interventi precoci utili per uno sviluppo armonico del bambino". Il Comune di Casorate Sempione, nelle figure delle funzionarie dei servizi sociali e servizi culturali Stefania Passerini e Fiorenza Ruffato, e dell'assessore Mariangela Magistrati, ha infatti da tempo rivolto il proprio interesse verso i due Progetti.

L'opportunità per partire con azioni concrete si è creata attraverso l'entusiasmo e la competenza di Anna Cattoretti, bibliotecaria nel Comune ed esperta musicista particolarmente preparata sul metodo Gordon per l'insegnamento della musica ai più piccoli. La doppia competenza di Anna permette di dare ai due Progetti un'ampia visibilità d'insieme e crea

maggiormente la sensazione di azioni che si possano tradurre in "buone pratiche" che rientrano nella vita quotidiana di tutte le famiglie e di chi si occupa di infanzia. La serata è stata gestita a due mani da Anna Cattoretti e dalla pediatra Chiara Di Francesco, alternando immagini, musica e letture. I due Progetti sono stati presentati nella loro diversa valenza, ma con il fine entrambi di far star bene i bambini e i loro genitori attraverso la promozione di azioni virtuose e alla portata di tutti. La presenza delle rappresentanti del Comune e del dott. Corrado Rizzo, pediatra di base del Comune stesso, ha dato alle famiglie la certezza di un messaggio condiviso da più realtà istituzionali e non. L'incontro si è svolto in biblioteca e i presenti hanno poi avuto la possibilità di visionare la ricca scelta di libri promossi dal Progetto e di iscrivere i propri bimbi alla Biblioteca. Il momento più emozionante e dimostrativo si è verificato quando, nel silenzio creatosi dopo l'ascolto di un brano di musica classica, si è sentita la vocina di uno dei due piccoli in sala: "È già finito?". L'altro bimbo, incantato, aveva smesso di piangere. All'incontro illustrativo dei progetti NpL e NpM faranno seguito due laboratori per il Nido comunale: il progetto "Musica per Piccolissimi" e il laboratorio "Libri in Culla". L'idea è quella di estendere la proposta anche alle scuole materne.

Questa esperienza è solo una delle tante che stanno nascendo nella provincia di Varese, spesso sostenute dall'entusiasmo di pochi che, attraverso il passaparola, poco per volta "contamina" molte realtà. Il limite è, come sempre, quello dei fondi, dovendo dare a tutti i bambini la possibilità di accedere ai progetti e a tutti i genitori quella di sentirne parlare, per poter poi vivere l'esperienza a casa. Comunque anche il "poco", ma costante nel tempo, può aiutare a far entrare le buone pratiche nello stile di vita delle famiglie. Forse è anche utile cercare di associare, avendone la possibilità, sia la presentazione che i progetti NpL e NpM perché non passi il messaggio che siano strumenti solo per addetti ai lavori o "medicines singole" per curare i problemi del nostro tempo.

Chiara Di Francesco

congressi

Conflitto d'interessi tra medici e industria a Bologna

Il Convegno si è svolto il 27 novembre 2009, organizzato dal gruppo Prometeo, l'associazione di studenti della Facoltà di Medicina di Bologna che ha intrapreso da tempo un percorso di autoformazione sul problema del conflitto di interessi in Medicina, insieme al Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale del Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica e al Gruppo Nograziapagoio. Come sottolineato da G. Tognoni, direttore del "Mario Negri Sud", l'editoria scientifica e la ricerca oggi non tengono conto dell'interesse del paziente, né sono orientate sui suoi bisogni reali, ma solo su nuovi farmaci o tecnologie da commercializzare. Il conflitto di interessi è strutturale, insito nella metodologia, e anche le nuove regole stabilite dall'editoria scientifica per la dichiarazione dei conflitti di interesse degli autori non sembrano in grado di cambiare questi meccanismi.

La proposta è il ritorno all'etica e ai bisogni reali dei pazienti. G. Giustetto, medico di medicina generale di Torino, ha offerto una panoramica dei principali strumenti promozionali utilizzati nell'informazione ai medici: dalla visita dell'Informatore Scientifico del Farmaco al materiale illustrativo e alla letteratura secondaria. Nuove modalità si rendono necessarie, accanto alla formazione di studenti e specializzandi sulla promozione farmaceutica. A questo proposito L. Toni, responsabile AUSL di Bologna per il farmaco, ha illustrato il progetto di informazione indipendente realizzato in collaborazione col CeVEAS, con l'istituzione dell'informatore indipendente AUSL. N. Magrini, ricercatore del CeVEAS, ha ricordato gli aspetti essenziali per una corretta informazione sui farmaci. Le classiche domande del critical appraisal per leggere gli studi e il GRADE per elaborare linee guida valide non sono però sufficienti se poi nei panel degli autori si concentrano esperti con conflitti di interesse poco e male dichiarati. Ancora, informazioni pur utilissime come le revisioni Cochrane andrebbero

rese più brevi e più facili da leggere. E ancora, chi produce ricerca dovrebbe preoccuparsi di rendere più chiara e comprensibile la lettura del proprio lavoro. La registrazione dei protocolli degli studi per contrastare il publication bias è un altro tentativo in atto. N. Dentico, giornalista, ha definito l'accordo TRIPS (Trade related aspects of intellectual property rights) "il padre di tutti i conflitti d'interessi nella ricerca", perché stabilisce per tutti i Paesi membri del WTO una durata del brevetto di 20 anni – incluso il settore farmaceutico – annullando di fatto ogni differenza non solo tra medicinali e altri prodotti industriali, ma anche tra farmaci essenziali e non essenziali. A oltre dieci anni dalla sua entrata in vigore, è possibile documentare le gravi conseguenze che l'accordo ha prodotto sulla ricerca medica. Le case farmaceutiche ricercano nei settori dove vi è maggior ritorno sull'investimento e non dove vi è realmente bisogno. Come stabilito da un'apposita commissione OMS, è necessario che i governi sviluppino nuove strategie per utilizzare la proprietà intellettuale in maniera più equa e più orientata alle logiche della salute, piuttosto che a quelle del profitto.

M. Bonati, responsabile del Dipartimento Materno Infantile del "M. Negri" di Milano, ha precisato che non ci sono conflitti, ma solo interessi, spesso solo personali, anche nella ricerca. L'obiettivo della ricerca clinica è quello di rispondere alle domande che il paziente pone. L'interesse fondamentale del paziente è quello di "stare meglio" e il medico rappresenta l'interlocutore e il garante di tutto questo. In questo contesto, dunque, non vi è affatto conflitto. Il farmaco, che rappresenta solo una delle risposte che il medico può dare al paziente, viene prodotto dall'industria, il cui interesse principale è il profitto. Anche in questo caso non c'è conflitto perché ognuno ha il suo ruolo, la sua ben identificata posizione e il suo interesse. Probabilmente l'unica forma di prevenzione del conflitto di interessi consiste nell'intavolare una seria e ampia discussione su un tema attualmente ancora relegato a un ruolo minoritario e riferibile a un problema sommerso. A. Bianco,

Presidente della FNOMCeO, esprimendo il suo apprezzamento per l'iniziativa del gruppo Prometeo, ha ricordato che anche nella FNOMCeO è viva l'attenzione al problema del conflitto d'interessi. M. Biocca, responsabile del programma ECM per la Regione Emilia-Romagna e dell'Osservatorio Nazionale ECM, ha presentato alcuni dati, sia nazionali che relativi all'Emilia-Romagna, spiegando anche le procedure di controllo del nuovo programma ECM e ha ricordato che la Regione Emilia-Romagna non accredita eventi direttamente sponsorizzati da organizzazioni che abbiano interessi commerciali in sanità.

Secondo A. Pisacane, pediatra responsabile della Formazione presso la Università Federico II di Napoli, una formazione sponsorizzata può distorcere messaggi e favorire prescrizioni e comportamenti inadeguati. Nei Paesi industrializzati oltre il 50% della formazione continua è finanziata dall'industria; tale sponsorizzazione si verifica solo per i "prescrittori" e non per gli altri professionisti sanitari. La collaborazione con l'industria è necessaria, ma il problema del conflitto di interessi deve essere risolto per permettere lo sviluppo di una formazione scientifica sganciata dagli obiettivi finanziari dell'industria, a partire dall'assunto che è possibile una formazione ECM senza il sostegno dell'industria privata.

Le strategie formative più efficaci (incontri di formazione a piccoli gruppi, audit clinico, sessioni interattive) sono anche quelle che costano meno. Un "blind trust", per la formazione sarebbe utile, ma soprattutto vanno individuati professionisti preparati in grado di realizzare questo enorme lavoro di "formazione per la formazione", a tutela del rapporto di fiducia tra professionisti della salute e cittadini.

L. Reali, pediatra di famiglia di Roma, ha riferito l'esperienza dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) come esempio di una formazione scientifica indipendente e priva di sponsorizzazioni, in linea con il codice di autoregolamentazione dei rapporti con l'industria riguardante formazione, ricerca, informazione scientifica, educazione alla salute, orga-

controluce

nizzazione di congressi e di riunioni scientifiche, di cui ACP si è dotata nel 1998. Ha anche ricordato che la rivista dell'associazione, *Quaderni acp*, non contiene pubblicità. F. Ciminelli e E. Bribò, due studentesse di medicina del "Gruppo di autoformazione sul conflitto di interessi", organizzatore dell'evento, lo hanno concluso parlando dello studente di medicina come promotore di cambiamento sociale, con un ruolo chiave nel migliorare l'ambiente in cui studia e vive. Uno studio quali-quantitativo, condotto nel 2008 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna per valutare la percezione che gli studenti hanno del conflitto d'interessi, ha dimostrato una importante carenza formativa in materia. Anche per questo, all'inizio del 2009, è nato nella Facoltà di Medicina di Bologna un gruppo di autoformazione, che ha organizzato una serie di iniziative per sensibilizzare il mondo accademico sul conflitto d'interessi, tra cui una campagna per l'inserimento di questo tema nel curriculum ufficiale degli studenti di medicina. A. Fabbri, neomedico del "Gruppo di autoformazione sul conflitto di interessi", ha presentato le prossime proposte operative di lavoro del gruppo, a livello nazionale e internazionale.

Tutte le relazioni del Convegno sono scaricabili in versione pdf al seguente indirizzo: http://csiunibo.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=99&Itemid=68

Laura Reali

Tabiano XIX

Le raccomandazioni su cosa fare o non fare nella porpora di Schoenlein-Henoch (SH), nella glomerulonefrite membranoproliferativa e nella nefropatia IgA idiopatica, nel monitoraggio della crescita dei bambini SGA, nel riconoscimento di uno stato settico rapidamente ingravescente, nella corretta "sorveglianza" di segni e sintomi cardiovascolari in ambulatorio; il case finding precoce in pediatria ambulatoriale nell'obesità, quando e come utilizzare il pulsioossimetro, il ruolo del pediatra di famiglia nel counselling preconcezionale, l'approccio clinico corretto nella dermatite atopica; e ancora, le

"farmaco-riflessioni" sul vaccino antinfluenzale (con le domande sempre aperte sui criteri attuali di definizione di una pandemia) e su quello antipneumococcico, sul palivizumab e sulla ranitidina; e poi le sessioni parallele ... a Tabiano il ritmo è stato incalzante, molti e sostanziali i contenuti e le sollecitazioni, la sala sempre gremita, attenta e partecipe, per capire quando tranquillizzare ragionevolmente, dove monitorare attentamente, quali situazioni gestire direttamente in ambulatorio, come districarci in una medicina spesso spinta da interessi "altri" e sempre più sull'onda dell'"ultima notizia", e ancora come fare buon uso dei dati della letteratura, a fronte di incertezze e domande ancora in sospeso. La bella tavola rotonda conclusiva dedicata a bambini e adolescenti immigrati ha proposto con forza il tema del conflitto di fondo che caratterizza il loro crescere fra culture e universi simbolici diversi con cui entrano in contatto. I diversi sbocchi possibili che sono stati delineati (resistenza culturale, assimilazione, marginalità, doppia identità) e i molti elementi di complessità illustrati interpellano fortemente il pediatra rispetto a obiettivi, linguaggi, consapevolezze e competenze necessariamente da acquisire rispetto a soggetti "comunque minori" e, come tali, mai comunque da considerare "clandestini", a fronte di una legislazione sempre più restrittiva e oggetto di continui ricorsi.

In linea con "Fare o non fare", il Convegno è stato arricchito anche dalla presentazione di "Inquinamento e salute dei bambini. Cosa c'è da sapere, cosa c'è da fare", edito da Il Pensiero Scientifico Editore, curato da G. Toffol, L. Todesco e L. Reali e frutto del lavoro del gruppo ACP "Pediatri per un mondo possibile". Alla prossima edizione e ... al ventesimo compleanno del Congresso ACP di Tabiano!

Federica Zanetto

PUMP e Pedibus a Milano

L. Rabbone (ACPM) è intervenuta in rappresentanza di "Pediatri per un mondo possibile" (PUMP) al Convegno "A scuola con gli amici", svoltosi a

Palazzo Marino, il 28 maggio 2009 per fare il punto sul Pedibus a Milano. Il Progetto, promosso dall'Assessorato Scuola, Famiglia, Politiche Sociali del Comune di Milano, è stato proposto tra le attività didattiche 2007-2008 alle scuole materne, primarie, secondarie di primo livello della città. Diciotto sono gli istituti che hanno aderito e sono stati coinvolti nella realizzazione progettuale. Le finalità del Progetto prevedono un lavoro di formazione dedicato agli studenti, per favorire in loro lo sviluppo dell'autonomia, dell'autostima e delle competenze necessarie per muoversi sul territorio urbano, in particolar modo sui percorsi casa-scuola, e lo studio preliminare di strade e attraversamenti alla presenza di uno o più accompagnatori (genitori o nonni). Un secondo obiettivo è la definizione di un modello riproducibile all'interno di qualunque plesso scolastico ed esportabile ad altri contesti cittadini. Soggetti attuatori sono le associazioni Arciragazzi e MeglioMilano, col supporto e la supervisione di Valter Baruzzi, pedagogista e autore di diverse pubblicazioni sulla cittadinanza attiva dei bambini e dei ragazzi, in particolare sul tema della mobilità sostenibile nei percorsi casa-scuola. Al Convegno hanno preso parte il vicesindaco, gli assessori alla famiglia, alla scuola, al traffico e ai lavori pubblici, presidi, insegnanti, genitori, i vigili urbani e i "nonni civici", volontari che accompagnano i bambini lungo il tragitto casa-scuola. Nel suo intervento "da pediatra" sui benefici sulla salute dell'andare a scuola a piedi, L. Rabbone ha illustrato i vantaggi sul polmone del bambino (migliore sviluppo, meno asma, meno allergie) se respira aria pulita, la prevenzione dell'obesità con l'attività fisica e soprattutto lo svilupparsi dell'autonomia e il miglioramento dell'autostima. Una conferma dell'utilità del lavoro di sorveglianza della letteratura e del passaggio di informazioni corrette all'opinione pubblica, molto interessata e attenta alle ricadute dell'ambiente sulla salute.

È stata segnalata infine la pubblicazione del volume "A scuola e in bici con le amiche e con gli amici", ed. La Mandragora, a cura di V. Baruzzi e A. Monzeglio.

Letizia Rabbone

Protocollo d'intesa tra l'ACP e la Società Italiana di Scienze Infermieristiche (SISIP)

Il 27 marzo 2010 è stato siglato un protocollo d'intesa con i seguenti obiettivi: promuovere l'aggiornamento e la formazione professionale di tutti gli operatori della pediatria (ACP) e favorire il progresso della didattica nel campo delle Scienze Infermieristiche Pediatriche (SISIP); essere interlocutori di Istituzioni e collaborare con esse nel perseguire i propri fini; promuovere attività di formazione e addestramento permanente, in particolare modo se integrate nel programma ministeriale di educazione continua in medicina; elaborare, promuovere e condurre progetti di ricerca, anche in collaborazione con istituzioni pubbliche e organismi privati e no-profit; produrre materiale di ausilio didattico tecnico-scientifico e divulgativo, e linee guida aventi come scopo la promozione della salute nell'età evolutiva; non avere fini di lucro.

La reciproca collaborazione sarà indirizzata prioritariamente ai seguenti ambiti di attività:

A. In ambiente ospedaliero.

1. Controllo del dolore e diffusione dell'utilizzo delle tecniche per la sua valutazione (anche in ambiente ambulatoriale e di medicina di comunità).
2. Valutazione dei carichi di lavoro medici e infermieristici; studio delle relazioni tra questi e la qualità delle cure.
3. Miglioramento della sicurezza dei pazienti e degli operatori, con riduzione del rischio clinico.
4. Diffusione dell'uso della cartella infermieristica e di altri strumenti di lavoro dell'infermiere pediatrico, pienamente integrati con la cartella medica.

B. In ambito extraospedaliero e nei servizi territoriali.

5. Valutazione e verifica della possibilità di inserimento di un infermiere pediatrico nei gruppi dei pediatri di famiglia, nei servizi territoriali e nelle Unità Pediatriche territoriali. Possibili campi di attività: triage telefonico, triage nello studio del pediatra, raccordo tra pediatri e UO ospedaliera, Nido, TIN e altri.
6. Messa a punto di programmi e di iniziative comuni di educazione sanitaria, in particolare sugli stili di vita.
7. Sviluppo di attività comuni sul riconoscimento, prevenzione e trattamento dell'abuso in età infantile.

C. In ambito ospedaliero che territoriale.

8. Promozione dell'allattamento al seno, prima del parto e nella società, nelle maternità, nei reparti di neonatologia e pediatria ospedalieri, negli studi dei pediatri di famiglia, nelle attività di medicina di comunità.
9. Sostegno alla genitorialità e diffusione di una cultura della genitorialità, con particolare riferimento a "Nati per Leggere" e "Nati per la Musica".
10. Creazione di interesse e attenzione al bambino con malattia cronica o affetto da esiti sfavorevoli della riproduzione/malattie rare, promuovendo proposte per la realizzazione e il miglioramento delle cure istituzionali e domiciliari.
11. Elaborazione, proposizione e realizzazione di ricerche in collaborazione, inclusi studi controllati randomizzati, su modalità e tecniche preventive assistenziali innovative, mirate alla promozione della salute.

Nel sito web ACP (www.acp.it) verrà inserito il link alla SISIP, alla quale verrà riservato uno spazio. Allo stesso modo sul sito della SISIP (www.sisip.it) verrà inserito il link ACP.

Le riviste delle due Società potranno pubblicare contributi provenienti rispettivamente dall'area infermieristica e dall'area medica. In particolare, nel primo anno di applicazione del presente protocollo d'intesa, il presidente SISIP è disponibile a curare una rubrica su tre numeri di *Quaderni acp*, su argomenti da concordare. La SISIP organizzerà corsi per infermieri pediatrici a cura dell'ACP su "Nati per Leggere" e "Nati per la Musica". Gli infermieri pediatrici soci della SISIP potranno iscriversi all'ACP con la quota ridotta di 20 invece che di 30 euro.

Informazione ai cittadini sui farmaci

Il Direttore Generale dell'AIFA, Guido Rasi, risponde alla lettera dell'ACP, dei No-graziepaggio, del Wonca Italia e dell'ISBD Italia con la quale si esprimevano forti preoccupazioni rispetto alle proposte di revoca del divieto di pubblicità sui farmaci da prescrizione al vaglio del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'UE (*Quaderni acp* 2010;1:47). Rasi scrive che "come noto, l'Italia si è adoperata in seno al gruppo di lavoro del Consiglio e con l'intervento dell'attuale Ministro Prof. Ferruccio Fazio nel suo intervento presso il Consiglio EPSCO del 9.6.2009 affinché la proposta legislativa detta 'Information to

Patients' fosse ritirata. In quell'occasione inoltre, una consistente maggioranza di Paesi si è espressa nello stesso senso, determinando di fatto una battuta d'arresto nell'iter legislativo. Di conseguenza, durante la Presidenza svedese (secondo semestre 2009), non sono più state presentate proposte, né è avvenuta alcuna discussione sull'argomento". Rasi così prosegue: "Ci risulta attualmente che il nuovo Commissario alla Salute, John Dalli, sia intenzionato a riesaminare la proposta normativa nell'intento di stabilire una chiara linea di demarcazione tra informazione e pubblicità, atta a escludere che le persone possano assumere decisioni sulla propria salute senza avvalersi di un consiglio professionale"; e conclude: "L'AIFA continuerà comunque a mantenere il suo impegno di tutelare i cittadini e i pazienti da ogni forma di pressione pubblicitaria in materia di salute". Ci sembra un buon risultato, anche se occorrerà essere molto attenti ai futuri sviluppi; quel che è altrettanto certo è che noi continueremo a vigilare.

Sostegno a distanza di una bambina di Haiti

Grazie alla generosità dei presenti al Convegno di Tabiano una bimba di Haiti, Darline, sarà sostenuta per un anno intero nelle sue necessità tramite AVSI (Associazione Volontari Servizio Internazionale). Darline, nata il 18 ottobre 2004, è orfana di padre e vive con la mamma di 36 anni in un alloggio provvisorio sulla strada. Prima del sisma non frequentava alcuna scuola. Il sostegno a distanza (SAD) ad Haiti è attualmente in fase di avvio per 300 nuovi bambini che hanno perso un genitore durante il terremoto. I bambini potranno svolgere attività scolastiche e ricreative, saranno ricostruite le scuole, sarà offerto ad ogni famiglia un pacchetto minimo di utensili e beni non alimentari di prima necessità per facilitare il loro reinserimento sociale. Il principio base del SAD è la presenza di adulti che accompagnano il bambino nel suo percorso educativo. AVSI (www.avsi.org), organizzazione non governativa impegnata in progetti internazionali di aiuto allo sviluppo in 37 Paesi nel mondo, lavora in Haiti dal 1999 con numerosi progetti. Forte di questa presenza, immediatamente dopo il terremoto dello scorso 12 gennaio, AVSI sta realizzando interventi in campi sfollati per la popolazione in collaborazione con le Nazioni Unite, curando il settore della protezione, rifugi, logistica e assistenza sanitaria (cura materno-infantile) grazie a medici volontari italiani. Il programma SAD aiuta ad Haiti in tutto circa 1000 bambini. ♦

C'era una volta la TV dei ragazzi

Caro Direttore,

in uno degli ultimi numeri di *Quaderni acp* (2010;17:38) avevo fornito ai genitori un breve elenco dei programmi di buona qualità per i bambini, tutti offerti dalla Rai. Contrordine, ragazzi! In ottobre, dai pomeriggi di RaiTre spariranno i vostri beniamini della *Melevisione* (dopo undici anni di onorato servizio) e di *Tre-bisonda*. Chiuderà pure il *Gran Concerto*, lodevole tentativo di avvicinare i bambini alla musica classica, probabilmente resisterà il *GT Ragazzi*, la rubrica d'informazione under 14, per l'opposizione manifestata da Antonio Di Bella (Raitre) e Bianca Berlinguer (TG3). Spariscono le favole e i personaggi del *Fantabosco*, Milo Cotogno, Lupo Lucio, Fata Lina, spazzati via dagli ascolti in ribasso e dalla concorrenza del digitale terrestre e di Sky, che mettono a disposizione dei bambini circa 20 canali, che a tutte le ore trasmettono solo cartoni e telefilm, con ampi intermezzi pubblicitari per cibo-spazzatura, videogiochi ecc. Evidentemente la nuova dirigenza Rai pensa che un bambino possa avere bisogno solo di questo, quando sarà grande ci penserà Mediaset a tirarlo su con il *Grande Fratello* e *Uomini e Donne*.

«La notizia che le ultime isole di buona comunicazione rivolta ai nostri figli stiano per essere sommerse dalla marea montante di fango commerciale mi riempie di sgomento», scrive la celebre scrittrice per bambini, Bianca Pitzorno.

L'Azienda, inoltre, rischia di disperdere il bagaglio di esperienza maturato in questi anni dal Centro di Produzione Rai di Torino, la cui responsabile Mussi Bollini, spera che i programmi soppressi possano essere almeno trasferiti sul digitale. Nel web è già scattata la protesta dei genitori italiani che hanno invaso Facebook con le loro rimostranze. Invito i lettori di *Quaderni* a informare le famiglie di ciò che accadrà nei prossimi mesi, consigliando di scrivere mail di protesta a: ufficiostampa@rai.it, e in copia a: melevisione@rai.it.

Giuseppe Primavera

La qualità dei prodotti televisivi per i bambini si gioca fra trascuratezze, incoerenze e pasticci. Di questo ci giun-

gono anche altre segnalazioni. A "La prova del cuoco" la conduttrice invita i genitori a far mangiare i bambini guardando la trasmissione e il cerchio si chiude con interventi di genitori che dicono che, senza vedere la trasmissione, i bambini non mangiano! È proprio un bel quadretto quello di un genitore che imbocca il bambino incantato di fronte allo schermo e alle tagliatelle di nonna Pina. Un vero inno alla relazione madre-bambino e alla prevenzione della obesità!

Fra poco più di 10 anni

Caro Direttore,

nell'elaborazione di un questionario che abbiamo somministrato ai colleghi pediatri di famiglia sul tema della depressione postpartum, mi sono imbattuto in un dato anagrafico all'apparenza poco significativo: le età dei PdF della provincia di Parma.

< 39 aa	7
40-49 aa	14
50-59 aa	37
60-69 aa	6

Fra poco più (o meno) di dieci anni – il tempo di uno starnuto per i tempi della programmazione sanitaria in questo ambito – la provincia dove lavoro perderà una buona parte dei pediatri in attività. E molti di quelli che rimarranno saranno ultrasessantacinquenni. Età rispettabilissima e nobilissima, ma mi vedi a tuffarmi in un ambulatorio di cure primarie a gestire sei-otto ore ininterrotte di visite, rispondere per dodici ore difilato al telefono, gestire la continuità assistenziale ventiquattro ore su ventiquattro per trecentosessantacinque giorni all'anno? E pensa ai bambini che continuano a nascere e che troveranno solo una metà dei pediatri rispetto a oggi.

Presto risolto: si aumenterà il massimale e si toglieranno dall'assistenza pediatrica i bambini oltre i quattro-sei anni. A occhio e croce, in questo futuribile scenario, non mi basteranno dodici-quattordici ore di ambulatorio per le sole *well-child visits*. A sessantacinque anni!

I contratti appena concordati tra la sanità pubblica e i sindacati di categoria mi dicono che adesso devo rispondere al telefono dodici ore al giorno per richieste di consigli (mi è stato fatto l'esempio di una telefonata per il parere sul cambio

del pannolino da parte di un dirigente delle cure primarie) e per prendere appuntamenti: un miglioramento della nostra qualificazione professionale? Ah già! E la formazione permanente? I contratti locali hanno ormai da tempo iniziato a spogliarsi di questa parola e viene relegata giustamente al sabato solo in occasione di esigenze del servizio, altrimenti al sabato si lavora.

E la qualità della mia vita di relazione e di famiglia? Visto che lavorerò (meglio usare questo termine piuttosto che "esercitare l'attività professionale" perché ormai nessuno ne conosce più la differenza) fino a settant'anni, come riuscirò a ritagliarmi degli spazi di tempo per la mia persona? Chi potrà sostituirmi nell'attività ambulatoriale? A questo punto è spontaneo il dubbio che nessuno, finora, ha compreso che questa pediatria delle cure primarie è in fase di morienza. La controprova è che i contratti che disegnano il nostro impegno professionale si continuano ad arricchire di orpelli che non fanno parte delle nostre competenze e che non potremo mantenere a lungo. La situazione mi pare così assurda che senz'altro sono io che non capisco. Cos'è che mi sfugge?

Costantino Panza

Le considerazioni sono realistiche. La situazione che Panza descrive è sotto gli occhi di tutti. In certe regioni c'è una forte denatalità, ci sono nuove competenze che andrebbero acquisite anche a fronte di una popolazione pediatrica con problemi e domande di salute molto diversi da quelli che c'erano quando la maggior parte dei pediatri che oggi ha più di 50 anni, e che lavorerà fino a 70, ha cominciato a lavorare.

Il pensionamento riguarda quindi non il singolo pediatra, ma tutta la Pediatria di base e ciò che sorprende è che questo avvenga senza mai avere fatto una seria valutazione di cosa la Pediatria di base abbia prodotto nell'ambito delle cure primarie per i bambini e le loro famiglie. Tale valutazione non è stata fatta né dall'azienda né dai pediatri stessi. Non avere organizzato uno studio che seguisse negli anni una coorte di bambini, seguiti fino a diventare adulti e poi anche genitori, e che valutasse l'efficacia delle cure primarie è stata una delle occasioni mancate della Pediatria di base.

Questo problema fu posto dall'ACP per tempo: già dieci anni fa, agli Argonauti e poi 8 anni fa e ancora 3 anni fa a Tabiano e, più recentemente, al congresso APEc di Cesena. Non era difficile prevedere che sarebbe venuto il tempo che quando un pediatra arrivava alla pensione i suoi assistiti sarebbero stati "distribuiti" proprio in mancanza di un progetto territoriale nel quale il PdF doveva riconoscersi. Oramai al "Progetto" si è sostituita la varietà degli accordi regionali. La politica sindacale (che governa le politiche regionali) non consente i ricambi generazionali. Capita che al pensionamento di un PdF si proponeva la deroga del massimale da 800 a 1000 agli altri pediatri dell'area in modo da impedire di fatto l'inserimento di un nuovo pediatra. Con un'ambivalenza di fondo, di cui c'è l'eco nella lettera: come si può parlare di un pediatra attento alla relazione, alla promozione della salute e al sostegno alla genitorialità in queste condizioni lavorative? Si può affrontare, in un ambito lavorativo del genere, la formazione al counselling senza ripensare all'organizzazione del lavoro?

E per la mancanza di questo progetto e per le improvvisazioni regionali che la Pediatria di famiglia è a rischio anche se il problema non sembra riguardare i sindacati dei pediatri di famiglia, impegnati in una, forse ragionevole, monetizzazione del tempo, ma sempre in assenza di alcun progetto o visione del futuro. In mancanza di un progetto, il PdF continua a essere considerato un libero professionista dal SSN. Verso il SSN ha obblighi solo "di forma" e non "di sostanza". Nella gran parte delle realtà ognuno fa quel che vuole, porta avanti i suoi progetti (anche cose egregie, si veda a pag. 128). Ma non c'è alcun tipo di coordinamento. Se ci fosse un "progetto", se i distretti fossero organismi funzionanti, si preoccuperebbero anche della continuità del servizio. Preoccupazione che non intravediamo.

Red

Ancora sulla Pandemia

Caro Giancarlo, vorrei complimentarmi con te per l'editoriale sull'H1N1 su *Quaderni acp*. Sa-

pere che in Italia, in questa povera Italia, ci sono ancora persone con la schiena dritta aiuta a non perdere la speranza e a ritrovare un po' di forze per cercare di ricominciare. Da dove ti scrivo arrivano soltanto le notizie dei media o attraverso amici su come sta la società italiana. Società che, sono d'accordo con Pasolini, è da tempo antropologicamente degradata, vittima (anche ma non solo) della stupidità della televisione. Da qui l'aspetto più deprimente che risalta è l'ignavia tanto che, quando dovrà giudicarci, Dio stesso si troverà a disagio. Ti abbraccio con affetto e stima.

Angelo Stefanini
Gerusalemme

Gentile direttore, ho letto sulla Sua rivista l'articolo su "H1N1 in Europa, la politica ne parla, in Italia si tace". Devo dire che la rivista *Quaderni* è stata la sola fonte dalla quale ho potuto apprendere questa notizia. Sono – credo – un lettore attento. Ho sfogliato i quotidiani ma – salvo errori – mi pare di potere dire che non solo ha taciuto la politica, ma anche la stampa. Mi verrebbe da chiedere se la fonte dalla quale la notizia è stata ricavata era così difficile da raggiungere. Grazie.

Renzo Isgrò

La fonte era semplicemente l'Assemblea della UE a questo indirizzo facilmente accessibile:

http://assembly.coe.int/ASP/NewsManager/EMB_NewsManagerView.asp?ID=5209. In più la mozione era firmata da un parlamentare italiano del Partito Popolare Europeo che non pare abbia fatto il diavolo a quattro nel suo Paese. Ma, firmando, ha comunque fatto molto di più di quanto abbiano fatto gli altri parlamentari italiani nella UE che, in Italia, si trovano sui banchi della opposizione. Siamo, in politica, dei provinciali? Forse sì. Per fortuna c'è in Europa chi mantiene caldo il problema.

Più di 200 deputati europei hanno firmato una richiesta perché una commissione parlamentare d'inchiesta esamini nel suo complesso l'intricato problema della conduzione della Pandemia/Non pandemia in modo da evitare il rischio che

"the next time someone cries wolf on a pandemic, it will not be taken seriously" (http://assembly.coe.int/ASP/NewsManager/FMB_NewsManagerView.asp?ID=5416&L=1).

Una gradita richiesta

Gentile redazione, a scrivervi è il Presidente della Scuola Materna "Cav. G. Giaretta" di un piccolo comune nel vicentino. Da quando io ed il comitato che mi affianca nella gestione di questa scuola abbiamo iniziato il nostro lavoro, abbiamo sempre avuto come obiettivo primario il miglioramento della qualità didattica della scuola, nonché la qualità delle relazioni con i genitori dei nostri piccoli frequentatori. Ma le risorse che abbiamo sono poche. In questi giorni stiamo uscendo con un giornalino, fatto da alcuni di noi e con la collaborazione del personale della scuola, che vorrebbe essere occasione divulgativa per ciò che riguarda le attività inerenti la scuola stessa, ma ci piacerebbe che potesse divenire anche un'occasione per la trasmissione di notizie e informazioni che interessano nel quotidiano i nostri genitori.

A tal fine, conoscendo il vostro sito ed essendo abbonato alla rivista UPPA (grazie a mia moglie che è un'infermiera da sempre interessata alla salute della coppia madre-bambino), vorremmo sapere da voi se è possibile utilizzare gli articoli pubblicati nel vostro sito alla sezione "Informazioni per genitori" per inserirli nel nostro piccolo giornale, naturalmente citando la fonte di provenienza. Ringraziandovi anticipatamente colgo l'occasione per porgervi cordiali saluti.

Sergio Amadio

Presidente Scuola dell'Infanzia – Nido Integrato Cav. Gino Giaretta
Via Don G. Stefani, 25 - Lanzé
36050 Quinto Vicentino (VI)
www.scuolagiaretta.it

Caro presidente, la rubrica "Informazioni per genitori", cui teniamo particolarmente, è nata per passare dalla nostra rivista, attraverso i pediatri, proprio ai genitori. Siamo lietissimi della collaborazione che lei ci chiede e speriamo si estenda anche oltre la sua scuola. La ringraziamo molto.

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...

- [Allattamento al seno: una campagna di comunicazione per le mamme](#)
- [Premiazione: 3ª edizione del concorso fotografico Pasquale Causa in occasione de "Gli Argonauti XI"](#)
- [La prima ricerca multicentrica italiana sulla gestione del testicolo ritenuto](#)
- [Per dare un futuro migliore ai bimbi con sordità: lo screening dell'udito in Regione Campania](#)
- [COMUNICATO STAMPA: BAMBINI MALATI DI RIFIUTI](#)

lunedì 10 maggio 2010



Allattamento al seno: una campagna di comunicazione per le mamme

Cari Soci e Simpatizzanti,

si parte! La campagna di comunicazione itinerante organizzata dal Ministero della Salute con il Comitato nazionale multisetoriale per l'allattamento (di cui fa parte l'ACP) partirà da Napoli e sarà il 9 maggio nella Villa comunale in occasione della Festa della Mamma e il 10 maggio a Piazza Dante. Il camper allestito con l'immagine e i messaggi della campagna proseguirà poi per giungere a Caserta l'11 maggio (Piazza Vanvitelli), a Messina il 13 (Piazza Duomo), a Palermo il 15 e il 16 maggio (Piazza Castelnovo).

Allattamento al seno: una campagna di comunicazione per le mamme

La promozione dell'allattamento materno è considerata una priorità di salute pubblica e le più qualificate organizzazioni internazionali, come l'Unicef e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ritengono il latte materno il miglior alimento per il bambino, sia dal punto di vista nutrizionale che affettivo, per il legame che crea tra mamma e bambino e che rimane nel tempo.

"**Il latte della mamma non si scorda mai**", con questo slogan il Ministero della salute dà il via alla prima campagna di comunicazione per la promozione dell'allattamento al seno, presentata ieri a Palazzo Chigi dal sottosegretario Eugenia Roccella, cui ha partecipato anche il sottosegretario Letta.

Nella conferenza stampa di presentazione il Sottosegretario Roccella ha messo in luce la necessità di reintrodurre, nella nostra società, il concetto della naturalità e spontaneità dell'allattamento al seno. Anche se spesso



Quaderni acp



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

Google™ Custom Search

Iscrizioni:

- Post
- Tutti i commenti

Sottoscrivi il blog via mail

Nati per la musica

[Subscribe now](#)

POWERED BY FEEDBURNER

Editoriale

- 97 Due buone notizie sulla *Health Equity*
Giancarlo Biasini

Ricerca

- 98 La promozione dello sviluppo psicomotorio del lattante: il parere dei pediatri italiani e tedeschi sulle attrezzature e le attività più comuni
Jenny Thiel, Adrienne Davidson, Monica Pierattelli

Research letters

- 103 Attività fisica nei giovani studenti. Indagine conoscitiva rivolta agli studenti del biennio Scuole Secondarie di 2° grado
Mauro Palazzi, Elena Prati, Patrizia Vitali et al.

Salute pubblica

- 106 Rapporto sulle diseguaglianze di salute in Inghilterra - The Marmot Review
Giuseppe Cirillo

Forum

- 112 Il problema dei "late preterm" visto dall'ostetrico
Fabio Facchinetti

Info

- 114 Licenziamenti di giornalisti
114 Allattamento: precisazioni del Ministero della Salute
114 Finisce il progetto SPES Sorveglianza Pediatri Sentinella
114 20° e 21° Ospedale Amico del Bambino
114 Il dolore nel bambino
115 Rottamare o non rottamare
115 Congedi parentali
115 L'Agenzia Europea del Farmaco cambia nome e struttura

Aggiornamento avanzato

- 116 Il dolore nell'ambulatorio pediatrico
Michele Gangemi

Esperienze

- 120 Anche ai bambini può spezzarsi il cuore: l'esperienza della perdita di una persona amata
Pasqua Rosella Brunelli, Francesca Pasini, Federica Suzzi

L'angolo della comunità

- 125 Anche il pediatra di famiglia può diagnosticare e gestire i disturbi funzionali gastrointestinali
Red

Telescopio

- 126 Prevenire le sepsi neonatali nei neonati di peso molto basso: così semplice da sembrare impossibile?
Luigi Gagliardi

Per un mondo possibile

- 129 Impianti nucleari e tumori infantili
Giuseppe Primavera

Vaccinacipi

- 130 Tante novità, (quasi) niente di nuovo
Luisella Grandori

Farmacipi

- 131 Beta-agonisti a lunga durata d'azione: mai più da soli nella terapia dell'asma
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

Tenstories

- 132 L'emergenza trascurata: migliaia di perseguitati dalla violenza nella Repubblica Centro-Africana
Stefania Manetti (a cura di)

Informazioni per genitori

- 133 I "pro" e i "contro" degli oggetti per il bambino nei primi mesi
Adrienne Davidson, Monica Pierattelli

Libri

- 134 La bella gioventù
di Franco Panizon
134 Sono celiaco, non malato!
di Raffaella Oppimitti, Gianfranco Trapani
134 Consigli sessuali per animali in crisi. Guida alla biologia evuzionistica della riproduzione
di Olivia Judson
135 La diagnosi precoce di autismo
Filippo Muratori (a cura di)

Nati per Leggere

- 136 Premio nazionale "Nati per Leggere" al XXIII Salone Internazionale del Libro di Torino
137 Una mamma per Pasquale Causa
137 Un decalogo per leggere con i bambini

Film

- 138 L'infanzia ammutolita in *L'uomo che verrà* di Giorgio Diritti
Italo Spada

Musical-mente

- 139 Le iniziative di "Nati per la Musica"
Alessandro Volta

Congressi controllo

- 140 Conflitto d'interessi tra medici e industria a Bologna
141 Tabiano XIX
141 PUMP e Pedibus a Milano

Acp news

- 142 Protocollo d'intesa tra l'ACP e la Società Italiana di Scienze Infermieristiche (SISIP)
142 Informazione ai cittadini sui farmaci
142 Sostegno a distanza di una bambina di Haiti

Lettere

- 143 C'era una volta la TV dei ragazzi. *G. Primavera*
143 Fra poco più di 10 anni. *C. Panza*
144 Ancora sulla Pandemia. *A. Stefanini, R. Isgrà*
144 Una gradita richiesta. *S. Amadio*

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.