

# Quaderni acp

[www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della  
**A**ssociazione **C**ulturale **P**ediatri  
[www.acp.it](http://www.acp.it) ISSN 2039-1374

## I bambini nell'arte



**luglio-agosto 2011 vol 18 n°4**

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

**La Rivista è indicizzata in EMBASE**

# Quaderni acp

Website: [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)  
July-August 2011; 18(4)

## 145 Editorial

Let us create a culture of infancy;  
when, if not now?  
*Paolo Siani*

## 146 Public health

The incidence of rubella in susceptible women  
of childbearing age: a retrospective study  
*Rosario Cavallo*

## 149 Mental health

Early diagnosis of autism  
and the role of paediatricians  
*Angelo Spataro*

## 150 Telescope

Inhaled corticosteroids as rescue medication  
in mild persistent asthma  
*Enrico Valletta*

## 154 A close up on progress

Pain's evaluation in children  
with severe cognitive impairment  
*Marta Massaro, et al.*

## 159 Learning from a case

Diagnostic pitfalls in infants Kawasaki disease  
*Michela Giovannini, et al.*

## 164 Scenarios

Sun exposure: risk factors and the efficacy  
of sun protection  
*Maria Francesca Siracusano, et al.*

## 168 Personal accounts

Mothers of the world tell stories.  
The experience of a paediatrician-musician  
*Andrea Satta*

## 170 Appraisals

The latest in paediatric diabetes  
*Tosca Suprani, et al.*

## 175 Vaccinacipi

The vaccine coverage is high but  
pertussis is still around  
*Franco Giovanetti*

## 176 Farmacipi

Three systematic reviews  
on drugs' efficacy and safety  
*Antonio Clavenna, et al.*

## 177 Movies

## 178 Books

## 180 Offside

The historical evolution of the Italian family  
*Red*

## 184 Acp news

## 187 Born to read

A reading aloud experience  
in an emergency situation:  
Nati per Leggere and the Abruzzo earthquake  
*Ilaria Filograsso, et al.*

## 190 Meeting synopsis

## 192 Letters

# Quaderni acp

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

## Direttore

Giancarlo Biasini

## Direttore responsabile

Franco Dessì

## Comitato editoriale

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](http://www.quaderniacp.it)  
e-mail: [redazione@quaderniacp.it](mailto:redazione@quaderniacp.it)

## Indirizzi

**Amministrazione**  
**Associazione Culturale Pediatr*i***  
via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)  
Tel. / Fax 078 357401  
e-mail: [francdessi@tiscali.it](mailto:francdessi@tiscali.it)

## Direttore

Giancarlo Biasini  
corso U. Comandini 10, 47521 Cesena  
e-mail: [giancarlo.biasini@fastwebnet.it](mailto:giancarlo.biasini@fastwebnet.it)

## Ufficio soci

via Nulvi 27, 07100 Sassari  
Cell. 392 3838502, Fax 079 3027041  
e-mail: [ufficiisoci@acp.it](mailto:ufficiisoci@acp.it)

## Stampa

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

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

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

## LA COPERTINA

"Il bosco incantato", Edvard Munch (1863-1944), olio su tela, 70x106, Oslo, Natjionalmuseet  
Kunst.

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

Esempio per le riviste e per i testi

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

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

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

# Costruiamo una cultura dell'infanzia. Se non ora, quando?

Paolo Siani, Presidente ACP

Con la collaborazione del Consiglio direttivo: Carlo Corchia, Stefano Gorini, Chiara Guidoni, Tommaso Montini, Mario Narducci, Luciana Nicoli, Giuseppe Primavera, Maria F. Siracusano, Enrico Valletta

“Non c'è niente di più politico che costruire una cultura dell'infanzia”, ha dichiarato il Presidente della Regione Puglia a cui è stato assegnato il Premio “Nati per Leggere” 2011. Voglio iniziare così questo secondo editoriale da Presidente ACP per dare il giusto valore ai progetti NpL e NpM che illustrano meglio di tutti il modello di pediatria dello sviluppo “fin da piccoli” che a noi sta a cuore e che interpreta il nostro modo di lavorare per costruire la cultura dell'infanzia. Questo secondo anno di presidenza è stato contrassegnato dal risanamento dei conti della Associazione. È stato ripianato un passivo nato dal dovere far fronte a impegni che le nostre entrate, le quote dei soci, non potevano sostenere. Abbiamo dovuto compiere scelte dolorose come la riduzione di un numero di *Quaderni acp* del 2010, sul cui costo ha anche influito il notevole aumento delle spese di spedizione. Chiudiamo l'anno con un leggero attivo che ci consente di sperare nella possibilità di utilizzarlo per programmare nuove attività. Continuiamo a stringere rapporti con altre società scientifiche: nel 2011 abbiamo firmato un protocollo d'intesa con la Società Italiana delle Migrazioni; è stata rinnovata la convenzione con il CSB e l'AIB per la promozione della lettura ad alta voce; continuiamo a tenere vivo il rapporto con i nostri soci grazie al Blog e alla Newsletter “Appunti di viaggio” che informa mensilmente su ciò che si fa in ACP. È stato appena formalizzato un accordo con l'emittente radiofonica “Kiss-Kiss Italia” per una striscia settimanale di pediatria, che andrà in onda, per ora, il venerdì alle 11 dal 17 giugno al 29 luglio e che probabilmente continuerà dopo l'estate. Il XXIII Congresso Nazionale (“Il bambino che verrà”, vedi pagg. 184-186) prevede due importanti novità: sarà preceduto da una sessione, realizzata in collaborazione con la SIP e l'Unicef, sull'Early Child Development che noi poniamo alla base della cultura dell'infanzia. Un'intera sessione sarà realizzata in collaborazione con la Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche (SISIP). Per noi è di straordinaria importanza la collaborazione con gli infermieri pediatrici e siamo molto grati a Filippo Festini, Presidente SISIP, dell'opportunità che ci offre. Il programma, realizzato in collaborazione con il

gruppo romano dell'ACP, a cui va il ringraziamento di tutti, ci sembra molto equilibrato e affronta le tematiche della nostra associazione che passano poi nella pratica clinica quotidiana. Vi aspettiamo a Roma dal 13 al 15 ottobre. Il XXIII Congresso metterà a fuoco ciò che serve a costruire una cultura dell'infanzia: serve un pediatra cui sia chiaro il significato del termine “conflitto d'interesse”; che abbia a cuore la salute, nel senso pieno della parola, dei suoi piccoli pazienti; che si occupi del bambino e della sua famiglia; che dia giusto peso e costante attenzione all'ambiente dove il bambino vive; che ami leggere, studiare e affrontare, con serenità e giudizio, la letteratura alla luce dell'Ebm; che frequenti i congressi per imparare il saper fare e i trucchi del mestiere; che voglia essere un vero difensore dei diritti dei bambini e delle loro famiglie e che alzi la voce per difenderli, specie oggi quelli dei bambini migranti, quelli che sono arrivati a Lampedusa; che si occupi di prevenire e attenuare il dolore del bambino; che voglia porsi degli obiettivi di ricerca in maniera libera e indipendente; che ricerchi un'etica nella commercializzazione degli alimenti per l'infanzia; che chieda chiarezza e onestà nei progetti vaccinali; che si impegni nella realizzazione di programmi finalizzati a garantire a tutti i bambini il migliore inizio della vita, che è cruciale per ridurre le disuguaglianze nella salute lungo il corso dell'intera esistenza.

Negli ospedali serve un pediatra che si impegni a realizzare un nuovo modello di cura, non più pensato sui posti letto, ma sulla capacità di fornire prestazioni qualificate, efficienti e di sicura efficacia; un pediatra che non abbia paura degli accorpamenti dei reparti ospedalieri, se questo vuol dire ridurre le spese e aumentare la qualità delle cure offerte.

È il tempo di superare inutili divisioni, saltare vacui steccati e programmare insieme, liberi da condizionamenti e da legami poco chiari con le industrie del farmaco, una nuova e moderna pediatria, in ospedale e sul territorio. Se non ora, quando? L'ACP è pronta al confronto e al dialogo con tutti coloro che hanno a cuore le sorti della pediatria italiana, senza pregiudizi, per costruire una cultura dell'infanzia che oggi è debolissima, come

dimostra il PSN 2011-13 (*Quaderni acp* 2011;18:49). Sogno? Utopia? Forse sì, ma del resto non è con la decolonizzazione dell'immaginario che ci si proietta verso mondi in cui il rigore teorico e l'etica della convinzione si sposano con l'etica della responsabilità e dell'agire quotidiano? E non era questo che tanti giovani dell'800 avevano nel cuore e nella mente quando si sono battuti per un ideale, quello dell'unità della nostra nazione, che grazie soprattutto a loro è stato realizzato e che oggi ricordiamo e festeggiamo a distanza di 150 anni?

Al XXIII Congresso ci sarà anche il rinnovo parziale del Consiglio direttivo. Scadrà il mandato di Stefano Gorini, Tommaso Montini, Mario Narducci, Beppe Primavera. A loro va il più sincero ringraziamento da parte di tutti per il contributo che hanno dato per assolvere il mio non facile compito. Mi piace riportare queste righe che ha scritto il nostro caro Beppe Primavera: “Sono stato eletto consigliere in un momento molto difficile della mia vita. Sono stato convinto da voi ad accettare, incoraggiato dal prof. Biasini. Adesso che ho quasi portato a termine il mio mandato mi tocca ringraziarvi.

Grazie perché avete contribuito a tenermi occupata la mente quando avevo pensieri bui, consentendomi di tenere duro, perché si deve essere lucidi quando si ha a che fare con persone come voi. Grazie perché ho imparato tanto in questi tre anni, da ognuno qualcosa: capacità di analisi, rigore metodologico, sintesi, progettazione, prudenza nei rapporti con l'esterno ma nello stesso tempo decisione nel rivendicare le nostre posizioni. Grazie per avere consentito al mio gruppo di vivere l'esperienza dell'organizzazione del Congresso Nazionale. Una delle parole d'ordine di Paolo, fin dall'inizio, è stata: lavoro di squadra. E la squadra ha lavorato sodo, quasi non è passato giorno senza una notizia, una richiesta, un parere. Ne sono prova le circa 2500 e-mail che ho archiviato, e questo lavoro quotidiano ha prodotto appelli, interviste, articoli su quotidiani, segnalazioni in TV, sempre in stretta collaborazione con i gruppi di studio. Nel consuntivo del dare/avere credo di avere avuto più di quanto abbia potuto dare. A buon rendere, sappiate che potrete ancora contare su di me”. ♦

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: [paolo.siani@fastwebnet.it](mailto:paolo.siani@fastwebnet.it)

editoriale

# Incidenza di donne in età fertile suscettibili alla rosolia: studio retrospettivo

Rosario Cavallo

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

## Abstract

*The incidence of rubella in susceptible women of childbearing age: a retrospective study*

**Introduction** The percentages of women of childbearing age susceptible to rubella virus is still high. The national vaccination program aimed at eliminating both measles and rubella has not produced these effects.

**Materials and methods** The number of seronegative women to rubella specific antibodies during family paediatricians' office visits in 2009.

**Results** More than 15% were at risk, among them just a little percentage had received good information regarding the need to protect themselves for future pregnancies with the vaccination.

**Discussion** More interventions are needed in order to eliminate congenital rubella syndrome.

Quaderni acp 2011; 18(4): 146-148

**Key words** Rubella vaccination. Rubella test. Congenital rubella syndrome

**Introduzione** Il piano di eliminazione di morbillo e rosolia non ha prodotto i risultati auspicati. Non sono stati raggiunti i tassi di copertura previsti e sembra essere ancora rischiosamente elevata la percentuale di donne in età fertile che sono suscettibili ad ammalarsi di rosolia e quindi teoricamente a rischio di sindrome da rosolia congenita.

**Materiali e metodi** Abbiamo voluto verificare il numero di mamme sieronegative al rubeotest tra quelle che nel 2009 si sono presentate nell'ambulatorio dei pediatri di libera scelta che hanno partecipato allo studio mostrando gli esami fatti in gravidanza.

**Risultati** Oltre il 15% delle mamme era ancora "a rischio"; di queste solo una minima percentuale era stata informata della utilità di proteggere eventuali gravidanze successive con la vaccinazione.

**Discussione** Sono necessari ulteriori interventi di politica sanitaria per realizzare l'obiettivo di eliminazione della rosolia congenita.

**Parole chiave** Vaccino antirosolia. Rubeotest. Rosolia congenita

## Introduzione

La rosolia è una malattia indubbiamente lieve o addirittura asintomatica nella stragrande maggioranza dei casi; se contratta in gravidanza può invece avere effetti catastrofici sull'embrione o sul feto esitando spesso in aborto, morte fetale, difetti congeniti isolati o multipli, noti come sindrome da rosolia congenita (SRC). La prevenzione della SRC è uno degli obiettivi che la OMS ha stabilito per la Regione Europa; si vorrebbe entro il 2010 ridurne l'incidenza a meno di 1 caso ogni 100.000 nati vivi [1].

Per ottenere l'eliminazione della rosolia congenita sono necessarie strategie di intervento mirate; un programma di vaccinazione che non raggiunga e mantenga

costantemente nel tempo coperture molto alte può paradossalmente causare un aumento dell'incidenza di questo evento. La ridotta circolazione del virus determina infatti un più lento accumulo di persone suscettibili con conseguente diradamento delle epidemie e aumento dell'età media in cui si contrae la malattia e quindi aumento del rischio di contrarre l'infezione in gravidanza.

In particolare, è stato documentato che la frequenza della SRC aumenta in presenza di programmi vaccinali non adeguati rispetto a quanto osservato in assenza di vaccinazione [2].

In base al tasso di riproduzione effettivo della rosolia (*box 1*) si stima che per eliminare la SRC la percentuale di donne

suscettibili in età riproduttiva deve essere inferiore al 5%, mantenendo una copertura vaccinale antirosolia con due dosi stabilmente superiore al 90% [3].

È molto difficile ottenere dati attendibili di sorveglianza epidemiologica, non solo per la diffusa debolezza dei sistemi di sorveglianza ma anche per difficoltà intrinseche dovute, per esempio, alla frequenza elevata di infezioni asintomatiche o al fatto che il neonato affetto da SRC può manifestare solo in un secondo momento i sintomi caratteristici della sindrome.

## La situazione epidemiologica in Europa

I dati riportati dall'OMS e dall'*Euvac.net*, il network europeo per la sorveglianza sulle malattie infettive prevenibili con vaccinazione, relativi al periodo 2000-2007, mostrano che in Europa il numero di casi di rosolia è notevolmente diminuito dopo il 2003 e si è stabilizzato dal 2005 in poi. Sono riportate 1498 infezioni per il 2005 in 22 Paesi, con un'incidenza globale pari a 0,51 per 100 mila nuovi nati; le incidenze più alte sono state registrate in Lituania e in Olanda

## Box 1

Il tasso netto di riproduzione ( $R_0$ ) è una misura di contagiosità ed esprime il numero atteso di nuove infezioni generate da un singolo individuo infetto nel corso del suo intero periodo di infettività, in una popolazione interamente suscettibile.

In una popolazione costituita sia da immuni (perché hanno superato la malattia o perché vaccinati) che da suscettibili, il numero di casi secondari generati in media da ogni caso primario è direttamente proporzionale sia a  $R_0$  che alla percentuale di suscettibili presenti.

Questo ulteriore parametro viene definito tasso di riproduzione effettivo (RE).

Per corrispondenza:

Rosario Cavallo

e-mail: [rosario.cavallo.2qkp@alice.it](mailto:rosario.cavallo.2qkp@alice.it)

salute pubblica

**TABELLA 1: DISTRIBUZIONE PER FASCE DI ETÀ (DISPONIBILE PER 418 MAMME ARRUOLATE E PER 69 MAMME SUSCETTIBILI)**

	<20 anni	21-25 anni	26-30 anni	31-35 anni	36-40 anni	41-45 anni	>45 anni
Mamme arruolate	5	34	129	150	84	15	1
Mamme suscettibili	1	6	27	16	16	3	0

(3,44 e 2,23 casi per 100 mila nuovi nati, rispettivamente) [4].

Varie epidemie sono state registrate in Europa nell'ultimo decennio: in particolare, tra il 2002 e il 2003, in Romania sono stati riportati 115 mila casi di rosolia, soprattutto in bambini in età scolare, e durante un'epidemia in Russia, tra il 2002 e il 2004, la SRC ha raggiunto un tasso di incidenza di 350 casi ogni 100 mila nuovi nati. Nel primo quarto del 2010 i dati Euvac riportano un tasso di solo 0,04/100.000, tuttavia si continuano a segnalare episodici cluster epidemici in tutta Europa: 342 casi in Bosnia, la gran parte in giovani adolescenti, 355 casi in Austria (77% dei quali tra 15 e 24 anni), nessun caso aveva fatto due dosi di vaccino mentre il 10% aveva una sola dose, 3 casi (23-28 anni) nella piccola Malta [5-7].

### La situazione epidemiologica in Italia

L'Italia non ha partecipato al sistema Euvac e ha reintrodotta la notifica della SRC solo nel 2005; dal gennaio 2005 al maggio 2008 sono state notificate 27 sospette SRC di cui 4 sono state confermate (due erano asintomatiche), 3 sono state definite probabili, 2 non avevano dati sufficienti alla definizione, 18 casi sono stati esclusi. Contemporaneamente sono stati segnalati 75 casi clinici in gravidanza, 30 dei quali confermati, con 7 IVG; il 45% aveva avuto gravidanze precedenti, solo il 24% aveva effettuato un rubeotest pregravidico [8].

I dati della sorveglianza nazionale appaiono fortemente sottostimati ma si può fare riferimento anche a molte altre segnalazioni: 490 casi confermati in Emilia Romagna nel 2008 con l'87% delle 132 donne affette con età compresa tra 15 e 44 anni (3 casi in gravidanza), in una regione peraltro con copertura vaccinale a 24 mesi del 94%; 557 casi in Piemonte, di cui 371 tra 15 e 30 anni; 57 casi, la gran parte dei quali in adulti, nella Provincia di Pordenone sempre nel 2008 [9-11].

I dati di copertura vaccinale, forniti al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali da 20 regioni, mostrano che nel 2007 è stato vaccinato con una dose di vaccino anti morbillo-rosolia-parotite (MPR) l'89,6% dei bambini entro i due anni di età (range per regione: 67,7-97,3%). In particolare, 19 regioni hanno raggiunto coperture  $\geq 85\%$ , di cui 13 con coperture  $\geq 90\%$ , ma solo una regione con copertura  $\geq 95\%$  [12].

Dati un po' peggiori derivano dallo studio ICONA 2008 che stima una copertura nazionale a due anni di 86,5% [13].

Negli ultimi anni si è verificato uno spostamento verso l'alto dell'età media dei casi notificati di rosolia, che è passata da 9 anni nel 1980 a 13 anni nel 1996. Nello stesso anno, il 13,5% dei casi notificati interessava donne con età compresa fra 20 e 40 anni. Secondo una indagine siero-epidemiologica del 1996 risultavano suscettibili l'11% delle ragazze tra 15 e 19 anni di età e l'8% delle donne tra 20 e 39 anni [14]. Lo studio "PASSI" basato su interviste telefoniche dice che solo il 53% delle donne in età fertile sa di essere immune alla rosolia; le altre o sono suscettibili o non conoscono il proprio stato immunitario [15].

### Metodi

In base a questi poco rassicuranti dati epidemiologici, il gruppo ACP del Salento e quello di Puglia e Basilicata hanno deciso di avviare uno studio osservazionale per valutare in modo retrospettivo il titolo antirosolia delle mamme che si presentano al pediatra di base per i "bilanci di salute" dei bambini del primo anno di vita; lo studio si è proposto anche di valutare quante, tra le mamme suscettibili di infezione, avessero ricevuto adeguate informazioni sulla opportunità di eseguire vaccinazione con vaccino MPR subito dopo il parto.

Sono state arruolate tutte le madri che nel corso dell'anno 2009 si sono presentate presso lo studio del pediatra di famiglia per un "bilancio di salute" mostrando gli

esami fatti in gravidanza. Sono state escluse le mamme che non hanno potuto mostrare i risultati di tali esami; a differenza dello studio PASSI condotto con interviste telefoniche, per le mamme arruolate si conosce quindi "de visu" lo stato immunitario nei confronti della rosolia e non in base alla loro stessa dichiarazione. Le mamme suscettibili sono state invitate a vaccinarsi con due dosi di vaccino anti morbillo-rosolia-parotite sotto protezione anticoncezionale. Hanno partecipato allo studio 10 pediatri di libera scelta.

### Risultati

Sono stati visionati i rubeotest di 473 mamme (da un minimo di 12 a un massimo di 95 per pediatra); 72 (il 15,2%) sono state le mamme sieronegative per la rosolia avviate alla vaccinazione. La distribuzione delle mamme sieronegative è stata molto variabile tra i pediatri che hanno raccolto i dati (range: 0-38%).

Per 69 delle 72 mamme sieronegative è stata rilevata la parità: 41 erano primipare, 22 erano alla seconda gravidanza e 6 alla terza, per cui sono state 103 le gravidanze condotte a rischio dal campione esaminato (senza contare gli aborti). Di queste mamme "a rischio", comprese quelle passate da precedenti gravidanze, solo 7 erano state correttamente informate sulla necessità di vaccinarsi (5 dal ginecologo e 2 dal medico di famiglia). Non è stato rilevato il dato della parità per le mamme sieropositive al rubeotest. Solo una delle mamme suscettibili era straniera (su un totale di solo 6 straniere arruolate) e quindi il problema non può essere attribuito ai flussi migratori e a supposizioni di scarsa aderenza alle politiche vaccinali da parte di soggetti immigrati; le mamme straniere arruolate risultano essere poche perché molte di loro non sono state in grado di esibire gli esami e quindi sono state escluse dallo studio; non è stato rilevato il numero preciso delle mamme escluse dallo studio ma questo è stato l'unico motivo di esclusione.

La distribuzione per età delle mamme arruolate è disponibile per 418 di esse e per 69 delle 72 mamme sieronegative ed è riportata nella *tabella 1*.

### Discussione

Il numero di pediatri partecipanti non è stato molto alto mentre è risultata molto elevata la variabilità del numero di mamme arruolate (dovuta al fatto che alcuni pediatri hanno partecipato allo studio per un lasso di tempo limitato). È stato comunque rispettato il criterio dell'arruolamento consecutivo di tutte le mamme in grado di far visionare il proprio rubeotest; i piccoli numeri spiegano anche la diversa frequenza di soggetti sieronegativi tra i pediatri partecipanti. Particolarmente rilevante il fatto che solo 7 delle 69 mamme (per un totale di 103 gravidanze "a rischio") dichiarano di essere state informate della necessità di vaccinarsi prima di una futura nuova gravidanza, il che presuppone un grave difetto strutturale del sistema.

### Conclusioni

Questo studio conferma che, nonostante l'attuazione della campagna straordinaria per l'eliminazione di morbillo e rosolia congenita, sono ancora troppe le donne in età fertile suscettibili di contrarre la rosolia in gravidanza e quindi a rischio di sindrome da rosolia congenita, segno che gli interventi realizzati non sono stati ancora sufficientemente incisivi e che bisogna ulteriormente implementarli. Il nostro studio evidenzia una percentuale di donne in età fertile ancora a rischio di contrarre la rosolia che è oltre il triplo rispetto al massimo consentito. Il fatto inoltre che solo 7 volte su almeno 103 occasioni "specifiche" di controllo (come possono esserlo i passaggi da una sala parto) sia stata fornita la corretta indicazione a proteggere con la vaccinazione una futura gravidanza indica l'urgenza di adeguarsi alle proposte avan-

zate dal Bollettino epidemiologico nazionale di *coinvolgere tutti gli operatori sanitari: il personale dei consultori, i ginecologi pubblici e privati e il personale dei servizi vaccinali, ma anche i medici di medicina generale che rappresentano l'anello di contatto tra il cittadino e i servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Tutti questi operatori possono fornire, durante la programmazione di una gravidanza, le informazioni necessarie per affrontare la gestazione con gli strumenti oggi disponibili per prevenire la SRC, cioè il rubeotest e la vaccinazione* [8].

Una di queste modalità può vantaggiosamente (e quindi dovrebbe) essere quella prospettata dal nostro studio: chiedere alle mamme che giungono in un ambulatorio pediatrico per un bilancio di salute di verificare il rubeotest immancabilmente eseguito all'inizio di ogni gravidanza; fare questo non comporta alcun costo e alcun impegno aggiuntivo mentre può frequentemente sanare situazioni di rischio che colpevolmente invece perdurano e può contribuire a stabilizzare un clima generale di maggiore attenzione al problema. ♦

### Pediatri partecipanti allo studio

Rosario Cavallo, Maria Innocente, Annarita Donno, Lea di Felice, Giovanni Simeone (Gruppo ACP Salento); Annamaria Moschetti, Leo Mortato, Paolo Vinci e Pierangela Rana (Gruppo ACP Puglia Basilicata).

### Bibliografia

[1] Eliminating measles and rubella and preventing congenital rubella infection: WHO European Region strategic plan 2005-2010. WHO Library Cataloguing in Publication Data. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2005, updated reprint 2006. ISBN 92-890-1382-6. Available from: <http://www.euro.who.int/Document/E87772.pdf>.

[2] Conferenza Stato-Regioni. Accordo tra Governo, Regioni e le Province autonome di Trento e

Bolzano sul Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, 2003-2007. 13 novembre 2003. Disponibile su: <http://www.governo.it/backoffice/allegati/20894-1712.pdf>.

[3] Rota MC, Bella A, Gabutti G, et al. Rubella seroprevalence of the Italian population: an 8-year comparison. *Epidemiol Infect* 2007;135(4):555-62.

[4] [www.euvanec.net](http://www.euvanec.net).

[5] V&I News - ECDC Newsletter on Vaccines and Immunisation number 75-22 October 2009.

[6] Kasper S et al. Rubella in Austria 2008-2009 - no longer a typical childhood disease. *Pediatr Infect Dis J* 2010;29(5):published ahead of print.

[7] Eurosurveillance, Volume 13, Issue 16, 17 April 2008 A Cluster of Rubella in Malta, December 2007 - January 2008.

[8] Giambi C, Filia A, Ciofi degli Atti ML, et al. Allarme rosolia: promuovere gli interventi per vaccinare le donne suscettibili in età fertile. *Ben Not Ist Super Sanità*. 2008;21(5):i-ii. [In Italian]. Available from: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2008/maggio/1.asp>.

[9] Dati del sistema informativo delle malattie infettive dell'Emilia-Romagna, a cura di: Alba Carola Finarelli, Maria Grazia Pascucci, Bianca Maria Borrini, Laura Moschella, Gabriella Frasca del Servizio Sanità Pubblica, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna.

[10] Casi di rosolia in gravidanza in Piemonte: aggiornamento a maggio 2008. Antonella Barale, Silvana Malaspina, Daniela Lombardi, Servizio di riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive - SeREMI ASL AL.

[11] Focolaio epidemico di rosolia in Provincia di Pordenone: il punto della situazione. Michele Minuzzo - Dipartimento di Prevenzione, Ass 6 di Pordenone.

[12] Sorveglianza del morbillo e della rosolia congenita e stato di avanzamento del Piano Nazionale di Eliminazione, gennaio 2009. Antonietta Filia, Cristina Giambi, Antonino Bella, Marta Luisa Ciofi degli Atti, Silvia Declich e Stefania Salmaso, disponibile su: [www.epicentro.iss.it/ben/default.asp](http://www.epicentro.iss.it/ben/default.asp).

[13] Gruppo di lavoro ICONA. ICONA 2008: Indagine di Copertura vaccinale nazionale nei bambini e negli adolescenti. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009 (Rapporti ISTISAN 09/29).

[14] Giambi C, Rota MC, Bella A, et al. Epidemiologia della rosolia in Italia negli anni 1998-2004. *Ann Ig* 2007;19(2):93-102.

[15] La vaccinazione antirosolia in Italia: i risultati dello studio PASSI (Tolinda Gallo, Marta Luisa Ciofi degli Atti, Nicoletta Bertozzi, Carla Bietta, Nancy Binkin, Giovanna DeGiacomi, Pirous Fateh-Moghadam, Alberto Perra, Paola Scardetta, Francesco Sconza, Massimo Trinito).

# La diagnosi precoce di autismo: il ruolo del pediatra

Angelo Spataro (a cura di)

Pediatra di famiglia, ACP Trinacria, responsabile della Segreteria "Salute mentale" dell'ACP

*Proseguono le interviste a esperti della Segreteria della Salute mentale. Questa volta trattiamo la diagnosi precoce dell'autismo e il ruolo del pediatra. Compito essenziale del pediatra è individuare nella primissima infanzia i segnali di rischio al fine di pervenire a una diagnosi precoce e quindi a un intervento precoce, a oggi unica forma di prevenzione in grado di modificare a lungo termine la prognosi per quanto riguarda il quoziente intellettivo, il deficit sociale e la comunicazione verbale del bambino autistico. L'intervistata è Giovanna Gambino, neuropsichiatra infantile, dirigente dell'Ambulatorio dedicato alla diagnosi e al trattamento precoce delle sindromi autistiche. UOC dipartimentale NPIA territoriale, ASP 6 di Palermo.*

**Parole chiave** Autismo. Bilanci di salute. CHAT.

## Cos'è l'autismo e qual è l'impatto epidemiologico di questo disturbo?

Il disturbo autistico e i disturbi dello spettro autistico costituiscono la "disabilità sociale" per eccellenza. Sono disturbi secondari a un'alterazione neurobiologica dello sviluppo cerebrale su base genetica e ad altre concause ancora non ben identificate: tossinfettive, metaboliche, ambientali. La sintomatologia è caratterizzata da una disarmonia precoce tra le diverse aree funzionali: motorie, sensoriali, cognitive e comunicativo-linguistiche. Secondo dati attuali la prevalenza del disturbo autistico è di circa 5/10.000 bambini. Quando vengono considerati il disturbo autistico e i disturbi dello spettro autistico, le stime di prevalenza, secondo studi recenti, variano da 15/10.000 a 40/10.000.

## A cosa deve prestare attenzione il pediatra nell'ambito dei bilanci di salute del neonato e del lattante?

I primi mesi di vita costituiscono un momento di grande impegno per il neonato-lattante rispetto all'adattamento all'ambiente esterno. È necessario prestare attenzione al profilo neurocomportamentale fin dai primi sei mesi di vita, nucleo essenziale dell'interazione e dello scambio emotivo nel rapporto precoce mamma/bambino e premessa per la conoscenza di se stessi e degli altri e per l'acquisizione delle abilità sociali che avverranno. Successivamente attenzione ai riflessi di suzione/deglutizione durante l'allattamento, alle modalità di attaccamento al seno, ai ritmi del sonno e consolabilità quando il bambino piange, alle posture corporee quando il bambino si tiene in braccio, all'orientamento verso il volto, verso le luci e i suoni. In questo periodo della vita del bambino il pediatra

deve sostenere la competenza genitoriale orientandola alla capacità di osservazione del proprio bambino e alle stimolazioni da offrire nell'ambito delle cure quotidiane.

## Quale strumento di screening si può utilizzare e qual è il periodo di maggiore significatività per individuare il rischio evolutivo di autismo?

Ci sono diversi strumenti di screening che si possono eseguire già a 18 mesi di vita del bambino, che consentono di inviare al neuropsichiatra infantile i casi con sospetto di autismo. La Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) è la più utilizzata a tal fine e permette anche un confronto tra genitore e pediatra sulle "preoccupazioni" rispetto allo sviluppo del proprio figlio e sulle sollecitazioni da offrire per il migliore sviluppo interattivo. Si compone di due sezioni distinte, una per le risposte dei genitori e una per le risposte degli operatori. Lo strumento è stato studiato per essere utilizzato da operatori di base, pediatri di famiglia e assistenti sanitari. È abbastanza veloce da somministrare (circa 5 minuti) e ha scarse possibilità di errore.

## Quali gli indicatori di rischio a 18 mesi rilevabili dalla CHAT e specifici per la diagnosi di autismo?

Il bambino deve essere considerato a "rischio" quando:

- non si gira al richiamo;
- mostra uno sguardo sfuggente o iperfisso nei confronti dell'interlocutore;
- ha un gioco ripetitivo (mette in fila oggetti, li fa ruotare, li ammuccia) o caotico e non riesce ad organizzare un *gioco di finzione* (dare da mangiare al bambolotto o fargli fare nanna);
- non ha acquisito i *gesti deittici* dell'indicare con il dito al fine di fare rivolgere l'attenzione dell'altro su un oggetto o su un evento (*attenzione congiunta*) e i *gesti referenziali* (come il "ciao ciao" con la mano, coerente al contesto).

## Esistono casi in cui la CHAT a 18 mesi non solleva nel pediatra il dubbio del rischio di autismo?

È possibile nelle *forme borderline* con sintomi sfumati o quando il bambino ha acquisito alcune forme di verbalizzazione atipica ed episodica (ripete spot pubblicitari o la canzoncina del compleanno) ma non possiede le prime parole di richiesta per bisogni primari (come latte, acqua, pappa). Vi sono inoltre *forme con esordio regressivo* in cui, dopo un periodo di apparente normalità, nel corso del secondo anno di vita, si assiste a una regressione del comportamento sociale (la chiusura e lo sguardo sfuggente e la tendenza all'isolamento, il gioco solitario ripetitivo) e alla comparsa di comportamenti problematici "disadattivi" come difficoltà e reazioni esagerate alle esposizioni sociali (pianto e urla inconsolabili come reazione agli estranei, a luoghi nuovi) o particolare attaccamento alle routine (particolare attaccamento agli stessi vestiti, reazioni esagerate al cambio) o repentini viraggi dell'umore con reattività che rendono difficile la gestione del bambino nel quotidiano.

Per l'esistenza di questi casi a esordio tardivo è utile ripetere la CHAT al termine del secondo e del terzo anno di vita entro i 30 mesi.

## Qual è l'epoca di conferma della diagnosi di autismo e quale il periodo migliore per attivare l'intervento riabilitativo?

Entro i tre anni di vita, anche nei casi borderline, si può e si deve formulare la diagnosi di certezza di autismo, ma l'intervento deve essere attivato già nella fase in cui il neuropsichiatra infantile emette l'ipotesi diagnostica rispetto all'invio del pediatra, al fine di favorire quanto più possibile la ripresa precoce dello sviluppo armonico del bimbo. Il periodo dei 18-30 mesi è una "finestra di opportunità" unica rispetto al momento dello sviluppo e della "plasticità cerebrale". Pertanto è fondamentale la condivisione del percorso diagnostico terapeutico tra specialisti (pediatra e neuropsichiatra infantile) e genitori con una sintonia da sostenere sulla visione e la cura del bambino che ben presto diventerà adulto. ♦

Per corrispondenza:  
Angelo Spataro  
e-mail: [spataro.angelo@alice.it](mailto:spataro.angelo@alice.it)

# Uso dei corticosteroidi inalatori al bisogno nell'asma persistente lieve

Enrico Valletta

UO di Pediatria, Ospedale L. Morgagni - G. Pierantoni, AUSL di Forlì

Recensione dell'articolo: Martinez FD, Chinchilli VM, Morgan WJ, et al. Use of beclomethasone dipropionate as rescue treatment for children with mild persistent asthma (TREXA): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2011;377:650-7.

## Abstract

### *Inhaled corticosteroids as rescue medication in mild persistent asthma*

Daily use of inhaled corticosteroids is the mainstay for persistent asthma in children and adolescents. However, long-term treatment with inhaled corticosteroids has the potential for systemic side effects and patients' compliance is often suboptimal. Weaning or withdrawal (step-down) of treatment, after asthma control is achieved, is suggested but evidence-based recommendations are lacking. A recent study from five clinical centres in the USA indicates that rescue inhaled beclomethasone in association with albuterol could be a suitable step-down approach in children with mild persistent asthma. Additional randomised trials are needed to confirm this observation, searching for a strategy that can improve the compliance, control asthma exacerbations and minimise side effects of long-term corticosteroid treatment.

Quaderni acp 2011; 18(4): 150-153

**Key words** Beclomethasone. Mild persistent asthma. Linear growth

*I corticosteroidi inalatori sono un elemento fondamentale nella terapia dell'asma persistente nel bambino in età scolare e nell'adolescente. Il trattamento a lungo termine con i corticosteroidi inalatori non è, peraltro, privo di effetti collaterali e la compliance spesso incerta. Si pone il problema di quale strategia di step-down adottare una volta ottenuto un soddisfacente controllo dei sintomi nel bambino con asma persistente lieve. Un recente studio multicentrico statunitense indica come possibile scelta terapeutica l'uso, come farmaco di pronto impiego, secondo necessità, del beclometasone dipropionato somministrato in associazione con il salbutamolo. Occorrono ulteriori studi che confermino questa osservazione, ma l'obiettivo resta la prevenzione delle esacerbazioni asmatiche, riducendo al minimo i possibili effetti collaterali di una terapia protratta.*

**Parole chiave** Beclometasone. Asma persistente lieve. Crescita staturale

I corticosteroidi inalatori (CSI) sono un elemento fondamentale nella terapia dell'asma lieve-moderato nel bambino in età scolare e nell'adolescente. Nonostante il loro utilizzo anche prolungato e precoce non sia in grado di modificare la storia naturale dell'asma (studi PEAK, IFWIN e PAC) e non sia sempre associato a un miglioramento della funzione polmonare a lungo termine, tuttavia i vantaggi associati a un efficace trattamento antinfiammatorio appaiono indiscutibili [1-4]. I CSI controllano l'infiammazione eosinofila, influiscono positivamente sul calibro e sulla reattività bronchiali, proteggono contro l'asma da esercizio fisico e da stimolazione allergica

e prevengono le riesacerbazioni [5]. Per quanto non vi sia dimostrazione certa che l'uso dei CSI sia in grado di modificare la storia naturale dell'asma, tuttavia è riportato un miglioramento dei sintomi e della qualità di vita ed è anche segnalata una riduzione della morbilità e mortalità per asma [6]. Questi aspetti hanno trovato ampio spazio nelle più diffuse linee guida internazionali che raccomandano il trattamento continuativo con CSI a basse dosi nei bambini con asma lieve persistente al fine di controllare i sintomi e prevenire le riacutizzazioni [7-8]. Alcuni problemi restano, comunque, irrisolti: i possibili effetti sulla crescita staturale che sembrano tutt'altro che trascurabili, quale debba essere la durata stessa del trattamento, la spontanea tendenza dei pazienti a interrompere la terapia una volta raggiunto il controllo dei sintomi e i possibili regimi terapeutici alternativi che consentano uno *step-down*, utile sotto il profilo della sicurezza, ma, allo stesso tempo, accettabile sia in termini di compliance che di efficacia nella prevenzione delle riesacerbazioni [9].

rabili, quale debba essere la durata stessa del trattamento, la spontanea tendenza dei pazienti a interrompere la terapia una volta raggiunto il controllo dei sintomi e i possibili regimi terapeutici alternativi che consentano uno *step-down*, utile sotto il profilo della sicurezza, ma, allo stesso tempo, accettabile sia in termini di compliance che di efficacia nella prevenzione delle riesacerbazioni [9].

## Lo studio TREXA (Treatment for Asthma)

Lo studio multicentrico statunitense di Martinez e coll., che recensiamo, affronta alcuni di questi problemi aperti con un disegno fattoriale 2x2, nel quale si mettono a confronto quattro trattamenti con un doppio cieco randomizzato della durata di 44 settimane in bambini e adolescenti (6-18 anni) con asma lieve persistente. TREXA vuole verificare se la sospensione del CSI quotidiano, una volta raggiunto il controllo dell'asma, porti a un aumento del rischio di esacerbazione e se l'associazione del beclometasone al salbutamolo nella terapia di pronto intervento (indipendentemente dal fatto che sia in atto o meno una terapia continuativa con CSI) prevenga le riesacerbazioni meglio del solo salbutamolo. Lo schema dello studio è sintetizzato nella *tabella 1*. In sintesi, dopo un periodo di run-in di 4 settimane in terapia quotidiana con beclometasone inalatorio (40 µg x 2/die) e salbutamolo più placebo al bisogno, durante il quale l'asma doveva essere ben controllato e non dovevano verificarsi riesacerbazioni, i pazienti sono stati assegnati in maniera randomizzata a ciascuno dei quattro trattamenti previsti dal disegno dello studio:

1. Beclometasone x 2/die più beclometasone e salbutamolo al bisogno (gruppo 1 - COMBINATO).

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

telescopio



TABELLA 1: SCHEMA DEI TRATTAMENTI OGGETTO DELLO STUDIO (VEDI TESTO)

Terapia continuativa \ Terapia al bisogno	Beclometasone + Salbutamolo	Placebo + Salbutamolo
Beclometasone quotidiano	COMBINATO (Gruppo 1) randomizzati 71; completati 63	BECLOMETASONE QUOTIDIANO (Gruppo 2) randomizzati 72; completati 63
Placebo quotidiano	BECLOMETASONE AL BISOGNO (Gruppo 3) randomizzati 71; completati 58	PLACEBO (Gruppo 4) randomizzati 74; completati 50

TABELLA 2: HAZARD RATIOS (IC 95%) DI RIESACERBAZIONE ASMATICA RISPETTO AL GRUPPO 4 (PLACEBO)

Terapia continuativa \ Terapia al bisogno	Beclometasone + Salbutamolo	Placebo + Salbutamolo
Beclometasone quotidiano	0,56 (0,32-0,96) $p=0,033$ (*Hochberg, $p=0,066$ )	0,49 (0,28-0,85) $p=0,011$ (*Hochberg, $p=0,033$ )
Placebo quotidiano	0,62 (0,37-1,05) $p=0,073$ (*Hochberg, $p=0,073$ )	PLACEBO

\* Correzione di Hochberg per confronti multipli

TABELLA 3: FREQUENZA (IC 95%) DEI FALLIMENTI TERAPEUTICI NEI QUATTRO GRUPPI E CONFRONTO RISPETTO AL GRUPPO 4 (PLACEBO)

Terapia continuativa \ Terapia al bisogno	Beclometasone + Salbutamolo	Placebo + Salbutamolo
Beclometasone quotidiano	5,6% (1,6-14%) $p=0,012$	2,8% (0-12%) $p=0,009$
Placebo quotidiano	8,5% (2-15%) $p=0,024$	23% (14-34%)

2. Beclometasone x 2/die più placebo e salbutamolo al bisogno (gruppo 2 - BECLOMETASONE QUOTIDIANO).
3. Placebo x 2/die più beclometasone e salbutamolo al bisogno (gruppo 3 - BECLOMETASONE AL BISOGNO).
4. Placebo x 2/die più placebo e salbutamolo al bisogno (gruppo 4 - PLACEBO).

Il calcolo della numerosità del campione poneva come obiettivo il raggiungimento di 280 partecipanti allo studio, divisi in quattro gruppi di 70 soggetti ciascuno. La dose quotidiana di beclometasone era 1 puff (40 µg) mattino e sera e quella di beclometasone al bisogno era 2 puff ogni 2 puff (180 µg) di salbutamolo necessari per risolvere il sintomo. Obiettivo primario dello studio era verificare il tempo trascorso prima di incorrere in un'esacerbazione dell'asma che richiedesse l'uso sistemico del prednisone. Gli obiettivi secondari includevano la valutazione del

FEV<sub>1</sub>, dell'ossido nitrico esalato, del diario dei sintomi, dei questionari sul controllo dell'asma e sulla qualità di vita e l'andamento della crescita staturale. L'analisi statistica, effettuata per *intention to treat* utilizzando un modello di Cox, ha dovuto fare i conti, secondo gli Autori, con un'inattesa interazione tra beclometasone quotidiano e di pronto impiego e con una modifica, in corso d'opera, di alcuni criteri (relativi alle misure di funzionalità respiratoria e di broncoreattività) di eleggibilità alla randomizzazione. Questo ha portato a privilegiare il confronto separato tra i gruppi in trattamento (gruppi 1, 2 e 3) con il solo gruppo placebo (gruppo 4) e alla necessità di adottare un metodo statistico di correzione per confronti multipli (secondo Hochberg). Viene sottolineata dagli Autori la completa indipendenza dei ricercatori rispetto alla ditta fornitrice del beclometasone e del placebo per tutto quanto ha riguardato

la conduzione, l'elaborazione e la stesura dello studio.

### Risultati

L'analisi dei dati ha evidenziato un minor rischio di riesacerbazione asmatica nei bambini che erano in beclometasone quotidiano (gruppi 1 e 2) rispetto a quello trattato con placebo (gruppo 4), tendenza (per quanto non statisticamente significativa) confermata anche nel gruppo 3 (beclometasone al bisogno) rispetto al gruppo 4 (placebo). Il nuovo approccio statistico al quale sono stati costretti gli Autori per i motivi già accennati (confronto di ciascuno dei tre gruppi di trattamento vs il gruppo placebo) ha reso necessaria una correzione dei valori di significatività secondo Hochberg (meno conservativa del test di Bonferroni), non del tutto irrilevante ai fini dell'interpretazione finale dei risultati (tabella 2). Il 60% di quelli che venivano definiti *fallimenti della terapia* (in tutti i casi la

necessità di un secondo trattamento con prednisone nell'arco di sei mesi) si è verificato nel gruppo placebo, con una frequenza evidentemente superiore rispetto agli altri gruppi (tabella 3).

Tra gli obiettivi secondari va segnalato che l'uso del beclometasone al bisogno non ha influito sulla percentuale di giorni con asma ben controllato, né sulla qualità di vita o sulla frequenza del ricorso al salbutamolo. Molto evidente, invece, la riduzione dell'ossido nitrico esalato (riduzione dell'infiammazione delle vie aeree) nei bambini sottoposti a trattamento quotidiano con beclometasone (gruppi 1 e 2).

Dopo 44 settimane di studio i bambini che erano stati trattati continuativamente con il CSI (gruppi 1 e 2) erano cresciuti meno (-1,1 cm: DS 0,3) dei coetanei che avevano utilizzato il beclometasone solo episodicamente (gruppo 3) o non lo avevano utilizzato per nulla (gruppo 4). Nessuna influenza sulla crescita in altezza era da attribuire, invece, al beclometasone somministrato esclusivamente come terapia di pronto intervento (gruppo 3).

### Quali indicazioni

Rispetto all'obiettivo iniziale – cioè verificare se l'uso esclusivamente al bisogno dell'associazione beclometasone più salbutamolo fosse in grado di ridurre la frequenza delle esacerbazioni d'asma anche in assenza di una copertura continuativa con il CSI – alcune indicazioni sembrano emergere con discreta evidenza. La prima è che lo *step-down* dall'utilizzo continuativo a quello episodico (in associazione con il salbutamolo) del CSI è strada percorribile nell'asma lieve persistente dopo avere ottenuto un prolungato controllo dei sintomi. Quanto prolungato? Le linee guida britanniche e statunitensi dicono almeno tre mesi ed è questa un'indicazione sulla quale anche gli Autori dello studio concordano [7-8]. Chi ha fatto esclusivamente uso del beclometasone al bisogno (sempre associato al salbutamolo, s'intende) non sembra andare molto diversamente da chi ha fatto il CSI continuativamente, nel momento della comparazione con il placebo. Ma, ripetiamo, il confronto finale è stato fatto per ciascuno dei tre gruppi di tratta-

to contro il gruppo placebo e una parola definitiva non è possibile dirla. L'assunto iniziale che il trattamento combinato riducesse ulteriormente il rischio di esacerbazione rispetto al beclometasone quotidiano e al beclometasone al bisogno non ha trovato conferma nei dati di questo lavoro. Precedenti esperienze relative all'impiego dell'associazione budesonide/formoterolo sembravano indicare un più chiaro effetto additivo della budesonide associata al beta2 long-acting pur in presenza di un trattamento di base con CSI [10-12]. Le considerazioni possibili sono diverse; quello che è valido per il beta2 long-acting (formoterolo) può non valere per lo short-acting (salbutamolo); il fenotipo asmatico dei pazienti studiati è, come spesso succede, difficilmente confrontabile nei diversi setting di ricerca e, infine, è anche possibile che l'effetto additivo del trattamento combinato in corso di terapia continuativa con CSI sia meno marcato di quanto si pensi e, quindi, più difficile da apprezzare statisticamente.

Tutto sommato, qualche soddisfazione in più sembra emergere dai dati relativi a uno degli obiettivi secondari, ma che, a ben vedere, secondario non è poi troppo: l'effetto del CSI a lungo termine sulla velocità di crescita nel bambino. I bambini trattati continuativamente con il CSI erano cresciuti meno dei coetanei che avevano utilizzato il beclometasone solo episodicamente o non lo avevano utilizzato per nulla. È una conferma di timori già ripetutamente esplorati in letteratura e uno stimolo in più a cercare strategie di *step-down* che riducano il carico giornaliero di corticosteroidi senza pregiudicare il controllo dell'asma e la qualità di vita del bambino. Oltre al deficit di crescita sarebbe stato interessante conoscere anche i dati staturali effettivi dei bambini in ciascun gruppo e, considerando l'ampio range di età, una stratificazione in classi d'età avrebbe consentito una migliore comprensione di quanto osservato.

### Controllo dell'asma: il presente e il futuro

Da quando è apparso chiaro che l'asma è essenzialmente una malattia infiammato-

ria delle vie aeree, l'utilizzo dei CSI si è progressivamente affiancato a quello più tradizionale dei broncodilatatori e costituisce oggi l'elemento fondante della strategia di trattamento dell'asma persistente. I CSI a dosi progressivamente crescenti, con o senza l'associazione di un beta2 agonista, trovano impiego nelle forme persistenti lievi così come in quelle più gravi con indubbi vantaggi, ormai ampiamente dimostrati, in termini di controllo dei sintomi, qualità di vita, riduzione delle ospedalizzazioni e della mortalità [7-13]. È esperienza comune la drammatica riduzione dei ricoveri per asma negli ultimi 10-15 anni, segno di una accresciuta capacità di gestione e di controllo della malattia a livello ambulatoriale.

I farmaci efficaci ci sono, quindi, ma la prolungata compliance con il trattamento inalatorio, necessaria per poter mantenere un duraturo controllo dei sintomi, rappresenta un problema di non facile soluzione [14]. I pazienti preferiscono i farmaci somministrati per via orale piuttosto che per via inalatoria e l'80% dei soggetti che sembrano avere un asma difficile da trattare, in realtà, intraprende incoantemente la terapia inalatoria prescritta o, addirittura, la sospende. Se, nelle forme di asma persistente più impegnative, la motivazione alla terapia continuativa con CSI (qui a dosi più elevate) è comprensibilmente maggiore, probabilmente sono proprio i soggetti con asma lieve-medio ad avere una compliance terapeutica meno buona una volta raggiunto un accettabile controllo dei sintomi. D'altra parte le raccomandazioni riguardo alla durata del trattamento, ai tempi e alle modalità della sua sospensione, le possibili terapie alternative poggiano su evidenze non fortissime e lasciano un certo (troppo?) spazio di manovra. Vanno anche considerati i rischi di una terapia corticosteroidica prolungata che, per quanto condotta con farmaci inalatori a basso indice di assorbimento sistemico, non sono privi di effetti collaterali sulla crescita staturale. E su questo, come abbiamo visto, anche i dati di Martinez e coll. sono in accordo con la letteratura prevalente. Nell'attesa che nuove strategie terapeutiche dimostrino la loro effi-

cacia (la recente revisione di Barnes illustra molto bene le più accreditate linee della ricerca farmacologica applicata all'asma), si cerca di capire come gestire al meglio la terapia con i CSI e, soprattutto, come "svezzare" in maniera ragionata il bambino con asma lieve persistente da un trattamento cronico efficace senza esporlo a pericolose riesacerbazioni [15]. L'impiego del CSI come trattamento di pronto intervento, in associazione al broncodilatatore, è un'ipotesi ragionevole di *step-down* terapeutico che attende più robuste conferme da trial randomizzati. Un disegno (senz'altro più semplice di quello di Martinez e coll.) che metta a confronto il trattamento con CSI continuativo e beta2 short-acting al bisogno vs CSI e beta2 agonista entrambi al bisogno potrebbe dare utili indicazioni [9]. ♦

**Non conflitti di interesse da parte degli Autori.**

#### Bibliografia

- [1] Guilbert TW, Morgan WJ, Zeiger RS, et al. Long-term inhaled corticosteroids in preschool children at high risk for asthma. *N Engl J Med* 2006;354:1985-97.
- [2] Murray CS, Woodcock A, Lamgley SJ, et al. Secondary prevention of asthma by the use of inhaled fluticasone propionate in wheezy infants (IFWIN): double blind randomised, controlled study. *Lancet* 2006;368:754-62.
- [3] Bisgaard H, Hermansen MN, Loland L, et al. Intermittent inhaled corticosteroids in infants with episodic wheezing. *N Engl J Med* 2006;354:1998-2005.
- [4] Lødrup Carlsen KC, Devulapalli CS, Mowinckel P, et al. Lung function at 10 yrs is not improved by early corticosteroid treatment in asthmatic children. *Pediatr Allergy Immunol* 2010;21:814-22.
- [5] Parameswaran N. Early interventions with inhaled corticosteroids in asthma: benefits and risks. *Curr Opin Pulm Med* 2011;17:12-5.
- [6] Suissa S, Ernst P, Benayoun S, et al. Low-dose inhaled corticosteroids and the prevention of death from asthma. *N Engl J Med* 2000;343:332-6.
- [7] National Heart Lung and Blood Institute, National Asthma Education and Prevention Program. Expert panel report 3: guidelines for the diagnosis and management of asthma. 2007: 373-417. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf>.
- [8] British Thoracic Society and Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British guideline on the management of asthma. *Thorax* 2008;63 (suppl 4):1-121.
- [9] Checkley W. New insights into the treatment of persistent asthma. *Lancet* 2011;377:614-6.
- [10] O'Byrne PM, Bisgaard H, Godard PP, et al. Budesonide/formoterol combination therapy as both maintenance and reliever medication in asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:129-36.
- [11] Rabe KF, Pizzichini E, Stallberg B, et al. Budesonide/formoterol in a single inhaler for maintenance and relief in mild-to-moderate asthma: a randomized, double-blind trial. *Chest* 2006;129:246-56.
- [12] Bisgaard H, Le Roux P, Bjamer D, Dymek A, Vermeulen JH, Hultquist C. Budesonide/formoterol maintenance plus reliever therapy: a new strategy in pediatric asthma. *Chest* 2006;130:1733-43.
- [13] Bateman ED, Hurol SS, Barnes PJ, et al. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *Eur Respir J* 2008; 31:1431-78.
- [14] Burgess SW, Sly PD, Morawska A, Devadason SG. Assessing adherence and factors associated with adherence in young children with asthma. *Respirology* 2008;13:559-63.
- [15] Barnes PJ. New therapies for asthma: is there any progress? *Trends Pharmacol Sci* 2010;31:335-43.

## NO COMMENT

### E. COLI, GERMI DI SOIA E "CLOSE COLLABORATION"

1. Il 22 maggio la Germania segnala, ad Amburgo, un sostanziale aumento dei casi di sindrome uremico-emolitica e di diarrea emattica da *E. coli* produttore di tossina Shiga-simile.
2. L'Istituto, famosissimo, R. Kock riporta uno studio caso-controllo che attribuisce al cetriolo la colpa dell'evento.
3. Le autorità sanitarie di Amburgo dichiarano che i cetrioli colpevoli sono quelli spagnoli.
4. Panico e confusione.
5. Il 2 giugno la Russia blocca le importazioni di vegetali da tutta la UE. Gli Emirati Arabi, più ragionevoli, limitano la decisione a qualche Stato della UE.
6. Il 5 giugno il Ministero dell'Agricoltura tedesco afferma che la causa va ricercata nei germogli di soia locali.
7. Il 7 giugno la Germania non è più sicura di quanto sopra. Ci sono contraddizioni nei reperti.

**Domanda:** Non c'è un Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie?

**Risposta:** C'è; è nato nel 2005 e deve lavorare "in close collaboration" con gli Stati membri.

**Commento:** Speriamo nella volta prossima.

# La valutazione del dolore nel bambino con severo deficit cognitivo

Marta Massaro\*, Giuliana Pisciotto\*, Laura Badina\*, Luca Ronfani\*\*, Patrizia Vallon\*\*\*, Egidio Barbi°, Alessandro Ventura\*

\*Clinica Pediatrica; \*\*Servizio di Epidemiologia e Biostatistica; \*\*\*Anestesia e Rianimazione; °Pediatría di Urgenza, IRCCS Burlo Garofolo, Università di Trieste

## Abstract

### *Pain's evaluation in children with severe cognitive impairment*

**Background** Pain is a common, important, but often neglected problem for cognitive impaired children.

**Objectives** 1) To evaluate paediatricians' attitudes toward pain in children with severe cognitive impairment in the North East of Italy. 2) To compare the qualities of 3 observational pain scales, two of which are specific for children with cognitive impairment (the NCCPC-PV, the DESS) and one (the CHEOPS) is not.

**Methods** 1) A phone interview regarding the current method used to evaluate pain in cognitive impaired children and the use of procedural sedation was performed in all the pediatric wards of North East of Italy. 2) Twenty patients with cognitive impairment were assessed for pain level using these tools by 2 external observers and by the caregiver. For all scales inter-rater reliability, dependence from knowledge of child's behavior, simplicity of use and correctness in rating of pain were measured.

**Results** 1) Cognitive impaired children are almost never assessed for pain by means of the appropriate tools in the surveyed area. 2) The 2 specific pain scales showed a better consistency in discriminating pain, especially the NCCPC-PV resulted the most simple and independent from the knowledge of the child.

**Discussion** It is necessary to develop a culture of attention to pain in non communicating children. The NCCPC-PV is an appropriate tool to be used in a clinical setting.

Quaderni acp 2011; 18(4): 154-158

**Key words** Pain. Cognitive impairment. NCCPC-PV. DESS. CHEOPS.

**Introduzione** Il dolore è un problema rilevante ma spesso trascurato nei bambini con deficit cognitivo.

**Obiettivi** 1) Indagare il livello di attenzione al dolore di questi pazienti nel Triveneto. 2) Confrontare le qualità di tre diverse scale osservazionali per la valutazione del dolore, di cui due specifiche per bambini con ritardo mentale (NCCPC-PV e DESS) e una non specifica (CHEOPS).

**Materiali e metodi** 1) È stato indagato l'impiego delle scale specifiche per il dolore e della sedazione procedurale nei bambini non comunicanti in tutti i reparti pediatrici del Triveneto, attraverso questionari telefonici. 2) Sono stati reclutati 20 bambini con deficit cognitivo. Due osservatori esterni e il caregiver hanno misurato il loro dolore utilizzando le tre scale sopra indicate, per confrontarne riproducibilità, semplicità d'uso, oggettività e correttezza.

**Risultati** 1) Il dolore dei bambini con deficit cognitivo non viene quasi mai valutato correttamente nell'area indagata. 2) Le due scale specifiche hanno dimostrato una migliore coerenza nella discriminazione del dolore, in particolare la NCCPC-PV si è dimostrata la scala più semplice e oggettiva rispetto alle altre.

**Discussione** È necessario sviluppare una cultura di attenzione al dolore nel bambino con deficit cognitivo. La NCCPC-PV è uno strumento adeguato per l'utilizzo nella pratica clinica.

**Parole chiave** Dolore. Deficit cognitivo. NCCPC-PV. DESS. CHEOPS

## Introduzione

I bambini con grave deficit cognitivo, da qualsiasi causa, provano dolore più frequentemente rispetto ai loro coetanei sani. Breaux e coll. hanno dimostrato che

una percentuale dal 35% al 52% di questi bambini sperimenta dolore clinicamente significativo ogni settimana, in media per 9-10 ore: un tasso significativamente maggiore rispetto a quello rile-

vato nei bambini senza ritardo mentale [1-2]. Il loro dolore è dovuto sia a condizioni associate alla malattia di base (spasmi muscolari causati dalla spasticità, reflusso gastro-esofageo, costipazione, lussazione dell'anca, fratture patologiche) sia alle procedure medico-chirurgiche invasive a cui devono spesso sottoporsi (iniezioni di tossina botulinica, gastroscopie, prelievi di sangue, bonifica dentaria, interventi chirurgici) [3-7]. Secondo due studi multicentrici recentemente condotti in Europa su bambini con paralisi cerebrale infantile, il dolore è uno dei maggiori fattori che influiscono negativamente sulla qualità della vita di questi pazienti e delle loro famiglie [8-9]. Tuttavia esso rimane spesso non adeguatamente misurato e trattato [10]. In due studi di confronto sulla gestione del dolore postoperatorio in bambini con e senza deficit cognitivo, sono state rilevate differenze a sfavore dei primi per quanto riguarda la misurazione del dolore, la dose di oppioidi ricevuta e l'accesso all'analgesia "patient-nurse controlled" [11-12]. La misurazione del dolore è un prerequisito fondamentale per impostare la terapia analgesica, ma è spesso complicata in questo gruppo di pazienti dalla loro limitazione nella comunicazione, dalla presenza di problematiche dolorose complesse, ma anche da una sorta di rassegnazione da parte dei genitori e dei curanti. Le scale di eterovalutazione del dolore comunemente impiegate nella pratica clinica, come ad esempio la CHEOPS, o strumenti che si basano solamente sull'espressione del viso, come il FACS, non sono adeguati per questi bambini, perché essi non mostrano le reazioni al dolore tipiche dei loro coetanei sani. Defrin e coll. hanno sottolineato che molti pazienti con disturbo cognitivo grave-profondo possono manifestare, durante uno stimolo doloroso, una mancanza di mimica facciale dovuta proprio a una reazione di "freezing" dolore-correlata [13]. Servono quindi delle scale

Per corrispondenza:  
Egidio Barbi  
e-mail: ebarbi@libero.it

aggiornamento avanzato

TABELLA 1: CARATTERISTICHE DELLE TRE SCALE IMPIEGATE

	DESS (Echelle Douleur Enfant San Salvador)	NCCPC-PV (Non-Communicating Children's Pain Checklist Postoperative Version)	CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)
Range di età	6-33	3-19	1-7
Indicatori			
Volto	x	x	x
Voce	x	x	x
Attività motoria	x	x	x
Socialità	x	x	
Fisiologia	x	x	
Tempo di osservazione		10 minuti	
Numero di voci (intervalli metrici)	10 (0-40)	27 (0-81)	6 (4-13)
Cut-off	≥2 dolore possibile ≥6 dolore che richiede trattam.	≥6 dolore lieve ≥11 dolore da mod. a severo	≥7 dolore lieve ≥9 dolore moderato-severo

osservazionali per la valutazione del dolore che siano specifiche e appositamente pensate per questi pazienti; sono reperibili in letteratura diversi strumenti che rispondono a tali esigenze, tra cui troviamo la NCCPC-PV (Non-Communicating Children's Pain Checklist Postoperative Version) e la DESS (Echelle Douleur Enfant San Salvador) [14-19].

### Obiettivi dello studio

- Valutare l'atteggiamento dei pediatri della nostra area geografica rispetto al dolore dei bambini con deficit cognitivo severo, indagando l'uso delle scale specifiche per la misurazione del dolore e l'impiego della sedazione in corso di iniezione di tossina botulinica, procedura frequente in questo gruppo di pazienti.
- Comparare le caratteristiche di tre scale di eterovalutazione del dolore, di cui due specifiche per bambini con deficit cognitivo (NCCPC-PV e DESS) e una non specifica (CHEOPS), ma che ha costituito finora l'unico strumento impiegato nel nostro ospedale per valutare il dolore nei bambini non collaboranti (Tabella 1). In particolare abbiamo messo a confronto la riproducibilità tra i diversi operatori, la coerenza dei risultati delle diverse scale in termini di discriminazione del dolore e la facilità d'uso di ogni scala.

### Materiali e metodi

Abbiamo indagato in che modo venga valutato il dolore nei bambini con deficit cognitivo in tutti i reparti pediatrici del

Triveneto (Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige e Veneto). La popolazione pediatrica (0-18 anni) stimata in quest'area consta di circa 1.300.000 individui. Sono stati contattati 56 ospedali, di primo, secondo e terzo livello, di cui 4 universitari e 6 reparti chirurgici. È stato somministrato al medico di turno, da parte di due degli Autori, un questionario telefonico riguardante l'utilizzo di routine delle scale di valutazione per il dolore nel reparto, con particolare attenzione a quelle specifiche per i bambini con ritardo mentale. Tutte le telefonate sono state effettuate nel pomeriggio, così da contattare in maniera casuale il medico di turno ed evitare di fare riferimento solo ai locali esperti della terapia del dolore. Inoltre abbiamo identificato quattro centri, nella stessa area, che praticano di routine l'iniezione di tossina botulinica e abbiamo condotto un'intervista telefonica informandoci sui metodi di gestione del dolore da loro impiegati e/o sull'uso di sedazione procedurale in questa situazione. Sono stati reclutati 20 bambini privi di comunicazione verbale dovuta a ritardo mentale. Due osservatori esterni che non conoscevano il bambino e il caregiver hanno valutato il dolore di ognuno di loro utilizzando le tre scale: CHEOPS, NCCPC-PV e DESS. La valutazione è stata effettuata dai tre operatori contemporaneamente, in un momento in cui il bambino aveva presumibilmente dolore, per esempio durante l'iniezione di tossina botulinica o nel postoperatorio. Ai tre operatori era proibito scambiarsi opinioni riguardo alla compilazione dei questionari, tuttavia era possibile per i due

osservatori esterni chiedere informazioni al caregiver riguardo al comportamento abituale del bambino. Alla fine della valutazione è stato chiesto a tutti e tre gli operatori di quantificare la facilità d'uso di ogni scala. Inoltre, è stato anche chiesto agli osservatori esterni di quantificare quanto spesso avevano dovuto chiedere informazioni al caregiver per compilare ciascuna scala, mentre ai caregiver è stato domandato quanto, secondo loro, il risultato di ogni scala corrispondesse alle effettive condizioni del bambino.

### Metodi statistici

I dati sono presentati come numeri e percentuali in caso di variabili categoriche, come medie e deviazioni standard in caso di variabili continue.

La variabilità tra osservatori (riproducibilità) nell'uso delle diverse scale è stata valutata con il coefficiente di correlazione intraclasse (ICC).

In aggiunta, visto che le scale hanno intervalli metrici diversi (NCCPC-PV: 0-81; DESS: 0-40; CHEOPS: 4-13), i punteggi assegnati sono stati codificati sulla base dei cut-off indicati in letteratura come:

- dolore assente o lieve;
- dolore da moderato a severo.

Sono stati utilizzati i seguenti cut-off:

- NCCPC-PV → ≤ 10 dolore lieve o assente; >10 dolore da moderato a severo;
- DESS → ≤ 5 dolore lieve o assente; >5 dolore da moderato a severo;
- CHEOPS → ≤ 8 dolore lieve o assente; >8 dolore da moderato a severo.

La statistica kappa è stata successivamente utilizzata per valutare l'agreement tra osservatori nell'uso delle singole scale. I valori di ICC e di kappa di Cohen indicano:

≤ 0,40 accordo da scarso a discreto,  
0,41–0,60 accordo moderato,  
0,61–0,80 accordo buono,  
0,81–1,00 accordo eccellente.

Per confrontare le 3 scale di dolore utilizzate e valutare se forniscono un risultato simile tra di loro o se ci sono differenze nella identificazione del dolore, sono state realizzate 2 analisi:

- correlazione (coefficiente di Spearman);
- agreement tra le 3 scale dopo dicotomizzazione in dolore assente o lieve vs dolore da moderato a severo, valutato con la kappa di Cohen.

## Risultati

**Impiego delle scale per la valutazione del dolore nel Triveneto:** hanno risposto 55 reparti pediatrici su 56 contattati. Solo in un centro, in Trentino Alto Adige, viene utilizzata una scala specifica per pazienti con deficit cognitivo, la scala DESS. In nessun reparto viene utilizzata la NCCPC-PV.

**Impiego dell'analgisia o della sedazione procedurale in corso di iniezione di tossina botulinica:** in un centro viene utilizzata la crema EMLA, in un altro il cloruro di etile. In due centri non viene utilizzato alcun tipo di analgesia. Nessun centro ha riportato di fare uso della sedazione procedurale.

### Confronto fra le tre scale per la valutazione del dolore

Sono stati inclusi nello studio 20 bambini (10 maschi e 10 femmine) con un'età media di 8,3 anni e una deviazione standard di 5,3 anni. Tutti i pazienti reclutati presentavano un deficit cognitivo tale per cui erano incapaci di comunicazione verbale. Per la maggior parte dei bambini (il 65%) il deficit cognitivo era dovuto a paralisi cerebrale, mentre per un altro 25% a una malattia genetica. Il 70% del campione presentava come esito della sua patologia una tetraparesi o tetraplegia spastica (*tabella 2*). Gli stimoli dolorosi durante i quali sono stati valutati i pazienti sono riassunti nella *tabella 3*.

Nell'80% delle valutazioni il caregiver è stato rappresentato da un genitore o da

**TABELLA 2: DIAGNOSI DELLA POPOLAZIONE**

Diagnosi	N°	%
Paralisi cerebrale Infantile	13 (11 con tetraparesi spastica)	65
Malattia genetica	5	25
Danno cerebrale da incidente	1 (con tetraparesi spastica)	5
Altro	1	5

**TABELLA 3: STIMOLI DOLOROSI DURANTE I QUALI SONO STATI VALUTATI I PAZIENTI**

Stimolo doloroso	N°	%
Postoperatorio	8	40
Iniezione di tossina botulinica	5	25
Infezione	2	10
Altro	5	25

**TABELLA 4: CONFRONTO DEI RISULTATI DELLE TRE SCALE DI VALUTAZIONE UTILIZZATE**

Diagnosi	Spearman	k
NCCPC-PV vs CHEOPS	0,70	0,54
DESS vs CHEOPS	0,76	0,71
NCCPC-PV vs DESS	0,75	0,81

**TABELLA 5: PERCENTUALE DI VALUTAZIONI IN CUI LA SCALE È STATA VALUTATA DI FACILE ESECUZIONE**

	NCCPC-PV	DESS	CHEOPS
OE1	80%	20%	40%
OE2	75%	40%	25%
CG	40%	30%	65%

**TABELLA 6: FREQUENZA CON CUI SONO STATE CHIESTE INFORMAZIONI AL CAREGIVER DA PARTE DEGLI OSSERVATORI ESTERNI**

	Mai	Qualche volta	Spesso	
NCCPC-PV	OE1	95%	5%	-
	OE2	65%	35%	-
DESS	OE1	55%	30%	15%
	OE2	35%	35%	30%
CHEOPS	OE1	80%	20%	
	OE2	60%	35%	5%

un parente; solo in quattro casi è stato rappresentato da un'infermiera, che comunque conosceva il bambino.

*Valutazione della riproducibilità tra gli operatori:* la concordanza complessiva è buona per tutte e tre le scale, e risulta essere migliore per la scala DESS. La concordanza tra i due operatori esterni è

sempre migliore rispetto a quella di ognuno dei due operatori esterni con il caregiver raggiungendo per la DESS una concordanza eccellente. La scala DESS risulta comunque avere una concordanza maggiore, anche quando si considerino i risultati dei due operatori esterni rispetto al caregiver.

*Confronto dei risultati delle 3 scale (tabella 4):* sia il coefficiente di Spearman che la kappa di Cohen (applicata dopo dicotomizzazione dei risultati in dolore assente o lieve vs dolore da moderato a severo) dimostrano che i punteggi delle scale NCCPC-PV e DESS hanno una maggiore coerenza tra loro ( $p < 0,001$ ), rispetto a quella che si ottiene confrontando ognuna di esse con la CHEOPS.

*Facilità d'uso di ogni scala (tabella 5):* entrambi gli operatori esterni ritengono la scala NCCPC-PV in larga misura di facile utilizzo, mentre questo è vero solo per il 40% dei caregiver. Nel 65% dei casi il caregiver identifica la scala CHEOPS come facile, in disaccordo con gli operatori esterni.

*Opinione del caregiver riguardo alla corrispondenza tra il risultato di ogni scala e le condizioni effettive del bambino:* nell'80% delle valutazioni i caregiver dichiarano che la NCCPC-PV misura correttamente il dolore del loro bambino, nel 70% delle valutazioni questo si è verificato per la CHEOPS e nel 65% per la DESS.

*Richiesta di informazioni al caregiver da parte degli osservatori esterni (tabella 6):* la NCCPC-PV è la scala che ha richiesto meno informazioni sul bambino per poter essere compilata. Gli operatori esterni hanno dichiarato di non aver mai chiesto informazioni al caregiver rispettivamente nel 95% e nel 65% dei casi, mentre per la CHEOPS questo è avvenuto rispettivamente nell'80% e nel 60% dei casi. La DESS sembra essere la scala più dipendente dalla conoscenza del bambino, dato che gli operatori esterni hanno chiesto informazioni al caregiver rispettivamente nel 45% e nel 65% dei casi.

## Discussione e conclusioni

I dati ottenuti dalla prima parte del nostro studio dimostrano che nell'area geografica indagata il dolore dei bambini non comunicanti non è quasi mai misurato con le scale appropriate. Anche se si tratta di una zona geograficamente piccola, riteniamo sia rappresentativa della realtà italiana: essa infatti comprende 4 ospedali universitari e 6 reparti di chirurgia pediatrica, oltre a essere un'area nota per l'alto standard di assistenza sanitaria pediatrica, con un significativo tasso di attrazione di pazienti da altre regioni. La scelta di intervistare i medici di turno nel pomerig-

gio, senza precedenti accordi, è stata fatta nel tentativo di costruire un quadro più rappresentativo possibile della reale pratica clinica quotidiana. Il numero di centri coinvolti e il tasso di risposta quasi totale (55 su 56) garantiscono ulteriormente sulla rappresentatività del campione.

Le carenze nella misurazione del dolore rilevate da questo studio potrebbero avere come risultato un sottotrattamento del dolore, il che è particolarmente importante se consideriamo le forti evidenze che dimostrano come i bambini con deficit cognitivo provino più dolore dei bambini sani e che esso potrebbe influire sulle loro capacità adattative a lungo termine, perché l'impatto del dolore su queste ultime è tanto maggiore quanto più severo è il deficit intellettuale e va a interessare tutte le aree funzionali (comunicazione, capacità motorie, sociali, attività quotidiane) [1-20].

È noto che i bambini con patologie croniche vanno più spesso incontro a dolore procedurale e che la sedazione procedurale dovrebbe essere considerata [21]. Per questo abbiamo scelto di valutare l'uso della sedazione in corso di una tra le più comuni procedure effettuate sui bambini con paralisi cerebrale infantile: l'iniezione di tossina botulinica. La pratica clinica ci suggerisce che anche se tale procedura non provoca un dolore così importante, è pur sempre frequentemente ripetuta e potrebbe essere causa di significativo disagio per questi bambini. La mancanza di sedazione suggerisce un basso livello di attenzione al dolore di questi bambini anche in tale specifica situazione. Sono segnalate in letteratura strategie semplici e sicure, come la somministrazione di protossido d'azoto o di midazolam orale [22].

In conclusione, questi dati dimostrano che, nell'area indagata, l'attenzione dei pediatri nei confronti del dolore nei bambini con deficit cognitivo è ancora penalizzata dalla mancanza di un'appropriate misurazione dello stesso. Crediamo che iniziare a usare le scale appropriate per questi bambini nella pratica clinica quotidiana sia un punto di partenza necessario, semplice, poco costoso, e che non comporterebbe l'impiego di molto tempo. Al momento infatti sono proprio questi pazienti più indifesi a essere a maggior rischio di provare dolore e ad avere minor possibilità di essere trattati.

Per quanto riguarda la seconda parte dello studio, confrontando i risultati delle tre scale, notiamo che quelle specifiche (NCCPC-PV e DESS) presentano risultati molto simili tra loro in termini di discriminazione della presenza e intensità del dolore. L'accordo tra queste ultime con la scala non specifica (CHEOPS) risulta invece sempre minore. Questo è un dato molto importante, che sottolinea come strumenti adeguati possano meglio rilevare il dolore nei bambini con deficit cognitivo rispetto a quelli non specifici.

Tutte le scale hanno dimostrato di avere una buona riproducibilità tra gli operatori; il fatto che questa fosse sempre migliore tra i due osservatori esterni potrebbe indicare che tali strumenti sono meglio utilizzati nelle mani di operatori competenti, mentre i caregiver non avevano ricevuto alcun tipo di addestramento. La DESS risulta essere la scala con la migliore riproducibilità tra gli operatori, tuttavia è anche quella che è risultata più dipendente dalla conoscenza del bambino. Questo è dovuto al fatto che essa richiede di confrontare il comportamento attuale del paziente con quello abituale, rendendo lo strumento meno valido quando l'osservatore non conosce il bambino [14]. Il fatto che gli osservatori esterni abbiano segnalato la DESS come di facile esecuzione in un numero relativamente basso di valutazioni potrebbe riflettere proprio tale difficoltà.

Per quanto riguarda la facilità d'uso delle scale, i caregiver in generale hanno preferito la CHEOPS, in disaccordo con gli osservatori esterni che invece hanno dato la preferenza alla NCCPC-PV. Il motivo potrebbe essere ricercato nel fatto che la CHEOPS è molto più corta e di più immediata comprensione, mentre la NCCPC-PV contiene molte più voci, a loro volta strutturate in sei sottoscale. Bisogna, inoltre, considerare che le valutazioni venivano spesso effettuate nell'immediato postoperatorio, momento critico per il genitore a causa delle condizioni del bambino; nonostante si fosse cercato di evitare problemi di comunicazione incontrando i caregiver il giorno prima dell'intervento per spiegare lo studio e chiedere la loro collaborazione, non sempre al momento della valutazione hanno mostrato l'attenzione necessaria nella compilazione dei questionari.

Anche se minore rispetto alla DESS, la NCCPC-PV ha dimostrato comunque

una buona riproducibilità tra gli operatori. Inoltre presenta altre qualità: è la scala che richiede meno informazioni da parte del caregiver per essere compilata, e questo significa che può essere facilmente utilizzata anche da osservatori che non conoscono bene il bambino; è la scala che è stata più spesso considerata facile da parte degli osservatori esterni e anche se i caregiver non hanno manifestato la stessa opinione, hanno dichiarato che essa valutava correttamente il dolore del loro bambino più spesso rispetto alle altre scale (80% dei casi).

In conclusione, la NCCPC-PV risponde ai necessari requisiti di riproducibilità, accuratezza e semplicità d'uso e pertanto riteniamo che essa possa essere raccomandata per l'utilizzo nella pratica clinica.

Dato che il nostro campione è composto da soli 20 individui, saranno necessari ulteriori studi per confermare i nostri risultati. ♦

#### *Non conflitti di interesse da parte degli Autori.*

#### *Bibliografia*

- [1] Breau LM, Campfield CS, McGrath PJ, Finley GA. The incidence of pain in children with severe cognitive impairments. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:1219-26.
- [2] Perquin CW, Hazerbroek-Kampschreur AA, Bohnen AM, et al. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain* 2000;87:51-8.
- [3] Hunt A, Burne R. Medical and nursing problems of children with neurodegenerative disease. *Palliat Med* 1995;9:19-26.
- [4] McKearnan KA, Kieckhefer GM, Engel JM, et al. Pain in children with cerebral palsy: a review. *J Neurosci Nurs* 2004;36:252-9.
- [5] Breau LM, McGrath PJ, Camfield C, et al. Preliminary validation of an observational pain checklist for person with cognitive impairment and inability to communicate verbally. *Dev Med Child Neurol* 2000;42:609-16.
- [6] Doralp S, Bartlett DJ. The prevalence, distribution, and effect of pain among adolescents with cerebral palsy. *Pediatr Phys Ther* 2010;22:26-33.
- [7] Houlihan CM, O'Donnell M, Conaway M, Stevenson RD. Bodily pain and health-related quality

of life in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2004;46:305-10.

[8] Arnaud C, White-Koning M, Michelsen SI, et al. Parent-Reported Quality of Life of Children With Cerebral Palsy in Europe. *Pediatrics* 2008;121:54-64.

[9] Parkinson KN, Gibson L, Dickinson HO, Colver AF. Pain in children with cerebral palsy: a cross-sectional multicentre European study. *Acta Paediatr* 2010 Mar;99:446-51. Epub 2009 Dec 10.

[10] Stallard P, Williams L, Lenton S, Velleman R. Pain in cognitively impaired, noncommunicating children. *Arch Dis Child* 2001;85:460-2.

[11] Malviya S, Voepel-Lewis T, Tait AR, et al. Pain management in children with and without cognitive impairment following spine fusion surgery. *Paediatr Anaesth* 2001;11:453-8.

[12] Koh JL, Fanurik D, Harrison RD, et al. Analgesia following surgery in children with and without cognitive impairment. *Pain* 2004;111:239-44.

[13] Defrin R, Lotan M, Pick CG. The evaluation of acute pain in individuals with cognitive impairment: a differential effect of the level of impairment. *Pain* 2006;124:312-20.

[14] Breau LM, Burkitt C. Assessing pain in children with intellectual disabilities. *Pain Res Manag* 2009;14:116-20.

[15] Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke C, et al. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Paediatr Anaesth* 2006;16:258-65.

[16] Terstegen C, Koot HM, de Boer JB, Tibboel D. Measuring pain in children with cognitive impairment: pain response to surgical procedures. *Pain* 2003;103:187-98.

[17] Breau LM, Finley GA, McGrath PJ, Camfield CS. Validation of the non-communicating children's pain checklist-postoperative version. *Anesthesiology* 2002;96:528-35.

[18] Breau LM, McGrath PJ, Camfield CS, Finley GA. Psychometric properties of the non-communicating children's pain checklist-revised. *Pain* 2002;99:349-57.

[19] Collignon P, Giusiano B. Validation of a pain evaluation scale for patients with severe cerebral palsy. *Eur J Pain* 2001;5:433-42.

[20] Breau LM, Camfield CS, McGrath PJ, Finley GA. Pain's impact on adaptive functioning. *J Intellect Disabil Res* 2007;5:125-34.

[21] Barbi E, Gerarduzzi T, Marchetti F. Managing chronic pain in children and adolescents: procedural sedation should be considered. *BMJ* 2003;327:681.

[22] Zier JL, Rivard PF, Krach LE, Wendorf HR. Effectiveness of sedation using nitrous oxide compared with enteral midazolam for botulinum toxin A injections in children. *Dev Med Child Neurol* 2008;50:854-8.

## EARLY CHILD DEVELOPMENT: UNA INIZIATIVA ACP

Sono in corso gli incontri del gruppo di lavoro su Early Child Development, coordinato da G. Tamburlini e promosso in accordo con OMS, Ufficio Europeo e EPA/UNEPSA, nel quadro di iniziative finalizzate a migliorare la qualità delle cure nell'area del child development.

Vi partecipano Gherardo Rapisardi, Monica Pierattelli e Adrienne Davidson (in qualità di formatori in Pediatria dello sviluppo), Donella Prospero (FIMP), Marina Picca (SIP/SICUP), Andrea Guzzetta (IRCCS Stella Maris, SINPIA), Federica Zanetto (ACP). Si sta delineando il documento che verrà presentato nella sessione pre-congressuale ACP di Roma, a ottobre: una proposta sugli indici di sicurezza normalità dello sviluppo psicomotorio più significativi nei primi tre anni di vita, valutabili dal pediatra con l'osservazione e il colloquio con i genitori.

Il gruppo sta lavorando sulla base di una impostazione che vede il pediatra acquisire e padroneggiare un quadro concettuale sullo sviluppo basato su 4/5 dimensioni (fine motor, gross motor language cognitive and social/emotional), mirato alla promozione dello sviluppo psicomotorio e che tiene conto della variabilità individuale, evitando tappe rigide e produzione di score complessivi o adozione di schemi di valutazione semiquantitativi quali quelli proposti in US (PEDS Ages and Stages). Altro obiettivo è quello di provare a uniformare ciò che viene attualmente osservato dal pediatra, superando l'attuale grande differenza e disomogeneità presente anche in Italia, tra regione e regione.

La proposta di valutazione, che dovrà essere intanto testata in queste prossime settimane negli ambulatori pediatrici (in ACP potranno essere i referenti regionali a individuare ciascuno 3-4 pediatri rappresentativi della realtà locale), prevede anche l'allestimento di un dvd, da utilizzare nei singoli contesti, individualmente o in eventi formativi dedicati.



# Insidie diagnostiche nella Malattia di Kawasaki del lattante

Michela Giovannini, Carlotta Farneti, Elena Desiderio, Sara Ciccone, Giulia Guerrini  
 Clinica Pediatrica, Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Anna, Ferrara

**Abstract**

**Diagnostic pitfalls in infants Kawasaki disease**

*Kawasaki disease (MK) is an acute febrile multisystem vasculitis with a peak incidence between 9 and 11 months of life. Sometimes infants under the age of 6 months can be affected: in this case, as outlined in this paper, a diagnostic delay is common, because of the lower index of suspicion and the frequent incomplete or atypical presentation. We describe two cases of infants younger than 3 months, referred to our hospital. In both cases diagnosis was delayed due to confounding factors; one of the two patients also presented an atypical form. We provide a review of literature.*

*Quaderni acp 2011; 18(4): 159-163*

**Key words** Kawasaki disease. Atypical form. Incomplete form. Infant

La Malattia di Kawasaki (MK) è una vasculite multisistemica acuta febbrile con un picco d'incidenza tra i 9 e gli 11 mesi. Talvolta però è colpito il lattante di età inferiore ai 6 mesi: in questo caso il ritardo diagnostico è frequente, per il più basso indice di sospetto e la frequente presentazione incompleta o atipica, come sottolineato in questo lavoro. Vengono descritti due casi clinici di lattanti di età inferiore ai 3 mesi, condotti presso il nostro Ospedale. In entrambi la diagnosi è stata ritardata da elementi confondenti; uno dei due pazienti ha presentato inoltre una forma di MK atipica. Viene riportata una revisione della letteratura.

**Parole chiave** Malattia di Kawasaki. Forma atipica. Forma incompleta. Lattante

Due lattanti, diagnosticati come Malattia di Kawasaki (MK), ci hanno consentito di renderci conto dei problemi che la diagnosi di questa malattia pone al pediatra.

**Primo caso**

Un lattante di 2 mesi giunge in Pronto Soccorso perché da due giorni presenta febbre (T 38,7 °C), diarrea, diuresi ridotta, difficoltà nell'alimentazione, irritabilità e comparsa di eruzione cutanea (figura 1).

All'esame obiettivo presenta discrete condizioni generali, T 39,6 °C, esantema maculo-papulare al tronco, iperemia congiuntivale bilaterale, cheilite e linfonomegalia latero-cervicale.

Gli esami ematochimici mostrano leucocitosi neutrofila (GB 32.830/mm<sup>3</sup>; neutrofili 18.380/mm<sup>3</sup>) con alterazione degli indici di flogosi (PCR 9,1 mg/dl). L'esame delle urine risulta positivo per leucociti (500/μl), eritrociti (47/μl), proteine (75 mg/dl). Nel sospetto di infezione delle vie urinarie, viene iniziata terapia parenterale con gentamicina + ampicillina-

sulbactam. L'urinocoltura risulterà positiva per *E. coli* (15.000.000 UFC/ml). Nelle giornate successive si assiste a miglioramento clinico fino allo sfebbramento in settimana giornata, quando compare edema alle estremità.

Gli esami ematochimici rilevano inoltre un incremento della leucocitosi neutrofi-

la, degli indici di flogosi e del numero di piastrine (748.000/mm<sup>3</sup>). Posta diagnosi di MK, in nona giornata dall'inizio della febbre si somministrano immunoglobuline (Ig) per via endovenosa (2 g/kg, in monosomministrazione) e si inizia acido acetilsalicilico (ASA) a dosaggio antinfiammatorio (80 mg/kg/die).

La valutazione ecocardiografica non mostra alterazioni a carico delle coronarie. Per la comparsa in undicesima giornata di irritabilità, si esegue EEG che risulta nella norma per l'età.

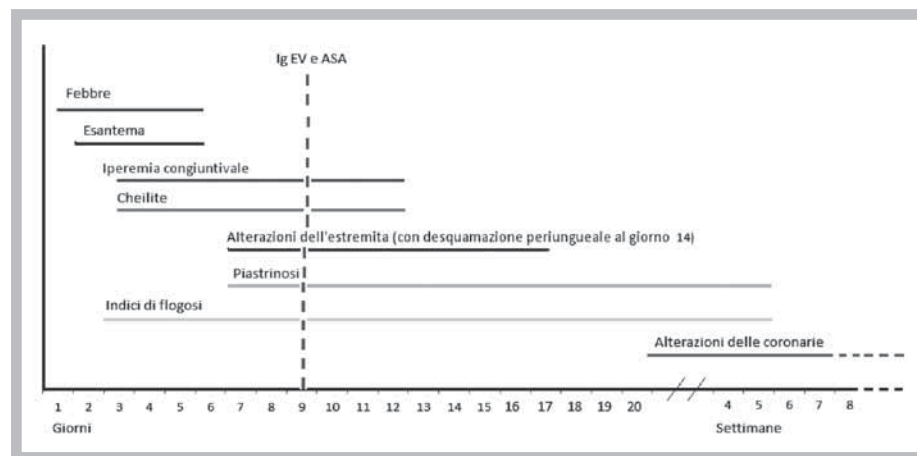
Dopo due settimane dalla comparsa della febbre, si osserva desquamazione periungueale palmare e plantare.

La settimana seguente, il controllo ecocardiografico mette in evidenza dilatazioni a carico del tratto prossimale di entrambe le coronarie (diametro coronaria sinistra circa 3 mm, destra 3,8 mm).

L'emocromo (leucocitosi neutrofila e piastrinosi) e gli indici di flogosi si normalizzeranno dopo circa un mese.

Il piccolo, che prosegue ASA a dosi antiaggreganti, è attualmente seguito con controlli periodici ecocardiografici che, a 4 mesi, mostrano una sostanziale riduzione delle dilatazioni coronariche (coronaria destra 1,7 mm, coronaria sinistra 2 mm).

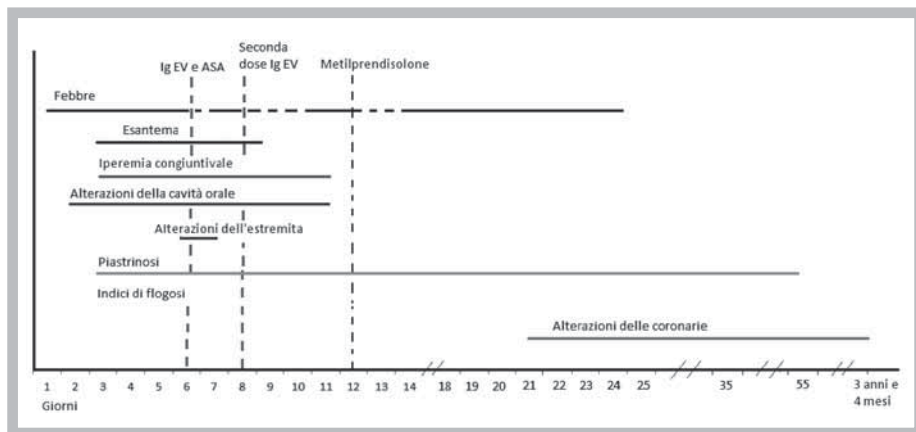
**FIGURA 1: COMPARSA E DURATA DEI SEGNI E SINTOMI DEL PRIMO CASO**



Per corrispondenza:  
 Carlotta Farneti  
 e-mail: carlotta.farneti@student.unife.it

il caso che insegna

FIGURA 2: COMPARS A E DURATA DEI SEGNI E SINTOMI DEL SECONDO CASO



**Secondo caso**

Un lattante di 2 mesi e mezzo, che ha presentato rialzo febbrile (T max 39,8 °C) dal giorno successivo alla prima dose di vaccino esavalente, giunge in Pronto Soccorso per persistenza del rialzo termico e per la comparsa di eruzione cutanea al tronco (figura 2). All'esame obiettivo vengono rilevati condizioni generali mediocri, colorito pallido, pianto lamentoso, fontanella anteriore normotesa, esantema eritemato-maculare al tronco e al podice, faringe iperemico, congiuntivite bilaterale senza secrezione.

Durante il ricovero gli esami ematochimici documentano leucocitosi neutrofila (GB 23.650/mmc; neutrofili 18.290/mmc) con aumento degli indici di flogosi (PCR 21,27 mg/dl). Viste le condizioni generali compromesse, si inizia terapia antibiotica con ceftriaxone e gentamicina.

L'ecocardiografia risulta nella norma, l'ecografia cerebrale rileva lieve dilatazione del ventricolo destro e la radiografia toraco-addominale evidenzia addensamento polmonare destro ed epatomegalia. In quinta giornata il piccolo presenta crisi convulsive con ipertono ai quattro arti e deviazione, dello sguardo a destra. Si somministra lorazepam ev e si esegue EEG che risulta privo di anomalie specifiche di comizialità. A sei giorni dalla comparsa della febbre viene eseguita ecocardiografia che segnala lieve iperecogenicità dell'endotelio coronarico. Al controllo vi è aumento del numero di piastrine (678.000/mmc). Clinicamente, in decima giornata, persistono febbre e congiuntivite a cui si aggiungono cheilite ed edema alle estremità, per cui, nel sospetto di MK, si somministrano Ig en-

dovena (2 g/kg, in monosomministrazione) e si inizia terapia con ASA a dosaggio antinfiammatorio (80 mg/kg/die).

Dopo un'iniziale attenuazione delle manifestazioni, si assiste a un nuovo rialzo febbrile, per cui si decide di effettuare una seconda infusione di Ig al medesimo dosaggio. Ai controlli ematochimici successivi persiste alterazione degli indici di flogosi (PCR 8,1 mg/dl, VES 92 mm) con ulteriore aumento della conta piastrinica (1.059.000/mmc).

Nei giorni seguenti si registrano febbre remittente e nuovi episodi critici sedati con benzodiazepine.

Il controllo ecocardiografico, a tre settimane dall'inizio della febbre, mette in evidenza una modesta dilatazione della coronaria sinistra in assenza di evidenti lesioni aneurismatiche. La settimana successiva, alla dilatazione sacciforme del tronco comune della coronaria sinistra (3,5 mm) si aggiunge dilatazione uniforme della coronaria destra (4,2 mm). Apiretico dalla 24ª giornata, nella 25ª compare desquamazione periungueale alle dita dei piedi. I controlli ematochimici mostrano una progressiva normalizzazione dell'emocromo (leucocitosi neutrofila e piastrinosi) e degli indici di flogosi.

Dopo la dimissione il lattante è stato seguito con controlli periodici e si è proseguito a somministrargli la terapia con ASA a dosaggio antiaggregante. La RM dell'encefalo ha rilevato asimmetria dei ventricoli laterali con prevalenza del ventricolo destro, soprattutto in corrispondenza dei corni frontali.

Ai controlli cardiologici successivi si è osservata una progressiva normalizzazione del calibro delle coronarie, che

TABELLA 1: CRITERI DIAGNOSTICI

<p>Criteri clinici diagnostici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Febbre da 5 giorni</li> <li>- Iperemia congiuntivale bilaterale</li> <li>- Alterazioni delle labbra e della cavità orale</li> <li>- Esantema polimorfo</li> <li>- Alterazioni delle estremità</li> <li>- Linfadenopatia cervicale</li> </ul>
---

risulta completa a 3 anni e 4 mesi dall'inizio della malattia.

**Discussione**

La MK è una vasculite multisistemica acuta febbrile, generalmente autolimitante, di origine sconosciuta. L'incidenza annuale è compresa tra 3,4 e 100/100.000. Il 50% dei pazienti ha un'età inferiore ai due anni, con un picco tra i 9 e gli 11 mesi. Solo il 25% dei pazienti ha più di 5 anni [1]. I criteri diagnostici sono riportati in tabella 1 [2].

In considerazione del quadro di presentazione possiamo identificare, oltre alla forma classica, almeno altre due modalità di presentazione. La forma incompleta si riferisce ai pazienti che in associazione alla tipica febbre non presentano un numero sufficiente di criteri diagnostici, pur presentando alterazioni coronariche. La forma atipica invece riguarda i pazienti che presentano all'esordio, oltre alla febbre, sintomi diversi dalle manifestazioni tipiche, in associazione alle alterazioni coronariche (tabella 2) [2].

Una volta posto il sospetto di MK, è opportuno iniziare tempestivamente la terapia antinfiammatoria con Ig ev (da somministrare entro 10 giorni dall'esordio della febbre in una singola somministrazione da 2g/kg) e ASA, inizialmente a dosi antinfiammatorie (80-100 mg/kg/die in 4 somministrazioni) e successivamente a dosi antiaggreganti (3-5 mg/kg/die in singola dose) [3]. Se il paziente non presenta dilatazione coronarica, l'ASA deve essere assunto a questo basso dosaggio per almeno 4-6 settimane; in caso di anomalie delle coronarie il trattamento verrà protratto a tempo

**TABELLA 2: MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE TRE FORME**

FORMA CLASSICA	FORMA INCOMPLETA	FORMA ATIPICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Febbre di durata superiore o uguale a 5 giorni associata ad almeno 4 criteri diagnostici.</li> <li>- Febbre di durata superiore o uguale a 5 giorni associata a meno di 4 criteri diagnostici con anomalie ecografiche delle coronarie.</li> <li>- Febbre al quarto giorno con almeno 4 criteri diagnostici e anomalie ecocardiografiche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Febbre di durata maggiore o uguale a 5 giorni associata a 2-3 criteri clinici diagnostici con anomalie ecocardiografiche delle coronarie.</li> <li>- Febbre di durata superiore a 7 giorni con segni di infiammazione sistemica e anomalie ecocardiografiche delle coronarie in lattanti di età inferiore a 6 mesi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Febbre di durata superiore o uguale a 5 giorni associata ad altre manifestazioni cliniche con anomalie ecocardiografiche delle coronarie.</li> </ul>

**TABELLA 3: CARATTERISTICHE DEI 17 CASI DELLA LETTERATURA E DEI CASI CLINICI DESCRITTI**

	Sesso	Età	Febbre (5 gg)	Iperemia congiunt.	Linfoaden. cervicale	Alteraz. estremità	Alteraz. labbra e cav. orale	Esantema polimorfo	Alteraz. coronarie	Ig EV	ASA	↑ PCR	↑ PLT
Planta, 1995	F	2 m	X	X			X	X	X	X	X	X	
Tsuchida, 1996	F	20 gg	X	X		X	X	X	X	X		X	X
Bolz, 1998	M	1 gg							X	X	X	X	X
Stanley, 2002	M	12 gg		X		X*	X	X	X	X	X		X
Parvathy, 2007	M	5 m	X	X		X*	X	X	X	X	X	X	X
Wright, 2008	M	3 m	X	X	X	*	X	X	X	X	X		
	M	7 m	X	X			X	X	X				
Doo, 2009	M	3 m	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Hinze, 2009	M	3 m		X	X	X*	X	X	X	X		X	X
Nakagawa, 2009	F	9 m	X	X		*	X	X	X	X	X	X	
Pires, 2009	M	6 m	X					X	X	X	X		
Thapa, 2009	M	7 m	X			*			X	X	X	X	
Ahn, 2010	M	6 m	X	X	X	X	X			X	X		
Cabrera, 2010	M	4 m		X				X	X	X	X	X	X
Ho, 2010	M	2 m	X			X	X	X	X	X	X	X	
Kaur, 2010	F	2 m	X	X				X	X	X	X	X	X
Yilmazer, 2010	F	8 m	X						X	X	X	X	X
**Caso clinico 1	M	2 m	X	X	X	X*	X	X	X	X	X	X	X
**Caso clinico 2	M	2m e 15gg	X	X		X*	X	X	X	X	X	X	X

\* Desquamazione periungueale; \*\* Casi clinici del testo

indeterminato [4]. Per approfondire la presentazione della MK nel lattante, abbiamo eseguito una revisione della letteratura.

Oltre ai nostri due pazienti, sono stati raccolti 17 casi descritti dal 1995 fino a novembre 2010 (tabella 3). Si tratta di 12 maschi e 5 femmine, con età media corrispondente a 3,9 mesi (range: da 24 ore a 9 mesi). In 6 dei 17 casi raccolti, il qua-

dro di presentazione è risultato conforme alla forma atipica, corrispondente quindi al 35%. Cinque pazienti hanno presentato la forma classica mentre nei rimanenti quattro pazienti era presente un quadro incompleto. Quello che si può osservare è che le forme atipiche frequentemente presentano una manifestazione clinica che si modifica nel tempo, assumendo sempre più i caratteri

diagnostici di una forma classica. I rimanenti due pazienti non sono classificabili in alcuna delle tre forme (classica, incompleta e atipica), in quanto in un caso non era presente rialzo termico, nell'altro la febbre era durata solo un giorno e non erano presenti gli altri criteri diagnostici [5-6].

Le manifestazioni "non tipiche" possono rappresentare sia un elemento dirimente

per la definizione di forma atipica, sia presentarsi in pazienti con forma classica o incompleta. Così è stato per la paralisi del facciale, riscontrata in 3 pazienti su 17 (19%): ognuno di questi apparteneva a una forma differente di MK. Questo quadro clinico tuttavia non sempre è presente all'esordio: può insorgere fino a un mese di distanza, nonostante il riscontro sia più frequente nella fase di convalescenza [7].

Altre manifestazioni emerse dai casi ritrovati e rientranti nella forma atipica sono: scompenso cardiaco acuto, epatomegalia, gangrena delle estremità, parotite e crisi epilettica.

L'intera popolazione in esame ha presentato dilatazioni coronariche, evidenziate all'esame ecocardiografico eseguito entro tre settimane dall'esordio.

In un caso il riscontro di lesioni aneurismatiche a carico delle coronarie e dell'arteria brachiale è avvenuto dopo 20 mesi dall'esordio. In un altro caso invece, al riscontro delle alterazioni coronariche all'esordio, si è aggiunto il rinvenimento di aneurismi a carico delle arterie brachiali al follow-up dei 9 mesi. Alterazioni elettrocardiografiche sono state registrate in tre pazienti, in due dei quali si sono associate anche a infarto miocardico e/o scompenso cardiaco acuto.

Una volta giunti al sospetto diagnostico, tutti i pazienti sono stati trattati con Ig per via endovenosa, a eccezione di uno che ha ricevuto solo terapia steroidea.

Nel nostro caso la diagnosi di MK non è stata tempestiva e a ciò hanno contribuito diversi elementi.

I nostri due pazienti sono stati condotti al Pronto Soccorso dopo due e tre giorni di febbre, per la comparsa di esantema eritemato-maculo-papulare al tronco. Entrambi mostravano un quadro confondente per la diagnosi di MK: diarrea con alimentazione ridotta e irritabilità nel primo caso, mentre il secondo era stato sottoposto a vaccinazione il giorno precedente la comparsa di febbre.

Durante il ricovero sono comparsi altri elementi che hanno reso difficoltosa la diagnosi: nel primo caso la concomitante IVU, causa più frequente di febbre nel lattante, confermata dalla positività per *E. coli* all'urinocoltura e trattata con tera-

pia antibiotica; nel secondo l'addensamento polmonare alla radiografia e le crisi convulsive.

In entrambi anche l'età, inferiore a quella tipica di presentazione della MK, ha contribuito al confondimento diagnostico.

Per quanto riguarda il primo caso, si trattava di una classica malattia di Kawasaki con: congiuntivite, mucosite, rash, edema e desquamazione delle estremità, linfadenomegalia laterocervicale e febbre durata 5 giorni.

Nel secondo caso si trattava invece di una forma atipica: era presente la febbre di durata superiore a 5 giorni associata ad anomalie ecocardiografiche delle coronarie e a manifestazioni cliniche non tipiche (convulsioni).

La terapia è stata iniziata rispettivamente in 9<sup>a</sup> e 10<sup>a</sup> giornata. Nel secondo caso è stato necessario ripetere l'infusione di Ig, dato il nuovo rialzo febbrile. In entrambi i pazienti, l'ecocardiografia eseguita a tre settimane dall'inizio della febbre ha evidenziato la comparsa di dilatazioni coronariche bilaterali.

La normalizzazione del calibro arterioso avverrà a 3 anni e 4 mesi nel secondo caso, mentre non è ancora completa nel primo caso, a 4 mesi dall'esordio. Entrambi i pazienti hanno mostrato un coinvolgimento neurologico, caratterizzato dalla sola irritabilità nel primo caso, fino alle crisi convulsive recidivanti nel secondo.

### Cosa abbiamo imparato

Diagnosticare una MK nel bambino al di sotto dell'anno di età può essere estremamente difficile essenzialmente per due ragioni:

1. la più frequente presentazione come forma incompleta. Infatti, se la prevalenza generale di MK incompleta è stata stimata tra il 12% e il 14%, nel bimbo al di sotto dell'anno di età rappresenta il 57% del totale e il 35% nel bambino al di sotto di sei mesi [8-9]. L'inadeguatezza del sistema immune nel bimbo piccolo potrebbe spiegare l'alta frequenza di presentazione incompleta in questo gruppo d'età [8].
2. La MK non viene considerata tra le possibili diagnosi differenziali. Molti medici hanno un basso indice di

sospetto nel lattante febbrile. Secondo un resoconto del 2004, più della metà dei pediatri ha affermato di non considerare la diagnosi di MK nel bambino di età inferiore ai sei mesi [10].

La presentazione più spesso incompleta e il più basso indice di sospetto conducono inevitabilmente a un ritardo diagnostico [11]. Un recente studio ha affermato che nei bambini di età inferiore ai 6 mesi è stata fatta diagnosi in media due giorni dopo rispetto ai bambini più grandi, e nel 50% dei casi dopo 10 giorni (a differenza del 22% dei bimbi con età > 6 mesi) [9].

Il conseguente ritardo nel trattamento sembra essere l'elemento che più contribuisce allo sviluppo di aneurismi o ectasia delle arterie coronarie [12-14]. In letteratura tale evenienza è riportata nel 15-25% dei pazienti che non vengono trattati ed è più frequente nel lattante [11-12-15-16]. Infatti le anomalie coronariche si presentano nel 65% dei bambini al di sotto dei 6 mesi, contro il 19% dei bambini di età superiore ai 6 mesi [9]. Il rischio di anomalie coronariche aumenta proporzionalmente alla durata della febbre, probabilmente in considerazione del fatto che una prolungata alterazione infiammatoria delle coronarie aumenterebbe la suscettibilità alla dilatazione. Sino a quando un test diagnostico per la MK non sarà disponibile, l'esame ecocardiografico delle coronarie dovrebbe essere eseguito in pazienti di età < 1 anno che hanno presentato febbre inspiegata, durata più di qualche giorno, e nei pazienti con qualsiasi manifestazione clinica che supporti la diagnosi di MK [8].

E ancora i nostri casi clinici e la revisione della letteratura ci hanno permesso di renderci conto che, oltre alla forma classica di MK, vi è un'elevata frequenza di forme incomplete e atipiche. L'obiettivo del nostro lavoro è stato quindi quello di sottolineare che la MK può colpire bambini molto piccoli (< 6 mesi), maggiormente a rischio di sviluppare complicanze coronariche soprattutto nei casi a presentazione atipica che spesso sfuggono a una diagnosi tempestiva. È necessario quindi che il pediatra abbia un alto indice di sospetto per questa malattia anche nel lattante, in cui la presentazione può

essere ancora più insidiosa e la prognosi peggiore. ♦

#### Bibliografia

- [1] Newburger JW, Fulton DR. Kawasaki disease. *Curr Opin Pediatr* 2004;16:508-14.
- [2] Marchesi A, Pongiglione G, Rimini A, et al. Malattia di Kawasaki: Linee Guida italiane. *Prospettive in Pediatria* 2008;38:266-83.
- [3] Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on rheumatic fever, endocarditis and Kawasaki disease. Council on cardiovascular disease in the young, American Heart Association. *Circulation* 2004;110:2747-71.
- [4] Newburger J, Fulton D. Kawasaki disease. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2007;9:148-58.
- [5] Hinze CH, Graham TB, Sutherland JS. Kawasaki disease without fever. *Pediatr Infect Dis J* 2009;28:927-8.
- [6] Bolz D, Arbenz U, Fanconi S, et al. Myocarditis and coronary dilatation in the 1st week of life: neonatal incomplete Kawasaki disease? *Eur J Pediatr* 1998;157:589-91.
- [7] Wright H, Waddington C, Geddes J, et al. Facial nerve palsy complicating Kawasaki disease. *Pediatrics* 2008;122:783-85.
- [8] Yeo Y, Kim T, Ha K, et al. Incomplete Kawasaki disease in patients younger than 1 year of age: a possible inherent risk factor. *Eur J Pediatr* 2009;168:157-62. Epub 2008 May 14.
- [9] Chang FY, Hwang B, Chen SJ, et al. Characteristics of Kawasaki disease in infants younger than six months of age. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:241-4.
- [10] Pannaraj PS, Turner CL, Bastian JF, et al. Failure to diagnose Kawasaki disease at the extremes of the pediatric age range. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23:789-91.
- [11] Minich LL, Sleeper LA, Atz AM, et al. Pediatric Heart Network Investigators. Delayed diagnosis of Kawasaki disease: what are the risk factors? *Pediatrics* 2007;120:1434-40. Epub 2007 Nov 19.
- [12] Anderson MS, Todd JK, Glodé MP. Delayed diagnosis of Kawasaki syndrome: an analysis of the problem. *Pediatrics* 2005;115:e428-e433.
- [13] Belay ED, Maddox RA, Holman RC, et al. Kawasaki syndrome and risk factors for coronary artery abnormalities: United States, 1994-2003. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:245-9.
- [14] Kato H, Sugimura T, Akagi T, et al. Long-term consequences of Kawasaki disease. A 10- to 21-year follow-up study of 594 patients. *Circulation* 1996;96:1379-835.
- [15] Genizi J, Miron D, Spiegel R et al. Kawasaki disease in very young infants: high prevalence of atypical presentation and coronary arteritis. *Clin Pediatr (Phila)* 2003;42:263-7.
- [16] Honkanen VE, McCrindle BW, Laxer RM, et al. Clinical relevance of the risk factors for coronary artery inflammation in Kawasaki disease. *Pediatr Cardiol* 2003;24:122-6. Epub 2002 Dec 4.

È uscito il numero 2/2011 di

## FIN DA PICCOLI

Aggiornamenti sulla letteratura in tema di interventi nei primi anni di vita  
Maggio - Agosto 2011

**FIN DA PICCOLI** si propone di diffondere conoscenze sull'importanza e l'efficacia di interventi effettuati nei primi anni di vita e finalizzati alla salute e allo sviluppo dei bambini. Poiché quanto accade all'inizio della vita ha influenze molto significative sulla qualità della vita dell'adulto, tutto questo ha rilevanza anche per il futuro delle nuove generazioni.

**FIN DA PICCOLI** si propone di contribuire a questo fine attraverso la diffusione di studi e ricerche riportati dalla letteratura internazionale.

**FIN DA PICCOLI** è diretto primariamente a operatori che a vario titolo si occupano di infanzia, ma anche a genitori e ad amministratori.

### SOMMARIO

Editoriale: Cosa aspettiamo?

Come lavorare con i genitori per ridurre "fin da piccoli"  
l'esposizione alla TV

Il ruolo dei genitori come mediatori di fattori protettivi  
dei comportamenti aggressivi dei figli

Ricerca sui contesti naturali di vita del bambino e politiche per la famiglia

### DOCUMENTI

Documento OCSE

In Italia c'è bisogno di più politiche per conciliare lavoro e famiglia  
Comunicato stampa Gruppo CRC

### PER RICEVERLO GRATUITAMENTE

**FIN DA PICCOLI** esce ogni 4 mesi solo in formato elettronico.

Se si desidera riceverlo regolarmente scrivere a  
info@csbonlus.org o chiamare il n. tel. 040 3220447  
indicando di voler ricevere "FIN DA PICCOLI"

Centro per la Salute del Bambino - ONLUS  
Formazione e ricerca per le cure alla Maternità,  
all'Infanzia e all'Adolescenza

# Esposizione al sole: fattori di rischio ed efficacia della protezione

Maria Francesca Siracusano\*, Costantino Panza\*\*, Pierangela Rana\*\*\*

\*Pediatra di famiglia, ASP Messina; \*\*Pediatra di famiglia, ASL Reggio Emilia; \*\*\*Pediatra di famiglia, Bisceglie

## Abstract

### Sun exposure: risk factors and the efficacy of sun protection

Does sun exposure in children increase the risk for skin neoplasm? Are sun filters useful in risk prevention? These are the two questions posed; we have therefore searched literature for scientific evidences. All studies analyzed by a meta-analysis show a rather poor methodology and are not conclusive regarding sun filters efficacy in skin cancer prevention. Nevertheless the few evidences available allow the development of advices for parents.

Quaderni acp 2011; 18(4):164-167

**Keywords** Sunscreening agents. Melanoma. Skin neoplasm. Sun exposure. Sunburns

Il quesito clinico che ci viene posto è se l'esposizione dei bambini al sole aumenti il rischio di tumori della pelle e se l'utilizzo dei filtri solari sia efficace nel prevenire questo rischio. Abbiamo interrogato la letteratura alla ricerca di prove dell'efficacia di questo uso. La letteratura evidenzia che gli studi disponibili, analizzati mediante meta-analisi, mostrano una scarsa qualità metodologica e non sono conclusivi circa l'efficacia dell'uso dei filtri solari nel prevenire i tumori cutanei. Alcune evidenze sono tuttavia sufficienti per l'elaborazione di raccomandazioni ai genitori.

**Parole chiave** Filtri solari. Melanoma. Tumori della pelle. Esposizione al sole. Scottature

## Scenario

Durante una riunione tra pediatri, ci siamo chiesti come rispondere alla domanda che i genitori ci pongono all'arrivo dell'estate: "Dobbiamo spalmare le creme con i filtri solari?". Molti genitori sono al corrente dei pericoli che l'esposizione al sole può costituire come fattore di rischio per l'insorgenza di melanomi o altri tumori della pelle. Da questa domanda è scaturito lo scenario che si pone l'obiettivo di rispondere al quesito sull'efficacia dei filtri solari come fattore di protezione dai tumori della pelle.

## Background

### Esposizione al sole e tumori della pelle

Gli effetti carcinogenici delle radiazioni ultraviolette (UVR) comprendenti gli UVA e UVB sono ormai certi. Tuttavia i fattori di rischio di sviluppo di melanoma devono essere ripartiti tra fattori genetici e ambientali. Il rischio per gli individui di sviluppare melanoma è legato al fototipo (*tabella 1*), al colore dei capelli e degli occhi, al numero di nei, a una storia familiare per melanoma e alla presenza di *Xeroderma pigmentosum* [1]. Il

rischio è maggiore nelle popolazioni di pelle chiara che vivono in aree ad alta esposizione solare, come le latitudini equatoriali, e vicino alle coste [2]. La relazione esatta tra esposizione solare, uso di filtri solari, tipo di pelle e rischio non è chiara, ed è tuttora oggetto di dibattito. Due articoli a confronto "Head to Head" su *BMJ* sostengono due posizioni opposte [3]. Esaminando la letteratura, concludono l'uno che l'esposizione al sole è la principale causa della malattia, l'altro che non vi è dimostrazione di incremento di melanoma dovuto all'esposizione

[4]. Questi articoli hanno sollevato un dibattito e una serie di successivi interventi pubblicati da *BMJ*, in cui gli esperti si esprimono a favore dell'una o dell'altra posizione. I più recenti articoli pubblicati sul fattore di rischio per i tumori della pelle e per il melanoma associano il maggiore rischio alle scottature severe [5]. Le radiazioni ultraviolette sono state recentemente inserite dalla OMS tra gli agenti cancerogeni per l'uomo [6].

## Raggi UV e filtri solari

La più rigorosa definizione di filtri solari (Sun Protection Factor, SPF) è il rapporto tra il minore quantitativo di energia da UV richiesta per produrre un eritema minimo su pelle protetta da schermi solari e il quantitativo richiesto per produrre lo stesso eritema su pelle non protetta [7]. In altre parole, il SPF misura quanto un prodotto schermo le radiazioni UV. Le raccomandazioni dell'European Commission utilizzano una più semplice comunicazione al pubblico della tipologia di prodotto e cioè uno schema che definisce solo 4 categorie di protezione al posto della definizione di SPF: *Bassa Protezione (6, 10)*, *Protezione Media (15, 20, 25)*, *Alta Protezione (30, 50)*, *Altissima Protezione (+50)* [8]. Recentemente è stata richiamata l'attenzione sul fatto che il blocco degli UVB determinato dagli SPF può aumentare

**TABELLA 1: CLASSIFICAZIONE DEI TIPI DI PELLE E DELLA RISPOSTA ALL'ESPOSIZIONE AI RAGGI SOLARI\***

Tipo di pelle	Storia di scottature o abbronzatura
I carnagione molto chiara	Si scotta sempre, non si abbronzia mai
II carnagione chiara	Si scotta sempre, si abbronzia poco
III carnagione moderatamente scura	Si scotta poco, si abbronzia gradualmente
IV carnagione olivastria	Si scotta poco, si abbronzia bene
V carnagione bruno olivastria	Si scotta di rado, si abbronzia intensamente
VI carnagione nera	Non si scotta mai, pelle nera

\* basata su 45-60 min di esposizione ai raggi solari dopo l'inverno o un periodo di non esposizione  
Da *Pediatrics* 1999;104:328-333, modificata

Per corrispondenza:

Carlotta Farneti

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

l'assorbimento di UVA a livello cutaneo, quando si usano creme solari a filtro chimico (benzofenoni) che bloccano unicamente gli UVB. Le creme con filtro fisico (diossido di titanio e ossido di zinco) riflettono sia UVB che UVA [9]. Tuttavia, per queste ultime, non si hanno prove sicure di una loro non tossicità legata a un possibile assorbimento di zinco o titanio in nanoparticelle [10]. Utile trattenere il concetto che nelle nostre zone temperate il 50% delle radiazioni UVB in estate è presente 2 ore prima e 2 ore dopo lo zenith del sole. Inoltre più dell'80% di radiazioni UVA raggiunge la terra anche quando il cielo è nuvoloso ed è presente nelle zone in ombra [5]. La letteratura ha anche evidenziato il rischio che l'abuso di filtri solari possa aumentare i tempi di esposizione al sole e rivelarsi paradossalmente dannoso, poiché l'esposizione prolungata con pelle protetta non evita le scottature [11].

### La domanda in 3 parti

Nei bambini esposti al sole [POPOLAZIONE] i filtri solari [INTERVENTO] sono efficaci nel prevenire i danni da radiazioni ultraviolette [OUTCOME]?

### Strategia di ricerca

La ricerca bibliografica è stata condotta separatamente da MFS su *Medline* e da CP su *Embase*. I termini utilizzati sono: "Sunscreening Agents" [MeSH], "Skin Neoplasms" [MeSH], "Skin Neoplasms/prevention and control" [MeSH], "Melanoma/prevention and control" [MeSH] Clinical Trial [Ptyp], Meta-Analysis [Ptyp], Practice Guideline [Ptyp], "infant" [MeSH Terms], "child" [MeSH Terms], "adolescent" [MeSH Terms] AND "2000/07/04" [Pdat]: "2010/07/01" [Pdat].

La ricerca dà esito a due meta-analisi, che valutano gli studi precedenti alla data della loro produzione, per cui abbiamo inserito le date per reperire i trial pubblicati successivamente [12-13]. La ricerca sulla *Cochrane Library* dà esito a una revisione sistematica che valuta un intervento farmacologico per la prevenzione del melanoma, e quindi non è pertinente al nostro quesito. Sono stati usati anche i termini *Malignant melanoma, Sun melanoma, Sunburn, Sun exposure, Tanning, Sun protection*. La ricerca ha

**TABELLA 2: META-ANALISI DEL RISCHIO (OR) AGGREGATI PER MELANOMA E UNA O PIÙ SCOTTATURE DURANTE UNO SPECIFICO PERIODO (51 STUDI)**

	N	OR	IC 95%
<b>Bambini</b>	27	1,91	1,59-2,30
Bolle	9	1,71	1,40-2,09
Dolore °	7	1,73	1,27-2,37
Altro *	11	2,23	1,54-3,21
<b>Adolescenti</b>	13	1,63	1,42-1,86
Bolle	7	1,66	1,30-2,12
Dolore °	3	1,55	1,28-1,86
Altro *	3	1,63	1,23-2,17
<b>Adulti</b>	13	1,44	1,27-1,63
Bolle	6	1,62	1,35-1,94
Dolore °	3	1,35	1,12-1,63
Altro *	4	1,41	1,08-1,85
<b>Durante la vita</b>	28	1,59	1,37-1,83
Bolle	13	1,40	1,13-1,74
Dolore °	6	1,65	1,40-1,96
Altro *	9	1,74	1,32-2,31
<b>Scottature recenti (Ultimi 5-10 anni)**</b>	5	1,62	0,99-2,65

OR = odds ratio; IC = intervallo di confidenza.  
 ° Dolore negli ultimi due o più giorni  
 \* Altro: indica scottature gravi senza altra definizione  
 \*\* Studi troppo poco numerosi per le scottature da 5 a 10 anni per potere stratificare secondo una definizione Vengono indicate tutte come recenti

dato esito a 42 articoli, il cui obiettivo era di verificare l'efficacia di programmi di campagne educative che promuovono comportamenti protettivi dall'esposizione al sole; poiché l'obiettivo della nostra ricerca è di valutare l'efficacia dei filtri solari, li abbiamo giudicati non pertinenti al nostro quesito e quindi li abbiamo scartati.

### Risultati

La meta-analisi di Dennis e coll. ha lo scopo di quantificare l'associazione tra melanoma e numero di scottature durante i diversi periodi della vita (infanzia, adolescenza, età adulta) o durante tutto il corso della vita [12]. I metodi (la ricerca bibliografica, la popolazione, l'estrapolazione e l'analisi dei dati) sono descritti dettagliatamente. Vengono selezionati e analizzati 51 studi. L'1,86% degli studi ha usato interviste per la raccolta dei dati e gli Autori sottolineano che la metodologia di raccolta dei dati non è ben definita così come la definizione di scottatura adottata dalla maggior parte degli studi. La *tabella 2* mostra gli OR aggregati in riferimento a scottature sofferte per intervalli di età. Il rischio per mel-

anoma è maggiore nei bambini (OR 1,9; IC 95% 1,59-2,30), seguiti dagli adolescenti (OR 1,6; IC 95% 1,42-1,86). I dati vengono anche stratificati in base alla descrizione della scottatura (con vescicole, dolorosa, altro); per i bambini il rischio più alto risulta essere associato a scottature gravi, che vengono raggruppate nella categoria "altro" che include scottature gravi senza descrizione della lesione.

Gli Autori della meta-analisi analizzano l'effetto dose/risposta (rischio in rapporto al numero di scottature) in 26 studi in cui è possibile conoscere il numero di scottature sofferto dal singolo individuo; l'analisi statistica dei dati aggregati per numero di scottature evidenzia chiaramente un rapporto di causalità e i dati aggregati per decenni di età mostrano che il rischio di melanoma per 5 scottature /decade è presente a ogni età anche se rimane più elevato nell'età adulta: OR 3,08; IC 95% 2,31-4,11 (*figura 1*).

Paradossalmente solo pochi studi analizzano i dati in rapporto alla presenza di fattori di rischio, cioè ai fototipi che hanno maggiore sensibilità al sole: capelli, pelle e colore degli occhi, tendenza alle scottature, abbronzatura (*tabella 1*),

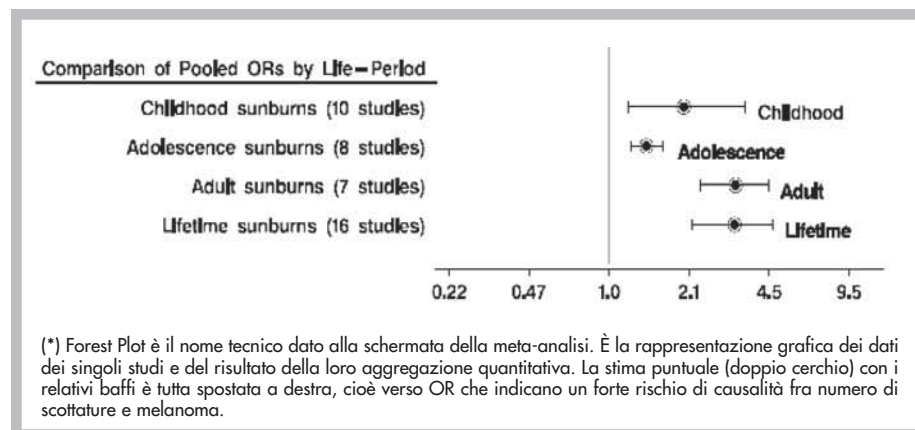
e al numero di nei, marker o precursori di melanoma, e il loro esiguo numero non consente di trarre conclusioni. La conclusione degli Autori è che gli studi esaminati presentano gli errori sistematici tipici degli studi retrospettivi, riguardo alla raccolta dei dati, all'identificazione del numero e della gravità degli episodi di scottature. La meta-analisi quindi non può superare le limitazioni degli studi originali. Concludono comunque che secondo la meta-analisi vi è un incremento di rischio di melanoma correlato con l'incremento di scottature in tutto l'arco della vita.

La meta-analisi di Savage pubblicata su *Clinical Evidence* prende in esame il melanoma maligno [13]. Nel prendere in considerazione la prevenzione, affronta l'efficacia dei filtri solari. L'obiettivo è il confronto dell'uso con il non uso di filtri solari. L'Autore dichiara che l'effetto dell'uso dei filtri solari rispetto al non uso è non chiaro, e che le evidenze sono di qualità molto bassa. La ricerca bibliografica effettuata non dà esito a RCT, ma a quattro revisioni sistematiche di studi caso-controllo, che analizzano gli stessi studi primari, ma utilizzano diversi criteri di inclusione e di analisi dei dati. Riportiamo la conclusione che si può trarre dalle evidenze disponibili, secondo Savage: "È difficile ottenere evidenze con studi prospettici di bassa qualità [14-17]. I filtri solari sono largamente usati ed è difficile identificare individui che diano il consenso a essere randomizzati in uno studio con placebo. Un trial con il placebo come controllo sembra irrealizzabile. Gli studi caso-controllo hanno bias potenziali e fattori confondenti. Tali studi quindi sono le migliori evidenze oggi disponibili, e non mostrano chiare inconfutabilità che l'uso dei filtri solari sia associato a un diminuito rischio di melanoma. Questo non sorprende considerando che l'uso dei filtri viene ritenuto un mezzo per prendere il sole più a lungo, con un conseguente aumento delle dosi di radiazioni ultraviolette".

## Conclusioni

Le conoscenze attuali sull'efficacia protettiva di creme con filtri solari si basano su studi di bassa qualità metodologica, che sono stati analizzati dettagliatamente in due meta-analisi. I filtri solari sono largamente utilizzati allo scopo di evita-

**FIGURA 1: FOREST PLOT (\*): RISCHIO RELATIVO (OR) PER UN INCREMENTO DI CINQUE SCOTTATURE PER DECADE**



**TABELLA 3: RACCOMANDAZIONI PER GLI OPERATORI SANITARI**

1. I pediatri dovrebbero includere le raccomandazioni sulla protezione dall'esposizione ai raggi solari tra i consigli ai genitori.
2. Queste dovrebbero includere la raccomandazione ai genitori di consultare l'indice UV nelle città se disponibile.
3. I pediatri raramente osserveranno pazienti con tumori cutanei o melanomi. I pazienti ad alto rischio dovranno essere identificati e trattati in collaborazione con il dermatologo. I pazienti a rischio sono bambini con xeroderma pigmentoso, quelli con un numero elevato di nei, o con storia familiare di melanoma.
4. I governi dovrebbero improntare campagne per incrementare l'attenzione sui danni dell'esposizione solare. Queste campagne dovrebbero essere indirizzate ai bambini, agli adolescenti, e ai loro genitori.
5. I pediatri dovrebbero incoraggiare le scuole ad adottare politiche di protezione solare, come campo giochi all'ombra, attività all'aria aperta, e l'uso di cappelli.
6. Le scuole dovrebbero prevedere tra i loro programmi momenti di educazione sui danni da esposizione ai raggi del sole.

re le scottature, ed è irrealistico ipotizzare che possa essere disegnato un trial in cui la loro efficacia venga paragonata al placebo. Le conclusioni che possiamo trarre dalla valutazione della letteratura disponibile sono che bisogna evitare le esposizioni ai raggi solari che possano determinare scottature, perché il numero e l'intensità delle scottature a partire dalla prima infanzia e per tutta la durata della vita costituiscono il fattore di rischio più importante. In assenza di RCT che dimostrino l'efficacia dei filtri solari sulla prevenzione dei melanomi e tumori cutanei, il loro uso viene raccomandato comunque allo scopo di evitare le scottature della pelle.

## Raccomandazioni

Gli anglosassoni hanno formulato le raccomandazioni per gli operatori (*tabella*

*la 3*) e per i genitori basando gli interventi di prevenzione non solo sull'uso di filtri solari, ma soprattutto sull'evitare l'esposizione diretta ai raggi solari, grazie anche all'uso protettivo dell'abbigliamento [18-19].

Alle latitudini a clima temperato, le raccomandazioni di evitare l'esposizione due ore prima e due ore dopo il picco del sole, di indossare abiti leggeri e utilizzare di filtri solari medi (15, 20, 25), possono essere considerate regole sufficienti per i fototipi più diffusi (III, IV). Possiamo fornire ai genitori le raccomandazioni [pag. 180-183] prodotte in base alle evidenze presenti in letteratura. ♦

## Bibliografia

- [1] Fitzpatrick TB. The validity and practicality of sun-reactive skin types I through VI. *Arch Dermatol.* 1988;124:869-71.



[2] Oliveria SA, Saraiya M, Geller AC, et al. Sun exposure and risk of melanoma. Arch Dis Child 2006;91:131-8.

[3] Menzies SW. Is sun exposure a major causa of melanoma? Yes. BMJ 2008;337:204.

[4] Shuster S. Is sun exposure a major causa of melanoma? No. BMJ 2008;337:205.

[5] Berneburg M, Surber C. Children and sun protection. Br J Dermatol 2009;161:33-9.

[6] <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/ClassificationsAlphaOrder.pdf>.

[7] Osterwalder U, Herzog B. Sun protection factors: worldwide confusion. Br J Dermatol 2009; 161:13-24.

[8] European Commission Recommendation. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:265:0039:0043:en:PDF>.

[9] Balk SJ, the Council on Environmental Health and Section on Dermatology. Ultraviolet Radiation: A Hazard to Children and Adolescents. Pediatrics 2011;127:e791-e817.

[10] Berwick M. The Good, the Bad, and the Ugly of Sunscreens. Clin Pharmacol Ther 2011;89:31-3.

[11] Autier P. Sunscreen and sunscreen exposure. Br J Dermatol 2009;161:40-5.

[12] Dennis LK, Vanbeek MJ, Beane Freeman LE, et al. Sunburns and Risk of Cutaneous Melanoma: Does Age Matter? A Comprehensive Meta-Analysis. Ann Epidemiol 2008;18:614-27.

[13] Savage P. Malignant Melanoma (non metastatic). BMJ Clin Evid 2007;12:1705.

[14] Bastuji-Garin S, Diepgen TL. Cutaneous malignant melanoma, sun exposure, and sunscreen use: epidemiological evidence. Br J Dermatol 2002;146:24-30.

[15] Huncharek M, Kupelnick B. Use of topical sunscreens and the risk of malignant melanoma: a meta-analysis of 9067 patients from 11 case-control studies. Am J Public Health 2002;92:1173-7.

[16] Gefeller O, Pfahlberg A. Sunscreen use and melanoma: a case of evidence based prevention? Photodermatol Photoimmunol Photomed 2002;18: 153-6.

[17] Dennis LK, Beane Freeman LE, VanBeek MJ. Sunscreen use and the risk of melanoma: a quantitative review. Ann Intern Med 2003;139:966-78.

[18] Committee on Environmental Health. Ultraviolet Light: A Hazard to Children. Pediatrics 1999;104:328-33.

[19] Koriath T. Melanoma prevention: Keep kids protected from sun's ultraviolet rays. AAP News 2010;31:31.

## DUE TABELLE CHE PARLANO DA SOLE

1. È evidente l'andamento in forte calo del complesso dei fondi di carattere sociale presenti nel bilancio di previsione dello Stato dal 2008 al 2013 (Il Sole 24ORESanità 14.06.2011)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fondo per le politiche della famiglia	346,5	186,6	185,3	51,5	52,5	31,4
Fondo pari opportunità	64,4	30,0	3,3	17,2	17,2	17,2
Fondo politiche giovanili	137,4	79,8	94,1	12,8	13,4	10,6
Fondo infanzia e adolescenza	43,9	43,9	40,0	39,2	40,0	40,0
Fondo per le politiche sociali	929,3	583,9	435,3	273,9	70,0	44,6
Fondo non autosufficienza	300,0	400,0	400,0	0,0	0,0	0,0
Fondo affitto	205,6	161,8	143,8	32,9	33,9	14,3
Fondo inclusione immigrati	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fondo servizi infanzia	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fondo servizio civile	299,6	171,4	170,3	110,9	113,0	113,0
<b>Totale</b>	<b>2526,7</b>	<b>1757,3</b>	<b>1472,0</b>	<b>538,3</b>	<b>340,0</b>	<b>271,1</b>
Variazione % rispetto all'anno prec.	-30,4%	-16,2%	-63,4%	-36,8%	-20,3%	

2. Sono evidenti le disuguaglianze fra le Regioni per le spese sociali 2007 e 2008. Per i calabresi sono stati disponibili nel 2008 neanche 30 euro a testa contro i 260 dei trentini (Il Sole 24ORESanità 7.06.2011).

	2007	2008		2007	2008
Calabria	26,2	29,2	Veneto	104,3	110,4
Molise	43,2	40,8	Lombardia	120,3	120,1
Campania	52,9	51,1	Toscana	132,6	130,2
Puglia	56,4	55,4	Lazio	126,3	134,3
Basilicata	73,1	57,9	Liguria	116,3	137,8
Abruzzo	62,5	62,9	Piemonte	136,7	139,1
Sicilia	72,2	70,0	Emilia Romagna	163,3	167,6
Umbria	85,1	95,2	Sardegna	145,8	171,1
Marche	105,5	102,9	Trento	268,9	278,9

# Mamme del mondo raccontano le loro fiabe

## L'esperienza di un pediatra-musicista

Andrea Satta  
Pediatra, Valmontone (Roma)

*Andrea Satta è un pediatra che vive e lavora a Valmontone, nella periferia romana. È anche un musicista, uno scrittore. Ha una band musicale, la "Tetes de Bois" che, con il CD "Goodbike", è arrivata al secondo posto nella categoria "miglior disco assoluto del 2010". È un amante della bicicletta. Segue, come inviato dell'Unità, sia il "Giro d'Italia" che il "Tour de France" e ha vinto il premio speciale del MEI di Faenza per il videoclip del brano "Alfonsina e la bici". A maggio 2009 è uscito il suo primo romanzo, "I Riciclisti" (Ediciclo editore). Qui ci racconta la sua esperienza che da un anno a questa parte si ripete ogni mese nel suo ambulatorio: mamme di diversa nazionalità raccontano ai bambini le favole con le quali si addormentavano da piccole.*

Le porte sono gialle, verdi; i termosifoni rosa, celesti, arancio; la luna e il sole appesi al muro; i giocattoli dappertutto; le mamme e i papà mi chiamano Andrea. Piano terra, due grandi sale-visita, una ancora più grande, "d'aspetto", con sedioline, tavoli, matite, colori e carta per disegnare. Convenzione ASL, nessuna condivisione con altri medici, nessun camice. Il mio ambulatorio pediatrico è fatto così. Settanta metri quadri dedicati a ottocento bambini, seicentossessantacinque euro al mese di affitto, una segretaria full-time, Maria. Rispondo al cellulare tutte le volte che posso; se sono in bicicletta, richiamo. Alcune consulenze specialistiche frequentano lo studio e per quesiti strettamente pediatrici. Disponibili, in orari diversi dai miei: Stefania l'ortopedica, Daniela l'allergologa, Cristina la psicologa. L'ambulatorio l'ho aperto in un limbo che quasi non è più paese ed è già molto borgata. Immigrazione internazionale in fuga dalla metropoli e da tante altre parti d'Italia. Un tutto mischiato col mondo, il dialetto che si intreccia con parole sconosciute e con nuovi alfabeti. Strafalcioni a confronto. Dario Fo avrebbe potuto inventare qui un nuovo "grammelot". Religioni, usanze, cibi e odori mai visti e sentiti nell'Agro Romano, tra consuetudine e diffidenza. Mi erano state offerte altre possibilità, sempre in periferia, sempre al confine con la metropoli, poi mi sono ricordato che, da queste parti, mio padre aveva insegnato francese. Tornarci è stato un bel modo per ricordarmelo, per tenermelo vicino; ora che non posso più fare altrimenti. Nel mio ambulatorio ci sono

bambini di trentacinque nazionalità diverse: Cina, Romania, Belgio, Norvegia, Finlandia, Ecuador, Brasile, Bangladesh, Ucraina, Moldavia, Bulgaria, Russia, Egitto, Polonia, Marocco, Tunisia, Nigeria, Colombia, Venezuela, Spagna, Macedonia, Montenegro, Serbia, Palestina, Inghilterra ... India ...

Una volta una mamma venne in ambulatorio e mi disse: "Andrea, io sono straniera e vivo in Italia da otto anni, riesco a parlare poco con le altre mamme, qualche parola all'uscita di scuola, qualche altra qui, nella tua sala d'aspetto". Nella testa quelle parole, in macchina, sulle tangenziali, per le campagne. Mi venne in mente una cosa molto semplice. L'ambulatorio poteva diventare un luogo d'incontro ideale per le mamme, per conoscersi, parlare, raccontarsi le loro radici, la nuova realtà e le favole di sempre, tra le mamme. Una favola della propria terra, raccontata da loro a loro stesse.

Così, una volta al mese, di lunedì sera, compro qualche crostata dal forno di fronte, tutti portano qualche cosa da mangiare, che sa di mani e culture lontane. Quattro mamme straniere e una italiana raccontano ai bambini e alle altre mamme che vogliono esserci, la favola con cui si addormentavano da piccole. Lo fanno nella loro lingua di origine e anche in italiano.

### Il bambino fa pipì

Per ascoltare e riconoscere il suono degli altri. Melanie è belga della Vallonia, la metà del Belgio dove si parla francese (nell'altra metà, in Fiandra, si parla fiammingo). Melanie ha un bimbo bellis-

simo, Andrea, di nove mesi e ci ha raccontato...

*"Manneken pis" è una piccola fontana che raffigura un bambino di 4-5 anni che fa la pipì. Ci sono una decina di leggende su "Manneken pis", una è questa ... Si racconta che Bruxelles, la capitale del Belgio, fu occupata e bloccata per giorni e giorni da truppe nemiche. Di fronte alla resistenza e alla tenacia della popolazione, i nemici decisero di abbandonare la città perché avevano capito che non sarebbero mai stati in grado di conquistarla. Prima della ritirata, però, accesero la miccia di una bomba per incendiarla tutta...*

*... Intanto, ignara, la gente di Bruxelles festeggiava il ritiro dei nemici... Per fortuna, un bambino, che passava lì per caso, vide la miccia accesa e, pur così piccolo, intuì il grave pericolo che minacciava tutti. Non sapendo dove trovare un po' d'acqua per spegnere la miccia incandescente, non esitò un attimo e si mise ad innaffiare il fuoco facendoci la pipì sopra. Alcune persone che festeggiavano per strada la fine dell'assedio, videro la scena e capirono che con un semplice bisognino naturale, un bambino aveva salvato Bruxelles! Il piccolo divenne così un grande eroe. Il fatto si seppe ovunque, fece il giro di tutto il regno e, in suo onore, si edificò una statua che riproduce per sempre il suo grande intuito e il suo coraggio!*

### Una famiglia a Ilatosè

Mi sono sempre chiesto come possa fare a essere felice e a sorridere, una ragazza che vive così lontano dalla sua terra, dalle albe e dai tramonti che l'hanno cresciuta, dalle persone che ama, dalle abitudini, dai vestiti, dalle feste, dagli odori che conosce bene, dalle stelle con cui ha giocato, scomparsi i maghi e le fate della sua terra.

Eppure sono tantissime le mamme che accettano di lasciare il proprio paese per cercare un futuro.

Per corrispondenza:

Andrea Satta

e-mail: andrea.satta@fastwebnet.it

esperienze

Tra queste Betti Ogbemudia; lei viene da Benin City, “due ore e mezza dal mare”, in Nigeria ...

*Òtien eha nìkpia*

*È ghè òkpia gha rò ve igue natiere I lato-sè ve nigeria, ne òinokpia òkpa natiere Nelson gha ye che vè erai nì ye debai etion vè nì kpia, enì hian òre Joe ve Josuè.*

*Una volta, in una tribù degli Ilatosè in Nigeria, c'era un ragazzo di nome Nelson che viveva con la sua famiglia e con i suoi due fratelli, Joe e Giosuè. Il capo della tribù era molto severo con il suo popolo e la famiglia di Nelson era molto povera. Questa famiglia era molto numerosa e non c'era la possibilità di mantenere tutti i figli. Così, quando i fratelli divennero grandi, il padre, ormai anziano, doveva decidere a chi lasciare la casa e Nelson fu il prescelto. Gli altri fratelli erano così gelosi che se ne andarono via. Passarono gli anni e Nelson decise di sposarsi.*

*Un giorno Joe e Giosuè diedero a un amico l'incarico di distruggere la casa di Nelson, ma Tom, il cugino di Nelson, lo avvertì e salvò la casa. Un giorno il capo della tribù morì, nominando Joe suo successore. Joe si mise a capo della tribù e, ancora più cattivo e geloso di prima, mise tasse altissime, tanto da costringere Nelson ad andarsene a vivere con la famiglia da un'altra parte. Giosuè, intanto, col suo lavoro, era riuscito a comprarsi una casa, Nelson gli chiese se potesse andare a vivere lì da lui e il fratello accettò.*

*Un giorno la peste colpì tutta la tribù e uccise moltissime persone, tra cui lo stesso Joe. Anche il figlio di Nelson si ammalò, ma riuscì a sopravvivere e anche la moglie si salvò e vissero tutti felici e contenti.*

### **Wars il pescatore**

Una sera è venuta anche Wioleta Makowska, una ragazza polacca. Wioleta ha due bambini, Nicol di 4 anni e (...) di 5 mesi. Lei proviene da Rybnik, una località del sud della Polonia ...

*Bardzo dawno temu; kiedy rzeka wisła plynela spokojnie w swoim koircie, nad jej brzegiem mieszkal mlody rybak o imieniu Wars.*

*Tanto tempo fa, sulle rive del fiume Wistola, viveva un giovane pescatore di nome Wars. Quando i suoi fratelli andavano a trovarlo, cercavano di convincerlo ad andare a vivere con loro in campagna, dicendogli che lì avrebbe trovato una bella ragazza che lo avrebbe reso felice, ma lui rispondeva sempre che, lontano dal fiume, non sarebbe riuscito a vivere. La sera, prendeva la sua barca e iniziava a pescare.*

*Una notte udì il canto di una dolce voce femminile. Incuriosito, iniziò a dirigersi verso quel suono, e più si avvicinava, più il suono si faceva forte. A un tratto, vide su una roccia una creatura metà donna e metà pesce che cantava. Anche lei lo vide e si tuffò in acqua.*

*Da allora, Wars smise di mangiare e di dormire per andare alla ricerca della donna sul fiume. Un giorno i suoi fratelli, preoccupati, lo portarono dal vecchio saggio, che ascoltato il suo racconto gli disse: “Quella creatura è una Sirena”. Wars si era innamorato, ma il saggio disse: “Non potrete mai vivere insieme; le sirene possono vivere solo nel fiume. Esiste una sola possibilità per farla innamorare di te: al sorgere del sole chiamala con un nome di donna, e lei diventerà una ragazza”.*

*Wars continuò tutte le notti a cercarla, ma una notte tempestosa nel fiume si formò un vortice, la barca si capovoltò e Wars venne inghiottito dal fiume. Stremato pensò: “Amore mio, visto che tu non vuoi venire da me sarò io a venire da te”. Mentre credeva di morire si sentì abbracciare, poi svenne.*

*Quando riprese i sensi, il sole stava sorgendo e vide accanto a sé la sirena; ricordandosi le parole del Saggio, disse: “Ti chiamerò Sawa”. “Sawa”, rispose la sirena e in quel momento anche il resto del suo corpo divenne quello di una ragazza. Da allora Wars e Sawa vissero insieme nella casa sul fiume dove oggi sorge una grande città che porta i loro nomi: WARSAWA.*

E così scorrono le favole che le mamme raccontano ai bambini e alle altre mamme che vogliono esserci.

Le favole con cui si addormentavano da piccole, nella loro lingua di origine e anche in italiano. ♦

## **LA SORVEGLIANZA ATTIVA DELLA LETTERATURA: UNO STRUMENTO DI FORMAZIONE PER IL PEDIATRA**

10 settembre 2011  
Centro “Monsignor Carraio”  
Verona, Lungadige Attiraglio, 45

### Obiettivo del workshop

*Il workshop rappresenta un momento di confronto comune per i partecipanti al percorso di sorveglianza e lettura critica di articoli di letteratura di interesse per il pediatra, compiuto nell'arco dell'anno dai pediatri che collaborano alla redazione del Bollettino di sorveglianza della letteratura ACP/CSB, suddivisi nei gruppi di lettura di Milano, Verona, Vicenza, Asolo, Venezia, Trieste. Vuole anche essere un'occasione di condivisione delle linee di sviluppo per il futuro, sia a livello locale che nazionale.*

### PROGRAMMA

ore 10,00-10,30

Il punto sulla newsletter pediatrica (M. Gangemi, L. Ronfani)

ore 10,30-12,00

Le sinergie, le collaborazioni, le nuove modalità di pubblicazione e diffusione del Bollettino (F. Marchetti, L. Ronfani)

Break

ore 12,30-13,30

La formazione per i gruppi di lettura (L. Ronfani, R. Buzzetti)

ore 13,30-14,00

Valutazione finale

Per info:  
Michele Gangemi  
migangem@tin.it

È stato richiesto l'accreditamento dal Centro Regionale di Riferimento della Regione Veneto.

# Novità in diabetologia pediatrica

Tosca Suprani, Cecilia Geraci, Mauro Pocecco  
 UO di Pediatria, Ospedale M. Bufalini, Cesena

## Abstract

### *The latest in paediatric diabetes*

*The management of type I diabetes has indeed improved, but disease recovery has not yet been achieved. Optimal management of the disease and the decrease in complications and mortality is still dependent on multi insulin injections, blood glucose self-monitoring, the use of new types of insulin (analogues and ultra-rapid), and on some new strategies such as carbohydrate counting. Alternative ways to deliver subcutaneous insulin, pancreas transplant and pancreatic islet transplant have failed. New insulin pumps devices have instead reached good results: but at the moment the patient still needs to manage insulin bolus during meals; the good news is that both the "closed loop" system or the "miniature artificial pancreas" are behind the corner.*

Quaderni acp 2011; 18(4): 170-174

**Key words** Diabetes mellitus, type I. Insulin dependence. Pancreas transplantation. Pancreatic beta cells transplantation. Insulin pumps

*La cura del diabete insulino-dipendente ha fatto passi da gigante, ma la guarigione dalla malattia non è ancora stata raggiunta. Il sensibile miglioramento del controllo glicemico raggiungibile e la conseguente caduta della mortalità e delle complicanze a lungo termine si basano sul trattamento pluriniettivo, sul controllo pluriquotidiano della glicemia, sull'utilizzo delle nuove insuline (analoghi lenti e ultrarapidi) e sulle nuove strategie, quali il così detto "calcolo dei carboidrati". Vie alternative alla somministrazione sottocutanea di insulina sono state tentate, ma con insuccesso. La via del trapianto di pancreas in toto e di isole pancreatiche non si è rivelata vincente per "guarire il diabete". Straordinari invece sono i risultati ottenuti con i nuovi microinfusori di insulina capaci di erogare la dose adeguata sul rilievo contemporaneo e in continuo della glicemia. Al momento c'è ancora bisogno dell'intervento esterno del paziente almeno durante i pasti principali, ma si deve ritenere che la così detta "ansa chiusa" o "pancreas artificiale miniaturizzato" sia dietro all'angolo.*

**Parole chiave** Diabete tipo I. Insulinodipendenza. Trapianto di pancreas. Trapianto di beta-cellule. Microinfusori

Il modo migliore per trattare l'argomento è quello di provare a rispondere alle domande che un genitore di bambino diabetico sicuramente rivolgerà al pediatra subito dopo lo shock iniziale del primo ricovero. È inevitabile che il genitore chieda perché è successo e se il bambino potrà guarire, e fino a qui le risposte sono abbastanza scontate. Poi chiederà se c'è qualche prospettiva per poter evitare le iniezioni pluriquotidiane di insulina. E su questo punto occorre essere molto precisi e aggiornati per competere con la stampa sensazionalistica e con le informazioni che girano su internet su questo argomento, pena la perdita del paziente. Gli argomenti da trattare sono essenzialmente sempre gli stessi, anche se è bene fin da subito esplicitare con

chiarezza quali sono le speranze reali, quelle dietro l'angolo e quelle da posizionare in un futuro più lontano. Soprattutto è bene sottolineare in quale campo la ricerca abbia effettivamente compiuto i progressi più vistosi e più immediatamente fruibili.

In questo articolo verranno trattati i vari punti, anticipando la nostra opinione sul grado di fattibilità delle diverse opzioni: *il trapianto di pancreas in toto e di isole* è possibile, ma non deve essere considerato un'alternativa all'iniezione. Non è la soluzione. I progressi ci sono stati, ma dal primo trapianto effettuato nel 1966 a oggi questa strada non ha permesso di "risolvere" la questione diabete. Le *alternative alla via sottocutanea di somministrazione di insulina* ci sono e ci

sono state, ma si sono tutte rivelate abbastanza fallimentari. Le nuove strategie, quelle che la gente comune sollecitata dalla stampa riconosce nell'*ingegneria genetica* o nell'uso delle *cellule staminali*, sono prospettive agli albori, nemmeno ben sperimentate nell'animale, di cui forse beneficiranno i figli dei nostri figli. Il futuro più prossimo e ormai già presente è invece rappresentato dalle *nuove tecnologie* che permettono di registrare in continuo la glicemia del paziente e di erogare contemporaneamente l'insulina con un apposito microinfusore, riducendo al minimo l'intervento esterno dell'operatore. Ma, anche in questo caso, le punture rimangono.

Un altro argomento da trattare, un po' più marginale, non subito sulla bocca dei genitori e invece indotto da altri, è quello della *predizione e prevenzione* del diabete non tanto per il bambino che ne è ormai affetto, ma per i suoi fratelli che hanno un rischio maggiore che nella popolazione generale.

## Trapianto di pancreas in toto e di isole pancreatiche

Va subito detto che paradossalmente funziona meglio il trapianto in toto che quello di sole insule, ma anche il trapianto in toto non può considerarsi una buona alternativa all'iniezione per tutte le complicanze e gli effetti collaterali che esso comporta: rischio chirurgico, complicanze post-intervento, immunosoppressione cronica a vita con rischio secondario di induzione di tumori [1-2]. E comunque non è concesso per legge proporre il trapianto di solo pancreas, previsto solo per coloro che necessitano anche di trapianto renale, in quanto il trapianto biorgano ha maggiori probabilità di successo che il trapianto di solo pancreas. Il rene infatti è più facilmente aggredibile con biopsie che permettono di tenere sotto controllo eventuali rigetti. I numeri aggiornati parlano chiaro e ci dicono che assai pochi pazienti beneficiano di questa possibilità, anche per la difficoltà a reperire l'organo

Per corrispondenza:

Tosca Suprani

e-mail: [tsuprani@ausl-cesena.emr.it](mailto:tsuprani@ausl-cesena.emr.it)

il punto su

da trapiantare in buone condizioni. Il pancreas si deteriora *post mortem* molto prima di tutti gli altri organi e ovviamente non se ne può fare un trapianto da vivente. In America vengono trapiantati di pancreas in toto associato a trapianto renale circa 1500 pazienti all'anno, in Italia 170: ovviamente molto meno di quanti sono i diabetici! La sopravvivenza dell'organo, che ancora non vuol dire indipendenza totale dall'insulina esogena, che usualmente è minore, è riportata nella *tabella 1*. Come si può vedere, il fatto che la metà dei pazienti debba tornare a praticarsi l'iniezione entro 5 anni dal trapianto, oltre ai summenzionati rischi, la dice lunga!

Il trapianto di isole è, nell'immaginario collettivo, l'opzione più gradita, anche perché non comporta un intervento chirurgico, ma può essere effettuato semplicemente infondendo le cellule isolate nella vena porta sotto guida ecografica. Le cellule migrano e si localizzano all'ilo epatico ove iniziano a secernere insulina. Il problema vero è come isolare le cellule dal pancreas in toto del donatore, come proteggerle dall'inevitabile rigetto (perché si tratta di cellule eterologhe e perché il diabete tende a riprodursi anche sulle nuove beta-cellule) e soprattutto come reperire abbastanza cellule per soddisfare il bisogno di tutti coloro che ne necessitano. Talvolta non bastano le cellule di un solo pancreas per soddisfare un solo paziente. Questo è uno dei limiti principali di questa strategia. Inoltre, come anticipato, la sopravvivenza del trapianto e l'insulino-indipendenza sono molto più brevi che nel trapianto in toto. Questa pratica, iniziata negli anni '90 e portata avanti fino al 2000, poteva determinare una insulino-indipendenza non superiore al 10% a un anno dal trapianto. Il giro di boa è avvenuto nel 2000 quando è stato elaborato un protocollo di terapia antirigetto "abbastanza innocente", che comunque prevedeva l'uso del Sirolimus e Tacrolimus (assimilabile alla ciclosporina) per os e un anticorpo monoclonale (Daclizumab) ogni 2 settimane ev in grado di migliorare l'insulino-indipendenza dell'80-90% [3]. Comunque sia, come si può vedere nella *tabella 2*, i risultati rimangono molto deludenti. A ulteriore prova che questa non è e non si rivelerà nell'immediato la strada giusta per "guarire il diabete" sta il fatto che

**TABELLA 1: SOPRAVVIVENZA DELL'ORGANO DOPO TRAPIANTO ISOLATO DI PANCREAS E COMBINATO DI RENE E PANCREAS**

Tipo di trapianto	Sopravvivenza del pancreas	
	dopo 1 anno	dopo 5 anni
RENE + PANCREAS	86%	71%
prima RENE poi PANCREAS	78%	57%
solo PANCREAS	77%	56%

**TABELLA 2: NUMERO E PERCENTUALE DI CASI DI INSULINO-INDIPENDENZA DOPO TRAPIANTO DI BETA-CELLULE**

	Anno 2006			Anno 2008	
	Protocollo Edmonton [6]			Registro Internazionale [7]	
Mesi dopo trapianto	0-12	24	36	4	36
Casi studiati	36	35	31	325	318
Casi di remissione	16/36	10/35	5/31	210/325	73/318
Percentuale	<b>44%</b>	<b>28%</b>	<b>16%</b>	<b>65%</b>	<b>23%</b>

questa pratica, numericamente in continua ascesa fino al 2005, da allora ha iniziato inesorabilmente la sua discesa, come si evince dal Registro Internazionale dei trapianti di beta-cellule.

**Insulina per via alternativa a quella iniettabile**

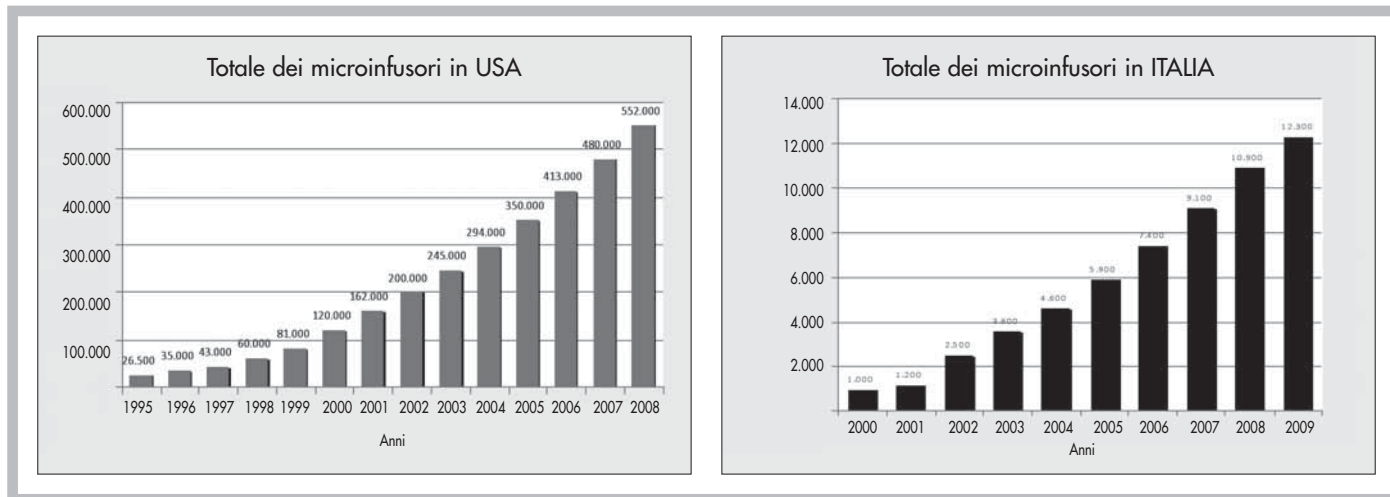
Al genitore si deve spiegare che l'insulina somministrata per os non funziona perché viene digerita come le altre proteine. Ci sono studi, peraltro con risultati poco incoraggianti, circa l'utilizzo dell'insulina per os nella prevenzione del diabete nei soggetti a rischio. Ma in questo caso si tratta di una situazione diversa. Si vuole ottenere una immunotolleranza nella presunzione di prevenire il diabete. Resta fermo invece il fatto che oggi con l'insulina per os non si può curare il diabete [4]. Si è parlato molto dell'insulina spray nasale, ma i risultati sono stati molto deludenti e gli effetti ottenibili sulla glicemia molto imprevedibili, poiché l'assorbimento nasale era assai incostante e molto legato alla situazione locale [5]. Un semplice raffreddore, per esempio, era in grado di alterarne in modo significativo l'assorbimento, per cui è stata abbandonata. Si è riposta invece molta speranza sull'insulina inalatoria, erogata con un apparecchio simile a quelli per aerosol e assorbibile come i farmaci per l'asma attraverso bronchi e alveoli. È stato messo in commercio alcuni anni fa un prodotto (Exubera) a

base di insulina rapida somministrabile per via inalatoria con un profilo di assorbimento anche migliore dell'insulina rapida per via sottocutanea, molto utile nel correggere rapidamente i picchi iperglicemici; nel gennaio 2006 la FDA ne ha autorizzato la vendita negli USA. Poco più di un anno dopo, e precisamente il 18 ottobre 2007, la casa farmaceutica che la produceva ne ha annunciato il ritiro per il rischio carcinogenico polmonare resosi manifesto con l'utilizzo generalizzato del farmaco. Partita chiusa.

**Terapia genica del diabete**

Per terapia genica s'intende una procedura terapeutica capace di trasferire materiale genetico nelle cellule somatiche di un paziente, rivolta alla correzione di un difetto genetico congenito (o in larga parte acquisito come nel nostro caso) o indirizzata a conferire una nuova funzione a cellule o tessuti non deputati a questo scopo, nel nostro caso per esempio a cellule epatiche o a cellule staminali. È vero che in questo campo si sono fatti passi da gigante. È anche vero che almeno una malattia genetica congenita (l'immunodeficienza da difetto di ADA - Adenosina DeAminasi) può essere oggi curata e guarita con queste procedure. Ma si tratta di malattie legate al difetto di una e una sola proteina. E in questo senso si stanno facendo dei tentativi di cura anche in altre malattie ove vi è il difetto di una sola proteina, come l'emofilia B, la fi-

**FIGURA 1: ANDAMENTO NEGLI ANNI DELL'UTILIZZO DEI MICROINFUSORI IN ITALIA E NEGLI STATI UNITI**



brosi cistica, il difetto di OCT (Ornitol Carmabil Transferasi). Ma nel nostro caso la cellula beta è una cellula che è stata aggredita e danneggiata ed è molto complessa, vero e proprio laboratorio ove vi deve essere un sensore per il glucosio disposto sulla superficie della cellula e capace di riconoscere il livello di glicemia. Questo sensore deve essere capace di trasmettere il segnale al nucleo che a sua volta deve iniziare a fabbricare l'insulina e successivamente deve essere capace di rilasciarla nella giusta dose. Dunque non si tratta di una sola proteina, ma di un sistema complesso, e la strada è ancora molto lunga. Dal punto di vista teorico due sono le possibili strade:

1. trasformare linee beta-cellulari di origine animale, principalmente murina, in cellule con caratteristiche adatte alle esigenze umane. Va però rilevato come le cellule murine non rispondano agli stessi livelli di glicemia che regolano la cellula umana, come l'insulina murina sia diversa da quella umana e soprattutto come le cellule siano eterologhe e quindi suscettibili al rigetto;
2. la ingegnerizzazione di cellule o tessuti autologhi, appartenenti o provenienti dal paziente diabetico stesso, per sviluppare la capacità di sintetizzare insulina e rilasciarla in modo regolato. In questo caso le difficoltà sono le stesse: le cellule del paziente non sono suscettibili al rigetto, ma potrebbero essere bersaglio dello stesso processo autoimmune che ha prodotto il diabete.

Per restare invece con i piedi per terra vengono citati di seguito tre importanti e recenti articoli comparsi su riviste prestigiose e che segnano i progressi in questo campo: pur sempre si limitano a dimostrare il superamento di un ostacolo, oltretutto solo nell'animale, ben lontani dal sogno di curare o ancor meglio guarire il diabete.

Nel 2001, su *Science*, è comparso un articolo sensazionale, peraltro successivamente anche criticato, ove si dimostra la possibilità di trasformare una cellula embrionale (murina in questo caso), con tutte le problematiche etiche che questo esperimento può comportare, in una cellula capace di esprimere (che ancora non vuol dire secernere in modo adeguato) l'insulina e altri ormoni pancreatici [8]. Nel 2007, su *Journal Clinical Investigation*, viene segnalato uno studio ove nel topo transgenico viene ripristinata la capacità di produrre insulina dopo che la sua beta-cellula era stata distrutta artificialmente con farmaci [9]. Nel 2008, su *Nature*, viene segnalata una strategia che usa tre fattori trascrizionali capaci di riprogrammare cellule esocrine pancreatiche murine in cellule adulte molto simili alle beta-cellule [10]. Si tratta di tasselli importanti, ma pur sempre di tasselli, nella ancora lunga strada della terapia genica del diabete umano di tipo 1.

**Nuove tecnologie per la somministrazione "semi automatica" di insulina**

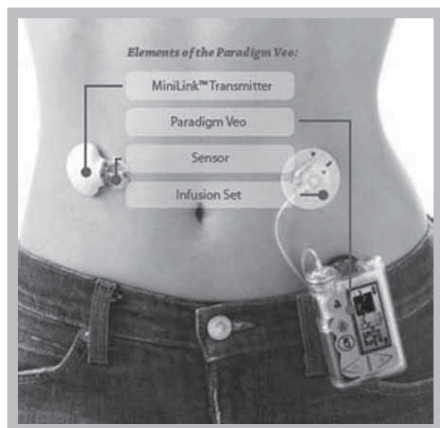
Un giocatore di borsa dovrebbe puntare di più su queste strategie che sulle prece-

endenti. È vero che, specie nelle fasi iniziali della malattia, in questo caso il bambino non viene liberato dal tanto temuto ago per la somministrazione di insulina, ma queste strategie si sono così evolute con l'avvento delle tecnologie digitali da permettere un controllo del diabete ormai assai vicino alla normoglicemia, riducendo sempre di più l'intervento esterno da parte del paziente stesso. Una prova, che peraltro potrebbe anche essere l'espressione della pressione non disinteressata delle case farmaceutiche, sta nell'incremento ormai in scala logaritmica dell'uso dei microinfusori per la somministrazione dell'insulina anche per i bambini nel mondo occidentale [10]. Nella *figura 1* è riportato l'andamento negli anni dell'utilizzo dei microinfusori negli USA e in Italia [12].

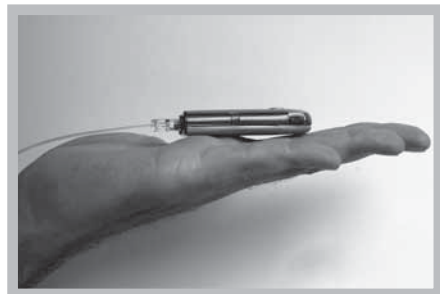
I microinfusori sono delle micropompe, più piccole di un telefono cellulare, da indossare sotto i vestiti, capaci di erogare insulina in modo continuativo mediante un ago (ormai microscopico, che non procura alcun fastidio) fissato nel sottocute secondo degli algoritmi personalizzati e sempre più sofisticati. Sono in grado di autobloccarsi in caso di ipoglicemia, possono essere tolti anche per qualche ora senza compromettere il livello della glicemia e possono essere comandati a distanza con il bluetooth. Ma la vera grande novità sta nell'uso contemporaneo dei rilevatori in continuo della glicemia [13].

Il bambino, da una parte, inserisce un aghetto che lascia in loco anche per una settimana, collegato a un sensore in con-

**FIGURA 2: MODELLO DI MICROINFUSORE COLLEGATO AL SENSORE IN CONTINUO DELLA GLICEMIA**



**FIGURA 3: IL MICROINFUSORE DEL FUTURO**



tinuo della glicemia in grado di trasmettere i dati al microinfusore. In buona sostanza oggi abbiamo a disposizione una tecnologia molto vicina alla cosiddetta “ansa chiusa” o quello che una volta chiamavamo “pancreas artificiale”. In realtà ci sono ancora alcuni ostacoli legati al fatto che la micropompa non è in grado di correggere le rapide fluttuazioni della glicemia legate al pasto e ha ancora bisogno dell’intervento esterno umano. Questo avviene perché il sensore legge la glicemia nell’interstizio ove le modificazioni avvengono con una certa latenza rispetto a quanto avviene nel sangue. Probabilmente anche questo ostacolo potrà essere superato con opportuni software, capaci di utilizzare algoritmi personalizzati. Intanto ci sono già evidenze, sia nell’adulto che nel bambino, di come durante la notte sia invece possibile raggiungere la costante normoglicemia in modo automatico, senza intervento dall’esterno [14-15]. Le ipoglicemie notturne sono oramai solo un ricordo. Un modello integrato di tali apparecchiature, ormai già in commercio e già in uso

**TABELLA 3: PREVENZIONE PRIMARIA (NEONATI E DONNE IN GRAVIDANZA)**

Nome	Disegno dello studio	Riferimento
TRIGR	LV vs idrolisati in neonati a rischio (HLA, IDDM nei familiari)	In corso [17]
BabyDiet	Introduzione precoce (6 m) vs tardiva (1 a) del glutine in soggetti a rischio	In corso [18]
NIP	Omega-3 vs placebo in soggetti a rischio: dal 1° trimestre di gravidanza	In corso [19]
TrialNet	Vitamina D vs placebo in soggetti a rischio	In corso [20]

**TABELLA 4: PREVENZIONE SECONDARIA (PARENTI DI 1° GRADO DI SOGGETTI CON IDDM)**

Nome	Disegno dello studio	Riferimento
DPT-1	Insulina sottocute vs placebo	[21]
ENDIT	Nicotinamide vs placebo	[22]
	Insulina orale vs placebo	[23]

**TABELLA 5: PREVENZIONE TERZIARIA (SOGGETTI CON IDDM ALL’ESORDIO)**

Disegno dello studio	Riferimento
Glucocorticoidi a basse dosi in bambini con IDDM all’esordio	[24]
Ciclosporina A in IDDM all’esordio (multicentrico in doppio cieco)	[25]
Anticorpi monoclonali anti CD3 (trattamento vs non trattamento)	[26]
Trapianto di midollo autologo non mieloablativo	[27]

da parte di molti bambini seguiti anche presso il nostro Centro, è riportato nella *figura 2*. Nella *figura 3* è riportato un prototipo di quello che sarà il microinfusore del futuro.

**Predizione e prevenzione del diabete**

Sono quasi trent’anni che abbiamo imparato come il diabete insulino-dipendente abbia una lunga fase di latenza prima del suo esordio clinico, durante la quale è già riconoscibile il movimento autoimmune organo-specifico, e come colpisca soggetti geneticamente individuabili a priori. Queste scoperte hanno affinato i metodi di predizione nei soggetti a rischio. Combinando lo studio della predisposizione genetica (HLA specifici di suscettibilità) con la presenza di autoanticorpi e con la comparsa delle prime alterazioni della beta-cellula valutabili mediante lo studio della secrezione insulinica precoce dopo infusione di glucosio ev, si può raggiungere una capacità predittiva anche del 90% [16]. Purtroppo a tutt’oggi non abbiamo una terapia valida capace di

arrestare il processo di distruzione della beta-cellula, per cui non è giustificato proporre alcuna terapia, se non a scopo di ricerca in trial controllati.

La predizione e la conseguente prevenzione possono essere primarie e cioè estese alla popolazione ad alto rischio; sono stati condotti alcuni studi e altri sono ancora in corso nelle popolazioni nord europee, ove l’incidenza del diabete è molto elevata (40 nuovi casi/anno/100.000, contro i 10-12/100.000 dell’Italia) [17-20] (*tabella 3*). La prevenzione secondaria può essere fatta nei parenti di primo grado ove il rischio di diabete è più di 10 volte superiore che nella popolazione generale (fatto pari a 1:500/1000 il rischio nella popolazione generale, questo diventa del 2-3% nei fratelli fino al 6% dei figli di padre diabetico) [21-23] (*tabella 4*). La prevenzione terziaria si effettua all’esordio clinico quando la distruzione della beta-cellula non è ancora completa, ma il soggetto è già diabetico. Questa è una strada colma di insuccessi, ma che trova ancora qualche trial più o meno aggressivo in corso [24-27] (*tabella 5*).

## Conclusioni e commento

Per chi segue questa disciplina passo dopo passo da più di un trentennio c'è una sorta di scoraggiamento nell'osservare che la tanto sperata "guarigione della malattia" non si raggiunge mai. In realtà molto è cambiato specie per quel che riguarda anche piccoli e successivi accorgimenti che hanno determinato effetti misurabili, in particolar modo sulle complicanze a lungo termine:

1. il controllo metabolico del diabete, con la caduta quasi verticale delle complicanze a lungo termine (retinopatia diabetica con compromissione del visus, mortalità per malattia cardiovascolare e nefropatia diabetica), ha subito un'accelerazione impensabile qualche anno fa, con il trattamento intensificato pluriniettivo (anche 5-6 iniezioni al giorno di insulina), affiancato alle determinazioni multiple della glicemia (anche 7-8 al giorno), a sua volta reso possibile dalle nuove tecnologie (aghi indolori) e dalla determinazione della glicemia su pochi  $\mu$ l di sangue in tempi ultrabrevi, con apparecchi sempre più piccoli e affidabili;
2. miglioramento del controllo glicemico con riduzione dei picchi iperglicemici post-prandiali e soprattutto contenimento fino a quasi scomparsa degli episodi ipoglicemici specie notturni, grazie all'utilizzo delle nuove insuline a profilo piatto (analoghi lenti), all'utilizzo delle insuline ultrarapide (iniettabili subito prima del pasto e non 20 minuti prima come una volta) e soprattutto all'utilizzo del calcolo dei carboidrati che permette di liberarsi dalle fastidiose proibizioni (mai dolci) e prescrizioni dietetiche (diete pesate e calcolate), adattando di volta in volta la dose di insulina a quel determinato pasto;
3. le nuove tecnologie (determinazione in continuo della glicemia, trasmettitori senza filo, bluetooth e microinfu-

sori con tecnologie digitali sempre più sofisticate) permettono di controllare il diabete anche nel bambino, riducendo al massimo l'intervento umano esterno;

4. è ormai dietro l'angolo la cosiddetta "ansa chiusa" che fa tutto (misura la glicemia ed eroga l'insulina di conseguenza) senza l'intervento esterno. ♦

### Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

#### Bibliografia

- [1] Lerner SM. Kidney and pancreas transplantation in type 1 diabetes mellitus. *Mt Sinai J Med* 2008 Aug;75(4):372-84.
- [2] Claiborn KC, Stoffers DA. Toward a cell-based cure for diabetes: advances in production and transplant of beta cells. *Mt Sinai J Med* 2008 Aug;75(4):362-71.
- [3] Shapiro AM, Lakey JR, Ryan EA, et al. Islet transplantation in seven patients with type 1 diabetes mellitus using a glucocorticoid-free immunosuppressive regimen. *N Engl J Med* 2000 Jul 27;343(4):230-8.
- [4] Iyer H, Khedkar A, Verma M. Oral insulin - a review of current status. *Diabetes Obes Metab* 2010 Mar;12(3):179-85.
- [5] Pozzilli P, Raskin P, Parkin CG. Review of clinical trials: update on oral insulin spray formulation. *Diabetes Obes Metab* 2010 Feb;12(2):91-6.
- [6] Shapiro AM, Ricordi C, Hering BJ, et al. International trial of the Edmonton protocol for islet transplantation. *N Engl J Med* 2006 Sep 28;355(13):1318-30.
- [7] Alejandro R, Barton FB, Hering BJ, et al. Update from the Collaborative Islet Transplant Registry. *Transplantation* 2008;86:1783-8.
- [8] Lumelsky N, Blondel O, Laeng P, et al. Differentiation of embryonic stem cells to insulin-secreting structures similar to pancreatic islets. *Science* 2001;292:1389-94.
- [9] Nir T, Melton DA, Dor Y. Recovery from diabetes in mice by beta cell regeneration. *J Clin Invest* 2007;117:2553-61.
- [10] Zhou Q, Brown J, Kanarek A, et al. In vivo reprogramming of adult pancreatic exocrine cells to beta-cells. *Nature* 2008;455:627-32.
- [11] Phillip M, Battelino T, Rodriguez H. Use of insulin pump therapy in the pediatric age-group: consensus statement from the European Society for Paediatric Endocrinology, the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society, and the International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, endorsed by the American Diabetes Association

and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2007;30:1653-62.

- [12] Pinelli L, Rabbone I, Salardi S. Insulin pump therapy in children and adolescents with type 1 diabetes: the Italian viewpoint. *Acta Biomed* 2008;79:57-64.
- [13] Sherr J, Tamborlane WV. Past, present, and future of insulin pump therapy: better shot at diabetes control. *Mt Sinai J Med* 2008;75:352-61.
- [14] Tamborlane WV, Beck RW, Bode BW, et al. Continuous glucose monitoring and intensive treatment of type 1 diabetes. *N Engl J Med* 2008;359:1464-76.
- [15] Hovorka R, Allen JM, Elleri D, et al. Manual closed-loop insulin delivery in children and adolescents with type 1 diabetes: a phase 2 randomised crossover trial. *Lancet* 2010;375:743-51.
- [16] Bollyky J, Sanda S, Greenbaum CJ. Type 1 diabetes mellitus: primary, secondary, and tertiary prevention. *Mt Sinai J Med* 2008;75:385-97.
- [17] The TRIGR Study Group. Study design of the Trial to Reduce IDDM in the Genetically at Risk (TRIGR). *Pediatric Diabetes* 2007;8:117-37.
- [18] Mueller DB, Koczwara K, Mueller AS, et al. Influence of early nutritional components on the development of murine autoimmune diabetes. *Ann Nutr Metab* 2009;54:208-17. Epub 2009 May 27.
- [19] Dunstan JA, Prescott SL. Does fish oil supplementation in pregnancy reduce the risk of allergic disease in infants? *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2005;5:215-21.
- [20] Knip M, Virtanen SM, Akerblom HK. Infant feeding and the risk of type 1 diabetes. *Am J Clin Nutr* 2010;91:1506S-13S.
- [21] Diabetes Prevention Trial-Type 1 Diabetes Study Group. Effects of Insulin in Relatives of Patients with Type 1 Diabetes Mellitus. *N Engl J Med* 2002;346:1685-91.
- [22] Gale EA, Bingley PJ, Emmett CL, et al. European Nicotinamide Diabetes Intervention Trial (ENDIT): a randomised controlled trial of intervention before the onset of type 1 diabetes. *Lancet* 2004;363:925-31.
- [23] Skyler JS, Krischer JP, Wolfsdorf J, et al. Effects of oral insulin in relatives of patients with type 1 diabetes: The Diabetes Prevention Trial-Type 1. *Diabetes Care* 2005;28:1068-76.
- [24] Elliott RB, Crossley JR, Berryman CC, et al. Partial preservation of pancreatic beta-cell function in children with diabetes. *Lancet* 1981;631:2.
- [25] Feuten G, Assan R, Karsenty G, et al. Cyclosporin increases the rate and length of remissions in insulin-dependent diabetes of recent onset. *Lancet* 1986;2:119-24.
- [26] Herold KC, Hagopian W, Auger JA, et al. Anti-CD3 monoclonal antibody in new-onset type 1 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2002;346:1692-8.
- [27] Couri CE, Oliveira MC, Stracieri AB, et al. C-peptide levels and insulin independence following autologous nonmyeloablative hematopoietic stem cell transplantation in newly diagnosed type 1 diabetes mellitus. *JAMA* 2009;30:1573-9.



# La copertura vaccinale è alta, ma la *Bordetella pertussis* circola ancora

Franco Giovanetti

Dirigente medico, Dipartimento di Prevenzione ASL CN2 Alba, Bra

**Parole chiave** Vaccini antipertosse. *Bordetella pertussis*

L'adozione dei vaccini antipertosse nelle Nazioni sviluppate non ha inciso in maniera determinante sulla circolazione di *Bordetella pertussis*, a dispetto della notevole riduzione dell'incidenza determinata dalle elevate coperture vaccinali raggiunte. La pertosse è una malattia endemica con picchi epidemici che si presentano ogni 2-5 anni. La vaccinazione universale non ha modificato gli intervalli interepidemici: i modesti picchi d'incidenza, che osserviamo ogni tanto in luogo delle grandi epidemie del passato, suggeriscono una circolazione endemica di *B. pertussis*. Mentre in era prevaccinale il carico della malattia gravava tipicamente sull'età pediatrica, in anni recenti esso si è spostato su adolescenti e adulti, attualmente il principale serbatoio della malattia. Il numero medio di casi secondari prodotto in una popolazione suscettibile da un singolo caso di pertosse ( $R_0$ ) è pari a 11-17, corrispondente a un'elevata contagiosità, che inoltre si protrae a lungo, per almeno due settimane [1]. Inoltre, negli adolescenti e negli adulti, la malattia si presenta in forma atipica, rendendo quindi più ardua la diagnosi: vi è tosse secca persistente, manca il caratteristico accesso di tosse, e il quadro può essere confuso con quello di altre patologie quali asma, infezioni da *Mycoplasma pneumoniae*, Adenovirus ecc. Una parte delle infezioni è asintomatica o oligosintomatica. La combinazione dei tre fattori, ossia elevata trasmissibilità, lunga durata del periodo di contagiosità dei casi non trattati e ritardo nella diagnosi e quindi nel trattamento, nasconde un elevato potenziale epidemico. L'aumentata circolazione della *B. pertussis* in età adulta comporta il rischio di trasmissione al neonato e al lattante nel periodo precedente l'inizio della vaccinazione, che include almeno le prime otto settimane di vita, epoca in cui le complicanze della pertosse possono essere severe. La prima dose del vaccino pertosse, pur essendo in grado di diminuire il rischio di complicanze, non induce un'immunità protettiva, per l'instaurarsi della quale è

necessaria la seconda dose. Il conseguimento di elevate coperture del ciclo vaccinale primario non è sufficiente a garantire una *herd immunity* tale da proteggere i bambini non ancora vaccinati.

La malattia naturale determina un'immunità limitata nel tempo, in media circa 15 anni, mentre la protezione vaccinale si affievolisce man mano che ci si allontana dall'ultima dose, e non sembra durare più di 10 anni [2]. Nello stesso tempo, a causa delle elevate coperture vaccinali, è diminuita rispetto al passato la circolazione di *B. pertussis*, rendendo meno frequenti nella popolazione le occasioni di un booster naturale in grado di richiamare l'immunità. Non è quindi infrequente osservare casi di pertosse sia in persone che in passato ebbero già la malattia, sia in adolescenti vaccinati in età pediatrica. È inoltre possibile che l'aumento dei casi tra adolescenti e adulti sia il prodotto, almeno negli Stati Uniti e in alcuni Paesi europei, di una maggiore attenzione al problema e della disponibilità di innovative tecniche di laboratorio quali la PCR. Inoltre negli Stati Uniti l'adesione al richiamo previsto a 13-17 anni appare insoddisfacente (56% la media nazionale nel 2009): non dobbiamo quindi stupirci se la California ha visto nel 2010 la più grave epidemia di pertosse dal 1947, con più di 9000 casi (prevalentemente bambini entro i 6 mesi) e 10 morti, di cui 9 di età inferiore ai 2 mesi [3-4]. Il network europeo *Euvac* pubblica sul web un report annuale sulla situazione della pertosse in Europa: la fascia d'età più colpita è quella dei bambini al di sotto dei 12 mesi, seguita dai ragazzi di 10-14 anni e 15-19 anni [5]. Il numero dei casi non vaccinati prevale nettamente nel primo anno di vita mentre, con l'aumentare dell'età, aumenta la quota dei vaccinati, e ciò conferma la graduale diminuzione nel tempo della protezione indotta dal vaccino. Il dato italiano non sembra discostarsi da quello europeo, tuttavia nel *Bollettino Nazionale delle malattie infettive* l'incidenza al di sotto dell'anno di vita non è riportata, essendo inclusa nel dato relativo alla fascia d'età 0-4 anni [6].

Come fronteggiare questa situazione? È essenziale iniziare il ciclo vaccinale durante il terzo mese di vita, quindi a partire dal compimento dei 2 mesi, poiché un atteggiamento dilatorio ha come unico risultato l'incremento del rischio. Occorre rispettare i tempi dei richiami, a

5-6 anni e a 14-16 anni, quest'ultimo da effettuare utilizzando il vaccino difterite-tetano-pertosse acellulare a dosaggio ridotto (DTPA). Qual è la copertura del richiamo DTPA tra gli adolescenti italiani? Non lo sa nessuno: il Ministero non include il dato nell'ambito delle coperture vaccinali riportate nel suo sito web [7]. Altre misure sono state proposte, quali la vaccinazione con DTPA della neomamma nel post-partum e di tutti i contatti stretti del neonato (la cosiddetta strategia *cocoon*), indipendentemente da un'eventuale anamnesi remota di pertosse, e la vaccinazione degli operatori sanitari a contatto con lattanti [8]. Nello stesso tempo, è indispensabile potenziare la sorveglianza, che necessita di metodiche di laboratorio affidabili. La sierologia è poco utile poiché si avvale di metodiche non standardizzate [8]. L'individuazione in ogni regione di un laboratorio di riferimento in grado di effettuare la PCR sarà cruciale per migliorare la qualità dei dati. In conclusione, la pertosse continua a essere un problema rilevante di sanità pubblica, per fronteggiare il quale è necessario mantenere elevate coperture vaccinali nei nuovi nati e negli adolescenti, valutare la fattibilità della strategia *cocoon* nel contesto italiano e migliorare la sorveglianza epidemiologica. ♦

**Non conflitto di interesse da parte dell'Autore.**

## Bibliografia

- [1] Anderson RM, May RM. Infectious diseases of humans. Oxford University Press, 1991.
- [2] Wendelboe AM, Van Rie A, Salmaso S, Englund JA. Duration of immunity against pertussis after natural infection or vaccination. *Pediatr Infect Dis J* 2005;24:S58-S61.
- [3] National, State and Local Area Vaccination Coverage among Adolescents aged 13-17 years. United States, 2009. *MMWR* August 20, 2010/59(32); 1018-23. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm-5932.pdf>.
- [4] California Department of Public Health. Pertussis Summary Reports. <http://www.cdph.ca.gov/programs/immunize/Pages/PertussisSummaryReports.aspx>.
- [5] EUVAC. Surveillance data. Pertussis. <http://www.euvac.net>.
- [6] Ministero della Salute. Bollettino Epidemiologico. <http://www.salute.gov.it/malattieInfettive/malattieInfettive.jsp>.
- [7] Ministero della Salute. Malattie infettive e vaccinazioni. Coperture vaccinali. <http://www.salute.gov.it/malattieInfettive/malattieInfettive.jsp>.
- [8] Zepp F, Heining U, Mertsola J, et al. Rationale for pertussis booster vaccination throughout life in Europe. *Lancet Infect Dis* 2011. Article in Press, doi:10.1016/S1473-3099(11)70007-X.

Per corrispondenza:  
 Franco Giovanetti  
 e-mail: [giovanetti58@alice.it](mailto:giovanetti58@alice.it)

# Tre revisioni sistematiche su efficacia e sicurezza dei farmaci

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani

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

**Parole chiave** Reflusso gastroesofageo. Bronchiolite. Asma

## Dubbi sull'efficacia degli inibitori di pompa protonica in età pediatrica

L'efficacia degli inibitori di pompa protonica (IPP) nella malattia del reflusso gastroesofageo nel lattante non è documentata. È quanto emerge da una revisione sistematica della letteratura che ha valutato 12 studi clinici randomizzati riguardanti l'uso di questa classe di farmaci in età pediatrica.

Nessuno dei 5 studi condotti in un totale di 170 lattanti ha osservato una maggiore efficacia dei farmaci (omeprazolo, lansoprazolo e pantoprazolo) rispetto al placebo nel ridurre i sintomi del reflusso gastroesofageo. L'omeprazolo è, invece, risultato più efficace del placebo nel ridurre l'acidità gastrica misurata tramite pHmetria.

Uno degli studi ha osservato una maggiore incidenza di infezioni delle vie aeree inferiori nel gruppo trattato con inibitori di pompa protonica rispetto al gruppo di controllo.

Gli Autori della revisione sistematica concludono che gli IPP non dovrebbero essere prescritti come trattamento sintomatico della malattia da reflusso gastroesofageo nel lattante.

Anche nei bambini e negli adolescenti, però, mancano solide prove scientifiche a supporto dell'efficacia di questi farmaci. Gli studi disponibili hanno, infatti, confrontato gli IPP versus altri farmaci antiacidi o antisecretori (ranitidina, alginate) mentre non ci sono riscontri di studi di confronto verso placebo.

Mancano, inoltre, dati riguardanti l'efficacia e la sicurezza di impiego a lungo termine, dal momento che solo uno studio aveva una durata superiore a 8 settimane.

van der Pol RJ, Smits MJ, van Wijk MP, Omari TI, Tabbers MM, Benninga MA. Efficacy of proton-pump inhibitors in children with gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Pediatrics* 2011;127:925-35.

Per corrispondenza:

Antonio Clavenna

e-mail: antonio.clavenna@marionegri.it

## Trattamento della bronchiolite acuta nei lattanti: l'adrenalina è il più efficace

Stando agli studi clinici disponibili in letteratura è l'adrenalina nebulizzata il trattamento più efficace nei pazienti con bronchiolite acuta non ospedalizzati, come risulta da una revisione sistematica e meta-analisi che ha preso in esame 48 trial randomizzati e controllati, per un totale di 4897 pazienti di due anni d'età o inferiore, che hanno confrontato l'impiego di broncodilatatore e/o terapia steroidea, verso il placebo o un altro tipo di intervento.

Rispetto al placebo, soltanto l'adrenalina si è dimostrata in grado di ridurre del 33% il rischio di ricovero in ospedale dopo un giorno di trattamento.

Gli Autori stimano che, trattando con adrenalina 15 bambini (IC 95% 10-45), si eviterebbe un ricovero al primo giorno di terapia.

I risultati emersi da un singolo trial di buona qualità metodologica hanno inoltre evidenziato che l'associazione desametasone orale più adrenalina nebulizzata riduce del 35% il rischio di ricovero dopo una settimana. Secondo gli Autori dello studio, l'adrenalina, da sola o in aggiunta agli steroidi, è la scelta farmacologica da privilegiare al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

Nessuno tra i diversi tipi di intervento considerati ha invece dimostrato un'efficacia nel ridurre il tempo di permanenza in ospedale.

Infine, non sono state osservate differenze significative tra i trattamenti nell'incidenza di eventi avversi.

Hartling L, Fernandes RM, Bialy L, et al. Steroids and bronchodilators for acute bronchiolitis in the first two years of life: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2011;342:d1714.

## Associazione tra esposizione ad antibiotici nei primi mesi di vita e asma

Numerosi studi hanno valutato negli ultimi anni la correlazione tra esposizione ad antibiotici nei primi anni di vita e lo sviluppo di asma negli anni successivi. L'ipotesi dalla quale nascono questi studi è che l'alterazione della flora microbica nella prima infanzia possa promuovere lo sviluppo di atopica e asma.

Una recente meta-analisi ha valutato 20 studi prospettici e retrospettivi riguardanti l'associazione tra l'esposizione ad antibiotici nel primo anno di vita e la comparsa di asma. Prendendo in considerazione tutti gli studi, l'Odds Ratio (OR) è risultato di 1,52 (IC 95% 1,30-1,77). La stima del rischio è risultata maggiore negli studi retrospettivi (OR=2,04) rispetto agli studi basati sui database e agli studi prospettici (OR=1,25). Un aumento di rischio è stato osservato anche negli studi che consideravano possibili fattori confondenti quali infezioni respiratorie o età di esordio dell'asma (OR=1,16).

I dati sembrano quindi indicare che l'esposizione ad antibiotici nel primo anno di vita aumenti leggermente il rischio di asma nei bambini. Tuttavia, per ulteriori conferme, saranno necessari altri studi prospettici basati su ampie coorti di pazienti, che valutino anche la difficoltà di effettuare una diagnosi di asma nei bambini al di sotto dei 6 anni.

Murk W, Risnes KR, Bracken MB. Prenatal or early-life exposure to antibiotics and risk of childhood asthma: a systematic review. *Pediatrics* 2011;127:1125-38.

## Paracetamolo e asma: secondo l'Agenzia Europea dei Medicinali non c'è associazione

Sulla base dei dati a tutt'oggi disponibili non c'è evidenza di un'associazione tra esposizione a paracetamolo durante la gravidanza e/o la prima infanzia e aumento del rischio di asma in età pediatrica. È la conclusione a cui è giunto il gruppo di lavoro sulla farmacovigilanza dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA), dopo aver valutato gli studi che hanno esaminato questa relazione, e che si caratterizzano per i risultati contrastanti, e in molti casi per i limiti metodologici (impossibilità di valutare l'influenza di fattori di confondimento).

L'EMA sottolinea come il paracetamolo, pur rimanendo l'analgesico e antipiretico di scelta in gravidanza e nei bambini, debba essere assunto solo se strettamente necessario.

[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Report/2011/02/WC500102322.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2011/02/WC500102322.pdf)

**Non conflitto di interesse da parte degli Autori.**

# Per educare i ragazzi bisogna pedalare al loro fianco *Il ragazzo con la bicicletta (Le gamin au velo)*

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

Rieccoli, i fratelli Dardenne. Non tanto quelli che avevamo lasciato tre anni fa ne *Il matrimonio di Lorna*, quanto quelli de *La promesse*, *Rosetta*, *Il figlio*, *L'Enfant*. Ovvero, quelli dell'infanzia abbandonata, dei genitori immaturi, dei ragazzini ribelli e della società che sembra indifferente. Leggi Jean-Pierre e Luc Dardenne e vedi Vittorio De Sica e François Truffaut. I due fratelli, che non hanno mai fatto mistero della loro passione per il neorealismo italiano e per la *nouvelle vague* francese, hanno preso lo stampo dei due *Sciuscià*, Giuseppe e Pasquale, l'hanno amalgamato con quello del ribelle Antoine Doinel de *I 400 colpi* e hanno sfornato Cyril, il dodicenne protagonista di questo *Le gamin au velo*, Grand Prix speciale della Giuria a Cannes 2011. Persino il titolo sembra un intreccio tra *Il ragazzo selvaggio* e *Ladri di biciclette*. Ma non siamo di fronte a un plagio, perché, come al solito, il cinema dei Dardenne è brevettato con il marchio d'autore. Affidato a un centro di accoglienza, Cyril (un bravissimo Thomas Doret) non si rassegna all'idea di essere stato abbandonato dal padre. Gli assistenti cercano di farlo ragionare e di tenerlo a freno, ma il ragazzo fugge dall'istituto e ingaggia una battaglia personale contro tutto e contro tutti. L'incontro fortuito con la dolce parrucchiera Samantha, che riesce a ricomprargli la bicicletta venduta dal padre e che accetta di occuparsi di lui nel fine settimana, sembra ridargli un po' di fiducia. Cyril rintraccia il genitore, ma la sua gioia dura poco. L'uomo si sta rifacendo una vita e non lo vuole più tra i piedi. La delusione rende Cyril ancora più ribelle: pedala sulla sua bici con irrefrenabile rabbia, vaga per la città, fa a botte con i coetanei, cade nella rete di uno spacciatore, partecipa a un furto, ferisce al braccio Samantha, si procura guai con la giustizia. Dopo l'ennesimo rifiuto del padre, Cyril trova la forza di chiedere perdono alle sue vittime e a Samantha.

È il primo passo verso la retta via. Luigi Comencini, che di ragazzi se ne intendeva, disse a suo tempo che c'era un solo modo per liberare l'infanzia dalle ingiustizie dei grandi: mettersi al suo stesso livello. È quello che continuano a fare i Dardenne. Seguono passo passo questo ragazzino con *gli anni in tasca* che vive il dramma dell'abbandono. Con una tecnica che fa largo uso di lunghi silenzi e di tempi morti, gli incollano la cinepresa alle spalle più per documentare che per raccontare la sua vana ricerca del padre. Qualcuno ha visto in questa storia un adattamento moderno di *Pinocchio*, perché anche Cyril non dà retta agli educatori, si arrampica sui muri e sugli alberi, imbocca la strada sbagliata, sbatte il grugno e prende coscienza del suo errore. È un accostamento frettoloso che fa torto soprattutto a Geppetto. La differenza sostanziale è, infatti, legata al rapporto padre-figlio: il personaggio di Collodi era solo un monello che faceva disperare il babbo; qui è il babbo che fa disperare Cyril. *Il ragazzo con la bicicletta*, piuttosto, è il piccolo Jimmy de *L'Enfant* cresciuto troppo in fretta. Forse non per caso i Dardenne hanno affidato il ruolo di padre immaturo allo stesso attore (Jérémie Renier) e l'hanno riproposto con gli stessi difetti. È bene ricordare che anche in quel film l'incoscienza padre si era disfatto del figlio appena nato vendendolo a degli sconosciuti. La salvezza dell'infanzia, in *L'Enfant* come ne *Il ragazzo con la bicicletta*, viene affidata alle figure femminili, madri naturali o adottive che siano. Quella di Cyril è una fata turchina (splendida l'interpretazione di Cécile de France), che non esita a rinunciare al fidanzato pur di restare al fianco di un ragazzino sbandato. La lezione dei Dardenne è chiara: per educare un ragazzo bisogna pedalare con lui. È questa, in ultima analisi, l'elementare norma di didattica che ci suggerisce il piano sequenza della passeggiata in bici che Cyril e Samantha fanno insieme e che, molto opportunamente, è stata scelta per la locandina. Esaminiamola nei dettagli. Cyril, fino a quel momento, aveva pedalato da solo e si era cacciato nei

guai. Dopo la presa di coscienza dei suoi errori, lo vediamo per la prima volta sereno e con una figura materna alle spalle. Non fugge più, non rincorre ladri, non compie pericolosi volteggi, ha il volto sereno e sorridente, ha una meta di relax da raggiungere. A un certo punto, gli viene voglia di giocare e propone di trasformare la *promenade* in gara di velocità, ma la sua bici da ragazzino non ha la stessa potenza di quella della donna. Quando Samantha lo supera, le chiede di invertire le bici. Samantha accetta ed è come se gli concedesse la patente della maturità. I genitori naturali restino pure nell'ombra (la madre), o tra i fornelli di un ristorante (il padre). Merende all'aria aperta, barbecue con gli amici e una fata con il cuore d'oro, bella e raggiungibile, attendono Cyril che ha finalmente trovato ciò che cercava: la strada di casa e l'affetto.



*Il ragazzo con la bicicletta*  
(*Le gamin au velo*)

Regia: Jean-Pierre e Luc Dardenne  
Con: Cécile de France, Thomas Doret, Jérémie Renier, Fabrizio Rongione, Egon Di Mateo, Olivier Gourmet  
Belgio, 2011  
Durata: 97', col.

Per corrispondenza:  
Italo Spada  
e-mail: [italospada@alice.it](mailto:italospada@alice.it)

# Libri: occasioni per una

## Non sono uomini con un sesso diverso



**Flavia Francini,  
Simona Montilla,  
Stefano Vella**  
*Farmacologia  
di Genere*  
SEEd srl, 2010  
pp. 162, euro 28

La storia delle donne e della medicina è fatta di lotte, discriminazioni e successi e insuccessi.

Il loro diritto all'accesso alla facoltà medica, a New York nel 1847, avvenne con forti difficoltà. L'attenzione alla medicina per la donna fu limitata, fino alla metà del secolo scorso, per lo meno nel nostro Paese e nelle classi povere, all'evento della nascita e alle affezioni esclusivamente femminili con l'attività delle levatrici e molto meno dei medici.

Dagli anni '80 inizia una sorta di grande affluenza delle donne nelle facoltà mediche e particolarmente nella specializzazione in pediatria, con la oramai definitiva femminilizzazione della nostra specialità e in prospettiva della medicina delle cure primarie, con il valore aggiunto che le donne portano in questa "arte" di sensibilità e intelligenza genere-specifica che si traduce in una maggiore attenzione verso la persona malata e le sue risorse.

Ma manca ancora l'attenzione all'uso specifico dei farmaci nel corpo femminile, nonostante le donne ne siano fra le principali utilizzatrici, specialmente dai 15 ai 54 anni, e non solo per problemi legati all'apparato riproduttivo, ma anche per le sintomatologie dolorose di cui sono più frequentemente affette, per i problemi derivanti dal loro ruolo di caregiver nelle famiglie e per le violenze di cui sono oggetto.

Mancano sperimentazioni relative ai farmaci di più comune impiego, anche se l'uso di questi ha diversità di genere farmacocinetico per differenze biologiche, poco o nulla studiate, che ne influenzano

il metabolismo. Per esempio il metabolismo ossidativo è massimo durante la fase ovulatoria e in gravidanza e durante l'allattamento, ma ci sono diversità enzimatiche notevoli fra uomo e donna anche al di fuori di queste fasi della vita.

Il libro di F. Francini, S. Montilla, S. Vella, a cura della Società Italiana di Farmacologia, affronta questi problemi e in particolare tratta la farmacoterapia di genere per numerose condizioni. In particolare sono trattati i farmaci al femminile per malattie cardiovascolari, per quelle del SNC, per gli anticoagulanti, gli anti-HIV, gli antibiotici: anche per alcuni di questi ultimi esistono, infatti, differenze farmacocinetiche di genere.

Il volume, di non difficile lettura anche per un pubblico non specialista, si propone di diffondere gli elementi di base della farmacologia di genere per sottolineare che le donne non vanno intese come uomini con un sesso diverso, allo stesso modo dei bambini che sono ancora oggi intesi come uomini un poco più piccoli.

La farmacologia di genere sta ricevendo finalmente attenzione: l'ultimo numero del 2010 della rivista *Monitor* dell'Agencia per i servizi sanitari è dedicato quasi interamente al problema.

*Giancarlo Biasini*

## La scienza del mangiare sano



**Anna Villarini,  
Giovanni Allegro**  
*Prevenire i tumori  
mangiando con gusto*  
Sperling  
& Kupfer, 2009  
pp. 21, euro 19,50

Molti alimenti ad alto indice glicemico fanno parte delle nostre abitudini quotidiane: il pane bianco, la farina 00, i dolci di pasticceria, le patate, i fiocchi di mais. Altri alimenti che, pur non avendo un

alto indice glicemico, stimolano direttamente la produzione di insulina sono il saccarosio e il latte.

Gli alimenti ricchi di grassi animali, come le carni rosse, il burro e i formaggi, ostacolano il funzionamento dell'insulina, rendono difficile il passaggio del glucosio dal sangue alle cellule. Questi cibi dovrebbero essere consumati solo occasionalmente.

Quotidianamente dovremmo consumare cereali non industrialmente raffinati possibilmente in chicco, legumi, verdure di tutti i tipi, olio di oliva extravergine, ogni tanto semi oleaginosi ricchi di calcio e di grassi che favoriscono il buon funzionamento dell'insulina, pesce e frutta. Anna Villarini, biologa e specialista in Scienza dell'alimentazione, nutrizionista del Dipartimento di Medicina preventiva dell'Istituto dei Tumori di Milano, documenta scientificamente i vantaggi dell'alimentazione proposta riportando i risultati del Progetto DIANA, che dal 1995 studia le relazioni tra alimentazione e tumore al seno.

Modificando la propria dieta, è possibile ridurre non solo i fattori di rischio del tumore e delle recidive, ma più in generale, questo stile di vita alimentare combatte il sovrappeso senza dover contare le calorie, aiuta a prevenire l'osteoporosi, il diabete, l'ipertensione, l'anemia, gli alti tassi di colesterolo e di trigliceridi.

La seconda parte del libro, scritta da Giovanni Allegro, specializzato in cucina naturale, affronta i problemi pratici, con consigli per imparare a fare la spesa in modo più consapevole, leggere le etichette, scegliere cibi, cotture, conservazioni più salutari e soprattutto la proposta di buone e facili ricette. È uno strumento utilissimo per diventare più consapevoli degli effetti cibo che mangiamo e per proporre sane abitudini alimentari alle famiglie. Il libro è consigliato da Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori.

*Laura Todesco*

# buona lettura

## La medicina non è una scienza. Cosa altro è?



**Giorgio Israel**  
Per una medicina  
umanistica

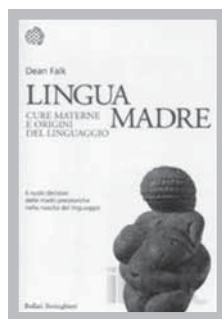
Lindau, 2010  
pp. 91, euro 12

Giorgio Israel insegna Storia della matematica alla "Sapienza" di Roma e ha esplorato il ruolo della scienza nella storia della cultura. Naturalmente da matematico. La tesi di questo libretto è che la medicina non abbia le caratteristiche per definirsi una scienza "esatta", "oggettiva". Il che, in verità, si è sempre saputo, anche se è intellettualmente assai bello seguire l'Autore nel suo ragionamento. La sostanza è che (si perdoni la semplificazione) non esiste una differenza quantitativa fra normalità e patologia ed è possibile giungere a una identificazione di una anomalia cellulare, e forse genetica, ma non a una anomalia molecolare nella cellula patologica rispetto alla sana. E, d'altronde, è fondamentale ricordare che non esiste patologia nelle scienze esatte: nessun moto riesce a essere patologico a pena di non essere moto. Se fosse una scienza esatta esisterebbe una analogia meccanicistica fra l'uomo e la macchina e la malattia si avvicinerebbe a una macchina rotta da riparare. Neppure la supposta analogia cibernetica del cervello con il computer, secondo la quale il cervello funziona *come* un calcolatore, ha retto alla critica: il cervello è capace, da solo, di sviluppare nuove strategie perché è capace di produrre pensiero anticipando gli eventi. Quindi la macchina umana è in grado di autoregolarsi (omeostasi) e la morte è la fine di questa capacità. Una macchina riparata da un abile meccanico funziona come prima, il che a un uomo guarito quasi mai accade. La "riparazione" qui non rappresenta – se non in una età della vita – una integrale *restitutio ad integrum* anatomico-fisiologica. Manca al guarito sempre

qualcosa, piccolo o grande, del precedente stato, ma questo non gli vieta di condurre una vita normale. Di *restitutio ad integrum*, in realtà, si parla perché si verifica un aggiustamento fra la coscienza del malato e il suo organismo. Il guarito "si sente" come prima, ma non è come prima. Astrarre dalle caratteristiche personali del malato significherebbe disperdere informazioni utili alla sua salute. Egli può sentirsi infatti sano anche se un po' malato o meglio non eguale a prima. L'aggiustamento se lo fa da solo o con l'aiuto del medico, e del resto una persona definita malata (con dei livelli altissimi di colesterolo) si sente sana fino a quando non sa, e forse ancora dopo, perché una definizione "quantitativa" della salute non è possibile. Neppure la famosa definizione dell'OMS è infatti realmente misurabile. La medicina deve quindi adottare, o tornare a un approccio qualitativo che stia soprattutto in un rapporto umano fra le persone. Come definire, allora, le caratteristiche della medicina fra arte, tecnica e scienza? Essa è scienza, una tecnica che utilizza tutte le scienze e le arti. È la scienza o l'arte della vita.

Giancarlo Biasini

## Il canto della madre per la sopravvivenza del cucciolo



**Dean Falk**  
Lingua madre  
Cure materne  
e origini del linguaggio  
Bollati Boringhieri 2011  
pp. 284, euro 18

È ormai celebre l'affermazione di Steven Pinker, psicologo evolucionista e linguista al MIT di Boston, sulla musica come un dolcetto, inutile orpello sulla strada della storia della specie umana. Un pennacchio evolutivo, la musica, che tuttavia da pochi anni ha conquistato gli interessi di molti neuroscienziati, antropologi e biologi. Perché la musica impegna gran parte delle nostre facoltà intellettive ed è in intimo collegamento con le strut-

«Non esiste delitto, inganno, trucco, imbroglio e vizio che non vivano della loro segretezza. Portate alla luce del giorno questi segreti, descriveteli, rendeteli ridicoli agli occhi di tutti e prima o poi la pubblica opinione li getterà via. La sola divulgazione di per sé non è forse sufficiente, ma è l'unico mezzo senza il quale falliscono tutti gli altri».

Joseph Pulitzer

ture cerebrali più antiche e cruciali per l'uomo, quelle coinvolte al senso di gratificazione verso il cibo e il sesso se non serve alla nostra sopravvivenza? E perché il neonato e il feto sono in grado "naturalmente" di distinguere, decodificare, riconoscere e memorizzare melodie, tonalità, ritmi e contenuti emotivi di canti e prosodie materne, se queste abilità non sono riconosciute dalla nostra storia evolutiva?

Da alcuni anni sono state proposte diverse teorie e ipotesi per colmare questa grande lacuna nella storia della nostra specie ed è in questo solco che Dean Falk, antropologa e specialista dell'evoluzione del cervello, porta il suo contributo. Il maternese (Baby Talk o Infant Directed Speeching nel linguaggio dei ricercatori) sarebbe stata la molla che ha migliorato la sopravvivenza dei nostri cuccioli. In altre parole, le vocalizzazioni o veri e propri canti delle madri avrebbero favorito la vicinanza del bambino alla mamma quando, nel tempo profondo dell'evoluzione, abbiamo iniziato a camminare bipedi e, senza più peli, i nostri bambini non potevano rimanere aggrappati al corpo degli adulti nei primi anni di vita. Quando impossibilitati a tenere in braccio il piccolo, a causa dell'impegno nella raccolta del cibo, il bambino veniva appoggiato a terra e rimaneva a contatto con la madre attraverso questo particolare protolinguaggio, successivamente sviluppatosi come vera e propria lingua. Una lettura molto ricca di informazioni e citazioni bibliografiche da non perdere soprattutto per l'interesse verso "Nati per la Musica" o per chi vuole assaggiare un po' di antropologia evolutiva.

La grande originalità di questa proposta, in realtà, è quella di aver posto il bambino, così fragile e indifeso, come motore principale nella storia evolutiva dell'uomo. Quasi tutte le ipotesi sulla storia umana sono basate sul successo riproduttivo o sulla sopravvivenza dell'adulto, ma Dean Falk rovescia questa visione indicando il bambino come il centro intorno a cui ruota il destino della nostra specie.

I bambini come propulsori della nostra evoluzione. Madri e figli come fondamento ineludibile del nostro passato.

Costantino Panza

## Conversazione sulla famiglia

### Colloquio immaginario tra Leon Battista Alberti, Giancarlo Biasini e Francesco Ciotti sul tema dell'evoluzione storica della famiglia italiana



**Leon Battista Alberti** (Genova 1404 - Roma 1472), architetto, scrittore, matematico e umanista. È autore di molte opere sull'arte figurativa: *De statua*, *De pictura*, *De re aedificatoria*. Ma è anche autore de I libri della famiglia (Einaudi, 1994, pp. 471, euro 29,95), il cui testo si trova sul sito: [www.filosofico.net/albertifamiglia4libri.htm](http://www.filosofico.net/albertifamiglia4libri.htm). Francesco Ciotti ha fatto una lettura di quest'ultimo testo, scritto nel 1441 e, nell'estate del 2010, con Giancarlo Biasini, ha messo in scena questa conversazione con Leone per comprenderne meglio le idee sulla famiglia rinascimentale: una rilettura di grandi Autori classici può aiutarci a capire le trasformazioni del nostro tempo.

**Francesco.** Cominciamo dalla educazione dei figli?

**Leone.** L'educazione dei figli, come dico nel primo dei quattro libri, è fra i compiti più importanti. Sostengo che dei figli maschi si devono occupare i padri, come dei padri da vecchi si devono occupare i figli maschi per una lealtà intergenerazionale reciproca. A tal fine prima i figli maschi vengono tolti alle gonne delle madri meglio è; ché le madri viziano e indeboliscono i figli. Nelle loro mani i figli diventano mollicci mentre hanno bisogno della severità e della disciplina dei padri. Da voi?

**Giancarlo.** La differenza con il Novecento è notevole. Tra le due guerre mondiali del Novecento e anche dopo l'istruzione privilegiava i maschi, ma mi pare che le decisioni in merito toccassero più alle mamme che ai padri. Ho esempi nella mia famiglia: mio fratello maggiore (1917) ha fatto 2 anni di ginnasio, ma non proseguì per il liceo classico. Fu avviato all'Istituto Magistrale perché con liceo e università sarebbe stato economicamente autonomo troppo tardi. Solo dopo il diploma proseguì verso la laurea. L'elaborazione della decisione fu della madre e poi approvata dal padre. Anche la decisione di non fare studiare la figlia femmina oltre le elementari fu della madre. Mi pare che anche nella mia famiglia allargata (12 cugini) le cose siano andate allo stesso modo.

**Leone.** Per il mio tempo l'educazione dei figli è dei padri. La norma, come illustro nel secondo libro dedicato alla *de re uxoria* ovvero al matrimonio, è che la donna si deve occupare della casa, del ministero dell'interno, mentre il marito del fuori casa, che è ministero degli esteri. Per l'educazione dei figli, che pure è ministero dell'interno, no.

**Giancarlo.** Alla fine dell'800 nel suo testamento il medico Maurizio Bufalini, vedovo, parlando di sua figlia dà istru-

zioni molto precise sull'educazione e, nonostante fosse un laico (era stato deputato della Repubblica romana), sostiene che meglio di tutto per le femmine fosse una educazione "domestica" e cattolica. Tu dici che le mamme viziano i figli, ma nelle nostre famiglie fra le due guerre i padri erano molto impegnati sul lavoro nella gestione del capitale o della sopravvivenza, per cui l'educazione ricadeva per forza sulle madri.

**Leone.** Anche nel mio tempo il governo dei fatti economici appartiene ai maschi. Il padre si deve occupare del futuro del figlio maschio perché ha a che fare col futuro della roba di famiglia; la roba è centrale in questo periodo del Rinascimento. Dico nel terzo libro, intitolato *Economicus*, che la roba, il mercato e ciò che abbiamo come famiglia, lo dobbiamo conservare e aumentare. Siamo una famiglia di banchieri e possidenti cacciati da Firenze e sparpagliati in tutta Italia. Dobbiamo mantenere i nostri beni. Per questo il padre deve decidere quello che il figlio farà da grande, e ciò ha a che fare con la conservazione del patrimonio. Bisogna decidere se i figli maschi devono essere avviati verso gli studi o verso un mestiere: il banchiere o l'artigiano. La scelta deve essere basata sulle attitudini che mostrano i figli. Se uno non ha l'attitudine per lo studio è meglio che vada a bottega. Il vostro pregiudizio è che la cultura è solo di chi studia; per noi chi va a bottega e chi studia sono allo stesso livello.

**Giancarlo.** Penso a come si veniva avviati allo studio fra le due guerre. Era l'insegnante elementare (in genere una maestra) che valutava se lo scolaro (in genere un maschio) fosse in grado di continuare a studiare o meno; i genitori non erano in grado di farlo. Ed era dal rapporto fra le madri e le maestre che nasceva la decisione che in genere il padre accettava. Maestre e mamme: l'i-

struzione era un affare di donne alla fine della scuola elementare.

**Leone.** Da noi è affare di maschi, ma all'interno della famiglia. Il padre decide, sceglie il maestro che viene a insegnare al figlio in casa e che viene inglobato all'interno del sistema famiglia, anzi dei maschi della famiglia.

**Giancarlo.** Non so quando sia iniziata la prevalenza delle maestre; certo la letteratura ottocentesca dedicata ai fanciulli narra di maestri e maestre nella scuola pubblica che è uno dei primi "mondi" in cui è entrato il lavoro femminile. Ma anche oggi mi pare che per l'educazione dei figli gli attori siano le madri e le insegnanti: alle udienze degli insegnanti ci vanno le madri, anche se nell'accudimento dei piccoli qualcosa sta cambiando.

**Leone.** Trovo disdicevole che un padre si occupi dell'accudimento di un figlio piccolo; lo trovo contro la natura che ha fatto la donna atta a procreare e ad allattare; disdicevole che all'adolescenza il figlio resti ancora attaccato alle gonne della madre anziché sotto la guida severa del padre. Grande è la differenza nell'educazione dei figli quando sono bambini e quando sono giovani e adolescenti. Occuparsi dei bambini è facile perché i bambini sono virtuosi mentre i giovani sono difficili, instabili, viziosi e quindi causano una quantità di problemi e hanno bisogno di padri autorevoli. Il figlio ha bisogno del padre soprattutto da adolescente: ha bisogno di una guida. Lo so: tra il metodo educativo del padre severo e punitivo e quello umano comprensivo è meglio quest'ultimo perché è preferibile essere amati che temuti. Il figlio non deve considerare il padre un nemico e quindi lasciamo le punizioni al maestro di casa. I giovani possono prendere cattive strade e cattive compagnie e darsi al gioco d'azzardo ove spendono e dilapidano le fortune dei genitori.

*Giancarlo.* Questo vizio dei giovani figli dei possidenti ha un'ampia letteratura anche nei nostri tempi. Poderi dilapidati con cambiali false perdendo al gioco. Ora c'è un'altra storia di capitali dilapidati con l'acquisto di droga.

*Leone.* Come affermo nel *Prologo* ai quattro libri, di fronte al pericolo e alle avversità la sola ancora di salvezza è la famiglia allargata. In ogni vita ci sono eventi sfavorevoli. Rispetto a questi deve esserci qualcosa che ti protegga: prima di tutto la famiglia. Una famiglia compatta e unita non può essere abbattuta. Voglio tessere l'elogio della mia famiglia, i cui membri sono stati variamente perseguitati ed esiliati da Firenze, ma pur essendo andati chi da una parte d'Italia e chi da un'altra siamo rimasti uniti, e alla fine siamo persone affermate in campo letterario, economico, mercantile e bancario: la nostra famiglia è la nostra forza. Ma la famiglia per essere protettiva non deve essere piccola, nucleare, costituita solo da figli e genitori, ma anche con nonni, zii, cugini. Allargata, insomma. Sono contrario che la famiglia si spezzetti e si divida perché si divide anche il patrimonio.

*Giancarlo.* Anche la famiglia contadina della civiltà agricola era uno strumento forte. La terra non era sua, ma di un padrone e il contratto era di mezzadria. Era quindi tenuta insieme dal capitale fondiario (del padrone) e dal lavoro (del contadino). Quella di mio nonno materno era costituito da 32 persone e ogni bambino aveva almeno 5 zii. Oggi la prevalenza del figlio unico, per le note difficoltà economiche, finisce per portare via ai bambini gli zii che facevano parte viva della loro vita.

*Leone.* Strano che i figli siano diminuiti per difficoltà economiche. La numerosità dei figli per noi è fonte di ricchezza non di impoverimento. Il figlio unico è una sciagura perché noi dobbiamo mantenere i nostri figli ma dimentichiamo che i figli ci manterranno poi quando saremo vecchi? Per fortuna, ai miei tempi, la famiglia ridotta a un figlio è evento rarissimo.

*Francesco.* Le famiglie in Italia hanno cominciato a fare meno figli dopo la seconda guerra mondiale, con forti diffe-

renze tra Nord e Sud ma, anche all'interno della stessa regione in funzione della organizzazione sociale ed economica. Nel mio paese, Morciano, cittadina di commercio vicino a Rimini, nella mia generazione già i figli erano pochi. Immigrato a Cesena, nel 1975, ho trovato una situazione diversa: la mia generazione qui aveva ancora molti fratelli. Nel riminese più turistico e commerciale c'era stata già una precoce contrazione delle nascite. Poi Cesena è diventata meno contadina e le famiglie non sono state più intorno allo stesso "fuoco".

*Giancarlo.* Le famiglie contadine dopo la seconda guerra mondiale hanno resistito fino agli anni '70 a vivere insieme in case molto grandi e con lo stesso fuoco.

*Francesco.* La trasformazione industriale e la trasformazione urbana hanno portato a non stare più insieme, a non continuare più il lavoro del padre. La divisione del lavoro industriale in città ha diviso le famiglie.

*Leone.* Che errore! Tenere unita la famiglia allargata e provvedere a un solo fuoco domestico invece che a due o a molti non è importante solo per la roba e per le avversità. La famiglia allargata ha anche un ruolo insostituibile come mediatore tra individuo e società: è qui che il cittadino impara a collaborare e a cooperare insieme agli altri, a essere solidale e non competitivo ed egocentrico. La famiglia allargata è un agente educativo fondamentale per la società civile. Il valore della solidarietà è un valore civile, non è solo il valore di una comunità religiosa.

*Giancarlo.* Questo ha comportato un'altra conseguenza: il ritardo dell'età del matrimonio.

*Leone.* Anche nel mio tempo vi è talora il disdicevole costume del matrimonio troppo tardivo. Questo è molto grave perché così i figli non possono occuparsi dei genitori quando sono vecchi. Invece che sposarsi tra i 25 e i 30 anni, questi figli non si sposano. E non se ne vanno di casa. Per porre fine a questo stato di cose questi figli vanno diseredati. I giovani soprattutto del mio ceto vogliono divertirsi e non prendere responsabilità e anziché privilegiare l'amore coniugale inse-

guono l'amore venereo, bestiale e vizioso, e ciò va contrastato con ogni mezzo: diserediamoli di ogni bene. Chi non si sposa non fa figli, non contribuisce alla produzione economica della famiglia, non dà prole al lavoro, alla roba, che ha un valore centrale per la sopravvivenza della famiglia. Oltre ai valori civili, il soldo, il denaro fanno la ricchezza del Rinascimento e della classe cui appartengo. Fin dal tempo dei gloriosi Romani la roba era il fondamento della famiglia e, se si rimaneva in casa, bisognava sposarsi e portare in casa moglie e figli.

*Giancarlo.* Dunque il problema dei figli che rimangono in casa c'è sempre stato.

*Francesco.* Nella mia generazione dei giovani del '68, c'era forte il desiderio di uscire al più presto per contrapporsi ai genitori. Certo per i giovani di oggi è diverso, e questa attuale difficoltà a uscire di casa, specie nei Paesi latini, viene giustificata come una difficoltà economica o per difficoltà nell'incontro della sposa.

*Leone.* La scelta della sposa è importante; l'uomo deve prestare molta attenzione nella scelta, anche se deve sposarsi presto e avere figli maschi numerosi. Qui sono le donne della famiglia a indicare le ragazze di buona famiglia fra cui scegliere la sposa. L'uomo deve scegliere la più costumata e la più sana. Sana perché adatta a procreare e costumata per evitare i litigi familiari. Problema grande è la moglie sterile, ma in confronto ai miei contemporanei ho un atteggiamento più comprensivo: la moglie sterile non va ripudiata come ancora avviene in certe religioni ed etnie e come usa nella società rinascimentale. L'adozione dei figli è una soluzione molto più accorta e rispettosa.

*Giancarlo.* Dunque la scelta nella rosa di ragazze fra cui scegliere la sposa nel tuo tempo era una prerogativa delle donne della famiglia. E i matrimoni per innamoramento?

*Leone.* L'amore coniugale non ha nulla a che fare con l'innamoramento. Innamoramento e passione sono amore venereo. L'amore coniugale sconfinava nell'amicizia, nel rapporto stabile e duraturo che per essere tale non deve avere passioni, ma una convivenza tranquilla. La moglie non deve essere molto diversa da te, per

ceto o per idee politiche, per evitare i litigi che fanno rompere un amore troppo passionale.

*Giancarlo.* Se penso alla letteratura del Trecento e all'amore per la donna angelicata idealizzato in termini simbolici, trasfigurato o sublimato, direbbe Freud, trovo che ha poco a che fare con la passione tragica e trasgressiva di Paolo e Francesca. L'amore coniugale, come comincia a essere concepito nell'Otto-Novecento quando passa attraverso l'innamoramento per giungere al matrimonio, è più fragile perché l'innamoramento passa e la tua ipotesi, Leone, della moglie che fa parte della famiglia che serve a conservare il capitale assume consistenza. Ma la diminuzione del problema della conservazione del capitale e, nella seconda metà del Novecento, l'impegno lavorativo extrafamiliare, che si è aggiunto alla gestione della casa, ha cambiato la vita delle donne.

*Francesco.* Negli anni '70 la terapeuta familiare Mara Selvini quando parla delle figlie anoressiche descrive le loro mamme stressate dal loro doppio ruolo e incapaci di fare le madri. Nell'Italia degli anni '60 la donna è entrata nel mondo del lavoro con la rivoluzione industriale e la fine della famiglia patriarcale allargata. Ci si è separati dalla famiglia di origine e si rimane in tre, genitori e figlio unico. Abbiamo inteso, mi pare, che prima della seconda guerra mondiale, e anche dopo per la famiglia contadina, la famiglia allargata era ancora simile a quella rinascentista. L'arzdora (in romagnolo la reggitrice), la sposa più vecchia, gestiva la casa e le spose giovani dovevano aspettare il proprio turno collaborando a un governo della casa il cui potere era nelle mani della sposa "vecchia".

*Leone.* Nelle nostre famiglie allargate preciso è il ruolo della sposa del capofamiglia. Il padre di famiglia è un ragno che dal centro della tela dirige tutto, sta fuori casa ma insegna alla moglie il governo della casa e le affida le cose e le chiavi delle stanze. Di tutte le stanze anche quella dei gioielli, ma non dello studio dove egli tiene la contabilità e che è solo sua perché le mani tinte di inchiostro sui conti le ha solo il padre di famiglia.

*Giancarlo.* Ancora succedeva nella famiglia allargata della prima metà del Nove-

cento. I conti li teneva il capofamiglia, il marito della sposa vecchia che aveva un finanziamento mensile. Dalla gestione quotidiana lei si ritagliava una parte per il corredo delle figlie, mentre alla dote pensava il capofamiglia.

*Leone.* Da noi il padre di famiglia dà alla donna i soldi per le spese che devono essere chiare. Si dividono in tre tipi: necessarie, volontarie e voluttuarie. Le necessarie sono quelle per il sostentamento di tutti e alla moglie le si danno per forza; le volontarie (per esempio acquisto di libri e cavalli) si possono rimandare; le voluttuarie servono ai divertimenti. Per queste i soldi alla moglie non vanno assolutamente dati; le decide il padre.

*Giancarlo.* E le voluttuarie per i figli?

*Leone.* Ah, qui sono del tutto contrario al sistema della paga fissa, settimanale o mensile. Non bisogna dare ai giovani questa paghetta fissa in argento. È come dare un'arma affilata a dei bambini che non la sanno usare. Meglio dare i soldi al bisogno per voglie oneste. Se un figlio giovane mi chiede soldi per un bisogno che condivido allora io glieli do. Se no no.

*Giancarlo.* E i nonni entrano nelle spese voluttuarie?

*Leone.* Eviterei una simile pratica viziosa dei nonni verso i bambini o i giovani. Né il nonno può fare alcuna cosa di nascosto dal padre di famiglia. Questo attiene alla gestione del capitale e alla educazione dei figli che è compito del padre che è al centro il ragno che tesse la tela con l'aiuto della moglie.

Ma torniamo alla moglie che deve essere onesta e ordinata. Più ordinata che bella. Non deve truccarsi. Attenti alle donne che si truccano perché vuol dire che vogliono piacere a qualcun altro e a quelle che perdono il loro tempo a parlare con le altre donne sull'uscio sottraendolo alla famiglia. Deve obbedire al marito più amandolo che temendolo e questi deve usare con lei più modo e umanità che durezza e severità. Come per i figli, come ho detto all'inizio di questa conversazione.

*Giancarlo.* Nelle vecchie fotografie dell'800 ci sono sempre donne a chiacchiere sull'uscio, donne sedute sulle sedie o sugli scalini. La strada era il luogo

sociale per eccellenza. Forse erano solo le donne del popolo a farlo come compromesso tra il loro bisogno di stare insieme e la necessità di stare vicino alle loro case per obbedire a un controllo dell'uomo sulla donna. Ora il luogo sociale è diventato il telefono.

*Leone.* La donna deve essere in casa, per essere brava a gestire una grande casa e una grande famiglia. Ci vuole un terreno sufficiente perché la casa sia autonoma come produzione. Ci sono imprevisti: il raccolto può andare a male; ci possono essere prestiti che non tornano indietro. Occorre, come dite voi oggi, diversificare gli investimenti in denaro e possessione sì da ridurre il rischio. Oltre alla famiglia, come dico infine nel quarto libro sull'amicizia, il padre deve curare con grande premura l'amicizia fra maschi. Per l'uomo l'amicizia è fondamentale e gli amici veri sono quelli che si conoscono e si frequentano sin da giovani quando non ci si frequenta per interesse. L'amicizia offre, come la famiglia, una grande protezione verso le avversità della vita.

*Giancarlo.* Oggi li chiamiamo fattori protettivi del ciclo vitale di una persona, maschio o femmina che sia. Mi pare siano gli stessi. A questi si aggiunge la scuola che nel tuo tempo, Leone, era tutto con la famiglia.

*Leone.* Le amicizie nascono in base alle circostanze e alle occasioni in cui i giovani si incontrano: da noi la strada, la bottega, il lavoro. Negli amici cerchiamo gli esseri a noi simili.

*Giancarlo.* Dici la strada. Era uno strumento fondamentale che è stato cancellato dal traffico di oggi. Nascevano amicizie con persone assai diverse dal punto di vista culturale, sociale o politico che potevano durare per la vita e con le quali si può parlare di cose molto diverse e spesso futili e irrilevanti, ma divertenti e che stimolano sorrisi. Fellini è stato un grande maestro di queste "pataccate".

*Francesco.* Le amicizie vere sono giovanili e ci proteggono; ma sono possibili se resti vicino ai tuoi luoghi di origine. A me non è successo perché ho abbandonato per lavoro il mio paese, come succede a molti. Gli amici dell'adolescenza sono un fattore protettivo ma possono essere



anche un fattore di rischio. Le cosiddette compagnie cattive esistono?

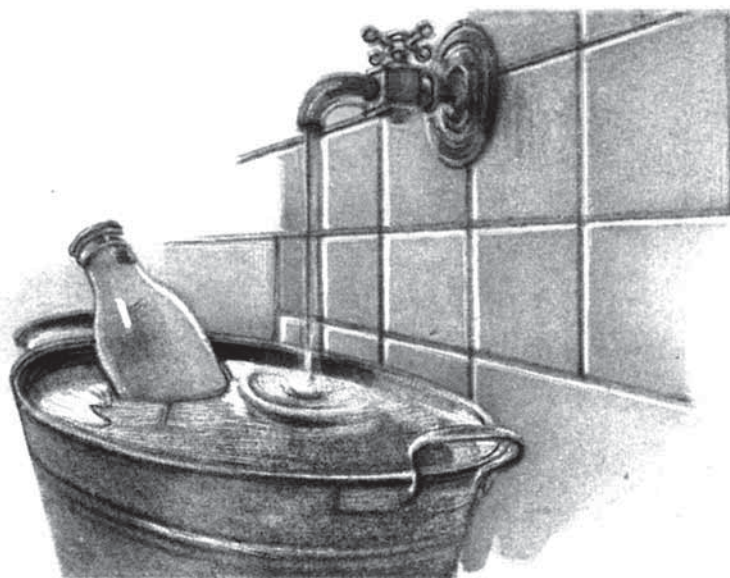
*Leone.* Esistono e ti portano sulle male strade del vizio e del gioco. Ma quelli sono nemici non amici. Al nemico e all'ingiusto non bisogna reagire con iracundia e vendetta perché il nemico teme più il silenzio che la minaccia e quindi l'uomo forte e onesto sopporta le inimicizie, cerca di riappacificarsi con le buone parole, cerca più la concertazione che la spada, più di essere placabile che duro e ostinato, rifugge l'odio come peste mortifera, è il superbo pomposo e scellerato che semina odio e alla fine resta solo.

L'ambizione malevola e lo spirito di competere e primeggiare è il massimo dei vizi, produce invidia e dall'invidia nasce l'odio, occorre la cooperazione fra gli uomini e non la competizione. Sì, il nemico teme più il silenzio che la minaccia.

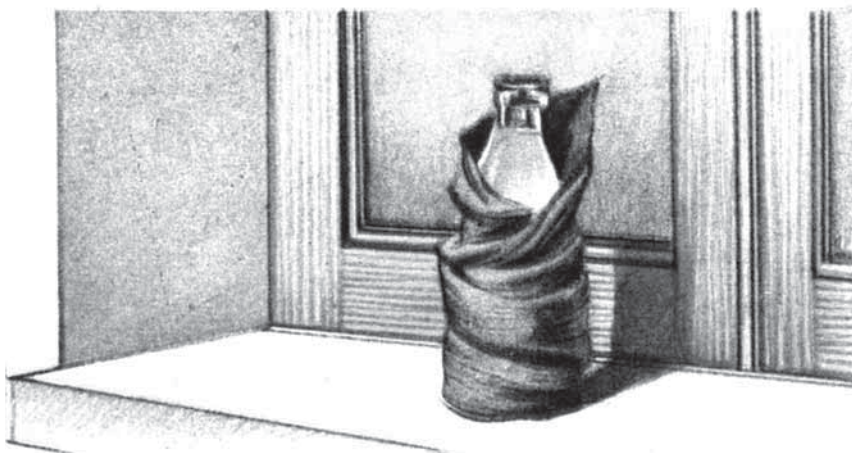
*Giancarlo.* Il silenzio inatteso è arma formidabile. Da noi, a Napoli, si sono incontrati il sindaco e Riccardo Muti, grande musicista, che avevano avuto un forte dissidio. Il sindaco aveva offeso Muti e si aspettava che questi reagisse. Lui è rimasto impassibile. Il silenzio è stato un colpo mortale.

*Francesco.* Un po' di silenzio – direbbe Fellini – utile nel bellicoso Quattrocento italiano, ci vorrebbe anche nel clima politico attuale. Il tuo "l'ambizione malevola e lo spirito di competere e primeggiare come il massimo dei vizi che produce invidia e dall'invidia nasce l'odio" fa pensare molto al ritratto di uomini politici d'oggi. Tuttavia in quello che dici, Leone, è possibile intravedere ciò che in fondo, oggi e sempre, può distinguere chi governa sul piano etologico più che politico. Mi auguro, Leone carissimo, che questo tuo libro, che è stato molto di moda nel '68 quando si parlava di trasformazione della famiglia, da famiglia patriarcale in famiglia nucleare, e il ruolo della donna subiva una rivoluzione copernicana e quando la comunità contava più dell'individuo e c'era l'idea che il malessere dell'individuo nascesse all'interno del suo contesto di vita sociale, possa tornare a essere letto e capito nei suoi grandi valori, alcuni passati, altri eterni. ♦

## CONSIGLI DIETETICI\*



Tenete la bottiglia con il latte in ghiacciaia o in vaschetta colma d'acqua: fate cadere dal rubinetto un filo d'acqua, avrete così posto il latte a 15 gradi circa, quanto basta per conservarlo 20-24 ore.



Esponendo la bottiglia con il latte fuori dalla finestra avvolgetela in un panno oscuro o in un sacchetto di carta oscura.

\* Trattati dall'opuscolo: "Il latte in casa" del 1935



# XXIII Congresso Nazionale ACP

## Auditorium Antonianum - 13,14,15 ottobre 2011

### V.le Manzoni 1, Roma

#### Il bambino che verrà

*Il compito del pediatra è sempre più ampio e coinvolgente, richiede sempre maggiore attenzione al contesto, inteso come ambiente e qualità della vita. Un bambino che nasce ha già una storia, che è quella dei suoi genitori e dell'ambiente in cui hanno vissuto e vivono; oggi sappiamo che tutto questo condiziona, in termini che non immaginavamo fino a pochi anni fa, la sua salute, le sue relazioni e il futuro, suo e dei suoi figli. Parleremo quindi di come prenderci cura del bambino già prima del concepimento, poi alla nascita e in seguito fino all'inizio dell'età riproduttiva, in una sorta di "cerchio della vita". Impareremo che una comunicazione efficace e un sostegno precoce e attento ai genitori possono contribuire a migliorare la qualità della vita e a prevenire esiti sfavorevoli. Parleremo anche di alcuni bambini con bisogni speciali, come i gemelli. Impareremo cosa possono fare il pediatra e l'infermiere per evitare che un bambino provi dolore e come comportarci se la sofferenza è nell'animo, ad esempio dopo eventi traumatici, come un terremoto. Il bambino è cresciuto, è ormai un adolescente e affronta le problematiche della sua età: stili di vita e relazioni sociali, l'uso/abuso del web, lo sviluppo della sessualità e... il cerchio si chiude, siamo di nuovo in età riproduttiva. Ma che ambiente troverà il bambino che verrà?*

#### Giovedì 13 ottobre 9,00-13,00

##### SESSIONE PRECONGRESSUALE CONGIUNTA ACP-SIP Early Child Development

9,00 Introducono: A. Ugazio (Presidente SIP), P. Siani (Presidente ACP), e il Presidente Unicef Italia

Moderato: G. Tamburlini (Trieste)

The scientific basis for ECD programmes (P. Engle, California)

State of the art of ECD in Europe (D. Grover UNICEF, Ginevra)

The role of primary child care professionals in assessing and promoting child development (I. Ertem, Ankara)

Strumenti per la valutazione e la promozione dello sviluppo per operatori delle cure primarie (Gruppo di lavoro congiunto ACP-SIP-FIMP-SINPIA)

La valutazione neurologica del neonato (G. Cioni, Pisa)

Il ruolo della musica nello sviluppo del bambino (L. Lopez, Roma)

Le diapositive delle presentazioni dei relatori internazionali saranno proiettate in Inglese e in Italiano.

Ai partecipanti sarà distribuito un DVD contenente: il testo delle Linee Guida su valutazione e promozione dello sviluppo del bambino da 0 a 3 anni, incluso di materiale video didattico, e le diapositive delle presentazioni.

La partecipazione alla sessione è gratuita.

#### Giovedì 13 ottobre 14,00-19,00

14,00-14,15 Presentazione del Congresso

14,15-14,30 Saluto delle Autorità: Senatore I. Marino, Presidente Commissione Parlamentare d'inchiesta su efficacia ed efficienza del SSN

##### Pensiamoci in tempo

Moderato: G. Biasini (Cesena) e C. A. Corchia (Roma)

14,30-15,10 Il progetto "Pensiamoci prima" per la prevenzione degli esiti sfavorevoli della riproduzione (P. P. Mastroiacovo, Roma)

15,10-15,40 Il pediatra e l'informazione interconcezionale (C. A. Corchia, Roma)

15,40-16,10 Caso clinico (M. Trivelli, Roma)

16,10-16,30 Coffee break

16,30-17,10 Alcuni neonati "particolari": i gemelli (M. De Curtis, Roma)

17,10-17,40 Scenario clinico (M.F. Siracusano, Messina)

17,45-19,00 Riunione dei gruppi ACP

#### Venerdì 14 ottobre 9,00-13,00

9,00 Apertura seggi per le elezioni dei nuovi consiglieri

##### Sessione congiunta ACP-SISIP

##### Il bambino che soffre: oltre la diagnosi e la terapia

Moderato: M. Gangemi (Verona) e M. Orzalesi (Roma)

9,00-9,20 Il dolore del bambino: cosa bisogna sapere e cosa bisogna fare (L. de Seta, Napoli)

9,20-9,40 Il dolore da procedure nel bambino (E. Barbi, Trieste)

9,40-10,00 Discussione

10,00-10,20 Il dolore nel reparto oncologico (A. Pession, Bologna)

10,20-10,40 Caso clinico (P. Lazzarin, Padova)

10,40-11,00 Discussione

11,00-11,20 Coffee break

11,20-12,00 I bambini e il terremoto (R. Pollice, L'Aquila)

##### Sessione Ricerca

Moderato: P. Siani (Napoli) e L. Reali (Roma)

12,00-12,10 Rendiamo accoglienti i nostri ospedali. Risultati di una ricerca ACP-SISIP (P. Siani, Napoli, e D. Ciofi, Firenze)

12,10-12,20 Efficacia del beclometasone versus placebo nella profilassi del wheezing virale in età prescolare: ENBe (A. Clavenna, Milano)

12,20-12,30 La ricerca in infermieristica pediatrica (F. Festini, Firenze)

12,30-12,40 La ricerca in ACP da oggi in poi (E. Valletta, Forlì)

12,40-13,00 Discussione

13,00-14,00 Colazione

##### Novità: vere o false?

Moderato: L. Oliviero (Roma) e M. Narducci (Milano)

14,00-14,30 I farmaci biologici in Reumatologia (E. Cortis, Terni)

14,30-15,00 Diabetologia: nuove terapie? (R. Schiaffini, Roma)

15,00-15,30 Oculistica: che c'è di nuovo (M.C. Torcè, Roma)

15,30-16,00 Ortopedia: novità vere o nuove torture? (C. Tudisco, Roma)

16,00-16,30 Coffee break

16,30-17,00 Sessione comunicazioni orali (\*)

17,00-19,00 Assemblea dei soci

**14,00-19,00 Sessione parallela Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche**

20,30 Cena sociale con animazione musicale

**Sabato 15 ottobre 9,00-13,00****L'adolescenza non è una malattia... ma quanti pensieri...**Moderano: *M.E. Trillò* (Roma), *C. Guidoni* (Torino)9,00-09,40 Minorenni e uso di Internet alla luce della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (*F. Aguiari, Roma*)9,40-10,20 Gli adolescenti e il social network: uso e abuso (*F. Tonioni, Roma*)10,20-10,40 "Un caso clinico" (*V. Calia, Roma*)10,40-11,20 La famiglia, il pediatra e lo sviluppo della sessualità del bambino (*R. Giommi, Firenze*)11,20-11,40 *Coffee break***L'Ambiente: oggi... e domani?**Modera: *G. Tamburlini* (Trieste)11,40-12,20 In quale ambiente vivrà il bambino che verrà? (*R. Bertolini, Copenhagen*)12,20-12,40 Domande e risposte ai "Pediatri per Un Mondo Possibile" (*G. Toffol, Pederobba - TV*)12,40-13,00 Come è andata? (*G. Biasini, Cesena*)**Sessione comunicazioni orali (\*)**

È possibile inviare abstract di ricerche, casi clinici, esperienze e progetti utilizzando lo schema strutturato scaricabile dal sito [www.acp.it](http://www.acp.it). La lunghezza complessiva dell'abstract non deve superare le 300 parole. Una commissione valuterà gli abstracts ai fini della loro pubblicazione su Quaderni acp. I tre abstract che avranno ricevuto le valutazioni più alte saranno brevemente illustrati in seduta plenaria, da uno degli Autori, con 3 diapositive (5 minuti di presentazione per abstract e 3 minuti di commento dell'esperto). Il primo Autore deve avere un'età inferiore a 40 anni (con autocertificazione) e deve essere necessariamente iscritto al Congresso. Il primo Autore dei tre abstract migliori riceverà in premio l'iscrizione gratuita a uno dei tre eventi formativi nazionali dell'ACP (Congresso Nazionale, Tabiano, Argonauti). Gli abstract dovranno pervenire alla segreteria organizzativa esclusivamente via mail al seguente indirizzo: [segreteria@acp.it](mailto:segreteria@acp.it) entro e non oltre il 20 settembre 2011. Agli Autori sarà data comunicazione dell'accettazione degli abstract per la pubblicazione prima dell'inizio del Congresso.

**INFORMAZIONI****Quickline Traduzioni&Congressi**

Via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 TRIESTE  
Tel. 040773737 - Fax 0407606590 - Cell. 3357773507  
e-mail: [congressi@quickline.it](mailto:congressi@quickline.it)

**Quota di iscrizione Congresso ACP**

Medici soci ACP € 250,00 (IVA compresa)  
Medici non soci ACP € 300,00 (IVA compresa)  
Specializzandi € 120,00 (IVA compresa)

**Quota di iscrizione Congresso SISIP, 14 ottobre 2011**

Infermieri soci SISIP € 84,00 (IVA compresa)  
Infermieri non soci SISIP € 100,00 (IVA compresa)  
Studenti € 48,00 (IVA compresa)

**CENA SOCIALE** (facoltativa) € 50,00 (IVA compresa)

L'iscrizione comprende: certificato di partecipazione, kit congressuale, colazione di lavoro di venerdì 14 ottobre, coffee break.

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

Il pagamento potrà essere effettuato:

- on-line collegandosi al sito [www.quickline.it](http://www.quickline.it) (pagamento con carta di credito)
- assegno bancario non-trasferibile intestato a Quickline sas
- bonifico bancario (ricordando di specificare la causale del versamento), intestato a Quickline sas presso UniCredit Banca: c/c 000100230804, ABI 02008, CAB 02204, CIN J, IBAN IT 76 J 02008 02204 000100230804
- versamento sul conto corrente postale n. 36024982 intestato a Quickline sas (ricordando di specificare la causale del versamento)

Sono stati richiesti crediti ECM.

**La Sede Congressuale è attrezzata per accogliere i disabili.**

**ELEZIONI PER IL RINNOVO PARZIALE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ACP****CANDIDATI DA ELEGGERE**

I componenti del Consiglio direttivo da eleggere sono 4.

**MODALITÀ DI VOTO**

- Si possono esprimere al massimo 3 voti.
- Ogni iscritto da almeno 1 anno riceverà per via postale la scheda di votazione entro il **31 luglio 2011**.
- Con questa scheda si può votare al Congresso Nazionale (Roma 13-15 ottobre), oppure per posta.
- Se sceglie il voto postale, dovrà compilare la scheda ricevuta con i tre nomi prescelti e la dovrà inviare all'indirizzo indicato. Per mantenere l'anonimato, la scheda - una volta votata - verrà chiusa dentro una busta bianca senza alcuna indicazione né in fronte né in retro. Questa busta sarà posta dentro un'altra busta in cui sarà indicato il nome del mittente. Il mittente sarà tolto dall'elenco degli elettori; la busta con il mittente, una volta ricevuta, verrà gettata e sarà conservata la busta senza indicazioni che sarà aperta in sede di scrutinio.
- Non sono considerate valide le buste che arriveranno 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.

## CURRICULUM VITAE DEI CANDIDATI

### AUGUSTO BIASINI Pediatra ospedaliero, Cesena

Specializzazione in Pediatria a Bologna nel 1980. Specializzazione in Ematologia a Modena nel 1984. Professore a contratto presso l'Università di Ferrara nell'anno 1990-1991 e presso l'Università di Bologna dal 2008 al 2011. Si è interessato fin dall'inizio della carriera di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (ha introdotto l'uso dei ventilatori meccanici in patologia neonatale fin dal 1984), e di Oncoematologia. Ha approfondito l'aspetto nutrizionale del pretermine. Istruttore regionale, Responsabile dei corsi di rianimazione neonatale della Società Italiana di Pediatria. Membro del gruppo nazionale della SIN - Associazione Banche del Latte Umano Donato. È autore di numerose (104) pubblicazioni e ha partecipato a numerosi congressi ed eventi formativi come relatore e/o moderatore. È iscritto all'associazione nazionale "Medicina e Persona" che approfondisce le problematiche relazionali e organizzative del complesso rapporto medico-paziente. Direttore dal 2006 della struttura di Terapia Intensiva Pediatrica e Neonatale dell'Ospedale "Bufalini" di Cesena. Ha collaborato alla stesura del documento dell'ACP Romagna "Riflessioni in tema di assistenza pediatrica in Emilia Romagna". Sta sperimentando la lettura ad alta voce dei genitori ai neonati in terapia intensiva (J Dev Behav Pediatr 2011;32:146-52).

### GIUSEPPE CIRILLO Pediatra di comunità, Napoli

Specializzazione in Pediatria nel 1980. Ha svolto attività di pediatra consultoriale e di libera scelta. Dal 1980 al 1995 assistente e poi aiuto presso l'ospedale di Castellammare di Stabia (Na) occupandosi di gastroenterologia, di epidemiologia e di valutazione della qualità dell'assistenza, di efficienza gestionale, di integrazione dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri. Si è occupato dei problemi del rischio sociale fin dal 1993. In una delle zone più disagiate di Napoli (Secondigliano) ha sperimentato un progetto-intervento di integrazione dei servizi sociali e sanitari ("Adozione Sociale"). Dal 1995 al 2000 dirigente di 1° livello della IV Divisione di Pediatria dell'Ospedale della SS. Annunziata ASL Na 1. Dal 2000 Direttore del Servizio di Programmazione del Dipartimento socio-sanitario dell'ASL Napoli 1. Dal 2002 Direttore del Centro Studi Interistituzionale per l'Integrazione socio-sanitaria. Ha contribuito al programma di interventi per i bambini con disabilità a Gafsa (Tunisia). Svolge attività didattica nella scuola di specializzazione in Pediatria dell'Università Federico II di Napoli e nel master specialistico per manager sociosanitari della facoltà di Sociologia dell'Università Federico II. È autore di numerose pubblicazioni: le più recenti sulle disuguaglianze nella salute e sulla dimensione sociale della salute. Ha fatto parte del direttivo ACP (1985-88). Socio fondatore dell'ACP Campania e del CSB.

### ANNA MARIA FALASCONI Pediatra di famiglia, Roma

Specializzazione in Pediatria nel 1986 presso l'UCSC di Roma. Durante il periodo universitario ha partecipato ad attività di ricerca sulle prospettive terapeutiche dei difetti congeniti del metabolismo; dal 1982 all'86 ha svolto attività di consulente esterno nell'ambito dell'Unità Operativa "Farmacodipendenza, gravidanza, sviluppo fetale e neonatale" del Progetto Finalizzato CNR "Tossicodipendenze" presso il Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma. Successivamente si è occupata della trasmissione materno-fetale dell'infezione da HIV. Ha lavorato come medico interno universitario con compiti assistenziali presso la Divisione di Oncologia pediatrica dell'UCSC nel 1987. Dal 1988 è pediatra di famiglia presso la ASL RME. Membro dell'Ufficio Coordinamento Distretto XX ASL RME dal 2003 al 2007. Membro della Commissione Appropriata Prescrittiva ASL RME Distretto XX dal 2003 a oggi. Animatore di Formazione per la Regione Lazio. Iscritta al Registro degli Sperimentatori della ASL RME. Partecipa per l'ACP allo Studio ENBe. Rappresenta l'ACP nel gruppo di lavoro per la definizione e diffusione della Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale (in collaborazione con INDiMi, UNICEF, SIP, SIMA ecc.).

### ITALO MARINELLI Pediatra ospedaliero, Perugia

Specializzazione in Pediatria e Malattie Infettive. Dal 1987 ha lavorato nelle Pediatrie di ospedali con diverse caratteristiche: piccolo ospedale (Agnone, paese natale dell'Alto Molise), ospedale regionale (Campobasso), ospedale di

rete (Gubbio). Qui è attualmente responsabile della Degenza pediatrica. Si occupa in particolare di assistenza alle persone affette da fibrosi cistica e da malattie respiratorie. Ha svolto attività di ricerca e sperimentazione in immunologia, nel campo delle cure primarie ed epidemiologia delle malattie croniche. È socio fondatore del gruppo ACP Sannio ed ex referente regionale ACP e NPL per il Molise. Ha promosso diverse iniziative di aggiornamento, di self help, di integrazione ospedale-territorio, di *Journal Club*. Ha partecipato attivamente a iniziative di umanizzazione delle cure ospedaliere (Progetto Andrea, Ospedale senza dolore), sviluppando una riflessione critica sugli eccessi della medicalizzazione pediatrica con contributi su *Quaderni acp*. Ha svolto attività sindacale, politico-amministrativa e di volontariato. Appartiene a quella generazione di pediatri che si è formata leggendo *Quaderni acp* e *Medico e Bambino*, frequentando i congressi di Perugia, Copanello, Tabiano, Trieste, Vicenza. Si candida per restituire all'ACP almeno un poco di quel tanto che ha avuto in questi anni in termini di crescita culturale e di arricchimento umano e personale.

### AURELIO NOVA Pediatra di famiglia, Monza

Specializzazione in Pediatria e Puericultura nel 1982. Dal marzo 1984 pediatra di famiglia a Monza. Socio ACP dal 1983. Dalla sua costituzione nel 1993, fa parte del gruppo locale di Milano e Provincia (ACPM), di cui è membro del direttivo e responsabile del settore ricerca. Ha frequentato il master in "Ricerca in Pediatria Ambulatoriale" (ACP e Istituto M. Negri: 1996-98). È stato coordinatore della Ricerca ACPM 2005: "La prescrizione antibiotica sistemica nella pratica ambulatoriale pediatrica" e responsabile scientifico della Ricerca ACPM 2007: "La terapia antibiotica e il self-help nelle infezioni respiratorie nella pratica ambulatoriale pediatrica". È inserito nel Registro Sperimentatori dell'ASL Monza e Brianza. Partecipa allo "Studio ENBe su efficacia del beclometasone nella profilassi del wheezing virale in età prescolare". Promotore con altri soci ACP della nascita e dello sviluppo del gruppo PUMP ("Pediatri per Un Mondo Possibile") in quanto sensibile al rapporto ambiente-salute; in esso ha collaborato alla stesura del libro *Inquinamento e salute dei bambini* edito dal Pensiero Scientifico. Membro del Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Monza e Brianza e del Consiglio provinciale del Sindacato Medici Pediatri di Famiglia (SiMPeF). Interessi: ricerca nell'ambito delle cure primarie dell'età evolutiva; rapporto inquinamento ambientale e salute; promozione in-formazione a livello di medici e famiglie delle tematiche connesse.

### PIERANGELA RANA Pediatra di famiglia, Bisceglie

Specializzata in Pediatria (1987). Pediatra di famiglia dal 1987. Organizzatrice di numerosi convegni in Puglia. Animatore di formazione dal 1998. Relatore ai congressi "Gli Argonauti" (2002, 2009), al Convegno "Il self help diagnostico nell'ambulatorio del pediatra" (2003), al Convegno nazionale di Dermatologia per il pediatra (2005, 2007, 2008), al Convegno di Dermatologia per il pediatra (Rimini 2010), e al Seminario nazionale SIDeP di Rende (2008). Premi per poster al Congresso nazionale di Dermatologia per il Pediatra (Rimini 2000) e al Congresso nazionale di Dermatologia (2005). Ha collaborato a "Fai da te per il pediatra" (I tascabili di M&B, 2002). Eletta vice presidente della SIDeP nel maggio 2006. Ha pubblicato su *European Journal of Pediatric Dermatology* (2007;17:81). È responsabile della rubrica "Occhio alla pelle" su *Quaderni acp*. È stata (2010) volontaria nell'orfanotrofio "Care & share" a Vijaiawada, Andhra Pradesh, India.

### MARIA LUISA ZUCCOLO Pediatra di famiglia, Montebelluna

Specializzazione in Pediatria (Università di Modena). Perfezionamento in Adolescentologia (La Sapienza, Roma) e in Genitorialità ed età evolutiva presso l'Università di Padova. Pediatra di famiglia presso il Comune di Volpago del Montello (Treviso). Animatore di formazione della Provincia di Treviso, Regione Veneto. Iscritta all'albo dei Medici Sperimentatori Ambulatoriali della Regione Veneto. Membro della CoP WEBM.org dal 2005 al 2011. Promotrice con altri soci ACP della fondazione e diffusione sul territorio del Progetto NpM. Realizzazione e partecipazione a convegni dedicati alla divulgazione del Progetto stesso al fine di farne comprendere la finalità. Da tre anni coordinatrice del *Journal Club* strutturato, dell'ACP Asolo. Interessi: formazione e ricerca in pediatria ambulatoriale; tematiche legate all'adolescente con particolare attenzione alle problematiche legate all'utilizzo di internet.

# Leggere ad alta voce in situazione di emergenza: NpL a un anno dal sisma in Abruzzo

Ilaria Filograsso\*, Domenico Cappellucci\*\*, Nadia Guardiano\*\*\*, Tito Vezio Viola°, Marina Palumbo°°

\*Ricercatrice Università "G. D'Annunzio", Chieti, Scienze della Formazione; \*\*Pediatria ACP, referente pediatri NpL Abruzzo; \*\*\*ACP Regione Abruzzo, coordinatrice volontari "Per l'Abruzzo", ref. NpL per AIB; °Referente NpL per AIB coordinamento "Per l'Abruzzo"; °°Pediatria ACP-NPL-L'Aquila

## Abstract

*A reading aloud experience in an emergency situation: Nati per Leggere and the Abruzzo earthquake*

*The days following the 2009 earthquake in L'Aquila, Italy, many no profit associations working for the "Nati per Leggere" project have been involved in order to support all the children living this dramatic situation. Over 5000 books from different parts of Italy have been collected, catalogued and donated and more than 50 volunteers from several Italian provinces were coordinated by the different associations. The volunteers worked with children of different social contexts living in two emergency tents.*

*Quaderni acp 2011; 18(4): 187-189*

**Key words** *Nati per Leggere. Volunteers. Reading aloud. Seismic area. Literacy orientation. Risk social environment*

*Il terremoto del 2009 che ha devastato la città dell'Aquila e i suoi territori ha visto il coinvolgimento di molte associazioni no profit per promuovere il progetto italiano "Nati per Leggere", con l'obiettivo di sostenere tutti i bambini che sono stati alloggiati nelle tendopoli allestite per la situazione di emergenza. A tale scopo sono arrivati da più parti d'Italia più di 5000 libri che sono stati catalogati, e più di 50 volontari provenienti da varie regioni italiane sono stati formati e poi inviati a supporto dei bambini ospitati nelle tendopoli. Il lavoro di questi volontari in periodi di emergenza come questo ha fatto emergere il significato delle biblioteche come riferimenti importanti in queste situazioni e la valenza di implementare il progetto Nati per Leggere anche in contesti socialmente svantaggiati rilevati in alcune tendopoli.*

**Parole chiave** *Nati per Leggere. Volontari. Lettura ad alta voce. Zone sismiche. Literacy. Ambiente a rischio sociale*

Il Progetto nazionale "Per l'Abruzzo: biblioteche e ludoteche per bambini e ragazzi" è stato promosso, sin dalla prima settimana dal sisma, da realtà nazionali e internazionali attive nella promozione della lettura, quali l'Ibby (International Board on Books for young people), il progetto "Nati per Leggere", l'Associazione Culturale Pediatri, l'Associazione Italiana Biblioteche, da facoltà universitarie (Facoltà di Scienze della Formazione di Chieti) e dalle Agenzie per la promozione culturale della Regione Abruzzo, dalle Biblioteche provinciali, comunali e dal mondo delle associazioni\*.

Sono stati dapprima raccolti circa 5000 volumi nuovi e di qualità, frutto di donazioni di case editrici, biblioteche e privati, utilizzati successivamente nelle attività del bibliobus nei campi, e in parte destinati alle future biblioteche per

ragazzi dei comuni e delle scuole dell'aquilano.

Dopo oltre cento interventi di lettura ad alta voce e animazione per ragazzi e bambini per le famiglie ospitate negli alberghi della costa, il Progetto ha focalizzato il suo intervento, dalla seconda metà di luglio alla fine di agosto, nei campi del Comune di S. Demetrio e della frazione aquilana di S. Gregorio. Sono stati offerti momenti di lettura ad alta voce e animazione di libri, svolti intorno al bibliobus offerto dal Sistema Bibliotecario Provinciale di Chieti, con l'intento di aiutare i ragazzi a elaborare i traumi subiti dal sisma, e di contribuire alla ricostruzione dell'equilibrio delle emozioni. La proposta di esperienze ludiche e laboratoriali intendeva offrire una "pausa creativa" rispetto ai ritmi di vita impliciti nell'essere ospiti di una tendopoli o di un albergo, evidenziando

altresì l'importanza delle biblioteche per ragazzi quali fattori di qualità di cui tener conto nella gestione ordinaria dell'emergenza e nella fase di ricostruzione. Oltre cinquanta i professionisti coinvolti nell'insieme (bibliotecari, animatori, insegnanti sia abruzzesi che provenienti da tutta Italia), che hanno seguito all'inizio di giugno, prima della partenza, un corso di formazione.

Alla luce dei dati offerti dagli operatori che hanno lavorato nei campi e dalla prima ricognizione della documentazione disponibile delle attività (diario di bordo, schede con questionario per i volontari, materiale fotografico e video), risulta doverosa una riflessione sui nodi problematici e sulle criticità emerse, sulla coerenza delle attività svolte con gli obiettivi iniziali. Dall'esperienza realizzata sarebbe opportuno ricavare infatti indicatori utili per una modellizzazione delle metodologie e delle strategie di lettura attivabili in situazione di emergenza, contribuendo a formulare uno strumento standard, grazie al quale la lettura ad alta voce diventi una vera e propria azione di protezione civile. La scelta delle letture da parte degli operatori, oltre che tenere conto dei criteri derivati dalle lunghe esperienze di bibliotecari e lettori nel progetto NpL, doveva necessariamente aderire alle problematiche emotive determinate dal terremoto.

Non si intendeva un intervento in senso terapeutico classico, ma teso a favorire la comunicazione e la relazione tra coetanei, il coinvolgimento delle famiglie e il superamento della sensazione di "sospensione temporale" spesso denunciata dai terremotati, offrendo ai bambini momenti "rituali" di condivisione e di scambio gratificante.

Gli operatori coinvolti, supportati da una consolidata esperienza nella gestione dei gruppi, hanno potuto utilizzare con efficacia la pratica della lettura con tutti i

Per corrispondenza:  
Domenico Cappellucci  
e-mail: mmocpp@alice.it

**nati per leggere**

bambini, e in particolare con quelli che avevano difficoltà nell'identificare e comunicare le proprie emozioni, attraverso libri che da una parte facilitassero la relazione e migliorassero la comunicazione tra mediatore e ascoltatore, dall'altra suscitassero la discussione e l'autoanalisi. Tra le strategie di coinvolgimento del gruppo è stata ampiamente privilegiata la lettura ad alta voce, strumento duttile e trasversale, che favorisce naturalmente l'interazione sociale e verbale dei piccoli ascoltatori, promuove con immediatezza un rapporto affettivamente caldo con il libro e il lettore, facilita la costruzione di una relazione.

È stato seguito e condiviso dai volontari attivi nel bibliobus un modello di intervento articolato in alcune fasi essenziali. Un primo incontro finalizzato a conoscere il gruppo e identificarne i bisogni specifici, cui seguiva il momento della scelta ragionata di testi che rimandassero a questioni cruciali per lo sviluppo o alle eventuali e contingenti difficoltà che il gruppo stava vivendo.

Gli operatori si preoccupavano innanzitutto di conoscere approfonditamente il libro prima di leggerlo, vagliandone l'appropriatezza sul piano dell'età, del sesso, della maturità e del background culturale degli ascoltatori. Era poi selezionata una metodologia efficace di coinvolgimento nella lettura ad alta voce: individuale o al gruppo allargato, a seconda della sua composizione e delle sue esigenze, talvolta affidando libri da leggere in solitudine. L'ultima parte degli incontri era invece dedicata ad attività di follow-up come colloqui, rilettura della storia, giochi di ruolo, teatro dei burattini, scrittura creativa, laboratori espressivi.

La scelta dei testi adatti è stata inevitabilmente condizionata dalla pressoché totale assenza di narrazioni specifiche sul terremoto, dal repertorio disponibile sul bibliobus, dalla specifica formazione degli operatori. Talvolta i bambini più piccoli hanno manifestato precise preferenze di lettura e orientato i contenuti delle sedute; in più di un caso, vista l'eterogeneità del gruppo, i volontari si sono divisi leggendo individualmente o a piccoli sottogruppi. In presenza di bambini più grandi (dagli 11 anni in su) l'approccio è stato facilitato dalla scelta di

attività di manipolazione, drammatizzazione e narrazione orale piuttosto che di lettura.

In ogni caso, nell'indispensabile adattamento dei volontari a situazioni contingenti e non prevedibili, analizzando la lista dei libri letti complessivamente nei due mesi di intervento, emergono indicazioni interessanti circa la tipologia privilegiata di testi, consentendo un raggruppamento per aree:

- libri per l'elaborazione della paura;
- libri su questioni centrali della crescita e sulla costruzione dell'identità;
- libri sulle attività quotidiane del bambino;
- libri per ridere e divertirsi insieme;
- libri sulla risoluzione dei conflitti e l'accettazione dell'altro.

L'intervento ha avuto una durata complessiva di 28 gg lavorativi, dal 7 luglio al 28 agosto nelle tendopoli di S. Demetrio e S. Gregorio. Le schede sono state compilate dagli operatori volontari nei vari turni mattutini e pomeridiani nei due campi, che avevano il compito di trascrivere il numero di bambini che partecipavano ogni volta, i loro nomi e l'età, al fine di fare una statistica sulle percentuali di frequenza per fascia di età e per bambino. Gli operatori avevano il compito di compilare il questionario e di redigere giornalmente il diario di bordo con le loro impressioni sugli eventi, sui successi o non di coinvolgimento dei bambini, sulle difficoltà di gestione nel campo, al fine di dare notizia agli operatori che si sarebbero succeduti.

Sono pervenute dagli operatori 13 schede anagrafiche, che tenevano conto dell'età dei bambini coinvolti e 21 schede di valutazione dell'efficacia dell'intervento. Le schede anagrafiche hanno evidenziato la partecipazione di 41 bambini con un totale di 130 presenze.

Le percentuali per fasce di età sono state le seguenti:

- dai 3 ai 5 anni hanno partecipato 9 bambini, pari al 21,9%, con 27 presenze pari al 20,8%;
- dai 6 ai 10 anni hanno partecipato 21 bambini, pari al 51,2%, con 75 presenze pari al 57,7%;

- dagli 11 ai 16 anni hanno partecipato 11 bambini, pari al 26,9%, con 28 presenze pari al 21,5%.

Sono emerse significative differenze di gestione dell'attività nelle due tendopoli dovute alla presenza, nel campo di S. Gregorio, di una popolazione disomogenea con famiglie a rischio sociale e immigrata, e con ridotta tendenza alla literacy: è stato rilevato un ridotto numero di bambini partecipanti, insieme a un'accesa rivalità tra gruppi di bambini di diversa etnia ed estrazione sociale.

Nel campo di S. Demetrio il lavoro degli operatori è stato, invece, agevolato dalla maggiore integrazione degli immigrati e da un maggior numero di bambini. Nel campo di S. Demetrio, dunque, è stato più agevole predisporre e organizzare le attività, grazie alla maggiore partecipazione dei bambini e alla possibilità di lavorare con gruppi di varie fasce di età in maniera preventivamente organizzata. Il buon livello di gradimento dei bambini nel campo di S. Demetrio è dovuto evidentemente alla possibilità di pianificare e mirare le attività; nel campo di S. Gregorio, invece, le differenze dovute al livello sociale, allo scarso clima di gruppo e alla scarsa propensione alla literacy hanno sensibilizzato estremamente l'impegno di lavoro degli animatori, determinando un più alto livello di gradimento dei bambini. Le difficoltà logistiche e del setting, come si evince dalle situazioni descritte, sono state maggiori nel campo di S. Gregorio; viceversa, a S. Demetrio, le difficoltà legate alla situazione sociale erano praticamente assenti. La minore tendenza alla literacy, ma anche il rischio di perdere il materiale di lavoro, hanno inoltre determinato il minor numero di libri in prestito nel campo di S. Gregorio.

Dalle riflessioni e dai commenti lasciati dagli operatori nelle schede e nel diario di bordo emerge che l'attività di lettura nei campi è stata percepita come efficace per:

- la coesione del gruppo;
- la facilitazione della comunicazione tra pari;
- il dialogo tra generazioni (gli anziani sono stati regolarmente coinvolti nel

campo di S. Demetrio nel racconto di storie locali, filastrocche e memorie personali);

- il coordinamento con le altre attività di volontariato e con gli altri enti presenti;
- il contenimento affettivo dei bambini, che hanno instaurato un rapporto personale con i volontari che li accompagnava ben oltre l'orario previsto per gli incontri di lettura.

Queste considerazioni ribadiscono l'assoluta necessità di considerare l'inserimento delle biblioteche per ragazzi nel contesto della progettazione della ricostruzione. Il bibliobus è stato infatti, come le biblioteche nel tessuto di una città, uno spazio aggregante, di ricreazione e di scambio, di elaborazione dei conflitti e di partecipazione sociale.

### Conclusione

A dieci anni dalla sua nascita, il progetto "Nati per Leggere" ha prodotto un graduale coinvolgimento di molteplici associazioni finalizzate alla qualità degli interventi. Tra queste spiccano le associazioni di volontari di lettura, che specie in Abruzzo operano da molti anni sul territorio (ambulatori pediatrici, reparti ospedalieri pediatrici ecc.). L'intervento ha coinvolto bambini e ragazzi dai 3 ai 16 anni, con le relative difficoltà dei volontari nella scelta dei libri idonei, sia per l'età che per la situazione legata all'emergenza. Una ulteriore difficoltà è stata quella del divario sociale tra le due tendopoli. L'intervento dei lettori volontari, tuttavia, ha avuto una notevole elasticità di azione, grazie al coordinamento e alle esperienze trasmesse sul diario di

bordo, elemento decisivo per le indicazioni ai volontari che si sarebbero succeduti nella tendopoli a maggior rischio sociale, e a minor orientamento alle attività di lettura.

Tali informazioni hanno prodotto una maggiore sensibilità degli operatori nella gestione emotiva degli incontri, nel setting e nella scelta delle storie, con il risultato di un più significativo gradimento dei bambini. Riteniamo pertanto che il progetto Nati per Leggere possa risultare particolarmente adatto in una situazione di emergenza, come un evento sismico, pur necessitando di ulteriori studi relativi alla scelta mirata di storie idonee e alla verifica della loro efficacia come strumento di miglioramento del disagio dei bambini coinvolti. ♦

\* La giuria del Premio Nazionale "Nati per Leggere" ha attribuito una menzione speciale al Coordinamento del progetto "Per l'Abruzzo: biblioteche e ludoteche per bambini e ragazzi" per aver saputo operare in condizioni di emergenza e aver mobilitato un gran numero di operatori provenienti da tutta Italia.

### *Non conflitto di interesse da parte degli Autori.*

#### *Bibliografia*

- Lenkowsky RS. Bibliotherapy. A review and analysis of the literature. *Journal of Special Education* 1987;2:123-32.
- Manetti S. Nati per Leggere, un intervento di comunità: a che punto siamo? *Quaderni acp* 2006;13: 195-8.
- Matthews D, Lonsdale R. Reading Therapy and children in hospital. BNB Research Fund, 1991.
- Pardeck J. Young people with problem. A guide to bibliotherapy. Greenwood Press, 1984.
- Pardeck JT. Using literature to help adolescents cope with problems. *Adolescence* 1994;29:421-7.

## PIÙ FACILE DA DIRE CHE DA FARE: SI FERMA LA RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO INGLESE

La riforma sanitaria del Servizio Sanitario inglese (si veda *Quaderni acp* 2011;18:102) ha subito un primo stop.

L'associazione dei medici (la potente BMA) ha ritenuto velleitario il Progetto del governo e lo ha bloccato.

Dopo uno stop di 3 mesi il Progetto sarà ridiscusso e molto probabilmente "ammorbido".

Una indagine ha rivelato poi che solo il 20% degli inglesi era d'accordo con tale progetto.

L'Arcivescovo di Canterbury ha bacchettato un piano che nessuno ha votato e che in realtà era un maquillage per nascondere i tagli alla spesa pubblica.

Il partito liberale si è preso paura.

Al momento pare che sia sparito il "core" del Progetto, cioè il trasferimento del bilancio del SSN ai medici di base.

(*IlSole24ORESanità* 21-27giugno 2011)

# congressi

## Dislessia. La musica come opportunità

A Montebelluna il 5 febbraio 2011, con ACP Asolo, si è parlato di “musica e dislessia”: una stimolante associazione tra un disturbo della sfera della lettura, la dislessia, e la musica con la sua peculiarità di sviluppo delle capacità comunicative, di attenzione e di ascolto. L'ampia sala della locale biblioteca comunale era gremita di pediatri, genitori, insegnanti e maestri di musica. Dopo un’“Ouverture in versi” il professor G. Stella, docente universitario e presidente del comitato professionale dell’Associazione Italiana Dislessia, ci ha accompagnato nei complessi sentieri di questo disturbo specifico di apprendimento. L’ascolto di una lettura registrata di una bambina dislessica ha reso la drammaticità dell’impegno scolastico per questi bambini. La dislessia ha prevalenze differenti a seconda della complessità ortografica e di lettura della lingua considerata: inglese e francese sono le lingue più penalizzate. I sistemi di apprendimento procedurale ed esplicito sono alla base della spiegazione di questa difficoltà. L’incremento di efficienza della memoria procedurale non si manifesta, quindi non si realizza il risultato automatico all’esposizione degli stimoli: l’allenamento alla lettura non sortisce l’effetto atteso e il bambino sembra essere di fronte, in ogni momento di lettura, a una nuova esperienza. Vissuti faticosi che consumano il grado di attenzione dei bambini e spesso deludono o addirittura irritano quegli insegnanti che non riconoscono il grande sforzo del bambino. Non ci sono lesioni cerebrali ma una diversa migrazione neuronale del sistema magno-cellulare durante la vita fetale: una delle tante varianti della normalità. Inoltre, un terzo dei dislessici ha una diversa visione para-foveale che riduce le capacità di inseguimento visivo: una difficoltà in più. G. Stella ha sottolineato che il dislessico non è un disabile, ma è un “neurodiverso”, con uno sviluppo neuronale atipico: piccole modificazioni funzionali con esiti macroscopici della lettura. Anche la lettura dello spartito musicale porta al dislessico gli stessi problemi di transcodifica delle lettere stampate. Un grande problema per i

musicisti che devono spesso leggere lo spartito musicale a prima vista. O. Bergadano, mamma di una ragazza dislessica che frequenta il Conservatorio di musica, ha portato una testimonianza autobiografica forte, equilibrata, di grande impatto emotivo, e sostenuta dalla professoressa M. Bufano, docente per alunni dislessici presso il Conservatorio “Giuseppe Verdi” di Milano. Solo riconoscendo il problema e affrontandolo con idonei ausili, motivazione professionale e modificando le regole scolastiche – in questo caso le prove di solfeggio – questi ragazzi possono esprimere le loro capacità musicali e proseguire nel percorso scolastico. M. L. Zuccolo con grande entusiasmo ha illustrato il progetto “Nati per la Musica”, le basi neurofisiologiche che ne sono i presupposti, l’importanza delle relazioni affettive per la maturazione armonica neurosinaptica e lo sviluppo dell’intelligenza. La comunicazione musicale (“l’abbraccio sonoro”) è tra i migliori stimoli a disposizione dei genitori. “Offrire la musica ai nostri cuccioli è come offrire frecce in più alla faretra che il bambino ha alla nascita” sono le parole con cui il maestro di musica Roberto Spremulli ha chiuso l’intensa mattinata.

*Costantino Panza*

## La rete lombarda delle malattie rare compie 10 anni

Il 28 febbraio 2011, in occasione della IV Giornata internazionale delle Malattie Rare, all’Auditorium della Regione Lombardia sono stati presentati lo stato dei lavori a dieci anni dall’istituzione della Rete regionale per le Malattie Rare e i risultati di alcuni dei progetti di sviluppo che hanno visto la partecipazione di oltre 500 specialisti del Sistema sanitario lombardo e trenta Associazioni delle persone affette e dei loro familiari. La Rete lombarda è costituita da 31 Presidi, individuati tra quelli con documentata esperienza in attività diagnostica o terapeutica specifica per malattie o per gruppi di malattie rare. Il Centro di Coordinamento, affidato al Centro di Ricerche cliniche per le Malattie rare “Aldo e Cele Daccò” dell’IRFMN, ha tra i suoi compiti la sorveglianza e la gestione dei

dati del registro lombardo delle malattie. Le ASL rappresentano i punti di contatto tra la Rete, i medici di assistenza primaria, i servizi territoriali e il cittadino. Un organismo trasversale, il Gruppo di Coordinamento regionale (cui partecipano i rappresentanti di Regione, Centro di Coordinamento, Presidi, ASL e Associazioni di pazienti), ha funzioni di coordinamento operativo, discussione e condivisione di strategie comuni.

Una rete dunque che vuole dare forza, sapere, competenze in un ambito, quello delle malattie rare (spesso insieme di tante malattie, alcune delle quali comuni), che dà informazioni puntuali, utili anche alle patologie più frequenti. Una rete che, per affrontare la fase successiva (quella delle soluzioni o dei mezzi per arrestare processi in evoluzione), deve poter contare su una “nuova imprenditorialità” che non abbia scopo di lucro, che non guardi ai brevetti, che consenta di studiare lo sviluppo di nuovi farmaci, ma anche di verificare l’utilizzo possibile di alcuni, già esistenti e disponibili. Una rete che deve poter garantire terapie riabilitative anche in deroga alle regole generali regionali, accanto a interventi integrati ospedale-territorio. Una rete che riconosce il ruolo delle Associazioni dei pazienti, chiamate a gestire ciò che già esiste, ma anche a condividere sviluppi futuri, linee guida, centri di riferimento.

*Federica Zanetto*

## A Cesena le banche del latte

Si è svolto a Cesena il 20 e 21 maggio 2011 il 3° Congresso nazionale dell’Associazione italiana Banche del Latte umano donato. Il continuo miglioramento delle cure perinatali porta alla nascita di neonati prematuri in condizioni migliori rispetto al passato, richiedenti tecniche di ventilazione meno invasive, meno antibiotici e farmaci. L’attuale strategia della neonatologia è demedicalizzare e personalizzare le cure in una ottica di “tailoring”, che vuol dire “vestire” ogni paziente con una sua propria assistenza: in tal senso il Convegno ha parlato di utilità e benefici del latte materno e umano nei pretermine, e di come renderlo sempre più disponibile. A



# controluce

Cesena, la banca del latte è nata oltre 50 anni fa, per merito di Rino Vullo. La sua crescita organizzativa al servizio delle neonatologie dell'area vasta Romagna costituisce un modello che può essere imitato.

Venendo ai contributi, U. Simeoni ha portato alcune metanalisi a dimostrazione che gran parte delle principali cause di mortalità dell'adulto, quali malattie cardiovascolari e diabete tipo 2, ha origine nel periodo perinatale. Confermando i benefici dell'uso del latte materno nel neonato a rischio sul potenziale "de-programming" o "re-programming" di queste malattie, ha collegato il rapido recupero di crescita (Catch Up Growth) del prematuro con grave ritardo di peso prenatale, con disordini funzionali renali, che darebbero alterazioni pressorie in età adulta. Il vantaggio, con il latte materno, anche di pochi mm di mercurio sulla diastolica può avere effetti sulla salute nei grandi numeri di popolazione. I dati di Simeoni vanno pensati soprattutto a proposito dei regimi nutrizionali sempre più proteici e calorici (l'EPSPAN 2010 raccomanda un apporto proteico di 4-4,5 g/kg/die nel pretermine inferiore a 1000 g) che determinano vantaggi a breve termine (uscita più rapida dalla precarietà della fase acuta, meno sepsi, meno mortalità, meno broncodisplasia), a medio termine (migliori dati antropometrici nei primi anni di vita, meno riospedalizzazioni, punteggio più elevato nelle scale di sviluppo neuroevolutivo), e a lungo termine (dimensioni della sostanza bianca, del nucleo caudato e QI verbale più elevati in adolescenti ex-pretermine soprattutto maschi).

P. Huppy ha mostrato, con immagini volumetriche di RM, la stretta dipendenza della crescita cerebrale prenatale e postnatale precoce, specie nella mielinizzazione e dimensioni di nucleo caudato e ippocampo, con il regime nutrizionale di proteine, calorie, ferro e docoesanoico.

Gli ex-pretermine di peso molto basso hanno difetti cognitivi multipli (attenzione, memoria, lettura, matematica, regolazione emozionale e interpretazione delle emozioni) che dovrebbero orientare tutti gli operatori a una strategia di neuroprotezione, con sempre più latte materno

fresco e di banca, quando non disponibile, preparato secondo le necessità metaboliche del piccolo. I. Kazmierska, membro UNICEF, ha presentato i 10 passi modificati per i pretermine di peso molto basso.

*Augusto Biasini*

## Genitori, pediatri e pratiche quotidiane di cura

Interessante, molto partecipato e in linea con gli obiettivi di una delle priorità di intervento ACP il seminario svoltosi il 21 maggio a Torino come momento di restituzione della ricerca qualitativa "genitori, pediatri e pratiche quotidiane di cura: risultati di una ricerca sociologica". Promossa e condotta in ACP Ovest, la ricerca è stata realizzata con la collaborazione di figure esperte in sapere sociologico (Dipartimento di ricerche sociali dell'Università del Piemonte orientale) e finanziata dalla Fondazione della Compagnia di San Paolo. Lo studio è stato costruito dopo una interessante, e anche molto impegnativa, fase di riflessione e discussione preliminare, all'interno del gruppo locale, sul senso della salute e della malattia, sulla costruzione della genitorialità, sulle pratiche del quotidiano e sulla relativa costruzione dei saperi in un contesto socio-culturale, quello attuale, caratterizzato da profonde trasformazioni e rapidi cambiamenti. Cosa è l'infanzia? Cosa vedono i nostri occhi quando osserviamo l'infanzia? Cosa costruiamo con la nostra mente quando ci rapportiamo con i bambini come genitori, come adulti educatori, come pediatri? Quale relazione tra infanzia e genitorialità? Cosa si intende per genitorialità adeguata? Nell'ambulatorio del pediatra arriva un percorso a più voci che comprende rappresentazioni molto ampie di genitorialità e infanzia, di salute e malattia. Allargare la prospettiva di osservazione vuol dire conoscere attraverso quali saperi e pratiche i genitori arrivano a definire il benessere dei bambini; conoscere le molteplici agenzie sociali che concorrono alla costruzione di tali definizioni; conoscere le caratteristiche dei saperi di cui tali agenzie sono

ritenute legittime depositarie (saperi di senso comune, rintracciabili nelle pratiche quotidiane, e saperi teorici, intesi come l'insieme di valori, aspettative, norme enunciate o implicite che si rielaborano a partire da saperi esperti, socialmente riconosciuti e legittimati – pedagogia, psicologia, pediatria); conoscere le aspettative che i pediatri nutrono nei confronti dei genitori impegnati nei compiti di cura, gli interventi messi in campo per orientare il comportamento genitoriale, i confini attribuiti alle proprie competenze e a quelle proprie di altri saperi. Nella ricerca che ne è seguita, attraverso interviste semistrutturate ai genitori, sono state raccolte narrazioni di pratiche quotidiane e opinioni circa i saperi cui attingono madri e padri per assolvere al proprio compito di cura verso i figli. In particolare sono state analizzate le pratiche relative al sonno, all'alimentazione e alla gestione della malattia, per poi risalire alla "cultura" di cui esse sono espressione e quindi ai concetti e alle rappresentazioni di infanzia, di educazione, di "genitorialità adeguata" utilizzate dai genitori e che i pediatri contribuiscono in qualche misura a costruire con il loro "sapere esperto". Attraverso focus groups con i pediatri, la ricerca ha nello stesso tempo analizzato i loro modelli di "genitore adeguato", l'influenza di essi sui genitori e sulla rete relazionale in cui tutti – pediatri, genitori, bambino – sono inseriti e in cui si costruisce un nuovo significato ai sintomi, alla malattia, alla cura, e la consapevolezza dei pediatri rispetto alla negoziazione di proposte "agganciabili" alle attribuzioni di senso dei genitori e ai differenti schemi di riferimento. Una bella occasione di riflessione e contaminazione con altri saperi, un prezioso e anche faticoso pezzettino di strada in più per capire cosa succede nel lavoro quotidiano in ambulatorio, una sollecitazione ad andare oltre una lettura superficiale e spesso moralistica di richieste di cura sempre meno tollerate e spesso mal gestite. Una sfida con molte implicazioni per la pratica pediatrica, che nasce da un percorso interessante e impegnativo all'interno di un gruppo locale ACP e che ACP deve raccogliere e valorizzare.

*Federica Zanetto*

## Ma saranno proprio pochi i medici?

Gentile Direttore,

lo so che la vostra rivista è stata fra le prime a rendersi conto che il numero dei medici e dei pediatri stava pericolosamente scemando, ma siccome vi vedo attenti alle cose che capitano sotto gli occhi, vorrei esprimervi qualche mio dubbio. È proprio vero che il numero dei medici dovrebbe aumentare? Oppure ci siamo abituati a un numero molto alto e non siamo capaci di modificare il nostro modo di vedere le cose? Dice la FNOM che in Italia entro il 2020 avremo 3,5 medici/1000 abitanti e suona l'allarme perché attualmente siamo a un rapporto di 3,7/1000. La previsione è riportata anche nel PSN citato nell'editoriale di *Quaderni acp* del numero 2/2011. Però in Europa la media è di 3,1. Ci sarà qualche errore nella pratica medica di noi medici italiani? E anche dei pediatri? O nella nostra organizzazione? Abbiamo medicalizzato troppo? Facciamo cose che i nostri colleghi europei fanno fare ad altri? Penso sia difficile pensare che facciano meno cose di noi. Magari le fanno fare a tecnici delle professioni sanitarie: infermieri (pronto soccorso, vaccinazioni, controlli di crescita, interviste), ostetriche (gestione di gravidanze normali e travaglio, forse anche ecografie di 1° livello), tecnici di neurofisiopatologia o addirittura a segretarie? Insomma siamo carenti di medici o di capacità di organizzare l'assistenza? Mi piacerebbe avere un vostro parere.

G. Favetto

*Il dott. Favetto ci pone ogni tanto questioni interessanti. Abbiamo sottoposto quello dello scarso numero dei medici a Vincenzo Calia, direttore di UPPA. È un argomento che a lui piace e a noi sembra necessario approfondirlo. Il problema principale sarà forse quello di indebolire le lobbies dei poteri separati che affliggono la nostra sanità. (Red)*

*Le osservazioni del dott. Favetto mi sembrano molto pertinenti.*

*È comprensibile che sindacati medici, ordini professionali o facoltà universitarie si lascino andare in dichiarazioni*

*catastrofiste che in realtà sono soltanto tentativi ben poco mascherati di difendere i loro interessi corporativi (più medici significa più cattedre, più iscritti: in poche parole più potere e più denaro). Quello che risulta meno comprensibile è che i media caschino così ingenuamente nella trappola e si producano periodicamente in allarmate "inchieste" sui rischi derivanti dalla scarsità dei medici in Italia. Solo pochi anni fa, gli stessi media parlavano di "pletora medica". Non è forse vero che la riduzione del numero degli studenti di medicina ci è stata imposta anche e soprattutto per contenere il numero esagerato di medici, molti dei quali destinati a restare a lungo sotto-occupati o disoccupati?*

*Gli inviti ad aumentare "urgentemente" il numero di posti nelle facoltà mediche in Italia sono basati sulla constatazione (vera) che di questo passo il numero di laureati non riuscirà a rimpiazzare coloro che usciranno dal ciclo professionale. Ma sulla base di quale criterio si ritiene che il numero attuale dei medici nel nostro Paese sia quello giusto e che di conseguenza una sua riduzione comporterebbe degli inconvenienti? E se i medici in Italia fossero troppi, come dimostrano i dati correttamente citati da Favetto, una riduzione del loro numero non potrebbe portare invece dei significativi vantaggi? Troppi medici non fanno bene alla salute dei cittadini, perché tendono a medicalizzare ogni aspetto della vita, e neppure a quella del Servizio Sanitario Nazionale, che finirà per pagare il loro stipendio e tutte le prescrizioni superflue che l'eccessiva medicalizzazione comporta inevitabilmente. Senza neppure la consolazione di un abbassamento dei costi delle visite mediche, come dimostra l'esempio delle cure dentarie, che in Italia, dove pullulano gli odontoiatri, sono molto più care che in altri Paesi, come, per esempio, la Germania. Inoltre l'eccessivo numero di medici porta all'inevitabile assunzione da parte di questi ultimi di compiti e prerogative che invece potrebbero essere svolti egregiamente da altre figure sanitarie, come fa giustamente notare il dott. Favetto. Il risultato è un abbassamento del livello professionale di tutti, i medici che si trovano a fare i paramedici mentre a questi*

*non viene consentito di esprimere la propria professionalità: l'esempio delle ostetriche, che non seguono più neppure le gravidanze più tranquille, è illuminante. All'abbassamento delle funzioni professionali corrisponde, ovviamente, una mortificazione economica.*

*Se poi passiamo alla pediatria, che ci interessa da vicino, non si può fare a meno di rimarcare che il numero dei pediatri sembrerebbe già scarso in alcune aree del Paese; eppure esistono zone in cui i pediatri sono sotto-occupati e non è stato mai risolto il problema della duplicazione e sovrapposizione dei ruoli. Sono decenni che faccio l'esempio di Roma, dove vivo e lavoro, e dove un bambino che frequenta un asilo nido sarà inevitabilmente accerchiato dai pediatri: un pediatra di famiglia che gli "passa la mutua", un pediatra vaccinatore e un pediatra del nido, sempre a carico della ASL; a questi si aggiungerà molto spesso, "per maggiore sicurezza", un pediatra privato e, quando capita, il pediatra del Pronto Soccorso ospedaliero, a cui prima o poi la sua famiglia si rivolgerà.*

*E allora, invece di lamentarsi e cercare di tornare "ai vecchi tempi", quelli in cui l'obiettivo era avere almeno un medico... per ogni condominio, bisognerebbe accogliere il suggerimento del dott. Favetto: riorganizzare i servizi. Che fine ha fatto, per esempio, quella legge che il Senato approvò (all'unanimità!) a fine 2007 e che non è mai riuscita a ottenere l'approvazione definitiva della Camera? Quella legge eliminava centinaia di certificazioni mediche inutili, che invece sono allegramente sopravvissute, e ne hanno anche figliato generando altre certificazioni sempre più inutili: basterebbe un intervento in questo campo per spazzare via una mole incredibile di attività burocratiche che affliggono oggi i medici e liberare così risorse umane da destinare alla cura e alla prevenzione delle malattie, senza bisogno di gonfiare il numero dei laureati in medicina. Questo vorrebbero la razionalità e il buon senso, che raramente prevalgono nel nostro Paese. Perciò credo che ci convenga rassegnarci a leggere presto nuove e clamorose inchieste sulla mancanza di medici che minaccia la salute degli italiani.*

Vincenzo Calia

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  
cerca

### ISCRIZIONI AL BLOG:

Post  
Tutti i commenti

### SFOGLIA L'ULTIMO NUMERO DELLA NEWSLETTER PEDIATRICA

Lettera pediatrica 2010; (7) 29

Powered by Issuu

Sfogliala Newsletter

SOTTOSCRIVI IL BLOG VIA MAIL E RICEVERAI GLI AGGIORNAMENTI PUBBLICATI

vai

### ULTIME...

- Allattamento al seno e prescrizioni di latte artificiale alle dimissioni dall'ospedale
- XXIII Congresso Nazionale ACP, 13-14-15 Ottobre 2011, Roma
- PREMIO R.I.T.A.
- COMUNICATO STAMPA: SOLO CHICCO CREDE CHE NON SI POSSANO ALLATTARE AL SENO DEI GEMELLI
- Convenzione "Nati per Leggere" fra AIB, ACP e CSB

LUNEDÌ 27 GIUGNO 2011

### Allattamento al seno e prescrizioni di latte artificiale alle dimissioni dall'ospedale

0 commenti

Nonostante sia proibito dalla legge, le neomadri alle dimissioni dall'ospedale, spesso ricevono prescrizioni di latte artificiale, omaggi che interferiscono con l'allattamento, indicazioni poco coerenti sull'allattamento al seno.

L'IBFAN Italia e BabyConsumers hanno predisposto un modello di lettera per invitare le mamme a fare la denuncia, in modo da scoraggiare queste pratiche.

Potete scaricare il messaggio dell'IBFAN al seguente link:  
[http://www.ibfanitalia.org/Documenti/segnalazione\\_ASL.pdf](http://www.ibfanitalia.org/Documenti/segnalazione_ASL.pdf)

Vi chiediamo di diffondere questo messaggio alle famiglie dei vostri assistiti.

Categoria: Allattamento, Annunci



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

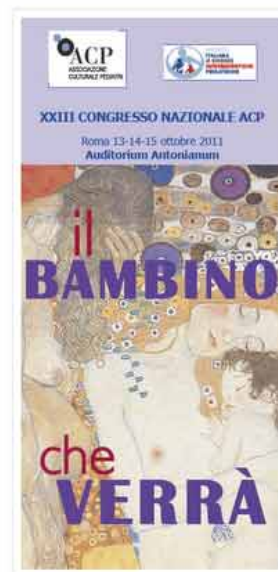


Link a questo post

MERCOLEDÌ 22 GIUGNO 2011

### XXIII Congresso Nazionale ACP, 13-14-15 Ottobre 2011, Roma

0 commenti



### XXIII CONGRESSO NAZIONALE ACP "IL BAMBINO CHE VERRÀ" Roma, 13-14-15 Ottobre 2011

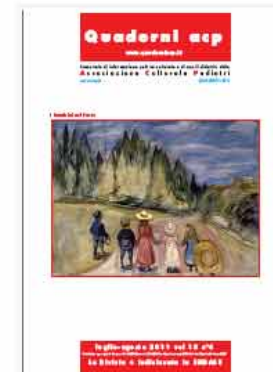
[scarica la brochure] [Info sessione Early Child Development]

Il compito del pediatra è sempre più ampio e coinvolgente, richiede sempre maggiore attenzione al contesto, inteso come ambiente e qualità della vita. Un bambino che nasce ha già una storia, che è

quella dei suoi genitori e dell'ambiente in cui hanno vissuto e vivono; oggi sappiamo che tutto questo condiziona, in termini che non immaginavamo fino a pochi anni fa, la sua salute, le sue relazioni e il futuro, suo e dei suoi figli.

Parleremo quindi di come prenderci cura del bambino già prima del concepimento, poi alla nascita e in seguito fino all'inizio dell'età riproduttiva, in una sorta di "cerchio della vita". Impareremo che una comunicazione efficace e un sostegno precoce e attento ai genitori possono contribuire a migliorare la qualità della vita e a prevenire esiti sfavorevoli.

### LO SAPEVI CHE SIAMO SU FACEBOOK



[www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)

### ARGOMENTI E INDICE ANALITICO

- 5 x 1000 (1)
- AN1H1 (26)
- Africa (1)
- Allattamento (3)
- Ambiente (10)
- Annunci (7)
- Appelli (3)
- Appuntamenti (27)
- Appunti di viaggio (1)
- Benzo(a)pirene (2)
- Comunicato stampa (36)
- Comunicazioni (6)
- Concorso fotografico (5)
- Conflitto di interessi (2)
- Congressi (1)
- Congressi ACP (5)
- CSB (7)
- Dicono di noi (21)
- Direttivo ACP (1)
- Disabilità (1)
- Diseguaglianze (2)
- Documenti (2)
- Elezioni ACP (1)
- EMA (1)
- Farmaci (3)
- FDA (1)
- FISH (1)
- Giaccaulite (1)

## Editoriale

- 145 Costruiamo una cultura dell'infanzia.  
Se non ora, quando?  
*Paolo Siani*

## Salute pubblica

- 146 Incidenza di donne in età fertile suscettibili  
alla rosolia: studio retrospettivo  
*Rosario Cavallo*

## Salute mentale

- 149 La diagnosi precoce di autismo:  
il ruolo del pediatra  
*Angelo Spataro (a cura di)*

## Telescopio

- 150 Uso dei corticosteroidi inalatori al bisogno  
nell'asma persistente lieve  
*Enrico Valletta*

## Aggiornamento avanzato

- 154 La valutazione del dolore nel bambino  
con severo deficit cognitivo  
*Marta Massaro, Giuliana Pisciotto,  
Laura Bandina, et al.*

## Il caso che insegna

- 159 Insidie diagnostiche nella Malattia di Kawasaki  
del lattante  
*Michela Giovannini, Carlotta Farneti,  
Elena Desiderio, et al.*

## Scenari

- 164 Esposizione al sole: fattori di rischio  
ed efficacia della protezione  
*Maria Francesca Siracusano, Costantino Panza,  
Pierangela Rana*

## Esperienze

- 168 Mamme del mondo raccontano le loro fiabe  
*Andrea Satta*

## Il punto su

- 170 Novità in diabetologia pediatrica  
*Tosca Suprani, Cecilia Geraci, Mauro Pocecco*

## Vaccinacipi

- 175 La copertura vaccinale è alta,  
ma la *Bordetella pertussis* circola ancora  
*Franco Giovanetti*

## Farmacipi

- 176 Tre revisioni sistematiche su efficacia  
e sicurezza dei farmaci  
*Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra,  
Daniele Piovani*

## Film

- 177 Per educare i ragazzi  
bisogna pedalare al loro fianco  
*Il ragazzo con la bicicletta (Le gamin au velo)*  
*Italo Spada*

## Libri

- 178 Farmacologia di Genere  
*di Flavia Francini, Simona Montilla,  
Stefano Vella*  
178 Prevenire i tumori mangiando con gusto  
*di Anna Villarini, Giovanni Allegro*  
179 Per una medicina umanistica  
*di Giorgio Israel*  
179 Lingua madre  
*di Dean Falk*

## Offside

- 180 Conversazione sulla famiglia  
*Red*

## Acp news

- 184 XXIII Congresso Nazionale ACP, Roma

## Nati per Leggere

- 187 Leggere ad alta voce in situazione  
di emergenza: Npl a un anno dal sisma  
in Abruzzo  
*Ilaria Filograsso, Domenico Cappellucci,  
Nadia Guardiano, et al.*

## Congressi controllo

- 190 Dislessia. La musica come opportunità  
*Costantino Panza*  
190 La rete lombarda delle malattie rare  
compie 10 anni  
*Federica Zanetto*  
190 A Cesena le banche del latte  
*Augusto Biasini*  
191 Genitori, pediatri e pratiche quotidiane di cura  
*Federica Zanetto*

## Lettere

- 192 Ma saranno proprio pochi i medici?

### 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](mailto: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](mailto: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](http://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.