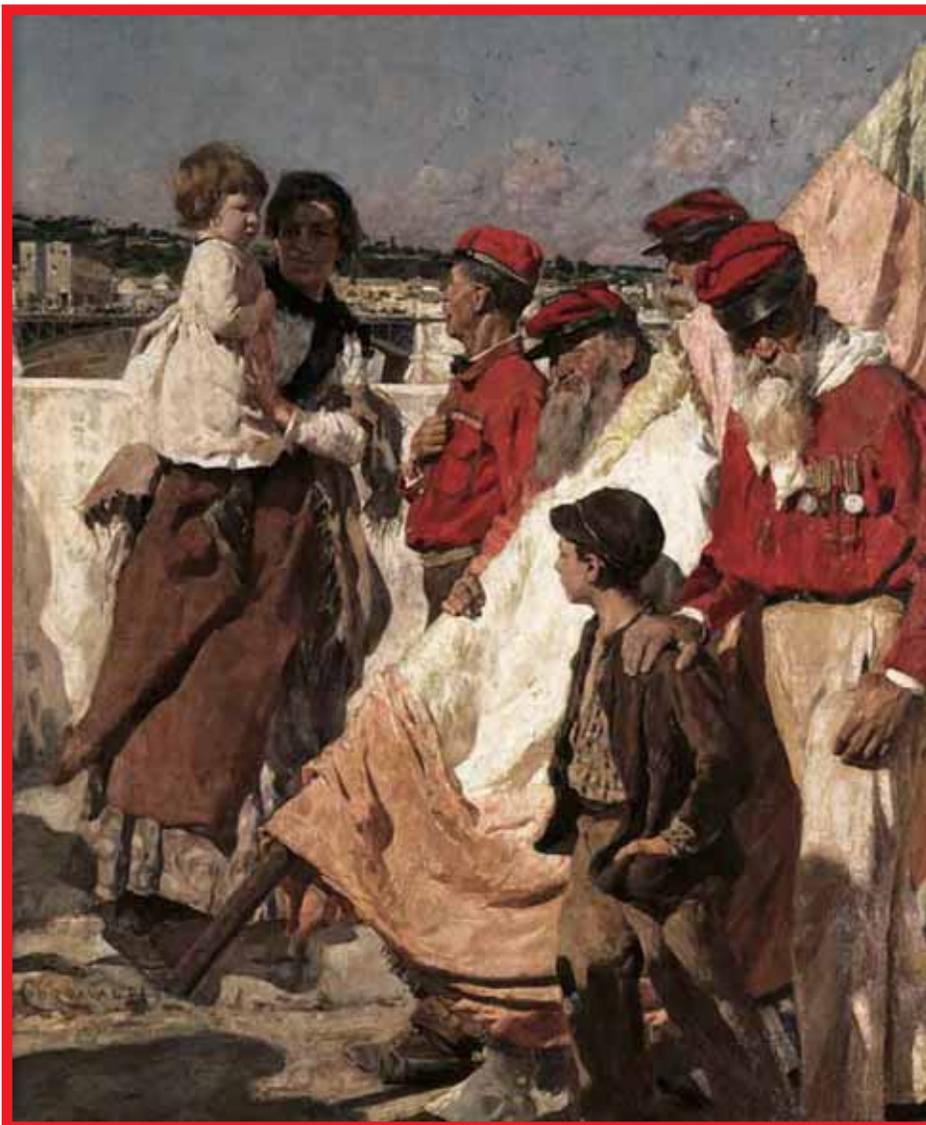


Quaderni acp

www.quaderniacp.it

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della
Associazione **C**ulturale **P**ediatri
www.acp.it ISSN 2039-1374

I bambini nell'arte



maggio-giugno 2011 vol 18 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 2011; 18(3)

97 Editorial

*Early Childhood Interventions:
"Proven Results, Future Promise"*
Giancarlo Biasini

98 Public health

Primary prevention in newborn care wards.
A research regarding the "6+1 programme"
activities in the Piedmont region, Italy
Lorena Charrier, et al.

102 Info

104 Review

Asthma as observed by The Lancet in the Year
of the Lung
Vittorio Venturoli, Enrico Valletta

107 Telescope

Maternal and newborn outcomes
in planned home birth
Domenico Di Lallo, Anteo Di Napoli

110 Learning from a case

An adolescent with persistent arthritis
Francesco De Maddi, et al.

Family Therapeutic Education for the treatment
of genetic obesity: a case of MC4 mutation
Rita Tanas, et al.

116 Community corner

The "Control place" in chronic diseases:
the case of celiac disease
Red

117 Update to practice

"Nati per Leggere":
tools for primary care paediatrician

125 Personal accounts

Adoptive breastfeeding in Italy:
unrecognized and real
M. Ersilia Armeni, Giulia Bellettini

128 Vaccinacipi

Guide to vaccine contraindications
Gruppo ACP prevenzione malattie infettive

129 Farmacipi

New WHO formularies
for essential medicines for children
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

130 Books

132 Movies

133 Interviews

In Italy a new Trade Union for family paediatricians
Red

135 Born to read

Childrens' public libraries:
libraries' sections or services
Giovanna Malgaroli

139 Acp news

140 Meeting synopsis

142 Letters

Quaderni acp

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

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Comitato editoriale

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
Carlo Corchia
Italo Spada

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 Pediatr*i*
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: ufficiosoci@acp.it

Stampa

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

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

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

LA COPERTINA

"Le camicie rosse", 1898, Umberto Coromaldi (1870-1948), olio su tela, Roma, Galleria Nazionale d'Arte Moderna.

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 corredati da un riassunto in italiano e in inglese dell'ordine di 500-800 battute. Il riassunto deve essere possibilmente strutturato. Nel caso delle ricerche va necessariamente redatto in forma strutturata distribuendo il contenuto in introduzione, materiali e metodi, risultati e discussione (struttura IMRAD). La versione in inglese del riassunto può essere modificata a giudizio della redazione. Alla fine del riassunto vanno inserite 3-5 parole chiave in italiano e in inglese; si consigliano gli AA di usare parole chiave contenute nel MESH di Medline. La traduzione in inglese di titolo, riassunto e parole chiave può essere fatta dalla redazione. La bibliografia deve essere redatta in ordine di citazione, tutta in caratteri 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.

Early Childhood Interventions: "Proven Results, Future Promise"

Giancarlo Biasini
Direttore di *Quaderni acp*

Parole chiave *Interventi precoci. Nati per leggere. Early Childhood Development*

Abbiamo allegato al numero scorso di *Quaderni acp* il catalogo dei libri consigliati per i progetti locali di "Nati per Leggere" e di "Nati per la Musica".

In questo numero invece, troverete un inserto che ha lo scopo di fornire, ai pediatri delle cure primarie, alcuni strumenti che riteniamo utili a inserire il Progetto nella pratica quotidiana. Saranno poi i lettori a confermarne l'utilità. La guida nasce dall'esperienza di pediatri che da tempo "fanno" NpL nei loro ambulatori con impegno e ritraendone grande soddisfazione. La prima parte si sofferma sulle basi conoscitive del Progetto. La seconda e la terza danno indicazioni e strumenti pratici: consigli pratici sul come fare, sulla organizzazione dell'ambulatorio e della sala d'attesa, ma anche suggerimenti per allargare il Progetto fuori dall'ambulatorio cercando alleanze e risorse per la sua promozione.

La parte illustrata, ideata da Flavia Luchino (*Lo sviluppo del bambino attraverso il suo rapporto con il libro*), è uno schema molto semplificato delle tappe dello sviluppo cognitivo, motorio e relazionale. Le prime due colonne sullo sviluppo motorio, sensoriale, cognitivo e relazionale danno qualche indicazione – che ci sembra inedita – sul comportamento del bambino verso i libri, che inizia ovviamente verso i 5-6 mesi. La terza colonna (*Cosa possono fare gli adulti*) dà qualche suggerimento su come rinforzare e rendere piacevole l'attenzione del bambino verso i libri. Si dice di solito che questi materiali possono essere utilizzati in occasione dei Bilanci di salute. Si tratta forse di una eccessiva limitazione; si potrebbe essere meno restrittivi perché conosciamo pediatri che hanno talmente interiorizzato il Progetto, che lo attuano in ogni tempo della loro attività, anzi "fanno fatica" a distaccarsene e lo considerano un efficace strumento di relazione con il bambino e con le famiglie. I pediatri che attuano NpL non sono pochi, ma dovrebbero essere di più, tenendo conto che la promozione della let-

tura in famiglia è stata definita "l'attività più efficace che il pediatra possa svolgere per promuovere lo sviluppo del bambino" e come tale è stata raccomandata dall'OMS, dall'UNICEF e dalla Banca Mondiale. L'ACP ha quindi aperto ai pediatri una strada fertile e piena di fascino. Sostenere lo sviluppo precoce del bambino, sapendo che si tratta di una attività efficace, è un compito esaltante che vede il pediatra come uno strumento indispensabile per la crescita della società. Essere pediatra significa, come è nella tradizione, occuparsi del benessere immediato dei primi anni di vita, ma anche contribuire al beneficio di tutta la società perché ci si occupa delle nuove generazioni. Questo ambito di conoscenze si è diffuso negli ultimi anni sotto il nome di *Early Childhood Development (ECD)* ed è sorprendentemente uscito dal campo della fisiologia dello sviluppo per investire quello dell'economia.

A tale proposito citiamo ampiamente un editoriale di *Fin da piccoli*, la rivista online del CSB che si occupa specificamente di questi problemi [1]. "I ricercatori della RAND Corporation, un ente di ricerca che produce analisi di politica economica e sociale, ha reso noto un documento dal titolo *The economics of early childhood policy: what science has to say about investing in children* [2]. Il documento parte da un'illustrazione della teoria del capitale umano come base concettuale che include molte delle correnti di pensiero che riguardano gli interventi nei primi anni di vita: 1) le competenze che si hanno più avanti negli anni si basano su quelle acquisite precocemente, 2) lo sviluppo umano si basa su interazione di *nature e nurture*, e quindi del patrimonio genetico e biologico e di quanto messo a disposizione dalla famiglia e dall'ambiente più in generale.

La novità di questo rapporto è un'analisi dettagliata dei benefici economici conseguenti a tali interventi che si basa sulla stima dei benefici monetari per la collettività conseguente agli effetti di questi interventi precoci".

Il rapporto, edito nel 2005, contiene una tabella nella quale è riportata, fra l'altro,

una metanalisi di 48 diverse sedi di attività educative per bambini di 3 e 4 anni. In queste sedi il rapporto costi/benefici, dollaro contro dollaro, era pari a 2,36, ma vi erano progetti in cui il rapporto arrivava a 17,07. Nel 2007, riportando alcuni dei lavori utilizzati per la metanalisi, James J. Heckman dell'Università di Chicago, premio Nobel per l'economia nel 2000 e considerato uno dei 10 economisti più influenti nel mondo, ha presentato la sua famosa "curva" (*Returns to a Unit Dollar Invested*) che dimostra come la maggiore resa economica degli investimenti per lo sviluppo si ottenga investendo negli anni tra 0-3 e 3-5, cioè nell'età prescolare.

La sua conclusione: "Social policy should be directed toward the malleable early years, if we want to successfully address these problems". La responsabilità che investe i pediatri è perciò alta, ma questo rende la loro professione come una di quelle che sono capaci di cambiare il mondo attraverso lo sviluppo dei bambini. Non sappiamo quanto l'Università faccia perché questo sia chiaro ai giovani specializzandi, ma, in USA, il programma di stimolo alla lettura fa parte del programma di specializzazione in pediatria [3].

Il titolo, pieno di fascino, di Lynn A. Karoly potrebbe essere l'insegna dei nostri ambulatori: *Early Childhood Interventions: Proven Results, Future Promise* [3]. Una responsabilità che va oltre la medicina, guarda all'avvenire e sembra richiamare l'antica romantica "Missione" per cui "la medicina deve essere a un tempo religione e poesia" come scriveva oltre un secolo fa Camillo De Meis, maestro dell'Ateneo bolognese [4]. ♦

Bibliografia

- [1] Tamburlini G. Gli interventi precoci: è possibile una analisi economica. *Fin da piccoli* 2008;1:2.
- [2] Lynn A, Karoly M, Rebecca Kilburn, Jill S. Cannon *Early Childhood Interventions: Proven Results, Future Promise*. Santa Monica, Calif.: RAND Corporation MG-341-PNC, 2005.
- [3] L. *New York Times* 15 aprile 2011.
- [4] Spallicci A. Augusto Murri e il suo metodo di indagine clinica. Mondadori, 1944:17.

Per corrispondenza:

Giancarlo Biasini

e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

editoriale

La prevenzione primaria nei Punti Nascita

Indagine conoscitiva sulle attività svolte in Piemonte sul 6+1

Lorena Charrier*, Antonella Padalino**, Margherita Monticone***, Paola Ghiotti°, Aldo Ravaglia°

*Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università di Torino; **Azienda Ospedaliera Mauriziano Umberto I, Torino; ***Biblioteca Civica di Mirafiori, Torino; °Pediatri collaboratori al Progetto per parte dell'Assessorato alla tutela della salute e sanità della Regione Piemonte

Abstract

Primary prevention in newborn care wards

A research regarding the "6+1 programme" activities in the Piedmont region, Italy
In the years 2007-2009 a survey in the 33 Birth Units of Piemonte Region was carried out to draw up a summary of the activities performed regarding the 7 evidence-based actions in the field of primary prevention. The survey represents a further step in the regional process to implement the prevention in the maternal-infant area, in which the active commitment of the people responsible for the hospital services, local services and libraries is decisive. The research was carried out by a multidisciplinary team through structured interviews to the staff at the areas of birth. The results show there is still a lot of work to be done on many of the activities, confirming the difficulties to translate into concrete facts words apparently expected.

Quaderni acp 2011; 18(3): 98-101

Key words Maternal-infant Unit. Primary prevention. Evidence-based interventions

Nel periodo 2007-2009 è stata condotta un'indagine nei 33 Punti Nascita piemontesi con l'obiettivo di tracciare un quadro delle attività ivi svolte relativamente alle 7 azioni di prevenzione primaria di provata efficacia. L'indagine rappresenta una tappa nel processo regionale di implementazione della prevenzione in ambito materno-infantile. Si è voluto indagare in particolare sul ruolo dei responsabili dei servizi ospedalieri, territoriali e delle biblioteche nella diffusione delle pratiche e dei messaggi coerenti con il 6+1. La ricerca è stata condotta da un gruppo di lavoro multidisciplinare mediante interviste strutturate agli operatori dei Punti Nascita. I risultati mostrano come occorra ancora lavorare sia sul fronte culturale che organizzativo su molte delle azioni di prevenzione primaria, confermando la difficoltà di tradurre in fatti concreti enunciazioni apparentemente scontate.

Parole chiave Punto nascita. Prevenzione primaria. Interventi di provata efficacia. 6+1

Introduzione

Il momento della gravidanza e quello della nascita sono situazioni caratterizzate da aumentata sensibilità da parte dei genitori verso tutto ciò che può favorire la salute del figlio. Su tali presupposti la Regione Piemonte, sin dal 2000, ha prodotto materiali e realizzato interventi a supporto dell'attività degli operatori dei Dipartimenti materno-infantili (DMI) nell'ambito delle azioni di prevenzione primaria di dimostrata efficacia e applicabilità nel SSR [1]. Gli interventi si sono concentrati sulle azioni del 6+1 già prima della campagna "Genitori più" [2-3]:

- riduzione/abolizione del fumo in gravidanza e negli ambienti dove soggiorna il bambino;
- utilizzo di mezzi di protezione adeguati per il trasporto in auto del bambino;

- allattamento al seno;
- utilizzo dell'acido folico in tempi appropriati;
- adesione alle vaccinazioni prioritarie;
- posizione nel sonno;
- lettura ad alta voce ai bambini sin dai primi mesi di vita.

Per la realizzazione delle azioni sono stati offerti ai DMI poster su SIDS, allattamento al seno e vaccinazioni; pieghevoli sull'uso dell'acido folico preconcezionale; cd sull'allattamento al seno e l'Agenda di Salute (documento di dimissione dal Nido che riporta i dati della nascita, traccia i Bilanci di salute programmati per l'età evolutiva e riporta i messaggi relativi alle azioni di prevenzione primaria). Agli operatori sono stati inoltre offerti numerosi corsi di formazione su tutte le tematiche elencate.

Per valutare gli effetti delle sollecitazioni regionali è stata condotta nel 2007-2009 una prima indagine descrittiva nei 33 Punti Nascita (PN) della Regione che ha indagato la preparazione e l'adesione degli operatori al programma regionale.

Obiettivi

Gli obiettivi principali miravano a:

- tracciare un quadro complessivo delle azioni svolte nei 33 PN piemontesi relativamente alle azioni di prevenzione suggerite e alla comunicazione della loro importanza ai genitori;
- ottenere dati utili per progettare e implementare successivi interventi a livello regionale.

Metodologia

È stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da un medico igienista, un'ostetrica e anche una bibliotecaria per l'azione relativa alla lettura. Il gruppo aveva il compito di programmare ed effettuare nel periodo novembre 2007 - marzo 2009 gli incontri con gli operatori di tutti i PN nelle loro sedi di lavoro. Sono stati predisposti questionari (disponibili su richiesta) per interviste strutturate rivolte a:

- responsabili (primari) delle strutture complesse di Ostetricia e di Pediatria/Nido;
- coordinatrici ostetriche e pediatriche (caposala);
- pediatri della UO di assistenza neonatale.

I questionari sono stati compilati dalle intervistatrici.

Le interviste a coordinatrici e pediatri miravano a comprendere il grado di attenzione verso le azioni indagate e l'effettiva implementazione delle medesime, affrontando i temi dal punto di vista della condivisione, da parte di professionisti con competenze diverse, di obiettivi comuni nell'ambito della prevenzione e

Per corrispondenza:
 Lorena Charrier
 e-mail: lorena.charrier@unito.it

TABELLA 1: "SI OFFRONO INFORMAZIONI A TUTTE LE MAMME SUL FUMO PASSIVO?" E "SE SÌ, IN QUALI OCCASIONI?"

Figure professionali	Sì % (N)	CPP* % (N)	Dimissione % (N)	Entrambi % (N)	Altro % (N)
Coord. ostetricia	51,7 (15/29)	33,3 (5/15)	— (0/15)	40,0 (6/15)	26,7 (4/15)
Coord. neonatologia	65,5 (19/29)	42,1 (8/19)	15,8 (3/19)	31,6 (6/19)	10,5 (2/19)
Pediatra	70,8 (17/24)	23,5 (4/17)	35,3 (6/17)	29,4 (5/17)	11,8 (2/17)

*Corso di preparazione al parto organizzato dal PN

assistenza alla coppia mamma-bambino. Le interviste per i primari avevano invece l'obiettivo di rilevare le indicazioni esistenti circa le modalità con cui mettere in atto le azioni preventive.

Dopo le interviste era prevista una riunione plenaria con gli operatori del PN e alcuni operatori del territorio (consultori, servizi di prevenzione, biblioteche) per rafforzare l'omogeneità dei messaggi comunicati ai genitori e promuovere una maggior collaborazione tra sanità e biblioteche.

Nell'elaborazione e nella presentazione dei dati si è tenuto conto delle dichiarazioni dei singoli operatori e, per alcuni quesiti, dell'accordo fra le risposte degli intervistati quale indicatore della coerenza dei comportamenti di tutti gli operatori del PN.

Risultati

Nel periodo dello studio sono stati effettuati 29 incontri (4 primari sono responsabili di 2 PN), per un totale di 129 interviste (23 primari di ostetricia e di neonatologia, 29 coordinatrici ostetriche e altrettante della neonatologia, 25 pediatri dell'assistenza neonatale) su un atteso di 145.

Sono esposti di seguito alcuni dei dati rilevati, con qualche considerazione a proposito di ciascuna azione che sarà poi ripresa in discussione.

Abolizione dell'abitudine al fumo

Le interviste volevano indagare il grado di attenzione degli operatori verso questa azione, capire se e in quali occasioni fossero state fornite informazioni ai neogenitori sui rischi legati all'esposizione al fumo passivo e se fossero stati raccolti dati circa l'abitudine al fumo di mamma e familiari.

Pressoché tutti gli operatori intervistati (100% delle coordinatrici e 95,8% dei pediatri) hanno riferito di raccogliere

TABELLA 2: "IN QUALE POSIZIONE SONO POSTI I NEONATI QUANDO DORMONO?" E "VI SONO ECCEZIONI ALLA POSIZIONE SUPINA NEL SONNO?"

Figure professionali	Supina % (N)	Nessuna eccezione % (N)
Coord. ostetricia	86,2 (25/29)	40,0 (10/25)
Coord. neonatologia	96,6 (28/29)	35,7 (10/28)
Pediatra	100,0 (24/24)	87,5 (21/24)

dati circa l'abitudine al fumo della donna e dei suoi familiari, cioè delle persone su cui è necessario intervenire nel caso in cui dichiarino di essere fumatori.

I risultati (*tabella 1*) mostrano però anche come tale consuetudine anamnestica non sia sempre accompagnata dal concretizzarsi di azioni di informazione ed educazione alla salute, se circa un terzo degli operatori intervistati dichiara che le informazioni alle mamme sono offerte, ma non di routine, in maniera e momenti non standardizzati e che molto dipende dal singolo operatore.

SIDS e posizione nel sonno

I dati circa la posizione in cui il neonato è posto nella culla quando dorme, durante il ricovero, sono riferiti in *tabella 2*.

Complessivamente, circa il 94% degli operatori intervistati riferisce come *unica* posizione quella supina. Di questi, però, solo una quota (40% delle ostetriche e 35,7% delle coordinatrici del Nido) riporta anche che *non vi sono eccezioni* a tale posizione. Fra le eccezioni addotte prevalgono la posizione sul fianco dopo i pasti, per il rigurgito, quando il bambino piange o nei prematuri.

L'80% circa degli intervistati ha dichiarato che l'argomento viene affrontato nei CPP, mentre il 71% delle coordinatrici ostetriche, il 93% delle coordinatrici del Nido e il 75% dei pediatri riferiscono che il tema è affrontato al momento della dimissione.

Solo nel 65% dei centri vi è accordo fra tutti gli intervistati circa l'adozione della posizione supina in culla. La non completa concordanza è dovuta per lo più alla componente ostetrica, dal primario che nel 30% dei casi dichiara di non essere al corrente della presenza di disposizioni precise per la posizione del bambino in culla alle coordinatrici che riferiscono la convivenza di posizioni diverse da quella supina (dal fianco a quella prona a "un po' tutte le posizioni").

Trasporto sicuro

Agli operatori è stato chiesto se il tema sia affrontato con i neogenitori, se alla dimissione sia verificato che la famiglia disponga del seggiolino e se siano a conoscenza di indicazioni specifiche per il trasporto del neonato prematuro.

I risultati hanno mostrato come vi sia sostanzialmente poca attenzione nei confronti di questa tematica che troppo sovente non è affrontata con le mamme. Il completo accordo fra tutti gli operatori sul fatto che l'argomento sia effettivamente trattato con i neogenitori si verifica infatti solo in 4 centri.

In teoria tutti gli operatori concordano sull'importanza del trasporto sicuro come azione preventiva, ma solo pochi PN si sono organizzati per informare i genitori sulle modalità per trasportare in sicurezza il neonato sin dai primi spostamenti in automobile. Solo il 17% degli operatori afferma che alla dimissione è

TABELLA 3: "CI SONO INDICAZIONI SPECIFICHE PER IL TRASPORTO SICURO DEL NEONATO PREMATURO?"

Figure professionali	Sì % (N)
Primario neonatologia	39,1 (9/23)
Coord. ostetricia	31,0 (9/29)
Coord. neonatologia	34,5 (10/29)
Pediatra	25,0 (6/24)

verificato il possesso di un seggiolino idoneo.

Le principali osservazioni degli intervistati fanno riferimento al poco tempo a disposizione per informare le mamme. In sostanza l'azione è sentita come meno "urgente" e, dunque, procrastinabile.

Gli incontri in plenaria hanno rappresentato l'occasione per affrontare l'argomento con gli operatori e consegnare materiale informativo per il trasporto del neonato prematuro che la maggior parte degli intervistati ignorava (*tabella 3*).

Allattamento materno

L'importanza dell'allattamento al seno come azione preventiva è riconosciuta da tutti gli operatori dei PN: oltre il 90% delle coordinatrici del Nido e dei pediatri e circa l'86% delle coordinatrici dell'ostetricia dichiarano infatti che l'argomento è affrontato con le mamme; più del 90% riferisce che esso è *sempre* inserito nei CPP. Dalle interviste è emerso lo sforzo di tutti i PN per informare anche le donne straniere che rappresentano una quota non trascurabile delle attuali utenti, attraverso materiale in lingua, l'aiuto dei mediatori culturali, o intervenendo su persone vicine alla donna che comprendano l'italiano.

Acido folico e vaccinazioni

I due temi sono stati studiati in modo meno approfondito delle altre azioni. Essi infatti possono essere affrontati in momenti diversi da quelli che immediatamente precedono e seguono la nascita e trovano anche adeguata collocazione in sedi differenti dal PN. Per l'acido folico è stata indagata la presenza di una "rete" fra gli operatori sanitari del PN e del territorio intervistando i primari di ostetricia circa l'esistenza di collaborazioni con

TABELLA 4: PUNTEGGIO DI IMPORTANZA DELLE 5 AZIONI PREVENTIVE E PUNTEGGIO RELATIVO ALL'ORGANIZZAZIONE DEL REPARTO PER FORNIRE INFORMAZIONI ALL'UTENZA

Figure professionali	NpL	Fumo	SIDS	Trasporto	Allattam.
Coord. ostetricia (29)	5 (3-5)	5 (3-5)	5 (2-5)	5 (3-5)	5 (5-5)
Coord. neonatologia (28)*	4 (3-5)	5 (3-5)	5 (2-5)	5 (3-5)	5 (3-5)
Pediatra (24)	4 (1-5)	5 (2-5)	5 (3-5)	5 (2-5)	5 (5-5)
(1 = punteggio minimo, 5 = punteggio massimo). Mediana e range**					
Organizzazione del reparto per offrire informazioni					
Coord. ostetricia (29)	3,5 (1-5)				
Coord. neonatologia (28)*	4 (2-5)				
Pediatra (24)	4 (1-5)				
* 1 missing					
** Coincidenza fra mediana e valore massimo del range dovuta al punteggio massimo di oltre la metà degli operatori. Il range dimostra anche che alcuni hanno attribuito il punteggio minimo.					

i servizi territoriali per la promozione del suo utilizzo.

L'83% degli intervistati ha risposto affermativamente, sebbene i dati CEDAP piemontesi rivelino che oltre il 70% delle donne dichiara di aver assunto acido folico in gravidanza, ma meno del 6% lo abbia in realtà iniziato prima del concepimento.

Letture ad alta voce

In Piemonte esiste da tempo ed è attivo un progetto regionale "Nati per Leggere". Nell'indagine si è valutato se e in quale momento l'argomento fosse affrontato con le neomamme:

- 8 coordinatrici ostetriche su 29 lo fanno alla dimissione, 5 in momenti diversi (CPP e/o degenza), mentre le restanti 16 non hanno saputo rispondere o hanno riferito che la tematica non è affrontata;
- 14 coordinatrici dei Nidi riferiscono che l'argomento è trattato alla dimissione, 7 in momenti diversi e 8 che non è affrontato.

Oltre la metà degli operatori intervistati dichiara di essere a conoscenza dell'esistenza e delle attività della biblioteca locale. In alcuni PN è stata formalizzata una collaborazione mediante convenzioni o progetti, in altri vi è una collaborazione saltuaria o non ancora avviata. Le attività di promozione di NpL sono ovviamente apparse più attive ove sia stata avviata una collaborazione col personale della biblioteca.

Gli incontri in plenaria con gli operatori delle biblioteche di zona sono stati l'occasione per creare un primo contatto ove ciò non era ancora avvenuto.

Opinioni degli operatori

A coordinatrici e pediatri è stato chiesto di esprimere un giudizio circa l'importanza, per la salute del bambino, delle azioni preventive affrontate nel corso dell'intervista e di assegnare un punteggio a quanto l'organizzazione del reparto sia coerente con il principio che definisce come tempo di cura anche quello dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione (*tabella 4*).

I dati mostrano per tutte le azioni punteggi molto alti, tanto che in molti casi il massimo punteggio attribuibile risulta essere sia la mediana che l'estremo superiore del range: evidentemente più della metà degli operatori intervistati ha assegnato il punteggio più alto a quasi tutte le tematiche (5).

Il range, però, mostra anche come alcuni operatori abbiano attribuito agli stessi temi il punteggio minimo (1 o 2) e come vi sia in sostanza una grande variabilità di opinioni.

Per quanto riguarda infine le domande relative alla valutazione del tempo dedicato all'informazione inteso come tempo di cura, l'organizzazione è giudicata mediamente coerente con tale principio, ma il range, di nuovo, evidenzia situazioni distanti dalla realizzazione di tale mandato.

Discussione e conclusioni

Questa indagine descrittiva rappresenta una tappa del monitoraggio degli effetti delle indicazioni regionali sull'implementazione periferica di azioni preventive di provata efficacia nell'ambito dell'assistenza materno-infantile.

Le indicazioni regionali richiedono organizzazione, assunzione di responsabilità personale e collettiva per divenire pratica assistenziale. La valutazione è uno dei compiti di chi le promuove e con questa indagine si è potuto comprendere se e come le azioni siano state, sin qui, realizzate.

La presa d'atto dei risultati, che confermano la necessità di programmi di *audit* specifici nei PN, conduce ad alcune riflessioni:

- la mancanza, in qualche caso, di direttive precise da parte dei responsabili delle UO e la insufficiente comunicazione/condivisione tra il reparto di Ostetricia e il Nido hanno certamente avuto conseguenze negative sui risultati ottenuti;
- i risultati circa la "posizione nel sonno" sono tipici di questa mancanza di comunicazione;
- l'allattamento al seno è l'argomento per il quale gli operatori hanno avuto più occasioni di formazione, mentre temi come il trasporto sicuro e la lettura ad alta voce sono trattati poco e in maniera disomogenea e gli operatori lamentano, rispetto a essi, la mancanza di un'adeguata formazione.

Occorre tuttavia prendere atto anche delle considerazioni emerse dalle interviste circa le difficoltà oggettive con cui si scontra l'implementazione delle azioni: i tempi ridotti di degenza, mediamente 48 ore, che non consentono l'approfondimento di tutti i messaggi; l'affollamento di informazioni che rischia di sovraccari-

care la mamma in un momento in cui ha peculiari esigenze relazionali con il suo bambino; la contemporanea presenza di ambedue i genitori ancora non sufficientemente "praticata".

Tutto questo pone il problema se mantenere nei PN la contemporaneità degli interventi o scaglionarli in una ragionevole successione nei Bilanci di Salute sia in gravidanza che dopo la nascita.

Certamente la peculiare sensibilità dei genitori durante la gravidanza e la nascita sembra indicare questo come un periodo particolarmente adatto per tentare un cambiamento dei comportamenti. I risultati dell'indagine mostrano però anche la difficoltà di tradurre enunciati apparentemente scontati in fatti concreti e come sia necessario che i responsabili dei servizi si facciano carico di quanto necessario per implementare azioni preventive prioritarie in ambito pediatrico. Un ulteriore impulso potrà derivare dall'approfondimento culturale dei temi e dal coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie.

Il presente lavoro è una sintesi del Report che verrà inviato a tutti i Punti Nascita della Regione Piemonte per una lettura puntuale del proprio livello di realizzazione del 6+1. ♦

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Bibliografia

- [1] Mastroiacovo P, Tamburlini G. Sviluppo e valutazione di interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile. *Medico e Bambino* 2000;19(5):306.
- [2] Progetto 6+1: valutazione dell'efficacia dell'informazione per la promozione della salute perinatale e infantile. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/materno/sei+1.asp>.
- [3] Ministero della Salute. 7 azioni per la vita del tuo bambino. Manuale informativo per gli operatori, 2008. <http://www.genitoripiu.it/>.



È stata presentata alla Fiera Internazionale del libro per ragazzi di Bologna 2011, **5perché**, la prima rivista multiculturale rivolta ai bambini della scuola primaria. Curata dal Gruppo di Servizio per la Letteratura Giovanile (GSLG) **5perché** è un'originale rivista dal taglio multilingue e multiculturale per bambini dai 7 agli 11 anni.

La rivista si presenta come un "piccolo libro" quadrato ed è composta da 50 pagine coloratissime, destinate soprattutto agli alunni delle scuole, ma utile anche agli insegnanti, ai mediatori culturali, ai bibliotecari, grazie all'uso ludico e didattico di idee, giochi, bibliografia e filmografia.

La pubblicazione è bimestrale e in ogni numero vengono rappresentate almeno due comunità di immigrati presenti in Italia con tutti gli elementi che ne caratterizzano la cultura, dalla storia alla musica, dalle ricette di cucina allo sport. Nella convinzione che "farsi domande è importante, fare amicizie è emozionante, conoscere il mondo e le altre culture è un'avventura, leggere insieme è un gioco...", **5perché** dà spazio alle culture del mondo, soprattutto a quelle maggiormente presenti nell'Italia multiculturale, sulla traccia dell'educazione alla lettura, obiettivo costante e primario del Gruppo di Servizio per la Letteratura Giovanile.

Peculiarità principale della rivista è la fiaba (insetto staccabile) in due lingue, illustrata da giovani professionisti che frequentano i corsi della famosa Scuola Internazionale dell'illustrazione di Sarmede (TV). Le narrazioni vengono offerte ai piccoli lettori sotto forma di filastrocche, poesie, proverbi, leggende, racconti, fumetti e piccoli giochi.

Il collegamento al sito web, www.5xk.it, offre anche la possibilità di interventi interattivi.

Per maggiori informazioni si può fare riferimento a:

GSLG - Gruppo di Servizio
per la Letteratura Giovanile
Associazione di promozione sociale
Via dei Colli Portuensi, 12
00151 Roma
Tel. 06 536067 - 349 5626846
www.gruppoletteraturagiovanile.it
redazione@5xk.it

info: notizie

UK: cambia il National Health Service

Una vera e propria rivoluzione è stata annunciata dal Ministro della Sanità inglese Andrew Lasley anche se, secondo il Ministro, è solo l'evoluzione naturale del NHS [1].

Saranno smantellati i 151 enti che attualmente gestiscono la Sanità, cioè le Health Authorities (le ASL inglesi). Il perno dovrebbe diventare la medicina del territorio alla quale andrà l'80% del budget del servizio che sarà assegnato ai medici di base; questo 80% è esattamente quello che finora è attribuito alle cure primarie (Primary Care Trusts). Un quinto di questo dovrà essere usato per la gestione. I medici dovranno unirsi in 500 consorzi che organizzeranno e gestiranno i servizi per i cittadini appoggiandosi per la fornitura delle prestazioni a uffici pubblici o privati o del cosiddetto terzo settore. Non ci saranno costi fissi: i consorzi saranno in concorrenza fra di loro, anche se ci sarà un Financial Monitor a controllare il buon uso delle finanze. I sindacati dei lavoratori sono molto perplessi perché un abbassamento dei costi porterà a un abbassamento del livello dei servizi che in UK sono già i più bassi dell'Europa occidentale. Tutto questo entro il 2014, quindi molto rapidamente. I cittadini potranno utilizzare le offerte che saranno disponibili sul mercato.

Quasi certamente i medici di base potranno guadagnare di più, ma il Royal College of General Practitioner (RCGP) ha dichiarato di essere fortemente preoccupato sull'applicazione pratica del sistema: il medico imprenditore deve ancora nascere e avrà difficoltà a farlo. Non potrà nascere – se nascerà – da qui al 2014, questo dice il RCGP e aggiunge che nel periodo intermedio ci saranno dei costi paralleli, per la coesistenza dei due sistemi, non valutabili. Gli ospedali non saranno più statali, ma diventeranno fondazioni e si convenzioneranno con i consorzi dei medici di base contrattando il prezzo delle prestazioni. Potranno nascere ospedali privati, che per ora non esistono nel Regno Unito, e potranno stipulare convenzioni con i consorzi. *Lancet* (2010;376:1959) definisce il piano “long on rethoric but disappointingly short on

details”, e con preoccupazione cita, fra i privati che entreranno nel mercato, McDonald, PepsiCo, Tesco, Unilever, Mark UK. Sempre secondo *Lancet* questi potenziali accordi sono causa di *serious concern*. Gli istituti di supervisione sugli standard sanitari (che attualmente sono 10) spariranno e al loro posto nasceranno “Healthwatch”, che monitorerà le performance delle strutture nate dalla riforma, e “Public Health England” che avrà il compito di migliorare gli standard globali della Sanità. Il risparmio previsto in quattro anni è di 20 miliardi di sterline: 20.000 manager attualmente in servizio non saranno più a carico dello Stato e potranno essere assunti dai consorzi dei medici di base. La corsa è aperta.

[1] Healthy lives, healthy people White Paper: Our strategy for public health in England

UK: un nuovo codice con l'industria del farmaco

Ai sensi di una nuova normativa, a partire dal 1° maggio 2011, i medici che svolgeranno attività di consulenza nei confronti delle aziende farmaceutiche nel Regno Unito saranno tenuti a dichiarare il contratto o i compensi ogni volta che pubblicheranno un articolo o parleranno in pubblico.

Dal prossimo anno le ditte dovranno indicare gli importi totali pagati ai consulenti e il numero di destinatari, anche se il nominativo del consulente non dovrà essere reso pubblico. Le norme fanno parte del codice 2011 della *Association of British Pharmaceutical Industry*. I cambiamenti includono nuove regole che limitano la fornitura di sussidi promozionali ai medici e nuovi requisiti di trasparenza in materia di sostegno finanziario alle organizzazioni dei pazienti, di lavoro congiunto con il NHS, di donazioni e contributi per le organizzazioni e spese di sponsorizzazione e i gadget promozionali, e perfino diari e cancelleria sono vietati. Il dettaglio è pignolo: ai medici e agli altri professionisti della salute potranno essere forniti penne e quaderni ma solo nelle riunioni o nelle conferenze; potranno avere il nome della ditta. Non potranno essere forniti farmaci. Potranno essere forniti ausili

sanitari a buon mercato, per esempio misuratori del picco di flusso o contapassi, da consegnare ai pazienti nell'ambito di un programma formale di sostegno ai pazienti. Accordi per protocolli di lavoro congiunti sono ammessi tra le aziende farmaceutiche e le autorità sanitarie per l'uso di un particolare trattamento. Ma deve essere soddisfatta una serie di condizioni, compresa la pubblicazione di tutti i dati e outcome, e una sintesi del contratto deve essere pubblicata sul sito internet della ditta. Dal 2013 le ditte, che sponsorizzeranno i medici per la partecipazione alle riunioni organizzate da terzi, devono comunicare quanto hanno pagato l'anno precedente, comprese le spese di iscrizione, spese di alloggio e di viaggio al di fuori del Regno Unito.

Le società devono precisare l'importo totale versato, quanti medici hanno sponsorizzato e il numero delle loro presenze ai convegni, ma i nomi di coloro che sono stati sponsorizzati non devono essere divulgati. Disposizioni analoghe, a partire dal 2013, obbligano le ditte a rivelare la somma totale pagata ai consulenti nel corso dell'anno precedente. I pagamenti per lavori di ricerca e sviluppo, compresi gli studi clinici, non sono coperti dal regolamento. Molte organizzazioni di pazienti contano sul sostegno finanziario di industrie farmaceutiche.

Il codice richiede alle aziende di rendere pubblico l'elenco delle organizzazioni che supportano, e dal 1° maggio 2011 devono rivelare qualsiasi supporto di valore superiore alle 250 sterline (€ 290). Il *Prescriptions Medicines Code of Practice Authority*, che presiede al codice, ha anche pubblicato per la prima volta una guida informale su come le aziende farmaceutiche possano utilizzare i social network, come Twitter e blog, e altre nuove forme di comunicazione digitale senza violare il codice (Fonte: *BMJ* 2011;342:d2188).

Salute nel web

Il 27% degli italiani si rivolge alla rete in prima battuta per avere informazioni sulla salute: oltre i 65 anni il 23%, sotto i 30 anni il 28%. Il 58% interpella prima il web del medico di famiglia perché l'attesa è più breve. Fra chi va sul web (erano possibili più risposte) il 79% cerca noti-

sulla salute

zie sulle malattie (specie cardiopolmonari e reumatologiche), il 25% sugli effetti collaterali, il 21% sugli stili di vita, il 30% sulle strutture sanitarie, il 27% per prenotazioni (Indagine su utenti utilizzatori di Internet, Università La Sapienza, Roma 2010).

"Ragazzi dentro", rapporto "Antigone" sulle carceri minori

"Ragazzi dentro" è il primo rapporto sugli Istituti di pena per minori redatto dall'Associazione "Antigone". Il primo e principale motivo di sollievo è stato scoprire che, nella stagione di massimo sovraffollamento del sistema penitenziario italiano, i minori in carcere non aumentano. Al 23 marzo 2011 erano detenuti 426 ragazzi, un numero del tutto in media con gli ultimi 10 anni; e l'Italia resta uno dei Paesi europei che incarcera meno i minori. Circa la metà dei ragazzi è costituita da stranieri, arrestati soprattutto al Centro-Nord; l'altra metà rappresentata da italiani, e si tratta quasi esclusivamente di ragazzi che provengono dalle periferie delle grandi città del Sud. Le ragazze sono praticamente tutte straniere, quasi tutte rom. Apparentemente solo i più deboli dunque finiscono in carcere, e sono deboli tre volte: perché minori, perché talmente fragili da non riuscire a godere delle molte alternative al carcere, e perché del carcere porteranno, da subito, lo stigma.

Molti dei ragazzi stranieri arrestati al Centro-Nord vengono trasferiti verso gli Istituti penitenziari del Sud o delle isole, e, al contrario, molti dei ragazzi del Sud "viaggiano" in direzione opposta: il principio di territorialità della pena imporrebbe di farla scontare vicino ai propri luoghi di provenienza, dei propri interessi e dei propri affetti, ed è d'altronde chiaro che il reinserimento sociale non è cosa facile quando lo si tenta lontano da dove si vive.

Infine c'è il problema della tutela della salute. In molti istituti sono state rilevate e segnalate carenze, ma è inaccettabile soprattutto la differenza che si registra tra aree diverse del Paese. In Sicilia e Sardegna, regioni a statuto speciale dove la sanità penitenziaria non è ancora pas-

sata in carico alle Asl regionali, la situazione appare più grave. È forse questo l'aspetto più critico, che richiede interventi rapidi. L'altra riforma ormai improponibile è l'adozione di un ordinamento penitenziario specifico per i minori. Dalla riforma del 1975 si applica, provvisoriamente, l'ordinamento penitenziario degli adulti. Da allora un ordinamento specifico è stato sollecitato molte volte, anche dalla Corte Costituzionale. È giunta l'ora di rispondere a questa sollecitazione.

Verdura biologica e antiossidanti

Una ricerca danese ha analizzato il contenuto di antiossidanti (polifenoli) in cipolle, carote e patate coltivate sia con tecniche biologiche che tradizionali. Il contenuto è risultato praticamente identico nei prodotti ottenuti con i due metodi. Questo non significa che non sia preferibile usare i prodotti biologici, che comunque hanno un minore contenuto di pesticidi (Le Scienze 2011;1:33).

Errori in Sanità

La commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario riferisce che da aprile a settembre 2010 ci

sono stati 242 errori denunciati in Sanità, di cui 163 mortali. La classifica vede al primo posto il Sud con 147 casi e 110 decessi, seguito dal Centro con 40 e 24, infine dal Nord con 55 e 29.

Aumenta il numero degli studenti in Medicina

In previsione della diminuzione del numero dei medici (la FNOM prevede una perdita di 100.000 su 350.000 per il 2020) il MIUR ha aumentato del 9% il numero dei posti a bando nelle facoltà mediche.

La situazione si è aggravata negli ultimi anni per il basso numero dei posti assegnati negli ultimi 14 anni nei quali si è avuta una perdita di 27.000 ammissioni rispetto al turn over. Non è stata aumentata invece la messa a bando dei posti per infermiere inferiori del 25% rispetto al turn over (Fonte: Il Sole24ORESanità 2-8;11:2010).

Copertura dei Nidi

Queste le coperture dei Nidi per l'anno 2007 nelle prime 7 città italiane: Bologna 37%, Firenze 28%, Milano 23%, Roma 19%, Venezia 18%, Torino 17%, Cagliari 16% (Centro documentazione infanzia: 49;2010).

DATI DI OSSERVASALUTE 2010

Vaccinazioni: le percentuali di coperture nel 2009

	Migliore	Peggioro
Antipolio	Basilicata (98,9)	Bolzano (88,9)
Anti-DT e anti-DTP	Basilicata (98,9)	Bolzano (88,8)
Anrtiepatite B	Basilicata (98,9)	Bolzano (88,3)
Anti-MPR	Umbria (95,2)	Bolzano (70,8)
Anti-Hib	Basilicata (98,9)	Bolzano (88,8)

Percentuali di tagli cesarei	FVG (23,6)	Campania (62,0)
------------------------------	------------	-----------------

Spesa sanitaria	Più alta	Più bassa
Pro capite in euro	Bolzano (2170)	Sicilia (1671)
Spesa territoriale per farmaci	Puglia (1044)	Trento (791)
Ricovero ospedaliero/10.000	Puglia (160,1)	Toscana (88,8)

Altri dati	Più alti	Più bassi
Donatori di organi/milione	Toscana (82,3)	Molise (6,2)
PM10 (media concentrazioni/die)	Campania (42,0)	Calabria (13,0)
Rifiuti urbani pro capite (kg/ab per 100)	Toscana (686)	Basilicata (386)

L'asma vista da *The Lancet* nell'Anno del Polmone

Vittorio Venturoli, Enrico Valletta
 UO di Pediatria, Ospedale "G.B. Morgagni - L. Pierantoni", AUSL Forlì

Abstract

Asthma as observed by The Lancet in the Year of the Lung

The Forum of International Respiratory Society convened, at the end of 2009, to declare 2010 The Year of the Lung. To coincide with the 2010 European Respiratory Society Meeting in Barcelona, The Lancet published, on the September 4 issue, some authoritative up-to-date papers and at least four editorials focusing on asthma and respiratory diseases. Basic mechanisms of allergic airway inflammation, the relationship between viral respiratory infections and asthma exacerbations and the management of severe asthma in children were extensively reviewed with special attention to evolving research areas and special needs of vulnerable populations. We present a synthesis of more relevant acquisitions in this continuously challenging field.

Quaderni acp 2011; 18(3): 104-106

Key words Asthma. Children. Allergic airway inflammation. Viral respiratory infection. Treatment

Il Forum of International Respiratory Society ha dichiarato il 2010 Anno del Polmone. In concomitanza con il congresso dell'European Respiratory Society a Barcellona, The Lancet ha dedicato buona parte del suo fascicolo del 4 settembre 2010 al tema dell'asma e delle malattie respiratorie. Alcuni editoriali e review di aggiornamento, a cura di autorevoli ricercatori internazionali, fanno il punto sullo stato delle conoscenze riguardo ai meccanismi biologici, genetici e ambientali dell'infiammazione allergica delle vie aeree e al trattamento dei bambini con asma resistente al trattamento. Riportiamo una sintesi delle informazioni più rilevanti e degli aspetti più controversi sulla patogenesi e la terapia dell'asma quali emergono dalla lettura dei lavori.

Parole chiave Asma. Bambini. Infiammazione allergica delle vie aeree. Infezione virale delle vie aeree. Terapia

In concomitanza con il Meeting dell'European Respiratory Society a Barcellona nel settembre 2010 e rammentando che il 2010 è stato dichiarato Anno del Polmone, *The Lancet* ha dedicato un considerevole spazio nel fascicolo del 4 settembre 2010 al problema dell'asma nei suoi aspetti biologici e clinici. Ne sintetizziamo, di seguito, i passaggi che ci sono apparsi più rilevanti.

Gli editoriali

In due brevi editoriali [*The year of the Lung* (p. 753) e *Perils of asthma research in vulnerable groups* (p. 744)], *The Lancet* rileva la scarsa attenzione che, a suo parere, riscuote il problema delle malattie respiratorie a livello mondiale sia dal punto di vista delle politiche sanitarie che dell'allocazione delle risorse per la ricerca. Questo, nonostante le malattie respiratorie siano seconde solo a quelle cardiovascolari per incidenza, mortalità e costi. Basti pensare che negli

ultimi 50 anni non è stato sviluppato alcun nuovo farmaco contro la tubercolosi che uccide oggi poco meno di 2 milioni di persone all'anno e che altrettanti bambini sotto i 5 anni muoiono ogni anno per polmonite. E l'uso del tabacco è ancora legalmente consentito nonostante i 5 milioni di morti all'anno e gli incalcolabili danni dovuti all'esposizione secondaria. Le aree che maggiormente richiedono investimenti in ricerca sono quelle più vulnerabili: i bambini con asma grave non responsivo al trattamento e gli anziani. La difficoltà di condurre studi su questi pazienti "critici" fa sì che le strategie terapeutiche proposte siano in larga parte estrapolate da dati su popolazioni con caratteristiche diverse e asma meno grave. E questo li rende doppiamente vulnerabili. Altri due editoriali [*The impact of asthma guidelines* (p. 751) e *Call for withdrawal of LABA single-therapy inhaler in asthma* (p. 750)] affrontano il tema della gestione farma-

cologica dell'asma. L'evoluzione delle linee guida sull'asma – da quelle canadesi nel 1989 – si è rivelata un efficace strumento di miglioramento delle cure, di deospedalizzazione dei pazienti e, ancor più, di contenimento delle spinte improprie provenienti dal mondo dell'industria farmaceutica.

Non che le opinioni "devianti" siano del tutto scomparse, ma è certo che la diffusione delle linee guida ha rappresentato un elemento di riequilibrio e di richiamo all'evidenza scientifica. Le linee guida sono soggette a un continuo processo di aggiornamento. Nate insieme al concetto di asma come malattia infiammatoria, hanno aperto la strada all'impiego dei corticosteroidi inalatori e si trovano oggi a fronteggiare l'esigenza di definire i diversi fenotipi dell'asma in funzione di terapie (anche biologiche) sempre più mirate, individualizzate e costose.

Ancora in tema di farmaci, un ulteriore caveat sui LABA (*long-acting beta2 agonists*). Come sappiamo, se usati da soli, possono determinare una falsa sensazione di controllo dell'asma e incrementare il rischio di attacchi gravi e di morte per asma. Pertanto vanno sempre usati insieme al corticosteroide inalatorio, ma non solo. Dal momento che usare i due farmaci in erogatori separati potrebbe portare a "dimenticare" l'uso del corticosteroide mantenendo la sola somministrazione del LABA, la raccomandazione è che i LABA siano commercializzati *esclusivamente* nello stesso inalatore con il corticosteroide associato. Diversi i vantaggi auspicati: a) impedire l'uso del solo LABA; b) incrementare l'utilizzo del corticosteroide inalatorio; c) ridurre il rischio di morte per asma conseguente alla più regolare somministrazione del corticosteroide.

Epitelio bronchiale e cellule dendritiche: tra allergene e sistema immune

L'articolo di Lambrecht e Hammad offre un aggiornamento sul ruolo delle cellule

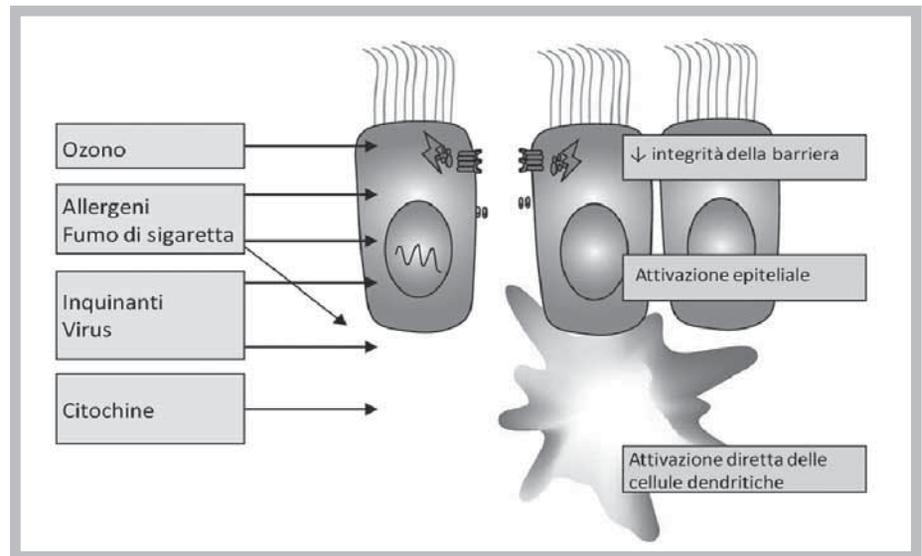
Per corrispondenza:
 Enrico Valletta
 e-mail: e.valletta@ausl fo.it

rassegne

dell'epitelio respiratorio e delle cellule dendritiche (CD) nella presentazione dell'allergene al sistema immunitario e sul loro ruolo di collegamento tra le cellule dell'immunità innata e quelle dell'immunità adattiva [1]. Gli antigeni che attraverso le vie respiratorie entrano a contatto con l'epitelio bronchiale stimolano alcuni recettori dell'immunità innata espressi sulle cellule epiteliali e sui macrofagi e reclutano i leucociti neutrofili. Il processo infiammatorio che ne consegue dovrebbe eliminare i patogeni e dare un'immunità di lunga durata attraverso l'attivazione dei linfociti T e B dell'immunità adattiva. Il sistema di comunicazione tra i due tipi di immunità è rappresentato proprio dalle CD che fungono da veri e propri "postini" trasferendo l'antigene dall'epitelio (respiratorio, ma anche intestinale o cutaneo), dove esercitano il loro abituale ruolo di sorveglianza, ai linfonodi regionali dove vengono a contatto con i linfociti T. Nell'arco di 12-24 ore, all'interno del linfonodo, le cellule dendritiche maturano, elaborano il messaggio e selezionano le cellule T a cui trasmetterlo per indurre una risposta T-helper. Lo schema generale della risposta immunitaria attribuisce ai linfociti Th2 la funzione antiparassitaria con stimolazione degli eosinofili e dei basofili, ai Th1 il controllo dell'attivazione dei macrofagi, mentre i Th17 hanno prevalentemente attività antifungina. Le CD polmonari sembrano avere una propria tendenza a promuovere una risposta Th2, tipica dell'infiammazione allergica. Il modo con cui le cellule epiteliali e le CD comunicano è cruciale nell'indirizzare verso una risposta allergica e fattori ambientali diversi insieme alla predisposizione genetica giocano un ruolo ormai accertato (figura).

Come possiamo tradurre tutto questo in una prospettiva d'intervento terapeutico? Riuscire a regolare le comunicazioni tra cellule epiteliali e CD sembra fondamentale. Finora, con l'impiego dei corticosteroidi inalatori, siamo stati in grado di ridurre sostanzialmente il numero delle CD nei polmoni dei pazienti asmatici. È un modo un po' rozzo di regolare gli eventi e si punta a qualcosa di più raffinato modulando, per esempio, il pattern citochinico che determina l'attivazione delle CD o stimolando particolari sottopopolazioni di CD. L'utilizzo delle citochine a scopo terapeutico è una delle priorità della ricerca farmacologica.

FIGURA: INFLUENZA DEI FATTORI GENETICO-AMBIENTALI SULLA COMUNICAZIONE TRA CELLULE EPITELIALI E CELLULE DENDRITICHE. MODIFICATA DA [1]



Virus, infiammazione e asma: VRS, ma anche rhinovirus

Busse e collaboratori affrontano il dibattito problema del ruolo delle infezioni virali nel determinare lo sviluppo dell'asma, le sue riaccerbazioni e la perdita del controllo terapeutico [2]. Le interazioni tra virus e asma sono in realtà complesse. L'80% delle esacerbazioni asmatiche è causato dai virus e, d'altra parte, la ben nota "hygiene hypothesis" attribuisce alle virosi respiratorie precoci un ruolo protettivo nei confronti dell'allergia e dell'asma, stimolando una risposta immune protettiva di tipo Th1.

L'attenzione dei ricercatori è puntata prevalentemente sul virus respiratorio sinciziale (VRS) e sul rhinovirus umano (HRV). Per quanto riguarda il primo, la letteratura indica che i lattanti a più alto rischio di bronchiolite virale grave sono anche quelli che più probabilmente svilupperanno asma successivamente. Secondo alcuni non sarebbe tanto il VRS a determinare l'asma, ma esisterebbe piuttosto una suscettibilità genetica sia alla bronchiolite da VRS che all'asma. Ancor più rilevante è il ruolo degli HRV le cui infezioni precoci sembrano fortemente legate allo sviluppo di asma in età scolare. Se oltre al virus aggiungiamo la sensibilizzazione allergica, allora il rischio si moltiplica da quattro a nove volte con effetto sinergico. Questo significa che l'HRV determina l'asma? Difficile a

dirsi, considerata la grande diffusione del virus nella popolazione pediatrica. Ci possono essere però delle concause specifiche: un difetto di risposta immune antivirale con ridotta produzione di interferone, fattori ambientali (es. il fumo di tabacco) che aggravino l'infezione da HRV o l'esistenza di ceppi virali specifici a più elevato potenziale asmogeno. A fronte di queste ipotesi, la ricerca ha il duro compito di capire cosa regola il triangolo ospite-virus respiratori-sensibilizzazione allergica.

La diffusione delle tecniche di PCR ha consentito l'individuazione di un maggior numero di virus rispetto ai convenzionali metodi colturali e nell'85% delle esacerbazioni respiratorie è stato possibile identificare la presenza di un virus. Nei due terzi dei casi si tratta di un HRV di gruppo C. In realtà, si conoscono oggi almeno 150 ceppi diversi di HRV e in una sola stagione possono circolare circa 20 ceppi contemporaneamente e i più interessanti sembrano essere proprio gli HRV-C. Gli eventi che connettono infezione virale, infiammazione delle vie aeree e asma non sono del tutto noti. Certo è che virus e allergia agiscono sinergicamente nell'aumentare il rischio di esacerbazione dell'asma. E se consideriamo che l'inizio dell'autunno coincide con l'apertura delle scuole, non possiamo escludere che oltre ai virus e agli aeroallergeni anche lo stress scolastico possa fare la sua parte. Volendo essere concre-

ti, è ragionevole pensare che tutti questi fattori agiscano alterando l'integrità dell'epitelio respiratorio e si rinforzino a vicenda modulando, in senso sfavorevole all'ospite, i meccanismi della difesa antivirale, della produzione citochinica e dell'infiammazione. Non c'è dubbio che, tra tutti i virus, il rhinovirus è oggi quello maggiormente "attenzionato".

L'asma molto difficile. Il presente e il futuro

Chi sono i bambini con asma realmente non responsivo alle terapie? Come facciamo a identificarli e quali risorse abbiamo per ricondurli a un accettabile controllo dei sintomi? Bush e Saglani cercano di rispondere a queste domande, partendo da due considerazioni: questi bambini sono meno della metà di quelli che vengono comunemente classificati come asmatici gravi problematici e gli studi che li riguardano sono praticamente inesistenti [3]. Le argomentazioni che gli Autori sviluppano nel loro articolo sono infatti dichiaratamente basate sull'esperienza personale e su un cauto utilizzo dei dati disponibili nell'adulto e nel bambino con asma lieve-moderato. In molti casi di asma apparentemente non responsivo alla terapia, il problema è in realtà un altro. Si tratta di bambini con una diagnosi sbagliata (non hanno l'asma), incompleta (hanno l'asma più qualcos'altro) o che non si curano adeguatamente (scarsa compliance, terapia inalatoria mal eseguita, persistente esposizione ad agenti ambientali e al fumo di tabacco). Nonostante gli schemi terapeutici ben codificati e la possibilità di misurare l'infiammazione delle vie aeree consentano un buon controllo di base dell'asma, ancora molti bambini hanno gravi riacacerbazioni che obbligano all'utilizzo degli steroidi sistemici. Assistiamo, cioè, a una dissociazione tra controllo dell'asma e riacacerbazioni ed è questo un fenomeno che richiede maggiore attenzione.

Come si deve comportare lo specialista di fronte a questi casi? Il primo passo è accertarsi che la modalità di somministrazione dei farmaci inalatori sia appropriata, che ci sia una buona compliance terapeutica e che l'esposizione agli agenti ambientali sia ridotta al minimo. Poi è necessario rifare il punto della situazione impiegando tutti, o quasi, gli strumenti a

disposizione (prick e RAST: la concordanza tra le due metodiche è del 70-80%, e gli Autori consigliano di utilizzarli entrambi, ossido nitrico esalato, spirometria e risposta al broncodilatatore, citologia nello sputo).

La spirometria, nel bambino, è meno affidabile che nell'adulto nel classificare la gravità dell'asma e il test di provocazione bronchiale ha spesso un margine di rischio troppo elevato. La TAC ad alta risoluzione non dà informazioni utili. La seconda cosa da fare è verificare la compliance al trattamento (molto più bassa di quello che ci si potrebbe immaginare), la tecnica di utilizzo degli inalatori (non darla per scontata anche dopo diverse sedute d'istruzione), l'esposizione al fumo di tabacco (interessa il 25% dei bambini con asma grave) e il livello di esposizione ambientale agli allergeni. L'esposizione a una bassa carica allergenica può dare, infatti, un aumento dell'infiammazione bronchiale e steroido-resistenza pur senza provocare riacacerbazioni acute. Gli animali domestici, gli scarafaggi e le muffe sono i più pericolosi, mentre per gli acari della polvere le evidenze restano meno convincenti. Occorre poi considerare eventuali patologie concomitanti, rare ma possibili (reflusso gastroesofageo, rinosinusi, anomalie della respirazione, obesità) prima di passare agli accertamenti più invasivi. Espletati questi passaggi, c'è spazio per la broncoscopia con lavaggio e biopsie bronchiali, la pH-metria e per un test terapeutico con una singola iniezione intramuscolare (80 mg) di triamcinolone. Percorso l'iter che abbiamo sinteticamente riassunto e rivalutato il bambino dopo 3-4 settimane, si decide il piano di trattamento individualizzato sulla base del fenotipo asmatico prevalente. Se dopo il trial con triamcinolone persiste un'infiammazione eosinofila, le opzioni proposte sono tre: a) corticosteroidi inalatori ad alte dosi; b) budesonide+formoterolo; c) ulteriori dosi di triamcinolone, prima di considerare terapie meno convenzionali con omalizumab, methotrexate, azatioprina o ciclosporina. Se l'infiammazione è mista (eosinofila-neutrofila) o esclusivamente neutrofila, come nel fenotipo con esacerbazioni di origine virale-allergica, si può pensare ai corticosteroidi e ai LABA inalatori, ai macrolidi, ai leucotrieni ai primi

segni di esacerbazione virale o agli anticorpi anti-IL5 (mepolizumab). La sensibilizzazione ai funghi non è rara anche nel bambino e può dare forme respiratorie gravi. Nonostante l'esperienza pediatrica sia scarsa, un trattamento con itraconazolo o voriconazolo può essere preso in considerazione, analogamente a quanto suggerito nell'adulto con asma grave e allergia ai micofiti.

Le proposte su come monitorare il risultato della terapia a domicilio sono diverse, ma tutte sostenute da modesta evidenza scientifica in pediatria. L'utilizzo dei marker infiammatori è utile nel controllo dell'asma lieve-moderato e, probabilmente, lo è anche nell'asma grave del bambino. La valutazione dell'ossido nitrico esalato, della reattività bronchiale e dell'eosinofilia nello sputo può guidare nell'aggiustamento terapeutico dei corticosteroidi e nel predire eventuali riacacerbazioni durante la riduzione del dosaggio. Tuttavia, ossido nitrico e citologia nello sputo non sempre concordano nel singolo paziente con asma grave e anche il fenotipo dell'asma può variare nel tempo nel medesimo soggetto. Nuove tecniche di misurazione dell'infiammazione delle vie aeree prossimali e distali utilizzando l'ossido nitrico prodotto selettivamente nei due distretti potrebbero fornire indicazioni più precise su quanto di realmente rilevante sta avvenendo a livello bronchiale. Nel futuro, i marker biologici ideali dovrebbero aiutarci nella gestione della terapia, nell'identificare i bambini che non sono ben controllati e nel distinguere i responder dai non-responder alle nuove e più pesanti terapie immunologiche. Nell'attesa di nuove e più precise conoscenze sull'asma resistente al trattamento, non dobbiamo dimenticare che almeno la metà dei bambini con asma grave di difficile controllo può essere gestita con un attento uso delle terapie convenzionali. ♦

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Bibliografia

- [1] Lambrecht BN, Hammad H. The role of dendritic and epithelial cells as master regulators of allergic airway inflammation. *Lancet* 2010;376:835-43.
- [2] Busse WW, Lemanske Jr RF, Gern JE. Role of viral respiratory infections in asthma and asthma exacerbations. *Lancet* 2010;376:826-34.
- [3] Bush A, Saglani S. Management of severe asthma in children. *Lancet* 2010;376:814-25.

Sicurezza del parto a domicilio verso quello in ospedale

Validità degli studi, setting assistenziale e criteri di selezione

Domenico Di Lallo, Anteo Di Napoli
Lazio-Sanità - Agenzia di Sanità Pubblica, Roma

Recensione dell'articolo di Wax JR, et al. *Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis* [1].

Abstract

Maternal and newborn outcomes in planned home birth

This study represents a metaanalysis performed on 12 studies, designed on intended delivery locations, to assess the occurrence of negative maternal and newborn outcomes within both planned home births and hospital births. The findings display that in planned home births there is a significantly lower probability of medical interventions, maternal morbidity, preterm or low birth weight newborns and a higher frequency of births progressed beyond 41 weeks. Perinatal mortality has similar rates in the two examined groups, while neonatal mortality is higher in planned home births. Several methodological limits affect this metaanalysis because of the inclusion of very heterogeneous studies as to publication period, design (observational/retrospective and prospective/just one RCT), enrolled population characteristics, exposure (delivery location) and outcomes definitions. In the Italian health care context, where less than 50% of the pregnancies is in charge of the community services and more than 99% of the deliveries occurred in hospital, a qualification of perinatal care should be mainly directed toward these two type of services.

Quaderni acp 2011; 18(3): 107-109

Key words Planned home childbirth. Neonatal mortality. Maternal and neonatal outcome. Patient safety

Lo studio è una meta-analisi, condotta su 12 studi, per valutare l'occorrenza di esiti sfavorevoli materni e neonatali fra parti programmati a casa e in ospedale in studi disegnati per "intenzione al trattamento". I risultati mostrano una probabilità significativamente inferiore di interventi medici, morbilità materna, parti pretermine, neonati di basso peso e una maggiore probabilità di parti oltre le 41 settimane, tra i parti programmati a casa rispetto a quelli in ospedale. La mortalità perinatale era simile tra i due gruppi, mentre la mortalità neonatale era più elevata per i parti pianificati a casa. La meta-analisi presenta numerosi limiti metodologici dovuti all'inclusione di studi estremamente eterogenei per periodo di pubblicazione, disegno (osservazionali, retrospettivi e prospettici, un solo RCT), caratteristiche della popolazione arruolata, definizione dell'esposizione (luogo del parto) e degli esiti. In un contesto nazionale dove meno del 50% delle gravidanze è seguito dai servizi territoriali e più del 99% dei parti avviene in ospedale, si ritiene che un intervento di qualificazione dell'offerta assistenziale debba essere indirizzato principalmente verso queste due tipologie di servizi.

Parole chiave Parto a domicilio. Mortalità neonatale. Esiti materni e neonatali. Sicurezza dei pazienti

Il dibattito sul parto a domicilio e sulla sua sicurezza per la donna e il neonato è di continuo interesse soprattutto nei Paesi anglosassoni. Nel Regno Unito, il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists e il Royal College of Midwives sostengono la possibilità del parto a casa per donne a basso rischio di complicanze. La Society of Obstetricians

and Gynaecologists del Canada sottolinea l'importanza della scelta della donna rispetto all'evento nascita. L'American College of Obstetrics and Gynecologists, invece, non sostiene programmi di parto domiciliare, affermando che l'ospedale o un centro nascita integrato con l'ospedale è l'ambiente più sicuro per garantire un'assistenza adeguata durante il trava-

glio, il parto e l'immediato post-parto. A nostra conoscenza non ci sono sull'argomento documenti ufficiali da parte delle principali società scientifiche italiane (SIGO, AOGOI, SIMP).

Lo studio recensito è una meta-analisi che si propone di valutare l'occorrenza di esiti sfavorevoli materni e neonatali fra parti programmati a casa e in ospedale, a partire da studi disegnati per "intention to treat", attribuendo quindi al gruppo dei parti programmati a domicilio anche esiti verificatisi in ospedale in caso di trasferimento per complicanze della donna o del neonato.

La meta-analisi è stata condotta su 12 studi, da una prima selezione di 237 articoli, pubblicati tra il 1984 e il 2009, per un totale di 342.056 parti pianificati a casa e 207.551 in ospedale. Gli studi avevano dimensioni estremamente diverse: da 11 a 484.568 parti. Dei 12 studi selezionati, solo quello di dimensioni più piccole era uno studio clinico randomizzato controllato, 6 avevano una data di pubblicazione antecedente al 1997, 5 erano "population-based", di cui 3 basati su registri di nascita; solo in 4 i due gruppi a confronto erano stati accoppiati per alcune condizioni di basso rischio.

I singoli studi derivavano da popolazioni con caratteristiche differenti (per esempio, range dell'età gestazionale 34-42 settimane) o con formazione delle ostetriche differenti ("certified" o "not certified").

La meta-analisi ha valutato tre gruppi di esiti:

1. interventi medici sulla madre (analgesia epidurale, monitoraggio cardiaco fetale, episiotomia, parto vaginale operativo, parto cesareo);
2. esiti materni (infezioni, emorragie post-partum, patologia della placenta);

Per corrispondenza:
Domenico Di Lallo
e-mail: dilallo@asplazio.it

3. esiti neonatali (Apgar a 5 minuti < 7, prematurità, basso peso, macrosomia, assistenza respiratoria, mortalità perinatale e neonatale).

I risultati mostrano, tra i parti pianificati a casa rispetto a quelli in ospedale, una probabilità significativamente inferiore di interventi medici, morbilità materna, parti pretermine o con neonati di basso peso e una maggiore probabilità di parti oltre le 41 settimane. La mortalità perinatale era simile tra i due gruppi, in totale (OR: 0,95; IC 95%: 0,77-1,18) e tra i soli nati senza anomalie congenite (OR: 0,95; IC 95%: 0,76-1,18). Invece, la mortalità neonatale risultava più elevata per i parti pianificati a casa, in totale (OR: 1,98; IC 95%: 1,19-3,28) e tra i soli nati senza anomalie congenite (OR: 2,87; IC 95%: 1,32-6,25). L'eccesso di mortalità neonatale veniva confermato anche escludendo i 4 studi meno recenti e di qualità più scadente, mentre l'eccesso non veniva confermato escludendo gli studi con parti a casa assistiti da ostetriche non "certificate".

Valutazione metodologica della meta-analisi

La meta-analisi è una metodologia statistica che integra i risultati di più studi, selezionati attraverso una revisione sistematica della letteratura, per fornire una stima del rischio o del beneficio di un intervento, meno imprecisa di quella fornita da un singolo studio, in quanto la misura è ottenuta da un insieme di dati più grande (i risultati sono cumulati e ponderati per numerosità del singolo studio) [2]. Tuttavia, gli studi inclusi in una meta-analisi possono essere eterogenei, dal punto di vista quantitativo (dimensione dell'effetto) e/o qualitativo (direzione dell'effetto). In tal caso, bisogna essere molto prudenti nell'effettuare un'analisi cumulativa ("pooled") dei risultati dei singoli studi, per il rischio di trarre conclusioni distorte, pur se statisticamente significative. Per valutare i risultati di una meta-analisi, "pooled" e per singolo studio incluso, è raccomandato mostrare un grafico denominato "forest plot".

La meta-analisi di Wax e collaboratori mostra, a nostro avviso, numerosi limiti metodologici. I risultati sono presentati

in modo da non consentire al lettore di conoscere le stime di associazione dei singoli studi, almeno per gli esiti più importanti, impedendo di valutare l'eterogeneità e il peso di ciascuno di essi nel risultato "pooled". Per esempio, non è mai presentato un "forest-plot".

Inoltre, gli Autori non sempre specificano quali studi sono stati utilizzati per le singole analisi, riportando solo il numero di quelli analizzati; per esempio, l'analisi della mortalità neonatale è stata fatta solo su 7 dei 12 studi ma dal testo non si evince quali sono stati i 5 esclusi e perché.

Non è poi chiaro il motivo dell'esclusione degli studi che hanno accoppiato per *case-mix* il gruppo di parti pianificati a casa e quelli pianificati in ospedale. In un disegno di studio non sperimentale, la possibilità di rendere il più possibile omogeneo il gruppo degli "esposti" (parti pianificati a domicilio) al gruppo dei "non esposti" (parti in ospedale) rappresenta un elemento che rafforza la validità del risultato, non un limite che giustifichi l'esclusione.

Per alcuni studi è plausibile che la definizione di "planned home delivery" possa essere riferita a parti avvenuti, ma non pianificati a domicilio; infatti, in uno degli studi sono stati inclusi parti con età gestazionale ≥ 34 settimane che, almeno per le settimane dalla 34^a alla 36^a, difficilmente possono essere considerati a basso rischio [3].

Molti degli studi hanno utilizzato come fonte informativa i registri di nascita, per i quali non risulta possibile determinare la quota di parti domiciliari non pianificati, per i quali ci sono evidenze di esiti peggiori.

Inoltre, nello studio condotto in Svizzera la pianificazione del luogo del parto è stata fatta in una fase precoce della gravidanza, determinando così l'assegnazione al gruppo "planned home" anche di parti poi riferiti all'ospedale per insorte complicazioni [4].

La meta-analisi mostra che i parti pianificati a casa rispetto a quelli in ospedale si associano a minori interventi medici e a minore morbilità, specialmente per donne a basso rischio prese in carico da ostetriche certificate, altamente addestrate e ben integrate nel sistema sanitario.

Tali risultati sono consistenti con l'ipotesi che l'assistenza al parto in un setting ospedaliero è maggiormente esposta a interventi medicalizzanti, alcuni dei quali possono essere offerti solo in ospedale (taglio cesareo) e che il gruppo dei parti in ospedale sia in realtà più gravato da fattori di rischio non considerati rispetto a quello domiciliare.

Il risultato di maggior rilevanza è l'eccesso statisticamente significativo di mortalità neonatale (doppio e quasi triplo nei non malformati) tra i nati da parto programmato a casa, attribuibile, secondo gli Autori, alla minore disponibilità di interventi ostetrici intensivi e di personale addestrato a gestire situazioni cliniche neonatali in condizioni di urgenza/emergenza.

Il risultato della meta-analisi relativo all'esito della mortalità neonatale va interpretato con estrema cautela per diversi motivi. Innanzitutto, non si osserva un analogo eccesso di mortalità perinatale, indicatore calcolato con una parte dei decessi (sotto la prima settimana di vita) inclusi anche nella mortalità neonatale. Inoltre, se come sostengono gli Autori la non disponibilità di tecniche di monitoraggio intensivo ostetrico durante il travaglio ha un effetto negativo sulla mortalità neonatale dovrebbe averlo ancor più sulla quota di mortalità fetale che si verifica durante il parto.

Risulta poi difficile ipotizzare che cure ostetriche sub-ottimali a domicilio abbiano il solo effetto di postporre l'esito sfavorevole dal periodo pre-parto a quello post-parto. Altro elemento critico da considerare è che i risultati dei tre studi inclusi nella meta-analisi pubblicati nel 2009, in contrasto con quelli meno recenti, non trovano differenze sia nella mortalità perinatale che in quella neonatale [5-7].

Tuttavia, tali studi sono stati condotti in Canada e Olanda, dove il personale ostetrico che assiste i parti a domicilio riceve una formazione rigorosa e continua ed è pienamente integrato nella rete dei servizi sanitari (in Olanda circa il 30% dei parti viene assistito a domicilio), rendendone le conclusioni non immediatamente generalizzabili a contesti nei quali il parto a domicilio non risponde a standard di qualità predefiniti.

Conclusioni

Partendo dall'assunto che la qualità di una meta-analisi dipende da quella degli studi che vi sono inclusi, riteniamo che il punto più debole del lavoro di Wax, et al. sia da ricercare nella disomogeneità degli studi selezionati in termini di periodo (alcuni sono troppo datati), tipologia (osservazionali, retrospettivi e prospettici, un solo RCT), caratteristiche della popolazione arruolata, definizione dell'esposizione (luogo del parto) e degli esiti.

Da un punto di vista di sanità pubblica, l'enfasi che viene data dagli Autori a una misura di rischio relativo, in presenza di un'esposizione ed esito a bassa frequenza, è poco informativa, poiché può far passare esclusivamente il messaggio di un eccesso di mortalità neonatale almeno doppio tra i nati a casa rispetto ai nati in ospedale.

Gli Autori avrebbero dovuto parimenti evidenziare come solo lo 0,3% delle morti neonatali si sarebbe potuto evitare nel caso non ci fossero stati parti a domicilio (rischio attribuibile di popolazione). Indipendentemente dalla valutazione della meta-analisi di Wax, et al. ci preme però fornire una posizione sulla opportunità, in un Paese come il nostro, di promuovere un percorso come quello del parto domiciliare. Non esistono dati nazionali affidabili e aggiornati sulla quota di parti a casa distinti per pianificati e non, né sugli esiti materni e neonatali. Il dato più recente, rilevato attraverso il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) 2007, riporta una percentuale dello 0,37% con una variabilità regionale compresa fra lo 0,01% e il 4,1% (fonte CedAP 2007, Ministero della Salute). Si tratta quindi di una "domanda" numericamente molto limitata e, probabilmente, del tutto inserita in un percorso assistenziale di tipo privato.

Sul finire del 2010 è stato pubblicato il nuovo Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, cui ha fatto seguito l'accordo Stato-Regioni sul percorso nascita. In questi documenti viene data particolare enfasi ad alcuni aspetti importanti come la qualificazione dei punti di assistenza al parto, la demedicalizzazione delle gravidanze a basso rischio e la presa in cari-

co della donna in gravidanza. In un contesto nazionale dove meno del 50% delle gravidanze è seguito dai servizi territoriali e più del 99% dei parti avviene in ospedale, si ritiene che un intervento di qualificazione dell'offerta assistenziale (risorse strutturali e culturali) debba essere indirizzato principalmente verso queste due tipologie di servizi. In una auspicabile, ma difficile, prospettiva di demedicalizzazione delle gravidanze a basso rischio, possono trovare comunque una loro collocazione le Case del parto, funzionalmente inserite nella rete dei servizi territoriali e ospedalieri, e il parto domiciliare, inteso come percorso anche privato, ma soggetto a un controllo da parte dei servizi dell'Azienda Sanitaria Locale. ♦

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Bibliografia

- [1] Wax JR, Lucas FL, Lamont M, et al. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:243.e1-8.
- [2] Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ* 2009 Jul21;339:b2700.
- [3] Pang JW, Heffelfinger JD, Huang GJ, et al. Outcomes of planned home births in Washington State: 1989-1996. *Obstet Gynecol* 2002;100:253-9.
- [4] Ackermann-Liebrich U, Voegeli T, Günter-Witt K, et al. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. *BMJ* 1996;23:313:1313-8.
- [5] Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth* 2009;36:180-9.
- [6] Janssen PA, Saxell L, Page LA, et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ* 2009;181:377-83.
- [7] de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009;116:1177-84.

ELEZIONI PER IL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ACP

I candidati

Augusto Biasini,
Pediatria ospedaliero, Emilia Romagna;
Anna Maria Falasconi,
Pediatria di famiglia, Lazio;
Italo Marinelli,
Pediatria ospedaliero, Umbria;
Aurelio Nova,
Pediatria di famiglia, Lombardia;
Giuseppe Cirillo,
Pediatria di comunità, Campania;
Pierangela Rana,
Pediatria di famiglia, Puglia;
Maria Luisa Zuccolo,
Pediatria di famiglia, Veneto.

**Vedere sul sito ACP
il curriculum di ogni candidato.**

Modalità di voto

Ogni iscritto riceverà per posta la scheda di votazione **entro il 31 luglio 2011**.
Con questa può votare al Congresso Nazionale (13-15 ottobre, Roma), oppure per posta.
Per il voto postale dovrà compilare la scheda e inviarla all'indirizzo indicato.
Per l'anonimato, la scheda sarà chiusa in una busta bianca, posta dentro un'altra busta in cui sarà indicato il mittente che sarà tolto dall'elenco degli elettori.
Non sono valide le schede senza l'indicazione del mittente e quelle giunte **dopo il 24 settembre 2011**.
Chi vota in assemblea potrà usare la scheda di cui è in possesso o richiederne una nuova.
I candidati da eleggere sono 4 e si possono esprimere al massimo 3 voti.

Un adolescente con artrite persistente

Francesco De Maddi, Daniele De Brasi, Paolo Siani

AORN A. Cardarelli, Napoli; UOC di Pediatria, Settore di Reumatologia pediatrica

Abstract

An adolescent with persistent arthritis

A fourteen year old girl is admitted in hospital with a polyarthritis. The lack of a therapeutic response renegotiates the initial diagnosis of juvenile rheumatoid arthritis. New laboratory exams are conclusive for the diagnosis of systemic lupus erythematosus.

Quaderni acp 2011; 18(3): 110-111

Key words *Rheumatoid arthritis. Juvenile polyarthritis. Systemic lupus erythematosus. Rheumatoid factor*

Viene descritto il caso clinico di una ragazza di 14 anni ricoverata per poliartrite. L'iniziale diagnosi di artrite idiopatica giovanile, posta sulla scorta della clinica e del laboratorio, sarà ridiscussa per la mancanza di risposta terapeutica. La ripetizione degli esami di laboratorio sarà decisiva per la diagnosi di lupus eritematoso sistemico (LES).

Parole chiave *Artrite reumatoide. Poliartrite. LES. Fattore reumatoide*

La storia

Dolores è una adolescente di 14 anni che viene ricoverata nel nostro reparto con una diagnosi di poliartrite. Nell'anamnesi familiare la madre e la nonna paterna sono affette da tiroidite autoimmune, con familiarità per psoriasi. La paziente, da circa un mese, presenta tumefazione e dolore a carico della caviglia destra e in seguito del ginocchio destro; da circa una settimana comparsa di dolore e tumefazione del ginocchio e caviglia sx. Ha praticato terapia con ibuprofene (15 mg/kg) ed esami di laboratorio risultati non contributivi per la diagnosi. All'ingresso Dolores è sofferente, presenta febbre, ha estrema difficoltà alla deambulazione per intenso dolore a carico degli arti inferiori, con le articolazioni del ginocchio e tibio-tarsica bilateralmente tumefatte. All'esame articolare generale si riscontra un'ulteriore tumefazione dolente a carico dell'articolazione interfalangea del 3° dito della mano sinistra. La frequenza cardiaca e la pressione arteriosa sono adeguate all'età. Per il resto l'esame clinico risulta normale. Gli esami di laboratorio evidenziano i seguenti risultati: globuli rossi 4.130.000/mmc, emoglobina 10,5 g/dl, globuli bianchi 8060/mmc, neutrofili 74%, VES 1 h 43, PCR 47,8 mg/dl, anti-DNasi B 102 UI/ml, TAS 212 UI, ANA positivi 1:320, anti-dsDNA con

metodo ELISA e in immunofluorescenza indiretta negativi, ENA e ANCA assenti, Ig anticitrullina negativi, complementemia normale, lupus anticoagulant negativo, fattore reumatoide negativo, quadro proteico con presenza di ipergammaglobulinemia 23,3%, esame delle urine normale, EMA e Ab antiTg assenti. La funzionalità tiroidea è risultata nella norma, negativa la ricerca di anticorpi anti-TGO e anti-TPO. L'ecografia articolare multisede ha dimostrato la presenza di un tenue film fluido intrarticolare a carico delle articolazioni interessate.

L'ipotesi diagnostica e il decorso

Sulla scorta dell'esame clinico e degli esami di laboratorio è stata posta diagnosi di artrite idiopatica giovanile di tipo poliarticolare fattore reumatoide negativa, e iniziata terapia con ibuprofene a dosaggio terapeutico. Dolores ha praticato durante l'iniziale degenza visita oculistica con lampada a fessura, ecocolor-doppler cardiaco e mielobiopsia risultate normali. Dopo circa 10 giorni di terapia con ibuprofene, per l'ingravescente dolore articolare e totale impossibilità alla deambulazione è stata sottoposta a terapia combinata con methotrexate per os e naprossene, quest'ultimo sostituito dopo 14 giorni dall'indometacina per gli scarsi risultati clinici. La mancata risposta

terapeutica dopo tre settimane di quest'ultima associazione farmacologica, unitamente alla comparsa di anemia (Hb 8 g/dl), ha indotto a ripetere il pannello di esami per patologie di origine reumatologica con i seguenti risultati: ANA 1:320, anticorpi anti-DNA 1:160, test di Coombs positivo +++, VES 1 h 40, PCR 12,5 mg/dl, C3 84 mg/dl, C4 22,3 mg/dl, globuli rossi 2.950.000/mmc, globuli bianchi 8400/mmc, piastrine 265.000/mmc. L'esame clinico mirato ha permesso di evidenziare la presenza di due ulcere non dolenti del cavo orale. Il riscontro di 4 criteri della classificazione dell'American College of Rheumatology per la diagnosi del lupus eritematoso sistemico (LES) ha permesso di formulare la diagnosi di poliartrite in corso di LES. Per la contemporanea presenza di artrite e anemia emolitica la paziente ha iniziato terapia con prednisone per os (1 mg/kg in monosomministrazione) con ottimi risultati clinici: dopo 10 giorni di terapia Dolores non presentava dolori e tumefazioni articolari, unitamente a una condizione fisica notevolmente migliorata. Gli esami di laboratorio praticati rilevavano una normalizzazione dei parametri infiammatori e un innalzamento dell'emoglobina, pur persistendo una debole positività del test di Coombs. Dopo circa 2 mesi di terapia ha iniziato una riduzione graduale del prednisone fino a sospensione dopo un mese. Per la ricomparsa di artrite bilaterale del ginocchio, a 20 giorni dalla sospensione, è stata iniziata terapia combinata di prednisone e azatioprina.

È in corso il follow up, con riduzione graduale del cortisone alla dose minima efficace.

Commento

Il LES è una patologia autoimmune, con una incidenza in età pediatrica stimata in 0,4 casi /100.000 persone/anno, il rapporto femmine/maschi è pari a 9:1 in epoca post-puberale, in contrasto a un rapporto di 3:1 presente in età prepubere

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: paolo.siani@aacardarelli.it

il caso che insegna

TABELLA 1

Criteri ACR per la diagnosi di LES	
1.	Eritema a farfalla
2.	Rush discoide
3.	Fotosensibilità
4.	Ulcere mucose del cavo orale o nasale
5.	Artrite poliarticolare
6.	Sierositi (pleurite, pericardite)
7.	Interessamento renale (proteinuria persistente sup. a 0,5 gr/die)
8.	Interessamento SNC (convulsioni, psicosi)
9.	Interessamento ematologico (anemia emolitica, leucopenia, piastrinopenia)
10.	Disfunzioni immunologiche (anticorpi antiDNA, LAC, anti SM)
11.	Anticorpi antinucleo

TABELLA 2

Diagnosi differenziale LES	
Malattie del connettivo	febbre, citopenia, astenia, rash
Neoplasie	febbre, citopenia, malessere, dolori, linfadenopatia, epatosplenomegalia
Vasculite sistemiche	febbre, astenia, rash
AIG	artrite, febbre, astenia, anemia, linfadenopatia
Infezioni virali	febbre, linfadenopatia, citopenia, epatosplenomegalia

[1]. L'eziologia del LES è complessa e legata all'interazione tra ambiente e influenze genetiche ed endocrine. La maggiore frequenza in alcune etnie (asiatica, ispanica e africana) suggerisce una stretta correlazione con l'aplotipo HLA, così come la maggiore frequenza in femmine puberi indica il possibile ruolo patogenetico da parte degli estrogeni. Il risultato di queste interazioni è la produzione di autoanticorpi diretti contro antigeni nucleari e citoplasmatici dell'ospite e secondaria deposizione tissutale di immunocomplessi. Questo processo rappresenta il "trigger" per l'attivazione della cascata del complemento e per il reclutamento di cellule infiammatorie e citochine pro-infiammatorie che hanno come risultato finale la produzione del danno tissutale in vari organi [2]. Le manifestazioni cliniche riflettono lo stato di infiammazione sistemica e il conseguente interessamento multiorgano. La sintomatologia generale è aspecifica e comune a molte malattie; il paziente con LES è spesso febbrile, anoressico e presenta frequentemente mialgie e calo ponderale. Le manifestazioni cliniche sono correlate agli organi maggiormente interessati dal processo infiammatorio. L'eterogeneità dell'interessamento dell'organo rende il LES una malattia spesso polimorfa con notevoli difficoltà diagnostiche. Pertanto l'associazione dei reumatologi americani (American College of Rheumatology) ha proposto una serie di undici criteri clinici e di laboratorio: la diagnosi di LES sarebbe sicura in presenza di quattro o più criteri, pre-

senti anche non contemporaneamente [3] (tabella 1). La sopravvivenza a 10 anni dalla diagnosi di LES giovanile è dell'85% dei casi; l'insufficienza renale progressiva da nefrite lupica e le complicanze ematologiche costituiscono le cause più frequenti di exitus [4-5]. In breve, la terapia del LES è sovrapponibile a quella dell'adulto: all'iniziale uso di farmaci NSAIDS o idrossiclorochina nelle forme inizialmente articolari o con modesto interessamento multiorgano si preferisce l'uso di corticosteroidi in caso di forme complicate. Interessanti le prospettive terapeutiche con l'uso di farmaci citotossici dell'ultima generazione quale il micofenolato mofetil e farmaci biologici diretti contro l'antigene CD 20 dei linfociti B (rituximab) [6-7]. Nel nostro caso l'iniziale interessamento esclusivamente articolare, in assenza di autoanticorpi specifici, ci ha indirizzato verso un'iniziale diagnosi di artrite idiopatica giovanile di tipo poliarticolare fattore reumatoide negativa. La mancata risposta terapeutica ai FANS e in seguito al methotrexate, in presenza di una sintomatologia dolorosa notevole e non proporzionalmente correlata all'interessamento articolare, ha indotto a rivalutare la diagnosi iniziale con la ripetizione del pannello degli esami reumatologici risultati decisivi per la corretta diagnosi. La presenza di artrite con tutti i segni di flogosi come unico sintomo all'esordio di un LES è un evento raro. Nella maggior parte dei casi l'esordio si caratterizza per artralgie anche importanti, in assenza di una vera artrite [8].

Cosa abbiamo imparato

La diagnosi di LES deve essere sempre considerata in pazienti, spesso adolescenti, con persistenza di sintomi generali (febbre, astenia, senso di malessere) senza una diagnosi certa.

La contemporanea presenza di patologia multiorgano o di poliartrite persistente o di vasculite impone un'attenta sorveglianza clinica e di laboratorio, protratta nel tempo, per il sospetto diagnostico di LES (tabella 2). ♦

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Bibliografia

[1] Benseler S, Silverman E. Systemic lupus erythematosus. *Pediatr Clin North Am* 2005;52:443-67.
 [2] Stichweh D, Pascual V. Systemic lupus erythematosus in children. *An Pediatr* 2005;63:468.
 [3] Ferraz MB, Goldenberg J, Hilario MO, et al. Evaluation of the 1982 ARA lupus criteria data set in pediatric patients. *Committees of Pediatric Rheumatology of the Brazilian Society of Pediatrics and the Brazilian Society of Rheumatology. Clin Exp Rheumatol* 1994;12:83-7.
 [4] Kone-Paut I, Piram M, Guillaume S, et al. Lupus in adolescence. *Lupus* 2007;16:606-12.
 [5] Casado Picon R, Lumbreras Fernández J, Muley Alonso R, et al. Long-term outcome of paediatric lupus nephritis. *An Pediatr* 2010;72:317-23.
 [6] Celic D, Llei T, Durdevic Mirkovic T, et al. Therapy of lupus nephritis with mycophenolate mofetil. *Med Pregl* 2007; 60:124-7.
 [7] Kardynal A, Rudnicka L. Rituximab in systemic lupus erythematosus. Part II: review of clinical experience. *Pol Merkur Lekarski* 2010; 29:135-40.
 [8] Oxford handbook of Rheumatology. Systemic lupus erythematosus. Second edition 2006; chapter 9:314-40.

Prendersi cura delle obesità gravi

L'educazione terapeutica in un caso di mutazione MC4R

Rita Tanas*, Elena Desiderio*, Emanuele Miraglia Del Giudice**, Renzo Marcolongo***

*Divisione di Pediatria e di Adolescentologia, Azienda Universitaria-Ospedaliera, Arcispedale S. Anna, Ferrara; **Dipartimento di Pediatria, Seconda Università degli Studi di Napoli; ***Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Ospedale Universitario di Padova

Abstract

Family Therapeutic Education for the treatment of genetic obesity: a case of MC4 mutation

The prevalence of obesity has increased dramatically worldwide. About 10 years ago, in Ferrara, we started to treat children/adolescent obesity with a Family-based Therapeutic Patient Education program. Herein we report a case of a child with genetic obesity due to a mutation of MC4R treated with a 5 year follow-up. Sever obesity is a chronic disease difficult to manage: health professionals should take care of these difficult to treat patients. Their job is motivate and support patients and their families with small steps strategies aimed at preventing the worsening of the disease, reducing co morbidities and helping to improve lifestyles, often with small results on weight reducing.

Quaderni acp 2011; 18(3): 112-115

Key words Obesity gene. MC4R. Therapeutic education

La prevalenza dell'obesità è aumentata notevolmente in tutto il mondo. Da 10 anni a Ferrara abbiamo avviato un trattamento basato sull'educazione terapeutica. Riportiamo il caso di una bambina affetta da obesità grave di origine genetica da difetto del recettore 4 della melanocortina (MC4R), trattata con esso per 5 anni. L'obesità grave è una patologia cronica di difficile gestione. I professionisti sanitari devono prendersi cura anche di questi pazienti con scarse possibilità di guarigione. La cura delle obesità gravi o estreme, infatti, anche se non migliora stabilmente il peso, consente di evitarne l'ulteriore aumento, abitualmente registrato, migliora lo stile e la qualità di vita e riduce le comorbidità. Il compito dei professionisti è motivare e sostenere il bambino e la sua famiglia in un percorso terapeutico a piccoli passi, spesso caratterizzato da piccoli risultati sul peso.

Parole chiave Obesità genetica. MC4R. Educazione terapeutica

La storia

A. nasce nel 2003, da gravidanza fisiologica, con peso 2,930 kg e lunghezza 51 cm. Comincia a sviluppare eccesso ponderale a 4-6 mesi (a 3 mesi raddoppia il peso e a 6 lo triplica). La madre è obesa dai 3 anni, BMI (Body Mass Index) oscillante fra 33 e 38; il padre è obeso dai 20 anni (BMI 41).

Dall'età di 1 anno A. viene seguita presso l'ambulatorio ospedaliero del suo paese per eccesso ponderale con consigli alimentari, dai 18 mesi con diario alimentare e dai 20 mesi con dieta bilanciata di 1400 calorie, senza miglioramento del BMI.

Metodi

Le valutazioni antropometriche di statura e peso sono state eseguite mediante stadiometro di Harpened e bilancia, l'indice di massa corporea o Body Mass Index è

stato calcolato con la formula $BMI = \text{kg}/\text{m}^2$.

Per valutare il BMI è stato utilizzato il BMI% e il BMI Z-score, calcolati secondo le tabelle del Centers of Disease Control 2000 e del World Health Organization (WHO) [1-3]. Il BMI% è l'eccesso di BMI in % rispetto ai valori di BMI al 50° percentile, calcolato con la formula $[(\text{BMI reale del soggetto} - \text{BMI } 50^\circ \text{ percentile})/\text{BMI } 50^\circ \text{ percentile}] \times 100$. Il BMI Z-score è il BMI standardizzato per la media (M) e la deviazione standard (SD), secondo la formula $BMI \text{ Z-score} = [\text{BMI}-M]/SD$.

Il percorso diagnostico

A. giunge al nostro ambulatorio a Ferrara a 2 anni e 9 mesi per eseguire la diagnostica genetica. Presenta: altezza 99 cm, peso 28,4 kg, BMI 29; BMI Z-score 7,63 secondo le curve del WHO; 4,61 secon-

do quelle CDC 2000. Non presenta ritardo neuro-evolutivo, né dismorfismi. Dagli esami di laboratorio risulta: leptina elevata, 81,00 $\mu\text{g}/\text{l}$; glicemia e insulina, di base e dopo carico orale di glucosio, e assetto lipidico nella norma.

Lo studio del gene del recettore per la melanocortina (MC4R), eseguito presso il laboratorio di Genetica dell'Università di Napoli, mostra una mutazione, mai descritta in precedenza, del gene in eterozigosi, caratterizzata dalla sostituzione di una glutamina con un codone di stop in posizione 307 (Q307X), causata dalla sostituzione della citosina con la timidina in posizione 919 (C919T). Questa sostituzione porta alla sintesi di una molecola priva del frammento carbossi-terminale, cioè di un recettore anomalo, non funzionante.

All'arrivo del referto i genitori accettano di completare la diagnostica e di continuare il percorso educativo proposto loro. Dopo altri 6 mesi si comunica alla famiglia che la mutazione non è stata trasmessa dalla mamma, obesa fin dall'infanzia, come ci aspettavamo, ma dal padre, che dall'anamnesi e dalla documentazione fotografica risulta ingrassato solo dopo il servizio militare.

L'approccio terapeutico

L'iniziale percorso terapeutico dietetico restrittivo avviato localmente con questa famiglia non ha dato i risultati attesi e ha messo in crisi la relazione e la fiducia nelle cure. Al loro arrivo a Ferrara è stato proposto un trattamento educativo che i genitori di A., delusi dal trattamento precedente, hanno progressivamente accettato con crescente entusiasmo [4].

Il nostro percorso terapeutico familiare di gruppo basato sull'educazione terapeutica (ET) è stato avviato nel 2000 a Ferrara per bambini/ragazzi con sovrappeso o obesità idiopatica. È chiamato "Il gioco delle perle e dei delfini", come voluto dai bambini stessi, con l'intento di spogliare i termini "obesità" e "dieta" dei loro significati negativi, sostituendoli

Per corrispondenza:
Rita Tanas
e-mail: tanas.rita@tin.it

il caso che insegna

TABELLA 1: RIASSUNTO DEI PARAMETRI ANTROPOMETRICI DI A*

Data visita	Età (anni)	Peso (kg)	Altezza (m)	BMI	BMI%	Z-score WHO	Z-score CDC	Approccio terapeutico
29/9/2003	0,74	11,900	0,750	21,20	26,19%	2,54		
13/1/2004	1,03	14,750	0,780	24,20	47,56%	4,38		
18/2/2004	1,13	14,750	0,824	21,70	34,00%	3,20		Consigli alimentari
30/6/2004	1,49	17,200	0,830	25,00	58,22%	5,18		Diario alimentare
15/9/2004	1,71	17,870	0,864	23,90	53,20%	4,78		Dieta da 1400 calorie
21/1/2005	2,06	20,500	0,920	24,20	57,14%	4,92		
11/5/2005	2,36	24,900	0,940	28,20	29,48%	7,12		
7/10/2005	2,77	28,400	0,990	29,00	87,09%	7,63	4,61	1ª visita ET
21/11/2005	2,89	28,300	1,014	27,50	78,57%	6,85	4,32	
19/9/2006	3,72	32,000	1,071	27,90	82,35%	6,72	3,74	
7/11/2006	3,85	32,400	1,094	27,10	77,12%	6,23	3,55	
17/5/2007	4,37	33,300	1,129	26,10	71,71%	5,50	3,21	
3/9/2007	4,67	35,900	1,152	27,10	77,12%	5,78	3,15	
5/3/2008	5,17	36,500	1,176	26,40	73,68%	4,98	2,94	
2/10/2008	5,75	41,000	1,212	27,90	82,35%	5,16	2,89	
7/5/2009	6,35	44,000	1,251	28,10	83,66%	4,81	2,79	
20/10/2009	6,80	47,200	1,279	28,90	87,66%	4,73	2,76	
6/5/2010	7,34	51,400	1,313	29,80	92,25%	4,62	2,73	
22/9/2010	7,72	55,800	1,335	31,30	100,00%	4,74	2,75	

* Peso, statura, BMI, BMI% (percentuale in eccesso rispetto al BMI 50° percentile) e BMI Z-score secondo le curve del WHO [2-3] e CDC [1]

con immagini di bellezza e dinamismo. L'intervento, costituito da sole 3 tappe (visita iniziale, incontro educativo e rivalutazione diagnostico-terapeutica), si propone di modificare rappresentazioni mentali, atteggiamenti e comportamenti delle famiglie e dei bambini/ragazzi nei confronti del cibo e dell'attività motoria, realizzando un processo di empowerment, cioè di crescita finalizzata all'auto-gestione consapevole delle scelte di vita e di salute. Il programma è gestito da un solo pediatra endocrinologo, esperto in obesità ed educazione terapeutica del paziente. I suoi tre momenti sono:

– **1ª visita:** il pediatra, durante l'anamnesi e la visita specialistica completa, indaga su rappresentazioni, conoscenze, comportamenti alimentari e motori, bisogni, motivazioni e attese del bambino/ragazzo e della sua famiglia (diagnosi educativa), aumentando la motivazione, mettendo in luce le abilità già manifestate e riducendo i sensi di colpa con una buona relazione terapeutica. Egli inoltre

ascolta la storia della malattia e dei precedenti tentativi di cura, rivedendo insieme i risultati, spesso sottovalutati anche se positivi, o le ragioni dei fallimenti. Se la famiglia ha accettato la diagnosi, propone un percorso di cura improntato a piccoli cambiamenti autogestiti del comportamento alimentare e motorio, associati a sentimenti di piacere, riaffermando loro il programma.

– **Incontro di educazione terapeutica di gruppo** per le famiglie (genitori, nonni) e gli adolescenti. Esso ha lo scopo di approfondire le cause dell'obesità, il ruolo dell'ambiente sociale sulle abitudini alimentari e motorie e la possibilità di modificarle aumentando fiducia e motivazione al cambiamento. Si pone l'attenzione sull'importanza di esprimere le emozioni, soprattutto se negative, e sull'ascolto empatico. Ai genitori viene spiegata l'importanza del loro ruolo di modelli e indicata la strada per realizzare in modo piacevole un'alimentazione e un'attività motoria più sane. Si insegna-

no le tecniche di automonitoraggio, di rinforzo positivo (con lodi e premi) e di miglioramento dell'ambiente esterno (riduzione dell'offerta di cibi insani e già pronti, maggior disponibilità e accessibilità ad attività motorie piacevoli e minore ad attività sedentarie). Vengono discussi e negoziati obiettivi di cura "ragionevoli" al posto di quelli eccessivi, perché anche piccoli risultati sono validi se mantenuti per tempi adeguati. Un opuscolo informativo, che riassume i contenuti dell'incontro, permette di estendere il messaggio all'interno della famiglia.

– **Rivalutazione diagnostico-terapeutica:** dopo circa 2 mesi il pediatra incontra ancora la famiglia per valutare insieme il rischio di complicanze, in base alla diagnostica eseguita e ai primi risultati del percorso terapeutico. Sono esaminati i successi ottenuti e le difficoltà incontrate, con l'obiettivo di sostenere e rinforzare la motivazione, evidenziando tutti gli aspetti positivi del percorso ed enfatiz-

zando ogni cambiamento del BMI e dei comportamenti, anche se minimi. Per rinforzare il processo di cambiamento, la famiglia viene sempre “premiata”, con e senza calo ponderale, sottolineando gli altri obiettivi terapeutici (riduzione del valgismo, delle smagliature, dell'acanthosis nigricans, della pressione arteriosa, della circonferenza addominale; aumento della resistenza allo sforzo, miglioramento degli esami di laboratorio). In uno studio clinico retrospettivo, svolto dal 2000 al 2006 presso la Pediatria di Ferrara, abbiamo valutato un gruppo di bambini e adolescenti di razza bianca di 3-18 anni, seguiti per almeno un anno dall'inizio del trattamento, di cui 127 bambini/ragazzi trattati con il nostro programma educativo e 127 trattati con dietoterapia (DT) e consigli sull'attività motoria [4]. Dopo un periodo medio di 3 anni, il BMI% del gruppo trattato con ET era diminuito del $10,2 \pm 16,6\%$ e il BMI Z-score di $0,43 \pm 0,5$. Si è registrata, inoltre, una riduzione del 50% del numero dei bambini con obesità severa e nel 12% la normalizzazione del peso.

Nel gruppo trattato con dietoterapia il BMI% era aumentato di $0,14 \pm 14,6$ e il BMI Z-score era invariato, come il numero degli obesi gravi. Le differenze fra i 2 gruppi sono risultate statisticamente significative ($p < 0,01$).

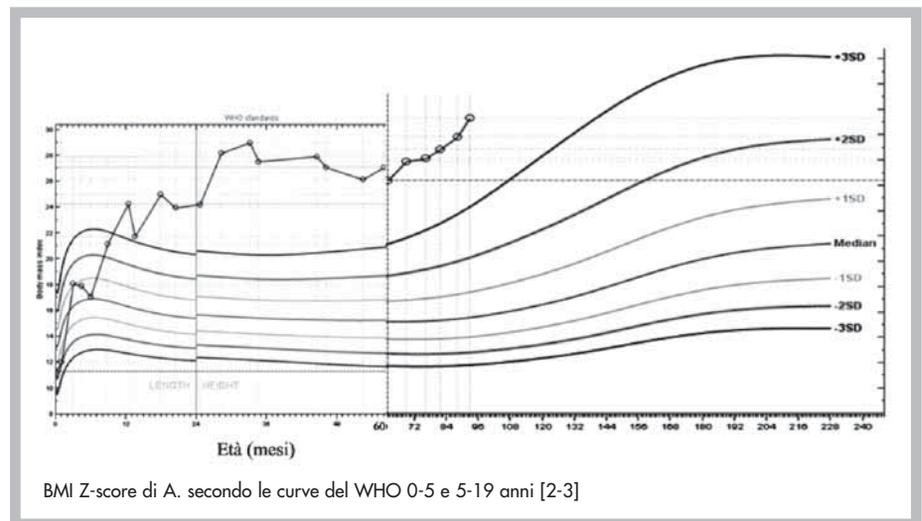
Nel nostro caso, dopo l'avvio dell'ET abbiamo registrato inizialmente una riduzione del BMI da 29 a 26, del BMI% da 87 a 74% e del BMI Z-score da 7,63 a 4,98 secondo le curve del WHO e da 4,61 a 2,94 secondo quelle del CDC. In seguito, si è registrata una ripresa fino a 31 del BMI, al 100% del BMI%, mentre il BMI Z-score si è ulteriormente ridotto secondo entrambe le tabelle a 4,74 e 2,75 (tabella 1, figura 1).

Durante questi 5 anni di trattamento la bambina e il gruppo familiare hanno mantenuto una buona relazione terapeutica, il rispetto delle visite periodiche programmate e uno stile di vita più sano, alimentare e motorio.

Commento

La prevalenza dell'obesità in età evolutiva nell'ultimo trentennio è aumentata notevolmente anche nel nostro Paese e sul suo trattamento sono stati pubblicati numerosi lavori [5-6]. Le ultime revisioni presentano risultati incoraggianti sul-

FIGURA 1



l'efficacia delle cure, pur evidenziando l'assenza di studi in età prescolare e la necessità di elevati tempi di contatto professionale [7-8].

In tale situazione gli operatori della sanità pubblica sono sfiduciati, mentre i ricercatori esplorano percorsi sempre più complessi [9]. Inoltre, sebbene la letteratura e l'esperienza insegnino che la dieta non sia la soluzione più appropriata e, anzi, possa avere effetti negativi sia sul BMI che sui comportamenti alimentari, la maggior parte dei medici e delle famiglie continua a farvi ricorso [10-11].

Per gestire questi problemi a Ferrara abbiamo sviluppato un programma "intensivo" di terapia dell'obesità basato sull'educazione terapeutica, che coinvolge attivamente le famiglie, sfruttando le loro conoscenze e competenze [4]. Successivamente, per offrire il programma a più famiglie, dal 2008 abbiamo avviato un progetto di formazione per pediatri e dietisti, insoddisfatti dei loro risultati. I corsi consistono di una fase di formazione a distanza e due brevi fasi di formazione sul campo, in ambulatorio, con il medico formatore, e hanno l'obiettivo di promuovere motivazione e autoefficacia, fornendo informazioni e strumenti, mostrando nella pratica i risultati, ma soprattutto sostenendo i partecipanti nel difficile compito di occuparsi di questa patologia.

I dati del BMI dei 301 bambini trattati dai professionisti formati all'ET suggeriscono che il progetto è fattibile, ben accolto dai pediatri e permette un buon

calo del BMI Z-score a un follow-up di 1 anno [12-13].

Rispetto all'epidemia di obesità pediatrica le forme genetiche sono rare, anche se oggi la loro possibilità diagnostica è migliorata. Il difetto genetico di MC4R, che codifica per un recettore con funzionalità ridotta o assente, è una delle forme più frequenti di obesità genetica non sindromica: 0,5-5% dei bambini con obesità precoce severa [14]. Il blocco del signaling della melanocortina induce iperfagia, ridotto dispendio energetico, aumento dell'insulinemia e spesso perdita del controllo alimentare [15].

Conclusioni

Il percorso terapeutico delle obesità gravi, essenziali e ancor di più di quelle genetiche, è molto difficile e ci sono pochissimi studi sui risultati a lungo termine. Oggi sappiamo che quasi tutti i soggetti con obesità severa a esordio nell'infanzia rimangono tali da adulti e presentano maggiori complicanze e difficoltà terapeutiche. La letteratura insegna che il trattamento determina un miglioramento spesso solo transitorio del BMI, ma permette a lungo termine di evitare l'ulteriore aumento del BMI Z-score, abitualmente registrato da questi pazienti, di migliorare lo stile e la qualità di vita e di ridurre il rischio cardiovascolare, diminuendo circonferenza addominale, pressione arteriosa, glicemia, insulinemia, lipidemia e tutte le altre comorbidità [16-18].

In considerazione dell'importanza di ridurre il rischio di complicanze di tali pazienti, i professionisti del settore devono sentirsi gratificati del loro operato e continuare a cercare nuovi approcci più efficaci, quali l'educazione terapeutica, oggi proposta per la cura delle patologie croniche, ma ancora con poche esperienze su quella dell'obesità [4-9-19].

Attualmente ci sono pochi dati sulla storia naturale della mutazione MC4R, come sull'esito del suo trattamento a lungo termine. Un recente studio di Reinehr, et al. ha comparato i risultati sul BMI Z-score di un trattamento intensivo di stile di vita di un gruppo di bambini con e senza mutazione del MC4R. Dopo il trattamento nel primo anno la riduzione del BMI Z-score è stata simile nei 2 gruppi, ma nel secondo il gruppo con mutazione ha perso il risultato. Sembra quindi che per i soggetti con mutazione MC4R sia più difficile mantenere i risultati sul peso nel tempo [17].

I bambini con obesità grave/genetica hanno un elevatissimo drop-out dal centro specialistico che fa diagnosi e finiscono con l'essere seguiti solo dal loro pediatra o medico di famiglia. Il nostro percorso terapeutico di impegno professionale contenuto, adattabile all'ambulatorio della medicina di base, potrebbe essere avviato e/o continuato negli anni anche dal pediatra nel rispetto delle difficoltà di questi pazienti, garantendo loro un miglioramento della qualità di vita.

Cosa abbiamo imparato

Il lettore potrebbe chiedersi, a questo punto, quale sia il nostro messaggio, e in particolare se l'approccio di ET proposto sia stato efficace.

Il ruolo dell'ET sul BMI di pazienti con obesità è stato ampiamente dimostrato e in questo caso abbiamo "sperimentato" il nostro progetto su un tipo di obesità particolarmente resistente alla terapia medica [4-17]. Se volessimo considerare la riduzione del BMI come unico strumen-

to di valutazione, potremmo parlare di insuccesso. Purtroppo, negli anni, nei pazienti non trattati, l'obesità peggiora e compaiono comorbidità che determinano un peggioramento della qualità della vita, confrontabile solo a quella dei bambini/adolescenti con neoplasia.

Allora cosa fare? Abbandonarli?

La bambina, prima di giungere nel nostro ambulatorio era passata da una terapia dietetica restrittiva all'altra, senza risultati, registrando un aumento del BMI e sperimentando fallimento e derisione, sentimenti che stavano portando lei e la sua famiglia all'abbandono delle cure.

Il percorso con ET ha richiesto un impegno importante da parte di tutto il nucleo familiare, ma alla fine ha condotto a un miglioramento reale del loro stile e qualità di vita. La bambina attualmente non è più soggetta a derisione dei pari, svolge con regolarità attività fisica e "allena i genitori", che hanno mantenuto un BMI stabile nel tempo, si alimenta correttamente, non ha sviluppato comportamenti alimentari patologici e ha una buona immagine di sé.

Noi riteniamo che l'approccio con l'ET di un'obesità così grave abbia dato buoni risultati, consentendo alla paziente di ottenere un migliore equilibrio psicofisico e un modo di vivere più sano. ♦

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Bibliografia

- [1] Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, et al. CDC growth charts: United States. *Adv Data* 2000;314:1-27.
- [2] WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr* 2006; (suppl 450):76-85.
- [3] De Onis M, Onyango AW, Borghi E, et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ* 2007;85:660-67.
- [4] Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, et al. L'educazione terapeutica familiare nel trattamento dell'obesità. *Medico e Bambino* 2007;26:393-6.

[5] Balsamo A, Gennari M, Cassio A, et al. Evoluzione di sovrappeso e obesità in età pediatrica in Bologna e provincia. *Giornale Italiano di Nutrizione Clinica e Metabolismo* 2001;10:131-8.

[6] Barlow SE. Expert Committee. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics* 2007;120:S164-92.

[7] Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, et al. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD001872. Review.

[8] Whitlock EP, O'Connor EA, Williams SB, et al. Effectiveness of weight management programs in children and adolescents. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2008;(170):1-308.

[9] Golley RK, Magarey AM, Baur LA, et al. Twelve-month effectiveness of a parent-led, family-focused weight-management program for prepubertal children: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2007;119(3):517-25.

[10] Neumark-Sztainer D, Wall M, Haines J, et al. Why does dieting predict weight gain in adolescents? Findings from project EAT-II: a 5-year longitudinal study. *J Am Diet Assoc* 2007;107(3):448-55.

[11] Huang JS, Donohue M, Golnari G, et al. Pediatricians' weight assessment and obesity management practices. *BMC Pediatr* 2009;9:19.

[12] Tanas R, Caggese G, Rossato E, et al. Valutazione di fattibilità di progetti di formazione dei pediatri per la prevenzione e la cura dell'obesità. *Medico e Bambino* pagine elettroniche 2010;13(8).

[13] Limauro R. Storia di una frustrazione (risolta?). *Medico e Bambino* 2010;29:625-6.

[14] Santoro N, Cirillo G, Xiang Z, et al. Prevalence of pathogenetic MC4R mutations in Italian children with early onset obesity, tall stature and familial history of obesity. *BMC Med Genet* 2009;10:25.

[15] Hebebrand J, Fichter M, Geber G, et al. Genetic predisposition to obesity in bulimia nervosa: a mutation screen of the melanocortin-4 receptor gene. *Mol Psychiatry* 2002; 7:647-51.

[16] Flodmark CE, Ohlsson T, Rydén O, et al. Prevention of progression to severe obesity in a group of obese schoolchildren treated with family therapy. *Pediatrics* 1993;91:880-4.

[17] Reinehr T, Hebebrand J, Friedel S, et al. Lifestyle intervention in obese children with variations in the melanocortin 4 receptor gene. *Obesity* 2008; 17:382-9.

[18] Moens E, Braet C, Van Winkel M. An 8-year follow-up of treated obese children: Children's, process and parental predictors of successful outcome. *Behav Res Ther* 2010;48:626-33.

[19] Reinehr T, Temmesfeld M, Kersting M, et al. Four year follow-up of children and adolescents participating in an obesity intervention program. *Int J Obes* 2007;31:1074-7.

L'angolo della comunità è una rubrica nella quale, scelto un articolo, tutti sono chiamati a esprimersi su ciò che la sua conoscenza può cambiare; sono chiamati perché parte della comunità anche se non specialisti dell'area. I precedenti "angoli" sono comparsi sul numero 3 e 5 /2010 e sul numero 1/2011.

Il "Luogo del Controllo" nelle malattie croniche: il caso della celiachia

Parole chiave Celiachia. Dieta senza glutine. Luogo del Controllo (LdC)

Il Luogo del Controllo (LdC) è una caratteristica psicologica: indica la percezione che ciascuno ha della propria capacità di incidere sugli eventi che lo riguardano. Se sente che il suo LdC è prevalentemente fuori di lui (LdCExt) penserà che la sua vita sia in balia di fattori esterni: il destino, il caso, gli altri. Un LdC prevalentemente interno (LdCInt) dà il senso di una maggiore padronanza dei propri comportamenti e delle scelte di vita. La Malattia Cronica (MC) è un potente evento destabilizzante. Un LdCExt o un LdCInt possono influire sulla capacità personale di gestire la malattia. Ricerche con questionari dimostrano che bambini con MC tendono ad avere, più spesso dei sani, un LdCExt con basso grado

di compliance e scarsa capacità di gestire la malattia. Il destino del celiaco è legato al controllo del suo comportamento alimentare. Un LdCInt o un LdCExt possono condizionare la qualità della vita? Lo studio (*) ha coinvolto 156 bambini e adolescenti celiaci e 353 controlli. Non ci sono differenze nelle caratteristiche del LdC fra pazienti e controlli, ma i celiaci con LdCInt hanno compliance alla dieta e qualità di vita migliori; viene da pensare che il LdCExt esponga a un maggiore rischio di trasgressione. L'eguale distribuzione dei LdC nei celiaci e nei sani indica forse che la celiachia è meno destabilizzante di altre MC e allena a elaborare un elevato senso di responsabilità personale. Lo sviluppo di un LdCInt nel celiaco è un processo dinamico che va valutato, incoraggiato e sorvegliato come parte di un progetto di sostegno al paziente con MC.

*Bellini A et al. Compliance with the gluten-free diet: the role of locus of control in celiac disease. *J Pediatr* doi:10.1016/j.jpeds.2010.08.034

IL PEDIATRA. Non conoscevo cosa fosse il Luogo del Controllo (LdC) prima di leggere l'articolo di Bellini e collaboratori e il suo impiego nelle malattie croniche in genere. L'applicazione alla celiachia è molto interessante perché qui bisogna che il malato accetti un cambiamento sostanziale dell'alimentazione e quindi dello stile di vita. E deve mantenerlo per tutta la vita. I colleghi di Trieste dimostrano che il pediatra ha la possibilità, con un questionario a 13 o 40 domande a seconda dell'età (6-8 anni e 9-16) basato su risposte SI/NO, di individuare i pazienti con LdC interno o esterno. Il questionario potrebbe essere utilizzato dai pediatri come strumento di valutazione al momento della diagnosi prima e della prescrizione dietetica poi e potrebbe concorrere a individuare quei bambini, prevalentemente in realtà adolescenti, che presentano alto rischio di trasgredire o abbandonare la dieta e dare loro un sostegno psicologico. Ne consegue che i pediatri dovrebbero dedicarsi alla somministrazione dei test con l'aiuto di farmacisti o dietisti. Specialmente interessati dovrebbero essere i dietisti. L'eventuale trattamento dei bambini a rischio, teso a rinforzare il loro LdC interno, non può essere competenza del pediatra ma dello psicoterapeuta. Professionisti, questi, che sono in assoluto carenti in genere nel SSN e, per questo, costretti a dedicarsi in maniera prevalente al sostegno ai bambini con ben più gravi malattie croniche come quelle emato-oncologiche.

Luciano de Seta, Napoli
ludeseta@tin.it

LA PSICHIATRA. Non conoscendole non ho mai utilizzato le scale di valutazione usate in questa ricerca. Mi sembrano uno strumento utile a completamento di una buona osservazione che il pediatra o la dietista devono fare nell'approccio al paziente e alla sua famiglia. Sul problema, molto importante in pratica, della facilità di somministrazione (ma anche di auto-somministrazione) dei questionari, gli Autori, direttamente da noi richiesti su questo punto, rassicurano. Il problema della compliance alla dieta è visto in un'ottica non consueta: la valutazione del LdC ci consente di comprendere quale sarà tendenzialmente l'atteggiamento dominante che la persona potrà assumere di fronte agli eventi in genere e la sua propensione a incidere sulla gestione diretta del singolo evento. In tal senso si potrà prefigurare una diversa collaborazione e partecipazione anche nelle condotte di cura che prevedono una costanza nel tempo. Estendendo il discorso mi pare di potere dire che la relazione che si instaura tra il medico – e tutte le altre figure professionali eventualmente coinvolte – e il paziente, nel contesto di una malattia cronica, rimanga lo strumento principe per valutare, e spesso per incidere, sull'atteggiamento di base del paziente nei confronti della malattia. Se l'utilizzo di uno strumento tecnico, in questo caso la somministrazione di un questionario, ha valore e funzione nella misurazione di una tendenza di base, come dire, "di stato", tale informazione diventa un elemento che si colloca all'interno della relazione per orientare il medico nell'accompagnamento del suo paziente, anche promuovendo un processo evolutivo di tale atteggiamento di base.

Antonella Liverani, Forlì

LA DIETISTA. Posso ricavare da questa ricerca alcune informazioni che non avevo e che mi sembrano importanti per il mio lavoro. Una volta posta diagnosi di celiachia, il momento in cui il dietista dà informazioni su come seguire la dieta è molto importante per guadagnare l'alleanza del paziente e della sua famiglia sul nuovo progetto di salute. Il concetto di LdC sembra potere fornire un ulteriore strumento pratico di intervento. Sembra assai utile alla dietista e agli obiettivi che si propone di raggiungere nel suo rapporto con il paziente. Il comportamento alimentare è influenzato da componenti articolate (sociali, psicologiche, economiche ecc.) e la "malattia" impone modificazioni non trascurabili e difficili da ottenere in ciascuna di queste componenti, ma soprattutto in quella psicologica. Sapere che, riguardo al LdC, non tutte le malattie sono uguali aiuta a non procedere al buio: può consentirci di immaginare un migliore vissuto della malattia del nostro paziente sapere che, al contrario di epilessia e malattie oncologiche, associate a un LdC prevalentemente esterno, la celiachia lo è a un LdC per lo più interno. Confrontandoci con il singolo caso dovremo prestare ancora più attenzione al bambino e alla sua famiglia per cercare di favorire lo sviluppo di un LdC che garantisca una buona compliance alla dieta e una migliore qualità di vita. Comprendere la qualità del LdC, anche attraverso gli strumenti proposti dalla ricerca, può aiutare ad avvicinare pazienti e famiglie con un approccio nuovo.

Rita Piccoli, Verona

IL COUNSELLOR. L'articolo induce riflessioni sul vissuto del paziente e sui compiti del medico nella relazione col paziente con malattia cronica (MC). Suggestiva l'analogia tra il concetto psicologico di LdC esterno e interno e lo sviluppo del concetto di malattia che, nel pensiero arcaico, era concepita come un essere, un demone che penetra nell'organismo e mette la vita in balia di fattori esterni, del fato. Questo concetto viene superato dai presocratici che riconducono la malattia a qualcosa di intrinseco all'organismo umano, un modo di vivere. Il progressivo passaggio da LdC esterno a LdC interno rispecchia, curiosamente, questo percorso del pensiero. La MC è un nuovo modo di essere e di vivere del paziente e della famiglia (come sarà il LdC dei genitori dei celiaci?). La presa in carico di un bambino con MC comporta un uguale impegno sia sul piano diagnostico-terapeutico che sul piano comunicativo. Il concetto psicologico di Luogo di Controllo, per me nuovo, può diventare parte del bagaglio culturale del medico di un bambino con MC e della sua famiglia. E dovrebbe indurci a rinforzare l'apporto educativo e psicologico specie nei pazienti con LdC esterno. Non so quale sia la possibilità e/o capacità di somministrare il test per definire il LdC, ma l'articolo conferma che una comunicazione professionale consapevole permette una progressiva assunzione di padronanza delle scelte relative alla gestione della MC. Stimola l'empowerment e quindi aiuta a "internalizzare" il LdC.

Patrizia Elli, Buccinasco. Counsellor Sistemico
patriziaelli@virgilio.it



Strumenti per i pediatri delle cure primarie

A cura di STEFANIA MANETTI¹, COSTANTINO PANZA², GIORGIO TAMBURLINI³

¹Pediatra di famiglia, ACP Campania, Coordinamento Nazionale Nati per Leggere

²Pediatra di famiglia, ACP Emilia Romagna

³Centro per la Salute del Bambino - Onlus, Coordinamento Nazionale Nati per Leggere

L'intento di questo materiale - la cui preparazione è stata sollecitata dagli stessi pediatri e la cui stesura è principalmente frutto del lavoro di pediatri di famiglia da tempo attivi nell'attuazione del progetto, in collaborazione con il Coordinamento Nazionale Nati per Leggere - è quello di fornire al pediatra delle cure primarie alcuni semplici strumenti per implementare il progetto nella pratica quotidiana. Il materiale è strutturato in due parti: la prima parte fornisce una breve sintesi del razionale professionale e scientifico del progetto; la seconda e la terza forniscono indicazioni e strumenti pratici su come dare attuazione al progetto nel proprio ambulatorio e nella propria pratica clinica.

PARTE PRIMA **PERCHÉ PROMUOVERE LA LETTURA IN FAMIGLIA** **GIÀ DAL PRIMO ANNO DI VITA**

“Il pediatra di famiglia svolge attività medico-specialistica di assistenza, garantisce attività di prevenzione, educazione sanitaria e di promozione della salute con attenzione allo sviluppo fisico, psichico, relazionale, cognitivo del bambino e dell'adolescente nel contesto ambientale e sociale in cui è inserito.” (ACN 2005). Al di là degli obblighi di legge, il ruolo del pediatra risiede nella tutela e nella promozione della salute del bambino nella sua interezza. La promozione della lettura in famiglia rientra a pieno titolo in questo ruolo. Non a caso è stata definita dall'*American Academy of Pediatrics* “l'attività più efficace che il pediatra può svolgere per promuovere lo sviluppo del bambino”, ed è stata raccomandata dall'OMS, dall'UNICEF e dalla Banca Mondiale nell'ambito delle attività tese a sviluppare precocemente lo sviluppo intellettuale e le competenze del bambino, che vanno sotto il nome di *Early Childhood Development*.

Al di là delle raccomandazioni, pur autorevolissime, è utile richiamare i motivi per promuovere la lettura ad alta voce in famiglia nell'ambulatorio del pediatra. Alcuni di questi hanno a che fare con gli effetti della lettura ad alta voce, e i conseguenti benefici per il bambino e per i genitori, altri con il ruolo del tutto particolare che il pediatra può svolgere nel promuoverla, altri infine nei benefici di questa attività per la stessa vita professionale del pediatra. Queste tematiche sono di seguito affrontate sinteticamente sotto forma di risposta a quesiti, rinviando a una bibliografia essenziale per un eventuale approfondimento.

I. Perché la promozione della lettura ad alta voce in famiglia in epoca precoce è efficace ai fini dello sviluppo del bambino?

I concetti chiave in questo caso sono *promozione, lettura, famiglia ed epoca precoce*. Vediamo di approfondirli, secondo una sequenza logica che parte dalla lettura e dal suo rapporto con la *literacy*.

Il rapporto tra lettura precoce, competenza linguistica (literacy) e opportunità di sviluppo del bambino

[Il concetto di *literacy* va oltre il saper leggere e scrivere; esso implica “la capacità a identificare, capire, interpretare, creare, comunicare, elaborare e usare materiale scritto nei più differenti contesti ambientali”. (UNESCO 2004) **]**

È noto che, in generale e fatte salve variabili di tipo genetico, disordini dello sviluppo e problemi psicosociali dei genitori, i bambini che vivono in contesti ricchi da un punto di vista delle letture disponibili in casa (libri, riviste, giornali) hanno uno sviluppo maggiore del linguaggio e imparano a leggere prima e con meno difficoltà.

Le ricerche effettuate a partire dai primi anni '90 sulla promozione della lettura precoce negli Stati Uniti hanno dimostrato che i bambini cui viene letto fin dal primo anno di vita con una certa continuità hanno uno sviluppo del linguaggio sia recettivo che espressivo maggiore e in seguito incontrano meno difficoltà nell'apprendimento della lettura.



[*Gli studiosi del processo di alfabetizzazione parlano a questo proposito di Emergent Literacy, termine che racchiude le abilità, le conoscenze e le attitudini che sono precursori dello sviluppo delle forme convenzionali della lettura e della scrittura. La Emergent Literacy è basata sulla nozione che il bambino acquisisce abilità nelle competenze dell'alfabetizzazione non solo come un risultato di istruzioni dirette, ma anche come un prodotto di un ambiente stimolante e responsivo.* **]**

Le abilità di lettura negli anni successivi sono direttamente correlate all'esposizione al linguaggio. Gli studi dimostrano come il vocabolario di un bambino di 3 anni sia fortemente correlato alla quantità e alla varietà di parole ascoltate a 8 mesi di vita e che, in contesti svantaggiati dal punto di vista culturale, i bambini sono esposti a circa 30 milioni di parole in meno rispetto ai loro coetanei. Un bambino che legge con maggiore difficoltà avrà più probabilità di avere difficoltà nella sua carriera scolastica e di andare incontro a evasione scolastica, bassi livelli educativi, e minori opportunità lavorative da adulto. Un bambino che legge e trova piacere a farlo troverà più facilmente stimoli continui per la propria crescita personale. La lettura ad alta voce in epoca precoce non solo stimola lo sviluppo del linguaggio e le abilità cognitive ma favorisce nei bambini la motivazione, la curiosità e la memoria, tutte funzioni che vengono a comporre il bagaglio intellettuale ed emotivo complessivo del bambino.

L'importanza dell'inizio in epoca precoce

La plasticità cerebrale, che si sostanzia in una ricca produzione di connessioni tra i vari neuroni, è massima nei primi due-tre anni di vita. Esiste quindi una "finestra di opportunità" durante la quale gli effetti della stimolazione ambientale sullo sviluppo della struttura cerebrale e sulle sue funzioni sono massimali, e questo vale in particolar modo per quanto riguarda le funzioni legate al linguaggio. Gli effetti di stimolazioni cognitive nei primi tre anni di vita sono rilevabili anche a molti anni di distanza in termini di *literacy* e di sviluppo intellettuale complessivo.

L'importanza che questo avvenga nell'ambito familiare

Come la scienza dell'apprendimento ha ben dimostrato, lo stimolo cognitivo è tanto più efficace e tanto più viene memorizzato quanto più è collegato a esperienze emotive. Se le esperienze emotive sono piacevoli, è più probabile che quell'attività sia poi ripresa dal bambino, che non solo svilupperà competenze linguistiche maggiori ma "imparerà" ad amare i libri e la lettura in quanto legate a momenti ed esperienze piacevoli vissute assieme ai genitori o a persone con cui vi è forte legame affettivo. Questa verità "scientifica" trova riscontro nell'esperienza personale di molti.

[*"Nulla come il piacere porta al desiderio e il desiderio, in questo caso, è la molla che fa scattare la passione per ogni tipo di apprendimento". (Rita Valentino Merletti)* **]**

II. In che senso si può dire che la lettura precoce sia anche utile ai genitori?

Come è immediatamente riscontrabile nella pratica quotidiana dei pediatri che si sono impegnati nella promozione della lettura sia negli Stati Uniti che in Italia, i genitori "sco-prono" con entusiasmo l'interesse dei bambini anche molto piccoli rispetto all'oggetto libro e la capacità del bambino di rispondere agli stimoli sia visivi che uditivi prodotti dalla lettura. Si rendono conto che le competenze e l'interesse del bambino esistono ben prima di quanto potessero supporre e possono essere valorizzati e stimolati e dare immediati riscontri. Sono inoltre entusiasti del rapporto che si crea con il bimbo e di poter disporre di uno strumento in più di vicinanza sia fisica che affettiva (le cosiddette "cure prossimali") con i propri bambini. Si sentono genitori più competenti e sono contenti di questo. Il fatto di diventare progressivamente più esperti nel capire come, quando e che cosa leggere è per loro motivo di soddisfazione, e sentono di fare una cosa utile per il loro bambino che è anche piacevole per loro. In definitiva, la lettura ai bambini può essere definita come un vettore di competenze genitoriali.

Non sfuggirà dunque ai pediatri che supportare i genitori in questa attività risulti prezioso in questi tempi in cui i genitori (o buona parte di essi) sono insicuri e alla ricerca di come si possa più correttamente realizzare il loro ruolo. In molti casi NpL può comportare la scoperta di una strada per affermare la propria genitorialità in modo consapevole.

[*"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 di aver fatto sì che mio figlio fosse affidato a una persona così speciale..."* **]**

I libri forniscono inoltre al genitore, e ancora una volta soprattutto al genitore meno "attrezzato" ed esperto, una



struttura del linguaggio e un vocabolario appropriati da usare con i loro bambini: parole semplici e frasi brevi a cui i genitori possono aggiungere una modulazione del tono e un'esagerazione delle unità acustiche che aiutano nella discriminazione dei suoni più diffusi. Questo particolare modo di parlare ai bambini è stato definito "Motherese" o "Parentese" ed è promosso dal linguaggio semplice che si trova nei libri scritti per i bambini del primo, secondo, e terzo anno di vita. I libri per i bambini di età più grande (3-6 anni) forniranno poi un linguaggio più complesso e appropriato per lo sviluppo di più articolate e complesse capacità linguistiche.

Un aspetto particolare riguarda l'utilizzo del libro e della lettura come strumento di promozione del bambino figlio di genitori immigrati. Se da un lato l'attività di lettura in famiglia viene a costituire uno strumento di prevenzione di *gap* culturali e linguistici, dall'altro può fornire uno strumento di introduzione precoce della lingua del Paese ospite accanto alla lingua madre, elemento che, come è stato dimostrato, aumenta la possibilità che il bambino apprenda presto e correttamente entrambe le lingue. Naturalmente in questi casi occorre sia disporre di libri per la fascia 0-3 anni nelle lingue materne, sia di genitori in grado di leggerli. A entrambi i problemi NpL tenta di dare risposte pratiche attraverso i progetti locali (acquisto di libri in varie lingue, lettori volontari, punti di ritrovo per mamme immigrate ecc.).

III. Perché la promozione della lettura richiede un intervento di stimolo esterno, richiede, appunto, di essere "promossa"?

Una ricerca svolta quando NpL muoveva i primi passi in Italia, cioè 10 anni fa, ha dimostrato che in Italia l'attitudine alla lettura definita come abitudine a leggere ai bambini nei primi anni con una certa continuità (tre-quattro volte alla settimana) era presente in una minoranza delle famiglie al Centro Nord (dal 20% al 30%) e in una ancora più sparuta minoranza al Sud (intorno al 10%). Non c'è quindi da meravigliarsi che in Italia si legga in media molto poco, e che la *literacy*, così come dimostrato dai test standardizzati svolti sul piano europeo, ci veda nelle parti più basse della classifica tra i Paesi sviluppati. È evidente che nella maggior parte delle famiglie non vi sono gli strumenti e l'esperienza personale per sviluppare la pratica della lettura precoce in assenza di stimoli e spiegazioni che vengano dall'esterno. Quindi la promozione della lettura è molto più importante quando la famiglia non ha già in sé la consapevolezza e gli strumenti per farlo. Non a caso questa attività è particolarmente efficace a colmare il *gap* che già nei primi anni di vita si crea tra bambini provenienti da famiglie con livelli educativi e culturali diversi.

PARTE SECONDA IL RUOLO FONDAMENTALE DEL PEDIATRA NELLA PROMOZIONE DELLA LETTURA IN EPOCA PRECOCE

I. Perché il pediatra può giocare un ruolo cruciale nella promozione della lettura in famiglia?

Il pediatra è considerato dalla famiglia un interlocutore privilegiato: è il primo operatore sanitario delle cure primarie che viene in contatto con la famiglia; ha molte occasioni di contatto nei primi anni di vita sia per le visite che per i bilanci di salute e mantiene questo rapporto con la famiglia a lungo; costruisce un rapporto di fiducia come consulente della "salute" per il bambino. Un aspetto fondamentale: il pediatra raggiunge tutte le famiglie, a differenza di altre agenzie educative, come gli asili nido, ad esempio, dove affluisce solo una parte dei bambini.

Il pediatra ha la base culturale e l'autorevolezza per spiegare ai genitori l'utilità di questa pratica nell'ambito delle pratiche di prevenzione più efficaci nel primo anno di vita (non a caso è stata inserita nel programma ministeriale "Genitori più" attivato in molte Regioni).

In realtà sono stati proprio gli studi condotti negli Stati Uniti e basati sull'esperienza di gruppi di pediatri che hanno dimostrato come le raccomandazioni del pediatra siano efficaci nel promuovere la lettura in famiglia, in particolar modo nei gruppi di popolazione più svantaggiati e quando già nello studio del pediatra si facilita l'incontro del bambino e dei genitori con i libri e quando il pediatra è in grado di donare uno o più libri adatti allo sviluppo del bambino.

Ma, in un contesto come quello della pediatria delle cure primarie (di famiglia e di comunità) dove in particolare la pediatria di famiglia è spesso quasi totalmente occupata da richieste definite "inappropriate" e "ingombranti", il pediatra dove trova il tempo per occuparsi di questi interventi?

In realtà il pediatra che decide di dedicare dai 30 secondi ai 2 minuti del suo tempo a questo tipo di intervento (l'esperienza ci dice che nei contatti successivi al primo, quando il pediatra introduce la tematica della lettura, il tempo da dedicare è progressivamente minore) migliora la sua pratica clinica, ottimizza i suoi tempi e riduce il carico di lavoro. L'istruzione da dare ai genitori è molto veloce e semplice da comprendere: leggere un libro con il bambino accolto in braccio. Il genitore non deve sforzarsi di ricordare istruzioni particolari. Proporre NpL indica una buona strada da percorrere come stile educativo del genitore. L'atteggiamento non direttivo del pediatra, ma piuttosto colloquiale e informale, associato al sincero interesse per il futuro del bambino portano a considerare il pediatra come loro alleato nella crescita del bambino.

["Il modo di fare il pediatra cambia, si entra in contatto vero con la famiglia, il libro è un facilitatore della visita, ti permette di entrare dolcemente e in modo effica-



Nati per Leggere

ce nella relazione tra la mamma e il bambino; i genitori si rendono conto che sei realmente interessato alla promozione della salute e cominciano a porti domande legate allo sviluppo, al comportamento. Ho cominciato ad ascoltare di più e a parlare di meno. Il mio lavoro mi gratifica di più e diventa meno pesante.” (Un pediatra di famiglia)]

La promozione della lettura ad alta voce inserita nei bilanci di salute permette inoltre al pediatra di valutare alcune tappe dello sviluppo psicomotorio del bambino (vedi Guida annessa a pag. 172 e 173) e di percepire alcuni segnali di allarme migliorando la qualità del lavoro quotidiano e affinando le sue competenze in materia di sviluppo.

II. A questo punto, dunque, come fare per sostenere la lettura in famiglia?

Come allestire sala d'attesa e ambulatorio

La sala d'attesa si può attrezzare con libri forniti dalla biblioteca oppure con libri adatti che gli stessi genitori o i pediatri possono reperire (ad esempio libri in buono stato che non vengono più utilizzati). Con una spesa minima di circa 100 euro si può allestire una sala d'attesa o un ambulatorio con libri adatti da 0 a 6 anni.

In base al contesto in cui il pediatra opera può essere vantaggioso attrezzare la sala d'attesa (o anche la stanza dell'ambulatorio) con un angolo per la lettura (piccolo tavolino, due seggioline, un cesto di libri). Questo consente al bambino che viene periodicamente di avere un piccolo spazio conosciuto dove sa che ci sono i libri che a lui/lei piacciono e andarli a cercare. Questo consente al genitore di recepire ogni volta un messaggio non verbale importante: *“in questo studio ci sono i libri, questo vuol dire che il mio pediatra ritiene importante il libro e il suo uso”*.

La presenza in sala d'attesa di altri libri rinforza il messaggio, come anche la presenza di materiale informativo sulla

lettura: orario della biblioteca, consigli di lettura, recensioni di libri (tutte cose fornite dal progetto nazionale o dai progetti locali). La presenza di un poster alla parete testimonia l'interesse e la partecipazione del pediatra a tale attività. Inoltre, non dovrebbe mai mancare qualche libro appoggiato sulla scrivania che il bambino incuriosito può liberamente prendere, oppure essere offerto direttamente dal pediatra.





Spesso si possono reperire, tramite i progetti locali e le biblioteche, dei *lettori volontari*, persone che hanno voglia di dedicare un po' del loro tempo a leggere ad alta voce per mostrare come sia semplice farlo anche con bambini piccoli; la presenza dei lettori in sala d'attesa è un ulteriore messaggio di rinforzo che il genitore riceve a dimostrazione della semplicità dell'intervento.

Come inserire NpL nella routine ambulatoriale

I consigli anticipatori sono le pietre miliari di ogni visita di controllo. Ormai da diversi anni, la lettura condivisa fa parte delle linee guida pediatriche internazionali sul consiglio anticipatorio già a partire dalla visita di controllo del secondo mese di vita.

Il libro va "presentato" già all'inizio della visita (immaginiamo che si tratta di una visita di controllo o bilancio di salute dai sei mesi in poi), in modo che il bambino abbia la possibilità di manipolarlo. È anche un'opportunità per osservare il bambino, il suo grado di attenzione e di competenza motoria, e l'atteggiamento del genitore rispetto al bambino. Quindi è utile avere un libro adatto sulla scrivania o sul lettino nel momento in cui il genitore e il bambino sono accolti in ambulatorio. In questo modo il pediatra può immediatamente osservare cosa succede: ossia come il bambino si relaziona con il libro e in particolare cosa fa il genitore. Questo momento fornisce notizie importanti su quali genitori hanno bisogno di maggiore supporto. Si può poi abbozzare una lettura delle immagini o delle parole con il bambino, in modo da testimoniare al genitore il proprio interesse alla lettura condivisa e per permettere al genitore stesso di osservare quanto questo sia facile.

In occasione dei controlli successivi, si tratta di verificare se la lettura a voce alta è diventata una pratica abituale e sostenere il genitore in questo percorso. Saranno sufficienti brevi note di approvazione se la lettura condivisa è un comportamento abituale e se il bambino si dimostra partecipe, mentre nelle situazioni in cui il bambino sembra disinteressato saranno opportune spiegazioni sul fatto che ogni bambino ha i suoi tempi di crescita e interesse, ricordando l'importanza di offrire l'opportunità di lettura ogni giorno senza essere insistenti in caso di rifiuto.

E bene ricordare al genitore che lo sviluppo del linguaggio inizia già nei primi mesi di vita e che il programma NpL ha dimostrato una grande efficacia riguardo allo sviluppo del linguaggio e anche al futuro successo scolastico. Si tratterà infine di segnalare nella cartella clinica i progressi della famiglia sulla lettura condivisa.

Sviluppo del bambino e promozione della lettura: una guida per il pediatra

Abbiamo pensato di fornire al pediatra una guida di facile utilizzo, immediata, che possa dare degli spunti pratici sulle

modalità di utilizzo dei libri in ambulatorio. Abbiamo cercato di fornire questa guida sotto forma schematica, riportando in base all'età del bambino alcune caratteristiche del suo sviluppo cognitivo, motorio e relazionale, e inserendo notizie utili per i genitori che i pediatri possono dare durante i bilanci di salute (*vedi* pag. 172 e 173). La guida si è inizialmente basata sullo schema fornito dal programma americano di promozione della lettura *Reach Out and Read*, integrato con ulteriori informazioni e contestualizzato.

Nella Guida che abbiamo elaborato sono state inserite delle voci in grassetto, che indicano delle tappe dello sviluppo motorio, cognitivo e relazionale. Lo scopo è di fornire al pediatra qualche elemento utile per una valutazione rapida ed efficace dello sviluppo e per seguirlo nel tempo ai successivi bilanci di salute.

Il dono del libro e il materiale informativo

Studi di *Reach Out and Read* condotti in USA hanno dimostrato che, nelle famiglie svantaggiate, il dono del libro da parte del pediatra fin dalle prime epoche della vita è molto efficace per stimolare l'abitudine alla lettura nelle famiglie. Il dono del libro a tutti i bambini necessita però di un investimento economico che non sempre è stato realizzato nei progetti avviati in Italia. È stato tuttavia possibile in diverse Regioni e città, anche se può non reggere ai tagli in atto della spesa pubblica. Si può tentare una strada intermedia che è quella di destinare i minori finanziamenti all'acquisto di libri da donare solo alle famiglie più bisognose, a questo punto a giudizio del pediatra, non certo di regole burocratiche. In alternativa, si devono incoraggiare ripetutamente a ogni contatto le famiglie a frequentare le biblioteche attraverso la distribuzione di materiale informativo (che ci si procura presso la segreteria nazionale o presso i progetti locali).

Ci sono esperienze di prestiti effettuati, con pochissimi intralci burocratici, dalle biblioteche al pediatra e da questo alle famiglie.

Il dono del libro va fatto usando per i bambini più piccoli (intorno ai 6-8 mesi) il libretto *Guarda che faccia*, prodotto e distribuito dal programma, e per quelli più grandicelli utilizzando i testi raccomandati da NpL (www.natiperleggere.it, sito dove si trovano tutte le informazioni sui progetti esistenti e i materiali disponibili) a seconda dell'età.

Tramite i lettori volontari, NpL può essere presentato sia con il materiale illustrativo per genitori che con letture presso le sale d'attesa vaccinali, nei corsi di preparazione alla nascita, e negli ambulatori e nelle corsie/sale giochi dei reparti ospedalieri.

Quando iniziare la promozione di NpL?

Il programma NpL prevede, come si è detto, un primo intervento da parte del pediatra durante la visita di controllo

LO SVILUPPO DEL BAMBINO ATTRAVERSO IL SUO RAPPORTO CON IL LIBRO



SVILUPPO MOTORIO E SENSORIALE

SVILUPPO COGNITIVO E SOCIO-RELAZIONALE

CHE COSA POSSONO FARE GLI ADULTI

Alla nascita



- Risposte motorie complesse a stimoli particolari: riflessi primari
- Presenti gli stati di veglia-sonno
- Coricato sull'addome gira prontamente la testa

- Percezioni sensoriali mature e attive dall'ultimo trimestre di gravidanza
- Riconosce la voce e l'odore della mamma
- Attenzione visiva ai volti se vicini (30 cm)
- Piange con una prosodia materna

- Parlare e cantare
- Prenderlo spesso in braccio
- Considerare il pianto come comunicazione e non come dolore
- Leggere libri dedicati ai genitori, partecipare a incontri tra genitori

2-3 mesi



- **Solleva la testa da prono**
- Si gira al suono della voce
- Guarda la mamma negli occhi

- Fissa e segue con lo sguardo
- Sorride in risposta agli stimoli
- Inizia a imitare alcuni suoni

- Parlare e cantare
- Prenderlo in braccio come normale routine
- Iniziare a giocare con il bambino quando sveglio, tenendolo a pancia in giù

3-5 mesi



- **In trazione solleva la testa**

- Osserva le sue mani
- Fa rumore con la carta e si diverte
- Riconosce i suoni (si eccita alle voci dei genitori)

- Promuovere le routine
- Parlare, cantare e raccontare
- Organizzare un piccolo angolo di lettura in casa, lontano dalla TV accesa

6-12 mesi



- Tocca i libri
- Li porta alla bocca
- Sta seduto stabilmente (9 mesi) e tiene la testa dritta
- Gira le pagine con l'aiuto dell'adulto
- Tiene in mano i libri con l'aiuto
- Gira le pagine, molte insieme alla volta

- Guarda le figure
- Vocalizza e batte la manina sulle figure
- Dimostra di preferire figure che rappresentano dei visi
- **Cerca un oggetto che cade**
- Indica con il dito per rispondere alla domanda "dov'è?" (10-11 mesi)
- **Risponde al suo nome (dopo 8 mesi)**
- Apre il libro all'adulto per farselo leggere - gira il libro sul verso giusto

- Tenere il bambino in posizione comoda e cercare il suo sguardo
- Prestare attenzione ai segnali del bambino che significano "ancora!" oppure "basta!"
- Indicare e nominare le figure
- Considerare normale che il bambino abbia una durata di attenzione molto breve
- Chiedere "dov'è?" e lasciare che il bambino indichi con il dito
- Iniziare a frequentare la biblioteca

12-18 mesi



- Sta seduto senza bisogno di appoggio
- Può trasportare dei libri
- Tiene in mano i libri con aiuto
- Gira le pagine, molte insieme alla volta
- Apre il libro all'adulto per farselo leggere e lo gira nel verso giusto

- **Ha un gergo suo**
- Indica le figure con un dito e può indicare alcune figure con un suono particolare della voce
- Indica con il dito per rispondere alla domanda "dov'è?"
- **Esegue un comando semplice senza gesti (dai 15 mesi)**
- **5-6 paroline, indica ciò che desidera**

- Rispondere all'invito del bambino a leggere
- Lasciare al bambino il controllo del libro
- Considerare normale che il bambino abbia una durata di attenzione molto breve
- Chiedere "dov'è?" e lasciare che il bambino indichi con il dito
- Continuare a frequentare la biblioteca, prendere a prestito libri, portare i bimbi a gruppi di lettura



18-24 mesi

- Gira le pagine con facilità, una alla volta, se di cartoncino
- Porta i libri in giro per casa
- Può succedere che usi un libro come oggetto di transizione (come una copertina, un pupazzo, un ciuccio)
- **A 24 mesi riesce a fare qualche passo all'indietro**
- Nomina le figure più familiari
- Inserisce le parole nelle storie a lui più familiari
- Legge a voce alta alle bambole e ai pupazzi; **comincia il gioco simbolico**
- Recita parti di storie che conosce bene
- **Parola frase; indica almeno una parte del corpo**
- Mettere in relazione i libri con le esperienze del bambino
- Usare i libri abitualmente nella routine quotidiana, e prima della nanna
- Chiedere "cos'è quello?" e dare il tempo al bambino di rispondere
- Fare delle pause e lasciare che il bambino completi la frase
- La durata della sua attenzione è ancora molto variabile



24-36 mesi

- Impara a usare da solo le pagine di carta
- Esplora il libro avanti e indietro, alla ricerca delle figure preferite
- **Verso i 30 mesi copia un cerchio**
- Combina frasi di 2-3 parole, mette in relazione il testo e le immagini, protesta se l'adulto nel leggere una storia nota sbaglia una parola o la sostituisce
- **Mette insieme più azioni: dondola la bambola e la mette a nanna**
- Comprende comandi complessi: "prendi il libro e mettilo nella scatola"
- "Legge a se stesso" i libri che conosce meglio
- Legge alle bambole o pupazzi
- Continuare a inserire i libri nella routine selezionando i livelli di difficoltà (troppo difficili o troppo facili annoiano)
- Leggere volentieri mille volte lo stesso libro
- Associare i libri con le esperienze del bambino
- Chiedere "cos'è quello?"
- Offrire carta e matita



3-4 anni

- Usa il libro in modo appropriato
- Gira le pagine una alla volta
- **Salta con i due piedi insieme**
- **A 4 anni sta in equilibrio per pochi secondi su un piede solo**
- **Compone frasi di 3-4 parole**
- Può ripetere le storie più familiari
- Capisce cosa è il testo scritto e ascolta storie più lunghe
- Scorre con il dito la riga del testo
- **A 4 anni fa domande e le sue frasi sono grammaticalmente corrette**
- Inizia a riconoscere alcune lettere spontaneamente; cerca di "scrivere" le parole
- Domandare "cosa sta succedendo?"
- Incoraggiare scarabocchi e disegni
- Sfolgiare il libro con il bambino lasciando che sia lui a raccontare la storia
- Continuare a leggere per lui tanti libri, condividendo emozioni
- Frequentare abitualmente la biblioteca



5-6 anni

- **Sta su un piede solo per 5-10 sec.**
- Copia un  
- Cammina all'indietro tacco-punta (6 anni)
- Copia la figura di un diamante (6 anni)
- Gioca con un gruppo di bambini, si veste quasi da solo
- Se taglio in due una mela, quanti pezzi ho?
- **Usa me, io, plurale, il passato dei verbi**
- Risponde alle domande aperte: "cosa succede dopo?"
- Allenato all'ascolto di storie per almeno 10-20 minuti
- Riesce a giocare con giochi che hanno regole (6 anni)
- Conta 5 elementi, alcune regole semplici matematiche
- Parla fluentemente, nomina 4-5 alimenti o indumenti in 20 sec.
- In biblioteca per letture comuni
- Lasciare autonomia nelle scelte dei libri
- Creare a casa un ambiente ricco di stimoli: libri, giornali, riviste, appunti...
- Favorire tutte le occasioni di lettura
- A 6 anni si possono leggere storie anche complesse per il suo livello di lettura





dei sei mesi, e questo si basa sul fatto che a questa età alcuni degli aspetti prioritari dei primi mesi (allattamento, vaccinazioni) sono stati già affrontati e sul fatto che è intorno a questa età che il bambino è senz'altro "pronto" a recepire questo tipo di stimolo. Una recente indagine ha sottolineato che, se la mamma è a conoscenza del potenziale della lettura al bambino, la lettura condivisa in famiglia sarà più frequente.

Pertanto offrire un'informazione su NpL già alla nascita o durante i corsi pre-parto può stimolare il genitore a costruire un proprio progetto di lettura condivisa con il figlio, modificando così le attitudini e i comportamenti all'interno della famiglia.

Come cercare alleanze e risorse

Ogni contesto in cui si opera può offrire diverse opportunità. La biblioteca è la risorsa più importante. Cercare alleanze con la biblioteca locale è il primo passo, considerando che ormai NpL è molto radicato nel nostro territorio e che l'AIB (Associazione Italiana Biblioteche) sostiene il progetto.

Dove le biblioteche non ci sono, bisogna cercare altrove: in alcuni casi gli asili nido possono essere un buon punto di partenza per diffondere l'informazione e cercare ulteriori alleanze. In altre situazioni si possono trovare risorse nei servizi sociali, ad esempio i piani sociali di zona in alcune realtà hanno recuperato risorse umane (lettori) e finanziamenti per implementare NpL. Gli enti locali (comuni, province e regioni) possono mostrare interesse nella promozione del progetto e quindi essere un punto di riferimento per i pediatri.

[Nella provincia di Reggio Emilia il 90% dei pediatri di famiglia partecipa a NpL. Questo risultato è stato ottenuto inserendo il progetto di NpL negli accordi integrativi provinciali per la pediatria di libera scelta e nel Piano per la Salute dell'ASL. Sono stati realizzati alcuni eventi formativi in collaborazione con la Rete provinciale delle Biblioteche sia prima che durante lo svolgimento del programma. I finanziamenti per il pagamento dei libri e per gli scaffali espositori da collocare nelle sale d'aspetto dei pediatri sono stati stanziati in parte dalla FIMP provinciale, dall'ASL e dall'Amministrazione Provinciale.]

Anche le Fondazioni possono essere di aiuto per sostenere il progetto. In alcuni casi le amministrazioni regionali e anche le aziende sanitarie locali più illuminate si sono adoperate e hanno finanziato, o contribuito a finanziare, magari in associazione con altri Enti, sia la formazione dei pediatri che l'acquisto dei libri.

L'acquisto dei libri per sostenere il progetto, grazie a molte case editrici per bambini, è veramente competitivo: i libri presenti nel catalogo NpL sono oramai una trentina, libri di altissima qualità, selezionati da esperti, e offerti al prezzo di 3 o 3,50 euro a copia proprio per consentire l'acquisto di più copie.

Si ringrazia Flavia Luchino, pediatra di famiglia di Roma, per l'idea della guida "Lo sviluppo del bambino attraverso il suo rapporto con il libro" e per la collaborazione alla sua realizzazione.

Riferimenti bibliografici essenziali

- Duursma E, Augustyn M, Zuckerman B. Reading aloud to children: the evidence. Arch Dis Child 2008;93:554-7.
- Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM (Eds). Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, Third Edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 2008. http://www.brightfutures.aap.org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html.
- Hironaka LK. The implications of health literacy on patient-provider communication. Arch Dis Child 2008;93:428-32.
- Jones VF, Franco SM, Metcalf SC. The value of book distribution in a clinic-based literacy intervention program. Clin Pediatr (Phila) 2000;39:535-41. <http://www.reachoutandread.org/impact/evidencebase.aspx>.
- King TM, Muzaffar S, George M. The Role of Clinic Culture in Implementation of Primary Care Interventions: The Case of Reach Out and Read. Academic Pediatrics 2009;9:40-6.
- Needelman R, Klass P, Zuckerman B. Reach out and get your patient to read. Contemporary Pediatrics 2002;19:51-69. http://www.reachoutandread.org/FileRepository/ContempPeds_Jan2002.pdf.
- Ronfani L, Sila A, Malgaroli G, Causa P, Manetti S. La promozione della lettura ad alta voce in Italia. Valutazione dell'efficacia del progetto Nati per Leggere. Quaderni acp 2006;13:187-94.
- Schor E; American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. Pediatrics 2003;111:1541-71.
- Young K, Davis K, Schoen C, et al. Listening to parents. A national survey of parents with young children. Arch Pediatr Adolesc Med 1998;152:252-62. <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/152/3/255>.
- Zuckerman B. Promoting Early Literacy in Pediatric Practice: Twenty Years of Reach Out and Read. Pediatrics 2009;124:1660-5.

Filastrocca di Nati per Leggere

“*Leggimi subito, leggimi forte
Dimmi ogni nome che apre le porte
Chiama ogni cosa, così il mondo viene
Leggimi tutto, leggimi bene
Dimmi la rosa, dammi la rima
Leggimi in prosa, leggimi prima*”

Bruno Tognolini

Allattamento adottivo in Italia: reale e misconosciuto

M. Ersilia Armeni*, Giulia Bellettini**

*Pediatra, IBCLC, Roma; **Pediatra, IBCLC, ASL Milano, Milano

Abstract

Adoptive breastfeeding in Italy: unrecognized and real

Pediatricians and health care operators are not aware that women can breastfeed an adoptee after 'lactation induction', as recommended by the AAP guidelines. This case reports about an adopted newborn breastfed by a mother coached through by an International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC). This professional may follow adoptive mothers towards the chosen direction, as well as collaborate with pediatricians, obstetricians and other health care providers committed to support these special mothers.

Quaderni acp 2011; 18(3): 125-127

Key words Lactation induction. Adoptive mothers. International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC)

Pediatr e operatori sanitari sono all'oscuro della possibilità di allattare al seno un bambino non biologico tramite l'induzione della lattazione, come raccomandato dalle linee guida AAP. Il caso descritto illustra come una neonata adottata sia stata allattata al seno da una madre guidata da una Consulente Professionale in Allattamento Materno (IBCLC). Tale professionista può accompagnare nel loro percorso le madri adottive e inoltre lavorare in squadra con pediatri, ginecologi e altri operatori sanitari che si dedichino a sostenere queste mamme speciali.

Parole chiave Induzione della lattazione. Madri adottive. Consulente Professionale in Allattamento Materno (IBCLC)

Introduzione

La diffusione in Italia dei corsi OMS/Unicef sul counselling in allattamento materno ha reso molti operatori sanitari capaci di aiutare le madri a ripristinare un allattamento interrotto. Riportare al seno i bambini dopo un periodo di alimentazione artificiale, cui si è fatto ricorso per sospensione intempestiva, ospedalizzazione del lattante o nascita pretermine, separazione per malattia materna o motivi di lavoro, cioè la ripresa della produzione lattea anche a distanza di tempo, si definisce *rilattazione* [1]. Viceversa è molto più raro che gli operatori assistano le madri a raggiungere l'obiettivo di allattare in assenza di gravidanza, o *induzione della lattazione*, nonostante la pratica sia riconosciuta e avallata da un Policy Statement dell'American Academy of Pediatrics [2]. Pertanto c'è il rischio che le famiglie siano tenute all'oscuro di questa possibilità e che madri già avviate lungo un simile percorso si trovino in difficoltà a rintracciare un operatore che le accompagni nella dire-

zione voluta, una delle prime tappe dell'*empowerment*. Il caso descritto riguarda una madre adottiva che aveva incominciato ad allattare con successo nel suo paese d'origine, e ha potuto seguirlo a farlo in Italia grazie al sostegno di una Consulente Professionale in Allattamento Materno (IBCLC).

Il caso

Paula (nome fittizio) ha 32 anni, è sana e non ha mai avuto figli. Suo marito è sterile e insieme decidono di adottare un neonato subito dopo il parto, secondo un percorso legale riconosciuto in Oregon (USA). Entrambi credono che le qualità del latte materno e l'intimità della relazione d'allattamento fra madre e figlio rappresentino valori per cui valga la pena investire tempo ed energie. Si documentano sulla possibilità di una madre adottiva di allattare al seno su un noto sito web che fornisce vari percorsi di lattazione e, fra i piani d'allattamento, scelgono il percorso che impiega tiralatte e farmaco galattogogo [3]. Quattro setti-

mane prima del parto Paula noleggia un tiralatte professionale a doppio attacco e lo applica 6 volte al giorno, per 10 minuti a seduta. Allo stesso tempo incomincia ad assumere domperidone 10 mg, 4 volte al giorno. Un mattino, alla fine della terza settimana, compaiono le prime gocce di latte. Il secreto mammario delle prime due sedute al tiralatte corrisponde a qualche millilitro, che diventano 15 ml alla fine della giornata. Da quel momento la produzione aumenta giorno per giorno.

Alice (nome fittizio) nasce a termine da parto eutocico, pesa 2,750 kg ed è in buona salute. Non riesce però ad attaccarsi al seno della madre adottiva, la cui presenza è ammessa nel Punto Nascita. Dal secondo giorno incomincia a ricevere con il biberon, su suggerimento della Consulente IBCLC, anch'essa presente nella struttura, piccole quantità di latte artificiale e di latte che Paula aveva in precedenza raccolto e conservato. Nell'ambito di una strategia di passaggio dal biberon al seno, la Consulente IBCLC consiglia l'uso temporaneo del succhietto.

Già con l'arrivo a casa alla fine della seconda giornata Alice incomincia ad attaccarsi al seno ogni 2 ore di giorno e 2 volte di notte, totalizzando 8 poppate nelle 24 ore.

Per incrementare la produzione di latte la madre applica il tiralatte ogni due poppate, per un totale di 4 sedute. Il latte così tirato, insieme al latte artificiale, è fornito alla bimba con un dispositivo di allattamento integrativo mentre succhia al seno materno. Questo si compone di un contenitore appeso al collo, da cui fuoriescono due sondini che terminano in corrispondenza dei capezzoli [4]. Soddisfacendo così il suo fabbisogno con 2/3 di latte umano, al seno e tirato, e 1/3 di latte artificiale, la bambina recupera il peso della nascita dopo 1 settimana e raggiunge i 3,700 kg alla fine del mese di vita. Il domperidone è stato portato a 80 mg (20 mg 4 volte al giorno).

Per corrispondenza:
M. Ersilia Armeni
e-mail: siliadoc@fastwebnet.it

esperienze

All'inizio del secondo mese la famiglia si trasferisce a Roma, dove il ginecologo e l'ostetrica cui si rivolge non sanno di allattamento adottivo né a chi inviarla. La madre allatta Alice ogni 2-3 ore di giorno e 2 volte di notte. Per difficoltà legate al trasloco, ha smesso di tirare il latte e di usare il dispositivo e sta adoperando un biberon di circa 90 ml di latte artificiale al dì. Tramite internet si rivolge a una pediatra e Consulente IBCLC di Roma, che la riporta all'uso regolare del tiralatte e aumenta il domperidone a 90 mg (30 mg 3 volte al giorno).

Dopo 4-5 giorni la quantità di latte materno estratta si attesta intorno a 120-180 ml, rendendo superflua l'aggiunta di latte artificiale. Dalla fine del secondo mese Alice, che ha sempre trascorso le notti nella culla accanto al lettone, dorme 6-7 ore a notte. Nei mesi seguenti la madre smette di tirare il latte, reintroducendo così un biberon di 60 ml di latte artificiale al dì. Questo rimane anche quando Alice compie il sesto mese e inizia a mangiare alimenti solidi. Pure il domperidone è mantenuto, anche se ridotto gradualmente a 60 mg al dì. A nove mesi di vita Alice si alimenta regolarmente con cibi solidi e continua a poppare al seno. La produzione di latte materno è associata all'uso saltuario sia di un biberon da 90-120 ml di latte artificiale sia del succhietto, che mordicchia – nota la madre – quando ha fame.

All'inizio del dodicesimo mese di vita Alice si attacca al seno per cibo e per conforto. La madre ha progressivamente, ma definitivamente sospeso l'assunzione di domperidone e si appresta a sospendere l'allattamento, paga di aver raggiunto l'obiettivo di allattare per un anno. Alice accetta lo svezzamento di buon grado. La sua crescita in peso e lunghezza, misurata sulle curve OMS per i bambini allattati al seno, ha oscillato dal 15° pct (primo mese) al 50° pct (secondo-dodicesimo mese di vita) [5]. La circonferenza cranica e lo sviluppo neuro-comportamentale sono sempre stati adeguati e non ci sono state patologie.

Discussione

L'ormone chiave dell'allattamento è la prolattina, che promuove lo sviluppo dell'epitelio ghiandolare e la secrezione di

colostro, ed è sintetizzata nell'adenoipofisi dopo stimolazione del capezzolo da parte del lattante [4]. Per produrre latte è quindi necessario che la mammella di una donna dotata di un asse ipotalamo-ipofisario-mammario intatto riceva frequenti suzioni da parte di un bambino affamato o, in mancanza di questo, adeguata spremitura meccanica o manuale. Quest'ultima strategia, insieme a un opportuno sostegno familiare e professionale, funziona egregiamente nell'induzione della lattazione nei Paesi non occidentali in cui l'allattamento è norma culturale [6]. Nei Paesi occidentali sembra invece che la donna, oltre a richiedere counselling competente e frequenti stimolazioni mammarie, abbia anche bisogno di un supporto farmacologico. Nel caso non sia mai stata gravida, si prescrivono ormoni estroprogestinici che simulano i cambiamenti ormonali della gravidanza e dello sviluppo mammario [3]. La produzione di latte appare dopo pochi giorni dall'interruzione della terapia, che si fa coincidere con l'arrivo del piccolo. Non solo non ci sono studi controllati a sostegno di tale pratica, ma il latte può arrivare, come in questo caso, solamente con spremitura mammaria e assunzione di domperidone. Tale farmaco, che innalza la prolattina sierica agendo come antagonista periferico della dopamina, è l'unico il cui effetto galattogogo sia stato provato con uno studio controllato e in doppio cieco in puerpere con difficoltà a produrre latte [7]. Da qui il suo uso è stato estrapolato all'allattamento non puerperale. Sebbene la sua sicurezza in termini di salute del lattante e qualità del latte estratto sia stata testata solo per periodi brevi non sono stati notati effetti indesiderati né nella madre né nella bimba [8]. Fermo restando che occorrono altri studi per identificare quali protocolli terapeutici siano indicati e in quali madri adottive (mai gravide, puerpere che non hanno mai allattato o che l'hanno fatto in passato), lo scopo di questo case report è di sollevare l'interesse dei pediatri e degli altri operatori sanitari verso la plasticità della funzione latte delle donne e la fattibilità dell'allattamento in molteplici occasioni (analogo è il caso della bambina abbandonata in ospedale per un mese, poi adottata e

allattata al seno, oggetto della comunicazione personale della dott.ssa B. Dalla Barba, Padova).

Inoltre è importante che gli operatori sanitari siano a conoscenza della presenza sul territorio dei Consulenti IBCLC, professionisti che hanno le competenze per seguire tali percorsi di lattazione [9]. Nel caso riportato i diversi tentativi di ridurre il dosaggio del domperidone comportavano l'apparente diminuzione della disponibilità di latte. Questo spiega il ricorso al latte artificiale per gran parte del percorso d'allattamento. Non sappiamo però se una più intensa stimolazione del seno, come avviene nel contatto pelle-a-pelle, e la condivisione del sonno, suggerite ma declinate dai genitori, e l'eliminazione dell'uso sia pure moderato del succhietto avrebbero potuto avviare a questa duplice dipendenza. Benché questo caso sembri dimostrare, in linea con le affermazioni di molti Autori, che per una madre adottiva produrre latte in quantità tale da sostenere un allattamento esclusivo sia irrealizzabile, Gribble afferma il contrario. Mentre per una madre biologica è possibile produrre latte a sufficienza anche allattando poche volte, per la madre adottiva la piena produzione di latte comporta l'adozione di uno stile d'allattamento più congruo con la fisiologia della lattazione [5]. Nel caso in questione i genitori adottivi, informati dalla Consulente IBCLC sul comportamento alimentare normale e fisiologico dei lattanti e dei pro e dei contro dello stile d'allattamento e accudimento prescelti, si reputavano pienamente soddisfatti di essere riusciti ad allattare al seno in modo parziale e a bassa intensità di aggiunte di latte artificiale, ma fino all'anno di vita. Allattare al seno a sufficienza un bambino adottivo probabilmente è associato con esiti rilevanti nella relazione d'attaccamento con la madre, oltre che con quelli già noti di salute fisica materno-infantile [10].

Conclusioni

Molte madri e operatori sanitari pensano che allattare al seno un bambino non biologico sia impossibile. Le evidenze scientifiche mostrano il contrario. I metodi per arrivare a un'adeguata produ-

zione di latte includono la motivazione materna e un adeguato sostegno professionale, uniti a un opportuno piano di stimolazione dei capezzoli, semplice o abbinata a galattogoghi, o preceduta dall'uso preparatorio di estro-progestinici. Chiaramente sono necessari nuovi studi controllati al riguardo.

È auspicabile che anche in Italia l'allattamento adottivo sia incluso nelle linee guida di pediatri e ginecologi e che questa raccomandazione sia disseminata fra tutti gli operatori che vengono in contatto con le donne, cioè medici, ostetriche, infermiere, psicologi, educatrici d'infanzia. La neonata professione di IBCLC è la professionalità cui possono fare riferimento sia le donne desiderose di allattare in queste circostanze speciali, sia gli altri operatori sanitari o i consulenti volontari o i *peer counselors*. ♦

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Bibliografia

- [1] World Health Organisation Relactation: Review of Experience and Recommendations for Practice. World Health Organisation 1998, Geneva.
- [2] American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005;115:496-506 (in italiano: Allattamento al seno-manuale per i medici, a cura di G. Bona. Minerva Medica, 2008).
- [3] www.asklenore.info Accesso maggio 2010.
- [4] Lawrence RA. Breastfeeding. A guide for the medical profession. Sixth Ed, Mosby 2005.
- [5] http://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_age/en/index.html Accesso maggio 2010.
- [6] Gribble KD. The influence of context on the success of adoptive breastfeeding: developing countries and the west. Breastfeeding Rev 2004;12(1):5.
- [7] da Silva OP, Knoppert DC, Angelini MM, Forret PA. Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. CMAJ 2001; 164:17-21.
- [8] Campbell-Yeo ML, Allen AC, Joseph KS, et al. Effect of domperidone on the composition of preterm human breast milk pediatrics 2010;125:e107-14.
- [9] <http://www.aicpam.org/>.
- [10] Gribble KD. Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. Int Breastfeed J 2006;1:5.

GLI ARGONAUTI XII "L'Approdo alla Terra delle Sirene"

9-10-11 giugno 2011
Villa Fondi, Piano di Sorrento (Napoli)

Giovedì 9 giugno

- ore 15,00 Apertura Convegno con saluto del Sindaco
Un'esperienza in Albania:
un ecografo per l'Ospedale di Valona (L. Maresca)
Moderano: C. Corchia, G. Cirillo
- ore 15,30-16,10 Caso clinico: "... improvvisamente giallo" (S. Manetti, L. Iorio, G. Ranucci)
- ore 16,10-16,40 Caso clinico: "... uno strano corpo estraneo e non solo..."
(F. Antonelli, P. Siani)
- ore 17,10-17,30 Pausa caffè
- ore 17,30-18,00 Panoramica sui progetti di sostegno alla genitorialità in Puglia e in Campania: cosa funziona davvero?
(S. Chiarappa, C. Di Maio)
- ore 18,20-18,40 Caso clinico: La toxoplasmosi congenita: saper fare (S. Sabatino)

Venerdì 10 giugno

- Seduta del mattino *Moderano: L. de Seta, A. Spataro*
- ore 9,00- 9,20 I segni precoci nei disturbi del comportamento alimentare (L. Iaconopelli)
- ore 9,20- 9,40 Disturbi specifici dell'apprendimento: l'esperienza della Regione Molise nell'ambito delle cure primarie pediatriche (S. Zarrilli)
- ore 10,10-10,30 Celiachia: le nuove linee-guida ESPGHAN, raccontate dal presidente dell'ESPGHAN (R. Troncone)
- ore 11,00-11,30 Pausa caffè
- ore 11,30-12,45 Casi clinici o... molto di più (A. Ventura)
- ore 12,45 Pausa pranzo
- Seduta del pomeriggio *Moderano: S. Conti Nibali, R. Vitiello*
- ore 14,30-14,50 L'Ecosistema del neonato a rischio sociale (A. Moschetti)
- ore 15,10-15,30 Il bambino che sviene: quando consultare il cardiologo (R. Paladini)
- ore 15,50-16,10 Lettura. La valutazione neurologica in età pediatrica (E. Del Giudice)
- ore 16,30-18,30 Gruppi di Lavoro:
- Gli 8 passi + 1 per le vaccinazioni (R. Cavallo)
- Diagnosi e terapia delle IPLV (L. de Seta)
- Saper fare: gli strumenti auxologici utili in ambulatorio (M. R. Licenziati)
- Saper fare: la valutazione neurologica in pediatria (E. Del Giudice)

Sabato 11 giugno

- Moderano: L. Mottola, G. Biasini*
- ore 9,00- 9,20 Caso clinico: "... piccola fin da piccola" (P. Marzuillo)
- ore 9,40-10,00 Il ruolo del pediatra delle cure primarie nel maltrattamento (C. Berardi)
- ore 10,20-10,40 Lettura. Scampia e i bambini: una scommessa difficile? (L. Greco)
- ore 10,40-11,00 Pausa caffè
- ore 11,00-12,00 *Moderano: G. Primavera, M. F. Siracusano*
Un nuovo vaccino nel calendario: mancava qualcosa? (R. Cavallo)
Pro e contro il vaccino antipneumococco e antimeningococco (R. Cavallo)
Pro e contro l'antinfluenzale (R. Cavallo)
Pro e contro il vaccino antipapillomavirus-antitrotavirus (R. Russo)
- ore 12,30-13,00 La sintesi (G. Biasini)
Compilazione quiz

Segreteria e informazioni:

Claudia Fortunato - tel. 081402093 - info@defla.it

CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA" IV Edizione

Le foto dovranno avere come tema i bambini in riferimento ai temi del Convegno e dovranno essere accompagnate da didascalia, nome, cognome, recapito postale, e-mail, telefono e qualifica dell'autore e della liberatoria della persona eventualmente fotografata. Potranno essere fornite in formato digitale e inviate al seguente indirizzo: li.dimaio@alice.it specificando in oggetto: CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA". Il giudizio sulle foto sarà dato da una giuria scelta dagli organizzatori del Convegno. Nel corso del Convegno verranno segnalati il vincitore e 5 foto meritevoli.

Una guida per le controindicazioni alle vaccinazioni

Gruppo per la prevenzione delle malattie infettive dell'Associazione Culturale Pediatri

Parole chiave Vaccini. Controindicazioni. Precauzioni

Come gruppo dedicato alla prevenzione delle malattie infettive ci piace segnalare una iniziativa dell'ISS che ha elaborato una *Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni* [1]. Il documento vuole essere uno strumento di consultazione capace di fornire un supporto tecnico per una corretta valutazione di controindicazioni, o di precauzioni, alla somministrazione di un vaccino. È stato redatto sulla base delle indicazioni internazionali in tema di buona pratica vaccinale e prende in considerazione in modo sintetico, ma completo, tutti i vaccini disponibili in Italia. L'occasione è buona per verificare se i comportamenti raccomandati siano effettivamente condivisi nella pratica di tutti i giorni. Ne facciamo una rapida descrizione sperando di stimolare la curiosità del lettore perché sia indotto a scaricare e a leggere l'intero documento, cosa che si può facilmente fare collegandosi al sito dell'ISS [2]. La Guida propone l'uso di una scheda anamnestica standardizzata sovrapponibile a quella in uso in altri Paesi. È un percorso molto semplice e utilizzabile da ogni operatore, per la rilevazione delle condizioni di precauzione o controindicazione (*tabella 1*).

Visitare prima di vaccinare?

La Guida ribadisce che non è necessario misurare la febbre o eseguire una visita medica prima della vaccinazione a meno che la persona non appaia ammalata o riferisca una malattia in corso.

False controindicazioni per tutti i vaccini

Sono esaminate le controindicazioni, le precauzioni e le false controindicazioni, valide per tutti i vaccini. Qui troviamo l'allattamento al seno (!) sia per il bambino che per la puerpera, le convulsioni febbrili, una malattia acuta lieve con o senza febbre o l'esposizione recente a malattia infettiva o prevenibile con vaccino, la convalescenza dopo una malattia, la dermatite atopica e seborroica, i disturbi della coagulazione, le malattie croniche che non abbiano specifiche controindicazioni, il deficit selettivo di IgA (esclusa l'antitifica) o di IgG, le malattie neurologiche non evolutive o stabilizzate, la terapia antibiotica in corso (esclusa l'antitifica), l'allergia alla penicillina, alle proteine del latte e ad altre sostanze non contenute nei vaccini, la presenza di contatti non vaccinati, l'anamnesi familiare positiva per SIDS.

Per corrispondenza:
Rosario Cavallo
e-mail: rcavallo58@gmail.com

False controindicazioni per singoli vaccini

Si esaminano poi le controindicazioni, precauzioni e false controindicazioni specifiche per ogni vaccino. In questa sezione, che invitiamo a consultare, viene sottolineata per esempio la precauzione, relativa all'antinfluenzale, secondo la quale è da evitare la vaccinazione quando ci sia stata una Sindrome di Guillain-Barré entro 6 settimane dalla somministrazione di una precedente dose [2]. Falsa viene anche classificata la controindicazione dell'allergia all'uovo o il mancato inserimento dell'uovo nella dieta nel caso di vaccinazione anti-MMR.

Comportamento dopo precedenti reazioni

La sezione successiva analizza le possibili reazioni verificatesi nelle precedenti somministrazioni, indicando i comportamenti da seguire per agire in sicurezza secondo le buone pratiche raccomandate. Per esempio, nel caso di convulsione febbrile verificatasi entro 3 giorni dalla somministrazione, si specifica che non c'è controindicazione a dosi successive; per queste viene comunque sconsigliata la profilassi con paracetamolo essendo risultata inutile.

Comportamenti in situazioni particolari

Molto interessanti i possibili scenari in caso di allergie: non si può per esempio

somministrare antiepatite B o *Gardasil* in caso di anafilassi al lievito del pane dato che i vaccini possono contenere residui di lievito. Si precisano le modalità di somministrazione del vaccino in caso di reazioni anafilattiche che non controindichino in assoluto una vaccinazione o in caso di malattie specifiche: dall'agammaglobulinemia all'asplenia, dall'asma ai disturbi di coagulazione, alle epatopatie, alle MICI, ai tumori. In gravidanza sono indicati i comportamenti da seguire in caso di vaccinazione sia della gestante che dei suoi contatti. In corso di allattamento il bambino potrà effettuare tutti i vaccini mentre si dovranno rispettare alcune cautele per certe vaccinazioni della nutrice. Una sezione analizza i comportamenti nel corso di situazioni particolari come la presenza di disturbi neurologici, di encefalopatia temporalmente associata a DTaP, di somministrazione di immunoglobuline, di deficit immunitario, di specifiche malattie metaboliche. In definitiva uno strumento indispensabile. Non solo per gli operatori del settore ma anche per i pediatri in cerca di conferme ai comportamenti più comuni o di risposte chiare di fronte a situazioni più rare o complesse.

Bibliografia

- [1] Gallo G, Mel R, Rota MC (Ed.). Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni. Roma: Istituto Superiore di Sanità. 2009 (Rapporti ISTISAN 09/13).
[2] http://www.iss.it/binary/publ/cont/09_13_web.pdf

TABELLA 1: SCHEDA ANAMNESTICA (MODIFICATA)

Vaccinazioni proposte _____	
1) Sta bene oggi?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
2) Ha o ha avuto malattie importanti? Se sì: <input type="checkbox"/> malattia neurologica <input type="checkbox"/> malattia con immunodeficienza	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
3) Ha mai avuto convulsioni? Se sì: <input type="checkbox"/> con febbre <input type="checkbox"/> senza febbre	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
4) Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci in continuità? Se sì: <input type="checkbox"/> cortisonici ad alte dosi <input type="checkbox"/> antineoplastici	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
5) Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a terapia radiante?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
6) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come trasfusione o immunoglobuline?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
7) È allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? Se sì: <input type="checkbox"/> si tratta di un vaccino <input type="checkbox"/> o di un suo componente?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
8) È in gravidanza?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
9) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? Se sì: si è trattato di reazioni importanti? Se sì: specificare	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

(Compilare la scheda di segnalazione, di reazione avversa a vaccino se non ancora fatto)

Nuovo formulario dell'OMS dei farmaci essenziali per bambini

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

Parole chiave Saccarosio. Lidocaina. Adalimumab. Sildenafil

Il nuovo formulario

Nell'ambito dell'iniziativa "Better Medicines for Children" lanciata nel 2007, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha redatto un formulario riguardante 272 farmaci attualmente compresi nella lista di quelli essenziali per uso pediatrico, destinati all'uso nei bambini di età ≤ 12 anni. Il formulario vuole fornire ai medici prescrittori le migliori informazioni su come utilizzare i farmaci. I regimi di trattamento farmacologico riportati sono basati sulle migliori prove disponibili provenienti da studi clinici condotti nei bambini, esaminati e valutati dal Comitato di Esperti dell'OMS per la selezione e l'uso dei farmaci essenziali. I medicinali e le varie forme di dosaggio sono elencati in ordine alfabetico all'interno di ogni gruppo terapeutico. I bambini sono classificati in base all'età e per ciascuna classe viene riportato il dosaggio relativo alla formulazione del medicinale in oggetto (in genere in mg/kg). Per alcuni farmaci la dose è, invece, calcolata in base alla superficie corporea. Il formulario non deve essere considerato un sostituto delle linee-guida per il trattamento farmacologico in età pediatrica, ma deve essere utilizzato in combinazione con esse, come raccomandato dallo stesso Comitato di Esperti dell'OMS. Per anni la redazione di prontuari/linee-guida terapeutiche è stata fatta da singoli Paesi (per esempio Regno Unito); per la prima volta è disponibile per tutti una guida su come impiegare i farmaci per uso pediatrico, con relative informazioni su effetti collaterali, controindicazioni e modalità di somministrazione (informazioni utili anche per ridurre gli errori di dosaggio). Ogni anno 8,8 milioni di bambini nel mondo muoiono prima di aver compiuto i 5 anni di età a causa di patologie curabili con medicinali formulati per l'infanzia. L'auspicio dell'OMS è che questo formulario assicuri un uso più razionale dei farmaci nei bambini.

(http://www.who.int/selection_medicines/list/WMFc_2010.pdf)

Per corrispondenza:

Antonio Clavenna

e-mail: antonio.clavenna@marionegri.it

Il saccarosio è più efficace della lidocaina topica nella puntura venosa del neonato

Il saccarosio per via orale è più efficace dell'applicazione topica di lidocaina nel prevenire il dolore da puntura venosa nei neonati. È quanto emerge da uno studio clinico randomizzato di 330 neonati nel reparto maternità dell'Ospedale "Mount Sinai" di Toronto. Lo studio ha confrontato l'efficacia analgesica di una soluzione al 24% di saccarosio per os contro l'applicazione topica di lidocaina liposomiale e la combinazione dei due. Il dolore, misurato con un punteggio delle smorfie facciali, è apparso minore nei neonati trattati con saccarosio rispetto al gruppo trattato con lidocaina (differenza media: -27; IC 95%: -36, -19). Anche la durata del pianto è risultata inferiore nel gruppo che aveva ricevuto saccarosio. Non sono state, invece, osservate differenze tra i neonati con il solo saccarosio e il gruppo con la terapia combinata lidocaina+saccarosio. I risultati confermano la maggiore efficacia dei dolcificanti rispetto agli anestetici locali. Secondo i ricercatori canadesi che hanno condotto lo studio, quanto osservato sembra indicare che l'efficacia dei trattamenti analgesici varia a seconda della procedura medica, e che non sempre combinare diversi trattamenti potenzia l'effetto analgesico.

(Taddio A, et al. Effect of liposomal lidocaine and sucrose alone and in combination for venipuncture pain in newborns. *Pediatrics*, 2011;127:e940-7)

Reazioni avverse da terapie alternative complementari in età pediatrica

Un totale di 39 segnalazioni di bambini con eventi avversi associati a terapie di medicina complementare alternativa è stato segnalato in Australia tra gennaio 2001 e dicembre 2003 nel corso della sorveglianza attiva promossa dall'*Australian Paediatric Surveillance Unit*. In 25 casi, gli eventi sono stati classificati come gravi, fatali o che hanno messo in pericolo la vita del bambino. In 17 casi il pediatra segnalatore ha ritenuto che i pazienti siano stati danneggiati dalla mancanza di cure convenzionali. Anche i quattro eventi fatali sono stati classificati come associati al mancato impiego di cure convenzionali. In due casi (di 3 e 10

mesi di età) la morte è stata causata da: a) grave malnutrizione e shock settico in seguito a restrizioni dietetiche rispettivamente per "congestione" ed eczema cronico; b) infarto polmonare conseguente alla mancata somministrazione di anticoagulanti dopo embolia polmonare; c) il decesso è intervenuto in un epilettico trattato con terapie complementari alternative nonostante ripetuti episodi convulsivi e un precedente arresto cardiocircolatorio. A maggior rischio di eventi avversi, gravi sono risultati i lattanti sottoposti a restrizioni dietetiche e i bambini con patologie croniche. Pur con i limiti di questo studio (si tratta di una serie di casi segnalati esclusivamente da pediatri), i risultati sottolineano l'importanza di un attento monitoraggio della sicurezza (anche) delle cosiddette "terapie alternative".

(Lim A, et al. Adverse events associated with the use of complementary and alternative medicine in children. *Arch Dis Child*, 2011;96:297-300)

L'Agenzia europea approva adalimumab e sildenafil per uso pediatrico

Il 17 febbraio 2011 il *Committee for Medicinal Products for Human Use* (CHMP) dell'Agenzia Europea dei Medicinali ha dato il suo parere positivo all'ampliamento delle indicazioni per adalimumab (*Humira*) estendendone l'utilizzo come trattamento per l'artrite idiopatica giovanile nella popolazione di età 4-17 anni.

Adalimumab, da solo o in combinazione con methotrexate, è ora indicato come trattamento per le artriti idiopatiche giovanili poliarticolari in quei bambini e ragazzi che non hanno avuto una risposta adeguata ad altri trattamenti anti-reumatici. In marzo il CHMP ha approvato sildenafil (*Revatio*) per il trattamento di pazienti di età compresa tra 1 e 17 anni con ipertensione arteriosa polmonare. L'efficacia in termini di miglioramento delle capacità polmonari o di emodinamica polmonare è stata documentata nella ipertensione polmonare primaria e nella ipertensione polmonare associata ad anomalie cardiache congenite.

(http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Summary_of_opinion/human/000481/WC500102202.pdf). (http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Summary_of_opinion/human/000638/WC500103868.pdf)

Libri: occasioni per una

Una guida per i pediatri



**Giacomo Stella,
Enrico Savelli,
Daniela Gallo,
Mauro Mancino**
*Dislessia evolutiva
in pediatria.*
Guida all'identificazione
precoce
Erickson edizioni, 2010
pp. 125, euro 25

Finalmente un libro diretto esclusivamente ai pediatri con l'obiettivo di offrire le conoscenze e gli strumenti operativi per riconoscere il più precocemente possibile i bambini che sono a rischio di presentare, in età scolare, un disturbo specifico dell'apprendimento.

La ricerca scientifica degli ultimi anni ha messo in evidenza la stretta correlazione che esiste tra il disturbo specifico del linguaggio e il disturbo specifico dell'apprendimento. Vengono presentati lo sviluppo linguistico e i disturbi del linguaggio in modo da consentire al pediatra di interpretare il più precocemente possibile i segnali di sviluppo ritardato o atipico. Soprattutto il disturbo fonologico del linguaggio predice un successivo disturbo specifico dell'apprendimento.

Vengono quindi presentate le principali fasi dello sviluppo fonologico, dalla comparsa della lallazione canonica, intorno ai sei mesi, costituita dalla replicazione della sillaba piana, fino alla comparsa della sillaba complessa che avviene intorno ai 3 anni di età.

Il pediatra deve porre particolare attenzione allo sviluppo del linguaggio fin dalle prime fasi al fine di inviare allo specialista, non più tardi del compimento del terzo anno di età, il bambino che presenta un ritardo del linguaggio.

L'invio precoce consente l'inizio precoce della rieducazione riabilitativa (o meglio abilitativa) logopedica. Dopo un inquadramento nosografico, diagnostico e terapeutico del disturbo specifico del linguaggio e del disturbo specifico dell'apprendimento, gli Autori propongono tre test di facile somministrazione (un questionario del linguaggio per i genitori, una prova di ripetizione di parole, una

prova di denominazione di colori) che possono essere utilizzati dal pediatra per verificare l'adeguatezza dello sviluppo linguistico del bambino fino a 5 anni di età.

Anche se il disturbo di letto-scrittura persiste nella maggioranza dei casi persino in età adulta, sul piano prognostico esso tende a migliorare, soprattutto se il trattamento abilitativo/riabilitativo inizia in età precoce, quando già il bambino presenta un disturbo del linguaggio.

Angelo Spataro

L'antica Romagna alla ricerca della salute



**Giancarlo Cerasoli,
Brunella Garavini**
Guarì Guardòss
Riti e rimedi
della medicina
popolare in Romagna
La Mandragora, 2010
pp. 382, euro 18

Diciamo subito che il titolo *Guarì Guardòss* (guarisca la pelle e l'osso) è l'inizio di una filastrocca che le madri recitavano, o cantavano, ai loro bambini per consolarli quando si erano prodotti qualche ferita o contusione. Oggi la letteratura di NpL ci dice che la voce della madre fa passare il dolore all'istante.

Si tratta di un volume dal taglio enciclopedico in cui gli Autori (i coniugi Cerasoli) hanno raccolto tutto ciò che si poteva trovare sulla medicina popolare romagnola e sui suoi tentativi di difendere la salute fisica e mentale della popolazione. Le notizie sono state raccolte longitudinalmente in grossi capitoli classificativi che partono dal prenatale (gravidanza, parto e poi allattamento), passano per la prevenzione e le prime cure del neonato, per arrivare alle malattie del bambino e procedere fino alla patologia dell'intero ciclo della vita. È straordinario accorgersi dell'attenzione con cui la medicina

popolare ha cercato di coprire con i suoi rimedi ogni possibile affezione e ogni problema di salute. Nulla, insomma, di ciò che attualmente affolla gli ambulatori, comprese le malattie inventate e forse di origine magica come il malocchio e la caduta dell'anima, nasce oggi. Al contrario ha sempre fatto parte dell'antropologia: dalla calvizie al seno piccolo, dalla sudorazione eccessiva alla balbuzie, alle lentiggini, all'impotenza e alla sterilità, al mancino e alla stitichezza. Che lo stigmatizzato "banale quotidiano" abbia preceduto la gratuità delle prestazioni? Per ognuno di questi problemi la medicina popolare ha escogitato un suo rimedio; né le soluzioni della medicina ufficiale del tempo potevano molto di più. Tutto questo può forse oggi muovere all'ironia o più propriamente, per chi scrive, alla meraviglia, ma gli Autori di questo lavoro colossale, nelle sue 382 pagine, tutto raccolgono con la puntuale serietà degli studiosi senza fornire interpretazioni dei comportamenti, ma solo per fare conoscere le tradizioni popolari di una piccola terra con un suo dialettolinguaggio nel quale le tradizioni sono state conservate.

La rilevazione delle fonti ha, quindi, un carattere squisitamente scientifico, accresciuto dalla contestualizzazione della fonte da cui le notizie sono state ricavate: ci sono 60 pagine di note e 17 di bibliografia. Il tratto enciclopedico del volume non consente naturalmente una lettura lineare, ma lo riserva alla consultazione delle singole voci a mano a mano che la curiosità del lettore cresce.

Giancarlo Biasini

Le basi biologiche delle attività musicali



Simone Dalla Bella et al.
*The Neurosciences
and Music II.*
Disorders and Plasticity
Annals of The
New York Academy
of Sciences, volume 1169,
Blackwell, Boston 2009
pp. 569, \$ 150,00

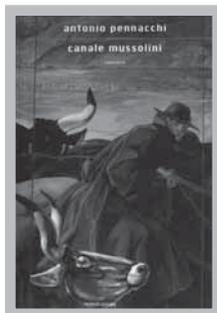
buona lettura

Il volume contiene una selezione di contributi presentati al terzo Congresso "Neuroscienze e musica" promosso dalla Fondazione Mariani, che si è tenuto nel giugno 2008 all'Università McGill di Montreal. Il titolo del convegno, "Disordini e plasticità", riassume il filo conduttore dei diversi interventi che indagano il modo in cui le funzioni musicali dipendono dall'attività e dalla struttura del cervello e al tempo stesso le modificano. In questo ambito diverse ricerche si propongono di suggerire alcune possibili relazioni fra le scoperte della ricerca di base e le loro applicazioni in campo clinico, nella riabilitazione e nella terapia di malattie come l'Alzheimer o nel trattamento di disordini cognitivi. Il testo, non di facile lettura, si rivolge in primo luogo a studiosi e ricercatori in campo neurologico, ma può essere utile anche a musicoterapeuti e insegnanti che vogliono aggiornarsi sulle ultime acquisizioni in questo settore e ricevere indicazioni e spunti per nuove strategie di intervento. Ogni contributo presenta un *abstract* e un paragrafo sintetico di conclusioni, che permettono una rapida consultazione dei temi e dei risultati delle ricerche.

Gli studi chiariscono le basi biologiche dell'attività musicale, cioè la presenza di aree specificamente preposte ad alcune funzioni. D'altro canto emerge con evidenza in tutti gli aspetti affrontati (ritmo, intonazione, memoria, rapporto musica-emozioni ecc.) che le esperienze con la musica attivano sempre reti neurali complesse, le quali di volta in volta coinvolgono diverse aree non solo corticali (motorie, linguistiche ecc.), ma anche subcorticali e limbiche, confermando l'intuizione empirica che uno dei punti di forza della musica risieda proprio nella sua capacità di connettere il piano cognitivo con quello affettivo e motorio. Una tale complessità neurale non può che avere influenze rilevanti sulla plasticità cerebrale: diversi studi, con implicazioni evidenti sia sul piano educativo che terapeutico, sottolineano come l'attività musicale sistematica produca modifiche sostanziali nel funzionamento cerebrale, creando attivazioni più ampie e connessioni più stabili fra le diverse aree.

Anna Maria Freschi
(da "Musica Domani")

L'epopea dei contadini del Polesine



Antonio Pennacchi
Canale Mussolini

Mondadori, 2010
pp. 460, euro 18

Vi segnalo un libro che probabilmente non ha bisogno di ulteriore pubblicità, visto che il successo è stato sia di critica (vincitore del Premio Strega e secondo classificato nel Campiello 2010) che di pubblico, ma è stato anche il libro che più mi ha intrigato lo scorso anno. Antonio Pennacchi ha una storia personale a dir poco controversa, sicuramente molto originale nel panorama degli scrittori italiani.

La sua biografia politica è iniziata da giovane nelle file del Movimento Sociale Italiano, da cui viene successivamente espulso per passare nelle file dell'estrema sinistra, ai tempi del '68. Inizia a lavorare alla *Fulgocavi* ora *Alcatel* di Latina e la sua esperienza operaia durerà trent'anni. Transita negli anni '70 per il PSI e la CGIL (da cui viene espulso, e due!), poi per il PCI e di nuovo per la CGIL (con successiva nuova espulsione, e tre!). Lascia finalmente la politica (anche se mantiene tuttora un ruolo molto critico e originale all'interno della sinistra italiana) e si laurea in Lettere, sfruttando un periodo di cassa integrazione in fabbrica (i compagni di lavoro contribuiranno economicamente ai suoi studi). Fra i suoi precedenti libri è da ricordare l'autobiografico *Il fasciocomunista*, da cui è stato tratto il film *Mio fratello è figlio unico*, che ha ricevuto grande successo al botteghino e un premio speciale a Cannes (ma naturalmente Pennacchi ha molto polemizzato col regista). Veniamo a *Canale Mussolini*, che l'Autore definisce "l'opera per la quale sono venuto al mondo".

Il libro, anche questo autobiografico, ha l'ampio respiro dei grandi romanzi epici. Racconta un pezzettino di storia italiana

«Pertanto eccoti questo libretto, quale che sia la sua ampiezza e il suo valore: ma esso, vergine che mi proteggi, possa rimanere in vita per più di una sola generazione».

Catullo, *Liber Carmen* 1

fra le due guerre, quando Mussolini intraprese la bonifica dell'Agro Pontino e favorì l'esodo verso quelle terre di contadini provenienti dalle zone più povere del Nord e di ex combattenti, delusi dalla cattiva accoglienza dell'opinione pubblica alla fine della prima guerra mondiale e assolutamente privi di prospettive di vita e di lavoro.

Mussolini concesse loro le terre, dopo averle strappate ai latifondisti. Spinte da promesse e speranze, masse di poveri contadini fittavoli e mezzadri, dal Polesine, dal Ferrarese, come la famiglia Peruzzi, di cui si raccontano le gesta, dal Trevigiano e dal Friuli, si stabilirono in quella zona paludosa e malarica e iniziarono a lavorare con accanimento e sudore le terre, a costruire villaggi e paesi dove si continuava a parlare in veneto e a vivere come nel Polesano e naturalmente a costruire il "canale Mussolini", oggi canale delle acque alte, fulcro della faticosa e difficile bonifica di quelle terre. Pur parlando delle cose di tutti i giorni di questa povera famiglia contadina, Pennacchi riesce a ripercorrere la storia di un pezzettino (anzi due) dell'Italia del periodo fra le due guerre, durante il controverso trentennio fascista. Mussolini diede un lavoro e un posto dove vivere decorosamente a migliaia di persone, ai contadini che vennero a vivere nell'Agro Pontino che altrimenti avrebbero patito la fame e di questo gli furono riconoscenti. In quel frangente si comportò da vero socialista, ma poi si sa come andarono le cose...

Un'ultima considerazione. Alcuni dialoghi del libro sono scritti in dialetto veneto dell'epoca e questo naturalmente ne facilita la lettura per chi conosce il dialetto e mette in difficoltà gli altri. Potrebbe essere un'opportunità per chi veneto non è: non abbiamo anche noi imparato il siciliano leggendo Camilleri? Ci sono alcune pagine esilaranti nella loro tragicità, come il dialogo tra Mussolini e Hitler, sempre in dialetto veneto, perché raccontate dai membri della famiglia Peruzzi. Immergetevi perciò in questa storia un po' bucolica e molte situazioni vi faranno rievocare le storie dei vostri nonni; vedrete poi che le pagine del libro scorreranno via anche troppo velocemente.

Fabrizio Fusco

Somewhere. Non importa dove

Italo Spada
Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

Da qualche parte. Non importa *dove*. Probabilmente non importa neanche *quando* e *perché* un uomo decida di scendere dalla sua auto di lusso e di incamminarsi a piedi.

Importa, invece, che quest'uomo si fermi – non per un guasto dell'auto, ma per sua volontà – e riprenda a sorridere. Girare a vuoto, affrettarsi, fermarsi, passeggiare: è in questi movimenti che si riassume *Somewhere*, quarto film di Sofia Coppola, storia di un rapporto provvisorio tra un padre e una figlia undicenne.

Johnny Marco è un attore di successo che vive a Hollywood in un appartamento del leggendario hotel *Chateau Marmont*, quello stesso in cui morì John Belushi per overdose di cocaina ed eroina. La droga di Johnny è più sottile: spettacoli erotici a esclusivo uso e consumo, sms di noiose fans, party con avventure amorose “usa e getta”, apatia distruttiva, corse senza meta sulla lussuosa Ferrari. Ha avuto una moglie, ma la loro relazione è finita da tempo.

Ha anche una figlia, Cleo, che un giorno piomba da lui per un breve periodo e gli impone una mini rivisitazione del ritmo quotidiano. Videogiochi, viaggi, un'incursione in Italia alla serata dei Telegatti, ping-pong, partite a carte, hotel di lusso, nuotate in piscina, tintarella al sole. Nessuna rivoluzione nella vita del divo, ma progressiva presa di coscienza di un lavoro trita-sentimenti che gli ha fatto trascurare i doveri di padre.

La parentesi si chiude con la partenza di Cleo per il campeggio. È allora che Johnny sente il bisogno di chiedere scusa a sua figlia. Ma la ragazzina è già in macchina, sta per allontanarsi da lui ancora una volta e non sente le sue parole. Non molto, ma qualche piccolo cambiamento è avvenuto. Johnny non gira più a vuoto e al circuito preferisce la strada, all'eb-

brezza della velocità il gusto della passeggiata. Film di introspezione, scarnificato nei gesti e nelle parole, *Somewhere* rivela il chiaro intento della Coppola: comunicare il senso di vuoto che pervade lo star-system.

A che pro sacrificare gli affetti più cari sull'altare del successo? Vale la pena trascurare i rapporti con una figlia per la gioia (e la noia) di ore passate a stringere mani, sorridere, firmare autografi, rilasciare interviste, sottoporsi al trucco, ritirare premi, vivere avventure fugaci? Sofia Coppola conosce bene sia gli alberghi (“Praticamente negli alberghi ci sono cresciuta”, dice) che il mondo del cinema: ambienti dove non è possibile mettere radici. Non li condanna, ma li presenta come posti senza vita, cattedrali di cartone.

La contrapposizione è netta: da una parte la seduzione di una performance di lap dance, dall'altra il pattinaggio grazioso di una figlia. Con la totale assenza di gara tra il mondo del cinema e la vita, tra la maschera e il volto, tra lo show del Telegatto e le piroette di Cleo. Per la sua indagine all'interno dell'animo umano la regista si serve di lunghi silenzi, inquadrature fisse, insistita ripetitività di sequenze. Sembra ispirarsi più all'incomunicabilità di Antonioni che alla frenesia del celeberrimo padre.

A scapito, ovviamente, del ritmo. *Somewhere* non è *Lost in Translation* e la pazienza degli spettatori viene messa a dura prova. Con il passare dei minuti si stenta a trattenere la tentazione di qualche sbadiglio e più che meditare sull'insipida vita di Johnny si cerca di andare con la fantasia da qualche altra parte; *somewhere*, per l'appunto. Si opta, allora, per la dolcissima Elle Fanning nei panni di Cleo e si riflette sulla tristezza dei figli dei vip. Poveri piccoli! Sballottati come pacchi postali da un hotel all'altro, trascinati dai genitori come trolley, attendono i giorni del campeggio per sentirsi normali. Scattano altri paragoni.

Vengono in mente i figli di genitori normali, con giochi non elettronici, piccoli spostamenti su utilitarie di seconda mano, viaggi nelle campagne vicino casa, estati senza piscine ma con l'intero mare a disposizione.

Anche tra l'infanzia di Cleo e la nostra non esiste partita.



Somewhere

Regia: Sofia Coppola
Con: Stephen Dorff, Elle Fanning, Chris Pontius, Michelle Monaghan, Laura Ramsey, Jo Champa, Laura Chiatti, Robert Schwartzman
USA 2010
Durata: 98'

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

In Lombardia un nuovo sindacato di pediatri di famiglia

Intervista a cura della redazione di *Quaderni acp*

Abbiamo letto sulla stampa una polemica circa la nascita in Lombardia di un nuovo sindacato di pediatri di famiglia già aderenti alla FIMP: la SIMPeF. Ne è stato sottolineato il limite di essere sindacato regionale. Siamo stati incuriositi da questa "novità" e abbiamo chiesto al segretario Rinaldo Missaglia le ragioni di questa iniziativa e dei suoi limiti.

Dunque, Missaglia, perché nasce questo sindacato?

Si è trattato di una decisione sofferta perché siamo consapevoli di quanto dobbiamo alla FIMP. Ha rappresentato, infatti, la nostra "casa" e il sindacato che, con fatica e intelligenza dei tanti dirigenti che si sono succeduti, ha creato, quasi dal nulla, una professione di cui tutti noi Pediatri di Famiglia (PdF) andiamo orgogliosi. Da tempo però era manifesto un crescente disagio verso la politica sindacale della FIMP con una dirigenza nazionale, sottoposta all'influenza di consulenti che pediatri non sono, a parole favorevole alle proposte di riorganizzazione centrata sulla valorizzazione delle autonomie regionali ma, nei fatti, mai propositiva nell'affrontare scelte di assistenza diverse, in grado di elaborare progetti per le regioni con maggiori difficoltà. Un sindacato moderno non può subire passivamente il cambiamento; deve cercare di indirizzarlo verso opportunità di miglioramento della condizione professionale, investendo risorse in tale direzione. Da oltre un decennio, in Lombardia, la nostra politica sindacale ha avuto come obiettivo la realizzazione di accordi integrativi regionali tesi a valorizzare e favorire lo sviluppo qualitativo della pediatria territoriale. Gli accordi hanno spaziato dalla prevenzione, col Progetto Salute Infanzia e le relative visite a età filtro, all'introduzione di un self-help diagnostico ampio e senza tetti di spesa per una più appropriata gestione della patologia acuta, all'introduzione dei bilanci di salute al malato cronico per favorire una maggiore presa in carico diretta di questi pazienti, alla possibilità per tutti i PdF di organizzarsi in forme associative oltre i limiti percentuali stabiliti dall'ACN, alla valorizzazione del sistema informativo di gestione dell'attività ambulatoriale tramite il SISS, e infine alla rimodulazione della

quota capitaria con la valorizzazione dell'età di esclusiva. Accordi che hanno rappresentato le maggiori innovazioni introdotte nell'intero panorama italiano, tanto da essere presi in buona parte a modello della stessa contrattazione nazionale. Dietro questo lungo lavoro vi è la chiara percezione che in sanità il valore di un professionista si stabilisce per quello che sa fare e per quello che sa essere e non per il ruolo che riveste. È perciò indispensabile che il sindacato sappia spendersi perché obiettivi di salute e strumenti per raggiungerli riguardino il reale benessere dei bambini e valorizzino la responsabilità messa in campo dal PdF.

Ma questo non lo si poteva ottenere operando, a livello regionale, anche dentro la FIMP?

Paradossalmente la nostra uscita nasce proprio dalla difesa della storia della FIMP che, in passato, ha saputo prendere coscienza dei problemi assistenziali dell'infanzia e ha portato allo sviluppo e alla strutturazione dell'attuale professione. L'attuale dirigenza nazionale, da anni, è cristallizzata sulla semplice difesa dello *status quo*. Ciò ha portato a una frattura insanabile che, cresciuta negli anni, si è consumata in pochi mesi. E ci ha portato a considerare di poter più utilmente favorire il cambiamento da una posizione esterna.

Il sindacato nasce in Lombardia. Perché qui? E su quali proposte?

Perché qui pratichiamo da tempo le proposte che abbiamo cercato di suggerire a livello nazionale. In Lombardia il Governo clinico è stato definito, con la Regione, in tre cardini: il Progetto Salute Infanzia per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione, i bilanci di salute al malato cronico come supporto al pediatra per assistere al meglio i bambini con patologia cronica e il self-help per l'assistenza al paziente con patologia acuta che afferisce allo studio medico. Tutto con la responsabilizzazione dei PdF: che non sono stati obbligati alle

norme contrattuali, ma hanno potuto accettare con una adesione volontaria, ovviamente incentivata, le indicazioni previste dai contratti. Il motto che ci ha guidato è: i compiti e le funzioni previste dai contratti sono "un'opportunità per tutti e un obbligo per nessuno".

Solo norme contrattuali quindi sono alla base della vostra iniziativa?

Non solo in verità. C'è da tempo un grave malessere tra i PdF lombardi per la cosiddetta "questione morale", che ha investito la dirigenza nazionale FIMP. Buona parte dell'impegno profuso negli ultimi tempi in FIMP ha riguardato settori che poco hanno di sindacale. Sono stati rivolti ad attività commerciali (che hanno comportato per gli iscritti una sofferenza anche economica), alla dissennata commercializzazione dell'immagine FIMP, e anche ad accreditamenti presso i "politici" di turno che, anziché comportare un sostegno per il sindacato, hanno costituito un vantaggio economico per "altri da noi".

Abbiamo letto che avete in qualche modo manipolato la volontà dei vecchi iscritti alla FIMP

È vero il contrario. La nostra base incalzava le dirigenze provinciali e regionale a una presa di distanza concreta dalle politiche nazionali. Alla fine si è preso atto della volontà degli iscritti. Lo dimostra il fatto che in soli 2 mesi circa 800 dei 931 iscritti FIMP delle province lombarde hanno trasferito la propria delega a SiMPeF con richiesta individuale alle ASL di pertinenza.

Si dice che siete finiti in un vicolo cieco; che non potrete partecipare ai tavoli delle trattative sindacali

Abbiamo stipulato con CIPE un patto federativo per acquisire il secondo dei requisiti previsti per l'accreditamento ai tavoli contrattuali. Nel primo, che consiste in un numero minimo di deleghe

Per corrispondenza:
e-mail: redazione@quaderniacp.it

subito raggiunto e presto di gran lunga superato, mancava il requisito della firma di un precedente ACN che attraverso CIPE abbiamo acquisito.

Non bastano i numeri. Oltre a raggiungere un buon accordo regionale dovete preparare una piattaforma nazionale da spendere nelle trattative

Si tratta di una sfida, lo sappiamo. La congiuntura presenta molte difficoltà per soddisfare una richiesta di investire risorse aggiuntive per la stipula di accordi innovativi. Seguiremo la consolidata prassi di puntare sui temi legati al Governo clinico. Cercheremo di rendere sistematico il modello delle forme organizzative della PdF e svincolare dai tetti di spesa l'opportunità di dotarsi dell'opera di personale di studio anche ai fini di potenziare la cosiddetta "pediatria di iniziativa", fatta di richiami attivi per le visite previste dal Progetto Salute Infanzia già da tempo allargate alle età adolescenziali, oltre che le visite per l'assistenza ambulatoriale al bambino con patologia cronica. Cercheremo di consolidare l'utilizzo delle "prestazioni di particolare impegno", sia storiche sia di recente introduzione. Rinoveremo nei contenuti il Progetto SISS affrontando i temi legati al fascicolo sanitario elettronico, al documento di sintesi clinica e alla ricetta elettronica. Contiamo di dichiararci disponibili a proseguire il "progetto 0-5 anni" per garantire, anche a fronte di un surplus di impegno professionale, a ogni bambino lombardo in età pediatrica il proprio PdF. Il tutto senza mai obbligare singolarmente nessuno dei PdF, ma garantendo il servizio come categoria. Per quanto riguarda la contrattazione a livello nazionale, pur avendo idee precise sulle strategie sindacali da tenere, riteniamo il tema di non stretta attualità stante l'ipotesi di blocco dei contratti del pubblico impiego che, per trascinarsi, riguarderà presumibilmente anche le convenzioni per i prossimi anni.

Avete criticato la FIMP per certe attività "commerciali". Il vostro sindacato come si sostiene?

La trattenuta sindacale è la nostra unica fonte finanziaria. È prevista in misura

ridotta rispetto a quella praticata in altre regioni. Lo statuto prevede che i proventi derivanti dalle trattenute dei singoli iscritti rimangano a disposizione delle rispettive segreterie di appartenenza anche in caso di affiliazioni di organizzazioni generatesi in altre regioni.

Sempre rispetto alla FIMP, come regolerete i rapporti con l'industria ad altri sponsor?

Trasparenti pratiche di sostegno finanziario o logistico in occasione di eventi formativi o congressuali ci sembrano praticabili sempre che non contrastino con le norme vigenti o, per aggiunta, con la sensibilità degli iscritti o dei partecipanti all'evento. Proprio per una delle ragioni della nostra nascita, siamo attenti a evitare la commistione tra logo, immagine e attività di SiMPeF con pur legittimi interessi commerciali di chicchessia.

Vivrete in un mondo pediatrico denso di sindacati, società, associazioni. Vivrete soli o vi contaminerete?

Più che con le Società abbiamo ottimi rapporti di collaborazione con le persone che le rappresentano. La stima reciproca è il miglior viatico per puntare ai comuni obiettivi pur da esperienze e competenze diverse. Un esempio è la ormai lunga collaborazione con le persone che operano nell'ACP Milano. Il loro stimolo ci ha visto produrre indagini di indubbio interesse scientifico che abbiamo utilizzato a livello sindacale per contrattualizzarle con qualche beneficio economico. Un esempio che ci sembra di grande interesse. Lo stesso è avvenuto col sostegno ideale che anche la SIP ci ha offerto per la titolarità assistenziale della pediatria sull'età adolescenziale che si è tradotta in un potenziamento del nostro Progetto Salute Infanzia con l'introduzione di due nuovi bilanci di salute con test di intercettazione delle problematiche cliniche e comportamentali proprie di quell'età. La parola che da un po' di tempo circola negli ambienti amministrativi della sanità è "rete assistenziale" tra i vari attori che si occupano della salute del bambino e dell'adolescente. È obbligatorio pensare che cercheremo di coltivare buoni rapporti con chi rappresenta il variegato mondo dell'assistenza pediatrica. ♦

ENBe

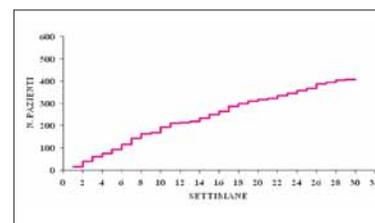
Efficacia del beclometasone versus placebo nella profilassi del wheezing virale in età prescolare

Lo stato dell'arte

Al termine della 30^a settimana della fase attiva dello studio clinico controllato randomizzato verso placebo, che vuole valutare sicurezza ed efficacia di impiego del beclometasone nella prevenzione del wheezing in bambini con infezioni virali delle vie aeree superiori, sono stati visitati 1140 bambini.

Ne sono stati arruolati nello studio 409 (35,8%). Il dato è aggiornato a domenica 8 maggio 2011. Dei bambini arruolati, 253 sono maschi e 156 femmine; età media: 2,5 anni.

CURVA CUMULATIVA DELL'ARRUOLAMENTO



Ogni pediatra ha arruolato in media 11,6 bambini (mediana 12). Età media: 2,5 anni.

Dodici pediatri hanno terminato l'arruolamento dei pazienti assegnati.

Biblioteche: sezioni o servizi bibliotecari per bambini e ragazzi

Giovanna Malgaroli
 Coordinamento nazionale "Nati per Leggere"

Abstract

Childrens' public libraries: libraries' sections or services

Normally library services for children are part of public libraries. Data has been collected regarding the diffusion of public libraries with sections or services for children. The data collected emphasizes a greater diffusion of libraries in Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige and Sardinia where there is a particular interest of provinces and regions in regard to public reading services.

Quaderni acp 2011; 18(3): 135-138

Key words *Libraries. Italian Association of Librarians. Services. Children libraries*

I servizi bibliotecari per bambini e ragazzi sono generalmente un'articolazione delle biblioteche pubbliche. Una rilevazione che ha coinvolto gli uffici regionali competenti e le sezioni regionali dell'AIB ha raccolto i dati sulla diffusione delle biblioteche pubbliche che dispongono di libri per bambini e ragazzi. Questo è il livello minimo di servizio loro destinato. I dati raccolti evidenziano una maggiore presenza dei servizi in Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Sardegna, dove è particolarmente significativa l'attività delle regioni o delle province (Bolzano e Trento) nei confronti dei servizi di pubblica lettura.

Parole chiave *Biblioteche. Associazione italiana biblioteche. Servizi. Biblioteche per bambini*

La biblioteca per bambini e ragazzi va ricompresa tra i servizi offerti dalla biblioteca pubblica, ossia un'organizzazione istituita, sostenuta e finanziata dalla comunità, tramite l'amministrazione locale, regionale o nazionale, oppure tramite altre forme di organizzazione collettiva. La biblioteca fornisce l'accesso alla conoscenza, all'informazione e alle opere dell'immaginazione tramite una gamma di risorse e di servizi ed è aperta a tutti i membri della comunità senza distinzione di razza, nazionalità, età, genere, religione, lingua, disabilità, condizione economica e lavorativa e grado di istruzione [1].

Rispondendo alla lettera di un lettore di *Quaderni acp* ci sembra più opportuno parlare di servizi bibliotecari per bambini e ragazzi piuttosto che di biblioteche per ragazzi e sezioni ragazzi. I servizi bibliotecari per bambini e ragazzi in generale coincidono con le sezioni per bambini e ragazzi delle biblioteche pubbliche, ma potrebbero concretizzarsi anche in servizi mobili (bibliobus).

La cosa importante è che i bambini possano incontrare facilmente e frequentemente libri, proposte di lettura e luoghi

pensati per loro come le biblioteche pubbliche o le loro estensioni (punti di prestito e spazi per la lettura presso scuole, ospedali, supermercati o servizi mobili). Come sostiene infatti Romano Vecchiet, la biblioteca per bambini e ragazzi non può che essere una parte della biblioteca pubblica, della quale condivide le principali caratteristiche: la generalità di pubblico e risorse, la gratuità dei servizi offerti e la contemporaneità dei servizi e delle raccolte [2].

Le biblioteche per ragazzi, in senso stretto, costituiscono invece un'eccezione e sono da considerarsi servizi d'eccellenza spesso con motivazioni che vanno oltre la soddisfazione dei bisogni di informazione e lettura dei bambini e dei ragazzi. Svolgono infatti una funzione di centri di documentazione sui libri e sulla lettura per l'infanzia, la Biblioteca centrale ragazzi di Roma, la Biblioteca De Amicis di Genova e Villa Montalvo di Campi Bisenzio.

Le biblioteche specializzate per bambini e ragazzi

Senza la pretesa di essere esaustivi, di seguito cercheremo di fornire qualche notizia sulle principali, e non su tutte,

biblioteche specializzate che hanno contribuito a creare l'identità della biblioteca per ragazzi nel nostro Paese.

Genova - La *Biblioteca Internazionale per ragazzi De Amicis*, inaugurata nel 1971, è stata la prima biblioteca specializzata nel settore giovanile in Italia. Fa parte del Sistema Bibliotecario Urbano del Comune di Genova ed è sede del Centro Studi di letteratura giovanile che pubblica la rivista *LG Argomenti*. Offre, in 2200 mq, 180 posti di lettura, 2 postazioni internet, 1 postazione per le ricerche scolastiche in internet, 1 postazione per corsi di lingue, 10 postazioni tra ascolto musica e utilizzo cd rom, 2 postazioni per la visione di vhs e dvd, una sala conferenze da 80 posti, uno spazio morbido 0-6 anni, tre spazi per i laboratori (legatoria, multimediale, attività espressive), un patrimonio librario di più di 59.000 opere [3].

Roma - La *Biblioteca centrale per ragazzi* nasce alla fine degli anni '80 con una mostra itinerante dedicata alla produzione editoriale per ragazzi "Il Girilibro" e alla costituzione di sezioni per ragazzi nelle biblioteche del sistema. Ospitata dal 1981 al 1984 presso la Biblioteca "A. Rispoli", dal 1987 si trasferisce al primo piano del Palazzetto Specchi. Nel 1998, grazie a un contributo regionale, vengono aperti al pubblico due spazi a pianoterra dello stesso edificio: una bottega interamente dedicata ai più piccoli e una bottega destinata all'illustrazione e al multimediale. Con il progetto della Legge 285 (anni 1999/2000) inizia, parallelamente all'avvio del programma "Nati per Leggere", l'impegno permanente su servizi e attività per la prima infanzia. La promozione di un rapporto attivo con la piccola e media editoria trova la massima visibilità non solo cittadina nell'organizzazione dello Spazio Ragazzi all'interno della Fiera della piccola e media editoria nelle sue nove edizioni dal 2001, con un'area dedicata a "Nati per Leggere". La missione della

Per corrispondenza:
 Giovanna Malgaroli
 e-mail: giovanna.malgaroli@tiscali.it

nati per leggere

biblioteca è oggi offrire ai bambini/ragazzi l'accesso a una selezione rappresentativa della produzione editoriale soprattutto in lingua italiana e alla raccolta multiculturale, agli adulti interessati una selezione rappresentativa dell'evoluzione storica delle letture di bambini/ragazzi insieme agli strumenti su letteratura e letture per ragazzi.

Imola - *Casa Piani Biblioteca Ragazzi*. Inaugurata il 20 gennaio 1990 la Sezione ragazzi della Biblioteca comunale di Imola è situata nel centro storico della città. La Sezione ragazzi era già attiva fin dal 1961 con il nome di Biblioteca Giardino e aveva la sua sede all'interno degli spazi della Biblioteca comunale [4]. La dotazione libraria della Biblioteca Giardino per ragazzi, di circa 9000 volumi, costituisce il Fondo storico della biblioteca ragazzi [4].

Cuneo - La prima sezione di biblioteca destinata ai bambini e ai ragazzi venne aperta nel 1964, al primo piano di Palazzo Audifreddi, dove oggi sono collocati gli uffici della Biblioteca civica. Successivamente il servizio ha subito un paio di spostamenti prima di trovare, nel 1990, la sua collocazione definitiva in via Cacciatori delle Alpi 4 ed essere denominata *Biblioteca dei Bambini e dei Ragazzi di Cuneo*. Un apporto importante nella gestione delle attività di promozione della lettura per bambini e ragazzi è dato dall'*Associazione Amici delle biblioteche e della lettura*. L'ABL è un'associazione che affianca la biblioteca nella gestione delle visite guidate delle scuole, organizza laboratori di lettura per bambini e corsi di aggiornamento per educatori e insegnanti, propone progetti di ricerca con le scuole. Negli ultimi anni, ha dato vita al progetto Adolescenti a sostegno del piacere di leggere tra i ragazzi delle scuole superiori.

I bambini dai 0 ai 6 anni man mano sono diventati sempre più numerosi mentre le scuole elementari e soprattutto medie hanno dimostrato una minore affezione per la biblioteca. Nell'estate 2009 si è dunque reso necessario un ripensamento totale della suddivisione degli spazi e del patrimonio librario della biblioteca. È stata creata, dal punto di vista informatico, una nuova biblioteca con un catalogo on-line (www.librinlinea.it). Tutti i volumi della Biblioteca sono stati ri-cataloga-

ti con nuovi criteri, cercando di privilegiare una divisione per fasce d'età (0-6, 7-10 e 11-14 anni), e all'interno delle medesime una suddivisione tra i vari generi di narrativa e saggistica [5].

Brescia - *La vetrina delle novità* della Provincia di Brescia non è una biblioteca aperta al pubblico generale, ma un servizio di documentazione specializzato in libri per bambini e ragazzi nato nel 1997 con l'obiettivo di acquisire l'intera produzione editoriale italiana per bambini e ragazzi. Il servizio trae origine dalla necessità di supportare le biblioteche della rete provinciale nella selezione e costituzione di raccolte di qualità, favorendo una rapida disponibilità delle notizie catalografiche [6].

Campi Bisenzio (Firenze) - Presso la *Biblioteca di Villa Montalvo*, aperta nel 2002, hanno sede il Servizio di Documentazione Biblioteca Gianni Rodari, con l'archivio dei libri per bambini e ragazzi pubblicati dal 1987 in Italia, e il Centro regionale di servizi per le biblioteche toscane per ragazzi. La Biblioteca promuove la rivista di informazione bibliografica e di orientamento critico *Liber* che, grazie alla collaborazione con la Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze, dal 1995 pubblica la bibliografia nazionale dei libri per ragazzi. Questo insieme di servizi fa della Biblioteca di Villa Montalvo un punto di riferimento nazionale per la lettura, l'analisi dei fenomeni editoriali e letterari relativi al libro per ragazzi, le biblioteche per ragazzi, l'illustrazione per l'infanzia. La Biblioteca offre inoltre numerosi servizi alla locale comunità infantile e giovanile e mette a disposizione del territorio comunale e dei comuni limitrofi un servizio di bibliobus [7].

Monza - La Biblioteca dei Ragazzi *Al segno della luna* nasce nel 2002. Situata nella centralissima piazza Trento e Trieste con una vetrina il cui allestimento cambia ogni mese proponendo un tema diverso, è facilmente raggiungibile coi mezzi pubblici sia da chi abita nelle zone periferiche sia da chi abita nei comuni limitrofi. Con questo trasferimento si è inteso rilanciare un servizio culturale per bambini e ragazzi da 0 a 14 anni che rispondesse non solo alle necessità di informazioni legate allo studio, ma che soprattutto offrisse spazi adatti alle varie fasce d'età dove stimolare l'amore per la

lettura e favorire la crescita di interessi personali privilegiando negli acquisti la scelta di libri di narrativa moderna, materiale multimediale, giochi in scatola, e costituendo uno scaffale di libri in lingue diverse dall'italiano.

Nei suoi 360 mq di superficie la Biblioteca è stata divisa in tre zone contraddistinte da tre colori: giallo per identificare l'area destinata ai più piccoli, arancio per i libri di narrativa e rosso per i libri di divulgazione e consultazione. Dietro al banco prestiti una saletta è riservata alla visione di dvd e videocassette e si trasforma nello spazio dell'Ora del racconto nella giornata del sabato.

Cagliari - La Provincia di Cagliari dal 1999 fino al 2009 ha gestito il *Centro Regionale Documentazione Biblioteche per Ragazzi* che si è occupato di diffondere, costituire e promuovere la sezione ragazzi nelle biblioteche pubbliche della Regione, svolgendo un ruolo molto importante per la crescita professionale dei bibliotecari per ragazzi in Sardegna. Nel mese di ottobre 2009 è stata aperta la *Biblioteca Provinciale Ragazzi*, che rappresenta l'avamposto dei servizi bibliotecari della Provincia di Cagliari.

La biblioteca dispone di una ricca documentazione che spazia dai libri della sezione di "Nati per Leggere" sino a quelli dedicati ai giovani adulti. La sua dotazione e la disponibilità ad accogliere gruppi di scolari in visite guidate sono talmente apprezzate che le visite si susseguono quasi giornalmente. Lo stesso dicasi delle mostre bibliografiche a tema che possono essere richieste dalle biblioteche, dalle scuole, dagli enti pubblici e privati di tutta la Sardegna che operano per la promozione della lettura. La biblioteca ragazzi, oltre a offrire le normali attività di animazione alla lettura, realizza numerosi laboratori rivolti ai piccoli lettori con esperti di letteratura per ragazzi.

I servizi bibliotecari per bambini e ragazzi

I servizi bibliotecari per bambini e ragazzi devono possedere alcuni requisiti essenziali:

- personale competente;
- un'adeguata dotazione di libri e di materiali ritenuti idonei a soddisfare le esigenze di lettura e di informazione dei bambini e dei ragazzi;

TABELLA: BIBLIOTECHE CON SERVIZI PER BAMBINI E RAGAZZI IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE 0-16 ANNI

Regioni	Biblioteche con servizi per bambini e ragazzi	Biblioteche con servizi di pubblica lettura	Bambini e ragazzi residenti (0-16 anni)	Densità biblioteche in rapporto al n. dei bambini/ragazzi (0-16 anni)
Abruzzo	56	89	200.786	3585
Basilicata	25	66	94.159	3766
Calabria	30	110	338.338	11.278
Campania (esclusa Napoli)	136	190	942.956	6934
Napoli*	19	11	178.576	9399
Emilia Romagna	290	462	633.063	2183
Friuli Venezia Giulia	126	161	172.019	1365
Lazio (esclusa Roma)	125	158	472.149	3777
Roma	35	35	420.675	12.019
Liguria	187	205	208.482	1115
Lombardia (esclusa Milano)	1175	1307	1.355.156	1153
Milano	25	25	179.623	7185
Marche	95	135	235.780	2482
Molise	5	136	47.529	9506
Piemonte (esclusa Torino)	350	523	514.525	1470
Torino	14	17	122.046	8718
Puglia	44	64	710.185	16.141
Sardegna	350	350	238.997	683
Sicilia (esclusa Palermo)	172	335	671.007	3901
Palermo	5	5	230.459	46.092
Toscana	130	260	523.818	4029
Trentino Alto Adige	382	382	184.557	483
Umbria	25	74	129.362	5174
Valle d'Aosta	54	54	19.546	362
Veneto	524	524	778.347	1485
Italia	4379	5678	9.602.140	2193
Media Sud e Isole				11.128
Media Centro-Nord				3533
Media TAA, Valle Aosta, Sardegna				509
Media grandi città				16.682
Popolazione anno 2009: fonte Demolstat.it				

*Il numero di biblioteche con servizi per bambini e ragazzi è maggiore del numero delle biblioteche di pubblica lettura, perché il primo include alcune biblioteche di titolarità diversa da quella pubblica.

– spazi idonei ad accogliere bambini, ragazzi e gli adulti che li accompagnano.

La situazione in Italia

La principale fonte di informazione sulle biblioteche nel nostro Paese è l'*Anagrafe delle biblioteche italiane*,

gestita dall'Istituto Centrale per il Catalogo Unico delle biblioteche italiane e per le informazioni bibliografiche (ICCU) [8].

Trattandosi di un archivio di carattere generale che viene alimentato con il contributo dei titolari delle biblioteche solo a partire dal 2005, al momento contiene un

numero di notizie sulle biblioteche per bambini e ragazzi insufficiente e non rappresentativo della realtà di queste istituzioni.

Le fonti alle quali possiamo ricorrere quindi per conoscere quali sono le biblioteche più attive nei confronti dei giovani lettori sono le seguenti:

- *Annuario Andersen*, pubblicazione che si riceve con l'abbonamento alla rivista *Andersen* dedicata al mondo dell'editoria e dell'educazione [9]. Una sezione dell'annuario è dedicata alle biblioteche che offrono servizi ai bambini e ai ragazzi. L'aggiornamento annuale è affidato agli interessati, cioè ai titolari dei servizi.
- La *Galleria delle biblioteche in Liberweb*: figurano le biblioteche che segnalano alla redazione del sito la propria attività [10]. Le schede possono contenere solo i recapiti o anche l'ampiezza delle raccolte, il numero di prestiti annui e i servizi offerti.
- L'archivio delle *Adesioni a "Nati per Leggere"* è anch'esso alimentato dagli interessati. In questo caso le biblioteche inserite sono quelle particolarmente attive nell'ambito della promozione della lettura in età prescolare [11].

I dati che abbiamo raccolto consultando le sezioni regionali dell'AIB e gli uffici regionali competenti e che abbiamo riportato in *tabella* non sono del tutto omogenei e nulla ci dicono della qualità e dell'articolazione dei servizi.

In Emilia-Romagna e Toscana sono state invece realizzate apposite indagini relative ai servizi bibliotecari per bambini e ragazzi [12].

L'indagine curata dal Centro regionale di servizi per le biblioteche per ragazzi toscane nel 2005 ha raccolto alcuni dati quantitativi (popolazione, utenza, libri posseduti e acquistati, prestiti, ore settimanali e giorni di apertura all'anno), elaborandone i relativi indicatori di vitalità ed efficacia con esito molto più favorevole per i servizi a bambini e ragazzi rispetto a quelli per adulti. Sono stati inoltre considerati alcuni aspetti qualitativi desunti dall'articolazione dei servizi (spazio o sezione bambini, sala lettura ragazzi, accesso internet, spazio o sezione giovani adulti, sezione audiovisivi, scaffale multiculturale, sezione multimediale, sezione lingue straniere, emeroteca, spazio o sezione educatori, ludoteca o spazio giochi, materiale per non vedenti o ipovedenti) e dal tipo di attività proposta. I servizi più presenti sono la sezione bambini (80%), la sala ragazzi (73,9%), l'accesso a internet (62,3%) e la sezione giovani adulti (56,2%); le attività più frequenti sono le visite guidate in biblioteca

(83,9%), le letture animate (62,3%), gli incontri con autori ed esperti (51,5%).

Il censimento promosso dall'Istituto per i beni artistici, culturali e naturali della Regione Emilia Romagna nel 2006 identifica le 290 biblioteche degli enti locali che hanno una sezione per bambini e ragazzi [13].

I dati relativi ad Abruzzo, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Molise e Puglia sono stati forniti dalle rispettive sezioni regionali AIB. Infine, i dati sulla Calabria sono stati forniti dal Sistema bibliotecario vibonese [14].

L'interpretazione più corretta che possiamo dare all'insieme dei dati esposti in *tabella* è che si dia conto delle biblioteche che hanno anche solo un servizio minimo per bambini e ragazzi che consiste nell'offerta di libri. Il numero in sé nulla ci dice della qualità e della tipologia dei servizi erogati, ma questo ovviamente non significa che in ogni Regione vi siano più o meno numerose biblioteche con servizi articolati e di grande qualità, e queste sono in genere le biblioteche che riscontriamo nei repertori sopraccitati. In ogni caso la ricognizione operata ci consente di evidenziare alcune grandi differenze per non dire disparità evidenti tra le Regioni settentrionali e centrali e quelle meridionali. Una minore presenza di servizi bibliotecari per bambini e ragazzi si ha nelle Regioni meridionali con in media una biblioteca ogni 11.128 bambini/ragazzi mentre nel Centro-Nord ce n'è una ogni 3533 bambini/ragazzi.

Colpisce inoltre l'inadeguatezza dei servizi nelle grandi città, con una biblioteca ogni 16.682 bambini/ragazzi, che accomuna Nord, Centro e Sud, dove l'impianto dei servizi copre spesso in modo insufficiente soprattutto i quartieri più periferici e popolosi.

Tre Regioni a statuto speciale (Sardegna, Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige) hanno una diffusione dei servizi molto capillare (in media una biblioteca ogni 509 bambini/ragazzi) e si caratterizzano inoltre per uno standard di servizio molto elevato, attestato anche da una grande attenzione per la fornitura di servizi, supporto tecnico ed economico agli enti locali impegnati nell'erogazione dei servizi ai cittadini.

Sembrirebbe quindi esserci uno stretto rapporto tra maggiore densità di servizi e

maggiore qualità degli stessi. In realtà la minore densità di biblioteche potrebbe essere compensata da servizi centrali più articolati e strutturati in grado di raggiungere anche la popolazione più decentrata, ma proprio la carenza di grandi servizi bibliotecari metropolitani è uno dei punti di maggiore debolezza del sistema bibliotecario italiano.

Un altro elemento di riflessione riguarda la differenza tra le biblioteche dotate di servizi per bambini e ragazzi e il numero complessivo delle biblioteche pubbliche che dovrebbero tutte fornire un servizio rispondente ai bisogni di grandi e piccoli. Prevale infatti tuttora in numerose biblioteche di ente locale la funzione di conservazione di patrimoni storici a scapito del ruolo di servizio pubblico locale. ♦

Non conflitti di interesse da parte dell'Autore.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione e le informazioni fornite: Letizia Tarantello (Biblioteca centrale ragazzi di Roma), Biblioteca civica di Cuneo, Paola Anna Ruffino (Biblioteca dei ragazzi al Segno della luna di Monza), Salvatore Melis (Biblioteca provinciale di Cagliari), Gilberto Florianini (Sistema bibliotecario vibonese).

Bibliografia

- [1] Il servizio bibliotecario pubblico: linee-guida IFLA/Unesco per lo sviluppo. AIB, 2002:19.
- [2] Vecchiet R. L'identità della biblioteca per ragazzi. AIB Notizie, 2003;3:3-4.
- [3] <http://www.comune.genova.it>.
- [4] <http://casapiani.comune.imola.bo.it/documenti/8392/86/117>.
- [5] <http://www.casapiani.comune.imola.bo.it/documenti/8370/86/117>.
- [6] <http://rbb.provincia.brescia.it/portal/page/portal/rbb/informazioniServizi/laVetrina>.
- [7] <http://www.comune.campi-bisenzio.fi.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/242>.
- [8] <http://anagrafe.iccu.sbn.it/index.html>.
- [9] <http://www.andersen.it/abbonarsi.php?ID=2>.
- [10] http://www.liberweb.it/modulo_ricerca_biblioteche.html.
- [11] <http://www.natiperleggere.it/index.php?id=13>.
- [12] <http://www.ibr.regione.emilia-romagna.it/wcm/ibr/menu/dx/02biblioteche.htm>.
- [13] <http://www.liberweb.it/CMpro-v-p-21.html>.
- [14] <http://www.ibr.regione.emiliaromagna.it/wcm/ibr/menu/dx/02biblioteche/biblio/ElencoSezioniRagazzi2006.pdf>.

Chi si nasconde dietro le piramidi alimentari per la prima infanzia?

Il 24 febbraio 2011 sono state presentate all'Università "La Sapienza" di Roma le piramidi alimentari per la prima infanzia, definite "la bussola per orientare, con l'aiuto insostituibile dei pediatri, le scelte nutrizionali dei genitori per i propri bambini, nel delicato periodo del svezzamento". Le piramidi sono state sviluppate da alcuni nutrizionisti della stessa università – Andrea Vania e Carlo Cannella, recentemente scomparso – e la presentazione è avvenuta con il patrocinio di ECOG (European Childhood Obesity Group), SIP (Società Italiana di Pediatria), FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri), SINUPE (Società Italiana di Nutrizione Pediatrica), SIPPS (Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale), SIO (Società Italiana dell'Obesità) e SINU (Società Italiana di Nutrizione Umana).

Leggendo i vari comunicati stampa diffusi si è visto che gli indirizzi internet mostrano che le piramidi sono associate al nome della Mellin (gruppo Danone). Nel sito dedicato al Progetto, in seguito ad alcune polemiche sui blog che si occupano di svezzamento, i link www.piramideitaliana.it/pg-af/mellin1.php e www.piramideitaliana.it/pg-af/mellin2.php, sono stati opportunamente sostituiti da indirizzi senza la dicitura Mellin.

A conferma che si è trattato di un'abile, ma non abilmente velata, campagna pubblicitaria, c'è anche un comunicato diffuso da Studio Martignoni Comunicazione Integrata (MCI), visibile all'indirizzo www.studiomartignoni.com/mellin-piramide.htm: "Novembre 2010 - Mellin: il kit della Piramide Alimentare della Prima Infanzia. Mellin sceglie lo Studio Martignoni per sviluppare un Progetto innovativo: la Piramide Alimentare della Prima Infanzia. MCI ha seguito l'ideazione e la realizzazione grafica delle due piramidi, diversificate in base alla fascia di età del bambino, e le ha utilizzate per personalizzare altrettanti block notes/ricettari, uniti in un pratico kit, distribuito ai medici pediatri di tutta Italia. L'im-

portanza del Progetto – è la prima piramide dedicata all'alimentazione infantile – è stata illustrata da Mellin tramite diversi canali e ufficialmente durante il Congresso ECOG tenutosi lo scorso novembre a Bruxelles".

L'ACP insieme a Ibfan Italia, AICPAM, Baby Consumers, Il Melograno, MAMI, La Leche League e a "No grazie pago io" ha chiesto che venga fatta chiarezza su questa paradossale operazione commerciale. Nel comunicato-stampa congiunto si legge: "I genitori hanno il diritto di sapere chi si nasconde dietro al Progetto delle piramidi alimentari per la prima infanzia, perché difficilmente le sponsorizzazioni sono offerte dalle aziende in maniera 'non condizionante': guarda caso, nel modello proposto dalle piramidi per la prima infanzia non mancano riferimenti a omogeneizzati e liofilizzati. In realtà, i cibi industriali non sono affatto indispensabili per alimentare correttamente un bambino: omogeneizzati e pappe pronte non hanno niente di più di un prodotto casalingo, anzi spesso qualcosa in meno: troppi zuccheri, sale, grassi con origine spesso non dichiarata e apporto calorico più elevato dello stesso prodotto fatto in casa.

Per non parlare di un gusto standardizzato, sempre uguale a se stesso che non educa il palato dei bambini ai sapori legati alle stagioni, alla diversa qualità e maturazione dei frutti, al differente tipo di cibo che può essere proposto nella vita quotidiana".

La battaglia per evitare la pubblicità sul DHA nel latte artificiale

L'11 marzo l'ACP aveva inviato a ciascuno dei Membri del Parlamento Europeo (MPE) della Commissione ENVI (Environment, Public Health, Food Safety) una lettera con la quale chiedeva di votare una risoluzione che si opponesse all'autorizzazione di una pubblicità riguardante il presunto beneficio dell'aggiunta del DHA alle formule per lattanti e agli alimenti per l'infanzia sullo sviluppo dell'acuità visiva; la richiesta era motivata dall'assoluta contrarietà a qualsiasi tipo di pubblicità per i sostituti del latte

materno; in più si sottolineava che qualora un ingrediente fosse davvero così importante per la salute di un lattante avrebbe dovuto essere obbligatoriamente aggiunto a tutte le formule, rendendo così inutile qualsiasi tipo di pubblicità.

Il 16 marzo la Commissione ENVI ha votato secondo gli auspici dell'ACP; tuttavia per bloccare definitivamente questa "affermazione di salute" era necessario che anche il Parlamento Europeo si esprimesse in merito. Per tale motivo il 3 aprile l'ACP ha inviato ai 72 MPE italiani una lettera per chiedere di confermare la risoluzione votata dalla Commissione ENVI il cui scopo era "di proteggere il diritto dei genitori e di chi si prende cura dei bambini a ricevere informazioni accurate sulle etichette delle formule usate per l'alimentazione infantile e di bloccare un'affermazione fuorviante riguardante il DHA usato come ingrediente aggiunto nella formula di proseguimento, non esistendo evidenze scientifiche unanimemente accettate sul fatto che l'aggiunta di DHA risulti benefica per la salute e permanendo dubbi sulla sua sicurezza". Sebbene i voti a favore siano stati superiori (328 a 323), la risoluzione non è passata per mancanza della maggioranza assoluta richiesta.

Adesso la battaglia si sposta sulla richiesta che il DHA sia obbligatoriamente aggiunto a tutte le formule, in modo da eliminare l'utilità del claim. La strada sarà lunga ma, speriamo, proficua. ♦

ERRATA CORRIGE

Sul n. 2 di *Quaderni acp* a p. 60 abbiamo scritto per errore "siliramina" invece di "silimarina". Ci scusiamo con i lettori; ribadiamo che il farmaco non serve (*repetita iuvant*).

congressi

Dal diario di Liliana alla storia di Albertino

Nel pomeriggio di giovedì 31 marzo, presso la Facoltà di Psicologia di Cesena, Mirko Capozzoli, giovane regista torinese, è venuto a presentare il suo film documentario sulla storia di Alberto Bonvicini (1958-1991). C'è un motivo se questo incontro sulla storia di Albertino si è tenuto a Cesena per iniziativa della Facoltà di Psicologia e dell'Associazione Culturale Pediatri Romagna. L'occasione è venuta dalla lettura da parte di Francesco Ciotti, Giancarlo Cerasoli e Giancarlo Biasini, di un diario di Liliana Pomi che ci ha lasciato la testimonianza di un momento della sua vita. Liliana Pomi, che tutti in ACP hanno conosciuto, era una donna intelligente, attenta, precisa come la musica che praticava; prendeva le cose sul serio, era capace di impegnarsi a fondo nelle cose in cui credeva. Nel 1969, studentessa universitaria di 24 anni, in preparazione dell'esame di psichiatria poiché, appunto, era abituata a fare le cose sul serio, volle frequentare come interna l'Ospedale psichiatrico di Collegno a Torino, che ospitava fra le mura della vecchia Certosa più di duemila malati mentali. Erano i tempi dell'intenso dibattito che si svolgeva nel paese, e ancor di più negli ospedali psichiatrici e che portò nel 1978 all'approvazione della legge Basaglia. Liliana si trovò nel reparto 12 [*], diretto da un primario illuminato, Enrico Pascal. Annotava nel suo diario lo svolgimento di assemblee, riunioni di reparto fra medici, infermieri, sindacalisti, e – questa era la grande novità – con la partecipazione dei malati. Conoscendo Liliana, si può comprendere come questo mondo l'abbia presa: perché si abbia l'idea di come ne fosse presa si pensi che in nessun altro periodo della vita ha tenuto un diario compatto, giornaliero. Partendo dal diario, raccogliendo indizi, nomi di primari, di infermieri, siamo arrivati alla storia del processo allo psichiatra torinese Giorgio Coda, tenuto nel 1974 e descritto da Alberto Papuzzi nel libro edito da Einaudi nel 1976 e dal titolo *Portami su quello che canta*. Questa era la frase che Giorgio Coda "l'eletttricista" usava per chiedere all'infermiere di portare su il paziente che faceva baccano al fine di punirlo con l'elettrochoc. Tra i pazienti di Collegno sottoposti all'elettrochoc nel 1967 vi è un bambino di 9 anni, Albertino, la cui vicenda viene resa pubblica dall'Associazione per la lotta con-

tro le malattie mentali di Torino e sarà centrale per portare a processo il prof. Coda. La storia di Albertino è esemplare come paradigma di una vita tesa tra una forte resilienza individuale e un ripetuto rischio istituzionale, da una famiglia disgregata che lo lasciava in un porcile, all'orfanotrofio, al manicomio, al carcere minorile, al processo per banda armata quale componente delle squadre armate proletarie. Da queste si distaccherà e il titolo del film (*Fate la storia senza di me*) è la dichiarazione del suo distacco dalle illusioni della lotta armata. Ma finisce comunque in carcere e infine in un percorso di tossicodipendenza che si conclude nel 1991 con la morte per AIDS. In questo percorso le sue foto e le testimonianze dei suoi amici lo descrivono sorridente, allegro affabulatore, sempre sicuro di farcela e di uscire vittorioso anche dall'AIDS, in un tempo ancora senza alcun rimedio per quella malattia. Il gruppo degli amici sembra davvero essere il suo principale fattore protettivo in una vita in cui i coetanei sono i soli di cui fidarsi e gli adulti sono indifferenti quando non sono ostili e comunque completamente incapaci di ascoltare la sua rabbia. In una vita senza padri solo Giuliano Ferrara ed Enrico Deaglio, che per vie traverse lo chiamano a Roma a tentare la carriera giornalistica, sembrano capirlo e accoglierlo. Ma ormai è troppo tardi. Il cerchio si è chiuso. Mirko Capozzoli ha il merito di avere tratto la vita di Albertino dall'oblio e di avere portato alla nostra riflessione questa storia in un documentario teso ed emozionante, per non dimenticare. Non dimenticare Albertino. Non dimenticare Liliana che ce lo ha rivelato. Un passato che è nel nostro presente e che ci indica le emergenze dei nuovi lager del medioevo moderno. Le istituzioni non hanno ascoltato Albertino e spesso continuano a non ascoltare. Di questo hanno discusso alla fine della proiezione i professori Felice Carugati e Patrizia Selleri della Facoltà di Psicologia, Roberto Bosio e Michele Sanza psichiatri, Antonella Brunelli dell'ASL di Cesena, Franca Magnani dei Servizi sociali del Comune di Cesena, Giancarlo Biasini e Franco Mazzini dell'ACP Romagna. Francesco Ciotti ha diretto il dibattito.

Francesco Ciotti

[*] Associazione per la lotta contro le malattie mentali. La fabbrica della follia. Relazione sul manicomio di Torino. Einaudi 1971, 61-3. Si cita anche la presenza di studenti universitari nel reparto 12.

Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori.

Incontro con Patricia Crittenden

Patricia Crittenden, psicologa dello sviluppo, autrice di numerosi contributi sulla teoria dell'attaccamento e sulle metodiche di valutazione della qualità dell'interazione interpersonale, ha studiato l'attaccamento in tutte le culture e in particolare nelle circostanze e nelle condizioni in cui il pericolo è elevato: in Paesi in cui esistono rischi concreti e immediati come stati di guerra, emarginazione, emigrazione, in famiglie con malati mentali, in famiglie maltrattanti, abusanti, in famiglie che appartengono a minoranze e vengono integrate in popolazioni più ampie. Ne è derivato un cambio della visione sull'attaccamento, che vedeva gli studi precedenti focalizzati su quello che accade in una famiglia di media situazione economica, presumibilmente occidentale e anglosassone. Sviluppando le idee dei maestri con i quali ha lavorato e si è formata (J. Bowlby e M. Ainsworth, con cui ha conseguito il dottorato di ricerca), P. Crittenden ha approfondito il concetto per cui le caratteristiche che ciascuno ha nel proprio stile e nei propri comportamenti di attaccamento e strategie di relazione devono essere comprese per la funzione che svolgono nel contesto in cui si sono sviluppate: perché in quel contesto gli esseri umani fanno il loro meglio per adattarsi, per sopravvivere e proteggersi. Dunque non esiste uno stile di attaccamento giusto o sbagliato, positivo o negativo, patologico o non patologico, ma esiste uno stile adattivo/non adattivo. Questo vuol dire che un bambino cresciuto in una situazione di pericolo continuerà, da adulto, a manifestare atteggiamenti che nella situazione infantile di pericolo sono comprensibili e adattivi, ma che in un adulto potrebbero non esserlo. Per capire tutto questo occorre diventare molto competenti nello studio della situazione nella quale questi comportamenti si esprimono, e quindi anche "un po' sociologi e un po' psicologi". Il modello (DMM: Modello Dinamico Maturativo dell'attaccamento) può infatti essere utile per il lavoro professionale in tutte le aree di aiuto: non solo per l'area clinica dove può dare grandi contributi alla psicoterapia, ma anche per il lavoro degli assistenti sociali e degli educatori, e per il lavoro preventivo in medicina di base, fino a influenzare le politiche sociali che riguardano problematiche di ampia portata quali adozione, affido, integrazione delle popolazioni minoritarie. Una chiave di accesso dunque che

controluce

può superare come ampiezza e utilità i modelli clinici abituali e che è stata il filo conduttore di una giornata di studio interdisciplinare organizzata a Brescia il 14 febbraio dalla Cattedra di Psicologia clinica dell'Università. Con grande chiarezza Patricia Crittenden ha illustrato le applicazioni cliniche del DMM, coinvolgendo efficacemente i partecipanti nell'analisi di sequenze filmate sulla qualità dei segnali materni inconsapevoli, non intenzionali, automatici, cruciali per la costruzione della struttura mentale primaria del bambino. Un apprendimento che determina la micro-morfologia e il network neurale della sua intelligenza emotiva, matrice di ogni successivo sviluppo neuropsichico e psicosomatico, e dunque dello sviluppo mentale globale. Un apprendimento condizionato dal tipo di comunicazione e relazione del bambino con i suoi caregivers, con effetti positivi o negativi, a seconda delle capacità strutturali o destrutturanti e confusive di ciò che intercorre nel dialogo.

Essere in grado di vedere e rilevare quando i genitori non ce la fanno e intervenire sulle loro modalità di accudimento è quanto noi possiamo fare per soggetti che in futuro sappiano a loro volta generare, allevare, formare elementi ottimali e non disfunzionali.

Federica Zanetto

I sistemi sanitari europei e la sfida dell'inclusione dell'altro

Venerdì 25 marzo 2011, presso la sede dell'Istituto "Mario Negri" in via La Masa 19, è ufficialmente partito il Progetto COHEMI - *Coordination resources to assess and improve health status of migrants from Latin America*, coordinato dal Dipartimento di Salute Pubblica dell'Istituto. Il Progetto COHEMI, finanziato nell'ambito del VII Programma quadro per la ricerca e lo sviluppo tecnologico (Programma Cooperazione-Salute) della Comunità Europea, si compone di una cordata di dieci partner dislocati tra Europa (Italia, Olanda, Regno Unito e Spagna) e America Latina (Bolivia, Ecuador e Perù).

COHEMI è un progetto di *coordinamento*, con lo scopo ultimo di connettere i centri europei e latino-americani che si occupano di malattie specifiche dell'America Latina (*morbo di Chagas, cisticercosi, strongiloidiasi*) e di altre patologie che interessano i migranti (per esempio ipertensione e diabete), con i centri che, invece, investigano la salute del migrante in chiave socio-antropologica, guardando più specificamente ai

sistemi sanitari, e con un'attenzione particolare ai gruppi più vulnerabili (donne e bambini).

Coordinando gruppi e competenze diverse, COHEMI aspira a offrire una fotografia più nitida del ciclo migratorio in relazione ai sistemi sanitari europei e latino-americani e punta a suggerire nuove modalità di gestione degli aspetti prioritari della salute relativi alla popolazione migrante. Questo sforzo di connessione vorrebbe generare conoscenze nuove e fornire ulteriori strumenti di indagine per affrontare la complessità che l'altro, il migrante, porta con sé quando si rivolge al sistema sanitario del Paese che lo accoglie.

Ma il valore aggiunto di COHEMI sta nell'essere un progetto europeo che si vincola alle competenze *latino-americane* per la sua riuscita. Il Progetto non propone un semplicistico *trasferimento di conoscenze* dal Nord al Sud del mondo. Qui la *ricerca* è chiamata in causa per capire come meglio adattare i sistemi sanitari europei alle esigenze locali di una popolazione, quella europea, che cambia e si arricchisce di nuovi cittadini. E per fare questo risulta imprescindibile il contributo attivo della controparte latino-americana, che, solo condividendo la sua conoscenza scientifica, può permettere ai sistemi sanitari europei di affrontare la sfida dell'inclusione del *diverso*. Saranno quindi proprio le cosiddette "malattie dimenticate" ad avere un peso determinante all'interno del Progetto COHEMI. Il *morbo di Chagas*, o *tripanosomiasi americana*, la *cisticercosi* e la *strongiloidiasi* sono patologie che si sviluppano nel Sud del mondo e che, per questo motivo, continuano a essere ritenute un problema lontano e comune solo alle comunità povere e marginalizzate. In realtà queste patologie, pur rappresentando un problema che riguarda principalmente le popolazioni latino-americane, stanno cominciando a diventare un problema di salute pubblica anche in Europa. Il Progetto COHEMI punta allora a valutare i percorsi assistenziali di queste malattie, in Europa e in America Latina, con lo scopo ultimo di produrre (e garantire) appropriate procedure, comuni e condivise, anche nel rispetto delle specificità culturali.

Francesca Severino

Tabiano XX

Ci siamo ritrovati in tanti ai 20 anni di Tabiano, in plenaria e nelle sessioni parallele, a confrontarci su screening neonatale

allargato, immagini ecografiche in uronefrologia, esami di laboratorio in endocrinologia pediatrica, cose da fare e cose da evitare nel dolore del bambino e nel rischio di obesità in età prescolare. Abbiamo ascoltato le raccomandazioni del dermatologo e dibattuto sulle linee-guida per la fluoropropilassi, abbiamo discusso con il gastroenterologo, questa volta, su quando sì e quando no i PPI; abbiamo imparato che è sempre possibile ridurre l'ansia e il dolore da procedura nel bambino; abbiamo sentito degli effetti dell'inquinamento dell'aria nei nostri ambienti di vita. Attraverso *I terribili segreti di Maxwell Sim* (Jonathan Coe, Feltrinelli 2010), racconto di un viaggio nei "territori" del tempo passato, abbiamo imparato che l'ippocampo è sede della elaborazione della memoria episodica e di quella autobiografica, necessaria per l'identità personale. La testimonianza dall'ospedale di Luanda ha stimolato riflessioni su una cooperazione continua, capillare, non solo di emergenza. Abbiamo anche capito che il pediatra non deve essere da solo alle prese con i problemi che riguardano lo sviluppo del bambino, che la sua competenza ed esperienza vanno messe all'interno della comunità, e che è importante la cipolla intorno al bambino e non i singoli strati della cipolla. Ci sono state illustrate le linee-guida Bright Futures, promosse dall'AAP, riguardanti azioni di prevenzione e di buone pratiche di salute basate sull'efficacia e attente in particolare alle competenze della famiglia.

"Tabiano è sempre Tabiano": così titolava un vecchio Controluce, in cui leggevamo: *"Della solita riunione senza tentazioni goderebbe esterne, tutti nello stesso albergo Astro (ora non più, siamo diventati troppi), puntuali in sala, alle ore definite a sentir parlare"*.

Un po' di anni fa si scrivevano: *"I tre motivi sempre buoni per andarci: storici (l'interesse della duchessa Maria Luigia di Parma per la sanità pubblica a metà '800 e l'istituzione della colonia per bambini nel 1818" - ma oggi possiamo scrivere anche che l'incontro è ormai parte della storia ACP - "gastronomici (la formellona di parmigiano che troneggia nell'atrio per alleviare le fatiche dei congressisti); l'economicità (fare meglio con meno si può)"*. Sono ancora quelli, sempre validi.

E ancora come allora, *"c'è sempre qualcuno che capita per la prima volta e si stupisce della semplicità e della cordialità dell'ambiente"*.

Federica Zanetto

Cosa rende efficace un Sistema sanitario?

Egregio signor direttore, l'articolo di E. Ciotti sul numero 2/2011 di *Quaderni acp* scuote una mia antica sicurezza. La Francia è, insieme all'Italia, una delle nazioni con un Servizio sanitario fra i più efficienti secondo le valutazioni dell'OMS. Però l'Italia ha, oggi, un SSN decentralizzato con ampie autonomie regionali e addirittura locali (secondo me sono troppe le une e le altre). La Francia ha, invece, un SSN fortemente centralizzato, come risulta dall'articolo. Anche con le correzioni regionali, di cui ci parla E. Ciotti, rimane centralizzato. Ma non si finisce qui: l'Italia concede una scarsa autonomia alla categoria dei medici e dei pediatri delle cure primarie, pur facendo finta che siano ancora in attività libero-professionale; la Francia invece non fa finta; sostanzialmente conserva la concezione libero professionale. L'Italia ha concepito la meta-fisica del terzo pagante, mentre la Francia ha largamente mantenuto il rimborso. Allora? Se le strutture istituzionali contano poco (o addirittura, nel caso, nulla?) qual è la chiave per comprendere cosa deve esserci alla base di un Sistema assistenziale perché sia efficiente?

Nino Iorio, Ancona

È difficile rispondere alla domanda. I confronti tra Sistemi sanitari sono sempre difficili: storia, contesto sociale e politico fanno la differenza e spesso buone risposte per un Paese sono inadeguate per altri. Come Tuohy ha suggerito: «le scelte nei Sistemi sanitari sono "accidentali", nel senso che si producono in un dato luogo e in un certo momento, dove una forma diviene possibile in base al corso degli eventi, all'agenda politica, o ai sistemi economici e sociali del momento. È molto importante l'analisi del contesto al fine di poter proporre cambiamenti diversi in base alla situazione contingente». I modelli non sono necessariamente trasferibili da un sistema all'altro: è diverso operare in un sistema di tipo Bismarck o di tipo Beveridge, o gestire dei medici che sono pagati come dipendenti o a capitolario: il confronto Italia/Francia ce ne ha dato un chiaro esempio. Il Sistema sanitario francese non può essere considerato si-

nonimo di efficienza, altrimenti non ci spiegheremmo il suo enorme deficit e la sua spesa pro-capite molto più alta della nostra, con risultati in salute non molto diversi dai nostri. Di sicuro è molto più liberale, ma se questo è una garanzia per il cittadino, di sicuro non lo è per l'efficienza del sistema. Sappiamo infatti che nei sistemi dove la remunerazione è per singolo atto medico ci sono molte più prestazioni. Fatta questa premessa, penso che gli elementi per un sistema assistenziale efficiente siano la motivazione, la cultura e valori dell'organizzazione, il lavoro di équipe e il coinvolgimento di tutti gli attori. Se la performance si misura nel processo della produzione, una migliore coordinazione degli attori favorisce una presa in carico globale del paziente e tende a rimuovere le frontiere giuridiche, politiche, istituzionali e amministrative. Questo è valido sia all'interno di un'organizzazione sia tra le organizzazioni. Il modello ideale potrebbe essere il Kaiser permanente, una "Public Benefit Corporation" americana che diventa responsabile di tutti i servizi necessari per i suoi assicurati e utilizza tutti gli strumenti di un sistema sanitario integrato: definizione di una popolazione target, responsabilità contrattuale che specifica un pacchetto di servizi onnicomprensivo, enfasi sulle cure primarie e sui servizi non istituzionali, arruolamento di professionisti selezionati e motivati, uso delle tecniche di micro-management per assicurare qualità delle cure e controllare i costi (protocolli clinici standardizzati, disease management e responsabilità per i risultati raggiunti), ma la leva che permette a Kaiser questi risultati è l'importanza dei valori che è evidente anche nella modalità del sistema di remunerazione. I suoi professionisti devono aderire, al momento della firma del contratto, a un codice deontologico molto esigente, a valori molto forti in termini di equità e di etica. La missione come organizzazione è di essere l'organizzazione con i risultati migliori nel mondo.

Al momento del reclutamento solo un medico su sette risulta essere idoneo. Chi supera la selezione è obbligato a seguire un corso di almeno due settimane di leadership e di management. I professionisti sono dipendenti e dunque non soggetti a pressioni clientelari. I medici hanno un'esclusività di rapporto per KP e dun-

que non hanno un'attività libero professionale confrontabile con quella di altri Paesi. Ma sono pagati molto di più come stipendio base e una grossa parte del loro salario, la parte variabile, è legata ai risultati sanitari (outcome) e di produzione (output) come la diminuzione del tasso di ospedalizzazione. In più i medici partecipano alla gestione delle finanze e alle decisioni degli investimenti da fare nell'interesse dei loro assicurati. I medici dipendenti di KP condividono gli obiettivi e la responsabilità dell'organizzazione e allo stesso tempo vigilano sulla qualità delle cure. Questo è fondamentale in un contesto concorrenziale. La loro missione è di fornire cure di alta qualità al minor costo, in una visione globale di salute e con il coinvolgimento di tutti gli attori. La responsabilizzazione collettiva alla pertinenza e all'efficienza delle cure permette di migliorare l'equità. Non so se la mia risposta ha generato più confusione o più chiarimenti.

Emanuele Ciotti

Bassi redditi più povertà: vero o no?

Caro direttore,

lo scontro sul riparto 2011 del Fondo sanitario tra le Regioni del Sud e quelle del Nord ha visto da una parte la richiesta di alcune Regioni del Sud di introdurre un indice di deprivazione da affiancare a quello della popolazione pesata per la sua componente anziana e dall'altra la contestazione da parte del governatore del Veneto dell'assoluta mancanza di supporti scientifici che dimostrino che redditi bassi significano più povertà e quindi più malattie e di conseguenza più necessità di finanziamenti per la Sanità. Credo che entrambe le posizioni siano criticabili. Nei Paesi industrializzati la povertà è responsabile di circa il 6% di tutta la mortalità degli adulti; nessun singolo fattore di rischio è in grado di spiegare una quota così alta di mortalità. È quasi pleonastico scrivere su questa rivista che la povertà rappresenta il maggior determinante di salute: essa va intesa non solo come mancanza di risorse economiche, ma più in generale come mancanza di supporti emotivi e psicologici, mancanza di protezione ambientale, carenza di istruzione, carenza di opportunità, inadeguatezza abitativa, mancanza di infor-

mazioni ecc. Nelle classi sociali disagiate sono più frequenti: l'utilizzazione dei servizi sanitari di emergenza, l'uso di sostanze, il fumo di tabacco, l'alcol, le errate abitudini alimentari, la mancanza di esercizio fisico, i comportamenti a rischio per incidenti. Nell'infanzia le condizioni di salute sono influenzate dalle caratteristiche e dalle condizioni sociali ed economiche dei genitori. Le disagiate condizioni socio-economiche nell'infanzia, conseguenti alla scarsità di reddito in termini di alimentazione, abitazione e ambiente, influenzano lo stato di salute durante l'infanzia, ma anche nell'età adulta, sia attraverso un diverso accesso ai servizi sanitari sia per le abitudini di vita e i modelli comportamentali. Agire sui determinanti sociali (reddito, lavoro, formazione, istruzione) e sui determinanti prossimali (comportamenti, abitudini di vita), intervenendo sugli individui, sulle comunità, sui gruppi a rischio, sull'ambiente e non solo sul sistema sanitario significa promuovere la salute. L'appropriatezza e l'efficacia devono orientare gli investimenti, che non sono per esempio sanitari per il sociale (ricoveri ospedalieri per bambini o anziani con disagio sociale), sanitari per l'ambiente (cure per le malattie respiratorie vs interventi per la mobilità o dosaggi della diossina vs bonifica ambientale) ecc.

Come dire che è vero che la povertà (non il reddito medio pro capite ma gli indici di povertà relativa e assoluta che si fondano sui consumi e non sui redditi dichiarati) è il maggiore fattore di rischio di mortalità e di malattia, è vero che il disagio è maggiormente presente al Sud, ma che bisogna che gli interventi siano appropriati ed efficaci. Quindi non maggiori risorse pro capite per la sanità in funzione dell'indice di deprivazione, ma investimenti sociali soprattutto, dal reddito di inserimento alle politiche per le pari opportunità, ai servizi per l'infanzia, investimenti per le bonifiche ambientali e per l'istruzione. Dal 2008 a oggi però i dieci principali canali di investimento del welfare comunale (dal fondo per l'affitto a quello per i servizi d'infanzia) hanno subito una riduzione del 78,7%: dai 2 miliardi e 527 milioni stanziati quattro anni fa si è passati ai 538 milioni di oggi. Alcuni capitoli di spesa sono

stati azzerati come il fondo per la non autosufficienza di 400 milioni di euro dell'anno scorso. Stessa cosa per i servizi d'infanzia che dai cento milioni dell'anno scorso, finalizzati soprattutto all'apertura di nuovi asili nido, si è passati all'azzeramento per il 2011. Una riduzione considerevole dei finanziamenti hanno avuto i fondi per le politiche per la famiglia, per le pari opportunità, per le politiche giovanili, per il servizio civile, per l'affitto. Il fondo per le politiche sociali ora può contare su meno di 274 milioni, mentre solo tre anni fa erano il triplo.

Sul versante ambientale l'urgenza e l'indispensabilità di investimenti di bonifica delle aree inquinate del Meridione, e di alcune aree in particolare, si dibattono tra polemiche infruttuose sui dati epidemiologici continuamente messi in discussione, come se questo cancellasse di per sé la minacciosa e massiccia presenza degli inquinanti. È indispensabile certamente affrontare gli esiti visibili ascrivibili anche alle politiche sanitarie meridionali quali le disuguaglianze nella morbilità per malattie croniche e oncologiche tra Sud e Nord e nelle classi sociali più disagiate per la prevenzione non fatta e per le disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Il problema in Sanità non è solo però il pareggio di bilancio, il contenimento dei costi e la responsabilizzazione del ceto politico meridionale attraverso un eventuale aumento dei tributi locali, ma che cosa si vuole fare del gap esistente e come si vuole intervenire sullo stato di salute delle Regioni meridionali accettando il paradigma della complessità e non quello semplicistico della sola settorializzazione e medicalizzazione dei bisogni di salute e delle problematiche sociali e ambientali.

In Sanità l'interpretazione dell'aziendalismo in "salsa meridionale" ha contribuito a produrre in questi anni un peggioramento delle condizioni di salute della popolazione (per esempio in Campania) (obesità nei bambini, speranza di vita, mortalità evitabile, mortalità specifica per tumori) a fronte di una lievitazione di spese e costi.

L'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie ma anche educazione-fornazione-lavoro-abitazione che copre un campo assai vasto, estendendosi quanto meno all'intero complesso delle

cosiddette aree socio-sanitarie di intervento (donne, minori, famiglie, immigrati, anziani, disabili, patologie cronico-degenerative, dipendenze da sostanze, salute mentale ecc.), può ancora rappresentare una reale prospettiva per una efficienza ed efficacia possibili nel Sud.

Peppe Cirillo, Napoli

In effetti il tema della discussione sul riparto sanitario del futuro (più di 100 miliardi) è interessante anche se il livello della medesima, almeno a quanto si legge sulla stampa anche specializzata, è modesto. Modesto e inconclusivo, dato che ogni giorno ci troviamo sul tavolo una nuova versione attribuita a politici subito smentita da altri politici sulla base della più totale incompetenza. Non dovrebbero essere – semmai – gli epidemiologi a esprimersi?

Una versione è quella dell'indice di deprivazione. Cirillo prova a ragionarci su, ma su IlSole24ORESanità del 28 febbraio il Presidente (chissà perché li chiamano governatori?) del Veneto, rispondendo a chi governa le Regioni meridionali, dice che "se passa il criterio della deprivazione si apriranno scenari apocalittici". Un po' sopra le righe, almeno così ci pare. Un altro parere è quello della SVIMEZ, l'Associazione che promuove lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno, che sostiene che la determinazione dei livelli assistenziali ha un "valore precario se si riferisce alla sola assistenza sanitaria". Che è quanto – ci pare – sostiene le lettera.

Pubblicità pericolosa e anche intempestiva

Caro direttore,

a marzo è stato distribuito il primo numero del nuovo magazine della Società Italiana di Pediatria, dedicato interamente al 66° Congresso nazionale della società. Bella impaginazione, belle foto e un look sicuramente accattivante. Tra immagini di politici, di giornalisti, di vecchi maestri della pediatria italiana e tra sovrabbondanti dichiarazioni di "eccellenze", l'occhio è caduto su una delle (peraltro solo due) inserzioni pubblicitarie, riguardante un integratore alimentare, a base di estratti di finocchio, passiflora e melissa, presentato come "la soluzione naturale alle coliche gassose e ai

dolori addominali ricorrenti". Qualche giorno prima la grande stampa e i siti d'informazione on-line avevano ripreso una notizia apparsa già a dicembre e relativa ai risultati di uno studio effettuato da ricercatori dell'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione), nel quale concentrazioni molto superiori ai margini di sicurezza dell'estrangolo, un olio essenziale potenzialmente cancerogeno contenuto nei semi di finocchio, erano state riscontrate nei prodotti in commercio (tisane e affini). Si segnalava che una categoria a rischio particolarmente elevato di esposizione alla sostanza è quella dei lattanti, a causa della loro minore massa corporea in relazione alla quantità ingerita. Gli Autori dell'articolo, pubblicato a febbraio 2011 nella rivista *Food and Chemical Toxicology* (vol. 49, p. 370-375), sottolineano questa potenziale pericolosità e ricordano come l'EMEA già nel 2007 abbia sconsigliato l'uso di tisane al finocchio nelle donne in gravidanza e durante l'allattamento e nei bambini al di sotto dei 4 anni, a meno di una specifica indicazione del pediatra. Ma qual è quel pediatra che somministrerebbe un prodotto potenzialmente pericoloso a un bambino? E, possiamo aggiungere, anche inutile? I pediatri italiani sicuramente sapranno valutare nel modo giusto questa pubblicità, peraltro intempestiva, dati il rilievo e l'eco con cui i risultati dello studio INRAN erano stati divulgati, e continueranno a non prescrivere, anzi a sconsigliare, l'uso di questi prodotti. Ai responsabili del magazine va il più fervido e sincero augurio di successo per la nuova impresa editoriale, con l'au-

spicio che riescano a esercitare un maggior controllo sulle inserzioni pubblicitarie, che in una rivista medica non andrebbero mai lasciate completamente in mano all'editore.

Carlo Corchia, Roma

La cosa non ci stupisce. Il mancato controllo della pubblicità espone sempre a rischi di cattive figure; nel caso riportato da Corchia ha giocato la sfortuna della coincidenza fra la comparsa della inserzione e lo studio dell'INRAN. Conosciamo il problema. Nel 2006 decidemmo di abbandonare le inserzioni pubblicitarie dopo esserci illusi di poterle controllare. Ci era capitato più di una volta di controllare la bibliografia citata nelle inserzioni; talora non trovavamo la voce, o trovavamo articoli che parlavano d'altro o articoli inerenti all'argomento ma "forzati" rispetto agli slogan usati. Il comportamento degli inserzionisti, ai quali riferivamo la opportunità di modificare i cosiddetti "impianti", era di stupore. Stupore per il nostro metodo di controllare le inserzioni e leggere la bibliografia, stupore per il risultato di riscontrare che le citazioni erano per lo meno inesatte. Ma era interessante il fatto che lo stupore sembrava ingenuo; dimostrava che le inserzioni passavano di mano in mano senza che nessuno ci facesse sopra un pensiero. Il lavoro di controllo era impervio e, del resto, lentamente le offerte di inserzioni (ragionevolmente!) diminuivano. La decisione fu di abbandonare la pubblicità nonostante nascesse immediata la necessità di aumentare la quota di iscrizione all'ACP.

gcb



NO COMMENT

**Ora legale?
Cambiate le pappe lentamente
dice il prof. Tal dei Tali
alla stampa**

Al professore è stato chiesto come reagiscono i bambini al trauma dell'ora legale.

«Può presentarsi qualche disagio perché, in particolare fino ai 3-4 anni, i più piccoli risentono dell'adattamento al nuovo orario delle abitudini familiari. Si verificano un certo scompaginamento e un ritmo più affrettato: è, in scala limitata, quel che succede con il jet lag».

Alla domanda sul problema dell'ora dei pasti il professore risponde:

«Una forzatura esiste, perché a livello biochimico per l'organismo del bambino un conto è fare la pappa alle 11, un altro a mezzogiorno. Ma si può rimediare facilmente diluendo pian piano lo spostamento d'orario su tre o quattro giorni, rendendolo quasi impercettibile».

È richiesto un consiglio dietetico sempre con l'ora legale.

«Frutta, verdura, yogurt: cibi semplici ed energetici. Meno carne e più pesce. Riso e pasta, ma senza sughi elaborati. Niente creme e niente cioccolata: per merenda, semplici biscotti secchi».

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 dell'Associazione Culturale Pediatri

DOVE VUOI ANDARE?

- Home
- ACP.it
- News
- Appuntamenti
- Libri
- [Login]

Google Custom Search

ISCRIZIONI AL BLOG:

SFOGLIA L'ULTIMO NUMERO DELLA NEWSLETTER PEDIATRICA



[Sfogliala Newsletter](#)

SOTTOSCRIVI IL BLOG VIA MAIL E RICEVERAI GLI AGGIORNAMENTI PUBBLICATI

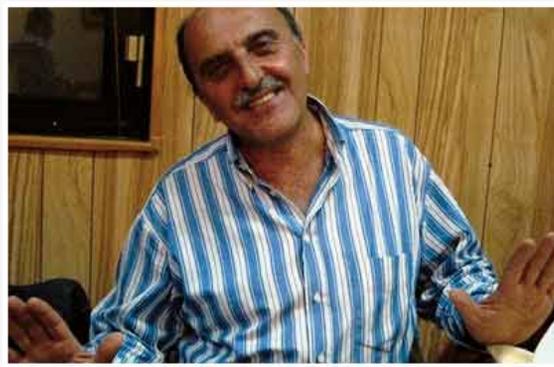
ULTIME...

- Concorso Fotografico "Pasquale Causa"
- Proteggere l'Allattamento
- Premio Nazionale Nati per Leggere – Il edizione
- Campagna ministeriale di promozione dell'Allattamento Materno: "Il latte della mamma non si scorda mai"
- COMUNICATO STAMPA: I RAGAZZI DI LAMPEDUSA

LUNEDÌ 9 MAGGIO 2011

Concorso Fotografico "Pasquale Causa"

0 commenti



L'Associazione Culturale Pediatri, nell'ambito del Convegno Argonauti XII (Piano di Sorrente 9-11 giugno 2011) indice il II Concorso fotografico per ricordare Pasquale Causa.

[\[vedi il programma\]](#)

Regolamento

Il Concorso è libero: non è riservato ai Soci dell'ACP, né agli iscritti al Convegno. Le foto dovranno avere come tema i bambini in riferimento ai temi del Convegno. Gli autori dovranno sentirsi liberi di esprimere la propria creatività, pertanto le foto non dovranno essere necessariamente di contenuto medico-scientifico. Le foto dovranno essere accompagnate da didascalia, nome, cognome, recapito postale, telefono, e-mail e qualifica dell'autore, e dalla liberatoria firmata dal soggetto eventualmente fotografato. Le foto in formato digitale dovranno essere inviate al seguente indirizzo email: li.dimaio@alice.it

specificando in oggetto: CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA"

Il giudizio di qualità sulle foto sarà compito di una giuria scelta dagli organizzatori del Convegno. Questi individueranno un vincitore e segnaleranno 5 foto meritevoli. L'esito del concorso verrà comunicato durante il Convegno.

Le foto partecipanti al concorso dovranno pervenire entro e non oltre il 20 maggio 2011.

Categoria: [Appuntamenti](#), [Concorso fotografico](#)



Interessante: no (0) poco (0) molto (0)



LO SAPEVI CHE SIAMO SU...

facebook

Nome:
Associazione
Culturale Pediatri
(ACP)



www.quaderniacp.it

ARGOMENTI E INDICE ANALITICO

- 5 x 1000 (1)
- A/N1H1 (26)
- Africa (1)
- Allattamento (2)
- Ambiente (9)
- Annunci (5)
- Appelli (3)
- Appuntamenti (27)
- Appunti di viaggio (1)
- Benzo(a)pirene (2)
- Comunicato stampa (33)
- Comunicazioni (6)
- Concorso fotografico (4)
- Conflitto di interessi (2)
- Congressi (1)
- Congressi ACP (4)
- CSB (6)
- Diccono di noi (16)
- Direttivo ACP (1)
- Disabilità (1)
- Diseguaglianze (2)
- Documenti (2)
- Elezioni ACP (1)
- EMA (1)
- Farmaci (3)

Editoriale

- 97 Early Childhood Interventions:
"Proven Results, Future Promise"
Giancarlo Biasini

Salute pubblica

- 98 La prevenzione primaria nei Punti Nascita
*Lorena Charrier, Antonella Padalino,
Margherita Monticone, et al.*

Info

- 102 UK: cambia il National Health Service
102 UK: un nuovo codice con l'industria del farmaco
102 Salute nel web
103 "Ragazzi dentro", rapporto "Antigone"
sulle carceri minorili
103 Verdura biologica e antiossidanti
103 Errori in Sanità
103 Aumenta il numero degli studenti in Medicina
103 Copertura dei Nidi

Rassegne

- 104 L'asma vista da *The Lancet*
nell'Anno del Polmone
Vittorio Venturoli, Enrico Valletta

Telescopio

- 107 Sicurezza del parto a domicilio
verso quello in ospedale
Domenico Di Lallo, Anteo Di Napoli

Il caso che insegna

- 110 Un adolescente con artrite persistente
*Francesco De Maddi, Daniele De Brasi,
Paolo Siani*
112 Prendersi cura delle obesità gravi
*Rita Tanas, Elena Desiderio,
Emanuele Miraglia Del Giudice,
Renzo Marcolongo*

L'angolo della comunità

- 116 Il "Luogo del Controllo" nelle malattie croniche:
il caso della celiachia
Red

Saper fare (inserto)

- 117 NpL: strumenti per i pediatri delle cure primarie

Esperienze

- 125 Allattamento adottivo in Italia:
reale e misconosciuto
M. Ersilia Armeni, Giulia Bellettini

Vaccinacipi

- 128 Una guida per le controindicazioni
alle vaccinazioni
Gruppo ACP prevenzione malattie infettive

Farmacipi

- 129 Nuovo formulario dell'OMS
dei farmaci essenziali per bambini
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

Libri

- 130 Dislessia evolutiva in pediatria.
Guida all'identificazione precoce
*di Giacomo Stella, Enrico Savelli, Daniela Gallo,
Mauro Mancino*
130 Guarì Guaròss. Riti e rimedi
della medicina popolare in Romagna
di Giancarlo Cerasoli, Brunella Garavini
130 The Neurosciences and Music III.
Disorders and Plasticity
di Simone Dalla Bella et al.
131 Canale Mussolini
di Antonio Pennacchi

Film

- 132 *Somewhere*. Non importa dove
Italo Spada

Interviste

- 133 In Lombardia un nuovo sindacato
di pediatri di famiglia
Red

Nati per Leggere

- 135 Biblioteche: sezioni o servizi bibliotecari
per bambini e ragazzi
Giovanna Malgaroli

Acp news

- 139 Chi si nasconde dietro le piramidi alimentari
per la prima infanzia?
Red
139 La battaglia per evitare la pubblicità sul DHA
nel latte artificiale
Red

Congressi controllo

- 140 Dal diario di Liliana alla storia di Albertino
Francesco Ciotti
140 Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori.
Incontro con Patricia Crittenden
Federica Zanetto
141 I sistemi sanitari europei
e la sfida dall'inclusione dell'altro
Francesca Severino
141 Tabiano XX
Federica Zanetto

Lettere

- 142 Cosa rende efficace un Sistema sanitario?
142 Bassi redditi più povertà: vero o no?
143 Pubblicità pericolosa e anche intempestiva

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2011 è di 100 euro soci ordinari, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per infermieri pediatrici e 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 occorre inviare una richiesta (fax 079 302 70 41 oppure e-mail: segreteria@acp.it) con cognome, nome, indirizzo e qualifica. Nel caso si voglia predisporre un pagamento annuale automatico (come per le altre utenze: Telecom, Enel ecc.) con scadenza 15 gennaio si comunica alla propria banca il seguente codice SIA: 981A7. Questa modalità di pagamento non è vincolante e la si potrà revocare in qualsiasi momento attraverso una semplice comunicazione alla banca. Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista *Quaderni acp* e, con apposita richiesta all'indirizzo info@csbanlus.org, la Newsletter bimestrale "La sorveglianza della letteratura per il pediatra" e la Newsletter "Fin da piccoli" del Centro per la Salute del Bambino. La Newsletter mensile "Appunti di viaggio" con le attività del direttivo, delle segreterie e dei vari gruppi ACP. Hanno anche diritto a uno sconto di 25 euro sulla quota di abbonamento a *Medico e Bambino* e un considerevole sconto sulla quota d'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 rinnovato sito www.acp.it in cui sono riportati e aggiornati tutti i documenti e le iniziative ACP: l'articolo del mese, congressi a distanza, lo speciale sul Congresso nazionale di Palermo.