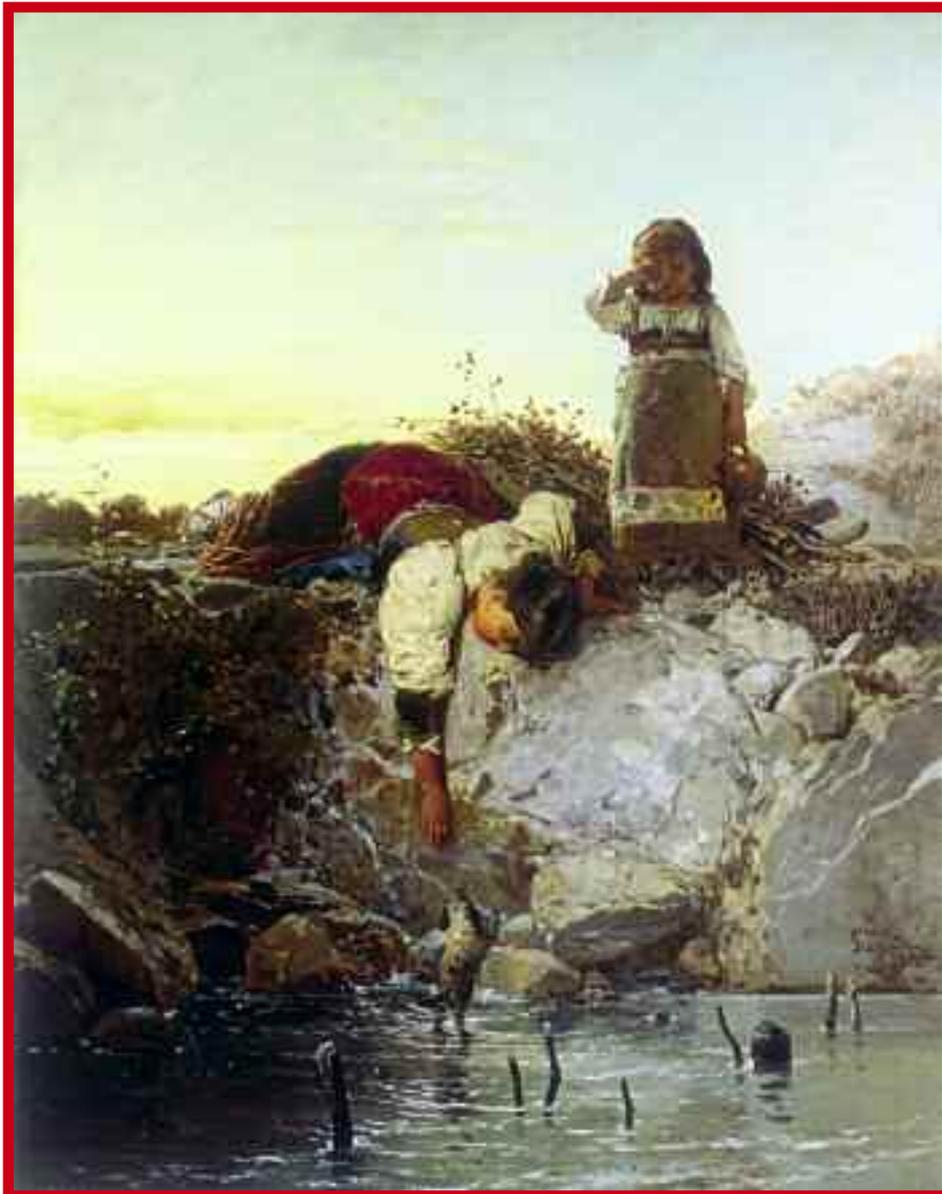


# Quaderni acp

[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



**settembre-ottobre 2011 vol 18 n° 5**

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 SciVerse Scopus**

# Quaderni acp

Website: [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)  
September-October 2011; 18(5)

## 193 Editorial

ACP and international cooperation:  
stories about a circular relationship  
*Giorgio Tamburlini*

## 195 Research

Effectiveness study on the Italian project  
"Nati per Leggere"  
*Giuseppe Toffol, et al.*

## 202 Forum

Too many cesarean sections in Italy  
*Serena Donati*

## 206 Public health

2010-2012 Health Programme in Sicily:  
a formal exercise or a tool for management?  
*Angelo Spataro*

## 208 Telescope

Antibiotics in early life and asthma at school age:  
causation or bias?  
*Franca Rusconi*

## 211 A window on the world

Africa saved by children  
*Nicola D'Andrea*

International Code of Marketing  
of Breastmilk Substitutes  
*Sergio Conti Nibali*

## 214 Info

## 216 A close up on progress

Why should paediatricians consider  
paediatric palliative care  
*Franca Benini, Michele Gangemi*

## 221 Meeting synopsis

## 222 Around Narration

Around Narration: a new column  
*Michele Gangemi, Federica Zanetto*

## 224 Update to practice

Mantoux tuberculin skin test  
*Fabio Antonelli, Paolo Siani*

## 226 Appraisals

ADHD and genetic. A study and many reactions  
*Silvia Zanini*

## 227 Vaccinacipi

The new flu season is arriving.  
Let's immunize all children at risk  
*Rosario Cavallo*

## 228 Farmacipi

The European Medicine Agency (EMA)  
approves the first two authorizations  
for medicines for paediatric use  
*Antonio Clavenna, et al.*

## 229 Informing parents

Febrile seizures: much fear... no damage  
*Paolo Siani, Stefania Manetti*

## 230 Books

## 232 Movies

## 233 Offside

The mythology of a pandemic flu  
*Damiano Colazzo*

## 234 Born to read

## 236 Musical-mente

Playing Music. Exploring sounds in early childhood  
*Cecilia Pizzorno*

## 238 Acp news

## 240 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 Pediatri  
via Monteferru 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: [ufficioci@acp.it](mailto:ufficioci@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 salvataggio del cagnolino", 1865, Gerolamo Induno (1827-1890), olio su tela, 68x55,  
Collezione privata.

**NORME EDITORIALI.** Gli Autori sono pregati di attenersi a queste norme generali che riguardano la confezione del loro contributo su *Quaderni acp*. Ad articolo pubblicato si accorgeranno che il percorso editoriale dell'articolo lo ha sensibilmente migliorato. Prego pertanto di non fare una lettura superficiale di queste norme. **Testi.** I testi devono pervenire alla redazione via e-mail (redazione@quaderniacp.it) composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Gli AA sono tenuti a dichiarare di non avere inviato il testo contemporaneamente ad altre riviste. La violazione della norma comporta il respingimento dell'articolo. Si prega di non usare carta intestata o riconoscibile per garantire la cecità dei revisori. Nel testo non vanno usate sottolineature; il grassetto va usato solo per i titoli. Il titolo deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo, sintetico. La redazione si riserva il diritto di modificare il titolo ed eventualmente il sottotitolo dell'articolo. Va indicato l'Istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli Autori. Va segnalato l'indirizzo e-mail dell'Autore indicato per la corrispondenza. Gli articoli devono essere corredati da un riassunto in italiano e in inglese dell'ordine di 1000 battute spazi inclusi. Alla fine del riassunto vanno inserite 3-5 parole chiave in italiano e in inglese. La traduzione in inglese di titolo, riassunto e parole chiave può essere fatta - se richiesta - dalla redazione. In ogni caso i testi inglesi vengono controllati da redattori madrelingua. Negli articoli di ricerca sia il testo che il riassunto vanno strutturati in Scopii, Metodi, Risultati, Conclusioni (Aims, Methods, Results, Conclusions). I casi clinici sono inseriti nella rubrica "Il caso che insegna". L'articolo va strutturato in: La storia, il percorso diagnostico, La diagnosi, il decorso, Commento, Cosa abbiamo imparato (Si veda *Quaderni acp* 2009;16:67-69). **Tabelle e figure** vanno poste in fogli separati al di fuori del contesto dell'articolo. Vanno numerate, titolate e richiamate nel testo in parentesi tonde [figura 1, tabella 1] secondo l'ordine in cui vengono citate. Tabelle e figure seguono numerazioni separate. Scenari secondo Sakett, casi clinici, esperienze non possono di regola superare le 12.000 battute spazi inclusi, riassunti compresi, tabelle e figure escluse. Casi particolari vanno discussi con la redazione. Per gli altri contributi non possono essere superate le 18.000 battute spazi inclusi, compresi abstract e bibliografia, salvo accordi con la redazione. Le lettere non devono superare le 2500 battute spazi inclusi; qualora siano di dimensioni superiori, possono essere ridotte dalla redazione. Chi non fosse disponibile alla riduzione deve specificarlo nel testo. **Bibliografia.** Si pregano gli AA di essere attenti alle citazioni. In linea di massima, e salvo casi speciali, le voci bibliografiche citate non possono superare il numero di 12. Il modello della rivista è il Vancouver style. Le voci vanno elencate in ordine di citazione, tutte in caratteri tondi e con i titoli conformi alle norme pubblicate nell'Index Medicus (Cognomi; Iniziali nomi con virgola; Titolo; Rivista; Anno; Volume; Pagine. Per la punteggiatura si veda sotto l'esempio:

- 1) Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. *Quaderni acp* 2000;5:10-4.  
Nel caso di un numero di Autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura et al. Le eventuali note vanno numerate a parte e indicate nel testo (nota 1). Per i testi, o comunque per i libri, vanno citati l'Autore o gli Autori secondo la indicazione di cui sopra, il titolo, la città dell'editore seguita dai due punti, l'editore, l'anno di edizione. La pagina può essere citata a giudizio del citante. Si veda l'esempio:
- 2) Bonati M, Impicciatore P, Pandolfini C. La febbre e la tosse nel bambino. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed. 1998.  
Qualora si voglia citare un singolo capitolo del testo lo si citerà con il nome dell'autore del capitolo inserito nella citazione del testo. Si veda sotto.
- 3) Tsitoura C. Child abuse and neglect. In: Lingstrom B, Spencer N. Social Pediatrics. Oxford University Press 2005  
Il numero d'ordine della citazione bibliografica va inserito tra parentesi quadre nel testo. Per esempio nel caso delle tre voci sopraindicate [1-2-3]. Le citazioni vanno contenute il più possibile nel testo e devono essere pertinenti e aggiornate agli ultimi anni. Della letteratura grigia (di cui va fatto un uso limitato) vanno citati gli Autori, il titolo, la sede, chi ha editato l'articolo e l'anno di edizione. Per la sicurezza del ricevimento, salvo altre indicazioni, gli articoli vanno inviati esclusivamente a [redazione@quaderniacp.it](mailto:redazione@quaderniacp.it) e non a singoli membri della redazione.

**Percorso di valutazione.** I lavori pervenuti vengono sottoposti alla valutazione della redazione e/o a revisori esterni che operano seguendo un format consolidato e validato. I revisori sono ciechi rispetto agli Autori degli articoli. Gli AA sono ciechi rispetto ai revisori. Per mantenere la cecità quando un articolo provenga da un componente della redazione il direttore, o un redattore da lui designato, provvede a trasferirlo a referèe esterni mantenendo la cecità oltre che per l'Autore anche per l'intera redazione. La redazione trasmetterà agli AA il parere dei revisori. In caso di non accettazione del parere dei revisori gli Autori possono controdedurre. È obbligatorio dichiarare l'esistenza o meno di un conflitto d'interesse. Ci sono varie forme di conflitti, i più comuni si manifestano quando un autore o un suo familiare hanno rapporti finanziari o di altro genere che potrebbero influenzare la scrittura dell'articolo. 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. Nel caso gli autori dichiarino l'assenza di un conflitto di interesse la formula adottata è "Non conflitti di interesse da parte degli Autori". **Varie.** Per articoli e contributi, anche se richiesti dalla redazione, non sono previsti compensi. Non si forniscono estratti, né copie. La rivista è online e gli articoli possono essere derivati e stampati da questa versione in formato pdf. Si ricorda agli AA che in una rivista che si occupa di bambini non vengono accettati termini come "soggetti", "minori", "individui", ma sono preferiti bambini, ragazzi o persone.

# L'ACP e la cooperazione internazionale: storie di un rapporto circolare

Giorgio Tamburlini

Centro per la Salute del Bambino, Trieste

European School for Maternal Newborn Child and Adolescent Health, Trieste

*La storia della Pediatria nel mondo è storia di persone. Alcune storie stanno fra due mondi: quello dei poveri e quello dei ricchi che hanno contribuito a fare ricca di stimoli l'ACP. In queste storie personali c'è una parte di noi e sono storie importanti. Cominciamo da quella di Giorgio Tamburlini. Continueremo con una rubrica dedicata ai "Pediatri fra due mondi".*

Nell'agosto del 1967 mi sono trovato su una nave (ricordo si chiamava SS Waterman), assieme a circa 800 altri ragazzi di 50 Paesi, in partenza per l'America. Siamo arrivati a New York dopo 7 giorni di vita in comune. Abbiamo visitato l'ONU. Nel "palazzo di vetro" si incontravano personaggi variamente vestiti, tra opere d'arte provenienti da tutti i continenti. Quel viaggio e quella visita mi hanno segnato: quasi una "chiamata alle armi", per me. Conservo una statuetta africana acquistata allo store dell'ONU. Poi, l'anno negli Stati Uniti – e che anno! – ha certo contribuito: le *Black Panthers*; l'assassinio di Martin Luther King e quello di Robert Kennedy; il mio migliore amico, Joe Seale, afroamericano e di famiglia povera, al contrario di me, ospite nella famiglia di un neurochirurgo, democratico, ma del Sud, per cui... Joe non poteva venire a casa.

Joe mi ha avvicinato a molte cose, oltre che al *rhythm and blues* di Aretha e Otis. È morto due anni fa, ho una sua foto assieme a me, attorno a un mappamondo. Sono tornato in Italia nell'estate del '68. Un paio di anni prima, su indicazione di una compagna di scuola, avevo preso parte a un progetto di alfabetizzazione presso una comunità rom a Udine, la mia città natale.

Queste sono le radici, se volete poi arricchite dalle letture, da Franz Fanon a Che Guevara. Ma, nelle motivazioni, le emozioni vengono prima dei ragionamenti. Venendo a questi ultimi, una volta scelta medicina, mi ero rivolto alla salute pubblica, su cui volevo fare la tesi. Il docen-

te di Igiene era odioso e quello di Pediatria (Franco Panizon) magnifico, per cui l'ho fatta in Pediatria (ma su un argomento di salute pubblica, la medicina scolastica). Poi ho lavorato in clinica, mi sono occupato "fin da piccolo" (1976) dell'ACP e di *M&B* dalla sua nascita, ho fatto la tesi di specialità sulla nascente Pediatria di famiglia.

Anche queste sono radici. Mi interessavo allora – non ho mai smesso – di formazione, e attraverso queste attività sono entrato in contatto con ONG che lavoravano "nel terzo mondo", come si diceva allora. In ACP si parlava allora di "fare meglio con meno" e alle ONG serviva una formazione improntata a questo approccio.

Ho proposto al mio ospedale, il Burlo Garofolo, di interessarsene: perché non trasferire conoscenze dove avrebbero fatto la differenza? Sergio Nordio mi ha aiutato; Guido Bertolaso, allora a capo della cooperazione italiana, ha trovato la strada: siamo partiti nel 1985 con un progetto in Mozambico di assistenza e formazione in campo materno-infantile.

La prima missione, per scrivere il progetto, l'ho fatta con un tizio del CUAMM, messomi accanto dal Ministero perché in Mozambico aveva lavorato per quattro anni: Adriano Cattaneo. L'inizio di un sodalizio che dura tuttora. L'impatto con l'Africa è stato molto forte: a colpirmi è stato un diverso senso della vita, preponderante e assoluto, nonostante la morte fosse dietro l'angolo, per la guerra, la povertà e le malattie. Il progetto è durato sei anni. Facevo la spola tra Trieste e Maputo.

Nel frattempo ho studiato, preso contatti, svolto missioni in altri Paesi, dato vita a un Centro di salute internazionale presso il Burlo, che poi è diventato centro collaboratore OMS. L'attività clinica è andata progressivamente riducendosi a favore di quella internazionale. Il lavoro sul campo, inizialmente focalizzato sui protocolli clinici e sulla formazione, si è progres-

sivamente indirizzato sui piani e i programmi. L'idea centrale, quasi una ossessione, era quella di contribuire dove e come potesse essere più utile, dove si potesse fare la differenza.

Ma passare dalla dimensione micro e temporanea a quella macro e duratura non è esente da rischi: intanto, i risultati li vedi a distanza di anni. Poi, a volte tutto viene cancellato da una crisi politica o semplicemente da un cambio di referenti. E lavorare per le organizzazioni internazionali ha le sue contraddizioni: dal mio lavoro per l'OMS, ma anche per la Banca Mondiale, e per l'UNICEF, ho ricavato un atteggiamento critico verso queste Agenzie, e tuttavia la convinzione che averle sia meglio che non averle. Del resto, nemmeno le ONG, con le loro idiosincrasie, gelosie, autoreferenzialità sono esenti da limiti, chi più chi meno. Ho lavorato in più di 30 Paesi, in tutti i continenti; ultimamente con maggiore frequenza nei Paesi ex URSS e nei Balcani, dove il contesto generale è di solito meno drammatico, ma il cambiamento più difficile. Ho promosso gemellaggi e collaborazioni tra istituzioni del Nord e del Sud; ci ho sempre creduto e ho avuto poche delusioni: portano frutti anche con pochi denari e sono costruite su rapporti personali che sono più duraturi (e piacevoli) di quelli con i funzionari ministeriali.

Nella transizione dalla clinica all'organizzazione e alla formazione, poi ai piani e alle strategie, ho mantenuto interesse per la questione della qualità delle cure, che mi ha sempre appassionato: perché in un posto si fa tanto meglio che in un altro con lo stesso personale, attrezzature, farmaci? E, conoscendone le ragioni, si può fare qualcosa? Ora ne sono convinto, ma c'è ancora molto da provare e riprovare: le strade sono diverse in contesti diversi; alcuni principi guida, quali la centralità della motivazione, restano. Ma non ho qui lo spazio per entrare nei dettagli: sarà per un'altra volta.

Per corrispondenza:

Giorgio Tamburlini

e-mail: [tamburli@burlo.trieste.it](mailto:tamburli@burlo.trieste.it)

editoriale

Questa la storia. Mi si chiede di tentare un bilancio generale. Alla fine, cosa ha funzionato di più? E c'è un messaggio generale da trarne? E ancora: perché dedicare energie al lavoro in altri Paesi? Aiutare è possibile? Alcune risposte credo di poterle dare, altre sono ancora molto incerte.

Cominciamo dalla prima questione. Se penso a due o tre cose che hanno funzionato bene (il lavoro prima di analisi e poi di proposta sulle cure ospedaliere al bambino nei Paesi poveri, e quindi il "Pocket Book" dell'OMS, i gemellaggi tra istituti, il lavoro di formazione), non individuo facilmente minimi comuni denominatori, se non forse l'esistenza di rapporti professionali e personali forti. Alla fine, infatti, la validità di un messaggio non sta tanto in sé, ma nel come lo proponi e come l'altro lo riceve.

Il tutto non è casuale, ma certo molto contestuale.

Per quanto riguarda le motivazioni, ve ne sono due o tre principali, e probabilmente il loro peso varia tra persone diverse e anche in tempi e circostanze diversi. La componente ideale, che si sostanzia nell'afflato solidaristico, umanitario e nel desiderio di giustizia, è un punto di partenza fondamentale. Questa ispirazione si unisce però a motivazioni che hanno piuttosto a che fare con se stessi, come il desiderio di spendersi dove c'è più bisogno, e con la ricerca del piacere, che senza dubbio si trova nelle sfide professionali e personali. Personalmente sono molto attratto dal viaggio e dalle conoscenze: il fatto di avere amici in tante parti del mondo, con cui si condividono idee e progetti, è in sé una cosa che dà senso.

E si torna dunque alle radici, agli imprinting precoci.

Infine, l'ho detto in molte occasioni, aiutare è possibile, ma l'effetto non è scontato. Si possono combinare guai, anche quando animati da buone intenzioni. Occorre evitare la presunzione di sapere, e confrontarsi, meglio se all'interno di un gruppo o di una associazione che si propone di farlo, e lo fa con sistematicità. Apprendere da quello che ha o non ha funzionato è importante. E non è cosa che venga facile se fatta da soli, senza qualche contributo esterno.

Infine, continuo a pensare che ci siano molte cose da fare in questo nostro Paese, anche per aiutare quelli che stanno "di là" e, a maggior ragione, quelli che sono venuti "di qua". In alcuni casi (forse molti) le esperienze in Paesi poveri aiutano a capire meglio la realtà nostra e ad avere un metro per il valore delle cose. Quello che ancora mi sfugge è se, come qualcuno sostiene, il cooperare con altri abbia un senso in sé, a prescindere. Oppure se ce l'abbia, come tendo a pensare, con molti dubbi, solo se si producono risultati tangibili.

Certo, le relazioni instaurate, oltre che un fattore facilitante, sono un valore. Ma se a questo valore in sé si aggiunge quello del risultato, e se entrambi vengono riconosciuti come tali dagli altri, se questi sentono di aver potuto fare qualcosa grazie al tuo aiuto, e se te lo fanno capire, allora hai la sensazione che il cerchio si chiuda, che ne sia valsa la pena. Naturalmente, possono sbagliare anche loro, ingannarsi. Ma, al di là dei numeri, dei "prodotti", degli indicatori di salute che cambiano – e del cui cambiamento molti si industriano ad attribuirsi il merito – forse la misura vera del tuo lavoro è proprio quella che ti possono dare gli altri, e che qualche volta ti è dato conoscere. Allora sì che è festa. Anche se non è Africa. ♦

## ALLARME PER LA RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI

Secondo un articolo su *Lancet* (2011; 378:369-70) è alto il rischio di una vicina inefficacia degli antibiotici dovuta al loro sovrauso.

Si dovrebbe invece tenere conto che nessuno di essi possiede un'efficacia inesauribile. Inevitabilmente essi sono destinati a suscitare resistenze sia per l'uso umano che per quello sempre più esteso sugli animali.

Fra i Gram positivi lo *Staphylococcus aureus* è diventato meticillino-resistente e sta scivolando anche verso una resistenza ai glicopeptidi e anche ai recenti daptomicina e oxalidini. Ceppi di Enterococchi sono stati riscontrati, in molti Paesi, essere resistenti ai glicopeptidi.

I comuni Gonococchi finora trattati con antibiotici standard stanno diventando resistenti ai fluorochinoni e alle cefalosporine.

Le Salmonelle stanno diventando insensibili a molti antibiotici. Una crescente resistenza ai fluorochinoni e alle cefalosporine di terza generazione (molto usati fra gli animali e quindi presenti nella carne di pollo) viene continuamente registrata fra le Enterobatteriacee come *E. coli* e *Klebsiella*, che complica il trattamento delle comuni infezioni di comunità: in alcuni Paesi d'Europa la resistenza alla *E. coli* supera il 50% dei ceppi, mentre qualche anno fa era attorno al 5%. Contro *Pseudomonas* e *Acinetobacter* stanno spuntando le armi ceftazidime, fluorochinoni e carbapenemici. Questi ultimi, una classe di betalattamici a largo spettro e ultimo strumento contro molti Gram negativi, sono usati diffusamente per terapie empiriche e stanno diventando, purtroppo, farmaci di prima linea nella comunità.

Quali i rimedi? Certamente un uso più oculato dei farmaci; ma come arrivarci? Ci sono state campagne più o meno convinte, sia verso i cittadini che verso i medici, degli organi istituzionali e scientifici a livello europeo con ricadute diverse nei vari Paesi e il cui successo è difficile da valutare. Le industrie farmaceutiche sono "ferme" nella ricerca di nuovi farmaci antibatterici.

Occorre quindi richiamarsi alla responsabilità personale e collettiva dei medici, ai principi della professione medica e ai doveri dello Stato di controllare l'uso dei farmaci nell'allevamento degli animali.

Finora questo rischio di non possedere più antibatterici efficaci è passato sotto troppo silenzio.

# Studio di efficacia del progetto "Nati per Leggere"

## Valutazione degli effetti della lettura ad alta voce da parte dei genitori sullo sviluppo del linguaggio dei bambini

Giacomo Toffol\*, Massimo Melloni\*\*, Rita Cagnin\*\*, Manuela Sanzovo\*\*, Luca Giacobbi\*\*, Camilla Montini\*\*

\*Associazione Culturale Pediatri Asolo; \*\*Servizio Educazione e Promozione della Salute - Azienda Ulss n° 8, Asolo, Regione Veneto

### Abstract

*Effectiveness study on the Italian project "Nati per Leggere"*

**Introduction** There have been no studies assessing the effect of the Italian project "Nati per Leggere" on children's language development.

**Objective** To evaluate the impact of a programme promoting reading aloud on children's language development and to assess the specific role of family paediatricians.

**Material e methods** The study design was a randomized controlled trial. 208 children aged 6 months received the intervention and 227 acted as control cases. Paediatricians started promoting reading aloud with parents at 6 months and then at all well child visits up to 3 years. Children were followed-up until 5 years of age. Reading attitude by parents, vocabulary and receptive language were tested at 3 and 5 years by the Peabody test and Rustioni test.

**Results** The paediatricians' intervention was effective in promoting reading aloud to children only among those parents (97/202) who at time of recruitment showed a low attitude to read to their children: within this group of parents 49.5% in the intervention group vs 36.1% in the control group were frequent readers at 3 years of age of the child. Both vocabulary and comprehension were linked with reading frequency in the family, with higher scores clearly associated to the number of reading days in the family: 68% of children whose parents read at least 4 days/week achieve the highest score at Peabody versus 27% among children whose parents do not read to them. At 5 years of age both vocabulary and understanding were still strongly associated with reading frequency by parents, although only test assessing comprehension were able to show a difference between intervention and control group.

**Discussion** Paediatricians' intervention in promoting reading aloud to children is effective, but only among parents who show no attitude to reading. Vocabulary and comprehension are correlated to frequency of reading aloud to children at 3 and 5 years.

Quaderni acp 2011; 18(5): 195-201

**Key words** Attitude in reading aloud. Nati per Leggere. Family literacy. Language tests

**Introduzione** Non è ancora stato pubblicato alcuno studio che documenti l'effetto del progetto italiano "Nati per Leggere" sulle capacità linguistiche dei bambini.

**Obiettivo** Valutare l'efficacia di un intervento di promozione alla lettura ad alta voce in età precoce sulle capacità linguistiche dei bambini italiani.

**Materiali e metodi** A una coorte di 208 bambini di 6 mesi di età, nati nel 2002-2003, seguiti da un gruppo di pediatri di famiglia, è stato effettuato un intervento di promozione alla lettura, a partire dai 6 mesi e quindi ai successivi bilanci di salute fino ai 3 anni. Un gruppo simile di 227 bambini è stato utilizzato come controllo. Sono state valutate l'abitudine della lettura ad alta voce da parte dei genitori, l'ampiezza del vocabolario recettivo (a 3 e 5 anni di età) e la capacità di comprensione linguistica dei bambini (a 5 anni di età) tramite i test Peabody e Rustioni.

**Risultati** L'intervento di promozione alla lettura ad alta voce da parte dei genitori risulta efficace nelle famiglie che all'età di 6 mesi dichiaravano di non leggere ai propri figli e di non ritenerlo importante. Fanno parte di questo sottogruppo 202 bambini, pari al 48% del totale, di cui 95 nel gruppo intervento e 107 nel gruppo di controllo. Nel gruppo sottoposto all'intervento i lettori costanti dopo i tre anni risultano il 49,5% (contro il 36,1% del gruppo controllo) e i lettori occasionali il 43,1% (contro il 38,9%). Il vocabolario risulta correlato alla frequenza di lettura ad alta voce nell'insieme delle famiglie studiate. Il 68% dei bambini a cui i genitori leggono almeno quattro volte alla settimana raggiunge i punteggi più elevati al test Peabody contro il 27% dei bambini a cui i genitori non leggono. A 5 anni sia l'ampiezza del vocabolario che la capacità di comprensione lessicale dei bambini sono ancora fortemente correlate in senso positivo alla frequenza di lettura ad alta voce. Nelle famiglie in cui i genitori leggono ai figli almeno cinque volte alla settimana il 53% dei bambini raggiunge i punteggi più elevati al test Rustioni, contro il 26% di coloro i cui genitori leggono meno frequentemente. Tuttavia, a 5 anni, solo il test Rustioni mette in evidenza un effetto dell'intervento rispetto al non intervento.

**Discussione** La promozione alla lettura precoce da parte dei pediatri favorisce un incremento della lettura ad alta voce da parte dei genitori meno motivati alla lettura. Nell'insieme delle famiglie la frequenza di lettura ad alta voce in casa è associata sia a 3 che a 5 anni al numero di vocaboli conosciuti e alla capacità di comprensione morfosintattica, e quest'ultima appare positivamente influenzata dall'intervento.

**Parole chiave** Attitudine alla lettura ad alta voce. Nati per Leggere. Family literacy. Test linguistici

Per corrispondenza:  
Giacomo Toffol  
e-mail: giacomo@giacomotoffol.191.it

## Introduzione

Il progetto "Nati per Leggere", promosso da ACP, Associazione Italiana Biblioteche e Centro per la Salute del Bambino, si è ormai diffuso in molte regioni italiane. Suo principale obiettivo è l'incrementazione della lettura ad alta voce in ambito familiare ai bambini in età prescolare. Il progetto si svolge in modo simile ad analoghi progetti, quali "Reach Out and Read", oggi diffuso in tutti gli USA, e al progetto inglese "Bookstart" [1-2].

L'importanza di questi progetti si basa su alcuni concetti che ricordiamo brevemente.

È noto che, anche a parità di tutti gli altri fattori di rischio socio-economici, la mortalità complessiva per tutte le cause risulta significativamente correlata al livello di istruzione delle persone [3]. È altrettanto assodato come condizioni socio-economiche disagiate si associno spesso a un ridotto curriculum scolastico dei bambini [4-5]. Anche in assenza di condizioni di svantaggio sociale, la capacità di leggere è talmente importante nella vita dei primi anni del bambino che l'esperienza dell'apprendere la lettura segna il destino della carriera scolastica, ed è in grado di determinare il modo di considerare il sapere in generale, il modo di concepirsi come persona e di influenzare il suo futuro di adulto [6]. Nei bambini di 3 anni l'incapacità di mantenere l'attenzione per un adeguato periodo di tempo genera difficoltà nella comprensione di un testo di immagini o di un breve racconto (narrazioni con immagini o senza immagini). L'incapacità e le grandi difficoltà di comprendere la lettura di un testo scritto all'ingresso della scuola dell'obbligo (6 anni circa) sono causa di disagio che porta frustrazioni e riduzione dell'autostima e contribuisce ad aumentare il rischio di abbandono scolastico. Numerosi studi hanno evidenziato come gli interventi di promozione alla lettura determinino un incremento del tempo dedicato alla lettura da parte delle famiglie coinvolte con proporzionale aumento dello sviluppo delle capacità linguistiche dei bambini [7-8]. Tutto si traduce in un miglioramento delle performance scolastiche dei bambini [6].

Il ruolo dei genitori nello sviluppo dell'educazione del bambino risulta quindi fondamentale: i genitori sono i primi e più influenti insegnanti del bambino [9].

In Italia un monitoraggio del progetto "Nati per Leggere" ha potuto verificare attraverso un confronto del prima/dopo come l'intervento aumenti l'attitudine alla lettura e il numero di libri per bambini nelle case delle famiglie [10].

Non è ancora stato pubblicato, tuttavia, alcuno studio che documenti un effetto degli interventi previsti dal progetto italiano "Nati per Leggere" sulle capacità linguistiche dei bambini. Per tale motivo, grazie a una collaborazione tra l'Associazione Culturale Pediatri Asolo e il Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute dell'Azienda Ulss 8 di Asolo (TV), è stato progettato e condotto uno studio i cui risultati principali vengono descritti di seguito.

## Obiettivo

Lo studio si è proposto di valutare l'efficacia di un intervento di promozione alla lettura ad alta voce in età precoce, effettuata durante la normale attività lavorativa da un gruppo di pediatri di famiglia su:

- frequenza della lettura precoce ad alta voce da parte dei genitori dei bambini di 3 anni;
- capacità linguistiche recettive dei bambini di 3 e 5 anni, e in particolare numero di parole riconosciute e abilità di comprensione lessicale.

## Materiali e metodi

Il disegno di ricerca è stato un trial clinico randomizzato a clusters, che ha coinvolto una coorte di bambini di 6 mesi di età, nati tra maggio 2002 e luglio 2003, seguiti da un gruppo di pediatri di famiglia. Non potendo randomizzare i singoli bambini afferenti a ogni pediatra in quanto ciò avrebbe determinato un evidente diverso trattamento da parte del medico, con probabile insoddisfazione da parte di alcuni pazienti, sono stati randomizzati i pediatri stessi.

I medici, divisi quindi in un gruppo 1 (Intervento) e un gruppo 2 (Controllo), dovevano arruolare nello studio i primi 30 bambini che si fossero presentati spontaneamente per l'effettuazione della visita medica di controllo programmata ai 6 mesi (bilancio di salute) e i cui genitori avessero dato il consenso informato alla partecipazione allo studio.

*Criteri di inclusione:* tutti i bambini che accedono allo studio dei pediatri per il bilancio di salute dei 6 mesi, non affetti

da grave compromissione neuropsichica, i cui genitori abbiano dato il consenso informato allo studio.

*Criteri di esclusione:* bambini affetti da grave compromissione neurosensoriale o psichica (include Down, paralisi cerebrale grave, cecità, sordità; non include ritardo semplice della parola/linguaggio, paralisi cerebrale infantile lieve, compromissione dei movimenti fini).

L'intervento di promozione alla lettura è stato effettuato dai pediatri del primo gruppo durante le visite di controllo dei 6, 9, 12, 24 e 36 mesi mediante la trasmissione ai genitori di informazioni verbali sull'importanza della lettura ad alta voce, e sulle modalità di accesso alle più vicine biblioteche pubbliche, accompagnate, al primo contatto, dalla consegna di un opuscolo sull'argomento. Dopo i 36 mesi non veniva più effettuato alcun intervento di promozione mentre proseguiva il percorso di valutazione fino al 5° anno (si veda in risultati).

A ogni controllo veniva inoltre fatto dono ai bambini del gruppo intervento di un libro (selezionato in base all'età) e di un elenco di altri libri consigliati. I pediatri partecipanti sono stati preparati all'intervento mediante due incontri di formazione. L'intervento è stato effettuato seguendo le indicazioni presenti in *Quaderni acp 2002*. Il materiale utilizzato è stato prodotto dal Centro per la Salute del Bambino e dall'Associazione Biblioteche Italiane, e fornito dall'Azienda Ulss 8 di Asolo (TV).

Nel gruppo di controllo i pediatri non davano alcuna informazione verbale né scritta sull'importanza della lettura ai genitori e non era previsto il dono dei libri.

I principali indicatori di esito rilevati sono stati: a) l'abitudine della lettura ad alta voce da parte dei genitori; b) l'ampiezza del vocabolario recettivo dei bambini misurata a 3 e 5 anni di età; c) la capacità di comprensione linguistica dei bambini, misurata a 5 anni di età.

a) L'abitudine alla lettura ad alta voce da parte dei genitori è stata misurata mediante intervista svolta dai pediatri durante la visita di controllo utilizzando lo schema di domande dello studio Before and After Books and Reading (BABAR): valutazione prima e dopo l'uso di strategie di promozione della lettura, formulato nell'ambito del progetto Reach Out and Read e abituale-

mente utilizzato in tutti gli studi sull'efficacia del progetto "Nati per Leggere" in Italia [10].

- b) L'ampiezza del vocabolario è stata misurata con il Peabody Picture Vocabulary Test - Revised (PPVT-R) (Stella, Pizzoli e Tressoldi, 2000), nel quale il bambino deve riconoscere e indicare, su una tavola con quattro figure, quella corrispondente alla parola pronunciata dallo sperimentatore [11].
- c) La comprensione linguistica è stata valutata mediante il Test di Rustioni Metz Lancaster (1994), che valuta in particolare la competenza morfosintattica [12]. Il bambino deve sempre indicare una figura corrispondente, in questo caso, a una frase contenente anche avverbi, congiunzioni e preposizioni: per esempio il bambino dovrà indicare il gatto che si trova tra due cani, e non quello di fianco ai cani. Ciò prevede l'effettuazione da parte del bambino di una operazione inferenziale e linguistica di analisi dei dati contestuali e verbali, relativi alle parole presentate e alla comprensione dei modificatori del significato della frase. In entrambi i test, progredendo con le singole tavole, l'esercizio diventa via via più difficile e il punteggio viene calcolato in base al numero di risposte esatte e di errori effettuati dal bambino. Entrambi questi test sono stati somministrati e valutati da due psicologi negli ambulatori dei pediatri di famiglia. Alle tappe dei 6, 24, 36 mesi, per valutare la sostanziale omogeneità dei due gruppi di bambini in studio, sono state raccolte tramite questionari e interviste delle informazioni sulle famiglie, miranti ad analizzare alcune caratteristiche demografiche, socio-economiche e culturali della famiglia: luogo di origine dei genitori, composizione della famiglia, livello scolastico e professione, abitudine alla lettura di quotidiani e libri dei genitori, abitudine all'uso della televisione, presenza o meno di una rete di sostegno informale (amici, parenti), modalità e tempi di addormentamento del bambino.

## Risultati

Hanno partecipato alla ricerca 15 pediatri di famiglia del Veneto, che hanno arruolato 435 bambini: 208 nel gruppo sottoposto all'intervento, 227 nel gruppo di controllo.

**TABELLA 1: CARATTERISTICHE DEI BAMBINI ARRUOLATI NELLO STUDIO, PER GRUPPO**

Variabile	Intervento	Controllo
Sesso maschile	101 (48,56%)	104 (45,81%)
Primogenito	78 (37,50%)	94 (41,41%)
Secondogenito	85 (40,87%)	90 (39,65%)
Età gest. ≥ 35 sett	5 (2,40%)	5 (2,20%)
Peso nascita > 2500 g	194 (93,27%)	202 (88,99%)
Latte materno a sei mesi	100 (48,08%)	106 (46,70%)
Genitori italiani	183 (87,98%)	205 (90,31%)
Lingua parlata: italiano	66 (31,73%)	138 (60,79%)
Lingua parlata: dialetto	45 (21,63%)	32 (14,10%)
Lingua parlata: italiano/dialetto	70 (33,65%)	30 (13,22%)
Padre diploma scuola media	91 (43,76%)	93 (40,97%)
Padre laureato	10 (4,81%)	19 (8,37%)
Madre diploma scuola media	93 (44,71%)	61 (26,87%)
Madre laureata	12 (5,77%)	32 (14,10%)
Ha già ricevuto incoraggiamento alla lettura	35 (16,83%)	50 (22,03%)

**TABELLA 2: FAMIGLIE IN CUI I GENITORI NON LEGGEVANO MAI AI FIGLI AL MOMENTO DELL'ARRUOLAMENTO: DIFFERENZE NELLA FREQUENZA DI LETTURA AD ALTA VOCE A 3 ANNI NEI DUE GRUPPI**

	Gruppo interv. (n. 95)	Gruppo contr. (n. 107)
Letture costante (>0 = 5 gg/sett)	47 (49,5%)	39 (36,1%)
Letture occasionale (1-4 gg/sett)	41 (43,1%)	43 (39,8%)
Non lettore	7 (7,4%)	26 (24%)

### Controllo a 6 mesi

Le principali caratteristiche dei 435 bambini arruolati sono descritte nella *tabella 1*. Parità, sesso, frequenza e durata dell'allattamento materno esclusivo sono sovrapponibili nei due gruppi. Si evidenzia invece che vi sono delle differenze tra i due gruppi che dimostrano una condizione socio-culturale verosimilmente più elevata nelle famiglie del gruppo di controllo: parla in casa solo la lingua italiana, e non il dialetto, il 60,8% di loro contro il 31,7% dei genitori del gruppo sottoposto all'intervento; è laureato l'8,4% dei padri contro il 4,8%, e il 14,1% delle madri contro il 5,7%. Le famiglie oggetto dello studio appaiono già abbastanza sensibilizzate al tema della lettura precoce. Il 21,7% del gruppo intervento e il 20,1% del gruppo controllo, infatti, già all'intervista dei 6 mesi (effettuata seguendo lo schema di domande dello studio BABAR) dichiarano di leggere ad alta voce ai propri figli in modo costante almeno 5 giorni alla settimana [10].

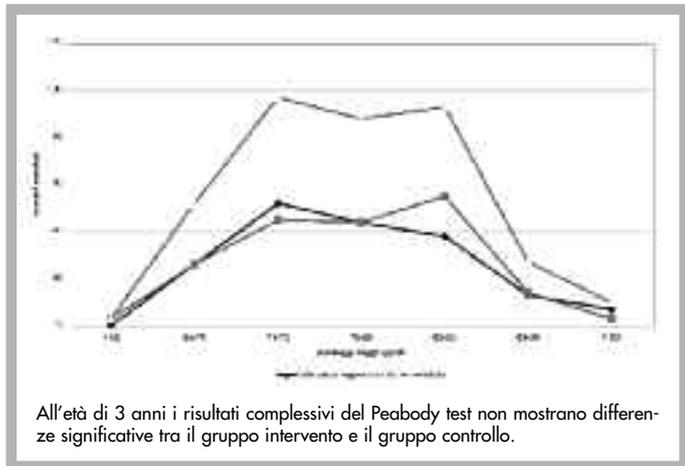
### Controllo a 3 anni

Erano ancora arruolati nello studio 354 bambini, pari all'82% del campione iniziale (175 nel gruppo intervento e 179 nel gruppo controllo).

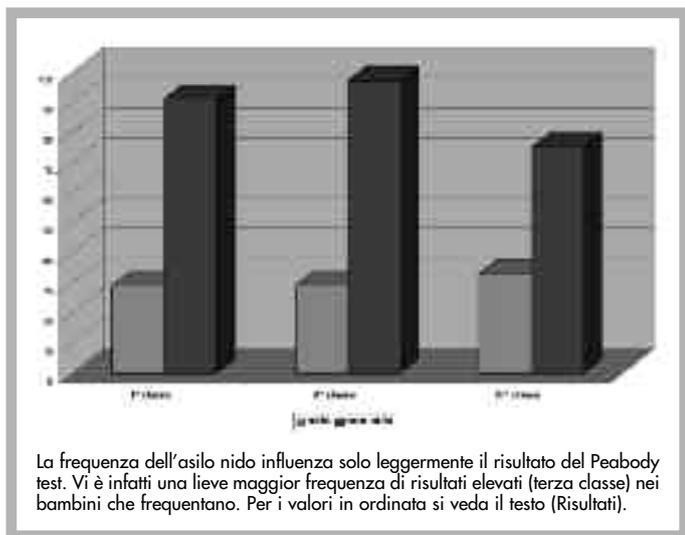
L'attitudine alla lettura ad alta voce da parte dei genitori risulta discretamente alta in entrambi i gruppi (si dichiarano lettori costanti il 42,9% dei genitori del gruppo intervento e il 41,3% di quelli del gruppo controllo). L'efficacia dell'intervento di promozione alla lettura da parte dei pediatri si evidenzia quando si effettua l'analisi delle sole famiglie di ambedue i gruppi in cui i genitori al momento dell'arruolamento non leggevano mai ai propri figli: 202 bambini, pari al 48%.

In queste famiglie si osserva infatti come nel gruppo sottoposto all'intervento i lettori costanti dopo tre anni risultino essere il 49,5% contro il 36,1% del gruppo controllo; i lettori occasionali il 43,1% contro il 39,8 dei controlli (*tabella 2*).

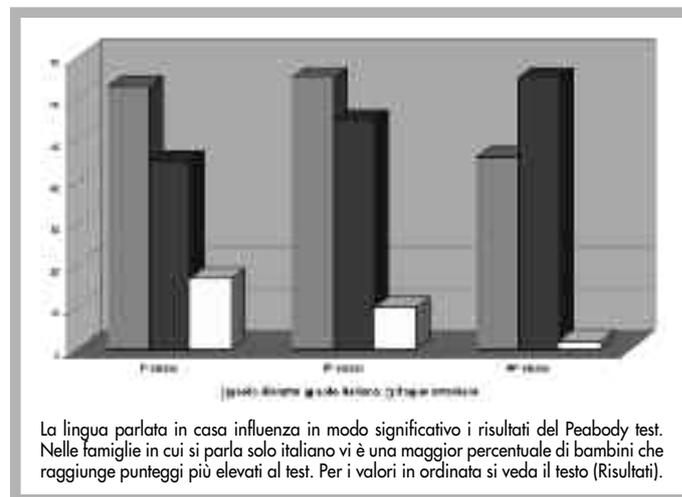
**FIGURA 1: TEST PEABODY. RISULTATI COMPLESSIVI A 3 ANNI DI ETÀ**



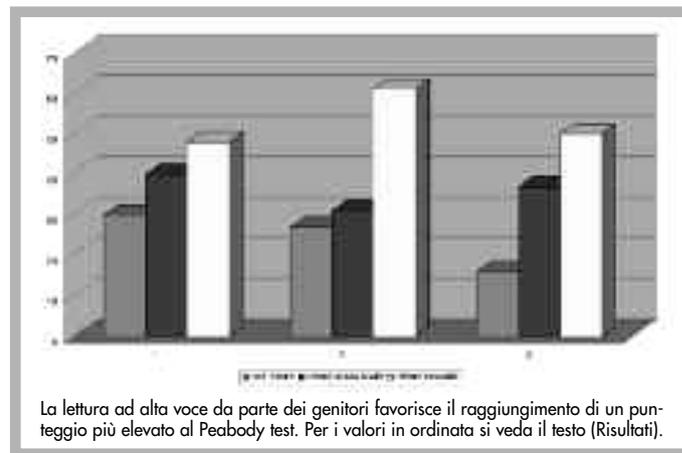
**FIGURA 2: TEST PEABODY A 3 ANNI. RISULTATI IN RAPPORTO ALLA FREQUENZA ALL'ASILO NIDO**



**FIGURA 3: TEST PEABODY A 3 ANNI. RISULTATI IN RAPPORTO ALLA LINGUA PARLATA IN CASA**



**FIGURA 4: TEST PEABODY A 3 ANNI. RISULTATI IN RAPPORTO ALLA FREQUENZA DI LETTURA AD ALTA VOCE AI BAMBINI DA PARTE DEI GENITORI**



**TABELLA 3: CARATTERISTICHE DEI GRUPPI AL MOMENTO DELL'ARRUOLAMENTO E ALLE TAPPE DEI 3 E 5 ANNI**

Caratteristica	% gruppo interv, arruolato	% gruppo interv, a 3 aa	% gruppo interv, a 5 aa	% gruppo controllo arruol	% gruppo controllo a 3 aa	% gruppo controllo a 5 aa
Sesso maschile	48,6	50,3	49,06	45,8	44,7	43,36
Primogenito	37,5	32,6	32,8	41,1	39,7	40,7
Allattamento materno a sei mesi	48,1	49,1	Non richiesto	46,7	44,7	Non richiesto
Lingua parlata in casa: solo dialetto	21,6	22,8	10,69	14,1	15,6	5,96
Lingua parlata in casa: solo italiano	31,7	32,0	33,96	60,8	59,2	49,67
Già ricevuto un incoragg. alla lettura	16,8	16,0	Non richiesto	2,0	23,4	Non richiesto
Scolarità padre Licenza media	43,7	44,0	54,49	40,7	40,8	44,67
Superiori	38,4	37,7	38,46	46,3	47,4	42,67
Laurea	4,8	5,7	7,05	8,4	7,8	11,33
Scolarità madre Licenza media	44,7	46,3	51,59	26,9	25,1	27,15
Superiori	43,3	41,1	41,4	57,2	60,3	61,59
Laurea	5,8	6,8	6,37	14,1	13,4	11,26

I risultati del test Peabody a questa età sono descritti, raggruppati, nella *figura 1*. Si riferiscono a 351 bambini su 354 arruolati. Non sembrano esserci differenze significative nei due gruppi complessivamente considerati. Per comodità descrittiva i singoli punteggi sono stati raggruppati in tre categorie: inferiore alla media per i punteggi da 65 a 73, pari a 116 bambini (33%); nella media da 74 a 80, pari a 121 bambini (34,5%); superiore alla media da 81 a 105, pari a 114 bambini (32,4%).

I risultati non sembrano variare, se non leggermente, in rapporto alla frequenza o meno dell'asilo nido (*figura 2*), mentre sono influenzati sia dalla lingua parlata abitualmente in casa (*figura 3*) sia dalla esposizione alla lettura ad alta voce da parte dei genitori (*figura 4*).

Nell'insieme delle famiglie studiate, il 68% dei bambini cui i genitori leggono almeno quattro volte alla settimana raggiunge i punteggi più elevati al test Peabody contro il 27% dei bambini cui i genitori non leggono. Risulta però evidente anche l'importanza della frequenza con cui i genitori leggono ad alta voce, come evidenziato dalla *figura 5*, in cui si osserva un incremento dei punteggi più elevati in rapporto al numero di giorni di lettura alla settimana.

### Controllo a 5 anni

Erano ancora arruolati nello studio 310 bambini, pari al 72,2% del campione iniziale (151 nel gruppo di controllo e 159 nel gruppo di intervento). Sono pertanto usciti dallo studio altri 44 bambini, pari al 9,8% del campione iniziale. Le principali caratteristiche dei bambini sono riportate in *tabella 3*. Nella quasi totalità i bambini avevano già almeno due anni di scuola dell'infanzia (98,1%). Per il test Peabody i risultati, distribuiti per categorie, sono stati 96 nella prima classe (31,0%), 103 nella seconda classe (33,2%), 111 nella terza classe (35,8%).

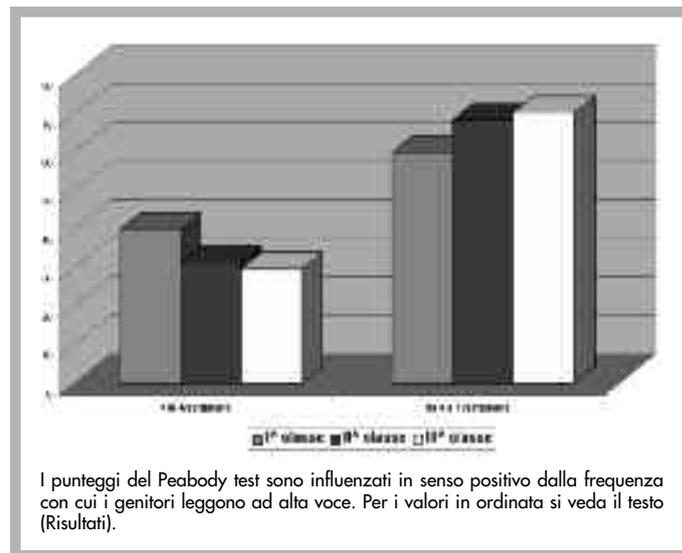
I punteggi ottenuti al test di Rustioni erano compresi tra 5 e 100 (mediana 74,9). Per comodità descrittiva sono stati raggruppati in 4 classi:

- 1<sup>a</sup> classe: punteggi da 0 a 45 compresi (insufficiente e scarso).
- 2<sup>a</sup> classe: punteggi da 45,1 a 65 compresi (punteggio medio basso).
- 3<sup>a</sup> classe: punteggi da 65,1 a 78,6 compresi (punteggio medio alto).
- 4<sup>a</sup> classe: punteggio da 78,7 a 100 compresi (punteggio buono e molto buono).

Complessivamente i risultati ottenuti sono: 23 bambini in prima classe (7,4%), 65 in seconda classe (21%), 101 in terza classe (32,6%), 121 in quarta classe (39%).

L'incoraggiamento da parte dei pediatri alla lettura, interrotto già dai 3 anni di età, non sembra più modificare sensibilmente le abitudini delle famiglie. La frequenza di lettura di libri a questa età da parte dei genitori non differisce infatti nei due gruppi considerati (*tabella 4*). I risultati di entrambi i test, Rustioni e Peabody, risultano invece fortemente influenzati in senso positivo dalla frequenza di lettura ad alta voce da parte dei genitori ai tre anni di età (*figure 6 e 7*). Infine, al test Rustioni, i punteggi nel gruppo di intervento risultano nettamente più elevati rispetto ai controlli (*figura 8*).

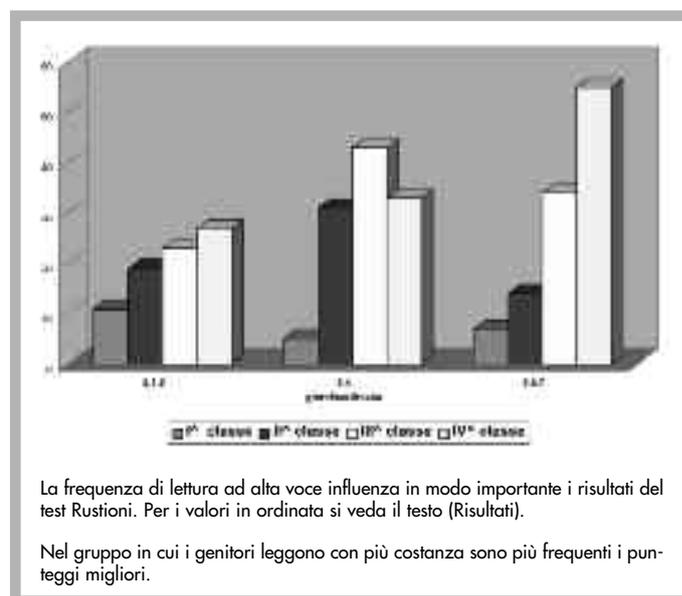
**FIGURA 5: TEST PEABODY A 3 ANNI. RISULTATI IN RAPPORTO AL NUMERO DI GIORNI/SETTIMANA IN CUI I GENITORI LEGGONO AI PROPRI FIGLI**



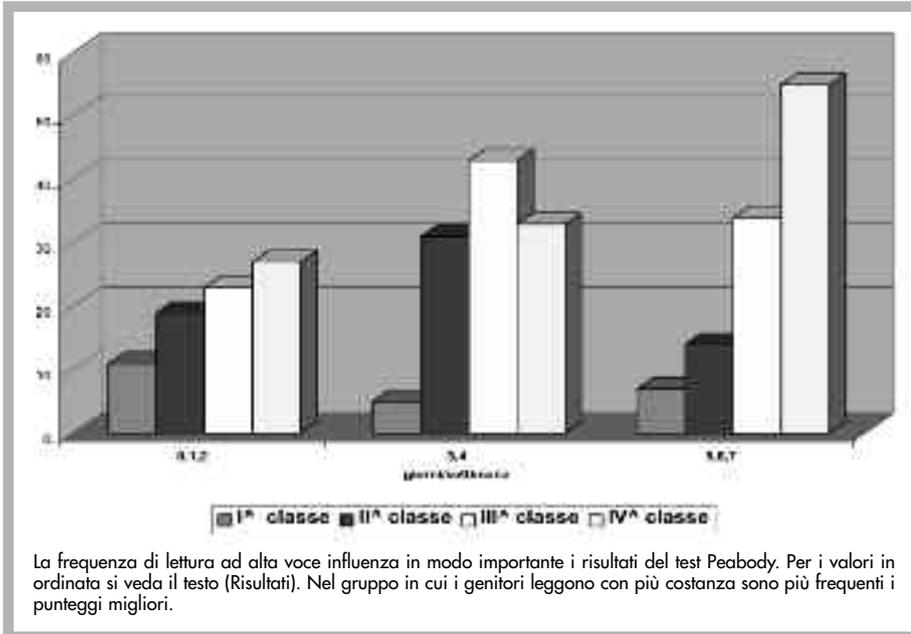
**TABELLA 4: FREQUENZA SETTIMANALE DI LETTURA NEL CAMPIONE A 5 ANNI, IN VALORE ASSOLUTO E PERCENTUALE**

Quanti giorni a settimana	Controllo	Intervento	Tot.
0,1,2	33 (22,45%)	47 (30,13%)	80
3,4	57 (38,78%)	55 (35,26%)	112
5,6,7	57 (38,78%)	54 (34,62%)	111
<b>Totali</b>	<b>147</b>	<b>156</b>	<b>303</b>

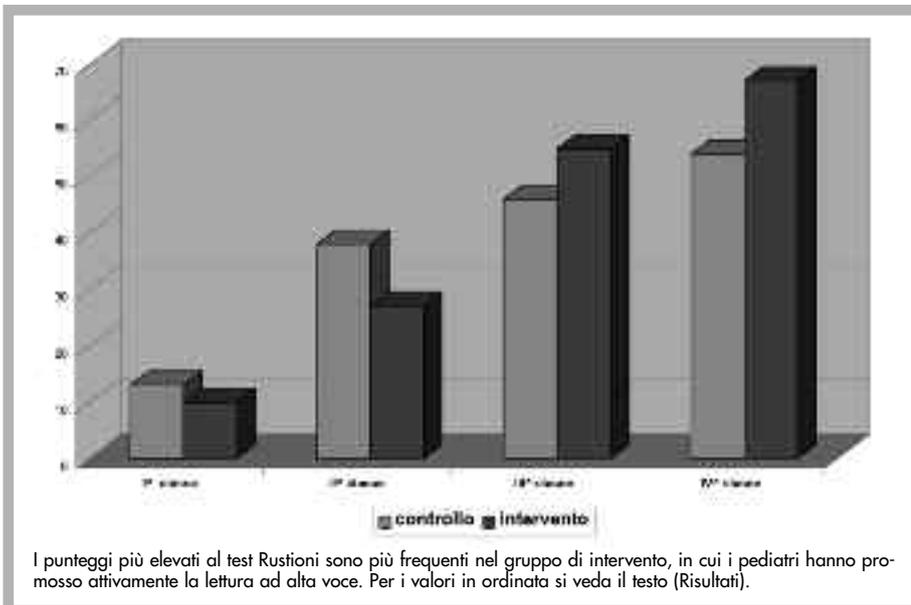
**FIGURA 6: TEST RUSTIONI A 5 ANNI. RISULTATI IN RAPPORTO ALLA FREQUENZA DI LETTURA AD ALTA VOCE AI BAMBINI DA PARTE DEI GENITORI A PARTIRE DAI 3 ANNI DI ETÀ**



**FIGURA 7: TEST RUSTIONI A 5 ANNI. RISULTATI IN RAPPORTO ALLA FREQUENZA DI LETTURA AD ALTA VOCE AI BAMBINI DA PARTE DEI GENITORI A PARTIRE DAI 3 ANNI DI ETÀ**



**FIGURA 8: TEST RUSTIONI A 5 ANNI. DIFFERENZE TRA I GRUPPI DI APPARTENENZA DELLE FAMIGLIE (INTERVENTO VS. CONTROLLO)**



## Discussione

Già da tempo numerose ricerche, per lo più svolte negli USA, hanno potuto documentare l'effetto positivo della lettura ad alta voce fin dai primi mesi di vita sulle capacità linguistiche cognitive dei bambini. Tuttavia alcune possibili differenze tra la realtà americana e quella italiana potevano rendere difficile la traspo-

sizione diretta di questi risultati alla nostra popolazione.

Inoltre, mentre è documentata l'efficacia dell'intervento dei pediatri italiani sull'attitudine alla lettura in famiglia non è ancora noto quale sia l'efficacia dell'intervento di promozione alla lettura sulle capacità linguistiche [11]. I punti di forza di questo studio sono rappresentati dalla

durata (quasi 5 anni) e dalla numerosità del campione in esame.

I maggiori limiti sono legati al fatto che: **a)** nella popolazione studiata era già abbastanza diffusa la conoscenza dell'importanza della lettura e **b)** è importante il numero di bambini persi al follow-up, soprattutto al termine dello studio: perdita del 27,8% del campione a fine studio e più contenuta a 3 anni: 18%. I dati dello studio confermano che l'intervento di promozione alla lettura da parte dei pediatri determina un incremento della lettura ad alta voce da parte dei genitori (tabella 2). Nel gruppo di genitori che non ritenevano importante leggere ai propri figli a 6 mesi, e ai quali, quindi, poteva giovare maggiormente un intervento di promozione, diventa lettore occasionale o costante il 92,6% del gruppo intervento contro il 75,9% del gruppo di controllo. Possiamo pertanto ritenere che l'intervento dei pediatri sia discretamente efficace, in quanto a 3 anni di età solo il 7% dei bambini del gruppo sottoposto all'intervento di promozione non ascolta mai letture da parte dei propri genitori, contro il 24% dei bambini non sottoposti all'intervento. Inoltre al 49,5% dei primi e solo al 36% dei secondi, i genitori leggono almeno cinque giorni alla settimana.

Dallo studio, inoltre, emerge che la lettura ad alta voce da parte dei genitori determina un aumento del numero di parole conosciute dai bambini all'età di 3 anni, che questo aumento è proporzionale alla frequenza della lettura stessa e che si verifica indipendentemente dalla frequenza o meno all'asilo nido (figure 2-4-5). Questi risultati sono rafforzati dalla numerosità del campione (435 bambini arruolati), dalla perdita contenuta al follow-up alla tappa dei 3 anni (18%) e dalla sostanziale equivalenza delle principali caratteristiche demografiche e sociali tra i bambini arruolati e i bambini rimasti in studio a 3 anni (tabella 3). Viene confermata infine, come era prevedibile, l'importanza della lingua parlata in casa. L'ascolto abituale della lingua italiana, infatti, aumenta il numero delle parole conosciute dai bambini (figura 3). I risultati che emergono al termine del periodo di osservazione, cioè ai 5 anni, necessitano di una maggior attenzione, in modo particolare a causa dell'elevato numero di persi al follow-up

(27,8%), prevalentemente per cambio di residenza e/o cambio del medico curante. Sia il numero di parole conosciute sia il livello globale di comprensione linguistica dei bambini risultano, anche a questa età, influenzati dalla frequenza con cui i genitori leggono ai bambini (*figure 6-7*), confermando l'importanza di questa attività nello sviluppo del linguaggio recettivo di questi ultimi. A 5 anni sembra invece svanire l'effetto dell'intervento di promozione da parte dei pediatri. La frequenza di lettura da parte dei genitori non differisce infatti sostanzialmente a questa età nei due gruppi intervento e controllo (*tabella 4*), ma occorre tenere presente che i risultati del test di Rustioni per la valutazione della comprensione linguistica risultano influenzati in modo positivo dall'appartenenza al gruppo che ha ricevuto l'intervento di promozione alla lettura (*figura 8*).

Due le possibili interpretazioni di questo risultato. In questo progetto l'attività di promozione alla lettura da parte dei pediatri terminava ai 36 mesi (3 anni) di età del bambino, e ciò potrebbe aver determinato una riduzione con il tempo della sua efficacia.

La seconda spiegazione, più plausibile, potrebbe essere che a 5 anni la comprensione delle parole che noi abbiamo rilevato utilizzando il test Peabody è sufficientemente garantita, oltre che dalla lettura ad alta voce, anche dalla frequenza della scuola d'infanzia, almeno biennale, da parte di pressoché tutti i bambini in studio, mentre un'attività più complessa quale quella rilevata dal test Rustioni riflette ancora l'importanza di una precoce abitudine all'ascolto delle parole e delle storie, caratteristica maggiormente presente nel gruppo che ha ricevuto l'intervento di promozione alla lettura da parte dei pediatri. Ulteriori

studi saranno necessari per confermare questa ipotesi.

### Conclusione

I risultati di questo studio confermano che anche in Italia la lettura ad alta voce ai bambini influenza positivamente la capacità di comprensione del linguaggio nei bambini in età prescolare, e che questa influenza è proporzionale alla frequenza della lettura. Sia l'ampiezza del vocabolario recettivo sia le capacità di comprensione linguistica, requisiti necessari per lo sviluppo di adeguate capacità linguistiche, si sono dimostrate infatti migliori nei bambini esposti alla lettura da parte dei propri genitori. L'attività di promozione alla lettura effettuata dai pediatri durante le visite di controllo sembra avere un ruolo positivo nel cambiare le attitudini dei genitori a questo riguardo, e questo in special modo nelle famiglie inizialmente meno consapevoli dell'importanza del leggere ad alta voce. Questo dato va adeguatamente utilizzato nel prosieguo dello svolgimento del progetto "Nati per Leggere". ♦

**Non conflitti di interesse da parte degli Autori. Lo studio è stato condotto con finanziamento dell'Azienda Ulss 8 Asolo, Veneto. Servizio Educazione e Promozione della Salute.**

#### Ringraziamenti a:

- Prof.ssa Beatrice Benelli, Università degli Studi di Padova, Facoltà di Psicologia;
- Sistema Epidemiologico Regionale Regione Veneto, Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto;
- i pediatri di famiglia che hanno partecipato alla ricerca: Bonato Giustina, Bonin Patrizia, Calligaris Miriana, Celia Giovanna, Chiavelli Goffredo, Faion Natalina, Finco Mirella, Gaiotti Patrizia, Gobbi Patrizia, Mastroprimiano Sil-

vana, Montini Camilla, Orlandi Alberto, Pirolon Ferruccio, Scala Renata, Seminara Maria Elena, Todesco Laura, Toffol Giacomo, Zini Alessandro, Zuccolo Anna Maria, Zuccolo Luisa;

- dott. Giorgio Tamburlini, presidente del Centro per la Salute del Bambino, per la revisione del testo.

#### Bibliografia

- [1] Reach Out and Read: <http://www.reachoutandread.org>.
- [2] Bookstart: <http://www.bookstart.org.uk/>.
- [3] Hardarson T, Gardarsdottir M, Gudmundsson KT, et al. The relationship between educational level and mortality. The Reykjavik Study. *J Intern Med* 2001;249:495-502.
- [4] Duncan LG, Seymour PH. Socio-economic differences in foundation-level literacy. *Br J Psychol* 2000;91(Pt 2):145-66.
- [5] Parker S, Greer S, Zuckerman B. Double jeopardy: the impact of poverty on early child development. *Pediatr Clin North Am* 1988;35:1227-40.
- [6] Schoon I, Parson S, Rush R. Childhood language skills and adult literacy. A 29-year follow-up study. *Pediatrics* 2010;125:e459-66.
- [7] Mendelson A, Mogilner L, Dreyer B, et al. The impact of a clinic-based literacy intervention on language development in inner-city preschool children. *Pediatrics* 2001;107:130-4.
- [8] Crowe LK. Reading behaviors of mothers and their children with language impairment during repeated storybook reading. *J Commun Disord* 2000;33:503-23.
- [9] First teacher: a family literacy handbook for parents, policy makers and literacy providers. Barbara Bush Foundations for Family Literacy, 1989.
- [10] Ronfani L, Sila A, Malgaroli G, et al. La promozione della lettura ad alta voce in Italia. Valutazione dell'efficacia del progetto "Nati per Leggere". *Quaderni acp* 2006;13:187-94.
- [11] Peabody - Test di vocabolario recettivo - P.P.V.T.-R. Peabody Picture Vocabulary Test - Revised Lloyd M. Dunn - PhD Leota - M. Dunn. Adattamento italiano e standardizzazione, a cura di: Stella G, Pizzioli C, Tressoldi PE. Omega Edizioni 2000.
- [12] Prove di valutazione della comprensione linguistica di Rustioni D, Lancaster M. Autori del test: Rustioni D, Lancaster M. Associazione "La Nostra Famiglia". Firenze: OS Organizzazioni Speciali, 1994.

# Tanti, troppi tagli cesarei in Italia

Serena Donati  
Istituto Superiore di Sanità

Riprendiamo in questo numero il FORUM di Quaderni acp. Lo dedichiamo a un altro importante aspetto di sanità pubblica riguardante la salute delle mamme e dei bambini: quello del taglio cesareo o, per meglio dire, dell'epidemia di cesarei in Italia. L'argomento è di grande attualità e rappresenta, ancora una volta, come già in passato, uno dei temi principali dell'ultimo Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 e dell'accordo Stato-Regioni sul cosiddetto "percorso nascita". Quaderni acp, raccogliendo la sollecitazione del gruppo di lavoro di Neonatologia dell'ACP, ospiterà una serie di contributi di esperti di diversa estrazione, dalla cui lettura si potranno ricavare analisi e visioni dialetticamente complementari. Abbiamo chiesto di introdurre il FORUM a Serena Donati che ci fornisce un quadro dell'epidemiologia del TC, avendo come sfondo di riferimento generale i rapporti tra salute della donna, appropriatezza degli interventi e medicalizzazione della nascita. Serena Donati è specialista in ginecologia e ostetricia e ricercatrice presso il reparto Salute della donna e dell'età evolutiva del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, e si occupa da sempre di salute della donna. È autrice di oltre 70 pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali e fa parte di numerose commissioni nazionali sulla salute sessuale e riproduttiva. I commenti dei lettori sono benvenuti e possono essere inviati collegandosi a [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it) e accedendo al link "forum", sezione "taglio cesareo", oppure direttamente al mio indirizzo di posta elettronica ([corchiacarlo@virgilio.it](mailto:corchiacarlo@virgilio.it)). (Carlo Corchia)

**Parole chiave** Taglio cesareo. Epidemiologia. Appropriatezza

Nel lontano 1972, Archibald Cochrane scriveva: "L'assistenza medica alla donna gravida [...] consiste essenzialmente in una serie di metodi di depistage che, per una curiosa combinazione, si sono sottratti alla valutazione critica rivelatasi tanto utile nelle altre discipline che impiegano metodi analoghi". Quali considerazioni a distanza di 40 anni?

In Italia parte dell'assistenza perinatale è caratterizzata da un'imponente attività di screening volta a identificare patologie in donne apparentemente sane. Tuttavia solo poche di queste attività rispondono ai criteri per l'impiego di un test di screening. Molte di esse non sono state sottoposte a valutazioni rigorose prima di essere adottate nella pratica clinica: basti pensare al largo impiego degli ultrasuoni in gravidanza e al monitoraggio elettronico fetale.

Al contrario, come sosteneva Enkin nel 1996, ogni aspetto dell'assistenza sanitaria dovrebbe essere sottoposto a valutazioni di efficacia e di costo-efficacia, specialmente nell'assistenza ostetrica dove le donne, che sono sane e al massimo della loro potenza creativa, si rivolgono ai professionisti sanitari con l'opinione iatrogena che l'assistenza medica possa ulteriormente migliorare gli eccellenti risultati che la natura già assicura loro [1]. L'appropriatezza è un concetto

che integra efficacia, efficienza e opportunità degli interventi sanitari, sia dal punto di vista clinico che organizzativo; in quanto tale essa ha ricadute sulla salute della popolazione e sulla sostenibilità economica di un sistema sanitario pubblico universale. Vorrei pertanto che l'appropriatezza fungesse da riferimento per le riflessioni che seguono.

L'eccesso di medicalizzazione che caratterizza l'assistenza al percorso nascita nel nostro Paese, oltre a compromettere l'appropriatezza clinica, causa un aumento ingiustificato dei costi e, non ultimo per importanza, promuove un effetto di dipendenza e di perdita di controllo nei processi decisionali da parte delle donne.

Personalmente ritengo che la promozione di processi di *empowerment*, in grado di valorizzare le competenze delle donne riguardo alla nascita e di limitare l'asimmetria di informazione e conoscenza rispetto ai professionisti sanitari, possa giocare un ruolo fondamentale nella garanzia di appropriatezza. Prima di passare in rassegna gli interessanti dati relativi all'epidemiologia del taglio cesareo (TC) disponibili nel nostro Paese, penso sia opportuno sottolineare che il vertiginoso aumento di tale pratica chirurgica rappresenta solo la punta di un iceberg la cui grande parte sommersa riguarda l'eccesso di medicalizzazione nell'assistenza all'intero percorso nascita. Approcci settoriali che non siano in grado di governa-

re l'intero processo in maniera olistica, dall'assistenza prenatale a quella post-natale passando per la nascita, non potranno, a mio avviso, produrre alcun miglioramento negli esiti di salute delle donne e dei neonati.

## Epidemiologia

Negli ultimi 30-40 anni, in molti Paesi europei ed extra-europei, si è osservato un aumento della proporzione di TC con frequenze variabili che si collocano mediamente intorno al 25% [2]. I tassi di incremento e la cronologia degli eventi presentano notevole variabilità da Paese a Paese.

Negli anni '70, la gran parte dei Paesi socialmente avanzati registrava percentuali molto contenute di TC, pari a circa il 5% del totale dei parti. Diversi Paesi del Nord Europa, come Islanda, Norvegia, Finlandia, Svezia, Olanda e Belgio, sono passati dal 2-6% di TC nel 1970 al 12-14% negli anni '90 per poi arrestare, senza necessità di interventi *ad hoc*, il trend in crescita e mantenersi nel 2007 su proporzioni di cesarei intorno al 15% [3]. Gli Stati Uniti e il Canada negli anni '90 hanno arrestato l'ascesa percentuale dei cesarei, che aveva superato il 20%, attraverso appositi piani d'azione, ma successivamente hanno registrato un nuovo incremento e nel 2007 il Canada si attestava al 26% di TC e gli USA al 31% [3]. Nello stesso anno, in Europa, solo due Paesi avevano superato il 30% di

Per corrispondenza:  
Serena Donati  
e-mail: [serena.donati@iss.it](mailto:serena.donati@iss.it)

forum

cesarei: il Portogallo (31%) e l'Italia (38%) [3].

Il nostro Paese detiene quindi il primato europeo, con una percentuale di TC salita dall'11% nel 1980 al 28% nel 1996 e al 38% nel 2008, ma anche con importanti differenze per area geografica. Infatti, tutte le regioni meridionali presentano valori nettamente al di sopra della media nazionale (60% nel 2008 in Campania) mentre alcune regioni del Nord si collocano, nello stesso anno, notevolmente al di sotto della media nazionale (24% nel Friuli-Venezia Giulia e in Toscana) [4]. Se si analizza il trend temporale dal 2005 al 2008 si rileva una stabilità nel Nord (29%) e nel Centro (35%) a fronte di un lieve aumento al Sud del Paese (dal 51 al 52%). Il forte gradiente Nord-Sud rimane tuttavia stabile.

La variabilità nella proporzione di TC risulta associata anche alla tipologia del centro nascita (pubblico vs privato) e al suo volume di attività (numero di parti per anno). Nonostante i casi di maggiore complessità clinica tendano a concentrarsi nei punti nascita pubblici di terzo livello, in Italia si registra una maggiore frequenza di TC nei centri nascita privati (61% nelle case di cura private accreditate e 75% in quelle non accreditate) rispetto a quelli pubblici (35%) [4]. La percentuale di TC decresce inoltre all'aumentare del volume di attività del centro nascita, espresso in numero di parti annui. Nonostante la proporzione di cesarei sia aumentata nel tempo in tutte le tipologie di strutture, essa ha raggiunto il 50% del totale delle nascite in quelle con meno di 500 parti e il 34% in quelle con oltre 2500 parti annui, che sono le uniche in cui è stato registrato un lieve decremento nel tempo [4]. È interessante notare come il Sud del Paese, che registra la maggiore proporzione di TC, detenga la più alta proporzione di assistenza privata sia in gravidanza sia al parto, e la maggiore percentuale di parti avviene in strutture che assistono pochi parti annui. Per esempio in Basilicata, Molise, Calabria e Sicilia oltre il 40% dei parti avviene in centri nascita con meno di 500 parti annui. Al contrario, in molte regioni del Nord come l'Emilia Romagna, il Friuli Venezia Giulia, il Veneto e la Lombardia la proporzione di nati in centri nascita con meno di 500 parti annui è inferiore al 20%.

## Il parto cesareo primario

Un interessante lavoro realizzato nell'ambito del Programma Nazionale Esiti del Ministero della Salute ha preso in esame, quale indicatore di esito, il *parto cesareo primario* definito come "parto cesareo in donne che non hanno subito un precedente cesareo" [5]. La proporzione nazionale di *cesarei primari* calcolata attraverso le SDO del 2008, aggiustata per fattori di rischio di TC della donna e per flusso di attività dei centri nascita, è pari al 29%. La distribuzione tra regioni conferma il gradiente Nord-Sud rilevato per i TC totali, ma presenta alcune diversità. Nonostante le regioni più virtuose rimangano concentrate al Nord, con Friuli Venezia Giulia, Alto Adige e Trentino con proporzioni aggiustate di *cesarei primari* inferiori al 16%, la Liguria presenta una proporzione pari al 35%, analoga a quelle registrate nel Sud dove la regione con la situazione più critica è l'Abruzzo con il 40% mentre la Campania riporta il 36%.

I confronti tra centri nascita e Asl di residenza delle donne hanno permesso di rilevare un'eterogeneità maggiore di quella osservata tra regioni.

Questo dato permette di comprendere come il fenomeno dell'eccesso di TC risenta prioritariamente delle caratteristiche organizzative e professionali dei singoli centri nascita, e non sempre sia in relazione diretta con le politiche regionali. Tant'è che tra i 20 centri nascita con le migliori proporzioni aggiustate di *cesarei primari*, per la gran parte appartenenti alle regioni del Nord, troviamo in seconda e terza posizione due ospedali della Campania che, come è tristemente noto, presenta un dato complessivo molto critico. Va inoltre segnalato come nella maggior parte delle ASL del Nord e in alcune del Centro, che presentano proporzioni contenute di TC primari, anche gli altri indicatori di salute riproduttiva delle donne e dei neonati mostrano valori molto buoni.

Anche la cittadinanza della madre comporta una diversa frequenza di ricorso al cesareo. A livello nazionale la percentuale di TC è pari al 40% nelle donne italiane e al 28% in quelle straniere che partoriscono nelle stesse strutture sanitarie [4]. Le donne di cittadinanza non italiana sembrano protette dall'eccesso di TC non solo in conseguenza della più giova-

ne età (età media 28 anni per le straniere e 32 anni per le italiane), ma anche grazie alla maggiore appropriatezza offerta dall'assistenza dei servizi pubblici. Dalle indagini nazionali ISS risulta infatti che le donne straniere si rivolgono per l'assistenza in gravidanza prevalentemente ai consultori familiari e ai servizi pubblici mentre circa il 75% delle donne italiane preferisce affidarsi a un ginecologo privato, che quindi sembra rappresentare un fattore di rischio indipendente per l'eccesso di medicalizzazione dell'assistenza alla gravidanza e al parto [6-8].

## Indicazioni ed esiti

Anche l'aumento di TC registrato all'aumentare dell'età materna non è interamente spiegabile in base a motivazioni cliniche. La maggiore frequenza di madri che partoriscono oltre i 35 anni di età e/o che ricorrono alle tecniche di riproduzione assistita sembra aver inspiegabilmente autorizzato la traduzione degli odiosi concetti di "primipara attempata" e di "figlio prezioso" in indicazioni cliniche al TC.

Entrando nel merito delle indicazioni, nel 2008 la più frequente diagnosi principale per TC riportata nelle SDO è il "*pregresso parto cesareo*" (codice 65421) che, pur non rappresentando né una patologia né un'indicazione elettiva al TC, copre il 26% del totale delle diagnosi. Le più recenti revisioni delle prove di efficacia e, dal luglio 2010, anche l'American College of Gynecologists and Obstetricians raccomandano il parto vaginale dopo un pregresso TC, procedura che in letteratura presenta un tasso di successo pari al 60-80% [9].

Tuttavia, l'ultimo rapporto Cedap riferito ai dati raccolti nel 2008 registra, a livello nazionale, una percentuale pari al 10% di parti spontanei in donne già cesarizzate [4]. Tale pratica è inoltre quasi esclusivo patrimonio dei punti nascita pubblici e prevalentemente di quelli del Nord. Il codice SDO di diagnosi principale 66971 che corrisponde a "*TC, senza menzione dell'indicazione, parto con o senza menzione delle condizioni antepartum*", nel 2008 rappresenta il 20% delle diagnosi principali relative al cesareo, cioè in oltre 43.000 TC la motivazione clinica dell'intervento non è descritta nelle SDO.

Alla luce di questi dati sembra legittimo ipotizzare che, oltre ai cesarei per i quali

esiste un'indicazione clinica, nel nostro Paese si praticano un numero di TC non riconducibile né alle caratteristiche della popolazione, né alla diversa frequenza di indicazioni mediche per problemi materni o fetali. Le ampie variazioni registrate sembrano piuttosto secondarie a motivazioni non cliniche, quali carenze strutturali e organizzative dei centri nascita, aspetti culturali che assimilano il TC a una modalità elettiva di parto, la paura dei contenziosi medico-legali che, insieme a una progressiva ridotta competenza del personale sanitario nel gestire la fisiologia della gravidanza e del parto, promuove il cesareo come pratica difensiva.

Va tuttavia sottolineato che l'utilizzo inappropriato di una pratica assistenziale di provata efficacia quale il cesareo non si associa necessariamente a migliori esiti perinatali per le donne e per i bambini. Infatti, molte regioni con un tasso medio di cesarei più basso della media nazionale presentano minore mortalità e morbosità materna e neonatale rispetto a regioni con alto tasso di cesarei [10-11]. Paragonato al parto vaginale, il TC programmato comporta un maggior rischio di mortalità materna, un aumentato rischio di ulteriore chirurgia, di isterectomia, di ricovero in terapia intensiva, di ricovero prolungato e ridotta probabilità di allattare al seno oltre a un maggiore rischio di patologia della placentazione nelle future gravidanze. Le indicazioni del National Institute of Health statunitense rammentano inoltre che la donna che subisce un taglio cesareo corre più rischi di non riuscire ad avere altri figli e sostengono che il cesareo non debba essere motivato dal mancato controllo del dolore in travaglio di parto.

### Le soluzioni possibili

Sulla base di tali considerazioni, appare necessario promuovere interventi di sanità pubblica finalizzati al contenimento del fenomeno e alla diffusione di pratiche cliniche appropriate. La complessità del fenomeno considerato richiede una strategia molteplice di intervento, in grado di coniugare misure di programmazione sanitaria finalizzate all'implementazione delle buone pratiche e al contenimento degli eccessi con iniziative educative e formative volte a modificare l'atteggiamento degli operatori sanitari e

della popolazione rispetto all'uso del TC. In questa prospettiva va considerata anche l'opportunità di predisporre percorsi differenziati per l'assistenza alla gravidanza fisiologica e a quella a rischio e valorizzare il ruolo dei vari professionisti, in particolare quello delle ostetriche, promuovendo la loro autonomia nell'assistenza alla fisiologia. La grande variabilità registrata nel Paese tra regioni, tra ASL e tra singoli centri nascita deve essere letta come un'opportunità di possibile miglioramento per le realtà meno virtuose.

In alcuni centri nascita del Paese, che mantengono proporzioni contenute di TC, gli strumenti operativi risultati efficaci sono: la conduzione ostetrica omogenea dell'équipe coordinata da un responsabile di sala parto motivato al cambiamento ("specie in via di estinzione" nel nostro Paese), l'utilizzo di protocolli e linee guida condivise basate sulle prove di efficacia (sono disponibili le linee guida ISS su gravidanza fisiologica e taglio cesareo [12-13]), l'ausilio di strumenti, quali la classificazione di Robson, per una migliore identificazione e interpretazione delle aree critiche, e le esperienze di audit clinico permanente. Infine, ma non ultima, va ricordata la gestione dell'assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico affidata alle ostetriche, già realizzata con successo in alcune ASL e centri nascita, la cui efficacia complessiva rispetto ad approcci più tradizionali è stata dimostrata in numerosi trial e in una revisione sistematica, e che può tradursi anche in una riduzione della frequenza del cesareo [14-15].

Le più recenti politiche sanitarie proposte dal Ministero della Salute per arginare il fenomeno promuovono un piano nazionale per la promozione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del TC che è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni. Il piano si articola in 10 punti che riguardano la razionalizzazione dei punti nascita, l'integrazione territorio-ospedale, l'elaborazione e l'implementazione di linee guida evidence-based, la revisione dei curricula formativi universitari, la formazione degli specialisti neo-assunti e l'aggiornamento continuo dei professionisti; e inoltre, l'attivazione di procedure di monitoraggio/valutazione e di pratiche di audit per-

manente tra professionisti sanitari. Ma, per avviare il cambiamento, occorre agire e governare i processi, per non ripetere l'esperienza negativa dei precedenti due piani sanitari, alle cui raccomandazioni per ridurre i TC ha fatto seguito, al contrario, il loro aumento. Il gap tra l'evidenza e la pratica è grande, la disseminazione passiva dei risultati della ricerca non è stata in grado di modificare la pratica clinica, la comunicazione tra clinici ed epidemiologi rimane difficile e talora conflittuale, e le linee guida e le raccomandazioni hanno ancora un impatto debole. La sfida, quindi, non può basarsi sulla pura e semplice raccomandazione, ma consiste nel voler farsi carico dei problemi e intraprendere azioni il cui impatto possa essere valutato.

Nell'agenda del ventunesimo secolo la "nascita naturale" figura tra gli obiettivi prioritari a livello europeo a causa della preoccupazione diffusa circa l'effetto iatrogeno di interventi ostetrici privi di una reale indicazione medica. Obiettivo ambizioso ma dovuto, che mi consente di concludere queste riflessioni con due significative parole pronunciate da una donna che ho avuto il piacere di assistere in occasione del suo primo parto vaginale: "Sono esausta, ma estasiata". ♦

### Bibliografia

- [1] Enkin MW. The need for evidence-based obstetrics [Editorial]. *Evidence-Based Medicine* 1996;1:132. La necessità di un'ostetricia basata sulle prove di efficacia. Mc Master University Hamilton, Ontario, Canada. Traduzione, autorizzata dall'autore, di Gori G., Basevi V. [www.saperidoc.it/print\\_ques\\_67.html](http://www.saperidoc.it/print_ques_67.html).
- [2] EURO-PERISTAT. European Perinatal Health Report by the EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT & EURONEO-STAT, 2008. Disponibile all'indirizzo: [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com).
- [3] OCSE Health Data 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.oecd.org/health/healthdata>.
- [4] Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita-Anno 2008. Ministero della Salute, 2011.
- [5] Fusco D, Davoli M, Lallo A, Perucci CA. Valutazione nazionale degli esiti del parto: taglio cesareo. Monitor - Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali 2010;26:51-9, AGENAS.
- [6] Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, et al. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 1999;35:289-96.
- [7] Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali. <http://www.epicen->

tro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf.

[8] Grandolfo M, Lauria L, Lamberti A. Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi. Principali risultati dell'indagine sul percorso nascita. Presentato al Convegno "Il Percorso Nascita nella prospettiva del Progetto Obiettivo Materno Infantile - POMI"; Istituto Superiore di Sanità, Roma, 28 aprile 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/PDF\\_Convegno\\_28-Apr-2010/Lauria\\_Principali%20Risultati\\_.pdf](http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/PDF_Convegno_28-Apr-2010/Lauria_Principali%20Risultati_.pdf); Ultima consultazione 27/6/2011.

[9] Agency for Healthcare Research and Quality. Vaginal birth after cesarean: new insights. AHRQ Publication No.10-E003, March 2010. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/vbacup/vbacup.pdf>.

[10] Ministero della Salute. Lo stato di salute delle donne in Italia. Primo rapporto sui lavori della Commissione "Salute della Donna". Roma, marzo 2008.

[11] Donati S, Senatore S, Ronconi A, and the regional maternal mortality working group. Maternal Mortality in Italy: a record linkage study. BJOG 2011;118:872-9.

[12] SNLG-ISS. Gravidanza fisiologica. Linea guida 20. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria, 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://www.snlg-iss.it/lgn\\_gravidanza\\_fisiologica\\_2010](http://www.snlg-iss.it/lgn_gravidanza_fisiologica_2010).

[13] SNLG-ISS. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Linea guida 19. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, 2010; Disponibile all'indirizzo: [http://www.snlg-iss.it/lgn\\_taglio\\_cesareo\\_assistenza\\_donne](http://www.snlg-iss.it/lgn_taglio_cesareo_assistenza_donne).

[14] Hatem M, Sandall J, Devane D, et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.

[15] Gottvall K, Waldenström U, Tingstig C, Grunewald C. In-hospital birth center with the same medical guidelines as standard care: a comparative study of obstetric interventions and outcomes. Birth 2011;38:120-8.

## XXIII CONGRESSO NAZIONALE ACP Con l'alto patronato del Presidente della Repubblica

13, 14, 15 ottobre 2011  
Auditorium Antonianum - Viale Manzoni, 1 - Roma

### IL BAMBINO CHE VERRÀ

#### Giovedì 13 ottobre

- 9,00 -13,00 SESSIONE PRECONGRESSUALE CONGIUNTA ACP-SIP  
L'Early Child Development
- 15,00-15,40 Il progetto "Pensiamoci prima": prevenzione degli esiti sfavorevoli della riproduzione (P. Mastroiacovo, Roma)
- 15,40-16,10 Il pediatra e l'informazione interconcezionale (C. Corchia, Roma)
- 16,10-16,30 Caso clinico (M. Trivellini, Roma)
- 16,30-17,10 Alcuni neonati "particolari": i gemelli (M. De Curtis, Roma)
- 17,10-17,40 Scenario clinico (MF. Siracusano, Messina)
- 17,45-19,00 Riunione dei Gruppi ACP

#### Venerdì 14 ottobre

- 9,00-09,20 Il dolore del bambino: cosa sapere e cosa fare (L. de Seta, Napoli)
- 9,20-09,40 Il dolore da procedure (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
- 11,20-12,00 I bambini e il terremoto (R. Pollice, L'Aquila)
- 12,00-12,10 Rendiamo accoglienti i nostri ospedali. Ricerca ACP-SISIP (P. Siani, Napoli; D. Ciofi, Firenze)
- 12,10-12,20 Efficacia del beclometasone vs 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
- 14,30-15,00 I farmaci biologici in Reumatologia (E. Cortis, Terni)
- 15,00-15,30 Diabetologia: nuove terapie? (R. Schiaffini, Roma)
- 15,30-16,00 Oculistica: che c'è di nuovo (MC. Torcè, Roma)
- 16,00-16,30 Ortopedia: novità vere o nuove torture? (C. Tudisco, Roma)
- 16,30-17,00 Sessione comunicazioni
- 17,00-19,00 Assemblea dei soci
- 20,30 Cena sociale con animazione musicale

#### Sabato 15 ottobre 9,00-13,00

- 9,00-09,40 Minorenni e Internet nella Convenzione sui diritti dell'infanzia (F. Aguiari, Roma)
- 9,40-10,20 Adolescenti e social network: uso e abuso (F. Tonioni, Roma)
- 10,20-10,40 Un caso clinico (V. Calia, Roma)
- 10,40-11,20 Famiglia, pediatra e sviluppo della sessualità (R. Giommi, Firenze)
- 11,40-12,20 In quale ambiente vivrà il bambino che verrà? (R. Bertolini, Copenhagen)
- 12,20-12,40 Domande e risposte ai "Pediatra per Un Mondo Possibile" (G. Toffol, Pederobba - TV)
- 12,40-13,00 Come è andata (G. Biasini, Cesena)

# Piano sanitario Regione Sicilia 2010-2012 Strumento di programmazione o puro esercizio?

Angelo Spataro

Pediatra di famiglia, ASP 6 Palermo. Referente ACP della Regione Sicilia

## Abstract

### 2010-2012 Health Programme in Sicily: a formal exercise or a tool for management?

The Sicilian Health Programme has the priority to reorganize different areas within the Maternal-Child health services: birth, induced abortion, sexual health, breast-feeding support, the reduction of cesarean sections, precocious diagnosis of genetic, sensorial and cognitive diseases. These are very ambitious priorities considering the actual deficiencies of health structures, professionals and economic resources. The question is: will it be just a formal exercise of a real management tool?

Quaderni acp 2011; 18(5): 206-207

**Key words** Maternal-Child health services. Practice guidelines. Assisted pathways

Il Piano sanitario della Regione Sicilia per il triennio 2010-2012 ha come obiettivo la riorganizzazione dell'area materno-infantile all'interno del Dipartimento Materno Infantile in molte aree: Percorso nascita, Interruzione volontaria di gravidanza, Salute sessuale, Sostegno dell'allattamento al seno, Riduzione dei tagli cesarei, Diagnosi precoce delle malattie genetiche e delle malattie sensoriali e cognitive. Gli obiettivi sono numerosi e ambiziosi per una Regione con una notevole carenza di strutture sanitarie, di personale, di risorse economiche e di piani organizzativi. Sarà uno strumento reale di programmazione o puro esercizio formale?

**Parole chiave** Area materno-infantile. Protocolli operativi. Percorsi assistenziali

Il Piano della Salute della Regione Sicilia per il triennio 2010-2012 giunge dopo 10 anni dal precedente. La terza sezione ci riguarda. Ha per titolo: "La tutela della salute delle donne e dei minori". L'area è definita correttamente "materno-infantile". Partiamo da alcuni dati.

## Mortalità infantile

In Sicilia costituisce ancora il problema sanitario più rilevante (5,1 per 1000 in Sicilia contro 3,7 per 1000 in Italia-ISTAT 2003) con una distribuzione molto disomogenea: risulta più elevata nella provincia di Messina, più bassa in quella di Trapani. Una indagine regionale degli anni 2002-2004 dimostra che le cause socioeconomiche influenzano la mortalità infantile in quanto condizionano l'accesso alle strutture sanitarie e l'assistenza in gravidanza.

## Interruzione volontaria di gravidanza (IVG)

È in continua riduzione soprattutto a carico delle donne meno giovani (tasso di

abortività 6,8-ISTAT 2008), mentre le adolescenti e post-adolescenti continuano a rappresentare una fascia particolarmente a rischio (nelle fasce di età 15-19 e 20-24 si registra un trend in lieve crescita-ISTAT 2006). Un aumento significativo del ricorso all'IVG si registra a carico delle donne straniere (ISTAT 2007).

## Comportamenti sessuali a rischio degli adolescenti

Sono in aumento e interessano fasce di età sempre più precoci. I giovani fino a 24 anni seguiti presso i consultori sono pochi (<6%). Le iniziative e gli interventi di promozione della salute sessuale presso le scuole della Regione appaiono disomogenei.

## Medicalizzazione dell'assistenza ostetrica

Una eccessiva medicalizzazione è testimoniata da:

- il più alto tasso (>50%) di parti cesarei in Italia (insieme alla Campania);

- un eccessivo numero di ecografie ed esami prescritti in gravidanza;
- bassa partecipazione delle gravide ai corsi di accompagnamento alla nascita;
- basso numero di gravidanze seguite presso i consultori (<15%);
- elevata percentuale di assistenza ostetrica privata (86%).

## Allattamento al seno

La percentuale di donne che allattano è fra le più basse in Italia, con un tasso inferiore al 60%. Solo il 26,6% delle donne allatta per più di sei mesi.

## I progetti operativi

A fronte di questi dati la Regione dichiara urgente e prioritario riorganizzare l'area materno-infantile recuperando le indicazioni del Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI - DM 24 aprile 2000). Forse ha dimenticato che il Progetto non è mai stato attuato in alcuna Regione d'Italia. Tutti i servizi dell'area materno-infantile vanno inseriti all'interno del Dipartimento Materno-Infantile (DMI).

Ma va detto che i servizi dell'area materno-infantile presentano criticità strutturali e organizzative che ne ostacolano le funzioni: esistenza di consultori con organici incompleti, offerta non coerente con la *mission* dei servizi (prevalente attività ambulatoriale a scapito delle attività di prevenzione e promozione della salute in ambito consultoriale), assenza di piani di formazione per gli operatori, eccesso di punti nascita con numero di parti <500/anno che dovrebbero essere aboliti o almeno ridotti anche a norma del Piano Sanitario Nazionale.

Partendo da queste premesse, tra i molti e ambiziosi obiettivi da raggiungere nel prossimo triennio sono stati indicati i seguenti: riduzione del tasso dei TC dal 50% al 30%; incremento del numero di donne con gravidanza fisiologica seguite presso i consultori; riduzione delle procedure assistenziali inappropriate in gravidanza (eccesso di esami ed ecografie);

Per corrispondenza:

Angelo Spataro

e-mail: spataro.angelo@alice.it

salute pubblica

realizzazione di un percorso nascita in tutte le ASP con protocolli regionali differenziati secondo il livello di rischio della gravidanza; razionalizzazione/riduzione di punti nascita e neonatologie con nascite < 500/anno; definizione della rete STEN (trasporto d'emergenza neonatale), riduzione delle IVG, sostegno all'allattamento al seno, diagnosi precoce delle malattie genetiche, sensoriali e cognitivo-comportamentali del bambino, educazione alla salute. Molta ambizione e poche possibilità di realizzazione.

Dal punto di vista organizzativo tutti i servizi dell'area materno-infantile vanno inseriti all'interno del Dipartimento Materno-Infantile (DMI) e le Direzioni aziendali devono articolare un piano specifico, effettuando una valutazione della dotazione del personale di cui si sono sopra sottolineate le gravi insufficienze quantitative e qualitative. I compiti del DMI sarebbero:

- Redigere protocolli operativi e linee di indirizzo per i percorsi assistenziali integrati dell'area materno-infantile.
- Attivare un flusso informativo omogeneo, informatizzato, coerente con gli obiettivi del POMI e del Piano Sanitario Regionale.
- Predisporre, per ciascun distretto, un'analisi di contesto finalizzata alla definizione dei target degli interventi di offerta attiva.
- Integrare funzionalmente tra loro servizi territoriali e ospedalieri che a

vario titolo si occupano di salute materno-infantile.

E ancora: realizzare numerosi percorsi assistenziali specifici fra cui: Percorso Nascita, Percorso IVG, Percorso Salute sessuale e riproduttiva dell'età giovanile, Percorso Salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti.

Fra i molti interventi indicati dal PSR quelli che hanno obiettivi numerici, cioè valutabili, sono pochi: riduzione della percentuale di parti cesarei, nell'arco del triennio, tendenzialmente al 20%; incremento del 40% del rooming; allattamento materno esclusivo per i primi 5-6 mesi.

### Conclusioni

Questi dunque sono gli obiettivi. Come superare gli elementi di criticità di cui il Piano non tiene conto e che non vengono messi in rilievo? La Sicilia, a causa di molteplici fattori riconducibili a una situazione di basso livello economico, culturale e sociale della popolazione e di pregresse e attuali carenze nella gestione politica della Sanità, si trova a un livello di assistenza sanitaria tra i più bassi del Paese. Vi sono una preoccupante carenza di formazione universitaria e post-universitaria, un basso numero di personale medico e sanitario, una carenza di strutture e di piani operativi. Il Piano non indica le strategie di intervento, gli strumenti organizzativi, formativi, culturali e i mezzi economici che si devono mettere in atto per raggiungere gli obiettivi che esso si pone e che corrono il rischio di rimanere puro esercizio formale. Più che un rischio. ♦

## CONVEGNO APEC 2011

**LE MALATTIE CRONICHE**  
Il futuro dell'assistenza in pediatria  
o l'assistenza pediatrica del futuro?

**Sabato 22 ottobre 2011**  
Ferrara - Piazza Municipale  
Sala Estense

- ore 8,30 Apertura dei lavori  
e saluti delle autorità
- ore 9,00 L'epidemiologia  
della cronicità in pediatria  
(P. Facchin)
- ore 9,20 Gli screening neonatali  
(A. Burlina)
- ore 9,40 Il programma regionale  
di screening neonatali  
(A. Cassio)

#### Discussione

- ore 10,20 Le nuove cure  
per le malattie genetiche  
(O. Gabrielli)
- ore 10,40 Le cure palliative  
in età pediatrica  
(A. Pession)

#### Discussione e intervallo

- ore 11,30 L'assistenza domiciliare  
ai disabili gravissimi  
(D. Tedaldi)
- ore 11,50 Le azioni di sostegno  
e sollievo nell'assistenza  
alle famiglie con minori  
con patologia cronica  
(T. Montini)

#### Discussione

#### Pranzo

- ore 14,00 L'inserimento  
nelle collettività educative  
dei minori con gravi  
patologie croniche  
(G. Pedrielli - A. Cedroni)
- ore 14,30 Il modello  
di assistenza integrata  
proposto dalla APeC  
a 10 anni di distanza  
(M. Farneti)

La voce delle Aziende USL

Esperienze a confronto:

Ferrara (F. Pascoletti)

Bologna (S. Sandri)

Cesena (S. Giordani)

Reggio Emilia (M. Cervi - M.B. Bassi)

ore 17,30 Conclusioni e chiusura

# Esposizione precoce ad antibiotici e asma in età scolare: causa-effetto o bias?

Franca Rusconi

Unità di Epidemiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Anna Meyer, Firenze

Recensione dell'articolo: Risnes KR, Belanger K, Murk W, Bracken MB. Antibiotic Exposure by 6 Months and Asthma and Allergy at 6 Years: Findings in a Cohort of 1,401 US Children. Am J Epidemiol 2011;173:310-8.

## Abstract

### *Antibiotics in early life and asthma at school age: causation or bias?*

*In a recent study published in the American Journal of Epidemiology the Authors found a significant positive association between antibiotics administration in the first 6 months of life and asthma at 6 years. This is an important topic in relation to children's public health, because antibiotics are often prescribed for respiratory tract infections, although most of these are viral infections. Several previous studies, although not all of them, have found such an association. In this article we describe how the association could be due to confounding factors, and thus conclude that it seems unlikely that antibiotics administered early in life could cause asthma at later ages.*

Quaderni acp 2011; 18(5): 208-210

**Key words** Antibiotics. Wheezing. Bias

*Un recente studio pubblicato sull'American Journal of Epidemiology trova un'associazione positiva tra uso di antibiotici nei primi 6 mesi di vita e asma a 6 anni. Il problema è rilevante in termini di sanità pubblica, considerato il largo e certamente non giustificato uso di antibiotici in particolare per infezioni (virali) delle vie aeree, e merita di essere attentamente valutato. L'associazione è stata trovata in numerosi altri studi, pur se non in tutti. Nel presente articolo si discute come tale associazione possa essere frutto di confondimento o bias, e come quindi sia difficile sostenere che gli antibiotici somministrati nei primi mesi/anni di vita abbiano una rilevanza nel determinismo dell'asma.*

**Parole chiave** Antibiotici. Wheezing. Confondimento

“L'esposizione precoce ad antibiotici, in particolare a quelli a largo spettro, può sopprimere il sistema immunitario e produrre una ridotta risposta antiallergica risultando in un aumento di asma e allergia”: è questa la dichiarazione di Michael B. Bracken, professore di Epidemiologia alla Yale School of Public Health, New Haven, in seguito alla recente pubblicazione dello studio di cui Bracken è coautore. Una conclusione rilevante in tema di sanità pubblica. Vediamo pertanto lo studio [1].

Gli Autori hanno valutato l'associazione tra l'uso di antibiotici nei primi 6 mesi di vita e lo sviluppo di asma e atopia in 1401 bambini nati in diverse maternità del New England e facenti parte di uno studio denominato “Perinatal Risk of Asthma in Infants of Asthmatic Mothers (PRAM) Study”. I bambini erano ad alto rischio di asma e allergia: il campione

reclutato comprendeva infatti 872 bambini figli di madri con diagnosi di asma, 442 bambini di madri con sintomi asmatici e un campione di figli di madri senza diagnosi di asma o sintomi asmatici. 470 dei 1871 bambini reclutati sono stati esclusi dallo studio per vari motivi (madri che non parlavano l'inglese, rifiuto a partecipare al follow-up, informazioni non complete su uso di antibiotici ecc.). Le madri dei 1401 bambini studiati sono state contattate al compimento dei 6 anni dei figli per informazioni sul loro stato di salute, in particolare sulle malattie respiratorie, compresa una eventuale diagnosi di asma, su sintomi allergici o risultati di test allergici, e sull'uso di antibiotici dalla nascita.

## Risultati

Un terzo dei bambini aveva ricevuto antibiotici nei primi 6 mesi di vita e, come era logico aspettarsi, la proporzio-

ne saliva al 70% nei bambini che presentavano un'anamnesi positiva per “infezioni delle basse vie respiratorie”, definite come bronchiolite, bronchite, polmonite, o infezione da virus respiratorio sinciziale. Dei 1401 bambini, 164 (11,7%) erano stati diagnosticati come asmatici entro i 6 anni di età, una percentuale elevata ma che dipende in parte dai criteri di inclusione: più del 50% infatti aveva uno o due genitori affetti da asma. I bambini che avevano ricevuto antibiotici nei primi 6 mesi di vita presentavano un rischio maggiore di asma, con odds ratio (OR) di 1,52 (intervallo di confidenza al 95%, IC 95%: 1,07-2,16). Ciò significa che il rischio (o meglio l'odd) di questi bambini di sviluppare asma era una volta e mezzo rispetto a quello dei bambini a cui non erano stati somministrati antibiotici. L'associazione era presente anche restringendo l'analisi ai casi che avevano ricevuto una diagnosi di asma dopo i 3 anni di età (OR: 1,66; IC 95%: 0,99-2,79). Questa analisi aggiuntiva su un gruppo più ristretto di casi è stata appositamente fatta per evitare un bias, che gli Autori, utilizzando una terminologia un po' in disuso, chiamano “protopatico” (se un farmaco viene somministrato per curare i sintomi precoci di una malattia prima che questa sia diagnosticata, quando la diagnosi viene fatta si può erroneamente identificare il farmaco come fattore di rischio della malattia); con questa analisi gli Autori intendevano evitare una sovrapposizione tra l'età di somministrazione dell'antibiotico e quella della diagnosi di asma. Le stime non variavano aggiustando per atopia, per asma nei genitori e per infezioni delle basse vie respiratorie (quindi l'associazione non era influenzata né dall'atopia del bambino, né dalla presenza della patologia nei genitori, né dalle infezioni del bambino stesso, o almeno di quelle che le mamme ricordavano a distanza di 6 anni).

Per corrispondenza:

Franca Rusconi

e-mail: f.rusconi@meyer.it

telescopio

In termini fisiopatologici gli Autori spiegano i loro risultati con la cosiddetta "hygiene hypothesis": la diminuita esposizione a batteri, in particolare nel tratto gastrointestinale, nei bambini che hanno ricevuto antibiotici nei primi mesi di vita impedirebbe il fisiologico "shift" del sistema immunitario da una predominanza dei linfociti T helper 2 (che è tipica del feto) a T helper 1. Una sovra-espressione dei T helper 2 è uno dei segni caratteristici delle malattie allergiche.

### Una valutazione metodologica dello studio

Prima di commentare il lavoro nella sua interezza vanno considerate alcune debolezze dello studio, riconosciute, in parte, dagli Autori stessi: le informazioni sui primi anni di vita, in particolare l'uso di antibiotici nei primi 6 mesi di vita (e, aggiungiamo noi, sul numero di somministrazioni di antibiotici!), sono state raccolte quando il bambino aveva 6 anni, quindi retrospettivamente. Questo può rappresentare un problema, per esempio se le madri dei bambini asmatici ricordano più facilmente o tendono a riportare un maggior uso di antibiotici, il che è abbastanza plausibile (cosiddetto "recall bias"). Il recall bias è tipico degli studi caso-controllo, ma anche delle coorti "retrospettive" in cui l'informazione sull'esposizione viene raccolta a posteriori. È impossibile sapere con esattezza se ci sia o meno un tale bias: gli Autori pensano di no, noi non ne siamo proprio sicuri.

Una seconda debolezza riconosciuta dagli Autori è il fatto di non avere informazioni sul tipo di antibiotici somministrati. È probabile che si trattasse per lo più di antibiotici a largo spettro, dal momento che nei primi anni di vita gli antibiotici sono somministrati (per un "eccesso di zelo") nella maggior parte dei casi per infezioni virali delle vie aeree. Gli antibiotici a largo spettro, peraltro, dovrebbero avere un effetto maggiore sulla flora gastrointestinale. Questa osservazione induce a pensare a un bias che gli Autori non prendono in considerazione: se gli antibiotici sono somministrati per infezioni delle vie respiratorie e se queste infezioni nel bambino piccolo, come si sa, spesso si accompagnano a "wheezing" (respiro sibilante) e se una parte dei bambini che presentano "wheezing" nei primi mesi/anni di vita conti-

nua a manifestarlo anche in età scolare, questi bambini "si portano dietro" fino all'età scolare due condizioni: il più frequente uso di antibiotici e il "wheezing" che in età scolare è, correttamente, diagnosticato come asma.

### Cosa ci dice la letteratura al riguardo?

L'associazione tra uso di antibiotici nei primi mesi/anni di vita e l'asma nel bambino è stata riscontrata in numerosi studi, anche recenti, e confermata in una revisione sistematica con meta-analisi [2-3-4]. Tuttavia, negli editoriali di commento che accompagnano questi articoli, oltre che nelle discussioni di alcuni degli articoli originali, si sottolinea come gli studi in questione, e lo studio di Risnes e coll. [1] non rappresenta una eccezione, potrebbero essere affetti da bias [3-5-6-7-8].

Un primo tipo di bias è il cosiddetto bias da "reverse causation". Gli antibiotici potrebbero essere stati somministrati proprio in bambini che già avevano sintomi asmatici: gli Autori del nostro studio cercano di superare questo bias (che chiamano protopatico) non considerando i bambini che hanno una diagnosi di asma nei primi 6 mesi e restringendo l'analisi a quelli che hanno una diagnosi di asma dopo i 3 anni. Ma nei primi mesi/anni di vita i pediatri non classificano, giustamente, come asmatici i bambini con "wheezing": è quindi possibile che una parte dei bambini in questione assumesse antibiotici proprio a causa di infezioni per lo più virali delle vie respiratorie, che sono il più frequente evento scatenante il "wheezing" e che possono essere interpretate come infezioni delle basse vie respiratorie o comunque come infezioni più gravi per le quali è consigliabile somministrare antibiotici [9-10-11]. Tutto ciò è stato dimostrato in uno studio prospettico su una coorte di bambini i cui genitori avevano tenuto diari sull'uso di farmaci e sulle motivazioni a tale uso; in questo studio i bambini affetti da infezioni delle vie respiratorie con "wheezing" avevano ricevuto antibiotici con una frequenza doppia rispetto a quelli con infezioni respiratorie senza "wheezing" [12]. Inoltre, in uno degli studi che avevano riscontrato un'associazione tra uso di antibiotici nei primi mesi/anni di vita e asma in età scolare, l'associazione veniva meno se si correggeva per presen-

za di infezioni delle basse vie respiratorie [5].

Il secondo tipo di bias, cosiddetto "confounding by indication" (attribuire al farmaco gli effetti dovuti al motivo per cui il farmaco viene somministrato: qui le infezioni con "wheezing"), è già stato accennato sopra, ed è stato oggetto di uno studio pubblicato recentemente [13].

Se siamo convinti che l'utilizzo di antibiotici nei primi anni di vita possa anche essere dovuto a "wheezing", uno dei modi per provare che alcuni bambini che presentano "wheezing" (e assumono antibiotici) si portano appresso questa condizione fino all'età della scuola, è considerare il tempo di insorgenza e durata del "wheezing", ossia i fenotipi di "wheezing". Martinez e coll. hanno definito come "early wheezers" i bambini che hanno "wheezing" nei primi due/tre anni di vita ma non più in età scolare; come "persistent wheezers" i bambini che iniziano nei primi anni e continuano ad avere wheezing anche in età scolare; e "late-onset wheezers" i bambini che presentano wheezing solo in età scolare [14].

I bambini con asma in età scolare comprendono perciò sia i "persistent" che i "late-onset wheezers". Nello studio SIDRIA (Studi Italiani sui Disturbi Respiratori dell'Infanzia e l'Ambiente), condotto in 12 aree del Nord, Centro e Sud Italia, abbiamo dimostrato come ci fosse effettivamente un'associazione statisticamente significativa (OR: 1,57; IC 95%:1,40-1,75) tra uso di antibiotici nei primi due anni di vita e "wheezing" a 6-7 anni (chi ha ancora "wheezing" a questa età può essere definito un soggetto asmatico) [12]. Tuttavia, considerando i diversi fenotipi, l'associazione era presente solo nei "persistent wheezers", in coloro cioè che già avevano wheezing nei primi due anni di vita e non nei late-onset. Le conclusioni sono state che in chi non ha wheezing precoce l'associazione "scompare".

### Conclusioni

Si può quindi concludere, con il conforto del parere di altri Autori, che l'associazione tra antibiotici somministrati in epoca precoce della vita e asma in età scolare è molto probabilmente dovuta a uno o più bias [5-6-7]. Più in generale: trovare un'associazione non significa dimostrare un meccanismo di causa-effetto. Gli studi epidemiologici possono avere

dei limiti, e, soprattutto, in un campo apparentemente così semplice, ma invero abbastanza complesso come quello del “wheezing” in età prescolare, è importante conoscere a fondo il problema che si sta trattando e pensare non solo in termini di associazione ma anche, e soprattutto, di meccanismi causali [15-16]. È anche importante non lasciarsi fuorviare dalla pubblicazione di diversi studi con risultati positivi: i ricercatori, anche autorevoli, sono tentati dalla pubblicazione di dati e le riviste pubblicano più facilmente i dati “positivi”. Le stesse considerazioni fatte in precedenza valgono anche per il paracetamolo, farmaco ampiamente utilizzato per gli episodi febbrili concomitanti alle infezioni delle vie respiratorie [12-17].

Una considerazione finale: da molte parti, invero più per il paracetamolo che non per gli antibiotici, si invocano trial randomizzati e controllati per provare o sconfessare definitivamente la presenza di una associazione che già un’attenta analisi dei dati disponibili dagli studi osservazionali fa ritenere molto poco probabile. I trial sarebbero certamente difficili da eseguire e anche di dubbia eticità, se si hanno ragionevoli motivi per pensare che l’associazione in realtà non esista. L’asma è una patologia particolarmente frequente: in Italia si stima ne sia affetto il 9-10% dei bambini in età scolare. È quindi importante che i pediatri valutino attentamente la qualità degli studi pubblicati sui fattori di rischio e il ruolo di questi fattori nel determinismo della malattia [18].

Infine, è importante rimarcare che gli antibiotici vanno utilizzati il meno possibile e solo quando sono realmente necessari. In Italia il consumo degli antibatterici sistemici è cresciuto del 2% rispetto al 2008. L’Agenzia Italiana del Farmaco in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità e il Patrocinio del Ministero della Salute, hanno pertanto recentemente rilanciato una campagna di comunicazione “Antibiotici, difendi la tua difesa. Usali con cautela”, con lo scopo di informare i cittadini sull’importanza di ricorrere agli antibiotici solo quando necessario e dietro prescrizione del medico che ne accerti l’effettiva utilità. ♦

#### Bibliografia

[1] Risnes KR, Belanger K, Murk W, et al. Antibiotic Exposure by 6 Months and Asthma and Allergy at 6 Years: Findings in a Cohort of 1,401 US Children. *Am J Epidemiol* 2011;173:310-8.

[2] Kozyrskyj AL, Ernst O, Becker AB. Increased risk of childhood asthma from antibiotic use in early life. *Chest* 2007;131:1753-9.

[3] Foliaki S, Pearce N, Björkstén B, et al. Antibiotics use in infancy and symptoms of asthma, rhinoconjunctivitis, and eczema in children 6 and 7 years old: International Study of Asthma and Allergies in Childhood Phase III. *J Allergy Clin Immunol* 2009;124:982-9.

[4] Marra F, Lynd L, Coombes M, et al. Does antibiotic exposure during infancy lead to development of asthma? A systematic review and meta-analysis. *Chest* 2006;129:610-8.

[5] Wickens K, Ingham T, Epton M, et al. The association of early life exposure to antibiotics and the development of asthma, eczema and atopy in a birth cohort: confounding or causality? *Clin Exp Allergy* 2008;38:1318-24.

[6] Pekkanen J. Commentary: use of antibiotics and risk of asthma. *Int J Epidemiol* 2004;33:564-5.

[7] Kummeling I, Thijs C. Reverse causation and confounding-by-indication: do they or do they not explain the association between childhood antibiotic treatment and subsequent development of respiratory illness? *Clin Exp Allergy* 2008;38:1249-51.

[8] Gagliardi L, Rusconi F, Galassi C, et al. Re: Antibiotic Exposure by 6 Months and Asthma and Allergy at 6 Years: Findings in a Cohort of 1,401 US Children. *Am J Epidemiol* 2011: DOI 10.1093/aje/KWR082.

[9] Rakes GP, Arruda E, Ingram JM, et al. Rhinovirus and respiratory syncytial virus in wheezing children requiring emergency care. IgE and eosinophil analyses. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;159:785-90.

[10] Jackson DJ, Gangnon RE, Evans MD, et al. Wheezing rhinovirus illnesses in early life predict asthma development in high risk children. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;178:667-72.

[11] Nyquist AC, Gonzales R, Steiner JF, et al. Antibiotic prescribing for children with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis. *JAMA* 1998;279:875-7.

[12] Kusel MM, de Klerk N, Holt PG, et al. Antibiotic use in the first year of life and risk of atopic disease in early childhood. *Clin Exp Allergy* 2008;38:1921-8.

[13] Rusconi F, Gagliardi L, Galassi C, et al. Paracetamol and antibiotics in childhood and subsequent development of wheezing/asthma: association or causation? *Int J Epidemiol*. Advance access: January 23, 2011 (doi:10.1093/ije/dyq263).

[14] Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. *N Engl J Med* 1995;332:133-8.

[15] Robins JM. Data, design, and background knowledge in etiologic inference. *Epidemiology* 2001;11:313-20.

[16] Gagliardi L. Prediction and causal inference. *Acta Paediatr* 2009;98:1890-2.

[17] Rusconi F, Galassi C, Bellasio M, et al. Pre, perinatal and early life (first year) risk factors for wheezing in young children. *Epidemiol Prev* 2005;29(2) suppl: 47-51.

[18] Galassi C, De Sario M, Biggeri A, et al. Changes in prevalence of asthma and allergies among children and adolescents in Italy, 1994-2002. *Pediatrics* 2006;117:34-42.

## NO COMMENT

### CONGRESSI FORTEMENTE INNOVATIVI

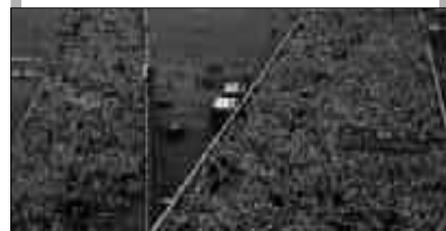
Le Agenzie di stampa riportano con sempre maggiore frequenza che ai congressi medici è presente un numero di relatori e di presidenti di sessione estremamente elevato rispetto ai medici iscritti.

Questo fenomeno di crescita, in un momento di bassa crescita, risulta estremamente interessante, anche per le famiglie dei presidenti e dei relatori.

Il fenomeno viene sempre più spesso segnalato anche in Italia e si è verificato anche del tutto recentemente in alcuni congressi di Società scientifiche.

Da alcuni organizzatori di congressi il fenomeno è valutato come “fortemente innovativo”.

Un’agenzia fotografica ha rappresentato icasticamente, nel modo sotto riprodotto, l’ingresso ai congressi scientifici dei relatori (a destra) e dei medici iscritti (a sinistra).



# L'Africa salvata dai ragazzini

Nicola D'Andrea  
Pediatria, Matera

**Parole chiave** Africa. Abbandono. Riscatto. Ragazzi

*Come può una mamma disfarsi della propria bimba lasciandola cadere nella montagna della spazzatura? La disperazione, la fame, l'isolamento possono portare a compiere gesti "innaturali". Nelle metropoli africane sono migliaia le situazioni di vita in tali condizioni. Ma non mancano risposte di socializzazione: una piccola squadra di ragazzini che in un campetto improvvisato gioca a calcio, si accorge dell'insano gesto della madre e salva la piccola; salverà anche la mamma facendo sperare così di salvare l'Africa.*

Trafelato, padre Benjamin mi molla in braccio un pacchetto. "Sta molto male, non so se è ancora vivo; la madre lo stava scaricando nella spazzatura". Corro nella sala di "cuidado" (di emergenza: è tale solo perché ha l'ossigeno!). Respira, geme. Due occhi sbarrati, che stanno più fuori che dentro. Non è pelle e ossa. Sono ossa che si muovono con pelle che pende. Ossigeno. Sonda nasogastrica per somministrare acqua, zucchero e sali. Si riesce a prendere una vena per la terapia antibiotica. Poi si attaccherà una pompa che manderà 20 ml all'ora di latte speciale. Angela ha 1 anno e 4 mesi, pesa 4150 g!

"È pazzesco!". Le due specializzande, arrivate da poco più di 24 ore, sono allibite. Fuori, padre Benjamin, poi mi racconta. La madre ha altri due figli, non deve essere proprio a posto con la testa; stava buttando il bambino nell'immondizia, quando un gruppetto di ragazzini, saranno stati una quindicina, di varie età, che giocava lì, ha impedito alla madre di farlo e l'ha trascinato con il bambino al posto di salute, a cento metri, aspettando finché la pediatra non ha visto il bambino.

La madre emana un cattivo odore di alcol e non è in grado di fare nulla per Angela. Nelle ore successive tenterà di scappare: glielo impediranno le altre mamme che sono in sala; viene considerata come una bruta. Poi andrà via e verrà il giorno dopo un signore molto malandato, che dimostra di essere il nonno, ma non si capisce se sia il papà. È affettuoso con Angela, ma viene sorpreso a bersi il latte terapeutico della bimba: a lei dà il funji (una polenta di

miglio). "Ma cosa fa? La bambina non deve mangiare quella roba; non la può far crescere". Risponde sorpreso: "Ma se sono anch'io cresciuto a funji".

*È proprio sbagliato voler sovvertire le abitudini alimentari di popolazioni che da sempre utilizzano quello che la natura offre. Questa polenta è causa (concausa) del kwashiorkor se è unico alimento, come molto spesso avviene, ma se vi si aggiunge un po' di carne o uova e si completa con latte e frutta, va bene.*

*Dopo 10 giorni di permanenza all'ospedale "Divina Provvidenza" è morto Tinilson, un bambino ricoverato circa 15 gg prima per kwashiorkor molto grave (edemi +++, ferite cutanee e mucose rilevanti, epatomegalia con modesto liquido ascetico). Alla madre ogni mattina si diceva: "Sta facendo un buon lavoro", e così sembrava fosse. Ma alla riunione delle 8 del mattino, il medico di guardia racconta che è morto: aveva presentato una ematemesi, si era tentato di trasferirlo, ma non ce l'ha fatta. La cronica carenza di proteine, su base alimentare, riesce a spiegare il meccanismo patogenetico. Ma ho letto di altre ipotesi: in causa sarebbero le aflotossine che si accumulano nei cereali non ben conservati, soprattutto sotto la pioggia; tanto che alcuni programmi sanitari prevedono l'organizzazione per la salubre conservazione di mais e altri cereali.*

*Queste letture mi hanno portato indietro di molti anni. Da ragazzo, in campagna, dopo la mietitura, molte spighe di grano restavano perse sul terreno: tutta grazia per le spigolatrici! E anche appetibili per le pecore. Frequentemente però, in paese, il banditore annunciava che presso la tal macelleria "era in vendita carne a basso prezzo di pecora morta con la spiga!". E si formava la fila di compratori. Mio zio mi spiegava che la spiga di grano, molto ruvida, la pecora non riusciva a deglutirla, si soffocava sputando sangue. Però, solo 5 anni fa ho appreso da un amico veterinario che la pecora non faceva tale brutta fine per la mancata progressione della spiga inghiottita, ma andava incontro a una sindrome da intossicazione con compromissione epatica dovuta ad aflotossine che si formavano sul cereale dopo la pioggia!*

Angela... Il giorno dopo, molto solerte, è apparso in sala di reparto il referente del tribunale dei minori che, con sensibilità da elefante, di fronte a tutte le mamme ha raccontato che la madre di Angela era una vera sciagurata: viveva per lo più tra i cumuli di immondizia e quando riusciva elemosinava un tetto da conoscenti, che aveva altri due figli "affidati" a vicini e che si sarebbe provveduto...

Conoscendo le poche probabilità di qualsiasi provvedimento, abbiamo interessato padre Benjamin, il quale ha contattato un'associazione di donne volontarie per assistere la bimba e la mamma. La prima assistente ha aperto una prospettiva di soluzione dignitosa: attenta, capace, cordiale con la mamma. Bene! Purtroppo è rimasto un episodio. Tutte quelle venute dopo non avevano alcun interesse e passavano le ore guardando. Intanto Angela continuava a perdere peso: venti grammi un giorno, dieci il successivo, poi quaranta, ma il mattino dopo calata di 50: porcaccia la miseria (non fu occasione più azzeccata)!

Come ultima chance si prova con la sonda naso-gastrica: ma niente.

Si riprende con le piccolissime dosi di latte; un cucchiaino per volta: *devagar, devagar* (piano piano). Riprende a crescere.

La madre torna e comincia a star vicino ad Angela. È impressionante vedere come la bimba si aggrappa alla sua mamma. E adesso la madre le sta accanto tutto il giorno e la notte. Non beve più alcol. Le altre mamme che, il giorno del ricovero e anche dopo, l'avevano trattata con disprezzo, l'hanno accolta e le sono diventate amiche. E l'hanno aiutata.

Il giorno di Natale siamo andati a trovarla. L'abbiamo abbracciata e le abbiamo augurato *Bom Nadal*. Era sorridente e rilassata. "Non bisogna dare da mangiare solo funji ai bambini piccoli" ha detto con un sincero, appena abbozzato, sorriso. "A loro fa male. Alla pancia. Devono crescere con il latte". Commozione. Era la Betlemme di Angela. Forse si è salvata anche la mamma.

Un gruppo di ragazzini, di strada, la prima volta, e poi nelle sue fughe dall'ospedale, compresa l'ultima volta, l'aveva raccolta e riaccompagnata al reparto, dalla sua bambina, salvandole entrambe. Spontaneamente. Istintivamente. ♦

Per corrispondenza:

Nicola D'Andrea

e-mail: nicdandre@fiscali.it

# Il Codice sul marketing del latte artificiale

Sergio Conti Nibali  
Pediatra di libera scelta, Asp 5 Messina

## Abstract

### *International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes*

*In 1981 the World Health Assembly (WHA) adopted the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes; after 30 years there are still many health professionals who ignore its content and violations of the Code continue to be registered world around. In Italy over the years, thanks to associations, NGOs and individuals, in 1994 a Ministerial Decree was issued. It has undergone many changes but nevertheless it has not been entirely adopted. Health professionals facing Code violations have the moral duty to promote, support and defend the health of all children and their mothers.*

Quaderni acp 2011; 18(5): 212-213

**Key words** International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Breastfeeding. Maternal and child health

*Nel 1981 l'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS) ha approvato il Codice Internazionale di Commercializzazione dei sostituti del latte materno; a distanza di 30 anni sono ancora molti gli operatori sanitari che non ne conoscono i contenuti e continuano in tutto il mondo a registrarsi violazioni al Codice. In Italia nel corso degli anni, grazie all'azione di associazioni, ONG e singoli cittadini, nel 1994 è stato emanato un Decreto Ministeriale che negli anni ha subito numerose modifiche, senza tuttavia arrivare a far proprio nella sua completezza il Codice. Di fronte alle violazioni del Codice da parte delle Ditte, gli operatori sanitari hanno il compito "morale" di sostenere, promuovere e difendere la salute dei bambini e delle loro madri.*

**Parole chiave** Codice Internazionale di Commercializzazione dei sostituti del latte materno. Allattamento al seno. Salute materno-infantile

“Se le vostre vite fossero amareggiate come è la mia vedendo giorno dopo giorno questo massacro di innocenti, derivante da un'alimentazione inadeguata, allora credo sareste d'accordo con me nel ritenere che la scorretta pubblicità degli alimenti per bambini debba essere punita come la più criminale delle forme di sedizione e che quelle morti debbano essere considerate degli omicidi” (Dichiarazioni finali di Cicely Williams all'Assemblea Mondiale della Sanità, 1939).

“Chi fa pubblicità al latte artificiale che intenzionalmente mina la fiducia delle donne nell'allattamento materno, non deve essere considerato un abile imprenditore che sta facendo il suo lavoro, ma come un violatore della peggior specie dei diritti umani” (Stephen Lewis, Direttore Esecutivo Unicef, 1999).

Le frasi riportate sono certamente dettate dalla stessa insofferenza verso una pub-

blicità aggressiva e senza scrupoli e derivano dalla constatazione che la promozione dei sostituti del latte materno porta sempre a una riduzione della prevalenza e della durata dell'allattamento al seno e, di conseguenza, a un peggioramento delle condizioni di nutrizione e salute dei bambini. Deve far riflettere il fatto che le due frasi sono state pronunciate a 60 anni di distanza l'una dall'altra, e che probabilmente possono essere considerate attuali, nonostante siano oggi molto più forti i regolamenti e le leggi che pongono limiti alla pubblicità dei sostituti del latte materno.

Pubblicizzare un qualunque bene di consumo è molto differente rispetto al pubblicizzare un sostituto del latte materno, non fosse altro perché incide su scelte che hanno ricadute nella salute; è logico, dunque, che le norme che ne regolano la pubblicità debbano essere diversificate. Eppure fino al 1981 non esisteva alcuna

regola che regolamentasse la pubblicità dei sostituti del latte materno; solo in quell'anno l'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS) ha approvato il Codice Internazionale di Commercializzazione dei sostituti del latte materno, il cui scopo è di “contribuire ad assicurare un'alimentazione sana e adeguata ai bambini, mediante la protezione e promozione dell'allattamento al seno e l'uso appropriato dei sostituti del latte materno, quando siano necessari, sulla base di informazioni corrette e di una appropriata distribuzione” [1]. L'Italia è stata tra i Paesi che lo hanno firmato; la Nigeria e gli Stati Uniti tra quelli che si sono rifiutati.

I Paesi firmatari si impegnarono a far conoscere il Codice agli operatori sanitari che a ogni livello interagivano con le mamme e i bambini, prima, durante e dopo il parto; eppure, a distanza di 30 anni, sono ancora molti gli operatori sanitari che non ne conoscono non solo i contenuti, ma perfino l'esistenza.

Il Codice si applica ai sostituti del latte materno, ai biberon e alle tettarelle. Se si vanno a snocciolare i vari articoli del Codice, si troverà una serie di “paletti” che, se fosse applicata, costituirebbe una robusta difesa dell'allattamento materno. Solo per citarne alcuni: “Proibite la pubblicità e la promozione al pubblico, inclusi i doni alle mamme” (art. 5); “Proibita la distribuzione di campioni gratuiti” (art. 7.4); “Proibita la promozione nelle istituzioni sanitarie” (artt. 6,7,8 e risoluzione AMS 49.15 del 1996); “Proibito il contatto tra rappresentanti delle compagnie e madri” (art. 5.5); “Proibiti regali e campioni di latte per gli operatori sanitari” (art. 7.3); “Proibiti testi o disegni idealizzanti l'allattamento artificiale sulle etichette dei prodotti” (artt. 4 e 9); “Solo informazioni scientifiche agli operatori sanitari” (art. 7.2); “Tutte le informazioni sui prodotti, incluse le etichette, devono spiegare i benefici dell'allattamento al seno e i rischi dell'allattamento

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

osservatorio internazionale

artificiale” (art. 9.2). Chi lavora, ai vari livelli, con le mamme e i loro bambini ha modo di verificare giornalmente che la gran parte degli articoli del Codice viene disattesa; questa “percezione” trova poi conferma dall’AMS che, nel corso degli anni, si è trovata costretta a emanare una serie di raccomandazioni, alla luce dei rapporti di violazioni evidenti del Codice che giungevano da tutte le parti del mondo. Per esempio nel 1986 così era scritto nella risoluzione 39.20: “Le piccole quantità di sostituti del latte materno necessarie per alimentare quei pochi bambini che negli ospedali e nelle maternità ne hanno bisogno devono essere procurate attraverso i normali canali di acquisto e non devono provenire da offerte gratuite o a basso costo”; e ancora nella risoluzione 47.5 del 1994: “Si raccomanda ai Paesi membri di garantire che non ci siano, a nessun livello del sistema di assistenza sanitaria, offerte gratuite o a basso costo di sostituti del latte materno e di altri prodotti coperti dal Codice Internazionale per la Commercializzazione dei sostituti del latte materno”.

Si sa che i Codici sono “carte di principi”, che i singoli Paesi si impegnano a rispettare, ma che non comportano alcun vincolo “giuridico”, nel senso che non è prevista alcuna sanzione per i trasgressori; sempre che non si decida di convertire il Codice in Legge dello Stato, con norme che ne stabiliscano anche la punibilità in caso di non rispetto. Nel 1991 una direttiva della Unione Europea invitava gli Stati membri di promulgare una Legge entro il 1994; in Italia questo passo è stato fatto il 6.4.1994 con il Decreto Ministeriale n. 500 che recepisce, almeno nelle grandi linee, il Codice: ci sono voluti ben 13 anni dalla sottoscrizione del Codice! Il DM differisce, rispetto al Codice, almeno riguardo a due punti certamente non trascurabili: le restrizioni commerciali sono limitate alle sole formule lattee iniziali, per cui tutti gli altri prodotti (latte di proseguimento, tisane, bevande, ciucci, tettarelle) non vengono contemplati, e, inoltre, alle compagnie viene consentito di rifornire gratuitamente gli ospedali e le altre istituzioni del SSN, “previa richiesta di un responsabile”. Una possibile spiegazione

dell’enorme ritardo nell’emanazione del DM e della parziale rinuncia ad aspetti certamente non marginali, si potrebbe ipotizzare nell’azione di lobbying delle industrie produttrici di alimenti e dispositivi coperti dal Codice. Nel corso degli anni, grazie all’azione di associazioni, ONG e singoli cittadini, il DM n. 500 ha subito delle modifiche (DM 16.1.02; DM 22.2.05 n. 46), ma senza arrivare a far proprio nella sua completezza il Codice. Anche dopo il 1994, l’AMS punta il dito sulle inosservanze riscontrate; come nella risoluzione 49.15 del 1996, che recita: “Si deve assicurare che la sponsorizzazione di professionisti che lavorano nel campo della salute dei neonati e dei bambini non crei un conflitto di interessi, specialmente in relazione all’Iniziativa Ospedale Amico del Bambino dell’OMS e dell’UNICEF”; e ancora come nella risoluzione 54.2 del 2001, che recita: “... si raccomanda agli Stati membri di rafforzare i meccanismi nazionali che assicurano il rispetto del Codice, con particolare riguardo alle etichette e a tutte le forme di pubblicità e promozione commerciale sui mezzi di comunicazione di massa...”.

Anche in Italia vengono a più riprese emanate circolari che precisano aspetti manifestamente disattesi dei vari DM; per esempio, con la n. 16 del 24 ottobre del 2000, il ministro Veronesi invitava gli assessorati regionali alla sanità a “vigilare affinché non si verificino situazioni che in qualunque momento possano interferire negativamente sull’allattamento al seno, adoperandosi affinché: nei reparti di maternità vengano acquisite in condizioni di correttezza, trasparenza, e al pari delle altre forniture di beni necessari, le quantità di sostituti del latte materno strettamente necessarie, da commisurare sulla media dei neonati che non possono essere allattati al seno; al momento della dimissione non vengano forniti in omaggio prodotti o materiale in grado di interferire in qualunque modo con l’allattamento al seno. Le stesse lettere di dimissioni per i neonati non devono prevedere uno spazio predefinito per la prescrizione del sostituto del latte materno equiparandolo a una prescrizione obbligatoria; eventuali donazioni di materiali e attrezzature, da parte di azien-

de produttrici a strutture sanitarie avvengano nel rispetto dell’art. 8 del DM n. 500/94 e non siano in alcun modo legate alla prescrizione di sostituti”.

Anche per questi aspetti dobbiamo purtroppo constatare come le raccomandazioni siano state trascurate nella routine in molti centri nascita.

Le compagnie, nel corso di questi anni, hanno dovuto necessariamente fare i conti con le regole imposte dalla Legge, sebbene, come detto, i vincoli non siano quelli auspicati dal Codice che, viceversa, viene impunemente violato. Le compagnie sanno bene come arrivare alle mamme e ai bambini; lo fanno attraverso i mass media (giornali, riviste, buoni, informazioni, marchio, pubblicità); o fornendo sconti, vendite collegate, credito, spazi speciali ai negozi, che poi realizzano etichette, mostre, omaggi, T-shirts, posters; oppure fornendo equipaggiamento, donazioni, posters, infrastrutture agli ospedali che, in cambio, danno alle madri donazioni di campioni (almeno fino all’entrata in vigore del DM 500 del 94), libretti, omaggi; oppure dando borse di studio, viaggi, apparecchiature, letteratura, omaggi ai medici che poi “ricambiano” (più o meno consapevolmente) dando alle madri consigli, prescrizioni, campioni; o, ancora, offrendo soldi, servizi, congressi, ricerca, pubblicità, pranzi, conferenze, viaggi, lezioni, letteratura alle associazioni professionali degli operatori sanitari. Porre contrasto a questo “sistema” collaudato, che avvinghia a doppio filo industria e operatori sanitari e che fa del marketing un fine strumento di persuasione collettiva, è impresa ardua e spinosa. Ma la salute non è una merce e, come tale, va difesa; noi medici abbiamo un compito “morale” che deriva dal nostro codice deontologico di sostenere, promuovere e difendere la salute dei nostri assistiti; per questo bisogna spendersi per il rispetto del Codice Internazionale di Commercializzazione dei sostituti del latte materno. ♦

#### Bibliografia

[1] World Health Assembly. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. WHO, Geneva, 1981 [http://www.who.int/nut/documents/-code\\_english.PDF](http://www.who.int/nut/documents/-code_english.PDF).

# info: notizie

## Adolescenti e giovani adulti non stanno molto bene

La popolazione mondiale fra 10 e 24 anni (preadolescenza e giovani adulti) rappresenta il 27% della popolazione mondiale. Se ne occupa una ricerca di *Lancet* (2011;377:2093) che calcola per questa età i DALYs (Disability Adjusted Life Years: anni di vita vissuti al netto della disabilità), una misura che cumula a livello di popolazioni il peso, espresso in anni, della mortalità "precoce" e delle conseguenze non fatali di patologie e incidenti. Un DALY rappresenta la perdita di un anno di piena salute. Questa la situazione:

- Paesi ad alto reddito (Nord America, UE, Pacifico occidentale): 82;
- Paesi a basso e medio reddito (Africa): 208;
- Americhe (31 Paesi): 128;
- Mediterraneo orientale (16 Paesi): 144;
- Sud Est Asiatico: 170.

I DALYs sono superiori nelle femmine fra 15 e 19 anni. Le cause più frequenti di sofferenza sono i disordini neuropsichiatrici, gli incidenti e le parassitosi.

## L'Università di Oxford investe in armi

WikiLeaks ha rivelato che alcune Università inglesi investono fondi nelle compagnie che producono armi e ne traggono lucrosi profitti. È il caso di Oxford che fra il 2008 e il 2010 ha investito 4,5 milioni di sterline (un terzo dei suoi investimenti) in compagnie inglesi e americane (Ratheon e Lockheed Martin). Nel 2010 l'Università di Oxford ha investito 1,4 milioni di sterline nei missili Hellfire della Lockheed che, utilizzati dagli elicotteri Apache, sono noti per avere prodotto in Iraq e in Afghanistan numerosi "effetti collaterali" fra i civili. Gli Apache vengono prodotti dalla Boeing, compagnia nella quale Oxford investe, mentre la Lockheed produce anche munizioni a grappolo che, come le mine anti-uomo, sono illegali sia in Gran Bretagna che in USA.

Oxford ha investito anche nella General Dynamics, produttore di uranio impoverito, che ha causato un aumento dei tumori, della mortalità infantile e delle malformazioni a Falluja, città devastata dai bombardamenti americani nel 2004.

Un gruppo di studenti di Oxford (Investment Committee of Oxford Anti-War Action) ha chiesto al consiglio di amministrazione di cessare questo tipo di investimenti, ma l'invito è stato respinto. La loro battaglia continua (*Lancet* 2011; 377:1900).

## India: cresce l'economia, non la salute

Un articolo su *PLoS Medicine* citato da *Le scienze* (2011;5:37) rivela che l'aumento del reddito in India ha prodotto un aumento delle disparità sociali e che i poveri sono rimasti poveri. Nel 20% delle famiglie più povere il rischio dei bambini di essere sottopeso continua a essere il doppio che nel 20% più ricco.

## OMS: abuso di antibiotici

Nell'aprile scorso, in occasione della Giornata della salute, l'OMS ha lanciato il suo slogan contro la diffusione dell'antibiotico-resistenza dovuta a un uso eccessivo di antibiotici: "Nessuna azione oggi, nessuna cura domani". È stata segnalata la comparsa del batterio "New Delhi metallo-beta-lattamasi" che ha la capacità di resistere anche agli antibiotici di ultima generazione (ISole24ORE-Sanità 12-18 aprile 2011).

## Anche il non vedente vede la scrittura

Osservando con RMN il cervello dei non vedenti mentre vengono letti testi in Braille si è accertato che si attiva l'area per la formazione delle parole (WFA) che nei vedenti aiuta a riconoscere la forma delle lettere) e non le aree per la elaborazione di stimoli tattili, come ci si aspetterebbe. Dato che non esiste un'area dedicata solo alla lettura è possibile che il cervello abbia incaricato, nei non vedenti come nei vedenti, la stessa area multisensoriale (la WFA) della rappresentazione percettiva delle parole (*Le scienze* 2011;4:35).

## Costi per farmaci in cinque anni

Negli ultimi cinque anni la spesa farmaceutica territoriale (al netto dei ticket) è passata da 11,8 a 11,2 miliardi di euro. Negli ultimi cinque anni la spesa ospedaliera è raddoppiata: da 3,2 a 6,8 miliardi di euro, specialmente per i nuovi farmaci biotecnologici, gli anticorpi monoclonali,

li, i biologici, la target therapy per l'oncologia, la reumatologia e l'HIV. Fra la vecchia terapia oncologica e l'attuale esiste un rapporto di costi pari a 1 a 30. (Il sole24ORESanità 29 marzo-4 aprile 2011).

## Rapporto nazionale sulle malattie rare

Il Rapporto nazionale sulle malattie rare, promosso da Cnamc (Coordinamento nazionale associazioni malati cronici di Cittadinanzattiva) alla sua decima edizione, ha puntato i riflettori sull'età pediatrica. La ricerca è stata presentata nel corso della prima conferenza nazionale delle organizzazioni civiche per la salute dal titolo: "Qualità e sostenibilità attraverso la partecipazione". Il rapporto medico-paziente e le difficoltà nel percorso scolastico sono le aree in cui la percentuale di insoddisfazione si avvicina al 100%. "Il 94% delle associazioni segnala criticità nell'assistenza da parte del medico di base e del pediatra di libera scelta. L'88% denuncia la difficoltà ad accedere tempestivamente alla diagnosi precoce fra i 3 e i 6 anni, la cui prima causa è il ritardato invio del paziente al medico specialista da parte del medico di medicina generale" spiega Aceti, coordinatore nazionale del Cnamc. Per risolvere questa situazione il coordinamento propone di "incentivare e promuovere la formazione dei medici di medicina generale e dei pediatri, che devono anche essere più capaci di ascoltare. In secondo luogo, definire percorsi diagnostici e terapeutici per ciascuna patologia per assicurare lo stesso trattamento a livello nazionale".

Il rapporto mette in evidenza una forte criticità nel percorso scolastico. "Il 74% delle associazioni rileva difficoltà a conciliare gli orari scolastici con le attività di riabilitazione. Problematica la somministrazione delle terapie". Il 50% delle associazioni sottolinea una persistente e diffusa inaccessibilità a molti farmaci a causa della loro non rimborsabilità e difficoltà burocratiche legate alle pratiche per la loro erogazione" (VITA, 17 giugno 2011).

## Cinquantotto bambini ancora in carcere

Sono cinquantotto i bambini che oggi in Italia si trovano ancora in carcere, insie-

# sulla salute

me alle proprie mamme detenute, nonostante il diritto di molte di queste donne agli arresti domiciliari speciali. Ma le attuali norme di legge lo impediscono, con la conseguenza che a pagare il prezzo più alto di questo divieto sono i bambini che non solo nascono e crescono negli istituti penitenziari italiani, ma in seguito vengono separati dal loro spesso unico affetto al terzo anno di età subendo un trauma ulteriore.

Vanno approvate con urgenza le modifiche chiave al testo unificato ancora in discussione in Commissione Giustizia perché davvero si realizzi l'obiettivo, che a parole tutti condividono, che "nessun bambino varchi più la soglia di un carcere" (Raffaele K. Salinari. Presidente di Terre des Hommes. Il Manifesto, 28 dicembre 2010).

## Cesarei: dimensione e tipo del centro nascita

Dalla *tabella* a piè di pagina emergono alcuni dati: la percentuale nazionale è del 37,4, ma se riferita solo al pubblico il valore scende al 34,3. La percentuale del privato è del 61,4 e addirittura del 75,3 per il privato non accreditato. Prima conclusione: occorrerebbe rivedere le convenzioni con il privato. Seconda: è necessario operare una rivalutazione delle sedi al di sotto dei 500 parti che avrebbero dovuto già essere state soppresse.

## La pratica dell'iniezione letale

È stata approvata con un voto bipartisan la mozione firmata da Elisabetta Zamparutti che impegna il governo a garantire che la produzione e la vendita all'estero di Pentotal (sodio tiopentale) da parte

dell'azienda farmaceutica Hospira con sede a Liscate avvengano solo per scopi medici e non per la pratica dell'iniezione letale.

## Istituto il Garante nazionale per l'infanzia

Il 22 giugno 2011 il Senato ha approvato definitivamente all'unanimità la legge che istituisce l'autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza. Il disegno di legge, il 16 marzo 2011, aveva ottenuto il via libera della Camera dei deputati con 467 "sì" e solo 2 astenuti. Il testo era già stato presentato in Assemblea nel settembre del 2009 e poi rinviato alle Commissioni Affari costituzionali e sociali, che hanno concluso il loro lavoro il 9 marzo scorso.

La nascita della figura del Garante dà attuazione all'articolo 31 della Costituzione ("La Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose. Protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo"), oltre che a una serie di convenzioni e atti internazionali, fra i quali quella sui diritti del fanciullo di New York, la Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali e quella europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli.

Quadro di riferimento: [http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/garante\\_infanzia/quadro.html](http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/garante_infanzia/quadro.html)

Cosa prevede il Disegno di Legge: [http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/garante\\_infanzia/sintesi.html](http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/garante_infanzia/sintesi.html)

## I privati nel SSN

Il 23% dei ricoveri pagati dal SSN appartiene a privati accreditati. La percentuale raggiunge il 48% nel Lazio, il 30% in Lombardia, Campania e Puglia. Esistono strumenti di controllo su questi ricoveri appaltati al privato? La domanda se l'è posta il rapporto OASI 2010 per tre Regioni con riconosciuta best-practice: Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. I controlli sono stati effettuati su indicatori quantitativi a scapito di quelli che valutano la qualità dei processi e dei risultati. Il processo di accreditamento, cioè l'individuazione di strutture con caratteristiche di idoneità e sicurezza, sta andando a regime con grandi ritardi. Anzi il processo si è appiattito in un semplice strumento di definizione dell'offerta del privato in base alle risorse disponibili e alle carenze della rete pubblica. Per quanto riguarda il controllo, il sistema Drg sembra riuscito a governare la degenza media senza minimamente toccare gli eventuali comportamenti opportunistici delle case di cura. In sostanza sono stati posti unicamente dei tetti per singola struttura di ricovero (con nessuna possibilità di remunerazione per gli sforamenti) che garantisce un controllo della spesa, ma nessun controllo di qualità delle cure e degli outcome. Non vi è alcun controllo sul case mix (che esprime la complessità dei casi trattati in rapporto alla complessità media di riferimento) che è determinato solo dalla scelta dell'operatore privato che ovviamente sceglie il più remunerativo ([www.cergas.unibocconi.it](http://www.cergas.unibocconi.it)).

## La morte di Cavour

G. Remuzzi, sul *Corriere della Sera* del 23 aprile, rivela alcuni commenti della stampa scientifica sulla morte di Cavour avvenuta il 16 giugno 1861, due mesi dopo la proclamazione dell'unità d'Italia. L'11 luglio il *NEJM* pubblica una nota in cui attribuisce la morte dello statista a un episodio di "malasanità". Cavour aveva una malattia febbrile e fu trattato con tre salassi il primo giorno, con due il secondo giorno e con sei il terzo. Il quarto giorno non furono reperite vene per cui non si poté fare alcun salasso, ma per tentarlo si fece anche un bagno caldo. Della stessa opinione si dimostrano il *BMJ* il 13 giugno e il *Lancet* il 15 giugno. Tutti stigmatizzarono la palese arretratezza dei medici italiani.

**TABELLA: PERCENTUALE DI TC SECONDO DIMENSIONE E TIPO DEL CENTRO NASCITA. FRA PARENTESI I NUMERI DEI PRESIDI**

Dimensioni	Pubblico	Privato accreditato	Privato non accreditato	Totale
<500	43,6 (118)	65,5 (36)	71,8 (15)	50,1 (*)
500-799	37,4 (91)	63,5 (28)	83,7 (2)	53,8
800-999	35,3 (48)	57,5 (6)	-	37,7
1000-2499	32,4 (151)	58,8	-	34,9
>2499	33,1 (30)	-	-	33,1
Totale	34,3 (438)	61,4	75,3	37,4

(\*) I punti nascita con meno di 500 parti sono prevalentemente collocati in Sicilia (38), Campania (22), Calabria (15), Sardegna (14), Lazio (10) e Lombardia (8) (Cedap 2007 da *IlSole24ORESanità* 2-8:11:2010).

# Cure palliative pediatriche: perché occuparsene

Franca Benini\*, Michele Gangemi\*\*

\*Clinica Pediatrica, Università di Padova; \*\*Pediatra di famiglia, ACP Verona

## Abstract

### Why should paediatricians consider paediatric palliative care

*A first of a series of papers dedicated to paediatric palliative care. Problems and peculiarities of paediatric palliative care are deepened so as needs and possible solutions. An adequate support and a specific training are necessary. Italian legislation in paediatric context is also analyzed.*

Quaderni acp 2011; 18(5): 216-220

**Key words** Palliative paediatric care. Epidemiology. Integrated health care. Training. Legislation

*Questo è il primo articolo di una serie dedicata alle cure palliative pediatriche. Viene fatto un inquadramento delle problematiche e peculiarità delle cure palliative in ambito pediatrico e vengono indagati i bisogni e le possibili risposte. Vengono evidenziate le problematiche delle équipe dedicate che non possono prescindere da un adeguato sostegno e da una formazione mirata. Infine si approfondisce la normativa italiana nel contesto pediatrico.*

**Parole chiave** Cure palliative pediatriche. Epidemiologia. Reti curanti. Formazione. Normativa

## Introduzione

In questi ultimi anni, nei Paesi occidentali, l'incidenza della malattia inguaribile e della disabilità è andata aumentando. Il progresso medico e tecnologico ha infatti certamente ridotto la mortalità neonatale e pediatrica, ma ha anche aumentato la sopravvivenza di portatori di malattie gravi e potenzialmente letali, senza tuttavia consentirne sempre la guarigione, determinando un incremento, in numeri assoluti, di pazienti pediatrici portatori di malattia inguaribile.

Bambini con malattia cronica inguaribile, che porta a morte precoce e/o a un'esistenza fortemente segnata dalla disabilità, necessitano di un ripensamento profondo della nostra modalità di erogare assistenza sia a livello culturale che organizzativo: l'obiettivo di cura non è la guarigione, ma il "massimo di salute" e di "qualità della vita" possibili, pur nella malattia. Questi bambini richiedono una assistenza socio-sanitaria, che si inquadra in un programma di cure palliative pediatriche (CPP).

L'OMS definisce le cure palliative pediatriche come l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino, e comprende il supporto attivo alla famiglia. Hanno come obietti-

vo la qualità della vita del piccolo paziente e della sua famiglia, non precludono la terapia curativa concomitante, e il domicilio rappresenta, nella stragrande maggioranza dei casi, il luogo scelto e ideale di assistenza e cura.

Le cure palliative pediatriche, infatti, si prendono carico dei bisogni clinici, psico-sociali, spirituali ed economici del paziente e della sua famiglia; forniscono risposte assistenziali complesse che vanno a toccare tutti gli ambiti del "sistema salute": dall'ospedale all'hospice pediatrico, al territorio, fino al domicilio e richiedono l'intervento di team interdisciplinari e interistituzionali. Il pediatra di famiglia può rappresentare uno snodo e un raccordo importanti se formati e sostenuti sia scientificamente che negli aspetti relazionali.

È importante tener distinte le cure palliative dalle cure terminali: le cure terminali si riferiscono alla presa in carico di bambino e genitori nel periodo strettamente legato all'evento della morte (settimane, giorni, ore). Le cure terminali non sono le cure palliative, ma le cure palliative comprendono le cure della terminalità [1].

Questo grosso equivoco condiziona in maniera importante, soprattutto in ambi-

to pediatrico, errori sulla definizione dei criteri di eleggibilità, dei bisogni e delle modalità di offrire risposte adeguate.

Per molto tempo, il paziente pediatrico è stato escluso dalle cure palliative e tuttora, in Europa, soltanto una minima parte di bambini con malattia inguaribile può effettivamente fruire di cure palliative [2-3-5].

Diverse le motivazioni che probabilmente hanno portato e condizionano il persistere di tale situazione di carenza assistenziale: culturali, affettive, educative e organizzative. Del resto, non è certamente facile affrontare questo problema, e complesse e interdisciplinari sono le competenze necessarie per proporre soluzioni efficaci, realistiche e applicabili. E la difficoltà, spesso, determina un rallentamento nella ricerca di risposte adeguate e genera dubbi e perplessità sulle reali necessità.

## Problematiche e peculiarità

Il bambino è un paziente particolare e speciale: se questo è vero in corso di definizione di un programma curativo, ancor più lo diventa quando ci si sposta in ambito palliativo. Molteplici, infatti, sono in questo ambito le peculiarità da considerare:

**Esiguità numerica.** Il numero dei soggetti in età pediatrica con patologia cronica e/o terminale, che necessitano di cure palliative, risulta limitato. La bassa numerosità associata a un'ampia distribuzione geografica, condiziona innegabilmente problemi organizzativi, di competenza, di formazione e di costo [1].

**Tipologia e durata variabili.** Lo spettro di patologie che richiedono CPP è ampio ed eterogeneo (malattie neurologiche, oncologiche, metaboliche, cromosomiche, cardiologiche, respiratorie, infettive, esiti di prematurità e di traumatismo ecc.), come ampio è il range di durata e di complessità d'interventi assistenziali [1]. Molte sono patologie rare, una percentuale discreta rimane senza diagnosi.

Per corrispondenza:

Franca Benini

e-mail: [benini@pediatria.unipd.it](mailto:benini@pediatria.unipd.it)

aggiornamento avanzato

**Specificità e complessità degli interventi.** Nonostante la limitata numerosità, la tipologia dell'approccio, la sua durata e il coinvolgimento emotivo che accompagnano questa esperienza amplificano la richiesta di energie e richiedono un intervento multidisciplinare ad alta complessità. Il bambino è una persona in continua evoluzione fisica, emozionale e cognitiva; questo influenza tutti gli aspetti delle cure: dall'uso dei farmaci alla scelta delle metodiche di comunicazione, di contenimento e di supporto [6].

**Novità del problema.** L'estensione delle cure palliative in ambito pediatrico rappresenta, per alcune situazioni, una conseguenza del progresso tecnologico che permette una sopravvivenza, talora prolungata, per patologie complesse che, fino a pochi anni fa, portavano a morte in un arco temporale inferiore. La novità del problema determina carenza di cultura e formazione a riguardo e "giustifica" la difficoltà di fornire competenze specifiche e adeguate al personale sanitario e non.

**Ruolo della famiglia.** Ogni bambino è membro di un'unità inscindibile, costituita dalla famiglia di appartenenza: questo gioca un ruolo del tutto particolare quando il piccolo paziente è portatore di una patologia cronica inguaribile. I genitori, infatti, rappresentano giuridicamente il piccolo paziente in tutte le scelte cliniche, terapeutiche, etiche e sociali; è il fulcro a cui è rivolta la comunicazione sanitaria e istituzionale e, se il bambino è a domicilio, ad essa vengono delegati cure e cura del paziente. Anche gli altri membri della famiglia allargata giocano un ruolo importante nella costituzione della rete di aiuto, condivisione e affetti, che condiziona a cascata la qualità della vita dei genitori e del bambino malato [1-6].

**Coinvolgimento emotivo.** Innegabile, quando a morire è un bambino, è il coinvolgimento emotivo ed affettivo che accompagna la storia della malattia. È difficile, da parte di famiglia e operatori, accettare il fallimento della terapia, l'irreversibilità della malattia e la morte, e spesso diventa più facile scivolare in situazioni quali l'eccesso terapeutico o l'abbandono terapeutico.

**Risvolti etici, giuridici.** Il bambino ha, nella nostra società, un ruolo etico e

sociale del tutto peculiare. Non è sempre facile, se il paziente è un bambino, parlare di autonomia decisionale, rispetto del desiderio e del volere, diritto alla comunicazione onesta: la figura giuridica di riferimento resta il genitore o chi per lui esercita la patria potestà. Soprattutto in ambito pediatrico si può creare una pesante dicotomia fra quanto etica e deontologia professionale propongono e legislazione e normativa impongono.

Tutto questo determina e modula tipologie e quantità di bisogni del tutto peculiari, che a loro volta, per risposte adeguate, richiedono scelte organizzative e modelli assistenziali specifici.

### **Criteri di eleggibilità e dati epidemiologici**

Le cure palliative in età pediatrica interessano, a differenza dell'adulto, un ampio spettro di patologie.

La diagnosi influenza il tipo e la durata delle cure necessarie al paziente e alla sua famiglia [7-9]. Si possono individuare quattro tipologie di bambini con patologie inguaribili diverse:

- 1) Bambini con patologie in cui vi può essere morte in età precoce, ma cure appropriate possono prolungare e assicurare una buona qualità di vita (infezione da HIV, AIDS...).
- 2) Bambini con patologie progressive, per le quali il trattamento è quasi esclusivamente palliativo e può essere esteso anche per molti anni (malattie degenerative neurologiche e metaboliche, patologie cromosomiche e geniche, sequenze malformative...).
- 3) Bambini con patologie irreversibili non progressive, per le quali esiste un trattamento specifico, ma vi sono casi di fallimento dove le cure palliative intervengono insieme a tentativi di terapia curativa (neoplasie, insufficienze d'organo irreversibili...).
- 4) Bambini con patologie irreversibili non progressive con bisogni sanitari complessi, molteplici complicazioni e morte prematura (per esempio paralisi cerebrale severa, danno post-traumatico cerebrale e/o midollare...).

Rientrano a pieno diritto fra coloro che possono necessitare di un intervento palliativo anche i bambini ex-neonati estremamente prematuri o affetti da patologia

grave e irreversibile per i quali non è possibile alcuna terapia curativa.

Si comprende, quindi, come la durata delle cure palliative nei bambini con malattia inguaribile sia un parametro quanto mai variabile e difficilmente prevedibile: in alcuni casi, limitata ai primi anni di vita (malattie congenite); in altri prolungata per periodi decisamente maggiori (malattie neurologiche, cardiologiche, autoimmuni); e in altri casi ancora, concentrata in un breve periodo che precede la morte. In tutti i casi, però, non esiste una chiara distinzione fra intervento curativo e intervento puramente "palliativo". Entrambi gli approcci coesistono e prevalgono a seconda delle diverse fasi di malattia e situazioni.

Allo stato attuale, l'assenza di terapia curativa e la presenza di bisogni complessi (clinici, psicorelazionali, sociali, spirituali...), che richiedono risposte multispecialistiche, costituiscono gli elementi che definiscono l'eleggibilità e motivano l'attivazione di cure palliative specialistiche [8-10]. La letteratura nazionale e quella internazionale indicano una prevalenza di patologia inguaribile, eleggibile alle CPP, di almeno 10 su 10.000 minori in età 0-19 anni e una mortalità annua pari a 1 su 10.000 per le età 0-17 anni. In Italia muoiono ogni anno da 1100 a 1200 bambini (0-17 anni) con malattia inguaribile (di queste il 25-30% è correlato a patologia oncologica, la restante quota a una miscelanea di patologie diverse). La prevalenza in Italia di malattia inguaribile eleggibile alle CPP è di almeno 1 a 11.000-12.000 pazienti (0-17 anni).

### **Bisogni e possibili risposte**

I bisogni prioritari dei bambini con malattia inguaribile eleggibile alle CPP e delle loro famiglie sono diversi e dinamici: includono bisogni clinici (quali diagnosi, misurazione e controllo dei sintomi, individualizzazione del piano assistenziale, deresponsabilizzazione e condivisione delle scelte cliniche, organizzative e sociali), bisogni psicologici (di bambino e famiglia); sociali (istruzione, gioco, sostegno economico e messa a disposizione di servizi adeguati) e spirituali (del bambino e della famiglia) [1-4-11]. Indagini realizzate in diverse aree del mondo mostrano una costante omogeneità di bisogni espressi da bambini e familiari, nonostante le diversità geogra-

fiche, culturali, organizzative e sociali, in particolare per quanto riguarda il desiderio di essere assistiti a casa, le attese di una migliore comunicazione tra i professionisti coinvolti e maggiore disponibilità di servizi di supporto.

Per fornire un servizio assistenziale adeguato, vanno però contestualizzati e valutati anche i bisogni dell'équipe che si prende carico del paziente e della sua famiglia, e delle istituzioni, che devono fare i conti con nuovi bisogni e nuove modalità di fornire assistenza.

#### *Bisogni del bambino*

Primo fra tutti è il controllo dei sintomi. Tuttora la maggior parte dei bambini con malattia inguaribile presenta una miscelanea importante di sintomi scarsamente trattati, che condiziona in maniera drammaticamente negativa la qualità della vita: circa il 90% presenta una sofferenza globale, più del 70% presenta dolore, controllato, peraltro, solo in una percentuale inferiore al 30% [3-5].

Anche i bisogni psicologici, di comunicazione, di socialità e di spiritualità, rimangono molto spesso non corrisposti: le risposte vengono delegate alla famiglia e solo raramente fanno parte di un progetto assistenziale globale.

In ogni singolo caso tali bisogni sono in continua evoluzione, sia come intensità che come prevalenza, in rapporto sia al fisiologico sviluppo psico-fisico-emozionale del bambino che all'andamento della malattia e alle interazioni della stessa, sulla crescita e sulle fasi di acquisizione delle tappe maturative.

#### *Bisogni della famiglia*

La famiglia è parte integrante del programma di CPP: partecipa attivamente alla cura e ne è responsabile; è chiamata a prendere decisioni spesso difficili; paga in prima persona il prezzo sociale ed economico della inguaribilità e spesso, se non sostenuta, perde la propria identità [1-12-13]. I bisogni della famiglia sono molteplici:

- educativi-formativi-abilitativi sui vari aspetti della cura e dell'assistenza;
- psicologici: valutazione, sostegno e terapia per sentimenti diversi quali colpevolizzazione, rabbia, depressione, fuga ecc.;
- spirituali: proposta di risposte competenti, aperte al dialogo, nel rispetto di cultura e credo religioso;

- economici e sociali: proposte concrete per superare una situazione di isolamento, perdita di identità, perdita della sicurezza finanziaria della famiglia che, frequentemente, la perdita del lavoro, il costo delle cure e dell'assistenza determinano.

L'inguaribilità e la morte di un bambino possono avere effetti devastanti a lungo termine per tutta la famiglia [14]. A rischio soprattutto i fratelli del bambino malato e le altre figure fragili (nonni e anziani) della famiglia [15].

#### *Bisogni dell'équipe*

- **Formativi-abilitativi:** molti lavori hanno evidenziato una carenza importante di conoscenze negli operatori sanitari sulle CPP [16-17-18]. Diverse le competenze richieste: oltre alle competenze tecniche, diagnostiche e terapeutiche, irrinunciabili sono le competenze relative alla comunicazione (con bambini e famiglia), al lavoro di équipe e all'organizzazione dei servizi.
- **Supervisione:** impatto emotivo e stress sono innegabili. Spesso in causa nel determinare situazioni di burnout importante, che portano a un turnover professionale a discapito di esperienze e professionalità. L'équipe ha bisogno di supporto, sostegno, condivisione e supervisione, per meglio affrontare le problematiche che morte e inguaribilità determinano. Il pediatra di famiglia ha bisogno di crescere in questo ambito e solo l'inserimento in una rete e una chiara suddivisione dei compiti impediscono la fuga di fronte a situazioni difficili sia sul piano scientifico (rarietà delle malattie) che relazionale.
- **Risorse:** adeguate ai bisogni.
- **Informazione pubblica:** la popolazione deve essere informata su possibilità di approccio e cura palliativa come diritto di salute; la giusta richiesta da parte di una utenza informata facilita il lavoro degli operatori e permette una collaborazione e una condivisione di problematiche e di possibilità di risposta.

#### *Bisogni delle Istituzioni*

Le Istituzioni si trovano ad affrontare una richiesta assistenziale del tutto nuova e complessa sia per tipologia di

pazienti che per modalità di risposta ai bisogni, dove pochi sono i dati a disposizione, limitate le ricerche, e molto rimane ancora da fare in ambito di programmazione socio-sanitaria, di disponibilità di strumenti di monitoraggio e di analisi dei costi.

Importante pertanto è la messa a disposizione di:

- dati epidemiologici relativi a numerosità e tipologia dei pazienti, età, modalità attuali di assistenza e costi;
- strumenti indicatori/standard per il monitoraggio della qualità della cura e della vita dei piccoli pazienti e delle loro famiglie;
- ricerca per la valutazione delle *best practice* nelle CPP, in tutti gli ambiti e situazioni in cui sono richieste.

La risposta a bisogni così complessi e variegati non è certamente semplice e richiede durante tutto il percorso di malattia, dalla diagnosi alla morte e dopo, l'intervento multispecialistico e condiviso di servizi e istituzioni diversi, che insieme offrano un punto unico di riferimento.

La gestione domiciliare rappresenta l'obiettivo assistenziale: è fortemente voluta dal paziente e dalla famiglia e ne condiziona in maniera importante la qualità della vita. La gestione domiciliare peraltro non sempre è possibile: problematiche cliniche particolarmente complesse, stanchezza, stress emotivo, fattori logistici e organizzativi impongono delle temporanee risposte residenziali.

Molteplici esperienze effettuate in diversi Paesi e anche in alcune realtà italiane evidenziano come l'organizzazione di una rete di cure palliative pediatriche dedicata, che contemporaneamente comprenda, al proprio interno, risposte domiciliari, e residenziali (Hospice pediatrico), si proponga come modello assistenziale di riferimento, sia per efficacia ed efficienza che per attuabilità [19-20-21]. Data la rarità delle situazioni, l'ampia distribuzione sul territorio e la complessità di gestione e disomogeneità dei casi pediatrici, le esperienze in corso propongono infatti l'organizzazione di reti di ampie dimensioni specifiche (regionali o sovraregionali), supportate da una équipe dedicata, specializzata in CPP, che in stretta collaborazione con le altre reti assistenziali, territoriali e ospedaliere,

gestisce i molteplici bisogni del bambino con malattia inguaribile e della sua famiglia.

Obiettivi assistenziali irrinunciabili della rete sono la competenza e l'interdisciplinarietà dell'approccio a bambino e famiglia, la continuità (reperibilità e supporto 24 ore su 24) e unicità di riferimento indipendentemente da dove il bambino viva la propria situazione (casa, ospedale, hospice) [22].

Il domicilio resta il luogo elettivo, dove gestire la malattia terminale, e il ruolo sociale del paziente pediatrico rende questo più facile da attuare rispetto all'adulto. La famiglia infatti vuole rimanere a casa, ma lo può fare solo se supportata in maniera globale [23].

L'Hospice pediatrico costituisce un anello importante della rete di CPP: è una struttura di elevata complessità assistenziale, ma a misura di bambino, aperta, con spazi adeguati all'età, con possibilità di relazioni, competenze e socialità che riportino il paziente alla propria "normalità di vita". Rappresenta il trampolino di lancio per abilitare la famiglia alla gestione domiciliare di un bambino "speciale" o costituisce il momento di sollievo, quando temporaneamente, per motivi diversi la famiglia necessita di aiuto o la gestione clinica diventa troppo complessa. Non è il luogo dove il piccolo viene trasferito in imminenza della morte, ma è il luogo di riferimento continuo della rete a livello clinico, formativo e di ricerca [24-25].

### Normativa italiana

A livello normativo, in questi ultimi due anni, sono stati fatti notevoli progressi e molte questioni sono state messe sul tavolo della discussione a livello nazionale:

- *decreto del Presidente della Repubblica, 7 aprile 2006, recante l'adozione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008* (pubblicato sulla G.U. n. 139 del 17 giugno 2006) che, all'obiettivo strategico 3.10, evidenzia come "particolare attenzione va posta alle esigenze di cure palliative nell'età neonatale, pediatrica e adolescenziale, tenuto conto della considerevole diversità dei problemi da affrontare rispetto a quelli presentati nell'età adulta e anziana, della grande varietà e frammentazione delle patologie in

causa, spesso rare e richiedenti interventi di alta specializzazione e dell'intervallo temporale interessato a tali cure spesso assai lungo e non prevedibile. Per quanto sopra esposto si ritiene indispensabile l'organizzazione di reti di cure palliative dedicate a questa fascia di popolazione, che permettano di garantire la qualità e la specialità degli interventi richiesti unitamente alla globalità e multidimensionalità della presa in carico del bambino e della sua famiglia".

- *Documento tecnico sulle cure palliative rivolte al neonato, bambino e adolescente*, licenziato dal Ministro della Salute nel dicembre 2006, dove vengono definiti gli ambiti e le peculiarità, i modelli assistenziali attualmente proposti in Italia e a livello internazionale, e le risorse necessarie.
- *Documento riguardante "Prestazioni residenziali e semiresidenziali"*, approvato in Commissione LEA il 30 maggio 2007, che comprende una parte specifica per l'area pediatrica.
- *Accordo Stato-Regioni*, approvato il 27 giugno 2007 in Conferenza Stato-Regioni, sulle cure palliative nell'età neonatale, pediatrica e adolescenziale. L'accordo pone le basi per l'attuazione, su tutto il territorio nazionale, di azioni e programmi atti a garantire ai minori con malattia inguaribile e alle loro famiglie un'assistenza omogenea di cure palliative pediatriche, che, indipendentemente dall'età e dalla malattia, offrano concretezza di risposte, competenza multispecialistica, continuità di cure e di obiettivi, supporto e condivisione.
- *Documento tecnico Accordo Stato-Regioni*, approvato il 20/3/2008 in cui vengono definiti i campi di intervento sanitario e socio-sanitario per un concreto supporto al processo di implementazione delle cure palliative pediatriche in tutte le regioni italiane.
- *Piano Sanitario Nazionale 2011-2013*: particolare attenzione andrà indirizzata allo specifico sviluppo di una rete assistenziale di CP e terapia del dolore per bambini e ragazzi.
- *Legge 38 del 9 marzo 2010*: sancisce il diritto del bambino al controllo del dolore e alle cure palliative. Definisce la specificità pediatrica di operatori,

servizi, rete e Hospice. Promuove l'istituzione di Centri regionali di terapia del dolore e CP pediatriche che gestiscono e coordinano la rete, a cui pazienti, famiglie e operatori fanno riferimento continuo. Definisce la necessità di una formazione adeguata e una informazione in grado di portare pazienti e famiglie alla richiesta.

La legge 38/2010 pone, a vari livelli, delle indicazioni del tutto innovative nell'ambito delle CPP. La prima grande novità è che la legge sancisce il diritto del bambino alla presa in carico, nei casi eleggibili, in CP secondo programmi dedicati e specifici per l'età pediatrica (Art 1).

La legge 38 conferma un principio fondamentale di equità di diritto alla salute e all'assistenza e obbliga le Istituzioni a intraprendere percorsi e strategie atte ad assicurare anche a questa parte di popolazione adeguate risposte nell'ambito delle CPP.

Il modello proposto dalla legge 38 è di un'unica rete specialistica dedicata, con riferimento ad ampi bacini d'utenza, coordinata da un Centro di riferimento regionale; risponde ai bisogni di salute dei minori e delle famiglie e permette di valorizzare le risorse esistenti, di ottimizzare l'utilizzo di competenze, strutture, strumenti e tempi, e contemporaneamente di migliorare e rendere omogenea la risposta assistenziale a questi pazienti. La rete fornisce in maniera congiunta, e in continuità e unicità di riferimento, sia risposte residenziali che domiciliari, risposte in grado di integrarsi e modularsi nei diversi momenti della malattia a seconda delle necessità. La rete si potrà contestualizzare in modo differente nelle singole regioni (risentirà infatti di fattori di contesto quali per esempio della più o meno alta dispersione della popolazione e/o situazioni geografiche particolari), ma dovrà rispondere a criteri di continuità, unicità e qualità assistenziale.

Negli artt. 4 e 8 la legge rispettivamente propone una *formazione* di base per tutti gli operatori della salute, e rimanda agli organi istituzionali competenti il mandato di definire percorso formativo specialistico le CP pediatriche. Definisce inoltre la necessità di implementare la conoscenza

e le capacità di richiesta della popolazione su dolore e CP, anche pediatriche, attraverso campagne d'informazione specifiche. ♦

#### Bibliografia

- [1] European Association of Palliative Care (EAPC) Taskforce. IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *Eur J Palliative Care* 2007;14:2-7.
- [2] Dangel T. The status of paediatric palliative care in Europe. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24(2):160-5.
- [3] Collins JJ, Byrnes ME, Dunkel IJ, et al. The measurement of symptoms in children with cancer. *J Pain Symptom Manage* 2000;19:363-77.
- [4] Wolfe J, Grier HE, Klar N, et al. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *N Engl J Med* 2000;34:326-33.
- [5] Drake R, Frost J, Collins JJ. The symptoms of the dying children. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26:594-603.
- [6] American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The pediatrician and childhood bereavement. *Pediatrics* 2000;105:445-7.
- [7] ACT, Royal College of Pediatrics and Child Health. A guide to the development of children's palliative care services, first edition. 1997. Retrieved December 12, 2007 from Guide to the Development of Children's Palliative Care Services, A3.
- [8] Benini F, Ferrante A, Buzzone S, et al. Childhood deaths in Italy. *EJPC* 2008;15(2):77-81.
- [9] Department of Health and Children, the Irish Hospice Foundation (Ed): A Palliative Care Needs Assessment for Children (2005). Retrieved October 22, 2007 from [http://www.dohc.ie/publications/-needs\\_assessment\\_palliative.html](http://www.dohc.ie/publications/-needs_assessment_palliative.html).
- [10] Benini F, Trapanotto M, Spizzichino M, et al. Hospitalization in children eligible for palliative care. *J Palliat Med* 2010;13(6):711-7.
- [11] Himmelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D. Pediatric palliative care. *N Engl J Med* 2004;350:1752-62.
- [12] Goldman A. ABC of palliative care: Special problems of children. *BMJ* 1998;316:49-52.
- [13] Hinds PS, Schum L, Baker JN, Wolfe J. Key factors affecting dying children and their families. *J Palliat Med* 2005;8:S70-S78.
- [14] American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The pediatrician and childhood bereavement. *Pediatrics* 2000;105:445-7.
- [15] Texas Children's Cancer Center, Texas Children's Hospital. End-of-Life Care for Children. The Texas Cancer Council (2000).
- [16] Groot MM, Vernooij-Dassen MJFJ, Crul BJP, Grol RPTM. General practitioners (GPs) and palliative care: perceived tasks and barriers in daily practice. *Palliat J Med* 2005;19:111-8.
- [17] Raudonis BM, Kyba FCN, Kinsey TA. Long-term care nurses' knowledge of end-of-life care. *Geriatr Nurs* 2002;2:296-301.
- [18] Feudtner C, Santucci G, Feinstein JA, et al. Hopeful thinking and level of comfort regarding providing pediatric palliative care: A survey of hospital nurses. *Pediatrics* 2007;119:186-92.
- [19] Liben S, Goldman A. Home care for children with life-threatening illness. *J Palliat Care* 1998; 14(3):33-8.
- [20] Hynson JL, Gillis J, Collins JJ, et al. The dying child: how is care different? *Med J Australia* 2003; 179:S20-S22.
- [21] Sirkia K, Saarinen UM, Ahlgren B, Hovi L. Terminal care of the child with cancer at home. *Acta Paediatr* 1997;86:1125-30.
- [22] York Health Economics Consortium/Department of Health Independent Review Team: Independent Review of Palliative Care Services for Children and Young People: Economic Study. Final Report (2007). Retrieved November 15, 2007 from: <http://www.york.ac.uk/inst/yhec/downloads/Final%20Report-may07v1.pdf>.
- [23] Hannan J, Gibson F. Advanced cancer in children: how parents decide on final place of care for their dying child. *Int J Palliat Nurs* 2005;11(6): 284-91.
- [24] Canadian Hospice Palliative Care Association, 2006. Pediatric Hospice Palliative Care, Guiding Principles and Norms of Practice. Retrieved October 10, 2007 from [http://www.chpca.net/marketplace/pediatric\\_norms/Pediatric\\_Norms\\_of\\_PracticeMarch\\_31\\_2006\\_English.pdf](http://www.chpca.net/marketplace/pediatric_norms/Pediatric_Norms_of_PracticeMarch_31_2006_English.pdf).
- [25] Dangel T, Fowler-Kerry S, Karwacki M, Bereda J. An evaluation of a home palliative care programme for children. *Ambulatory Child Health* 2000;6(2):101-14.

## COME STANNO I NOSTRI RAGAZZI

Molto interessante il fascicolo 51 dei "Quaderni del Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza". Contiene un numero infinito di indicatori sulle condizioni e le disuguaglianze nel benessere dei bambini e dei ragazzi (può essere richiesto a [cnca@minori.it](mailto:cnca@minori.it)). Qualche dato (percentuali arrotondate).

### Relazioni fra pari

	2002	2007
Giudicano soddisfacenti le relazioni fra pari (14-17 anni)	89,1%	91,2%
Giudicano soddisfacente il proprio tempo libero	77%	79%
Giudicano soddisfacente il proprio stato di salute	89%	92%

### Consumi culturali

	2002	2007
<b>3-17enni</b>		
Guardano la TV	90%	92%
Ascoltano radio	52%	55%
Usano il PC	51%	51%
<b>6-17enni</b>		
Leggono quotidiani (6-17enni)	55%	55%
Leggono libri	25%	22%
Sono stati a		
Cinema	72%	78%
Mostre o Musei	43%	42%
Spettacoli sportivi	41%	41%
Concerti	27%	28%

### Volontariato

<b>14-17enni</b>		
Svolgono attività di volontariato	8%	9%

### Comportamenti

<b>15enni</b>		
Si sono ubriacati almeno 2 volte		
Maschi	23%	16%
Femmine	16%	18%
Fumano quotidianamente		
Maschi e femmine	16%	14%
Hanno fatto atti di bullismo negli ultimi due mesi		
<b>11enni</b>		
Maschi	15%	13%
Femmine	8%	7%
<b>15enni</b>		
Maschi	20%	14%
Femmine	7%	4%

## Meeting annuale delle Società di pediatria americane e asiatiche

Al meeting annuale delle società di pediatria americane e asiatiche per la ricerca pediatrica, tenutosi a Denver dal 30 aprile al 3 maggio 2011, si è parlato anche di bullismo, attraverso nuovi studi epidemiologici effettuati su suolo americano. Abbiamo provato a farcene un'idea navigando tra gli atti del Convegno, disponibili online anche per chi non era materialmente presente in Colorado come noi.

Negli ultimi anni sono stati considerati non solo le vittime del bullismo (negli Stati Uniti si parla di circa il 35% di giovani vittime di bullismo) ma anche i perpetratori di questi atti di violenza, stimati essere il 13% della popolazione studentesca.

Un'ampia indagine nazionale statunitense (*National Survey of Children's Health*) ha rilevato che, dal 2003 al 2007, le vittime di atti di bullismo sono aumentate del 52%. I bulli hanno una significativa probabilità di avere genitori incoleriti (OR 3,2), una madre con disturbi psichiatrici, e di presentare disturbi emotivi o di sviluppo (OR 2,5). I fattori protettivi messi in evidenza sono la presenza di genitori che parlano in termini positivi ai figli e che incontrano gli amici dei figli. I bulli hanno un rischio aumentato per tentativo di suicidio, depressione e carcerazione per comportamento criminale. Un'indagine nazionale statunitense che ha coinvolto più di 13.000 studenti (*Health Behavior in School-Aged Children*) ha rilevato che il comportamento da bullo è associato a un aumento dell'isolamento sociale, a scarsa relazione con i compagni di classe, al portare un'arma, all'uso di droghe, al coinvolgimento in zuffe e al consumo di sigarette. L'analisi comparativa di questi dati ha identificato il ragazzo a rischio di diventare un bullo: aver partecipato a una rissa negli ultimi 12 mesi associato al trasporto di un'arma indica una prevalenza del 67% di bullismo, seguita dal 62% da chi ha partecipato a una rissa, fuma e ha fatto uso di droghe ma non trasporta un'arma. La più bassa prevalenza come perpetratore di bullismo è legata all'assenza di uno scontro fisico (28% di prevalenza). L'utilizzo di questi dati è estremamente utile per identificare uno specifico grup-

po di giovani a rischio di essere bulli ai quali offrire specifici programmi di prevenzione e trattamento. Lo stesso campione di studenti è stato utilizzato per identificare la tipologia della vittima: umore triste almeno una volta alla settimana, scarsa integrazione con i compagni di classe, essere stato coinvolto in una rissa ed essersi sentito nervoso almeno una volta al mese.

E i genitori? Le opinioni raccolte attraverso alcuni gruppi di discussione sono differenti a seconda del gruppo etnico: se per gli ispanici lo scontro fisico è accettabile come ultima risorsa, per gli afroamericani vi sono diverse cause scatenanti, quali un contatto accidentale o una ritorsione, per prevenire future violenze o per ottenere rispetto.

Mentre per i genitori di bambini non coinvolti con il bullismo sarebbero auspicabili strategie di prevenzione della violenza rivolte ai bambini, i genitori di bulli sottolineano l'importanza di strategie rivolte ai genitori stessi. Tutti i genitori sono concordi nel dire che sarebbero necessari punizioni più severe e maggior coinvolgimento degli adulti per la soluzione di questa situazione. I medici curanti? Non utili nell'opinione di tutti i gruppi di genitori!

Costantino Panza

## Storia "scientifica" e narrazione: la talassemia a Ferrara

A Ferrara, il 18 giugno, a un anno da quando ci ha lasciato, è stato ricordato Rino Vullo, in un Convegno organizzato dall'Associazione ferrarese per la lotta contro la talassemia (ALT) che ha avuto un ruolo cruciale nella soluzione dei problemi organizzativi che stanno sempre dietro (o prima?) la qualità dell'assistenza. Lo hanno ricordato Fabio Sereni, Franco Panizon, Vincenzo De Sanctis e il presidente della ALT Barbieri. Sono stati presentati dalla prof. Bruna Zani, ordinario di psicologia della università di Bologna, e dalla dott.ssa Daniela Basile, i dati preliminari di una ricerca sulla qualità della vita in un gruppo di 90 persone con talassemia, confrontate con un gruppo di controllo, in due distinti periodi, dal 1994 al 2010. I risultati del primo periodo sono già stati pubblicati nel 1995. Quelli, preliminari, del secondo periodo sono stati discussi nel corso del Convegno. I risultati sostanzialmente concordano sulla non esistenza di diffe-

renze fra talassemici e non talassemici. Per qualche item (autostima e autovalutazione) il risultato si conferma addirittura migliore nei talassemici; e questo merita un approfondimento che gli Autori della ricerca faranno. Nel pomeriggio si sono susseguite testimonianze su Rino Vullo portate da amici e allievi. Nel corso del Convegno è stato presentato un volume curato dalla ALT, e in particolare da alcuni talassemici adulti che hanno incontrato, nel loro cammino, prima il prof. Marino Ortolani e poi il prof. Rino Vullo, primari del vecchio "ospedale" dei bambini. Il libro, revisionato da Franco Panizon, è intitolato *Una storia ferrarese\**. Ha come sottotitolo: "L'ospedale dei bambini, la talassemia e alcune grandi personalità di Ferrara" che sono appunto i professori Ortolani e Vullo ai quali si deve lo straordinario risultato ottenuto a Ferrara nel campo della cura alla talassemia: dallo screening dei portatori con il test di Simmel, iniziato da Ortolani, alla diagnosi prenatale messa in campo da Vullo. Vi è rievocata, attraverso testimonianze e interviste a malati, medici infermieri, il percorso di cura dalla preistoria alla storia: dalle semplici e occasionali trasfusioni da braccio a braccio alle trasfusioni "piene e generose", all'uso dei ferrochelanti per via sottocutanea e poi per via orale, alle possibilità di guarire con il trapianto di midollo osseo da donatore compatibile, alla possibilità – ancora remota – della terapia genica.

Ma vi sono anche storie e ricordi, raccolti spesso con un velo di umorismo emiliano che non trascura le voglie sessuali, raccontati dai pazienti, dai loro genitori, fratelli, nonni e medici del reparto. La narrazione ricostruisce, con episodi anche di malati e medici che non ci sono più, una storia non meno vera di quella "scientifica" che si legge all'inizio del libro. Le due storie si intrecciano e si completano e solo ascoltandole entrambe ci si può rendere conto della strada che quella malattia ha fatto a Ferrara dove ha creato un modello. Queste due voci, che si rincorrono nel libro, sono quelle che Ortolani e Vullo hanno sempre ascoltato nella loro vita professionale e hanno fatto sì che la "storia ferrarese" abbia percorso quelle di altri luoghi toccati dalla talassemia.

Giancarlo Biasini

(\*) Una storia ferrarese, a cura di ALT, Ferrara, tipolito Sivieri, 2011, p. 178. Fuori commercio. ◆

# “Narrative” e dintorni: una nuova rubrica

Michele Gangemi\*, Federica Zanetto\*\*

\*Pediatra di famiglia, ACP Verona; \*\*Pediatra di famiglia, ACP Milano e Provincia

## Abstract

### Around Narration

*The act or process of narrating is a tool for knowledge and care. It can become, both for paediatricians and for parents, a new way of considering the experience of illness from a different perspective. Furthermore narration gives order and space to emotions and fears. Quaderni acp has in the past given space to narrative medicine, and wants to continue this experience by soliciting experiences and comments. All this with a particular attention to Medical Humanities.*

Quaderni acp 2011; 18(5):222-223

**Keywords** Narrative medicine. Medical Humanities. Training

*La narrazione, strumento di conoscenza e di cura, può diventare per il pediatra e per i genitori occasione di riflessione sull'esperienza di malattia del bambino e della famiglia. Narrare consente un ordine, permette di esplicitare emozioni e paure, evidenzia una visione della malattia nei genitori diversa da quella del medico. Quaderni acp, che con "Narrative Medicine", già si è occupata di medicina narrativa e prove di efficacia in pediatria, con questa rubrica vuole continuare il percorso, ospitando esperienze e storie di malattia commentate. Con un'attenzione particolare alle Medical Humanities e auspicando contributi, sollecitazioni e riflessioni da parte dei lettori.*

**Parole chiave** Medicina narrativa. Medical Humanities. Formazione

*“Anche il medico entra a far parte della storia del paziente che continuerà il suo racconto a casa e magari ad altri medici, e poi in futuro ad altre persone. In questa storia futura anche noi, che oggi ascoltiamo questa persona, saremo personaggi e avremo una voce (...)”.*

Doglio M. Janus 2002;1:39-45

Quaderni acp, nel periodo 2004-2006, con la rubrica “Narrative Medicine”, ha provato a mettere insieme, con esempi tratti dalla quotidianità ambulatoriale del pediatra, la storia del medico (approccio basato sulle prove di efficacia) e quella del bambino e della sua famiglia (approccio narrativo), nella convinzione che le conoscenze e le informazioni “Evidence Based” e il giudizio che nasce dalla propria esperienza e professionalità vadano integrati con quello specifico del bambino e con aspettative, valori, timori della sua famiglia e del suo contesto. Se non è così, la storia del medico, rafforzata dall'EBM, e la storia del paziente viaggiano su binari diversi.

Con “Narrative e dintorni” vogliamo continuare il percorso, ospitando esperienze e storie di malattia commentate. Con un'attenzione particolare alle Medical Humanities e dunque a opere lettera-

rie o film in cui possono essere messi in evidenza aspetti comunicativi-relazionali, etici e deontologici comuni e ricorrenti nella pratica medica quotidiana.

## Di cosa stiamo parlando

Narrare significa raccontare, esporre un fatto o una serie di fatti, seguendo un determinato ordine nella rievocazione e nella ricerca delle cause: la narrazione diventa allora un modo per comprendere senso e significati di eventi ed esperienze [1]. È quello che accade anche quando il nostro paziente ci racconta la storia del suo non star bene.

Anche in un libro di patologia medica, la descrizione dei quadri clinici si avvicina a volte a una narrazione; non vi si troverà però quasi mai il contesto in cui la malattia si sviluppa, e quindi la storia del singolo paziente e del suo sistema, le sue paure, le sue modalità di reazione, i cambiamenti che la malattia provoca nella vita di quella persona e che sono inevitabilmente diversi per ogni persona. L'immagine che la descrizione scientifica delinea è quella di un malato “virtuale”. Solo una modalità diversa di comunicazione in ambito medico può riuscire a restituire “colore” alle storie dei pazienti, dando loro un preciso significato indivi-

duale e permettendo la raccolta di elementi utili in ambito clinico [1]. Sui libri, come anche nelle descrizioni di casi clinici sulle riviste, si parla di malattie e non di malati.

I pazienti, i genitori, le mamme e i bambini arrivano alla consultazione con il medico perché hanno dei problemi, che quasi immancabilmente vengono presentati come una storia, con il suo cumulo di sentimenti ed emozioni: “È successo che... e poi è capitato quello... e quindi io ho sentito che... ho parlato con altre persone di... adesso vorrei sapere cosa devo fare”. La “storia”, parola antica in medicina (è il ritorno indietro nella memoria), è la modalità con cui le persone comunicano i propri problemi e il medico li raccoglie. Naturalmente tali storie non sono da sole lineari e perfettamente sequenziali; sono quasi sempre caotiche e frammentarie. Dunque il racconto stesso richiede un trattamento: i pazienti vogliono andare via con una storia migliore, dove quel problema sembra rimpicciolito, lo si capisce meglio, si sa cosa fare per affrontarlo. Nella loro storia “la confusione diminuisce, alcuni dei frammenti vengono ricomposti e alcuni problemi risolti insieme” [2].

Rita Charon definisce “Narrative Knowledge”, cioè competenza narrativa, la conoscenza e la competenza del medico che evitano di appiattare e spersonalizzare la consultazione [3]. La competenza narrativa giunge al medico da conoscenza e abilità riguardo a “come leggere, scrivere e interpretare testi, a come tenere conto sistematicamente del punto di vista dell'altro, a come accorgersi e valorizzare il particolare accanto all'universale, a come cogliere il significato di parole, silenzi e atteggiamenti, a come esplicitare l'uno all'altro, trasformandoli in parole, pensieri e sensazioni proprie” [4]. Il medico deve anche essere consapevole che, accanto alle parole che lui e il paziente o i familiari si scambiano (o non si scambiano), ci sono comunque volontarie e involontarie selezioni e omissioni di parti della narrazione, fraintendimenti, malintesi e spazi comunicativi che si aprono solo se si consente che l'altro racconti. Certo, spesso “la narra-

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

“narrative” e dintorni

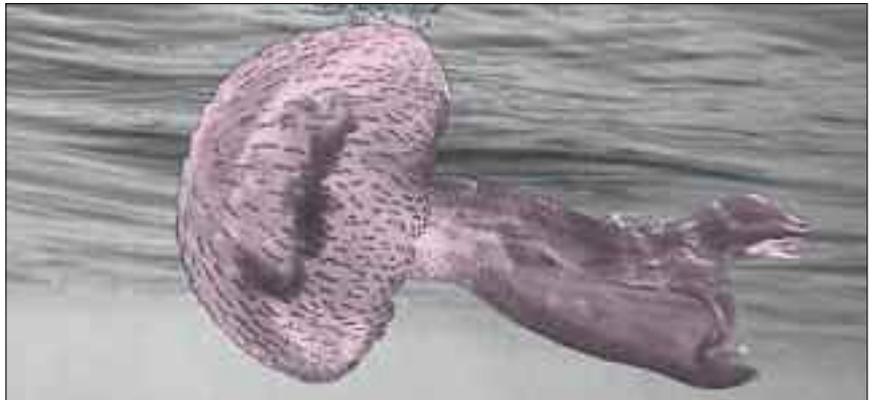
zione spontanea tende a essere caotica, e se si lascia che il paziente possa svolgerla in tutte le possibili direzioni, si otterrà un materiale eccessivo, sordo, ridondante e in gran parte non utilizzabile da parte del medico: l'utilizzo di domande e strategie comunicative appropriate può rendere la narrazione meno aggrovigliata e confusa e, mantenendo accesi i punti interrogativi, può evitare che il racconto si limiti a una pura e semplice cronaca [5]. Thisha Greenhalgh parla di "Tacit Knowledge", custodita nella pratica, talvolta ineffabile e spesso difficilmente generalizzabile, che eccede i libri di testo e i manuali, stimolata da discussioni su casi clinici, da riflessioni sulla pratica, dal domandarsi perché si è fatta quella cosa giusta (o sbagliata) in quel caso, dal tenere conto di possibili interpretazioni alternative della storia. E discutere le storie, come sottolinea l'Autrice, aumenta la conoscenza tacita e rafforza l'intuizione [6].

Commenta Giorgio Bert che "la storia clinica tradizionale è la storia di una malattia narrata dal solo medico. È questo un passo necessario, indispensabile, per il percorso di diagnosi ma non è sufficiente a costruire una relazione terapeutica. Perché si possa parlare di medicina narrativa mancano ancora la narrazione del malato e la narrazione che medico e paziente costruiscono insieme [6]. E in ambito pediatrico non va dimenticato l'ascolto del bambino, invece di solito trascurato, con conoscenze e competenze comunicative specifiche [7]. Questa nuova rubrica in cui insieme vogliamo cimentarci tenta di offrire un contributo alla formazione alla medicina narrativa con l'attenzione agli aspetti comunicativi-relazionali; con l'utilizzo delle Medical Humanities. Letteratura, cinema e teatro si prestano molto bene per recuperare il senso della malattia a livello personale e sociale, anche attraverso proposte dedicate in piccole sessioni in occasione di eventi o convegni. Il "ponte" con l'EBM è indispensabile per evitare derive autoreferenziali. Auspichiamo contributi, sollecitazioni e riflessioni da parte dei lettori. ♦

**Bibliografia**

[1] Elli P. Medicina narrativa. In: Gangemi M, Zanetto F, Elli P. Narrazione e prove di efficacia in Pediatria. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2006.  
 [2] Gangemi M. Narrazione e prove di efficacia. La sintesi possibile. In: Gangemi M, Zanetto F, Elli P. Narrazione e prove di efficacia in Pediatria, cit.  
 [3] Charon R, Wyer P, NEBM Working Group. Narrative evidence based medicine. Lancet 2008; 371:296-7.  
 [4] Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. Oxford University Press, 2007.  
 [5] Bert G. Medicina narrativa. Il Pensiero Scientifico Editore, 2007.  
 [6] Greenhalgh T, Bert G. La formazione del medico in tre controversie dei giorni d'oggi. Quaderni acp 2007;14:128-30.  
 [7] Gangemi M, Quadrino S. Il counselling in pediatria di famiglia. UTET periodici, 2000.

## LE MEDUSE NEL MARE MEDITERRANEO Cosa fare in caso di contatto



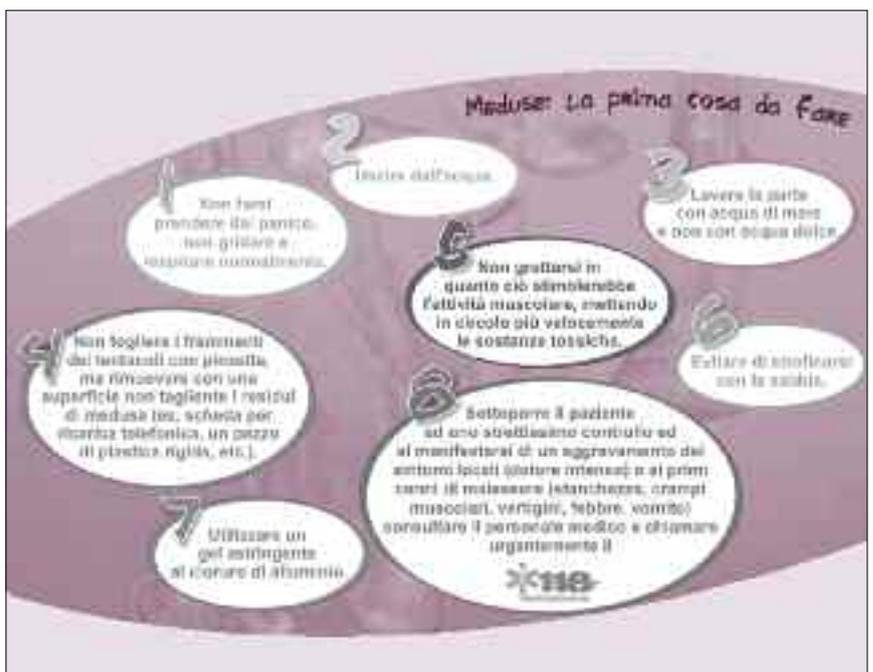
Le invasioni di meduse nei mari italiani sono un fenomeno crescente.

Sebbene le conseguenze gravi sulla salute siano estremamente rare, la preoccupazione delle persone è elevata in relazione all'aumento del fenomeno invasivo.

Non tutte le meduse sono pericolose, anzi le specie mediterranee più grandi e appariscenti sono in genere innocue e solo su persone molto sensibili possono avere potere urticante.

Alcune di queste specie hanno un ruolo importante per l'ecologia in quanto molte specie ittiche, come ricciole e sugarelli, trovano cibo e riparo sotto la loro ombrella.

Diamo qui alcune buone pratiche di primo intervento da un documento dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina.



# L'intradermoreazione alla Mantoux

\*Fabio Antonelli, \*\*Paolo Siani

\*UOC Pneumologia; \*\*UOC Pediatria, AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

## Abstract

### Mantoux tuberculin skin test

The overall incidence of tuberculosis cases in the Italian population is under 10 per 100,000. The Mantoux tuberculin skin test is the most accurate and simple diagnostic test. New tests for tuberculosis diagnosis, the IGRA (interferon gamma release assays) have been recently introduced, in respect to the Mantoux tuberculin skin test their specificity and sensitivity are still controversial. Nevertheless some studies show a similar sensitivity and a greater specificity; recently the FDA has approved them as diagnostic in vitro tests and the CDC has formulated guide lines for their use.

Quaderni acp 2011; 18(5): 224-225

**Key words** Tuberculosis. Intradermal test. Interferon gamma release assays

In Italia i tassi di incidenza di tubercolosi (TBC) sono stabili e inferiori ai 10 casi per 100.000 abitanti. L'intradermoreazione alla Mantoux rappresenta il primo e più semplice esame per la diagnosi di TBC. Recentemente sono stati inseriti nella diagnostica della TBC i test denominati IGRA (interferon-gamma release assays). La sensibilità e la specificità di tali test in confronto con la Mantoux sono ancora controverse, ma diversi studi dimostrano una sensibilità sovrapponibile e una maggiore specificità. Tali test sono stati recentemente approvati dall'FDA come test diagnostici in vitro e il CDC ha pubblicato le linee guida per il loro utilizzo.

**Parole chiave** Tubercolosi. Intradermoreazione. Interferon-gamma release assays

Secondo i dati riportati in "La tubercolosi in Italia - anno 2008" i tassi di incidenza di tubercolosi sono stabili e inferiori ai 10 casi per 100.000 abitanti, valore che pone l'Italia tra i Paesi a bassa endemia. Ma nella decade 1998-2008, il numero di casi di tubercolosi in persone nate all'estero è più che raddoppiato e la percentuale sui casi totali è vicina al 50%. Pertanto, se è vero che l'incidenza si è ridotta negli ultimi anni, la popolazione immigrata ha ancora un rischio relativo di andare incontro a tubercolosi di 10-15 volte superiore rispetto alla popolazione italiana.

Sembrano in costante diminuzione i casi di tubercolosi in persone provenienti dall'Africa, ma risultano in aumento i casi provenienti dall'Est europeo. La popolazione proveniente dalla Romania ha il maggior numero assoluto di casi di tubercolosi notificati nel 2008 (oltre 500). Per la diagnosi di TBC l'intradermoreazione alla Mantoux rappresenta il primo e più semplice esame. Diamo di seguito alcune informazioni sulle indicazioni,

sulla tecnica di esecuzione (vedi tabella) e sui materiali necessari.

## Indicazioni circa l'esecuzione immediata della Mantoux

- Contatti con persone con infezione tubercolare sospetta o certa.
- Bambini con segni radiografici e/o clinici suggestivi di TBC.
- Bambini immigrati da Paesi endemici.
- Bambini con storia di viaggi in Paesi endemici.
- Bambini che devono essere sottoposti a terapie con farmaci biologici anti-TNF-alfa (da eseguire prima dell'inizio della terapia).

## Quando e a chi praticare la Mantoux

- Ogni anno in bambini con infezione da HIV o conviventi di pazienti con infezione da HIV.
- Ogni 2-3 anni in bambini esposti alle seguenti categorie di persone: HIV+,

vagabondi, soggetti istituzionalizzati, tossicodipendenti, detenuti.

- All'età di 4-6 e 11-16 anni in bambini con parenti provenienti da aree ad alta prevalenza, in bambini senza fattori di rischio specifico residenti in aree ad alta prevalenza.

Dal mese di aprile 2009 i medicinali Biocine Test PPD 5UI® e Biocine Test PPD Multipuntura® non sono più in commercio. Per tale motivo il Ministro della Salute in accordo con l'AIFA ha segnalato alle regioni e province autonome l'opportunità di approvvigionarsi presso lo "Statens Serum Institute" della Danimarca, al pari di altri Stati europei. Per far fronte alla carenza di tale prodotto il Ministero ne ha acquistato 15.000 dosi.

Recentemente sono stati inseriti nella diagnostica della TBC dei test denominati IGRA (interferon-gamma release assays). Sono commercialmente disponibili in Europa due diversi test: QuantiFERON-TB Gold (Cellestis) e T-SPOT-TB (Oxford Immunotec).

Il test QuantiFERON-TB Gold permette il dosaggio, mediante tecnica ELISA, dell'interferone-prodotto dai linfociti T sensibilizzati, utilizzando una miscela di tre antigeni (ESAT-6, CFP-10 e TB7.7). È approvato dalla U.S. Food and Drug Administration (FDA) e considerato quale alternativa al test cutaneo nelle linee guida pubblicate dal CDC.

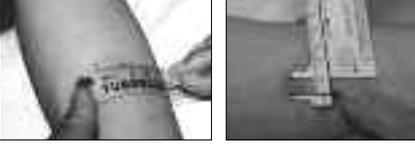
Il test T-SPOT.TB permette la conta dei linfociti T sensibilizzati che producono IFN-gamma sfruttando la tecnologia "Enzyme-Linked Immunospot" (ELISPOT) e utilizza una miscela di due antigeni (ESAT-6, CFP-10). È attualmente in valutazione da parte della FDA.

Entrambi i test sono approvati dalle linee guida britanniche stilate dal National Institute for Health and Clinical Excellence. In tali linee guida viene raccomandata l'esecuzione dell'intradermoreazione di Mantoux come test di screening, il

Per corrispondenza:  
Fabio Antonelli  
e-mail: fabantonelli@libero.it

saper fare

TABELLA: INTRADERMOREAZIONE ALLA MANTOUX

1. Metodo di esecuzione	2. Lettura
<p>Scegliere un'area cutanea tra il terzo medio e il terzo superiore dell'avambraccio sulla faccia dorsale (secondo l'OMS) o volare. Scegliere sempre lo stesso braccio.</p> 	<p>La lettura deve essere effettuata dopo 48-72 ore.</p> <p>Se vi è stata una reazione, si osserveranno un'area di eritema (difficile da apprezzare sulla pelle scura) e un'area di indurimento della cute.</p>
<p>Pulire la cute con alcol e lasciare asciugare prima di procedere alla esecuzione del test. Non utilizzare etere.</p> 	<p>La presenza di solo eritema non indica positività alla reazione. L'indurimento non è visibile, ma è riconoscibile al tatto come un'area cutanea più dura.</p> 
<p>Utilizzare una siringa tubercolinica (graduata in centesimi di millilitro) e un ago n. 26 intradermico lungo 10 mm.</p> 	<p>Dopo una breve e delicata palpazione della zona di inoculo la lettura va eseguita con l'ausilio di una penna a sfera con cui si tracciano, con lieve pressione, dei segmenti di retta che partono molto esternamente verso i quattro poli della reazione. La punta si arresta quando incontra l'infiltrato, in quel punto si traccia una lineetta tangente lo "scalino". Le distanze tra i quattro punti centrali dei segmenti così tracciati, misurabili con un pomometro o con un normale righello, rappresentano i due diametri. La lettura in gradi di positività (+/++/+++) non permette di adottare una soglia precisa di positività e di valutare le variazioni in test seriatì, e deve, pertanto, essere abbandonata.</p>
<p>Inserire l'ago parallelamente all'asse maggiore dell'avambraccio. Iniettare esattamente 0,1 ml di soluzione corrispondente a 5 UI di PPD nel derma.</p> 	<p>La lettura deve essere registrata in millimetri anche quando l'esame è negativo (per esempio riportare "3 mm" e non "negativo").</p> 
<b>3. Interpretazione</b>	
<p><b>Test positivo se: REAZIONE &gt; 5 mm</b></p> <p><b>REAZIONE &gt; 10 mm</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bambini in contatto con persone con infezione TBC nota o sospetta</li> <li>- Bambini con sospetta malattia tubercolare (Rx torace compatibile, segni clinici suggestivi)</li> <li>- Bambini immunodepressi o con HIV</li> <li>- Bambini senza fattori di rischio</li> </ul>

cui risultato, se positivo o inattendibile, dovrebbe essere confermato da uno dei test IGRA. La sensibilità e la specificità di tali test in confronto con la Mantoux sono ancora controversi, ma diversi studi dimostrano una sensibilità sovrapponibile e una maggiore specificità. ♦

#### Bibliografia

- [1] Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in Children World Health Organization, 2006 (WHO /FCH /CA H/2006.7).
- [2] Lighter J, Rigaud M, Eduardo R, et al. Latent Tuberculosis Diagnosis in Children by Using the QuantiFERON-TB Gold In-Tube Test. *Pediatrics* 2009;123:30-7.
- [3] Becherucci S, De Gaudio M, Galli L, De Martino M. TBC: non calare la guardia. *Area Pediatrica* 2007;8.
- [4] Tuberculosis. In: Pickering LK (Ed). *Red book: 2003 report of the Committee on Infectious Diseases*, 26th ed. Elk Grove Village, American Academy of Pediatrics, 2003:649.
- [5] Vijayasekaran D, Kumar RA, Gowrishankar NC, et al. Mantoux and contact positivity in tuberculosis. *Indian J Pediatric* 2006;73:989-93.

# ADHD e genetica

## Uno studio e molte reazioni

Silvia Zanini  
Pediatra di famiglia, ACP Verona

### Abstract

#### ADHD and genetic. A study and many reactions

The Lancet recently published a study suggesting that ADHD determinants are not only social but also genetic (deletion and duplication of chromosome 16). All this aroused a great debate in UK media and strong criticism, but it has been considered by Lancet to have a contribute to a further comprehension of the problem.

Quaderni acp 2011; 18(5): 226

**Key words** ADHD. Copy Number Variations. Heredity

La pubblicazione di uno studio su Lancet che suggerisce che i determinanti dell'ADHD non sono solo sociali, ma anche genetici (delezioni e duplicazioni sul cromosoma 16), ha portato a un dibattito che si è esteso ai media in Gran Bretagna. L'articolo ha provocato forti critiche, ma è stato difeso da Lancet come contributo alla comprensione del problema.

**Parole chiave** ADHD. Copy Number Variations. Ereditarietà

“ADHD news” è la Newsletter prodotta dal Laboratorio per la Salute materno-infantile dell'Istituto “Mario Negri” di Milano con l'aggiornamento bibliografico mensile di tutto ciò che viene indicizzato nel mese precedente nelle banche dati (Medline, Embase, PsycINFO e PsycArticle) in tema di ADHD nel bambino e nell'adolescente [1].

### Lo studio di Lancet e le reazioni

Nell'ottobre 2010 segnalava la pubblicazione su Lancet di uno studio i cui risultati suggeriscono che i determinanti dell'ADHD non sono solo sociali, ma anche genetici [2]. Sono riportate alterazioni osservate nel patrimonio genetico (delezioni e duplicazioni) simili a quanto descritto per l'autismo e la schizofrenia [3]. L'articolo, pubblicato online a fine settembre prima della versione cartacea, ha suscitato da subito un forte e vivace dibattito ripreso anche dai media britannici, di cui la Newsletter dà testimonianza e riferimenti.

Mail Online: ADHD is “in a child genes” as scientist provide hope to ending bad behaviour stigma. Jenny Hope – BBC Radio 4 Today. 30 settembre 2010. Intervista al dr. Tim Kendall – BBC. Thought for the Day. 1 October 2010. Abdal Hakim Murad. Lo studio pubblicato da Lancet, letto e commentato dal gruppo di lettura ACP di Verona\*, è abbastanza complesso e ben condotto nel suo disegno, con risultati che trovano conferma in un lavoro parallelo condotto su una popolazione islandese.

L'obiettivo che si sono dati gli Autori era quello di evidenziare e quantificare la presenza di microalterazioni cromosomiche (variazioni rare di copie numeriche, intese come delezioni o duplicazioni di poche unità di basi nei singoli alleli) in pazienti con diagnosi di ADHD accertata.

Nell'analisi finale sono stati inseriti 366 bambini e 1047 controlli. L'età media dei bambini era 10,5 anni ed erano per la stragrande maggioranza maschi (316 vs 50 bambine).

Tutte le analisi effettuate hanno identificato 135 CNVs (Copy Number Variations) rare di dimensioni superiori a 500 kb (57 nei pazienti e 78 nei controlli). È stato perciò identificato un eccesso altamente significativo di rare e ampie CNVs nei pazienti con ADHD.

In particolare il numero medio di CNVs in un bambino con ADHD era 2,09 volte più alto che nei controlli. 50 bambini (14% del totale) avevano una CNV superiore a 500 kb, contro 75 (7%) nei controlli. Non ci sono differenze tra maschi e femmine. Nei bambini con disabilità intellettiva (QI<70) il numero medio di CNVs era 5,69 volte più alto: 12 (36% del totale dei bambini con disabilità) avevano una CNV superiore a 500 kb, contro 38 (11%) in chi non aveva disabilità.

In ogni caso la presenza di duplicazioni o delezioni è comunque maggiore anche in quei bambini che non presentano disabilità intellettiva (+ 1,68 volte).

### Il significato dello studio

Per quanto riguarda la possibile ereditarietà di queste modificazioni genetiche, là dove era disponibile il genoma dei genitori, è stata condotta un'analisi che ha dimostrato che di 15 CNVs quattro erano mutazioni *de novo*. Sei CNVs sono state ereditate dalla mamma e cinque dal padre. Le anomalie genetiche sono inoltre risultate particolarmente presenti su un cromosoma coinvolto nella schizofrenia e nell'autismo (il cromosoma 16p13.11).

Come sottolineato da “ADHD news”, lo studio è pressoché unico per dimensioni, accuratezza e originalità metodologica. Pur con ricadute pratiche (cliniche) attualmente nulle, i risultati contribuiscono all'ampliamento delle conoscenze della genetica clinica e della relazione tra genotipo e fenotipo [3]. La Newsletter riporta anche quanto scritto in tal senso su Lancet nell'Editoriale, nel Comment di P. Burbach e nella rubrica “Perspective” di S. Jones [4-5-6]. In particolare l'editoriale conclude che “*Far from closing the book on ADHD, Williams and colleagues' results represent the first tentative steps on a journey toward new insights into the pathogenesis and neurobiology of a condition misunderstood for far too long*”. Una sorta di difesa degli Autori dopo le forti reazioni e critiche (*the blogosphere is cracking with argument and counter-argument: are naughty children the victims of nature, or nurture?*) seguite alla pubblicazione dell'articolo on line a fine settembre 2010. ♦

### Bibliografia

- [1] <http://www.marionegri.it/mn/it/riservMedico/newsletterADHD/archivio.html>.
- [2] Williams NM. Rare chromosomal deletions and duplications in attention-deficit hyperactivity disorder: a genome-wide analysis. Lancet 2010;376:1041-08.
- [3] Bonati M. ADHD news n° 35, ottobre 2010.
- [4] Reflections on ADHD. Editorial. Lancet 2010; 376:1364.
- [5] Neuropsychiatric connections of ADHD genes. Lancet 2010;376:1367-8.
- [6] The art of medicine. Bad seeds, bad science, and fairly black cats? Lancet 2010;376:1384.

\*Maddalena Agostini, Daniela Bennati, Paolo Brutti, Federica Carraro, Claudio Chiamenti, Paolo Fortunati, Maria Iuliano, Maria Stella Lonardi, Giancarlo Melotti, Donatella Merlin, Maddalena Nardi, Francesco Raimo, Mauro Previdi, Mara Tommasi, Silvia Zanini.

Per corrispondenza:

Silvia Zanini

e-mail: [silviazanini@aliceposta.it](mailto:silviazanini@aliceposta.it)

il punto su

# In arrivo la nuova stagione influenzale

## Vacciniamo tutti i bambini a rischio

Rosario Cavallo

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce); Gruppo ACP prevenzione malattie infettive

**Parole chiave** Vaccino antinfluenzale. Malattie croniche. H1N1

Come sempre, alla fine dell'estate, si torna a parlare di influenza. Negli ultimi anni abbiamo visto enfaticamente i rischi, con interventi mediatici spesso inopportuni, e reiterare la richiesta di una raccomandazione ufficiale della vaccinazione dei bambini sani di età tra 6 e 60 mesi. Questo nonostante continuino a mancare evidenze sul vantaggio di questa strategia, che si dovrebbe ripetere ogni anno, nella riduzione di mortalità, ricoveri, complicanze gravi.

Con la sola eccezione della stagione 2009-10 (quella della pandemia A H1N1) il Ministero della Salute ha ritenuto di non aderire a queste richieste in considerazione, appunto, della mancanza di prove a sostegno di questi effetti positivi [1]. La posizione ci è sembrata saggia e tutti i dati disponibili confermano questa cauta decisione.

Lo studio MOVE stima in diversi Paesi europei l'efficacia vaccinale (EV) nella prevenzione dei casi di influenza confermata laboratoristicamente [2].

Per la scorsa stagione 2010-11 ha indicato risultati non brillanti compresi tra il 43% e il 65%. Vale la pena ricordare che tale EV non indica affatto che la vaccinazione di 100 soggetti produce un risparmio di 43 o 65 casi di influenza.

Non tutte le persone infatti prendono l'influenza. Secondo i dati del rapporto ISTISAN 2009, facendo la media dei casi segnalati dal servizio di sorveglianza Influnet nelle stagioni dal 2003-04 fino al 2008-09, solo poco più del 15% dei ragazzi di età inferiore a 14 anni presenta una sindrome influenzale (ILI) nel corso della stagione influenzale e di questi solo il 10-15% ha una ILI sostenuta da un virus dell'influenza [3-4].

Solo in questa piccola quota di ragazzi (15% dunque) il vaccino antinfluenzale 2010-11 aveva dal 43% al 65% di probabilità di evitare una semplice influenza. Tradotto in cifre comprensibili: ogni 100 ragazzi vaccinati si può evitare un caso

di influenza. Non sappiamo nulla sul numero di persone che occorre vaccinare per evitare un ricovero, una complicanza, un decesso.

Anzi manca ogni evidenza che la vaccinazione sia capace di produrre questi benefici [5]. Nel bilancio rischio-costi/beneficio bisogna mettere in conto che con la vaccinazione universale dei bambini potrebbero emergere effetti collaterali rari ma gravi, non evidenziabili nei normali studi di sicurezza che coinvolgono poche centinaia di persone e che, come segnalazioni non confermate in modo certo, sono riportati in diversi lavori [5].

È da segnalare il fatto che c'è un gran parlare *prima* della stagione influenzale e mai si parla del bilancio finale della stagione trascorsa; conoscere i dati del recente passato potrebbe darci informazioni per assumere decisioni ponderate per il futuro. Abbiamo visto circolare ipotesi di migliaia di morti (fino a 12-90 mila in Italia in assenza di vaccinazione) per la pandemia A H1N1 [6]. Alla fine sono stati contati 259 decessi in Italia e oltre il 77% di questi a carico di persone a rischio [7].

*Lancet* ha recentemente pubblicato uno studio osservazionale sulla mortalità pediatrica associata alla A H1N1 in Inghilterra: ci sono stati 70 decessi tra i ragazzi fino a 18 anni (incidenza: 6 per milione; 14 per milione nell'età inferiore a 1 anno); la mortalità era molto maggiore presso alcune etnie: a fronte di una mortalità di 4 per milione tra gli inglesi bianchi, il valore è salito a 36 tra i pakistani e addirittura a 47 per milione tra i bambini del Bangladesh [8].

Solo 15 dei 70 bambini erano precedentemente sani mentre 45 avevano importanti fattori di rischio, il più rilevante dei quali era una malattia neurologica cronica. *Lancet* conclude con un forte invito non per la vaccinazione universale ma per quella delle persone a rischio di malattia grave o decesso: minoranze etniche, persone con patologie preesistenti.

Si rifletta però sul fatto che i bambini con patologie preesistenti sono proprio quelli che noi continuiamo a vaccinare poco: i dati ufficiali del Ministero dicono che nella stagione 2008-09 è stato vaccinato

in media il 4,6% dei bambini con età inferiore ai 6 anni (punte regionali di quasi il 20% sono inspiegabili se, secondo le indicazioni ministeriali, dovevano essere vaccinati solo i bambini a rischio), mentre secondo lo studio ICONA 2008 è vaccinato contro l'influenza solo il 2,4% di soggetti a rischio [9-10].

Si preferisce intervenire dove c'è meno bisogno?

Oggi dunque, invece della solita riproposizione di una raccomandazione della vaccinazione universale dei bambini sani, chiediamo con forza a tutte le società scientifiche pediatriche un serio impegno per la sensibilizzazione di operatori e utenti per la vaccinazione dei bambini a rischio e per la diffusione capillare della cultura della prevenzione attraverso la adozione di semplici interventi specifici: e qui torna a fagiolo il frequente lavaggio delle mani [11]. ♦

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

### Bibliografia

- [1] Ministero della Salute. Circolare per la prevenzione e il controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2010-2011. 2010 jul 27.
- [2] Kissling E, Valenciano M. I-MOVE case-control studies team. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness in Europe, 2010/11: I-MOVE, a multicentre case-control study. *Euro-Surveill.* 2011;16(11):pii=19818. online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19818>.
- [3] ISSN 1123-3117 Rapporti ISTISAN 10/29.
- [4] Jefferson T. Mistaken identity: seasonal influenza versus influenza-like illness. *Clinical Evidence*, October 5th, 2009.
- [5] Jefferson T, Di Pietrantonj C, Rivetti A, et al. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 7. Art. No.: CD001269. DOI: 10.1002/14651858.CD001269.pub4.
- [6] La Stampa. L'influenza A farà 12 mila vittime. *Le stime del virologo Pregliasco*. 19/9/2009.
- [7] FluNews AGGIORNAMENTO EPIDEMIOLOGICO SETTIMANALE numero 28 • 3-9 maggio 2010.
- [8] Sachedina N, Donaldson LJ. Paediatric mortality related to pandemic influenza A H1N1 infection in England: an observational population-based study. *Lancet* 2010;376:1846-52.
- [9] <http://www.salute.gov.it/influenza/influenza.jsp>
- [10] ISSN 1123-3117 Rapporti ISTISAN 09/29 Studio ICONA.
- [11] Jefferson T, Del Mar C, Dooley L, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. *BMJ* 2009;339:b3675.

Per corrispondenza:

Rosario Cavallo

e-mail: [rcavallo58@gmail.com](mailto:rcavallo58@gmail.com)

# L'agenzia europea dei medicinali ha approvato le prime due autorizzazioni al commercio per uso pediatrico

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

**Parole chiave** Midazolam. Mercaptopurina. Reazioni avverse

## L'Agenzia europea dei medicinali autorizza l'impiego pediatrico del midazolam buccale e della mercaptopurina

Nelle sedute di giugno e luglio 2011 il comitato per i medicinali per uso umano (CHMP) dell'European Medicines Agency (EMA) ha dato parere positivo alle prime due autorizzazioni al commercio per uso pediatrico (Paediatric-Use Marketing Authorisation, PUMA). Come previsto dal regolamento europeo per i medicinali pediatrici in vigore dal 2007, le PUMA possono essere richieste per medicinali non coperti da brevetto e si riferiscono esclusivamente all'uso nei bambini. Le autorizzazioni approvate dal CHMP hanno riguardato il midazolam buccale (Buccolam®), soluzione orale per il trattamento delle convulsioni acute, e la Mercaptopurina Nova Laboratories®, sospensione orale 20 mg/ml per il trattamento della leucemia linfoblastica acuta.

Il midazolam è una benzodiazepina che ha la capacità di interrompere gli stati convulsivi prolungati. Le formulazioni a uso pediatrico sono disponibili in quattro dosaggi, e l'uso del prodotto è approvato in bambini con diagnosi di epilessia di età da 3 mesi a 17 anni.

La mercaptopurina è un antitumorale già impiegato nella formulazione compresse. La disponibilità di una formulazione appropriata per l'età pediatrica era stata identificata come prioritaria dall'EMA; la sospensione orale dovrebbe assicurare una miglior precisione e facilità di somministrazione e un dosaggio più flessibile. Il CHMP ha, inoltre, esteso l'età di impiego dell'etanercept (inibitore del TNF). Questo farmaco è indicato nel trattamento per le artriti idiopatiche giovanili poliarticolari, da solo o in combinazione con metotrexate, in pazienti che non hanno avuto una adeguata risposta ad altri trattamenti anti-reumatici, e nella

sclerosi a placche non adeguatamente controllata da altre terapie. Il suo uso nell'artrite giovanile idiopatica è ora autorizzato in bambini > 2 anni (in precedenza l'indicazione riguardava i bambini > 4 anni), e nella psoriasi a placche in bambini ≥ 6 anni (in precedenza ≥ 8 anni).

[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Summary\\_of\\_opinion/Initial\\_authorisation/human/002267/WC500107989.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Summary_of_opinion/Initial_authorisation/human/002267/WC500107989.pdf)

[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Summary\\_of\\_opinion/Initial\\_authorisation/human/002022/WC500109230.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Summary_of_opinion/Initial_authorisation/human/002022/WC500109230.pdf)

[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Summary\\_of\\_opinion/human/000262/WC500109249.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Summary_of_opinion/human/000262/WC500109249.pdf)

## L'Agenzia europea dei medicinali rivede il formato per gli stampati dei farmaci

L'EMA ha aggiornato il modello per la redazione degli stampati dei medicinali per uso umano. La revisione si è resa necessaria per rendere le informazioni riportate nel riassunto delle caratteristiche del prodotto, nel foglietto illustrativo e sulle etichette più leggibili e comprensibili per i pazienti. Sono state, inoltre, incluse nuove sezioni che descrivono in modo dettagliato i rischi e i benefici derivanti dall'utilizzo del medicinale, le informazioni riguardanti le condizioni di autorizzazione all'immissione in commercio e le informazioni relative all'impiego nei bambini, secondo quanto richiesto dal regolamento pediatrico.

Queste modifiche sono state introdotte per migliorare l'efficacia e la sicurezza d'uso dei farmaci. L'aggiornamento è stato il risultato di 5 anni di test da parte di un gruppo di utenti e di una serie di consultazioni tra l'EMA e tutti i soggetti interessati, compresi i pazienti, le associazioni dei consumatori, le agenzie regolatorie nazionali, l'industria farmaceutica e l'accademia, con l'obiettivo di formulare proposte per soddisfare ulteriormente le aspettative di pazienti e operatori sanitari.

I modelli per gli stampati così aggiornati sono disponibili sul sito web dell'EMA in tutte le lingue ufficiali dell'Unione Europea.

EMA News 22/07/2011 European Medicines Agency improves package leaflets  
[http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news\\_and\\_events/news/2011/07/news\\_detail\\_0](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2011/07/news_detail_0)

[01308.jsp&murl=menus/news\\_and\\_events/news\\_and\\_events.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2011/07/news_detail_01308.jsp&murl=menus/news_and_events/news_and_events.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1)

## Analisi delle segnalazioni di reazioni avverse pediatriche raccolte dall'OMS

Nel periodo 1968-5 febbraio 2010 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ricevuto 268.145 segnalazioni di reazioni avverse (ADR) pediatriche, pari all'8% delle segnalazioni totali. Il 53% delle segnalazioni ha riguardato i maschi (negli adulti questa percentuale è del 39%) e il 46% era comparso in pazienti di età compresa tra 2 e 11 anni.

Gli antifettivi (33% delle segnalazioni pediatriche) e i farmaci del sistema nervoso centrale (28%) hanno rappresentato le classi di farmaci più frequentemente coinvolte. L'amoxicillina è stato il farmaco con il maggior numero di segnalazioni tra gli antifettivi e l'atomoxetina quello più segnalato tra i farmaci del sistema nervoso. Sono state osservate differenze tra bambini e adulti nella distribuzione percentuale delle segnalazioni per classe di farmaci, in particolare per gli antifettivi (coinvolti rispettivamente nel 33% e nel 15% delle segnalazioni), per i respiratori (11% vs 5%), i dermatologici (12% vs 7%) e i farmaci del sistema nervoso centrale (28% vs 25%). Queste differenze sono, però, in gran parte spiegabili con il diverso profilo prescrittivo dei farmaci nelle due popolazioni. Il 35% delle segnalazioni pediatriche ha riguardato le patologie della cute e del sottocute. Nel periodo 2005-2009, confrontato con quello 1995-1999, sono aumentate le segnalazioni riguardanti i farmaci del sistema nervoso centrale, in particolare i medicinali per il trattamento dell'ADHD, che risulta la classe con il maggior numero di segnalazioni nei bambini dai 2 agli 11 anni.

Il profilo che emerge da questa analisi è simile a quello delle ADR segnalate in Italia. In parte la frequenza delle segnalazioni è determinata dalla prevalenza di impiego dei farmaci (p. es. antibiotici), ma l'incremento e la frequenza di segnalazioni a carico di psicofarmaci destano qualche preoccupazione.

Star K, Norén GN, Nordin K, Edwards IR. Suspected adverse drug reactions reported for children worldwide: an exploratory study using Vigibase. *Drug Saf.* 2011;34:415-28.

Per corrispondenza:  
Antonio Clavenna  
e-mail: [antonio.clavenna@marionegri.it](mailto:antonio.clavenna@marionegri.it)

# Le convulsioni febbrili: molta paura... senza danni

Paolo Siani\*, Stefania Manetti\*\*

\*Pediatria, AORN Santobono Pausillipon, Napoli; \*\*Pediatria di famiglia, ACP Campania

**Parole chiave** Convulsioni febbrili. Febbre. Antipiretici. Consigli per genitori

## Cosa sono le convulsioni febbrili? Sono frequenti?

Le convulsioni febbrili sono crisi convulsive associate alla febbre. Anche se sono reazioni che provocano paura e ansia nei genitori, non sono causa di danni a lungo termine nei bimbi sani.

Dal 3% al 5% dei bambini dai 6 mesi ai 6 anni hanno almeno una convulsione con la febbre. I bambini che hanno sofferto di una convulsione febbrile hanno una maggiore probabilità, del 20-30% di averne un'altra in corso di febbre. Le convulsioni febbrili possono essere semplici o complesse: le convulsioni febbrili semplici sono quelle che si manifestano nei bimbi in corso di febbre e durano meno di 15 minuti e non si ripresentano nelle 24 ore successive.

Questo tipo di convulsioni non causa problemi, in genere si manifesta durante malattie virali, e l'unico problema è che in corso di malattie febbrili può ripresentarsi di nuovo. Le ultime linee guida (2011) dell'Accademia Americana di Pediatria raccomandano ai pediatri di non effettuare esami diagnostici (elettroencefalogramma, esami di laboratorio, esami radiologici o altro) in caso di convulsioni febbrili semplici perché questi esami non sono necessari.

## Come si manifestano?

Solitamente si manifestano con perdita di coscienza (il bambino se chiamato non risponde) e scosse degli arti o tremori per tutto il corpo, talvolta con uno stato di irrigidimento o di rilasciamento muscolare; durante la convulsione il bambino può avere un respiro affaticato e la pelle può diventare di colore scuro. Dopo la convulsione il bimbo si presenta molto rilassato e sonnolento, ha voglia di dormire: non bisogna spaventarsi, tutto questo è normale, significa che la convulsione è finita. In genere le convulsioni durano pochi minuti. È eccezionale che si manifesti più di una crisi di convulsioni nel corso di una malattia febbrile.

Nella maggior parte dei casi non si verificano nuovi episodi (recidiva) dopo la prima crisi convulsiva; talvolta invece è possibile assistere alla comparsa di una recidiva (o, molto raramente, a più di una, anche a distanza di mesi, ma sempre in presenza di febbre).

## Cosa fare in caso di crisi convulsiva

Se si dovesse verificare una nuova convulsione è opportuno seguire queste semplici istruzioni passo dopo passo:

- 1) Non perdere la calma: è meglio che siate voi genitori ad aiutare il bambino perché fate prima di chiunque altro.
- 2) Metterlo o per terra o sul letto dove non ci sono oggetti duri o taglienti.
- 3) Girare la testa da un lato, così che la saliva o il vomito possano fuoriuscire.
- 4) Non mettere nulla in bocca.
- 5) Togliere il pannolino o le mutandine.
- 6) Somministrare il micro-clisterino già pronto di Micronoan per via rettale (5 mg se il bambino è al di sotto dei tre anni di età, 10 mg se il bambino è al di sopra dei tre anni di età).
- 7) Se la convulsione non si calma e sono passati molti minuti (più di 10), chiamare subito il pediatra o il 118.
- 8) Chiamare il pediatra.

## Le convulsioni febbrili si possono prevenire?

Oggi sappiamo che l'uso dei farmaci antipiretici non è in grado di prevenire le convulsioni febbrili.

Per questo motivo anche i bambini che hanno sofferto di convulsioni febbrili semplici vanno trattati come un qualsiasi altro bambino con la febbre, somministrando il paracetamolo o l'ibuprofene al dosaggio che normalmente il vostro pediatra vi consiglia.

- Il paracetamolo e l'ibuprofene sono gli unici due farmaci che si possono utilizzare in caso di febbre nei bambini. Tuttavia non vanno somministrati insieme o alternati perché al momento

non ci sono studi clinici che dimostrino una maggiore efficacia o la sicurezza di questo tipo di somministrazione combinata [2].

- L'impiego combinato dei due farmaci non previene le convulsioni febbrili, quindi questi farmaci non devono essere utilizzati e di conseguenza non devono essere consigliati per questo scopo\*.
- L'ibuprofene non è raccomandato in corso di varicella o se c'è uno stato di disidratazione, quando per esempio ci sono vomito e diarrea o in altre situazioni di mancanza di liquidi.

Potete usare uno di questi farmaci per alleviare il dolore e il malessere provocati dalla febbre, ma sappiate che non è necessario somministrare il farmaco per prevenire la convulsione perché di fatto non previene. Ci sono farmaci anticonvulsivanti, cioè che prevengono le convulsioni; questi farmaci un tempo venivano somministrati per prevenire l'evento convulsivo e quindi si somministravano per tempi anche lunghi. Sono farmaci sedativi del sistema nervoso centrale e oggi si sa che il loro uso è sconsigliato nella prevenzione degli episodi convulsivi perché possono avere diversi effetti collaterali.

*\*Quando dovete somministrare una medicina al vostro bambino fate attenzione al principio attivo del farmaco e non al nome commerciale: questo per evitare di dare farmaci identici, cioè con lo stesso principio attivo pensando di dare invece cose diverse; in questo modo si evitano anche i sovradosaggi o usi non appropriati delle medicine. ♦*

## Bibliografia

- [1] Strengell T, Uhari M, Tarkka R, et. al, Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 2009; Vol. 163 (9).
- [2] Subcommittee on Febrile Seizures, Clinical Practice Guideline-Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure, Pediatrics, Vol. 127 No. 2 February 2011, pp. 389-394
- [3] Moreno M, Furtner F, Rivara FP. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163(9):872.
- [4] AIFA, Raccomandazioni WGP sull'uso di FANS nei bambini, Nov. 2010.

Per corrispondenza:  
Stefania Manetti  
e-mail: doc.manetti@gmail.com

informazioni per genitori

# Libri: occasioni per una

## Viaggio multidimensionale nei sentimenti della cooperazione



**Paolo Rumiz**  
*Il bene ostinato*  
Feltrinelli, 2011  
pp. 144, euro 14

Paolo Rumiz racconta la storia dell'ONG italiana CUAMM - Medici con l'Africa, giunta a 60 anni di vita. Lo fa con la sua maestria da narratore *on the road*, lasciando emergere in più punti, senza imbarazzo alcuno, una commozione non certo di maniera, per quello "sfondamento del mio orizzonte culturale" che questa esperienza gli ha prodotto. È un piccolo grande libro che mi sono affrettato a leggere. Sia perché l'Autore stesso me ne aveva parlato, di sfuggita, come di un avventurarsi su un terreno nuovo per lui: non solo in senso geografico (siamo abituati ai suoi viaggi/pellegrinaggi verso Est) ma anche per il tema, quello degli aiuti allo sviluppo, che non nasconde di avere sempre visto con un certo scetticismo. Sia perché conosco bene il CUAMM, così come molte delle figure centrali del libro (e dell'organizzazione), a partire dal mitico Don Luigi Mazzucato a Don Dante, passando per alcuni dei volontari - a volte di intere famiglie che si sono passate la mano da generazione a generazione in questa missione - incontrati dall'Autore.

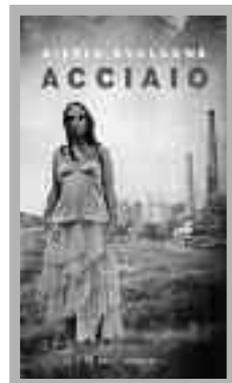
Il libro è un viaggio multidimensionale. Un viaggio faticoso, come non potrebbe essere diversamente, tra le terre e i paesaggi diversissimi dell'Africa orientale (dal Mozambico alla Tanzania, dall'Uganda al Sudan) per visitare gli ospedali dove opera il CUAMM, incontrare medici, infermieri e logisti, e restare attoniti di fronte alla varietà di spettacoli offerti dalla natura e dagli uomini e alla straordinarietà e drammaticità delle vicende di quelle popolazioni. Un viaggio in luoghi dove "la vita si sovrappone con una forza impressionante al passaggio della morte" e dove "tra morte e vita il diaframma può

essere sottile come una zanzariera". E, ancora, un viaggio nel mondo e nei sentimenti della cooperazione, nel saliscendi di stati d'animo, inevitabile da quelle parti: tra il senso di inattività di fronte all'immane compito o alle forze che si muovono avverse, il dubbio di contribuire indirettamente a una tragedia di dipendenza e dolore, e l'esaltazione di concorrere a salvare vite umane che altrimenti sarebbero perdute, sentirsi utili, importanti, indispensabili.

Da questo saliscendi non si salva nessuno, nemmeno le impressioni dell'Autore, stratonate dalle montagne russe offerte dai diversi paesaggi, dai diversi personaggi e dalle buche sulle piste. D'altronde, questo saliscendi è una, certo non la sola, garanzia che dietro il "bene ostinato" (grande titolo, un programma e una filosofia in due parole) ci siano anche un pensiero, una razionalità, una capacità di critica continui e tentativi incessanti di miglioramento, che è quanto ha caratterizzato il CUAMM - Medici con l'Africa, più di ogni altra organizzazione non governativa. Leggetelo questo libro, sia che siate o vi sentiate almeno in parte partecipi di questo mondo e di queste idee, sia che non lo siate. È comunque un "viaggio intorno all'uomo", in quella parte del mondo dove di questo uomo, sia chi conosce l'ostinazione del male sia chi persegue quella del bene, si può ancora vedere la storia, e conoscere gli affanni.

*Giorgio Tamburlini*

## L'estate di adolescenti turbolente in un quartiere operaio



**Silvia Avallone**  
*Acciaio*  
Rizzoli Editore,  
collana La scala  
pp. 368, euro 18

Silvia Avallone ha solo 26 anni, è molto brava a scrivere ed è anche bella; per colpa della sua avvenenza ha anche dovuto

soportare le intemperanze verbali di Bruno Vespa, entusiasta del suo decolté a Venezia, quando ha vinto il Premio Campiello opera prima 2010 con *Acciaio*.

Ci si immerge da subito nella lettura partecipe di una storia molto cruda e attualissima di adolescenti turbolente, con tutti i loro sogni e le aspettative, la voglia di libertà e di bruciare le tappe; ma sullo sfondo, tra i casermoni di via Stalingrado a Piombino, anche gli altri giovani vivono e scalpitano tra insofferenza per le scarse prospettive della vita di tutti i giorni, disagio, disillusione e assenza di ideali. *Acciaio* è scritto con una prosa incalzante e senza respiro, alterna poesia e pugni allo stomaco, belle descrizioni di luoghi, persone e sentimenti; si fa leggere volentieri e poi difficilmente si dimentica. Anna e Francesca sono due amiche di "tredici anni quasi quattordici" inseparabili che in quell'estate magica del 2001 ("... nessuno la può dimenticare. Anche il crollo delle Torri fu... parte dell'orgasmo che provarono nello scoprire che il loro corpo stava cambiando") prendono consapevolezza del loro nuovo corpo dagli sguardi diversi con cui le osservano ragazzi e adulti. Un'estate indimenticabile per loro, fatta di giochi infantili, ma anche di sensualità e primi amori. Purtroppo la consapevolezza del potere della loro bellezza sugli altri non porterà loro molta fortuna. Via Stalingrado è un non luogo, è un'occasione per ambientare in una qualunque provincia italiana degradata questa storia di adolescenti inquiete, tra coetanei in cerca di trasgressione e fuga, genitori violenti e nullafacenti, operai delle acciaierie in cerca di un nuovo ruolo e identità, in questa povera Italia di oggi. In tutto il racconto c'è tanto acciaio, quello prodotto dalla grande fabbrica di Piombino, che dà da vivere ma al tempo stesso distrugge e che tutto permea: gli operai, che a 20 anni sono già finiti, i loro vestiti, la natura e perfino i gatti, randagi, malati, storpi... Silvia Avallone scrive di adolescenti ma non in maniera giovanilistica e superficiale come Federico Moccia. I suoi personaggi sono veri, crudi, calati nella realtà e nella storia; è l'occasione per parlare di ambizioni sbagliate, di genitori assenti, di morti bianche in fabbrica e più in generale della perdita complessiva dei valori in una società che non crede più in nulla se non nel sesso e nel denaro facile.

# buona lettura

Il libro è abbastanza malinconico e pessimista, forse alla fine lascia un po' l'amaro in bocca la mancanza di un lume di speranza. Ma se cerchiamo un lieto fine, altri sono i libri e gli Autori da leggere!

*Fabrizio Fusco*

## Mimì e la tragedia dell'emigrazione italiana



**Mario Desiati**  
*Ternitti*

Mondadori 2011  
pp. 264, euro 18,50

Mimì Orlando è costretta a lasciare i suoi scogli, l'odore di salsedine, la Puglia per la Svizzera, dove il padre lavorerà nella grande fabbrica che produce lu Ternitti: l'Eternit, l'amianto, promessa di ricchezza per migliaia di emigranti ignari delle esalazioni destinate a ucciderli. Se il *ternitti* nutre, il *ternitti* distrugge. Le famiglie si rifugiano in gelidi capannoni divisi da fogli di compensato.

In Svizzera tra la quindicenne Mimì e il diciottenne Ippazio, solitario e sfuggente compaesano anche lui operaio di ternitti, sboccia una passione segreta. Nella "casa di vetro", la fabbrica abbandonata dove vivevano come bestie gli emigrati, una notte alla luce di un fiammifero accadde che... Mimì resta incinta, ma decide di non abortire. Anni '90. Mimì è di nuovo in Puglia. Sola. Con una determinazione e un orgoglio che fanno di lei una donna eccezionale, coraggiosa e selvatica. Ha una figlia adolescente, Arianna, poco più giovane di lei. Ma accanto a loro non ci sono uomini, per Arianna non c'è un padre. Mimì vive con feroce innocenza le esperienze della vita, si riprende giorno dopo giorno la giovinezza che non ha mai potuto vivere, con le sue inquietudini e le sue paure che la portano a rifugiarsi sotto un letto per ascoltare gli antenati. "Ternitti" nel dialetto significa anche tetto, e su un tetto, finalmente a contatto col cielo, Mimì saprà riscattare un paese, una terra e forse anche un amore. Molti di questi lavoratori italiani oggi sono morti o, se sopravvissuti, gravemente malati, in sintesi rappresentano la più grande e silenziosa tragedia

dell'emigrazione italiana. Questo romanzo è il racconto toccante di questo massacro silenzioso che ha scavato nel profondo le carni di giovani lavoratori, di padri e madri che volevano dare un futuro ai loro figli senza sapere che stavano condannando se stessi a una morte lenta e dolorosa. L'Autore intreccia la tragedia di questi operai con una combattuta storia d'amore, quella di Mimì, ragazzina ribelle, di Scorrano in Puglia, guidata nelle sue scelte dalle voci degli antenati (allucinazioni, fantasmi?) e dalla voglia di emancipazione. La donna ha il coraggio e la forza di tirare su la figlia, di lavorare in un cravattificio e riesce anche, con la sua allegria e la sua vitalità, a essere un punto di riferimento per tutti. Ma a poco a poco i pugliesi, che sono andati a lavorare l'eternit, muoiono colpiti da tumori incurabili ai polmoni. E con loro se ne vanno anche le donne che hanno lavato i panni dei mariti. Mimì è una figura affascinante con la sua bellezza mediterranea, con la sua gentilezza e la sua voglia di vivere e di lottare, con la sua sincerità e il suo cuore generoso. La troviamo alla fine per protesta sul tetto della sua fabbrica per giorni e notti intere perché gli imprenditori vogliono trasferire il cravattificio in India, per sfruttare meglio gli operai.

*Nicola D'Andrea*

## Ricostruire la propria storia



**Kyung-Sook Shin**  
*Prenditi cura di lei*

Neri Pozza, 2011  
pp. 220, euro 16,50

Il romanzo moderno è fatto di parole da leggere in solitudine. Lettura silenziosa, privata, senza alcun mediatore. Il romanzo entra quindi direttamente dentro di noi con la stessa facilità con cui mangiamo un budino, direbbe Henry James; ma anziché arrivare nello stomaco, penetra nella mente e qualche volta anche nel cuore. E mentre noi siamo convinti di leggere una storia, talvolta è la storia nar-

Il libro  
*Nel mare ci sono i coccodrilli*  
recensito in questa rubrica  
(Quaderni acp 2010;17(5):230)  
ha vinto l'edizione 2011  
del Premio Fahrenheit

rata a impossessarsi di noi. Questo potrebbe essere uno di questi romanzi. Un soggetto semplice, quasi essenziale: un po' di azione e il necessario, disperato bisogno di comprendere e di ricostruire una storia, la propria, e quella della propria famiglia. Chi siamo, se non possediamo ricordi? Forse è questa la domanda che ha portato la scrittrice a interrogarsi sul passato della famiglia per penetrare meglio il dolore causato dalla scomparsa della madre. È necessaria una voce narrante in terza persona per affrontare il dolore del ricordo e per iniziare a raccontare. Storia di famiglia, memorie di superficie che dapprima affiorano con difficoltà, poi, con lo scorrere delle pagine, incalzano sempre più tumultuosi. Questi ricordi generano sofferenza e molta fatica. Ricordi necessari per dare un senso all'angoscia di aver perso (in senso letterale!) la propria madre e non riuscire più a ritrovarla in un affanno, in un'ansia che non danno pace ad alcun familiare. Portiamo alla luce quell'antico gesto, quella vicenda che ci turbò. Veniamo a conoscenza di segreti inconfessabili anche se ricolmi di purezza. Scopiamo così di non aver mai pronunciato quelle parole che consideravamo come già dette. Parole necessarie per recuperare una relazione familiare che è rimasta incompiuta, e che solo la sparizione della madre ha reso consapevole, mentre le vicende della vita, il lavoro, gli impegni che si accavallano di giorno in giorno ci avevano fatto dimenticare: la forza dell'abitudine in questo può essere terribile. Le storie passate dei vari personaggi – figli, marito – sono immediatamente fruibili come narrazione in una prosa asciutta, secca. Non c'è spazio per una introspezione del profondo. Sono le azioni, le esperienze, gli eventi accaduti alla famiglia a plasmare le emozioni e gli stati d'animo. Sentimenti che si riconoscono solo con la consapevolezza del ricordo. Alla fine di questa cupa tensione narrativa c'è un brusco cambio di registro quando, finalmente, un protagonista si rivela a noi lettori parlando in prima persona con una disarmante dolcezza. Siamo in uno dei più sperduti villaggi nelle montagne di una poverissima Corea del Sud. Ma ognuno di noi sta camminando per quel sentiero della memoria che conduce alla propria mamma.

*Costantino Panza*

## Film o saggio? *The Tree of Life*

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

“Dov’eri tu quando io gettavo le fondamenta della terra? Mentre gioivano in coro le stelle del mattino e plaudivano tutti i figli di Dio?”. Non vi perdetevi questa iniziale citazione biblica (Giobbe 38,4) se volete almeno una delle tante chiavi di interpretazione del discusso film di Terrence Malick, *The Tree of Life*, Palma d’oro a Cannes 2011. Non ve la perdetevi, per avere un’idea di quello che vedrete. Applaudire o fischiare, gustare o disprezzare, amare o no, dipende da altro: e precisamente dalle personali convinzioni su che cos’è un film. Sensazioni, emozioni, poesia, colore, luci, musica, filosofia, religione? Andate pure a sedervi in sala. Una bella storia, intrecci, colpi di scena, finale imprevedibile? Restatevene a casa. Doverosa premessa per parlare della quinta fatica di questo schivo regista di settant’anni che inserisce una normale microstoria familiare nella macrostoria dell’universo, consegnando agli spettatori, in linea con il lamento di Giobbe, più domande che risposte.

Film filosofico e religioso, pertanto, sussurrato con la voce dei protagonisti e urlato con la potenza delle immagini. Se Malick – dopo *La rabbia giovane* (1973), *I giorni del cielo* (1978), *La sottile linea rossa* (1998) e *Il nuovo mondo* (2005) – ha voluto trasferire sullo schermo i suoi interrogativi mistici sul silenzio di Dio, sulla creazione e sulla fine del mondo, sul contrasto tra natura e fede, sul senso della vita e della morte, inchiniamoci alla sua arte. Se, invece, ha voluto raccontare una storia nella storia, non possiamo fare a meno di avanzare qualche perplessità. La ministoria, dunque. Siamo in Texas, negli anni Cinquanta. È qui che nasce e cresce Jack, immerso nella natura e nella vita tranquilla della provincia, ma sbalottato tra le carezze amorevoli della madre e i severi insegnamenti del padre. La famiglia si amplia con l’arrivo di altri due fra-

tellini, e Jack comincia a contestare il padre, ex militare e convinto assertore dell’etica borghese del guadagno. Relax e tensione scandiscono i rapporti interpersonali, momenti di crisi in famiglia e sul posto di lavoro, baci e schiaffi, grattacieli che prendono il posto degli alberi, erbacce da estirpare nel giardino di casa, giochi dei bambini e stagioni che si susseguono: tutto normale. Il *big bang* arriva all’improvviso, quando muore (come?) uno (chi?) dei fratelli. È allora che la madre, il padre e il maturo Jack entreranno in crisi. Come tutti gli esseri umani, si porranno delle domande senza altre risposte al di fuori di quelle dettate dalla fede. Ritorna il lamento di Giobbe: “Ero sereno e Dio mi ha stritolato, mi ha afferrato la nuca e mi ha sfondato il cranio, ha fatto di me il suo bersaglio”. Ritornano anche gli eterni interrogativi: esiste l’aldilà? Anche il male e la morte rientrano in un disegno divino? Jack adolescente riesce a strappare un abbraccio affettuoso al padre; Jack, architetto, si orienta all’interno di grattacieli di cristallo; Jack, uomo, si perde in immagini oniriche e nel caos della storia. Probabilmente, Terrence Malick non ha voluto fare un film, ma un saggio sofferto e zeppo di suggestioni non sempre decifrabili. E, allora, è comprensibile il discordante effetto che *The Tree of Life* ottiene sugli spettatori. Come Jack, anche noi personalizziamo micro e macrostorie; come Jack, percorriamo bivi a catena. Godere del volo degli uccelli, della vita dei pesci, delle foreste, della potenza dei vulcani e delle onde marine, dei canyon d’America e dei giardini di Bomarzo, oppure diventare tristi per la natura che nasce e muore sotto i nostri occhi e inorridire di fronte alla violenza gratuita di un dinosauro? La domanda chiave – non nuova, in verità, nella storia del cinema (si pensi, se non altro, a *2001: Odissea nello spazio* di Kubrick e a *Hereafter* di Eastwood) – è soprattutto questa: che incidenza hanno un solo uomo e una sola famiglia nella storia dell’umanità? Non conosco le riflessioni degli altri. Posso parlare solo in prima persona e confessare che 139 minuti di immagini e suoni

hanno avuto la potenza di rispolverare in me un pensiero espresso da R. Carrington nella *Guide to Earth History* che da tempo avevo accantonato perché, francamente, non m’era per nulla dolce naufragare in quel mare! Lo riporto in sintesi. Diceva, sostanzialmente, che, se riuscissimo a contrarre il tempo dell’esistenza del nostro pianeta in un anno, l’uomo si presenterebbe sulla scena del mondo alle 23,45 circa del 31 dicembre e il tempo della storia scritta sarebbe limitato agli ultimi 60 secondi dell’anno. È giocoforza, allora, aggrapparsi alle consolatorie sequenze finali. *L’albero della vita*, per Jack, per Malick e per tutti noi, pur avendo le radici nel caos, protende i suoi rami nell’aldilà, come un ponte che ci proietta oltre il tempo, nel paese degli incontri con i nostri cari e della riconciliazione degli spiriti.



*The Tree of Life*

Regia: Terrence Malick

Con: Brad Pitt, Sean Penn, Jessica Chastain, Fiona Shaw, Joanna Going, Hunter McCracken

USA, 2011

Durata: 139', col.

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: [italospada@alice.it](mailto:italospada@alice.it)

# Mitologia di una pandemia

## Dove si racconta come la grande pandemia cominciasse con un goal

Damiano Colazzo

Pediatra di famiglia, ASL Bari

Siamo a La Gloria, Stato di Veracruz, Messico, febbraio 2009.

Anche quella mattina, Edgar Hernandez, sveglia ragazzino di 5 anni (*vedi foto*), era andato con i suoi amici a disputare la consueta partita di calcio, su un campo improvvisato, racchiuso com'era dai recinti gremiti di suini della Smithfield Foods, multinazionale USA, fornitrice di bistecche del mercato americano.

Edgar non era certo quello che si dice un campione e quindi il suo ruolo in campo era quello di difensore "fisso". In altre parole non doveva in alcun caso allontanarsi dai dintorni della propria area di rigore, rappresentando egli l'estremo baluardo di interdizione delle azioni avversarie, prima del portiere. Le partite si svolgevano quindi lontano da lui, quasi nonostante lui, in un territorio, la cui frequentazione gli era, per un oscuro motivo, vietata.

Quella mattina, però, la storia gli avrebbe offerto una straordinaria possibilità di rivalsa: quel lancio filtrante sembrava proprio indirizzato a lui: dinanzi a sé si stendeva un'intera fascia di campo assolutamente libera. Non poteva rinunciare. La palla schizzava sulle pozzanghere, incrementando così la sua velocità e a Edgar sembrava irraggiungibile.

Improvvisamente il portiere avversario gli si parò dinanzi e a quel punto la decisione fu tutt'uno con il movimento: si ritrovò in terra, e quella scivolata gli sembrò interminabile, fino a quando la punta del piede destro riuscì a toccare appena la sfera che si diresse lentamente verso la porta.

Edgar si ritrovò con il viso sotto la staccionata di uno dei recinti, a tu per tu con il muso gocciolante di un maiale che gli alitò addosso.

Fu così che quel virus misterioso, nato dal casuale riarrangiamento genetico di particelle virali di derivazione suina e aviaria, giunse a stretto contatto con le mucose respiratorie di Edgar.

Avidi recettori epiteliali accolsero gli antigeni virali stabilendo con loro un solido legame. Il genoma del virus, sfruttando parassitariamente il DNA delle cellule respiratorie di Edgar, cominciava a replicarsi in maniera esponenziale: nuove cellule venivano infettate e una cascata di mediatori chimici metteva in subbuglio il sistema immunitario del nostro terzino.

Dopo poche ore comparvero febbre altissima, cefalea violenta, mal di gola e una tosse squassante, espressione di una grave pneumopatia che lo portò all'insufficienza respiratoria e al ricovero in ospedale.

Ecco: Edgar Hernandez era il paziente zero della pandemia influenzale A(H1N1): tutto cominciò da lì. Da quella scivolata, da quel maiale.

Nel giro di pochi giorni tutti gli abitanti di La Gloria presentarono gli stessi sintomi e nel giro di alcune settimane l'infezione raggiunse le località vicine. Le autorità sanitarie tendevano a sottovalutare la portata di quell'infezione, che appariva molto simile a una comune influenza; ma quando si verificarono i primi decessi e la contagiosità si rivelò elevatissima, gli organismi di controllo sanitario internazionali espressero serie preoccupazioni.

Intanto Edgar, il paziente zero, era guarito e aveva fatto ritorno nella sua modesta abitazione. Non poteva certo immaginare di essere, proprio lui, il responsabile di tutte quelle riunioni di commissioni nominate dai ministeri della sanità di mezzo mondo. L'OMS, intanto, aveva promosso l'infezione al ruolo di pandemia e nei mesi successivi erano state allertate le autorità di frontiera di quasi tutti i Paesi del mondo. Mentre commissioni mediche emanavano quotidianamente linee guida, le azioni delle aziende farmaceutiche produttrici di farmaci antivirali e di vaccini schizzavano alle stelle. Nelle menti dei viaggiatori che, con le mascherine sulla bocca, vagavano per le sale degli aeroporti si materializzavano gli spettri della grande epidemia spagnola del 1918 e i ricordi letterari de *La Peste* di Camus: il conflitto fra il

pragmatismo illuminato del dottor Rieux e il fatalismo religioso, intriso di accenti profetici sulla ineluttabilità del giusto castigo divino contro un'umanità peccatrice, di padre Paneloux, apparivano straordinariamente vicini. La mitologia che nel corso dei secoli aveva alimentato la paura degli uomini riguardo alla furia distruttrice della "pestilenza", che sfuggiva a qualsiasi controllo, sembrava oggi bussare alle nostre porte e l'uomo appariva più che mai disarmato, impaurito e racchiuso in un guscio formato da sospetti che gli facevano apparire ogni simile come un potenziale untore.

Tutte queste paure dovevano dimostrarsi infondate. Nel giro di pochi mesi la gravità dell'infezione apparve molto meno severa del previsto e tutte le simulazioni degli epidemiologi si rivelarono erronee: tutte sbagliate.

Nulla di questo panorama da fine del mondo aveva però varcato la soglia della casa di Edgar. La sua vita era ripresa normalmente: andava nuovamente a scuola, litigava con i fratelli, guardava la TV, ma il piccolo sentiva che qualcosa era cambiato. I suoi compagni lo salutavano più calorosamente ed Edgar si sentiva fiero di tanta considerazione: quel primo goal aveva cambiato la sua vita e lo aveva fatto crescere improvvisamente. ♦

**EDGAR HERNANDEZ, IL PAZIENTE ZERO DELL'INFLUENZA A(H1N1)**



Per corrispondenza:  
Damiano Colazzo  
e-mail: colazzo@tin.it



## Una bibliografia e una notizia interessanti

Due note interessanti nella rubrica NpL di questo numero: una viene da Cesena, l'altra da Valdagno.

### I CONSIGLI DI LORETTA

I consigli di lettura di Loretta Righetti della Biblioteca dei ragazzi "Adamo Bettini" di Cesena sarebbero stati libri per bambini da mettere nella valigia per le vacanze, ma in questo numero di *Quaderni* arrivano tardi. Però sono sempre buoni e possono servire anche ai pediatri che possono utilizzare questa piccola "bibliografia" da 0 a 5 anni. Sono libri irresistibili e davvero per tutti i gusti.

**1,2,3... 10 coniglietti.** Di Giovanna Mantegazza. Illustrazioni di Roberta Pagnoni. La Coccinella, 2011.

*"Per fare ai suoi piccoli un bel vestitino, Coniglia ha comprato una tela di lino. Un pezzo di stoffa, due punti, una spilla: ecco un abito per Milla Camilla"*.

Età di lettura: 3 anni.

**7 gatti.** Di Daniil Charms. Illustrazioni di Alessandra Fusi. Zampanera, 2011.

*Chi riuscirà a indovinare come si chiamano questi SETTE GATTI?*

Età di lettura: dai 4 anni.

**Al buio vedi...** Di Massimo Canuti, Gianluca Belmonte. Franco Cosimo Panini, 2010.

*Al buio vedi chi è ancora sveglio, che un desiderio si avvererà e che sta per arrivare un temporale... Il contrasto tra le pagine nere e la stampa luminescente rende il libro ancora più emozionante (dalla presentazione).*

Età di lettura: dai 2 anni.

**L'albero delle fiabe. Storie curiose.** Di Roberto Piumini. De Agostini, 2011.

*Sui suoi rami non crescono foglie, ma tenere storie illustrate, fiabe e favole da leggere prima della nanna per fare tanti sogni felici...*

Età di lettura: dai 4 anni.

**Alice Cascherina.** Di Gianni Rodari. Illustrazioni di Elena Temporin. Emme, 2011. *Alice che casca sempre dappertutto! Cade nella sveglia, nella bottiglia, e nel fondo dei cassetti, nel taschino del papà. Per fortuna riesce sempre a salvarsi...*

Età di lettura: dai 5 anni.

**Amelia vuole un cane.** Di Tim Bowley, André Neves. Kalandraka, 2008.

*Amelia vorrebbe tanto prendere un cane per portarlo a correre nel parco e farlo dormire nella sua stanza per tenere lontano i mostri dal suo letto; è talmente grande il suo desiderio che fa di tutto per convincere il papà.*

Età di lettura: dai 4 anni.

**L'arca di Noè.** Di Roberto Piumini. Illustrazioni di Valentina Salmaso. Emme, 2011.

*Ancora prima di "C'era una volta", c'era il tempo dell'arca di Noè: il tempo in cui terra, cielo, animali e uomini si conoscevano appena, e in cui imparavano, per la prima volta, ad andare d'accordo.*

Età di lettura: dai 3 anni.

**L'archeologo.** Di Liesbet Slegers. Clavis, 2011.

*Una professione poco comune, ma affascinante viene spiegata ai bambini...*

Età di lettura: dai 4 anni.

**Il bacio più grande.** Di Joanna Walsh e Judi Abbot. Traduzione di Marinella Barigazzi. Nord-Sud, 2011.

*Tanti baci dolci e affettuosi... ma quale sarà il bacio più grande?*

Età di lettura: 3 anni.

**Banda di maiali!** Di Mireille d'Allancé. Babalibri, 2010.

*Se si pronuncia la parola sbagliata può succedere di essere trasformati in maiali o asinelli.*

Età di lettura: dai 4 anni.

**Beniamino.** Di Lynne Rickards e Margaret Chamberlain. Il Castoro, 2011.

*Il pinguino Beniamino si sveglia una mattina e scopre di essere diventato tutto rosa! Che ne sarà di lui, così "diverso" dagli altri pinguini?*

Età di lettura: dai 5 anni.

**Beppe.** Di Paula Carballeira. Kalandraka Italia, 2008.

# Nati

*Il topolino della Luna si chiama Beppe. Beppe andò sulla Luna perché gli avevano detto che era fatta di formaggio...*

Età di lettura: dai 3 anni.

**Bravo, Boris!** Di Carrie Weston, Tim Warnes. Mondadori, 2011.

*Miss Chiocchia organizza con la sua classe una gita in montagna. Per fortuna c'è l'orso Boris, l'alunno più "ingombrante" di tutti, ma forte e generoso e, soprattutto, un vero amico!*

Età di lettura: dai 5 anni.

**Un cane in viaggio.** Di Elio Pecora. Illustrazioni di Beppe Giacobbe. Orecchio acerbo, 2011.

*Nella filastrocca di un cane in viaggio, un cane con "un orecchio bianco e un orecchio marrone" si mette in viaggio, lascia la sua casa comoda, tranquilla per andarsene in giro per la campagna. Perché?*

Età di lettura: dai 5 anni.

**Capricci e pasticci.** Di Silvia Roncaglia. Emme, 2011.

*Giampi è arrabbiato perché la mamma non gli ha comprato un paio di stivaletti. Si sfoga con l'amico draghetto Lumpi Lumpi, ma anche lui fa i capricci perché vuole un cappello piumato...*

Età di lettura: dai 5 anni.

**Chi c'è nel bosco?** Di Tommaso Levente Tani. Emme, 2011.

*Questa è la prima di molte domande, che trovano via via risposta, in un gioco attraverso le stagioni...*

Età di lettura: dai 12 mesi.

**Cosa fa il delfino?** Di Elly Van der Linden & Marianna Van Tuinen. Il castello, 2011.

*I bambini si divertono a rispondere alla domanda "cosa fa il..." guardando le illustrazioni vivaci degli animali...*

Età di lettura: dai 12 mesi.

**Evviva Zorba!** Di Giuseppe Caliceti. Arka, 2011.

*Zorba, come tutti i cani troppo vivaci, combina spesso qualche guaio. I suoi padroni, come tutte le persone un po' stresse, s'innervosiscono spesso per un nonnulla. Ma come farebbe la sua famiglia a vivere senza di lui?*

Età di lettura: dai 4 anni.

**La famiglia Caccapuzza.** Di Sara Agostini, Marta Tonin. Gribaudo, 2010.

*Questa è la storia disgustosa di una famiglia molto curiosa...*

Età di lettura: dai 3 anni.

**Il grande sbadiglio.** Di Monika Spang e Sonja Bougaeva. Il Castoro, 2011.

# per Leggere

*È sera. Lo zoo è chiuso. Tutti gli animali si rilassano dopo la lunga giornata e... cominciano a sbadigliare. La prima è la tigre, ma si sa: lo sbadiglio è contagioso! E ben presto l'epidemia si diffonde in tutto lo zoo...*

Età di lettura: dai 5 anni.

**Lupo lupo, ma ci sei?** Di Giusi Quarenghi, Giulia Orecchia. Giunti, 2011.

*Dal 2003 questo cartonato continua a stupire e a incantare i più piccoli, vogliamo proporlo ancora, in questa recentissima riedizione...*

Età di lettura: dai 3 anni.

**La mamma.** Di Alessandro Sanna. Emme, 2011.

*Albo cartonato che si riallaccia agli storici "libri coi buchi".*

**Il mio compleanno.** Di Febe Sillani. Emme, 2011.

*Ah, il compleanno è proprio un gran giorno!!!*

Età di lettura: dai 5 anni.

**Oh oh.** Di Sophie Fatus. Emme, 2011.

*L'intento è quello di educare i più piccoli alla bellezza grafica, al senso del colore, alla pulizia delle forme. Il libro è stato affidato a un illustratore di grande qualità e personalità.*

Età di lettura: dai 12 mesi.

**P di papà.** Di Isabel Minhos Martins, Bernardo Carvalho. Topipittori, 2011.

*Un ritratto, affettuoso e gentile, di tutti i papà che possono abitare in un uomo...*

Età di lettura: dai 3 anni.

**Parole e immagini.** Di Xavier Deneux. La margherita, 2011.

*Marco e Lisa accompagnano i piccoli lettori alla scoperta del mondo che li circonda...*

Età di lettura: dai 18 mesi.

**Il piccolo seme.** Di Eric Carle, Mondadori, 2011.

*Il vento soffia forte e porta lontano i semi dei fiori: uno è più piccolo degli altri, ma riesce a superare tutte le avversità...*

Età di lettura: dai 5 anni.

**Pizzi e merletti.** Di Annette Tison e Talus Taylor. Nord-Sud, 2011.

*Sfogliando una rivista, Barbabella vede un abito di pizzo bellissimo e decide di farsene uno tutto da sola. Ma il lavoro è troppo lungo! Ha bisogno dell'aiuto dei fratelli e delle sorelle...*

Età di lettura: 3 anni.

**Prime parole.** Emme, 2011.

*Pagine cartonate e coloratissime per imparare le prime parole!*

Età di lettura: dai 12 mesi.

**Quassù sull'albero.** Di Margaret Atwood. Giralangolo, 2011.

*Il 2011 è stato dichiarato dall'ONU "Anno internazionale delle Foreste": i piccoli lettori potranno imparare ad amare gli alberi, che tanto danno alla terra, e a confrontarsi con la natura, magari considerandola come una vera e propria compagna di giochi, insieme ai fratellini protagonisti di questa storia...*

Età di lettura: dai 5 anni.

**Il signor G.** Di Gustavo Roldán. La Nuova frontiera junior, 2011.

*Il signor G. abita nel deserto, dove nulla accade, nulla cresce e tutto sembra essere totalmente immobile. Finché, un giorno, il signor G. ha un'idea: piantare un fiore nel deserto...*

Età di lettura: dai 5 anni.

**Toc! Toc! Che fiaba è?** Di Giovanna Mantegazza. La Coccinella, 2011.

*Ecco un viaggio divertente e avventuroso tra tutte le fiabe più belle!*

Età di lettura: dai 5 anni.

## Valdagno, città del libro 2011

L'Associazione "Forum del Libro", in collaborazione con il Centro per il Libro e la Lettura e ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani), ha annunciato i risultati del Premio "Città del Libro" 2011.

Tra i Comuni con un numero di abitanti compreso tra 10.001 e 30.000 la giuria, presieduta dal prof. Tullio De Mauro, ha premiato la città di Valdagno e l'iniziativa "Valdagno racconta di notte...". A ogni Comune vincitore andrà un premio di 2000 euro. Sono stati più di 230 i formulari di candidatura al Premio "Città del Libro" 2011 inviati da tutta Italia a confermare il successo riscosso quest'anno dal Premio. L'iniziativa, nata nel 2009, intende promuovere e far conoscere le "buone prassi" per incoraggiare la lettura con la convinzione che il libro potrà resistere tanto alle trasformazioni tecnologiche quanto alle ondate di "ignoranza" e scarso interesse che periodicamente colpiscono un Paese portando ad annunciare la fine della "cultura". Ecco allora che l'Associazione "Forum del Libro" ha pensato a questa iniziativa per raccogliere le numerose proposte creative e innovative di promozione alla lettura messe in campo ogni anno sia da grandi che da piccole realtà territoriali. Valdagno, grazie all'Assessorato alle politiche culturali, alla Biblioteca Civica, alle librerie, alle associazioni culturali (Guaxinet), e a numerosi cittadini, promuove ogni

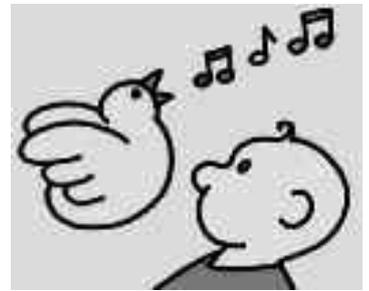
anno la lettura e la cultura del libro a bambini, adulti e anziani con un ricco programma di iniziative quali presentazioni di libri, incontri con l'autore, letture ad alta voce, letture animate ecc. Importante è la collaborazione con le scuole, dagli asili nido alle scuole superiori. I libri della Biblioteca valdagnese sono disponibili negli studi pediatrici, nelle case di riposo, dai parrucchieri, nelle scuole stesse e presso la Scuola di Musica. Le persone poi che per motivi di salute o per mancanza del trasporto pubblico non possono raggiungere la Biblioteca possono chiedere la consegna a domicilio dei libri richiesti. Sono disponibili anche diversi lettori volontari, formati con appositi corsi. "Valdagno racconta di notte...", alla terza edizione, è un'iniziativa nata da una giovane cittadina e promossa dalla Biblioteca Civica per invitare, anche solo per una serata, i valdagnesi e le loro famiglie a ritrovarsi attorno a un racconto. A questa serata possono partecipare tutti, in piena autonomia e nel segno del dialogo, dell'ascolto e della creatività. La Biblioteca ha messo inoltre a disposizione lettori volontari. All'edizione premiata del 2010, svoltasi in occasione della Giornata Mondiale del Libro, hanno partecipato 242 persone a cui si sono aggiunti più di 2500 studenti delle scuole valdagnesi che hanno aperto le porte alle famiglie anche in orario serale.

"Questo riconoscimento è di certo un premio per la qualità delle proposte e delle attività della nostra Biblioteca - commenta il sindaco di Valdagno, Alberto Neri - da anni attiva nella promozione della cultura del libro e divenuta un vero e proprio punto di riferimento per la cittadinanza. I numeri stessi resi noti annualmente parlano chiaro, confermando il sempre maggior numero di utenti e un trend in continua crescita dei diversi servizi messi in campo". "La cultura valdagnese passa anche di qui - è il commento dell'assessore alle politiche culturali, Maria Cristina Benetti - grazie alla rete di collaborazioni e di attori che è nata nel tempo. Il lavoro sin qui intrapreso non può finire proprio ora, anzi, questo importante riconoscimento ci dà nuovi stimoli a proseguire. Con il premio ricevuto sarà possibile continuare a investire nella promozione della lettura e nelle iniziative che verranno promosse in favore. Il prossimo anno il 'Forum del Libro', promosso dall'omonima associazione, si terrà proprio a Vicenza e chissà che l'esempio valdagnese non possa servire per nuove attività da realizzarsi anche fuori dal territorio comunale".

Michele Cocco

# Musica in gioco. Esplorazioni sonore nella prima infanzia

Cecilia Pizzorno  
Musicologa, Coordinamento nazionale NpM, Lavagna (GE)



## Abstract

### Playing Music. Exploring sounds in early childhood

*Is it possible to think that a very small child could produce music? The sounds produced by a baby or a small child don't resemble what adults would consider music. As the music of differing cultures and times are different from each other nevertheless the very action of producing sounds, giving them sense and organization to communicate to others is a common trait of all cultures. Common points turn out to be based on conducts, that is on motivation and behaviour. Musical conducts manifest themselves in very early infancy. Starting from these considerations we suggest practical ways of stimulating very small children to explore every day materials and objects so to create their own 'personal music'.*

Quaderni acp 2011; 18(5): 236-237

**Key words** Musical conducts. Play. Sound explorations. Personal wellbeing (adult/child)

È lecito affermare che un bambino piccolissimo produca musica? Le sonorità prodotte da un bambino non ricalcano ciò che per gli adulti è musica. In maniera analoga le musiche di diverse culture ed epoche non si somigliano; tuttavia l'atto stesso di produrre particolari sonorità, di dare loro un senso e organizzarle per comunicarle ad altri è comune a tutte le epoche e culture. I punti di contatto si rivelano a livello delle condotte, cioè delle motivazioni e comportamenti. Le condotte musicali si manifestano nella primissima infanzia. A partire da queste riflessioni si suggeriranno modalità operative per stimolare i piccolissimi a esplorare materiali e oggetti quotidiani per inventare "musiche personali".

**Parole chiave** Condotte musicali. Gioco. Esplorazioni sonore. Benessere personale (adulto/bambino)

Nel pieghevole di "Nati per la Musica", in "suggerimenti per i genitori", viene affrontato l'argomento riguardante l'esplorazione sonora dei bambini. Vi è scritto di "offrire oggetti e piccoli strumenti che producono suoni", di "prestare attenzione ai bambini ascoltando e valorizzando le loro scoperte sonore".

Ma come agire? Che cosa il pediatra può consigliare ai genitori per favorire queste scoperte sonore? L'articolo è nato dall'esigenza di dare una risposta pratica a queste domande.

Per ognuno di noi la parola musica ha significati e connotazioni diversi. Se proponiamo ai nostri amici un brainstorming silenzioso chiedendo a ciascuno di annotare ciò che la parola richiama ne risulterà una mappa policroma che rimanda a generi musicali, sensazioni, luoghi di fruizione, autori, brani musicali e altro. Questo arcobaleno di accezioni nasce dal nostro essere, da vissuti, convinzioni. Non c'è quindi da stupirsi se nel corso degli anni, anche per gli addetti ai lavori, la definizione della musica, legata intima-

mente alla pedagogia musicale, ha subito modificazioni. La conoscenza della musica delle altre culture, di quella contemporanea e della musica concreta hanno contribuito a modificarne la definizione. Da una parte del mondo a un'altra le musiche non si assomigliano. Cosa c'è allora di comune che lega le persone alla musica? La risposta è forse semplice: fare musica, utilizzando un corpo sonoro o la propria voce, fa appello a motivazioni e comportamenti universali.

## Le condotte musicali dei bambini

Si può parlare di musica quando un bambino soffia in un tubo, gratta una superficie ruvida o strofina un oggetto sul tavolo? Non risulta difficile cogliere il germe di un'invenzione musicale in una produzione sonora di un bambino di otto mesi. La teoria del francese François Delalande, uno dei principali innovatori della pedagogia musicale, è centrale: il bambino già nei suoi primi mesi di vita, nel suo gioco spontaneo con i suoni, fa musica [1-2-3]. L'affermazione è sostenuta dalla

considerazione che le principali condotte musicali del bambino sono sovrapponibili a quelle del musicista adulto. Delalande definisce *condotte musicali* i comportamenti che, in ambito musicale, la persona mette in atto per soddisfare i propri bisogni [1]. La condotta è distinta dal comportamento, in quanto è l'insieme di "azioni coordinate tra loro in una strategia con un fine".

La finalità del divertimento e del piacere viene soddisfatta essenzialmente da tre dimensioni che rimandano a giochi spontanei differenti (*box*):

- giochi legati all'esplorazione *sensorimotoria* (o giochi di esercizio), connessi alla manipolazione, che implicano sensazioni tattili, uditive e cinestetiche;
- giochi rivestiti di una componente *simbolica* che evocano emozioni e stati d'animo ("come se...", facendo finta), nei quali il bambino, sonorizzando personaggi e circostanze, attribuisce al suono un significato preciso, ponendo nelle proprie produzioni tutto il suo vissuto emotivo;
- giochi di *regole*, legati al piacere di rispettare e creare, appunto, regole.

Si può verificare che nell'esperienza musicale si intrecciano componenti sensorimotorie, simboliche e formali; la dimensione comune tra il mondo del bambino e quello del musicista è dunque il gioco [2]. I termini giocare e suonare, non a caso, in alcune lingue coincidono (*jouer, spielen, to play*); entrambi si riferiscono a libere manifestazioni della pulsione vitale e sono legati ad attività che si concretizzano nello *spazio potenziale*, quello spazio intermedio tra interno ed esterno, una sorta di terreno di gioco, luogo instabile dove si forma la creatività [4].

## Le esplorazioni sonore e il ruolo dei genitori

Le esperienze sensoriali che il bambino vive sono ricche di significati che riguardano la sfera emotiva. Il bambino percepisce e fa conoscenza di ciò che lo circonda

Per corrispondenza:  
Cecilia Pizzorno  
e-mail: [ceciliapizzorno@libero.it](mailto:ceciliapizzorno@libero.it)

musical-mente

attraverso gli affetti vitali, sintonizzandosi affettivamente con il mondo. “Ci si può sintonizzare con il modo in cui il bambino afferra un giocattolo, tiene un cubo, dà un calcio o ascolta un suono” [5].

Il rapporto che il bambino costruisce spontaneamente con l'ambiente e le fonti sonore in esso contenute assume diverse forme e condotte [1]. A partire dal primo mese il piccolo acquisisce schemi di movimento che gli consentono di far presa sull'ambiente circostante. È il processo delle reazioni circolari primarie che mettono in gioco il suo corpo. Un suono interessante è ripetuto più volte, esercitato per se stesso. A quattro mesi il bambino sfiora casualmente un oggetto capace di generare suono: lo sguardo segue la direzione del suono. Le relazioni circolari secondarie mettono in gioco gli oggetti: il bambino non è ancora in grado di mettere in relazione il gesto con la produzione di suono, in quanto azione globale. L'abbinamento gesto + risultato sonoro viene ricercato per se stesso e provoca un piacere plurisensoriale e sinestetico che rappresenta un insieme di sensazioni uditive, visive e cinestesiche. Vengono, via via, sperimentati nuovi schemi motori: strofinare con la mano, con le dita, con il pugno. Il bambino ha già succhiato, battuto, grattato e ingloba nel suo universo gestuale (assimilazione) questa nuova competenza motoria; nello stesso tempo regola, in funzione di questo nuovo modello, gli schemi motori già posseduti, operando ciò che si definisce accomodamento. Verso i sette-otto mesi, a poco a poco, prende coscienza dell'azione che ha generato il suono. Comprende che modificando il gesto avrà suoni diversi e sarà in grado di riprodurre alcune sonorità scoperte per caso. La ricerca sarà sempre più orientata a ottenere “quel suono”. Il piacere sensoriale lascerà posto al piacere dell'atto e la manipolazione sarà intenzionale: grattare, percuotere, pizzicare, strofinare, tamburellare gli oggetti ricercando ripetizioni, alternanze, variazioni e combinazioni di *gesti-suono*. Il passaggio dall'esplorazione di un oggetto materiale all'esplorazione di una singolarità sonora, scoperta e scelta consapevolmente, è un momento decisivo e centrale, che cede il passaggio dall'esplorazione di un oggetto all'invenzione musicale [3-6].

I bambini dunque accedono alla musica attraverso il fare. Fin da piccolissimi sono produttori di proprie forme di espressione sonoro-musicale che vanno dall'esplorazione vocale [7-8-9-10] a quella di oggetti sonori e strumenti [3-11-12-13-14]. I genitori dovrebbero essere attenti a queste forme di sperimentazione sonora dei bambini per sensibilizzare la loro attenzione e porli in un atteggiamento di curiosità per quel tipo di attività. Nei

genitori dovrebbero nascere lo stupore e l'interesse per questo tipo di esplorazione sonora e dovrebbero essere stimolati ad ascoltare.

L'ascolto, oltre a essere la modalità primaria di comprensione delle produzioni e dei comportamenti dei piccoli, costituisce un rinforzo fondamentale per l'apprendimento.

I bambini poco ascoltati sono poco propensi ad ascoltare; se si presta loro attenzione, imparano ad ascoltare e incrementano naturalmente la propria motivazione alla conoscenza [6-15]. L'adulto dovrebbe offrire materiali e oggetti differenti in momenti diversi: la proposta di un solo, ricco oggetto sonoro alla volta, senza mostrare alcuna modalità esecutiva, favorirà la concentrazione e la scoperta. Lo *scarabocchio sonoro* cede il passo a una strategia di invenzione, centrata su singolarità che il bambino sceglie e sviluppa. Alcuni mostrano già di avere uno stile personale, privilegiando per esempio l'alternanza di gesti-suono, altri suonano accompagnandosi con la voce e il dondolamento del corpo, altri ancora mostrano in sequenza il catalogo di varietà sonore, scoperto [16].

### Oggetti sonori o strumenti convenzionali?

Il criterio base è che gli oggetti proposti abbiano una buona sonorità e che non possiedano piccole parti facilmente staccabili. Quindi vanno bene oggetti naturali e oggetti di uso comune: barattoli di materiali diversi, pentole o coperchi di alluminio leggero, piatti e bicchieri di plastica, cucchiari e cucchiaini dal suono brillante, campanelli e campane, libri cartonati e plurisensoriali, sassi, legni, setacci, tubi di vario materiale e dimensione, imbuti, carta di tutti i tipi, grate del forno. Il requisito fondamentale è che abbiano, appunto, precise caratteristiche sonore. Solo così potranno superare la “prova sonora” e prenderanno posto accanto agli strumenti convenzionali, come tamburo, piatto sospeso, chitarra, timpano, cembalo, xilofono, djembè che è un membranofono della famiglia dei tamburi a calice originario dell'Africa Occidentale e oggi diffuso in tutto il mondo.

Accanto agli strumenti ci saranno sicuramente battenti (convenzionali oppure og-

getti adatti ad essere utilizzati con quella funzione, per esempio cucchiari di legno, di metallo o di plastica).

Il piacere di fare musica in famiglia e, genericamente in compagnia, permette a tutti i partecipanti di essere, al contempo, attori protagonisti e spettatori, di rispettare i tempi e le abilità personali, le attitudini artistiche, la curiosità, l'immaginazione, la creatività [15]. Senza riempire troppo tutti gli spazi: in ogni viaggio le soste sono importanti, così come il silenzio è parte integrante della musica. Porsi in ascolto dei bambini con cui interagiamo ci permette di accogliere le diverse proposte e realizzare itinerari estetici che aprono finestre a scorci inaspettati. ♦

### Non conflitti di interesse da parte dell'Autore.

#### Bibliografia

- [1] Delalande F. Le condotte musicali. Bologna: CLUEB, 1993.
- [2] Delalande F. La musica è un gioco da bambini. Milano: Franco Angeli, 2001.
- [3] Delalande F (a cura di). La nascita della musica. Esplorazioni sonore nella prima infanzia. Milano: Franco Angeli, 2009.
- [4] Winnicott D. Gioco e realtà. Roma: Armando Editore, 2005.
- [5] Stern DN. Il mondo interpersonale dei bambini. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- [6] Frapat M. L'invenzione musicale nella scuola dell'infanzia. Bergamo: Edizioni Junior, 1994.
- [7] Mazzoli F. Cantar Giocando. Dossier allegato a Bambini (2008, n. 7). Bergamo: Edizioni Junior 2008.
- [8] Tafuri, J. Nascere musicali. Percorsi per educatori e genitori. Torino: EDT, 2007.
- [9] Mazzoli F, Sedioli A, Zoccatelli B. I giochi musicali dei piccoli. Bergamo: Edizioni Junior, 2004.
- [10] Pizzorno C, Rosatti L. Con la voce, Laboratorio interattivo PuntoEdu INDIRE per la formazione neoassunti, 2005.
- [11] Addressi AR, Pizzorno C, Seritti E (a cura di). Musica Zero-tre. Atti del Convegno Nazionale SIEM, 2007. Erre Erre Torino, Allegato al n. 144 di Musica Domani. Torino: EDT, 2007.
- [12] Nuti G, Filippa M. In un nido di suoni. Aosta: Le Chateau Edizioni, 2006.
- [13] Pizzorno C, Rosatti L. Il gioco dell'orchestra: utilizzo creativo di strumenti musicali e oggetti sonori. Laboratorio interattivo PuntoEdu INDIRE per la formazione neoassunti, 2005.
- [14] Sedioli A. La cassetta dei suoni. Bazzano: Artebambini, 2009.
- [15] Nati per la musica. Progetto per la diffusione della musica da 0 a 6 anni, [www.natiperlamusica.it](http://www.natiperlamusica.it).
- [16] Pizzorno C, Rosatti L. I bambini hanno uno stile? In Delalande F (a cura di). La nascita della musica. Esplorazioni sonore nella prima infanzia. Milano: Franco Angeli, 2009.

### BOX: ALCUNE DEFINIZIONI DI MUSICA DI BAMBINI DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA

... è una cosa divertente: si canta, si gioca, si balla...

... si trova da tutte le parti e si possono fare tante cose.

... le note messe insieme formano la musica.

*La prima riflette la componente legata ai giochi-senso motori, che esprime appieno la curiosità del bambino verso il musicale; la seconda si richiama al gioco espressivo intenzionale, capace di evocare e rappresentare simbolicamente situazioni, personaggi e circostanze; la terza al gioco di regole.*

## Alto Patronato del Presidente della Repubblica al Congresso Nazionale dell'ACP

Il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano ha concesso l'Alto Patronato al Congresso Nazionale dell'ACP (Roma, "Il bambino che verrà", 13-15 ottobre 2011). È la prima volta che accade e ne siamo orgogliosi.

### Chicco crede che i gemelli non si possano allattare al seno\*

Se non bastassero tutte le violazioni al Codice internazionale che ci vengono segnalate a confermarci che le normative attuali sono insufficienti a proteggere l'allattamento da scorrette pratiche di marketing dei sostituti del latte materno, biberon e tettarelle, oggi a ricordarcelo c'è lo spot televisivo che pubblicizza il biberon Chicco *Step Up1*, che senza timore di sbagliare definiamo la pubblicità più aggressiva di alimentazione artificiale trasmessa in TV negli ultimi anni! Lo spot inizia con una frase che conosciamo tutti molto bene: "L'allattamento al seno è sempre consigliato, ma quando non è possibile..." oggi le mamme sanno che, quando allattare non è possibile, possono contare su un biberon che riproduce al 100% il loro seno!

Lo spot prosegue magnificando le doti di questo biberon e idealizzandone l'uso con immagini di paternità e maternità felice, che mostrano due gemelli alimentati con il biberon Chicco. Si conclude poi con la frase: "Per il loro benessere! e se stanno bene loro stanno bene tutti... *Step Up*, la felicità è un viaggio che inizia da piccoli".

Noi tuttavia siamo convinti che per il loro benessere la cosa migliore è che possano essere allattati al seno dalla loro mamma, perché il biberon non fa rima con benessere, ma con maggiori rischi di malattie acute e croniche, maggiore rischio di obesità, minore sviluppo intellettuale, maggiori rischi di tumore al seno e all'utero per la mamma. Ricordiamo che l'alimentazione artificiale è responsabile del 13% delle morti di bambini con meno di 5 anni ogni anno nel mondo!

Le ricerche ci dicono che ogni madre può allattare anche se ha due o tre gemelli, purché sia informata, sostenuta, incorag-

giata e – aggiungiamo noi – protetta da scorrette pratiche di marketing delle ditte di latti e biberon! Oltre alla vergognosa idealizzazione dell'alimentazione artificiale, vietata dal Codice internazionale, la pubblicità è quindi fuorviante in quanto trasmette la falsa informazione che non è possibile allattare due gemelli. Per questo, come associazioni di tutela e promozione dell'allattamento, non ci stanchiamo di denunciare pubblicità ingannevoli e meschine, il cui successo va a detrimento del successo dell'allattamento. Pubblicità simili

- contribuiscono a idealizzare come normale, facile, sicura e "naturale" l'alimentazione artificiale al biberon, nascondendo tutti i rischi a essa legati, a breve e a lungo termine. Vedi lo spot a questo indirizzo: [http://www.youtube.com/watch?v=3F\\_Cpys4TDs](http://www.youtube.com/watch?v=3F_Cpys4TDs) oppure <http://www.stepup.chicco.com/it/intro.asp>;
- fanno sembrare l'allattamento come ideale ma poco praticabile, difficile, riservato a poche fortunate;
- confondono i genitori con informazioni sbagliate: in questo caso si trasmette la logica deduzione che non è possibile allattare dei gemelli;
- fanno leva sulla fragilità delle madri dopo il parto, quando sono più stanche, piene di dubbi e magari anche più sensibili a messaggi pubblicitari che presentano l'alimentazione artificiale come la soluzione ai loro problemi.

Pertanto, continuiamo a chiedere

- alle istituzioni di continuare ad adoperarsi a fare il più possibile per impedire che vengano permesse pubblicità come queste;
- alle compagnie produttrici e distributrici di sostituti del latte materno, di ricordare i propri impegni rispetto al Codice internazionale e il loro impegno morale di fronte ai genitori e ai lattanti, di dare informazioni corrette senza scoraggiare l'allattamento al seno.

\* *Comunicato congiunto (19 giugno 2011) di ACP, Aicpam, Babyconsumers, Ibfan Italia, Il Melograno, la Leche League Italia, Mami.*

#### Riferimenti

- <http://www.stepup.chicco.com/it/home.asp>
- Per i rischi legati all'alimentazione artificiale vedi: allattamento e uso del latte umano (American Academy of Breastfeeding, 2005) [http://www.aicpam.org/docs/AAP\\_Allattamento2005.pdf](http://www.aicpam.org/docs/AAP_Allattamento2005.pdf)
- [www.ibfanitalia.org](http://www.ibfanitalia.org)

Allattare al seno dei gemelli

- <http://www.ospedalebambinogesu.it/portale2008/default.aspx?ItemId=3299>
- <http://www.illi.org/lang/ital/italnbmayjun97.html>
- <http://www.ilmondodeigemelli.it/home/generale/quando-sono-pi%C3%B9-duo/quando-sono-pi%C3%B9-duo/allattare-tre-gemelli-si-pu%C3%B2>
- <http://www.dors.it/latte/docum/%E2%80%9CExclusive%E2%80%9D%20Breastfeeding%20of%20Quadruplets.pdf>

## ANSA e City travisano una ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità\*

Un comunicato dell'ANSA parla di "comportamenti sbagliati come far dormire i bimbi nel lettone". In realtà lo studio citato (<http://www.iss.it/pres/prim/cont.php?id=1153&tipo=6&lang=1>) non esprime valutazioni sul *cosleeping*, una scelta assolutamente normale e preferita da molti genitori. Nello studio, poi, il *cosleeping* non è inteso necessariamente come tenere il bimbo nel lettone, ma genericamente "dormire nella stanza oppure nel letto dei genitori". L'ANSA, fatto grave, trasforma poi il *cosleeping* in una causa di disturbi del sonno, mentre i ricercatori non mettono mai in relazione il luogo in cui dormono i bambini con i problemi del sonno.

I media enfatizzano poi il fatto che i disturbi del sonno si possano correggere, in quanto non sarebbero una condizione dipendente dai geni; le conclusioni degli Autori invece sono che i fattori ambientali hanno, sì, una notevole importanza, ma i fattori genetici influenzano i comportamenti notturni dei bambini per circa un terzo. Perciò gli interventi per modificare questi comportamenti devono tenere conto di queste differenze individuali, ascoltare i bisogni del bambino e affrontare il problema in modo personalizzato. Queste riflessioni sull'approccio personalizzato sono riportate sia nell'abstract sia nelle conclusioni, ma il comunicato ANSA e gli articoli che ne sono seguiti sulla stampa non ne fanno cenno. Le associazioni dei genitori protestano quindi per la grave superficialità del messaggio rilanciato dai media. Auspichiamo che i ricercatori dell'ISS si facciano avanti con un chiarimento destinato al grande pubblico (anche ai giornalisti) che spieghi i veri risultati della ricerca. Siamo disponibili a inoltrare questo chiarimento a tutti i nostri aderenti e ai nostri contatti. La nostra esperienza a fianco

dei genitori ci dice che dormire nella stessa stanza o nello stesso letto con il proprio bambino adottando misure di sicurezza contribuisce al benessere della famiglia, è un comportamento diffuso e normale, una risposta ai bisogni del bambino e anche ai propri: molti genitori in questo modo sono felici e dormono meglio e di più! Ricordiamo infine che dormire accanto al proprio bambino favorisce e protegge l'allattamento notturno, che gioca un ruolo fondamentale per la salute e la crescita del bambino anche dopo i primi mesi.

\* Comunicato stampa congiunto *Ibfan Italia, La Leche League, Mami, ACP* sul "Sonno del bambino".

### **Il punto sulla "Newsletter pediatrica. La sorveglianza della letteratura per il pediatra"**

A Mestre, il 5 maggio 2011, si sono riuniti Luca Ronfani, Federico Marchetti, Michele Gangemi e Federica Zanetto per fare il punto sulla "Newsletter". Si sono confermati validità, efficacia e interesse nei gruppi di lettura ACP attivi (ma non solo), per un progetto formativo in cui l'elaborazione di sintesi critiche strutturate e corrette deriva dalla condivisione e dall'affinamento continuo di un metodo e di criteri di utilità e trasferibilità dell'articolo selezionato nella pratica quotidiana.

Si è sottolineata la necessità di ulteriore visibilità e maggiore diffusione della "Newsletter" anche all'esterno dell'ACP, accanto all'attuale disponibilità di un vero e proprio archivio sul sito ACP, aperto a tutti, in cui si possono recuperare titoli, abstract e commenti.

Ci si è confrontati su possibili nuove modalità di pubblicazione della "Newsletter", condizionata in questi ultimi mesi da problemi di disponibilità di tempo da parte della redazione, e su una proposta formativa da rendere disponibile ai soci ACP, in risposta all'espresso bisogno di acquisire strumenti efficaci per attivare ulteriori esperienze di lettura in gruppo tra pari. Le proposte avanzate sono le seguenti:

a) si concorda sulla *pubblicazione garantita mensile* di una scheda di lettura, selezionata tra quelle pervenute dai gruppi attivi, sulle pagine elettroniche di *Medico e Bambino* (con e-mail alert), e nell'area dedicata del sito ACP;

b) si verificherà la possibilità di trovare sinergie con altre Newsletter sviluppate con le stesse modalità di quella pediatrica e in particolare con "Fin da Piccoli". La finalità è quella di ampliare le tematiche affrontate e di coprire aree carenti. L'ipotesi è quella di poter pubblicare mensilmente sui siti web citati al punto a) oltre alla scheda della "Newsletter pediatrica" anche una tratta da "Fin da Piccoli";

c) si prevede una preparazione di formatori su metodi e criteri per una attenta analisi della letteratura scientifica, promossa dal Burlo, come già il progetto del 2008 sul buon utilizzo della ricerca-letteratura. Inoltre, si prevede la possibilità di sviluppare percorsi formativi di base per i nuovi gruppi che volessero cimentarsi in attività di Journal Club;

d) si è ipotizzata una possibile revisione tematica delle Newsletter sinora pubblicate, con un'analisi dei contenuti selezionati nel tempo dai gruppi di lettura: una sorta di percorso di evidenze, pubblicabile secondo modalità da definire.

### **Micotossine nel latte di formula e negli omogeneizzati alla carne**

Un'alta percentuale di latti formulati e di omogeneizzati di carne, commercializzati in Italia, potrebbe essere contaminata da micotossine, sostanze potenzialmente tossiche e cancerogene proibite negli alimenti e pericolose se presenti in alimenti per lattanti.

Un gruppo di ricercatori dell'Università di Pisa (Meucci V, et al. Mycoestrogen pollution of Italian infant food. *J Pediatr* 2011;159:278-83) ha pubblicato una ricerca interessante sulla prestigiosa rivista USA *Journal of Pediatrics*. Gli Autori hanno analizzato 185 campioni di latte formulato (polvere, liquido e pronto all'uso) di 14 marche.

I latti erano in maggioranza di tipo 1, quelli raccomandati per i primi 6 mesi, ma c'erano anche latti per neonati prematuri. Hanno analizzato 44 campioni di omogeneizzati di carne, raccomandati dai 4 mesi di età, di sette marche. Le carni erano di manzo, vitello, pollo, tacchino, coniglio, maiale, cavallo e agnello. L'analisi cercava diversi tipi di zearale-

none, una micotossina non steroidea prodotta da batteri spesso presenti in diversi cereali, usati negli allevamenti di vari animali, comprese le mucche da latte, ingrediente base per la preparazione delle formule per lattanti. I risultati: diversi tipi di zearalenone erano presenti tra il 9% e il 28% dei latti 1, ma anche in uno dei campioni di latte per neonati pretermine, senza differenze significative tra le varie marche. Erano presenti anche nel 27% dei campioni di omogeneizzati alla carne senza differenze significative tra marche. Gli Autori hanno anche stimato le quantità medie di micotossine che un lattante ingerirebbe per kg di peso, se fosse alimentato solamente con latte di formula. Il valore supererebbe gli 0,5 microgrammi per kg di peso al giorno che è il limite di sicurezza raccomandato dalle più importanti agenzie di controllo internazionali. E per i bambini questo rappresenta un considerevole rischio, dati la loro velocità di crescita e sviluppo, il metabolismo elevato e l'imaturità dei loro sistemi di depurazione e di molti organi e tessuti, sistema nervoso centrale in primo luogo. Precisano gli Autori: "Le micotossine trovate negli alimenti provengono evidentemente dalle carni degli animali usati dall'industria per la preparazione di questi prodotti, dalle granaglie usate per l'alimentazione di questi animali, spesso non controllate rigorosamente, o addizionate di sostanze proibite. Il dato mette in seri dubbi la tanto decantata maggior sicurezza di questi prodotti rispetto agli alimenti di preparazione casalinga, pubblicizzata dalle ditte produttrici. Grazie al marketing, il pubblico in generale ha una percezione degli alimenti industriali per bambini (compresi i latti artificiali) come di cibi molto sicuri e controllati, mentre evidentemente non è così. Gli Autori della ricerca raccomandano a ragione controlli più rigorosi. Noi chiediamo quindi che tutti gli ingredienti che rientrano nei latti formulati e nei cibi destinati all'infanzia vengano maggiormente controllati, per la loro qualità e sicurezza, e che le ditte si impegnino a rispettare il Codice internazionale al 100%, per la tutela della salute dei bambini e la protezione dell'allattamento".

Comunicato congiunto del 20 luglio 2011 di ACP, Aicpam, Babyconsumers, Ibfan Italia, Il Melograno, Mami.

## Una eredità del prof. Luigi Capotorti: bambini che leggono

Cari amici di *Quaderni*, vedete questa foto di NpL oggi? Sono tre dei nove nipoti del prof. Luigi Capotorti. Molti di voi sono troppo giovani per averne memoria e anche i suoi nipotini non l'hanno conosciuto.

A voi e a loro rivolgo queste parole, perché siete le generazioni di pediatri e di bambini cui lui guardava con grande speranza. A lui perché con i rari maestri che incontri nella vita, il colloquio interiore non si interrompe mai.

Il 1° agosto 1989, morì, salvando una persona in mare. Si dice, di una persona che non c'è più, "che ha lasciato un vuoto grandissimo". Invece quello era un nonno magico, che ha lasciato tanta pienezza. Gli piacevano i libri. Anche i libri sono magici, non lasciano mai nessuno da solo. Era un pediatra, un professore molto speciale, molto colto, sempre un passo avanti con la testa, ma anche un passo indietro, per coerenza, quando si correva solo per vanità.

Era primario all'Ospedale di Tarquinia. Aveva molti allievi che lo seguivano e così ha fondato il primo Gruppo ACP del Lazio. Ha seminato tanto. Ha organizzato a Tarquinia il secondo Seminario di ricerca in Pediatria di base. Ha iniziato gli incontri dei pediatri di famiglia presso l'auletta dell'Istituto di Puericultura dell'Università "La Sapienza", a Roma. Ha importato tra noi l'attenzione alla *Developmental-Behavioral Pediatrics* (non traducete questo titolo: ci vuole tutto il volume per tradurlo senza tradirlo).

La prima edizione del 1982 del Levine-Carey è fitta dei suoi appunti a mano, mi è stata regalata da sua moglie e le ho messo accanto le successive edizioni del '92 e del '99. Anche i libri si parlano tra loro e cambiano negli anni. Caldwell, Brazelton, Sameroff: ci guidava in questa rete di osservazioni emergenti, perché ne vedeva l'applicazione pratica. Tanti, dopo di lui, si sono appassionati a queste aree di ricerca. Ma è giusto riconoscere che il prof. Luigi Capotorti è stato il primo tra noi. Uno dei suoi interessi più grandi era costituito dalla famiglia e dalla sua influenza sullo sviluppo del bambino.

Quando si organizzavano le visite a domicilio, per la verifica di un metodo di

osservazione, lui diceva sempre: "Guardate se ci sono libri in giro, osservate quale rapporto hanno con la lettura, è importante... non solo per lo sviluppo cognitivo, ma soprattutto per lo sviluppo emotivo".

Infatti, quando realizzò l'AIRE (Affetto, Incoraggiamento, Rispetto, clima Emotivo), uno strumento di valutazione dell'ambiente familiare a uso del pediatra, i libri finirono proprio nel settore "clima Emotivo". Non è facile, per i giovani pediatri, ritrovare un numero di *M&B* del 1991, ma chi lo desidera trova on line quello schema di osservazione, che aiuta a "saper vedere", e conclude una fase di ricerca cui teneva tanto: <http://www.conosciamoci-meglio.it/Down/docs/2003/giugno/aire-.pdf>. Il 1° agosto 1989 "Nati per Leggere" ancora non esisteva, con quel nome, ma esisteva nei suoi pensieri.

Ci parlava di rispetto, praticava il rispetto per tutte le differenze, per i bambini, le famiglie, i colleghi, anche gli avversari. Ricordo quanto mi infuriavo se riceveva un torto e non reagiva neanche un po'. Era sereno, rispondeva: "Ma non ne vale la pena... lasciali stare... c'è tanto da fare".

Accoglieva i suoi allievi anche in famiglia, davanti al fuoco acceso della sua casa piena di giovani, di figli, di vita. Sua moglie Anna la sera chiedeva solo: "Quanti siamo?". E un pentolone di pasta e molti piatti si materializzavano sulla lunga tavola della cucina. Metteva in pratica l'utopia. Sbagliando ogni giorno un po', con coraggio. I suoi figli con tenacia, rispetto e sobrietà, hanno continuato le loro strade, con molta luce sorridente negli occhi. Giulia, la sua unica figlia femmina, aveva 18 anni, allora. Questi sono i figli di Giulia, oggi.

Abbiamo giocato insieme a "Nati per Leggere" perché ho avuto la fortuna di abitare vicino a lei ed essere la pediatra dei suoi bambini. Mi ha regalato questa foto e mi permette di renderla pubblica. Ne ho parlato con Biasini, che per tutti questi anni ha continuato le battaglie dell'ACP, con la stessa tenacia, con la solidarietà dei forti. Anche lui ha dei nipotini che leggono, anche lui si è commosso di fronte a questa foto.

Le pagine di *Quaderni acp* sono il luogo più adatto per dire a questi bambini che siamo fieri di loro e che siamo tanto grati al loro nonno Gigi, il nostro prof. Luigi Capotorti. Gli avevano dato una medaglia d'oro al valor civile. Questa foto, qui, è una medaglia d'oro al valore di Nonno e di Pediatra che dentro l'ACP dovremmo ricordare.

*Flavia Luchino, Pediatra*

*Il modo, da eroe quotidiano, con cui Luigi Capotorti ci ha lasciato dice tutto di lui: anche a chi non ha avuto la fortuna di conoscerlo. E quei bambini cui la lettura dona la tranquillità interiore sono un lascito per tutti noi.*



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 e
- News
- Appuntamenti
- Libri
- English

Google Custom Search

### ISCRIZIONI AL BLOG:

### DEI LIBRI ACQUISTABILI ANCHE IN E-BOOK



Fai click sull'immagine

### SPERDILA L'ULTIMO NUMERO DELLA NEWSLETTER PEDIATRICA



Spiega la Newsletter

### RISSCRIVITI IL NO DO VIA MAIL E RICEVERAI GLI AGGIORNAMENTI PERMANENTI

### ULTIME...

- [Ripetere a parlare, due anni è l'età giusta](#)
- [L'ACIP su Radio Kiss Kiss Italia](#)
- [COMUNICATO STAMPA: IL CALENDARIO VACCINALE UGUALE PER TUTTE LE REGIONI](#)
- [Bambini, ma non in ospedale: basta nei ricoveri non pediatrici](#)
- [L' "perché" dell'altalenamento al seno](#)

VENERDÌ 26 AGOSTO 2011

### Imparare a parlare, due anni è l'età giusta

di [Cecilia](#)

#### Intervista a Angelo Spataro da Simona Zazzetta di Cica33

Il linguaggio verbale si sviluppa nei primi 4-5 anni di vita con tempi ben circoscritti ai pediatri, che possono però variare da un bambino all'altro.

Per comprenderlo meglio la sua evoluzione, il ruolo dei genitori ed eventuali segnali di sospetto, Cica33 ha intervistato Angelo Spataro, pediatra dell'Associazione culturale pediatri (Acip) e responsabile del Gruppo di lavoro ACP sulla salute mentale dei bambini.



#### Dotto Spataro, quali sono gli indicatori che un genitore riserva durante lo sviluppo del linguaggio nei primi anni di vita del bimbo?

Per ordine cronologico, il neonato già a 7 mesi sviluppa la sillabazione canonica, cioè la ripetizione della stessa sillaba, attorno ai 10-12 mesi inizia a ripetere diverse sillabe nella sillabazione variata. Fa parte del linguaggio anche la capacità di esprimersi a gesti, e a 12-18 mesi utilizza il gesto dell'indice con il dito per ottenere o mostrare qualcosa, ma anche il gesto simbolico, come il fare ciao con la mano o dire no scuotendo la testa. In questa fase usa le parole-frase, per esempio mamma, per dire papà, non, per esempio, mamma viene da me, mamma lo fa. A due anni utilizza due parole, per esempio mamma latte, che a tre anni diventano la frase mamma voglio latte. Da qui in poi segue un arricchimento progressivo del linguaggio con la pronuncia di circa 600 parole a 36 mesi e 1500 parole a 4-6 anni.

#### Ma se a due anni il bambino non parla che cosa significa?

A 24 mesi il bambino deve sapere ripetere almeno 50 parole e a 30 mesi deve sapere usare due parole. Tuttavia, esistono bambini che presentano a 24 mesi un ritardo del linguaggio, ma che sviluppano facilmente dopo i 36 mesi. Questi bambini vengono definiti **perlatori tardivi**. Ma, in alcuni casi, l'evoluzione può essere atipica. Si tratta di un **Disturbo specifico del linguaggio** e in questi bambini il linguaggio sarà povero, con frasi telegrafiche, incomprendibile e povero per tutta la vita scolastica e, a volte, anche in età adulta anche se in modo meno pronunciato.

#### Quando è necessario sollevare il sospetto di un disturbo?

Il bambino con **Disturbo specifico del linguaggio**, a differenza del bambino **perlatore tardivo**, è un bambino che presenta generalmente un ritardo forte dello sviluppo neurocognitivo e motorio fin dai primi mesi di vita. Nella maggior parte dei casi questi bambini iniziano a pronunciare tardivamente le prime sillabe e usano in ritardo i gesti dell'indice e mostrare con il dito. Anche la deambulazione e il gioco simbolico, come il fare finta di bere, fare finta di andare a cavallo con una scopa, iniziano in ritardo.

#### E se tutto ciò non avviene cosa devono fare i genitori?

Se il bambino non pronuncia alcuna sillaba a 6 mesi o non pronuncia la prima parola a 18 mesi e lo prima frase con due parole a 30 mesi, specialmente se non usa i gesti, i genitori devono preoccuparsi in modo fondato che il loro piccolo possa avere un disturbo del linguaggio. In questi casi il bambino deve essere valutato dallo specialista al fine di formulare una diagnosi precoce di ritardo o di disturbo specifico del linguaggio, non più tardi del tre anni di età. La diagnosi precoce consente l'inserimento dei bambini in un piano terapeutico che avrà più possibilità di successo se avviato quanto più precocemente possibile.

#### Esistono fattori che possono influenzare lo sviluppo del linguaggio?

Lo sviluppo del cervello umano inizia durante la gravidanza e continua fino all'età adolescenziale e dipende sia da fattori biologici innati sia dall'interazione con le figure familiari e, successivamente, con i compagni di scuola e con gli amici. La lettura di libri ad alta voce da parte dei genitori fin dai primi mesi di vita, costituisce uno stimolo importante per lo sviluppo del linguaggio sia parlato che scritto.

#### Che cosa possono fare i genitori per stimolarlo?

I genitori devono facilitare il processo evolutivo del linguaggio attraverso il dialogo che inizia già dai primi mesi di vita, con la ripetizione reciproca da parte della madre e del bambino di sillabe e di parole semplici, per passare successivamente al dialogo con frasi sempre più complesse fino ai ragionamenti astratti quando il ragazzo raggiunge l'età adolescenziale.

### LO SAPEVI CHE SEI SU FACEBOOK



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

### ARGOMENTI E INDICE ANALITICO

- E a 1000 (1)
- ANTHO (26)
- ACP su Radio Kiss Kiss Italia (1)
- APOE (1)
- Alimentazione (3)
- Ambiente (10)
- Atrofia (7)
- Aspetti (3)
- Asprità (27)
- Appunti di viaggio (1)
- Barattolo/pipino (2)
- Comunità esempio (37)
- Comunità (8)
- Corrente fotografica (5)
- Corrente di innanzi (2)
- Congressi (1)
- Congressi ACP (8)
- CDS (7)
- Diano d'inni (24)
- Diario ACP (1)
- Disabilità (1)
- Disegnatrice (2)
- Distacco (2)
- Easenti ACP (1)
- EMA (1)
- Fattori (3)
- FDA (1)
- FDI (1)
- Genocidio (1)
- Immagini (1)
- Influenza acuta (22)
- Info notizie sulle malattie (131)
- Infortunio (1)

## Editoriale

- 193 L'ACP e la cooperazione internazionale:  
storie di un rapporto circolare  
*Giorgio Tamburlini*

## Ricerca

- 195 Studio di efficacia del progetto "Nati per Leggere"  
*Giacomo Toffol, Massimo Melloni, Rita Cagnin, et al.*

## Forum

- 202 Tanti, troppi tagli cesarei in Italia  
*Serena Donati*

## Salute pubblica

- 206 Piano sanitario Regione Sicilia 2010-2012  
Strumento di programmazione o puro esercizio?  
*Angelo Spataro*

## Telescopio

- 208 Esposizione precoce ad antibiotici e asma  
in età scolare: causa-effetto o bias?  
*Franca Rusconi*

## Osservatorio internazionale

- 211 L'Africa salvata dai ragazzini  
*Nicola D'Andrea*  
212 Il Codice sul marketing del latte artificiale  
*Sergio Conti Nibali*

## Info

- 214 Adolescenti e giovani adulti  
non stanno molto bene  
214 L'Università di Oxford investe in armi  
214 India: cresce l'economia, non la salute  
214 OMS: abuso di antibiotici  
214 Anche il non vedente vede la scrittura  
214 Costi per farmaci in cinque anni  
214 Rapporto nazionale sulle malattie rare  
214 Cinquantotto bambini ancora in carcere  
215 Cesarei: dimensione e tipo del centro nascita  
215 La pratica dell'iniezione letale  
215 Istituito il Garante nazionale per l'infanzia  
215 I privati nel SSN  
215 La morte di Cavour

## Aggiornamento avanzato

- 216 Cure palliative pediatriche: perché occuparsene  
*Franca Benini, Michele Gangemi*

## Congressi controlloce

- 221 Meeting annuale delle Società di pediatria  
americane e asiatiche  
*Costantino Panza*  
221 Storia "scientifica" e narrazione:  
la talassemia a Ferrara  
*Giancarlo Biasini*

## "Narrative" e dintorni

- 222 "Narrative" e dintorni: una nuova rubrica  
*Michele Gangemi, Federica Zanetto*

## Saper fare

- 224 L'intradermoreazione alla Mantoux  
*Fabio Antonelli, Paolo Siani*

## Il punto su

- 226 ADHD e genetica. Uno studio e molte reazioni  
*Silvia Zanini*

## Vaccinacipi

- 227 In arrivo la nuova stagione influenzale.  
Vacciniamo tutti i bambini a rischio  
*Rosario Cavallo*

## Farmacipi

- 228 L'agenzia europea dei medicinali ha approvato  
le prime due autorizzazioni al commercio  
per uso pediatrico  
*Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra,  
Daniele Piovani*

## Informazioni per genitori

- 229 Le convulsioni febbrili:  
molta paura... senza danni  
*Paolo Siani, Stefania Manetti*

## Libri

- 230 Il bene ostinato di Paolo Rumiz  
230 Acciaio di Silvia Avallone  
231 Ternitti di Mario Desiati  
231 Prenditi cura di lei di Kyung-Sook Shin

## Film

- 232 Film o saggio? *The Tree of Life*  
*Italo Spada*

## Offside

- 233 Mitologia di una pandemia  
*Damiano Colazzo*

## Nati per Leggere

- 234 Una bibliografia e una notizia interessanti  
235 Valdarno, città del libro 2011

## Musical-mente

- 236 Musica in gioco.  
Esplorazioni sonore nella prima infanzia  
*Cecilia Pizzorno*

## Acp news

- 238 Alto Patronato del Presidente della Repubblica  
al Congresso Nazionale dell'ACP  
238 Chicco crede che i gemelli  
non si possano allattare al seno  
238 ANSA e City travisano  
una ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità  
239 Il punto sulla Newsletter pediatrica  
"La sorveglianza della letteratura per il pediatra"  
239 Micotossine nel latte di formula  
e negli omogeneizzati alla carne

## Lettere

- 240 Una eredità del prof. Luigi Capotorti:  
bambini che leggono  
*Flavia Luchino*

### 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@csbonlus.org](mailto:info@csbonlus.org), la Newsletter bimestrale "La sorveglianza della letteratura per il pediatra" e la Newsletter "Fin da piccoli" del Centro per la Salute del Bambino. 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.