

# 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 e le malattie



**gennaio-febbraio 2012 vol 19 n° 1**

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)  
January-February 2012; 19(1)

## 1 Editorial

18 years and many documents

Giancarlo Biasini

Changing not by chance

Michele Gangemi

Advertisements and baby food

Paolo Siani, Sergio Conti Nibali, Giacomo Toffol

## 4 Research

Passive smoking exposure in children:

what happens in Piacenza

Roberto Sacchetti, Fabio Faccini, Giuseppe Gregori, Olga Hainess

## 8 Forum

Caesarean section and social context in Italy: a critical look

Grazia Colombo

## 11 Guide lines

AAP Guidelines on Febrile Urinary tract infection

in the first two years of life

Leopoldo Peratoner

## 14 Social risk

Foreign children in the paediatrician's office

Marisa Bonomi

Psychic distress and foreign children

Laura Tussi

## 19 Telescope

Acute otitis media and antibiotic therapy:

beyond the wait and see strategy?

Stefano Costa, Roberto Conti Nibali

## 22 Info

## 24 A window on the world

The enforcement of the International Code of baby food in Italy

Paola Negri

## 26 Paediatricians among two worlds

Meet the needs as they come

Arturo Alberti

## 28 A close up on progress

Relief hospitalization for severe disabilities

Antonella Brunelli, Orietta Amadori

## 31 Around Narration

The Paper in the system of children's protection

in the paediatric field

Michele Gangemi

Beauty as therapy

Mattia Antonio Acito

## 35 Appraisals

Pulse oximetry screening for severe congenital heart defects in newborn

Augusto Biasini, Giuseppe Pagano, Marcello Stella, et al.

## 38 Vaccinacipi

Influenza vaccines: a confirm and a look ahead

Franco Giovanetti

## 39 Farmacipi

Children, diseases (more or less neglected)

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani

## 40 Informing parents

Wich diapers should be used?

Elena Uga

## 42 Books

## 44 Movies

## 45 Born to read

Reading aloud: the experience with illustrated tactile books

Laura Anfuso

## 47 Musical-mente

Born for Music initiatives

Stefano Gorini

## 48 Meeting synopsis

# Quaderni acp

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

## Direttore

Michele Gangemi

## Direttore responsabile

Franco Dessì

## Direttore editoriale ACP

Giancarlo Biasini

## Comitato editoriale

Antonella Brunelli

Sergio Conti Nibali

Luciano de Seta

Stefania Manetti

Costantino Panza

Laura Reali

Paolo Siani

Francesca Siracusano

Enrico Valletta

Federica Zanetto

## Collaboratori

Francesco Ciotti

Giuseppe Cirillo

Antonio Clavenna

Carlo Corchia

Franco Giovanetti

Italo Spada

Maria Luisa Tortorella

## Organizzazione

Giovanna Benzi

## Progetto grafico

Ignazio Bellomo

## Programmazione Web

Gianni Piras

## Indirizzi

### Amministrazione

Associazione Culturale Pediatri

via Monteferru 6, 09070 Narbolia (OR)

Tel. / Fax 078 357401

### Direttore

Michele Gangemi

via Ederle 36, 37126 Verona

e-mail: migangem@tin.it

### Ufficio soci

via Nulvi 27, 07100 Sassari

Cell. 392 3838502, Fax 079 3027041

e-mail: ufficiosoci@acp.it

### Stampa

Stilgraf

viale Angeloni 407, 47521 Cesena

Tel. 0547 610201

e-mail: info@stilgrafcesena.com

### 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)

Redazione: [redazione@quaderniacp.it](mailto:redazione@quaderniacp.it)

**PUBBLICAZIONE ISCRITTA  
NEL REGISTRO NAZIONALE  
DELLA STAMPA N° 8949**

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

## LA COPERTINA

"Prima dell'iniezione", Norman Rockwell (1894-1978), copertina del *Saturday Evening Post* del 15 marzo 1958. Stockbridge, Massachusetts, The Norman Rockwell Museum.

**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](mailto: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;5:10-14.  
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) Sitoura 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 referere 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.

# 18 anni e un centinaio di fascicoli

Giancarlo Biasini  
Direttore editoriale ACP

“*Dum loquor hora fugit*”, scriveva Ovidio. Dal luglio 1994 al dicembre del 2012 sono passati 18 anni e un centinaio di fascicoli di *Quaderni acp*. Tanto è durata la mia direzione di questa rivista. Nei primi anni un grande contributo è venuto da Salvo Fedele cui si devono, fra l'altro, l'idea e la realizzazione della prima redazione telematica. Poi il carico è stato prevalentemente mio, ma intanto cresceva il contributo dei redattori. Alcuni diventavano responsabili di rubriche, altri curavano i contatti con i referee, croce e delizia della *peer review* di cui recentemente si è molto discusso nel mondo editoriale, mentre il lavoro di realizzazione della rivista passava attraverso le nostre pazienti “ragazze” della Stilgraf, Paola e Sara, e poi attraverso Lori, sempre oltre la perfezione, e Giovanna cui si devono l'eleganza delle nostre pagine e la ricerca delle copertine.

A metà del 2011 ho chiesto al presidente dell'ACP di abbandonare la funzione di direttore dicendogli: “Sto bene, ma non so fino a quando”. Dato che ogni giorno rapisce qualcosa, diceva Seneca, meglio pensarci per tempo a passare il testimone. Così, da questo numero, lascio questo ruolo. Il direttivo dell'ACP mi ha affidato il compito di direttore editoriale. Vedrò di cosa si tratta. Cercherò di non fare lì la parte dell'atenato; diceva Montanelli che gli atenati stanno bene nei quadri “e non stiano lì a rallentare l'evoluzione”. Ma vale la pena ri-pensare a cosa siamo stati in questi 18 anni. *Every journal has a personality... represenst the mix of interest and skill in its editorial team*, scriveva *Lancet* la scorsa estate. La rivista deve tentare di trasferire ai lettori il senso di questa personalità, provare a creare fra sé e i lettori un legame che ne faccia un *unicum* per trasformarne la vita e, nel nostro caso, la visione del mondo professionale. La rivista deve trasformare il lettore e il lettore la rivista, anche senza apparire. Qual è la nostra *personality*?

– **Primo:** ci occupiamo di cure primarie. Una parte dei bambini che hanno necessità di questo tipo di assistenza transita facilmente nelle Unità Operative ospeda-

liere. Uno dei nostri temi è stato quello di stabilire un livello di comunicazione culturale omogenea e dignitosa fra queste due entità.

– **Secondo:** abbiamo cessato dal 2007 ogni rapporto con la pubblicità. Una recente rassegna sistematica (PloS Med 2010;7:e1000352) sostiene (ce n'era bisogno?) che la presenza della pubblicità influisce sulla prescrizione.

– **Terzo:** abbiamo fatto il tentativo d'inserire nell'ambito delle cure primarie, territoriali e ospedaliere, gli scenari clinici secondo Sackett. Lo abbiamo fatto nel 2002, assai prima degli altri e contemporaneamente ad *Archimedes* di *Archives of Diseases in Childhood*. Dagli scenari chi ha imparato di più siamo stati noi che li abbiamo curati: oggi sappiamo che molti quesiti non hanno risposta, che una buona parte della letteratura che compare “facendo la domanda” è di scarso valore e che anche le metanalisi che sono costrette a utilizzare “quello che c'è” alla fine sono deboli. E, dato che i redattori di questa rivista sono operatori sul campo, ci si è accorti che il trasferimento delle evidenze al malato e alla famiglia senza un'attenzione al rapporto medico/paziente rischia di rafforzare eccessivamente l'autorità/autoritarismo del medico. Ci è sembrato che la strada della Medicina Narrativa fosse percorribile e l'abbiamo proposta ai lettori. Ci si perdoni la seconda presunzione: anche qui per primi.

– **Quarto:** non siamo soli nel mondo; le vicende della sanità internazionale, e quelle editoriali delle maggiori riviste mediche, non salgono tanto spesso le scale delle riviste di medicina italiane. Salgono poco anche quelle della politica sanitaria italiana. Non volere distinguere, mantenendo una irragionevole equidistanza fra le scelte della politica sanitaria del nostro Paese, è cosa che i lettori non possono chiederci. Le scelte sulla salute dei bambini, dopo il Progetto Obiettivo Materno Infantile (20 aprile 2000!) sono state folli, incoerenti e baggiane. Lo abbiamo scritto, a ogni piano sanitario, con ampia documentazione. “Illuminismo” forse inutile, ma dovuto.

– **Quinto:** fin dai primi numeri ci siamo occupati di libri e di film; ci sembrava che la maturazione del pensiero del medico, i suoi rapporti con il mondo delle persone che gli stanno intorno, non potessero prescindere dal suo rapporto, che la scuola ha troppo spesso interrotto, con la cultura classica: i libri e le arti. Abbiamo trovato in Italo Spada un critico cinematografico di spessore e di scrittura semplice, dote essenziale per farci comprendere dai lettori. Le nostre copertine, curate da Giovanna Benzi, sono un repertorio affascinante della pittura del mondo dei bambini. Da questa contemporanea attenzione ai libri, iniziata fin dai primi numeri da Nicola D'Andrea, alle arti e allo sviluppo del bambino è uscito “Nati per Leggere”, un progetto di cui sono orgoglioso e che è andato oltre quanto immaginato ad Assisi nel 1999. E da “Nati per Leggere”, per intuizione di Stefano Gorini, a completare il panorama delle Muse, è gemmato “Nati per la Musica”. La separazione fra “Le due Culture”, la scientifica e la letteraria/artistica, presentata nel 1959 da Charles Percy Snow, ha rivelato tutto il suo contenuto semplificatorio. In realtà lo scopo di entrambe è comprendere il più possibile la realtà, darle un senso. Per Paul Klee, “*l'arte non riproduce il visibile, cioè il vero, ma lo rende visibile*”. Montale sosteneva che lo scopo della sua poesia era di avvicinarsi alla verità. Verità e Bellezza: Monod azzardava che “*una bella teoria può anche non rivelarsi esatta, ma una brutta teoria sarà più probabilmente sbagliata*”. E Silvagni, l'allievo di Murri, azzardava che nella comprensione del malato dovremmo cercare di avvicinarci alla soluzione più vera, quasi “*alla perfezione dell'idea*”. La comprensione della realtà si diceva più sopra: cosa c'è di importante per un pediatra che ha davanti una famiglia con un problema di salute? Le storie che ha saputo cogliere dalla letteratura, da un film, da un dipinto lo possono aiutare a comprendere la storia che sta ascoltando in ambulatorio? Tutto questo insieme, guardando a ritroso, mi pare sia stata questa rivista. L'augurio non è che rimanga la stessa, ma che cambi non per caso, ma pensando a chi la legge. ♦

Per corrispondenza:

Giancarlo Biasini

e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

editoriale

# Cambiare non per caso

Michele Gangemi  
Direttore *Quaderni acp*

*“Si parla tanto del bello che è nella certezza; sembra che si ignori la bellezza più sottile che è nel dubbio. Credere è molto monotono, il dubbio è profondamente appassionante...”.*

Oscar Wilde

Non è facile per me scrivere questo primo editoriale da direttore della rivista, ma sarebbe stato impossibile senza il sostegno del professor Biasini e di tutta la redazione. So che il direttore non vuole che ci si lasci travolgere dalle emozioni, ma gli chiedo una deroga per ringraziarlo a nome di tutta la redazione e non solo. Quanto ha fatto con rigore e impegno personale costante è stato un esempio per noi tutti, cresciuti alla sua scuola, rimanendo sempre aperti alle novità e affinando il senso critico. In sintesi, tutto si concentra in una sola parola: grazie! Wittgenstein diceva che il linguaggio verbale è inadatto per parlare delle cose più importanti... aveva perfettamente ragione! Riparto dall'ultima raccomandazione del suo editoriale: cambiare non per caso, ma in funzione del lettore. Il primo quesito è dunque: chi è il lettore di *Quaderni*? È solo il socio ACP o è anche chi ci legge per via telematica senza essere socio?

*Quaderni* è indiscutibilmente la rivista dell'ACP, ma non deve limitarsi a questo target. Non ha forse il compito di attrarre il lettore al mondo ACP e alla buona pediatria più in generale?

E ancora, il mondo della pediatria coinvolge solo i pediatri o altre figure sanitarie e non?

La mia risposta è che il cambiamento del lettore, che la rivista dovrebbe operare, debba consistere nel costruire un professionista riflessivo come inteso dal noto pedagogista Schon: il professionista riflessivo non consuma formazione, ma è in grado di individuare i suoi bisogni che non possono prescindere dal suo contesto e dal suo ruolo professionale. Riusciremo a far sì che non si assista più a continue richieste di vere o presunte conoscenze e che ci si soffermi su come impara un adulto? La teoria costruttivista ha insegnato che l'adulto impara quando non è considerato un vaso vuoto,

quando si parte dalla sua esperienza e quando viene messo in condizione di sviluppare un ragionamento critico. La formazione continua del pediatra non può più essere scelta da altri, ma deve vedere il professionista capace di costruirsi un proprio portfolio in base ai bisogni percepiti, che saranno tanto più simili a quelli effettivi quanto più saranno calati nel contesto reale e nel ruolo professionale. Continuiamo a fare troppa fatica a lavorare in gruppi multidisciplinari e in un'ottica di rete. Sono certo che *Quaderni* abbia assolto a questo non facile compito, come messo in risalto da G. Biasini, attraverso l'EBM (Scenari), la Medicina Narrativa, le Humanities (libri e film) e la politica sanitaria. La rinuncia alla pubblicità, per quanto sofferta, ci ha reso unici nel panorama pediatrico. Questa scelta ha rappresentato il segnale forte di una comunità e di una redazione con forte "personality". Da tutto ciò è evidente che il percorso di *Quaderni* appare unico nell'editoria pediatrica, dove solo *Medico e Bambino*, con più ampia diffusione e target diverso, ci ha accompagnato nella difficile strada verso una pediatria riflessiva. La ricerca di una forte alleanza con *Medico e Bambino* e UPPA è una scelta irrinunciabile per far conoscere le nostre idee alla comunità pediatrica e anche alla società civile, e aver la forza di concretizzarle.

Dopo quest'analisi, che spero condivisa dai lettori, propongo tre linee di sviluppo per la rivista, da approfondire con la redazione tutta, che ringrazio per la fiducia accordatami, unitamente alla presidenza e al direttivo ACP.

1) **L'angolo degli specializzandi:** gestito dagli specializzandi stessi, ma in maniera riflessiva e non secondo le usuali modalità. Vogliamo ragionare su chi è lo specializzando oggi, partendo dall'esperienza nelle diverse realtà, dalle aspettative e dalle offerte formative.

Di questo lettore ha bisogno la rivista e di questo socio necessita l'ACP per il suo futuro.

2) **Lo spazio dei gruppi locali:** riflessioni ed esperienze nei vari contesti. Non si tratta di esporre esperienze formative o lavora-

tive fini a se stesse, quanto di fornire contributi che possono stimolare la riflessione e l'eventuale riproduzione da parte di altri gruppi. La newsletter ACP è uno strumento di formazione condiviso, nello stile di un *journal club* strutturato, che potrebbe rappresentare uno strumento di cambiamento comune. L'area dell'organizzazione dei servizi per l'età evolutiva potrebbe essere molto ricca di spunti e le esperienze locali, sia in ambito territoriale che ospedaliero, potrebbero fornire elementi per modelli esportabili e/o adattabili in altri contesti.

3) **L'educazione in medicina:** area poco esplorata dalle riviste pediatriche, ma che dovrebbe occuparsi della migliore formazione in ambito pediatrico. Non ci riferiamo solo ai medici, ma anche a tutte le numerose professioni sanitarie che potrebbero essere interessate all'ACP. La ricerca in ambito formativo è poco applicata e merita un approfondimento sia in ambito qualitativo che quantitativo. Non possiamo più investire risorse in formazione senza valutarne le effettive ricadute nella pratica. Potremmo avvalerci della collaborazione di docenti/discenti di tutte le professioni sanitarie.

Ogni cambiamento richiede tempi e modalità idonei a contrastare le naturali resistenze, ma sono certo che sapremo innovare nel solco della tradizione di questa bella rivista. La conferma di tutte le preziose collaboratrici, già citate da Biasini, ci permetterà di proseguire una collaudata modalità di lavoro di grande impegno personale e di grande professionalità.

Gianni Piras continuerà a seguire la redazione telematica e la parte on line della rivista.

Perdonatemi una citazione personale solo per ricordare che, quando fui intervistato in "Appunti di viaggio", dissi che *Quaderni* era la mia rivista preferita e confessai di essere di parte. Spero che cuore e testa mi aiutino in questo percorso in cui sarà indispensabile l'aiuto del lettore, che invito a raggiungermi con qualsiasi mezzo (posta elettronica, blog, sito) e anche a scrivere a *Quaderni*, perché le lettere sono segno della vitalità di una rivista. ♦

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

editoriale

# Messaggi pubblicitari e alimentazione infantile

Paolo Siani\*, Sergio Conti Nibali\*\*, Giacomo Toffol\*\*\*

\*Presidente ACP; \*\*Responsabile Gruppo Nutrizione ACP; \*\*\*Responsabile Gruppo Ambiente/Pediatri per un mondo possibile ACP

Il mese scorso ai genitori italiani sono giunti dei messaggi pubblicitari da parte di alcune industrie alimentari sulla presunta superiorità e sicurezza di alcuni alimenti per bambini rispetto ai cibi freschi: a detta di chi li commercia, i cibi industriali conterrebbero meno pesticidi. Purtroppo gli stessi messaggi sono stati diffusi anche dalla FIMP. Queste notizie però erano fuorvianti, per cui il direttivo e i gruppi nutrizione e ambiente dell'ACP hanno voluto chiarire la questione con un comunicato stampa che avete letto su "Appunti di viaggio" di dicembre.

È possibile pensare che un bambino, per un periodo breve o lungo che sia, debba assumere cibi "purissimi"? E solo in quel periodo? E dopo? E prima della nascita? Sì, perché "i pediatri" devono essere molto attenti anche a quello che avviene in utero e ancora prima nel periodo preconcezionale. Ma a parte i desideri, esistono cibi purissimi? E sono quelli industriali? Noi pensiamo che non sia così, come abbiamo sottolineato nel nostro comunicato.

Sappiamo che l'industria ha l'obiettivo di vendere i suoi prodotti, che questo è il suo mestiere, ma i pediatri hanno l'obiettivo di pensare alla salute dei bambini in scienza e coscienza, liberi da ogni condizionamento, senza conflitti di interesse. Vale solo la pena qui ricordare che l'ACP è l'unica associazione di pediatri che ha scelto di avere un codice di impegno di autoregolamentazione nei rapporti con l'industria.

Noi dell'ACP stiamo dalla parte dei bambini e, con la nostra presa di posizione, abbiamo voluto rassicurare e incoraggiare tutte quelle famiglie che, intorno al sesto mese di vita, ricorrono per i loro figli all'alimentazione complementare a richiesta utilizzando gli alimenti che essi stessi assumono, dopo avere ricevuto un'adeguata informazione circa un'alimentazione salutare per tutta la famiglia. Noi continueremo a incoraggiare a una

dieta sana, ricca di frutta, verdura e vegetali per tutta la famiglia, utilizzando, quando è possibile, prodotti a filiera corta e in questo caso spesso anche biologici, anche ricorrendo alla partecipazione a gruppi di acquisto solidale, i cosiddetti GAS.

Riteniamo che l'assunzione di cibi industriali, che non sono affatto più sicuri rispetto agli altri, penalizzi la cultura del cibo propria delle diverse popolazioni e delle diverse famiglie attraverso la delega a "terzi più esperti" anche del semplice atto del nutrire il proprio figlio.

Ci impegneremo a continuare a sensibilizzare gli enti preposti alla sicurezza alimentare per migliorare sempre di più le leggi e i regolamenti perché mettere a tavola cibi sicuri PER TUTTI rientra nel più vasto capitolo della salvaguardia dell'ambiente.

Per questo abbiamo richiamato la normativa sui pesticidi in vigore in tutta l'UE che è tra le più rigorose: da settembre 2008 è in vigore un nuovo regolamento che modifica le disposizioni per i residui dei pesticidi (Regolamento CE n. 396/2005 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 febbraio 2005). La legge indica i limiti quantitativi tollerabili per la sicurezza alimentare di tutti: adulti e bambini. L'Autorità europea per la sicurezza alimentare verifica che tale residuo sia sicuro per tutte le categorie di consumatori, compresi i gruppi vulnerabili come i neonati, i bambini e i vegetariani.

Abbiamo espresso – come dovuto – queste nostre convinzioni in un comunicato stampa che ha avuto una vastissima eco, ma soprattutto ha avuto un appoggio pronto e netto da parte del Ministero della Salute e di quello delle Politiche agricole, alimentari e forestali, che hanno sostenuto con forza le nostre posizioni, smentendo la tesi sostenuta dall'industria e ribadita dalla FIMP.

Il Ministero della Salute garantisce che il controllo ufficiale dei prodotti fitosanitari, compresi i pesticidi negli alimenti, è una delle priorità nell'ambito della sicurezza alimentare e gli organi competenti del Ministero stesso e delle Regioni effettuano controlli costanti sulla frutta, la verdura e i cereali. I dati in possesso del Ministero permettono di confermare che tali alimenti sono tra i più sicuri in Europa: solo lo 0,6% di frutta fresca e lo 0,3% dei cereali hanno superato i limiti fissati dalla normativa comunitaria.

Anche il Ministero delle Politiche agricole, alimentari e forestali ribadisce che "il consumo della frutta e della verdura fresca è la migliore pratica alimentare che possa essere consigliata sia per gli adulti che per i bambini. La frutta, la verdura e i cereali italiani sono di qualità eccellente anche in virtù delle tecniche di produzione utilizzate dai nostri agricoltori, rispettose dell'ambiente e della salute dei consumatori".

La percentuale dei campioni sui quali si rilevano i limiti al di sopra di quelli consentiti dalla legge, affermano dal Ministero, si attesta ben al di sotto dell'1%, contro una media europea che si aggira intorno al 3,5%.

Abbiamo ricevuto moltissimi messaggi da pediatri "sollevati" per l'appoggio fornito. Abbiamo fatto chiarezza nell'interesse dei bambini e delle famiglie ma anche della Pediatria italiana. L'industria sa difendersi da sola senza che ci debbano essere aiuti da parte di organizzazioni di pediatri nel diffondere informazioni non esatte e lontane dall'interesse dei bambini. Stupisce che altri abbiano preferito il silenzio. Neppure la Società Italiana di Pediatria ha preso alcuna posizione in merito.

Ci attendiamo dagli uni e dagli altri una maggiore cautela: le guerre commerciali non si possono fare sulla salute dei bambini. ♦

Per corrispondenza:  
Paolo Siani  
e-mail: [paolo.siani@fastwebnet.it](mailto:paolo.siani@fastwebnet.it)

# Fumo passivo e salute dei bambini: cosa succede a Piacenza

## Risultati dello studio "Aria Pulita 2"

Roberto Sacchetti\*, Fabio Faccini\*\*, Giuseppe Gregori\*\*, Olga Hainess\*\*\*

\*Pediatra di libera scelta, AUSL Piacenza; \*\*UO Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Piacenza; \*\*\*Infoambiente, Comune Piacenza

### Abstract

*Passive smoking exposure in children: what happens in Piacenza. Results of the "Clean Air 2" study*

**Objectives** One of the main objectives of the Clean Air 2 project was quantify children's exposure to passive smoking in the home environment and to assess the association of such exposure to respiratory diseases.

**Materials e methods** A questionnaire was administered to the parents of children aged 1-14 by family paediatricians in Piacenza with the help of Infoambiente, an environmental agency. A total of 1,217 questionnaires out of the 2,800 distributed were then deemed suitable for study.

**Results** About one child out of three is potentially exposed to passive smoke from at least one relative (mother, father, grandparent), one out of four to passive smoke of one parent, while one out of 12 from passive smoking of both parents. An inverse association between parental education level and their smoking habit emerged from the study and the children appeared more likely to be exposed to their mother's smoke as they grow older. There was a moderate association between mother and father's smoke and child asthma and between the smoking of both mother and father at home and recurrence of bronchitis/chronic cough in their children.

**Conclusions** The present study should encourage paediatricians to work more in building parental awareness regarding health implications of their children's exposure to passive smoke.

Quaderni acp 2012; 19(1): 4-7

**Key words** Children. Passive smoking. Asthma. Respiratory disease. Health education

**Obiettivi** Uno dei principali obiettivi di "Aria Pulita 2" è stato quello di quantificare l'esposizione dei bambini al fumo di sigaretta e determinare il suo rapporto con le più comuni patologie respiratorie.

**Materiali e metodi** Un questionario conoscitivo è stato distribuito ai genitori di bambini di età compresa tra 1 e 14 anni dai pediatri di famiglia di Piacenza con l'aiuto di Infoambiente, agenzia del Comune di Piacenza. Sono stati considerati validi per lo studio 1217 questionari su un totale di 2800 distribuiti.

**Risultati** Circa un bambino su tre è potenzialmente esposto al fumo di almeno un parente (madre, padre, nonno), uno su quattro al fumo di un genitore, mentre uno su 12 a entrambi i genitori. È emersa un'associazione inversa tra livello di istruzione e abitudine al fumo dei genitori mentre esiste una correlazione diretta tra età della madre e maggiore abitudine al fumo. Esiste anche una moderata associazione tra fumo della madre e del padre e asma infantile e tra fumo della madre e del padre in ambiente domestico e storia di bronchite/tosse cronica nei figli.

**Conclusioni** Il presente studio deve incoraggiare i pediatri di famiglia a una più efficace opera di sensibilizzazione dei genitori circa le implicazioni che l'esposizione al fumo passivo comporta per la salute di bambini.

**Parole chiave** Bambini. Fumo passivo. Asma. Patologia respiratoria. Educazione alla salute

### Introduzione e obiettivi dello studio

Nel 2003 i pediatri di famiglia (PdF) di Piacenza e Provincia iniziavano, insieme al Centro di Educazione ambientale del

Comune di Piacenza, il Progetto "Aria Pulita". A livello locale questo costituiva il primo studio, da parte di medici curanti del territorio, delle problematiche di salute collegate alla qualità dell'aria. Il

Progetto si era sviluppato in una prima fase con la distribuzione, ai genitori dei nostri pazienti, di un questionario che aveva lo scopo di valutare la percezione che le famiglie hanno dei problemi di salute dei propri figli riguardo alle malattie respiratorie, ricavare dati epidemiologici sulla prevalenza di queste patologie e il loro peso sull'attività del PdF e, infine, analizzare il livello di comprensione e consapevolezza che i genitori hanno circa il problema "inquinamento atmosferico" attraverso un'analisi dei comportamenti. I dati sono stati divulgati con la pubblicazione della ricerca, la presentazione a convegni, l'attuazione di spot televisivi sull'inquinamento dell'aria, nonché cicli di incontri e conferenze con scuole e stampa locale [1]. Il Progetto "Aria Pulita 2", a distanza di cinque anni dalla prima indagine, si pone, tra gli altri obiettivi, quello di approfondire alcuni fattori di rischio per la salute del bambino trascurati nel primo questionario, con particolare riguardo all'esposizione al fumo di sigaretta e al suo rapporto con la patologia respiratoria. Si tratta di una problematica di salute che viene considerata una vera e propria emergenza sanitaria dalle organizzazioni preposte alla tutela della salute, sia a livello europeo che mondiale, e che riteniamo debba essere opportunamente conosciuta e affrontata dal pediatra di famiglia [2-3].

### Materiali e metodi

Per "Aria Pulita 2" ci siamo avvalsi della collaborazione dell'UO di Epidemiologia del Servizio di Sanità Pubblica della AUSL di Piacenza e del Centro di Educazione Ambientale del Comune di Piacenza. Lo strumento utilizzato è stato un questionario a risposta chiusa rivolto ai genitori dei bambini di età compresa tra 1 e 14 anni. Nella prima parte si è cercato di raccogliere i principali dati anamnestici riguardanti i pazienti e le loro famiglie. Oltre ai dati anagrafici e di residenza si sono indagati la scolarità dei geni-

Per corrispondenza:  
Roberto Sacchetti  
e-mail: rosacc@tin.it

ricerca

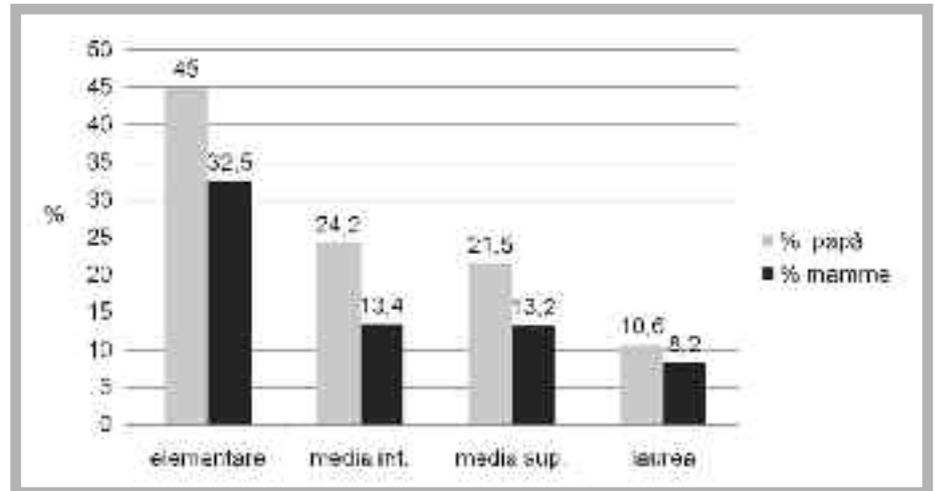
tori, l'abitudine al fumo di sigaretta da parte dei genitori e parenti più stretti (nonni) in ambiente domestico e non, l'eventuale patologia/e respiratoria/e di cui il bimbo è affetto e il numero di visite effettuate ogni anno dal medico curante per tale motivo. Nella seconda parte venivano chieste informazioni circa gli stili di vita delle famiglie (mezzo di trasporto utilizzato nel tragitto casa-scuola, tipologia di riscaldamento delle abitazioni ecc.) che non sono oggetto di questo articolo. La distribuzione dei questionari è stata affidata ai PdF di Piacenza e Provincia.

### Risultati: caratteristiche della popolazione esaminata

Si sono dimostrati interessati al Progetto e hanno dato la loro adesione 28 PdF sui 33 iscritti negli elenchi di Piacenza e Provincia. A ogni pediatra sono stati consegnati 100 questionari. I questionari sono stati distribuiti negli studi medici tra il 1° marzo 2008 e il 31 luglio 2008, seguendo un ordine puramente casuale stante la difficoltà di effettuare una efficace randomizzazione nel corso dell'attività ambulatoriale di tutti i giorni; la compilazione è avvenuta in gran parte nelle sale d'attesa. I questionari ritornati ritenuti utilizzabili per lo studio sono stati 1217 su un totale di 2800 questionari distribuiti, pari a circa il 43%. L'analisi statistica è stata condotta con il test del chi quadro e la forza delle associazioni misurata con l'*odd ratio*.

La popolazione studiata, 1217 bambini (bb) (50,9% maschi), rappresenta il 4,4% di quella totale della nostra Provincia, di età compresa tra 1 e 14 anni (circa 27.000 bb). Di questi 1217 bb, 116 (9,6%) frequentano il nido (N), 361 (29,7%) la scuola materna (MA), 446 (36,7%) la scuola elementare (E) e 168 (13,8%) le medie (ME), mentre di 123 bb (10,1%) non si conosce questo dato. Relativamente alle caratteristiche del territorio abitato, 239 (19,9%) abitano in zone di campagna, collina o montagna, 348 (28,9%) nei paesi con < 10.000 abitanti e 588 (48,8%) nei centri urbani con > 10.000 abitanti. Di questi 205 (17% della popolazione totale) abitano in centro città e 383 (31,8%) nelle zone periferiche. Per 28 bb (pari al 2,3%) non si conosce il dato.

FIGURA 1: FUMO DEI GENITORI IN RAPPORTO AL TITOLO DI STUDIO



Relativamente alle principali patologie respiratorie presentate dai pazienti, i genitori potevano indicare quattro diverse risposte: asma/bronchite asmatica, rinite allergica, bronchiti ricorrenti e tosse ricorrente che necessita di cure mediche più di sei volte all'anno. Per bronchite e tosse ricorrente si è convenuto di presentare separatamente i dati relativi alla loro prevalenza per poi accomunarli sotto l'unica definizione di bronchite/tosse ricorrente in sede di confronto con le altre patologie nella definizione di alcuni fattori di rischio (fumo di sigaretta, luogo di residenza, luoghi di gioco ecc.). Il nostro studio evidenzia una prevalenza delle principali patologie respiratorie nella nostra popolazione in aumento rispetto ad "Aria Pulita 1" per quanto concerne asma e rinite allergica [1]. Secondo quanto risposto dai genitori, 99/1217 (8,1%) bambini presentano asma/bronchite asmatica in percentuale più alta versus (vs) il 6,4% registrato nel 2003; 116/1217 (9,5%) bambini hanno rinite allergica/allergia respiratoria vs il 9% di allergie respiratorie del 2003; 103/1217 (8,5%) bambini hanno bronchite ricorrente vs il 23,5% del 2003; 160/1217 (13,1%) bambini hanno tosse ricorrente che necessita di cure mediche > 6 volte/anno vs il 22,7% del 2003; mentre 858 bb (47%) non sembrano avere alcuna di queste malattie.

### Risultati: popolazione studiata ed esposizione a fumo di tabacco

Per quanto concerne la potenziale esposizione al fumo di tabacco, il 29,6%

(360/1217) dei bambini ha almeno un familiare (mamma, papà, nonni) che dichiara di fumare, il 25,4% (309/1217) ha almeno un genitore fumatore mentre il 7,7% (94/1217) ha entrambi i genitori che fumano. Scendendo nel dettaglio il 21% (255/1217) dei bambini ha il padre che fuma, il 13% (158/1217) la mamma, l'8% (98/1217) almeno un nonno.

Fumano di più i papà con una percentuale di forti fumatori (> 20 sigarette al giorno) tra i padri (2,6%) quasi doppia rispetto alle madri (1,4%). Se valutiamo l'esposizione al fumo in ambiente domestico vediamo che percentualmente sono più le mamme, 29,7% (47/158), ad avere l'abitudine di fumare in casa rispetto ai papà, 26,6% (68/255), mentre fuma in casa il 41% (55/94) delle coppie composte da genitori entrambi fumatori. Altro dato significativo è il rapporto inversamente proporzionale tra l'abitudine al fumo e il titolo di studio dei genitori come è evidenziato nella *figura 1*. Relativamente all'esposizione al fumo di sigaretta della mamma in rapporto all'età dei pazienti la *figura 2* mostra che esiste un'associazione significativa ( $p = 0,0083$ ) tra il fumo materno e l'età dei bambini mentre non vi è analogo associazione ( $p = 0,546$ ) con il fumo paterno. Abbiamo poi cercato di vedere se, considerando i pazienti con asma e rispettivamente bronchite ricorrente/tosse che necessita di cure mediche > 6/anno, esistesse una diversa prevalenza delle patologie tra figli di sola madre fumatrice, vs quelli di solo padre fumatore o vs quelli di entrambi i genitori fumatori. Se la

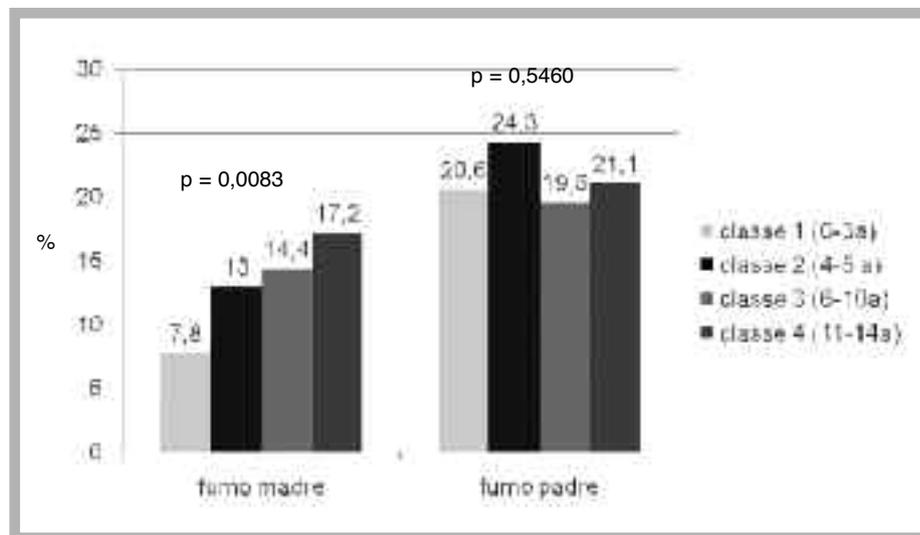
madre è la sola a fumare, la prevalenza di asma/bronchite asmatica tra i figli è del 14,6% (23/158) vs il 7,2% (76/1059) tra i figli di mamme non fumatrici con un'associazione moderata tra fumo materno e asma nei figli ( $p = 0,0017$  con un  $odds\ ratio = 2,2036$ ). Se è il padre il solo a fumare, la prevalenza di asma/bronchite tra i figli è dell'11,7% (30/255) vs il 7,2% dei figli di papà non fumatori ( $p = 0,110$  con  $odds\ ratio = 1,7256$ ). La percentuale di asma/bronchite tra i figli di madri e padri non fumatori risulta invece pressoché uguale (circa il 7,2%) confermando la validità del dato. L'associazione tra fumo dei genitori e asma/bronchite asmatica dei figli esce rafforzata quando entrambi i genitori fumano con una prevalenza della patologia tra i figli pari al 16% (15/94) contro il 7,5% (84/1123) nel caso dei genitori entrambi non fumatori. Per finire, contrariamente alle attese, non è stata trovata una maggiore prevalenza di asma nei figli di madri che hanno l'abitudine di fumare in casa mentre esiste un'associazione significativa tra fumo materno e paterno in ambiente domestico e la diagnosi di bronchite/tosse ricorrente nei figli (rispettivamente con  $p = 0,008$  e  $p = 0,005$ ) come evidenziato nella *figura 3*.

### Commento e conclusioni

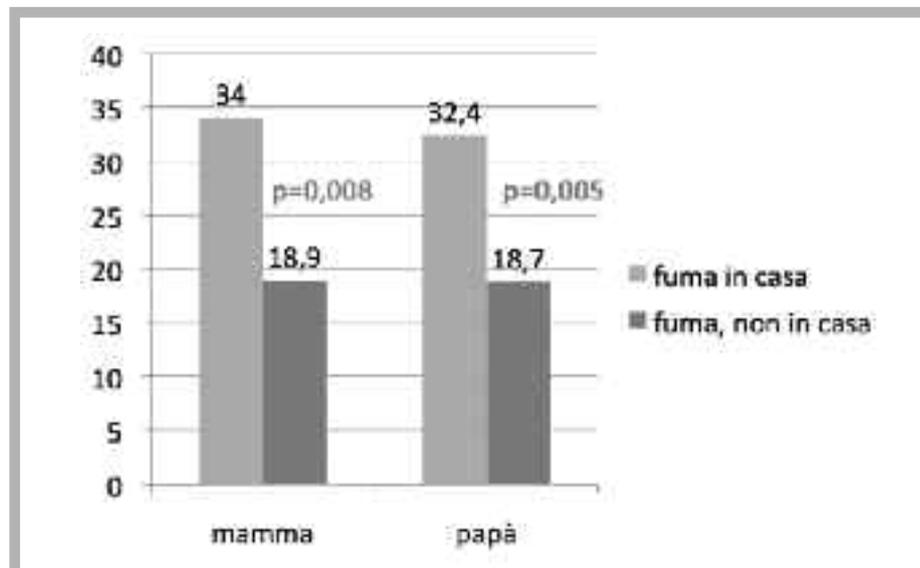
Una prima riflessione riguarda la metodologia dello studio. Il 48% di schede debitamente compilate dai genitori e ritornate al medico può risultare un valore non eccelso, tuttavia bisogna considerare che lo scenario della ricerca era l'ambulatorio del PdF con tutte le difficoltà di un'attività non sempre programmabile, caratterizzata da una condizione di continua "urgenza", svolta il più delle volte da soli, senza personale di segreteria o infermieristico. Nonostante questo, come per "Aria Pulita 1", l'attendibilità dei dati è dimostrata da una prevalenza delle principali patologie respiratorie in età pediatrica assolutamente concordante con i dati della letteratura [4].

Relativamente all'abitudine al fumo delle famiglie dei nostri pazienti, i numeri non sono confortanti, anche se sono migliori di quelli stimati dallo studio europeo EBoDE (Environmental Burden of Disease in the European Region), in cui si evidenzia come il 40% dei bambini italiani sia esposto al fumo passivo

**FIGURA 2: FUMO DEI GENITORI IN RAPPORTO ALL'ETÀ DEI BAMBINI**



**FIGURA 3: ESPOSIZIONE AL FUMO DEI GENITORI IN AMBIENTE DOMESTICO E PREVALENZA DI BRONCHITE/TOSSE RICORRENTE NEI FIGLI**



contro un 33% dei bimbi francesi e un 24% dei bimbi tedeschi, e di quelli ISTAT 2009 che mostrano in Italia una prevalenza dell'abitudine al fumo, nella fascia di età 25-34 anni, del 40,2% nei maschi e del 22,5% nelle femmine [5-6]. Il nostro lavoro pare fornire una sottostima del problema e questo probabilmente è dovuto al fatto che non tutti i genitori, in una indagine coordinata e condotta dal proprio pediatra, hanno avuto il coraggio di dichiararsi abituali fumatori. In ogni caso i dati in nostro possesso sono sufficientemente preoccupanti se si considera che fumare in casa è una pratica estrema-

mente diffusa che riguarda 1 mamma fumatrice su 3 e addirittura quasi 1 coppia su 2 in caso di genitori entrambi fumatori, come se la condivisione dell'abitudine possa essere causa di un comportamento ancora meno responsabile da parte del genitore stesso.

Circa le determinanti dell'abitudine al fumo, è da sottolineare che in "Aria Pulita 2" risulta fumare 1 laureato per ogni 4 persone con licenza elementare mentre, secondo i dati ISTAT, nella fascia 30-59 anni questo rapporto è circa solo 1:2, per cui il rapporto inversamente proporzionale tra livello di istruzione dei genitori e

abitudine al fumo esce di molto rafforzata [7]. Nella ricerca di una possibile correlazione tra fumo di sigaretta dei genitori e patologia respiratoria dei pazienti abbiamo trovato numeri che evidenziano un rapporto causa-effetto che sono molto simili a quelli della letteratura [8-10]. Per l'asma l'associazione maggiore si trova con il fumo di entrambi i genitori, mentre l'effetto associato al fumo della madre è maggiore di quello del padre. Questo dato può essere spiegato considerando che, nonostante la più alta percentuale (quasi doppia) di papà fumatori, in genere i bambini trascorrono più tempo con la madre e questo non solo in età prescolare. Inoltre sappiamo dalla letteratura che una certa quota di bambini, circa il 30%, è esposta al fumo di sigaretta della madre anche nel periodo prenatale, con effetti particolarmente gravi e duraturi per la loro salute [7-8-11]. I danni da esposizione al fumo dopo la nascita sono invece confermati, nel nostro studio, dalla significativa associazione tra fumo di sigaretta del padre e maggiore incidenza di asma nei figli e ancora tra fumo del padre in ambiente domestico e maggiore incidenza di bronchite ricorrente. Considerando che la più alta prevalenza di genitori fumatori si ha proprio nella fascia di età 11-14 anni (figura 2) e tenendo presente che la maturazione del polmone ha termine solo con la fine dello sviluppo puberale, ne consegue che il PdF dovrà porre particolare attenzione non solo all'esposizione post-partum del neonato/lattante ma anche a quella più insidiosa, in quanto meno temuta e considerata, del preadolescente/adolescente [12-15]. In conclusione, lo studio "Aria Pulita 2" conferma la diffusione dell'abitudine al fumo di tabacco anche nella nostra popolazione e l'elevata esposizione dei nostri bambini ai suoi effetti. Per questi motivi appare auspicabile un ruolo sempre più attivo da parte dei pediatri di famiglia in quelle campagne di educazione alla salute già avviate come "Genitoripiù" e "Mamme libere dal fumo" che vedono varie figure sanitarie impegnate a lavorare con le coppie genitoriali [16-17]. Per quanto riguarda la nostra esperienza, come per il precedente studio "Aria Pulita 1", abbiamo intenzione di avviare una campagna di informazione a livello della provincia di Piacenza che avrà un primo momento in un convegno

aperto anche ai genitori in cui ritorneremo alla cittadinanza le informazioni ricavate dai questionari, cui faranno seguito miniconferenze sull'argomento presso enti o associazioni interessate, come era stato fatto nel 2003 per l'inquinamento da traffico veicolare. Nel frattempo stiamo lavorando, insieme ai medici di medicina generale (MMG) della città, a un bilancio di salute da utilizzare al passaggio dall'assistenza del PdF a quella del MMG, che valuti anche l'abitudine al consumo di tabacco da parte del giovane. Da qui vorremmo fare partire una collaborazione che, come medici curanti, ci porti ad avere un ruolo più decisivo nella prevenzione dell'abitudine al fumo di tabacco dell'adolescente sia con l'attività di counselling in ambulatorio sia con l'educazione sanitaria nelle scuole. Tuttavia, benché la nostra esperienza a questo proposito dati ormai 8 anni, da tempo ci siamo convinti che questa attività di informazione non possa più essere improvvisata ma necessiti di una preparazione mirata. È auspicabile quindi che in futuro anche i PdF e i MMG, per le campagne antifumo come per altre campagne di educazione alla salute, possano usufruire di adeguati programmi di training, studiati a livello regionale e/o nazionale, che consentano di svolgere in maniera più efficace questo nuovo importante compito professionale [6-18]. ♦

#### Hanno partecipato al Progetto

P. Armani, P. Balduzzi, R. Boccellari, E. Boiardi, E. Boselli, R. Cataldi, M. Cervi, D. Chitti, M. Corna, G. De Muru, C. Ferrari, A. Ferzetti, F. Folli, C. Fragnito, A. Galli, M. Ghisoni, S. Lenzini, M.P. Libè, C. Marengi, R. Marzolini, C. Mura, O. Righi, L. Rizzi, P. Salami, L. Suzzani, F. Touchi, A. Turni, M. Vercesi, P. Zanasi, L. Zanolli (Pediatri di famiglia, AUSL Piacenza); C. Marini, A. Petronio, C. Rigolli (Infoambiente, Piacenza); E. Bongiorno, E. Borciani (UO Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Piacenza); M. Piepoli (UO Cardiologia, AUSL Piacenza).

#### Bibliografia

- [1] Sacchetti R, Gregori G, Righi O. Il bambino e l'inquinamento atmosferico: la percezione del problema da parte dei genitori nella provincia di Piacenza. Risultati del questionario "Aria Pulita". Medico e Bambino pagine elettroniche 2004.
- [2] WHO. The MPOWER package. WHO report on the global tobacco epidemic. www.who.int/2008.
- [3] WHO Euro.V Conferenza Ministeriale su Ambiente e Salute. Commitment Act. Priority Goal. Preventing disease through improved outdoor and

indoor air quality. Parma, 10-12 marzo 2010. www.euro.who.int/.

- [4] Sestini P, De Sario M, Bugiani M, il Gruppo collaborativo SIDRIA 2. La prevalenza di asma e allergie nei bambini e adolescenti italiani. I risultati del progetto SIDRIA 2. Epidemiol Prev 2005; 29(2) Suppl:1-9.
- [5] Hänninen O, Knol A (Eds.). Environmental Perspectives on Environmental Burden of Disease. Estimates for Nine Stressors in Six European Countries. National Institute for Health and Welfare (THL), EBoDE-Report. Report 1/2011. 86 pages and 2 appendixes. Helsinki, Finland 2011. ISBN 978-952-245-412-6 (printed), ISBN 978-952-245-413-3 (pdf).
- [6] Ministero della Salute 2009. Attività per la prevenzione del tabagismo. Rapporto ISTAT 2009. www.salute.gov.it.
- [7] Istat. I fumatori in Italia. Dicembre 2004-Marzo 2005. 10 gennaio 2006. www.istat.it.
- [8] Cunnigham J, Dockery DW, Speizer FE. Maternal smoking during pregnancy as a predictor of lung function in children. Am J Epidemiol 1994;139:1139-52.
- [9] Vork KL, Broadwin RL, Blisdell RJ. Developing asthma in childhood from exposure to second-hand tobacco smoke: insight from meta-regression. Environ Health Perspect 2007;115: 1394-400.
- [10] Tager IB, Munoz A, Rosner B, et al. Effect of cigarette smoking on the pulmonary function of children and adolescent. Am Rev Resp Dis 1985; 131:752-9.
- [11] Li YF, Gilliland FD, Berhane K, et al. Effects of in-utero and environmental tobacco smoke exposure on lung function in boys and girls with and without asthma. Am J Respir Crit Care Med 2000;162:2097-104.
- [12] Young S, LeSouef PN, Geelhoed GC, et al. The influence of a family history of asthma and parental smoking on airways responsiveness in early infancy. N Engl J Med 1991;324:1168-73.
- [13] Kuehni CE, Davis A, Brooke AM, et al. Are all wheezing disorders in very young (preschool) children increasing in prevalence? Lancet 2001;357: 1821-5.
- [14] Wang L, Pinkerton KE. Detrimental effects of tobacco smoke exposure during development on postnatal lung function and asthma. Birth Defects Res (part C) 2008;84:54-60.
- [15] Moshmammer H, Hoek G, Luttmann-Gibson H, et al. Parental smoking and lung function in children: an international study. Am J Respir Crit Care Med 2006; 173:1255-63.
- [16] Genitoripiù. Proteggere il bambino dall'esposizione al fumo di tabacco in gravidanza e dopo la nascita. www.genitoripiù.it.
- [17] Sbrogiò L, Rossato Villanova MT. Mamme libere dal fumo. Guida al counselling ostetrico. www.mammeliberedalfumo.org.
- [18] La Grutta S, Calzolari R, Nelli Ceccherini M, et al. La tutela dei bambini dai danni del fumo. Area Pediatrica 2010;2:37-43.

**Gli Autori dichiarano di non avere ricevuto alcun finanziamento sia per l'esecuzione del progetto "Aria Pulita 2" sia per il lavoro allegato.**

**Non conflitti d'interesse da parte degli Autori.**

# La questione del taglio cesareo in Italia: uno sguardo sociale

Grazia Colombo  
Associazione Iris, Milano

*Il forum sul taglio cesareo (TC) prosegue, in questo numero di Quaderni, con un intervento di Grazia Colombo sui complessi aspetti medico-sociali di questo fenomeno, che ha peculiarità tutte italiane e che non può essere affrontato compiutamente se non con una visione che sappia interpretare e sciogliere il legame a volte “perverso” tra progresso tecnologico e libertà individuali. Grazia Colombo è sociologa, consulente di formazione e di organizzazione, svolge la sua attività con gli operatori dei servizi nelle aree socio-sanitaria-educativa, e insegna Sociologia presso il corso di laurea in Ostetricia dell’Università degli Studi di Milano-Bicocca. Ha scritto e curato la pubblicazione di libri sull’esperienza delle donne nell’evento nascita e, recentemente, sulla promozione dello sviluppo dei neonati ricoverati nei reparti di terapia intensiva (“Con Ragione e Sentimento”), frutto dell’attività del gruppo di studio sulla “care” della Società Italiana di Neonatologia. I commenti dei lettori possono essere inviati collegandosi al sito [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it) e accedendo al link “forum”, sezione “taglio cesareo”, oppure direttamente all’indirizzo di posta elettronica [corchiacarlo@virgilio.it](mailto:corchiacarlo@virgilio.it) (Carlo Corchia).*

**Parole chiave** Taglio cesareo. Scienze sociali. Tecnologia medica. Diritti delle donne

I due ricchi contributi precedenti, quello di Donati e di Rapisardi, oltre a farci conoscere meglio questo fenomeno tutto nostrano, ci interrogano molto sui vari “perché” e ci chiedono, nel limite delle competenze di ciascuno, di indicare anche delle vie d’uscita. Una rivista che pone il termine “culturale” nella sua stessa identità, penso possa fare la sua parte.

I dati a disposizione ci offrono la mappa, ma solo parzialmente le cause del problema. In estrema sintesi, i dati che abbiamo letto ci informano che è più probabile che un parto esiti in un TC: in una struttura privata; in una struttura con un numero di parti inferiore a 500; in una struttura del Sud (fatta eccezione per la Liguria...); in relazione a caratteristiche organizzative e professionali del singolo centro. Possiamo anche aggiungere che è più probabile per una donna italiana che non per una immigrata. Non c’è bisogno di altro per affermare, anche a un osservatore come me esterno alla medicina ma attento alle condizioni in cui si “produce” salute, che questa pratica non viene esercitata unicamente a fronte di un quadro clinico patologico o di rischio, come si afferma ancora che invece dovrebbe essere, in documenti sia nazionali sia internazionali. Può essere utile quindi un’analisi multidisciplinare per aiutarci a comprendere meglio quali siano i numerosi fattori che scatenano e che reggono questo fenomeno in Italia. Intanto credo che servirebbe porre e porci, a diversi livelli, domande che sono solo apparentemente paradossali:

- Vanno imboccate delle strade, e se sì quali e in quali direzioni, per contenere il fenomeno del TC?
- Va affermato che partorire ha due opzioni equivalenti e “normali”: una vaginale, l’altra con TC, indipendentemente da fattori di rischio, bensì come opzioni dipendenti da differenti fattori di contesto e culturali?

Dico solo apparentemente paradossali poiché la realtà italiana attuale sembra sconnessa: afferma formalmente la prima opzione e si comporta, nei fatti, conformemente alla seconda opzione.

Come sempre, per poter comprendere meglio un fenomeno che si manifesta con determinati *comportamenti*, pratiche o procedure, è necessario far riferimento almeno ad alcune variabili: i *luoghi*, intesi come contesti fisici e culturali, e gli *attori*, cioè i soggetti sociali che, con differenti ruoli, agiscono e interagiscono in determinate azioni.

## I luoghi

Rispetto ai luoghi, alcune considerazioni su due tipologie che risultano essere le sedi di più elevato tasso di TC: i piccoli ospedali e le case di cura/ospedali privati.

I piccoli ospedali: quando ci sono rivolte popolari contro la chiusura di reparti di Ostetricia con un numero di parti inferiori a 500, chi sono i soggetti coinvolti in quella che dovrebbe essere una mediazione comunitaria volta al miglioramento della percezione del problema e quindi alle soluzioni condivise? Quali ruoli ricoprono, quali tipi di conoscenze portano in campo a sostegno delle loro posizioni? Vediamo prevalentemente amministratori

pubblici piegati alle ragioni del risparmio (peraltro non inutile, se coniugato con l’efficacia); operatori, medici, infermieri, dirigenti, piegati sulle loro ragioni personali, prevalentemente quelle di non cambiare sede di lavoro; donne, singole cittadine e rappresentanti di movimenti, piegate a difendere quello che appare come il massimo del diritto acquisito: l’ospedale sotto casa, comodo per andarci, comodo per la visita dei parenti, dove lavora quel medico che era lì quando sono nata io; giornalisti di testate locali, spesso del tutto inconsapevoli della sostanza del tema discusso, ma ai quali hanno detto che bisogna registrare le notizie – quali? – laddove c’è aria di movimento, agitazione, contestazione...

Chi porta le ragioni utili a condividere soluzioni adatte al mantenimento della salute, alla percezione del diritto come bisogno collettivo pubblico teso a prospettive di benessere ampio? Chi porta dati utili a confrontarsi suscitando interrogativi che nascono quando riusciamo a inforcare anche gli occhiali degli altri e dotare il nostro sguardo di differenti angolazioni e prospettive? È drammatica l’omologazione che ci pervade e che ci fa ripetere sempre le stesse cose, senza ricercare ambiti e interlocutori con i quali modificare, completare, innovare. Ogni situazione è generata anche da noi, non siamo solo vittime. Laddove partecipiamo, con la nostra responsabilità e sapere, a costruire uno scenario diverso in cui possiamo riconoscerci in tanti che partecipiamo, là ci sarà anche il nostro potere. Analoghe osservazioni credo si possano fare riguardo alle case di cura e agli o-

Per corrispondenza:

Grazia Colombo

e-mail: [grazia.colombo@fastwebnet.it](mailto:grazia.colombo@fastwebnet.it)

forum

spedali privati. Sappiamo che in Italia non c'è la cultura di produrre dati sul proprio operato e anche molti ospedali pubblici si esentano; pur tuttavia occorre che da qualche parte questo problema sia molto apertamente denunciato. Che cosa offrono e come lo offrono, queste strutture alla potenziale utenza? Sicuramente l'istituzione pubblica latita nel controllo e nella richiesta precisa di produrre dati pubblici, ma vi è anche una grande connivenza delle organizzazioni di categorie professionali a non sottolineare questa carenza se non addirittura a coprirla.

La necessità di produzione di dati va considerata non tanto come esercizio utile a fornire un menù ricco e appetitoso al supermercato della salute e dell'assistenza al parto, quanto invece come opportunità di trasparenza, di autovalutazione e di confronto, in sostanza come facilitazione per imparare dall'esperienza analizzando e riflettendo sui propri stessi dati, cioè sul proprio operato. Si tratta di un criterio di qualità offerta ma anche creata, insostituibile, di cui i primi fruitori sono coloro che hanno prodotto quei dati.

## Gli attori

### *Gli operatori*

Faccio riferimento prevalentemente ai medici ostetrici poiché il tema del TC è – quasi unicamente – decisione loro. All'inizio degli anni Ottanta pareva che il problema più grosso da superare per poter avere un parto “dalla parte delle donne” e “naturale” fosse quello del ricambio generazionale. “*Quando andranno via questi vecchi e potenti parrucconi e ci sarà una nuova leva di ostetriche, più autonome e più inclini alla fisiologia piuttosto che fare il piccolo medico, vedrai che le cose cambieranno*”. La generazione degli allora giovani speranzosi sta diventando a sua volta quella “vecchia”. Tranne in pochi e virtuosi centri, condotti con chiarezza e coerenza di obiettivi, creando un gruppo di lavoro sufficientemente coeso e rivolto al compito comune, possiamo dire che si può essere desolati dalla realtà. La variabile “tipo di operatore”, rispetto alla conduzione assistenziale, è forte ancora negli stessi termini: più giocatori liberi che membri di una squadra che si interroga e si confronta. Manca il tempo, si dice. Eppure il numero di medici non è inferiore a quello di centri analoghi in altri Paesi europei dove non passa settimana senza un incontro, non passa giorno

senza un giro a tavolino o un pur breve incontro con i neonatologi. Così ognuno si comporta secondo modelli operativi in cui elementi cognitivi ed emotivi (per esempio quelli provocati dagli spaventi avuti, dalle disgrazie di cui si è stati attori e spettatori, dalle colpe che altri hanno attribuito, dal senso di smarrimento di fronte a certi eventi e necessità, cioè tutte situazioni a cui un medico è esposto) si sovrappongono confusamente. Ognuno sente di potersi accostare alle evidenze o alle linee guida con una misura propria e alle proprie “sensazioni” come fonte di innato sapere, evitandosi così la necessità sia di studiare e aggiornarsi continuamente sia di far la fatica di alimentare il proprio “essere”, per costruire e poter usufruire al meglio delle competenze professionali. Conta di più fare ciò che serve per pararsi le spalle; conta l'ingaggio avuto dalla donna (soprattutto se nel proprio studio privato); conta lo status di cui si gode all'interno dell'équipe medico-ostetrica-infermieristica, cioè il livello di potere che si riesce a esercitare, nel bene e nel male. In questo quadro, *andare di là*, in sala operatoria, è percepito come il minore dei rischi per sé, come un risparmio di tempo; *velocizziamo*, e poi così fai un intervento da vero medico, non quella volgare pratica del parto vaginale. La fascinazione del male (inteso come patologia), essendo la cometa che appare come più luminosa! I medici, nella loro entità di soggetto collettivo, danno vita alle società scientifiche professionali e hanno, attraverso queste, un grande potere nella determinazione della cultura sociale riguardo ai comportamenti di salute. Nell'ambito dell'ostetricia questo potere è stato usato per autoproporsi come gli unici soggetti e fonti legittimati riguardo ai percorsi procreativi, ponendosi così come garante di un ottimo risultato alla nascita. *Se fai come ti dico, se fai quegli esami che ti prescrivo, se mangi, ti vesti, ti muovi come ti dico, ti garantisco un bambino sano alla nascita*. Questo sembra essere il messaggio inviato alle donne. Con la visita ostetrica e con la lista degli esami di controllo, la donna si sente autorizzata ad acquistare anche la sicurezza che tutto andrà bene, secondo il suo desiderio. Poiché non è sempre così, bisogna poi trovare un colpevole quando qualcosa va male. Ecco che dopo aver garantito sicurezza, la branca dell'ostetricia si dice costretta a difendersi, mettendo in atto interventi e procedure non necessarie al

quadro clinico presentato, bensì necessarie a poter dimostrare di aver fatto tutto il possibile e anche di più, nel caso in cui si andasse in giudizio. Questa logica distorta ha prodotto molti danni sul piano culturale e sul piano delle condotte pratiche. Sta ora ai medici, alle loro società scientifiche, riparare, almeno parzialmente, i danni profondi provocati ispirandosi più all'onnipotenza che alla “scienza e coscienza”.

### *Le donne*

Le donne sono cambiate. Tutti noi siamo cambiati. La cultura sociale – di cui siamo soggetti attivi e passivi – è cambiata. Gli eventi forti della vita, come la nascita e la morte, sono cambiati non tanto nella loro dimensione biologica quanto nell'immaginario, sociale e individuale; nei significati attribuiti; nel modo in cui accadono, cioè i luoghi, i tempi, le persone accreditate a parteciparvi, le procedure e i comportamenti messi in atto. Il parto e la maternità sono cambiati perché percepiti in modo diverso dalle generazioni attuali e perché le condizioni della vita quotidiana, con le sue aspettative, desideri e possibilità, sono differenti. Aumentando le esigenze che si connettono all'avere figli, si sperimenta l'emergere di nuovi modelli di decisione. Nascono meno bambini, in un'età più adulta, e ogni singolo bambino diventa sempre più prezioso. Quanto più caro e importante diventa questo bimbo, tanto più donne e uomini sembrano indietreggiare di fronte ai compiti e ai doveri enormi e decidono di non fare figli o farne pochi, ma quel figlio che decidono di fare deve nascere attraverso un'esperienza corrispondente alla migliore performance attesa e deve essere perfetto. La concentrazione massima della donna – ora anche della coppia – è sul parto e non invece sulle trasformazioni che l'identità di genitore porterà in ciascuno e anche all'interno della coppia, nella vita quotidiana, quando si torna a casa col bambino vero in braccio.

Alle donne vengono raccomandati comportamenti tesi a un obiettivo più auspicato a parole che reale: ridurre a zero il rischio: “*Non ci pensi signora, stia tranquilla*”. Il suggerimento sembra essere quello di mettersi nelle mani della tecnologia, che non sbaglia mai. Sembra quasi che nessuno si preoccupi delle conseguenze delle scelte che fa o che suggerisce di fare. Conta solo il qui e ora, conto

solo io, il resto non esiste. *“Però con questo ginecologo mi sento sicura; se vado lì a partorire, è un po’ una catena di montaggio, ma mi sento sicura”*. Sicura di che? Sicura di un percorso contrassegnato da scadenze in un certo senso affascinanti: incontri con la tecnica. Diagnostica prenatale ed ecografie di vario tipo suscitano le emozioni che si ha voglia di sentire e sembrano restituire sicurezza. Così è la tecnica che ridefinisce quale sia la responsabilità della donna e della coppia, apparentemente ridotta alla microdecisione di aderire a una prescrizione medica, in realtà ampliandola enormemente.

Siamo nella cultura della libertà pensata come assenza di vincoli, come potenziale autorealizzazione attraverso l’individuale appagamento dei propri desideri. Le donne che partoriscono in questi anni sono la generazione della grande libertà di scelta: studio, lavoro, fare o no figli, pur procrastinandolo e volendolo a ogni costo, se non viene. Avere un corpo che deve assomigliare a quello che lo specchio dei media propone loro, per sentirsi uguale a qualcuna in cui ci si è identificate. Sembrano affacciarsi nuovi obblighi. Un corpo che deve essere in forma, che non deve subire traumi. Il parto è pensato come un trauma o qualcosa al di fuori del pensato. Non deve portare segni animaleschi del passaggio vaginale della testa di un neonato. Semmai meglio il segno chirurgico controllato. I medici ci sanno fare: non risolvono già ogni problema del corpo, da quello estetico a quello della salute?

Così il parto diventa l’ennesima scelta da compiere e il menù sembra essere: breve, esente da rischi, indolore, chirurgico. In fondo che problema c’è? Se esiste già una possibilità per evitare una fatica, perché non prenderla in considerazione?

La libertà della donna nel percorso procreativo, l’autodeterminazione, risultano dunque fortemente definite da tutti questi fattori ricordati. Le donne stanno portando un’aspettativa e una domanda agli operatori, fortemente addomesticate al sistema tecnologico e medico.

Possiamo accontentarci di dire: ascoltiamo le donne e mettiamoci nella posizione di aderire ai loro bisogni? Dove e come sono nati questi bisogni che oggi portano nel diventare madri? Conoscono le conseguenze delle loro richieste? Siamo certi che un TC sia la risposta a un bisogno di decidere da sé il modo di partorire e non invece alla paura di quel che sta succedendo? Partorire è forse solo una questione di

corpo? Forse si può leggere nella richiesta di autodeterminazione della donna la richiesta e l’aspettativa di poter trovare da sé la propria forma, la forma per reggere la forza dell’evento. Che aiuto riceve, in termini relazionali e comunicativi, di sostegno e di ricerca comuni, per potersi interrogare, per incontrare il senso di decisioni importanti che chiamano responsabilità? Centrare l’esperienza della maternità prevalentemente sul parto e sul corpo non solo può rischiare di farsi abbagliare da una soluzione, quella del TC – percepita superficialmente come più semplice (cioè come più controllata, meno dolorosa, senza traumi fisici o psichici) –, ma può rischiare di far perdere la possibilità di “prepararsi” e di “vivere” una grande esperienza di maturità, quella che aggiunge all’identità di donna il diventare madre.

### Conclusioni

Già negli articoli di Donati e Rapisardi si indicano possibili soluzioni, con cui concordo. Aggiungo qualche elemento, spero utile, per continuare il confronto. È ovvio che ci possono essere soluzioni differenti secondo gli obiettivi che si pongono e ho già detto che è verosimile che anche in Italia sia abbastanza diffusa la convinzione che partorire con un TC, pur in assenza di specifiche indicazioni, sia in fondo normale.

Ne dipendono scelte anche nella formazione degli operatori. Cambiano ovviamente gli obiettivi: creare buoni chirurghi ostetrici o buoni medici ostetrici che sappiano davvero intervenire in situazioni di rischio e patologiche? Il fatto che mediamente i medici ostetrici si siano “abituati” a intervenire con procedure adatte e congrue per la patologia, ma in un quadro clinico sostanzialmente fisiologico o a basso rischio, ha minato la loro capacità di interpretare prontamente i segni patologici e soprattutto di saper intervenire tempestivamente ed efficacemente. La sala operatoria può diventare una scelta anche per insipienza ostetrica. Se l’obiettivo è quello di ridurre la percentuale di TC in Italia, sarebbe bene seguire queste indicazioni:

- evitare di premiare, sotto qualsiasi forma, i centri con un’alta percentuale di TC.
- Far conoscere, anche come storie narrate e non solo con i dati, l’attività dei centri in cui vi siano buone prassi.
- Scoprire che le fonti di conoscenza sugli eventi procreativi non sono uni-

camente medico-sanitarie e attingere anche a esse.

- Mantenersi in contatto con la realtà sociale che cambia, con la convinzione che il centro degli eventi procreativi è costituito dalla donna, anche se ciò può ridefinire la propria presunta onnipotenza. Nella consapevolezza che il potere medico è più forte di quello delle donne e che la capacità di vedere la prospettiva/conseguenze delle azioni è più di pertinenza di chi assiste e accompagna che non di chi in quel momento sta partorendo.
- Dotarsi di una prospettiva professionale di intervento relazionale, oltre che tecnico. È ormai chiaro che nella relazione donna-medico si giocano diverse possibili soluzioni e decisioni. Ed è sostanziale il modello che ha in testa il medico – per esempio biosociale o biomedico – per dare determinate indicazioni/prescrizioni/orientamenti, oppure per contribuire a far emergere o meno la dimensione dei timori ma anche la forza che ha dentro di sé la donna per affrontare il suo percorso.
- Infine è ovvio che la cultura sociale non può essere cambiata da un soggetto singolo o da una singola categoria di soggetti. È un processo complesso in cui si intersecano numerosi elementi, e qui abbiamo parlato di diversi soggetti implicati, pur con ruoli differenti. È utile ricordare i soggetti evocati: gli amministratori; gli operatori (e non solo sanitari); le società scientifiche e professionali; le donne che partoriscono o partoriranno; i giornalisti; i giudici e gli avvocati... Con tutti questi soggetti è necessario che si crei una sorta di circolo virtuoso perché almeno chi è in buona fede conosca le ragioni degli altri e, soprattutto, sia in grado di fornire una onesta ed esplicita lettura delle proprie ragioni. ♦

### Bibliografia di riferimento

- Cuttini M, Habiba M, Nilstun T, et al. Patient refusal of emergency cesarean delivery: a study of obstetricians’ attitudes in Europe. *Obstet Gynecol* 2006;108:1121-9.
- Ratti A, Acmet E, Patregnani C, et al. Neonatal outcome in an obstetric setting with different management in low risk and high risk labor. *J Perinat Med* 2001;29 Suppl 1, Part 2:474.
- Regalia A, Bestetti G. La via chirurgica alla nascita: il caso Italia. *Annuario di Antropologia* 2010;12:119-46.
- Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Linea guida 19, ISS 2010. Scaricabile da [www.iss.it](http://www.iss.it).

# Le linee guida dell'AAP sulle infezioni urinarie febbrili dei primi due anni di vita

Leopoldo Peratoner  
Pediatra, ACP Friuli Venezia Giulia

## Abstract

### *AAP Guidelines on Febrile Urinary tract infection in the first two years of life*

*The American Academy of Pediatrics (AAP) has published in 2011, after twelve years, the revised Guidelines on diagnosis and treatment of Urinary Tract Infection (UTI) in the first two years of life. Changes in this revision include: a) the management of an appropriate prescription of urine test, b) how to collect an urine specimen, c) treatment criteria, d) appropriate follow up. The revised Guidelines simplify the approach to febrile infants and young children with UTI.*

*Quaderni acp 2012; 19(1): 11-13*

**Key words** UTI. Urine test. Echography. Voiding cystourethrography

Sono state pubblicate, nel 2011, le Linee Guida (LG) dell'American Academy of Pediatrics (AAP) sulle Infezioni delle Vie Urinarie (IVU) nei primi due anni di vita. Le LG escono dopo dodici anni dalle precedenti ed esaminano le novità che hanno indotto cambiamenti di strategie sull'approccio a questo frequente problema. I cambiamenti riguardano: a) in quali bambini deve essere fatto un esame delle urine; b) come deve essere raccolto il campione per il test e quali indagini sulle urine devono essere fatte; c) come deve essere trattata l'infezione; d) quali sono le cose utili da fare nel follow-up. Le LG vengono discusse nell'articolo e sembrano un ulteriore passo verso la semplificazione dell'approccio al bambino con IVU febbrile.

**Parole chiave** IVU. Esame delle urine. Ecografia. Cistourethrografia minzionale

Dopo le recenti Linee Guida (LG) della NICE finalmente anche l'American Academy of Pediatrics (AAP) ha prodotto un aggiornamento delle ormai vecchie LG del 1999; dico finalmente perché negli ultimi dieci anni molte novità sono state pubblicate e, o almeno, sono stati portati numeri sufficienti per indurre a cambiamenti di strategie nell'approccio a questo frequente problema pediatrico [1-3]. I punti di cui queste LG forniscono indicazioni o raccomandazioni sono:

1. In quali bambini dei primi 2 anni di vita deve essere fatto un esame delle urine?
2. Come deve essere raccolto il campione per il test? Quali indagini sulle urine devono essere fatte?
3. Come deve essere trattata l'infezione?
4. Quali sono le cose utili da fare nel follow-up?

È bene soffermarsi in particolare sugli aspetti a mio parere discutibili di queste LG, che pure sono in gran parte in accordo sia con le LG della NICE che con le raccomandazioni della Società Italiana di

Nefrologia Pediatrica [4]. Per fare questo mi riferirò ai suddetti interrogativi a cui la commissione dell'AAP ha cercato di rispondere.

### **Esame delle urine a tutti o a una popolazione selezionata?**

L'indicazione principale di queste LG è la formulazione di un elenco di fattori di rischio che aumentano la probabilità che un bambino febbrile sia affetto da infezione urinaria. Questi sono:

- febbre > 39°;
- febbre da > 24 ore;
- mancanza di altre cause apparenti di febbre;
- etnia diversa dalla bianca, e soprattutto
- il non essere circumcisi.

Le probabilità post-test di IVU aumentano con l'aumentare del numero dei fattori di rischio presenti e soprattutto per l'ultimo dei suddetti fattori di rischio (non circoncisione). Per fare un esempio significativo nei bambini circumcisi con altri 3 fattori di rischio questa probabilità post-test va dal 2% nei bambini circumcisi

si al 15% in quelli non circumcisi (quasi 6% in media).

Al di là di alcune situazioni molto chiare (infezione respiratoria acuta per es.) la discussione, molto dettagliata e documentata in queste LG, sul fare o no l'esame delle urine a tutti i bambini febbrili pare alla fine poco utile, se si tiene presente che il costo di un esame delle urine è stato estremamente ridotto dall'utilizzazione degli stick, rendendo anche molto più rapido e agevole, oltre che attendibile, questo esame. Si riprenderà in un paragrafo successivo questo punto.

### **Come raccogliere il campione di urina?**

Viene ancora una volta ribadita l'inaffidabilità della raccolta con il sacchetto, e su questo non c'è molto da ridire: c'è una raccomandazione forte (grado di evidenza A) a usare la cateterizzazione vescicale o la puntura sovrapubica a conferma della diagnosi nei casi in cui la raccolta mediante il sacchetto fosse positiva o dubbia.

Due commenti sembrano necessari:

- il primo riguarda le conseguenze di una diagnosi falsamente positiva: vengono enfatizzate dagli Autori, ma in realtà tutto si risolverebbe in una settimana di terapia antibiotica forse inutile, visto che gli accertamenti invasivi indicati per la diagnosi di reflusso e/o di scar, che in precedenza erano il vero motivo per non porre diagnosi di IVU in eccesso, sono stati nettamente ridimensionati, come si vedrà successivamente.
- Il secondo, e più importante, commento riguarda il fatto che non viene mai presa in considerazione la raccolta, anche in questa classe di età, delle urine cosiddette "al volo", consistenti nel getto intermedio del bambino più grande. È una metodica qualche volta non facile e che spesso richiede un po' di pazienza, ma dimostratamente attendibile, quasi come la cateterizza-

Per corrispondenza:  
Leopoldo Peratoner  
e-mail: leopoldo.peratoner@tin.it

zione vescicale [5-6]. Questa, come la puntura sovrapubica, non è certo sempre agevole (nei maschi in particolare) e in ogni caso risulta abbastanza disturbante per il bambino e/o gravata da possibili complicazioni. Senza contare che nemmeno con queste metodiche di raccolta la specificità e la sensibilità sono assolute.

È ragionevole pensare che nella pratica un primo esame mediante il sacchetto possa discriminare tutti (o quasi) i casi di assenza di IVU, mentre negli altri casi una conferma mediante una raccolta al volo sarà quasi sempre decisiva, senza grande disturbo per il bambino. Le metodiche di raccolta invasive dovrebbero essere riservate a quei pochi, anzi rarissimi, casi in cui per la gravità delle condizioni generali del bambino è necessaria una diagnosi attendibile in tempi brevissimi.

### **Fare l'urinocoltura alla prima infezione?**

Viene raccomandata l'esecuzione di un'urinocoltura, oltre all'esame con lo stick e l'esame al microscopio, ma questa raccomandazione non è fortemente supportata da forti dati oggettivi (grado di evidenza C) e non sembra strettamente necessaria in una prima infezione. Diverso è il discorso in caso di una recidiva e/o di recente trattamento antibiotico anche per motivi diversi dall'IVU: in questo caso la probabilità che si tratti di un batterio diverso dall'*E. coli* o in ogni caso con multi-resistenze agli antibiotici è elevata. Quindi la coltura, e soprattutto l'antibiogramma, potranno esserci di grande aiuto dopo due-tre giorni, soprattutto quando non si sarà ottenuta una buona risposta clinica.

### **Come trattare l'infezione?**

Anche su questo punto viene ancora una volta ribadita la parità di efficacia tra trattamento orale e parenterale. Quest'ultimo andrebbe riservato a quei pochissimi bambini che, per motivi clinici, non sono in grado di assumere l'antibiotico per os. Ci si può chiedere tuttavia se su questo punto la prassi, almeno da noi, sia ancora oggi effettivamente questa. Ma questo è un altro discorso.

Tra gli antibiotici orali di prima scelta viene menzionato ancora il cotrimoxazo-

lo. Anche se c'è poi la raccomandazione di effettuare scelte legate alle percentuali di resistenza locali ai diversi antibiotici, sembra strano che negli USA non siano raggiunti livelli di resistenza al cotrimoxazolo, come invece sappiamo essere in tutta Italia (attorno al 25%): la cosa lo rende del tutto sconsigliabile senza una indicazione che venga dall'antibiogramma. Anche queste LG raccomandano in prima battuta l'uso dell'amoxicillina+clavulanico o di cefalosporine orali.

Non ci sono tuttora dati che dimostrino una maggior efficacia di un trattamento lungo (quattordici giorni) verso quello di sette giorni, ma anche questo non sembra certo un problema importante.

La revisione della letteratura riguardante l'impatto di una terapia ritardata rispetto alla comparsa della febbre sulla formazione di scar fa emergere dati contrastanti e non definitivi, ma gli Autori concludono per una raccomandazione a intervenire più precocemente possibile.

### **Ci sono indagini e trattamenti utili dopo la diagnosi e la terapia antibiotica?**

A questo interrogativo le risposte sono decisamente diverse da quanto era stabilito nelle LG del 1999. Sull'utilità di eseguire uno studio ecografico (rene e vie urinarie) ci si limita a una raccomandazione (grado di evidenza C), basata sul rilievo che la resa in termini di probabilità diagnostica, pur essendo bassa (< 2%), è giustificata dalla debole invasività dell'esame. Non viene presa in considerazione l'utilità in termini di outcome. Ci si poteva aspettare una posizione più decisamente favorevole nei confronti di questo mezzo diagnostico. Tra gli studi citati non sono presi in esame quelli che hanno valutato le dimensioni renali come indice di danno (congenito o acquisito), forse l'unico parametro facilmente rilevabile e riproducibile tra tutti quelli indicati dai vari Autori [7-8]. È vero che la letteratura è abbastanza scarsa e che molti esperti si mostrano tuttora molto dubbiosi sull'attendibilità di questo mezzo diagnostico, soprattutto in relazione alla "variabile operatore". Ma è anche vero che nella pratica è diventato largamente disponibile e che la capacità di definizione raggiunta ne fa uno strumento irrinunciabile in questo campo.

L'ecografia, a patto che sia eseguita da mani esperte, rimane ancora l'unico accertamento di immagine che un bambino con IVU febbrile deve fare, indipendentemente dal fatto che l'ecografia prenatale fosse normale o no. Se viene fatta entro pochi giorni dopo la fase acuta dell'infezione, avrà il significato di rilevare un'anomalia dilatativa, un'ipoplasia o al contrario un aumento del volume renale, che possono giustificare di per sé un comportamento diagnostico più invasivo. Ma in ogni caso in termini di outcome lo studio precoce avrà poca utilità, se non in caso di scarsa risposta al trattamento instaurato (sfebbramento in due giorni, più o meno) allo scopo di rilevare una possibile causa, anatomica, di questo andamento. Mentre a distanza di 6-8 settimane, quando la situazione anatomica sarà stabilizzata, tutti i parametri ecografici avranno una resa molto maggiore: una dilatazione della via urinaria e/o un aumento delle dimensioni renali, entrambe transitoriamente legate alla flogosi renale, o della via urinaria nella fase acuta, sarebbero in questa fase scomparse, evitando così false positività.

Ma le maggiori novità rispetto alle LG del 1999 riguardano gli ultimi due punti presi in esame.

Il primo è l'indicazione alla cistouretrografia minzionale. La raccomandazione di non eseguire questo accertamento come se fosse di routine è abbastanza forte (grado di evidenza B) e gli Autori sottolineano che deve essere riservata ai bambini in cui l'ecografia ha dimostrato importanti dilatazioni della via urinaria (sospetto di reflusso di grado elevato) o quadri sospetti di scar. A parere di chi scrive queste indicazioni non sono di per sé mandatarie per cercare un reflusso: ci sono dati sufficienti a dimostrare che qualsiasi trattamento (quello cosiddetto medico o quello chirurgico) del reflusso di grado elevato non ne modifica la storia naturale, né in termini di frequenza delle pielonefriti né per quanto riguarda l'eventuale evoluzione verso l'insufficienza renale. Se nessun intervento è utile su questi outcome è di conseguenza inutile sapere se un reflusso c'è o no.

Per lo stesso motivo sembra discutibile l'indicazione (peraltro con un grado di evidenza da dimostrare) alla cistografia dopo IVU recidivanti, indicazione giustificata dagli Autori sull'aumentata proba-

bilità in questi bambini di diagnosticare un reflusso di grado elevato.

Non viene presa in considerazione, giustificatamente, la variabile età, che invece nelle LG della NICE era molto pesante, tanto che queste limitavano l'indicazione alla cistografia solamente ai bambini dei primi 6 mesi di età.

C'è ancora una piccola notazione fatta dagli Autori: quella di tener conto dell'atteggiamento e delle attese dei genitori nel decidere di fare o meno gli accertamenti di immagine. Sembra cosa di non poco conto, forse insolita per delle LG, ma che sottolinea come alcune decisioni debbano essere discusse e condivise con i genitori, con innegabili vantaggi sia per loro che per i medici.

Come già più volte ribadito negli ultimi anni, anche se non largamente recepito, il colpo più importante alla ricerca del reflusso è venuto dalla dimostrazione della scarsa e nulla efficacia della profilassi antibiotica in questi bambini. Questa prassi viene sconsigliata anche in presenza di reflussi di grossa entità, in base a un'accurata metanalisi degli ormai parecchi RCT usciti negli ultimi anni.

Allora se non va instaurata una profilassi, se non va cercato il reflusso, cosa resta da fare? Anche su questo tema la palla passa al pediatra e ai genitori. L'unica raccomandazione (sia pure con un grado di evidenza basso, C) che viene data è quella di istruire i genitori a tenere l'attenzione alta sulle possibili recidive di infezione, in modo da diagnosticarle in

modo rapido e attendibile e trattarle eventualmente in modo corretto.

### Conclusioni

In conclusione, queste LG sembrano un ulteriore passo verso la semplificazione dell'approccio al bambino con IVU febbrile, che tiene conto anche del diritto del bambino a non essere sottoposto ad accertamenti e terapie invasive o almeno fonte di disturbo. In questo percorso di semplificazione qualche eccesso di invasività mi sembra possa essere ulteriormente sfrondata. ♦

### Bibliografia

- [1] NICE. Urinary tract infection in children. London: NICE 2007 (<http://guidance.nice.org.uk/CGOSA>).
- [2] AAP. Urinary tract infection: clinical practice guidelines for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics* 2011;128:595.
- [3] AAP. Diagnosis and management of an initial UTI in febrile infants and young children. *Pediatrics* 2011;128:e749.
- [4] SINP (gruppo di lavoro). Le infezioni febbrili delle vie urinarie. *Medico e Bambino* 2009;28:359.
- [5] Ramage IJ, Chapman JP, Hdlman AS, et al. Accuracy of clean-catch urina collection in infancy. *J Pediatr* 1999;135:765-7.
- [6] Long E, Vince J. Evidence behind the WHO guidelines: hospital care for children: what are appropriate methods of urine collection in UTI? *J Trop Pediatr* 2007;53:221-4.
- [7] Roebuck DJ, Howard RG, Metrewell C. How sensitive is ultrasound in the detection of renal scars? *Brit J Radiol* 1999; 72:345-8.
- [8] Peratoner L, Pennesi M, Bordugo A, et al. Kidney length and scarring in children with urinary tract infection: importance of ultrasound scans. *Abdom Imaging* 2005;30:780-5.

## MINICORSO RICERCA QUALITATIVA

su problematiche psicosociali  
in Oncologia pediatrica

Ponte di Legno, 15-17 marzo 2012

Minicorso interattivo su  
"Problematiche psicosociali in Oncologia  
pediatrica: la Ricerca qualitativa"

### Obiettivo

Analizzare l'importanza e la metodologia della ricerca psicosociale in Oncologia pediatrica, con particolare attenzione alla ricerca qualitativa (narrazioni, interviste).

Saranno presenti esperti della Società Italiana di Pedagogia medica.

### Programma preliminare

Data: 15-17 marzo 2012

Sede: Centro Congressi Mirella,  
Ponte di Legno (Brescia)

L'invito è esteso a due componenti dei Centri AIEOP, su indicazione del Direttore del Centro.

Uno dei partecipanti: pediatra strutturato.

Un secondo: un componente dell'équipe sanitaria (psicologo, assistente sociale, infermiera di ricerca).

Il minicorso è aperto a due operatori per Centro per un massimo di ventiquattro persone.

L'ammissione avverrà in base alla priorità dell'invio della richiesta, corredata dai dati anagrafici e dal curriculum dei due candidati secondo quanto prima indicato. La presenza di due candidati (pediatra + altro operatore) per Centro sarà considerata criterio di selezione.

### Direzione Scientifica:

Giuseppe Masera, Momcilo Jankovich

### Segreteria Organizzativa:

Carla Manganini

Minicorso con il patrocinio di AIEOP e FIAGOP

### Docenti

Luciano Vettore  
(Consigliere Emerito - Società Italiana di Pedagogia Medica, SIPeM)

Lucia Zannini (esperta SIPeM)

Franca Parizzi (esperta SIPeM)

Michele Gangemi  
(Consigliere SIPeM)

# Bambini stranieri nell'ambulatorio del pediatra

Marisa Bonomi

Psicologa psicoterapeuta infantile, responsabile scientifico dell'Associazione "Mons. G. Marcoli" ([www.associazionemarcoli.it](http://www.associazionemarcoli.it))

## Abstract

### *Foreign children in the paediatrician's office*

*Migration is a potentially traumatic event not only for adults but also for their children. In fact family hardships due to migration produce difficult integrations in children. Relations with health services in the receiving country can be often hard, both for linguistic and cultural difficulties. The presence of professionals with a trans-cultural training is thus necessary in order to carry out different modalities of health assistance with psychoanalytical and anthropological contributions.*

Quaderni acp 2012; 19(1): 14-16

**Key words** Migration. Trauma. Health. Pediatrics

La migrazione è un evento potenzialmente traumatico, non solo per gli adulti che compiono il viaggio, ma per i loro bambini, poiché i disagi dei genitori dovuti allo sradicamento dalla propria cultura si trasformano in difficoltà d'integrazione per i figli. Per queste famiglie sono molto difficili i rapporti con i servizi sanitari, sia a causa di difficoltà linguistiche che di rappresentazioni culturali diverse da quelle del Paese di accoglienza. È necessario che chi si occupa di queste situazioni possa avere la possibilità di ricevere una formazione di tipo transculturale, per attuare una modalità di aiuto meno autocentrata, che tenga conto degli apporti della psicoanalisi e dell'antropologia.

**Parole chiave** Migrazione. Trauma. Salute. Pediatria

## Cosa ci dicono gli studi sui bambini migranti

Gli studi avviati negli ultimi anni sui neonati e sui bambini di famiglie straniere migranti hanno dimostrato come la situazione transculturale provochi cambiamenti nell'allevamento dei piccoli e come il trauma della migrazione sofferto dai genitori possa essere loro trasmesso. Le indagini di J. Rabain e W. Wornham riguardano la trasformazione delle pratiche di cura che le madri migranti dell'Africa dell'Ovest residenti in Francia prestavano ai loro neonati; i lavori di B. Bril e M. Zack si riferiscono alle cure materne delle donne Bambara immigrate a Parigi; le ricerche di H. Stork confrontano i metodi di cura dei bebè in Francia, nel Tamil Nadu e nel Mali; gli studi clinici che M.R. Moro ha condotto sulle mamme e i neonati in situazioni transculturali mettono in luce l'estrema vulnerabilità tanto della madre che del bambino in simili contesti [1-4].

In tutti questi studi, pur diversi tra loro, si possono evidenziare alcuni punti in comune:

- per le mamme appartenenti alle società tradizionali le azioni tattili e corporee sul bambino sono predominanti rispetto alle interazioni visive, maggiormente presenti nelle cure delle mamme occidentali.
- I genitori migranti utilizzano tutte le forme di medicina disponibili, appartenenti alla cultura del Paese di origine e di quello di accoglienza, per curare il bambino, perché ciò che a loro interessa è l'efficacia dell'intervento.
- Le donne che sono gravide e partoriscono nel Paese di migrazione sono esposte a esperienze potenzialmente traumatiche e destabilizzanti, trovandosi a dover affrontare questi eventi in solitudine, al di fuori del sostegno che la loro cultura offre nel Paese di origine. Nelle società tradizionali la gravidanza e il parto sono un "affare di donne"; la gravida per un certo periodo di tempo, anche dopo la nascita del figlio, è curata dalle donne della famiglia con maggiore esperienza di lei. La struttura allargata del gruppo familiare fa in modo che l'accudimento del

bambino non sia totalmente a carico della madre biologica, ma venga condiviso con altre figure materne. In certe tribù dell'Africa i bambini possono essere allattati da più donne, con le quali il bambino non sviluppa mai legami di attaccamento esclusivi [5].

Il cambiamento radicale cui è sottoposta la madre nel Paese di accoglienza molto spesso genera in lei, costretta a perdere i suoi riferimenti culturali, un senso di confusione, uno stato depressivo, la perdita della fiducia di poter essere una buona madre: la mamma infatti fatica a orientarsi in un ambiente culturalmente nuovo e non è in grado di presentare al suo bambino il mondo a piccole dosi, in modo da permettergli di capirlo e di adattarvisi gradualmente.

I bambini dei migranti crescono in una forma relativamente protetta finché si trovano all'interno della loro famiglia; quando devono inserirsi nel "fuori", possono sperimentare difficoltà molto gravi se non sono stati preparati all'uscita nel mondo esterno, in gran parte oscuro e difficile da decifrare per gli stessi genitori. Costruiscono allora la loro identità sulla scissione, cioè su una separazione tra due mondi (il familiare e l'esterno), che sono di natura differente e a volte anche in conflitto, in quanto fuori dalla famiglia vigono regole e leggi il cui senso rimane per lo più di difficile interpretazione. Allora si crea un fattore di vulnerabilità che porta molto spesso questi piccoli ad avere un tasso di ricoveri più alto dei bambini autoctoni, a manifestare difficoltà di apprendimento, povertà di linguaggio, insuccesso scolastico [6]. Sembra che il primo figlio nato in terra straniera sia quello a maggior rischio di patologia, in quanto nasce in un periodo in cui sono molto forti le difficoltà dei genitori, della madre in particolare, a trovare forme di adattamento e di integrazione nella nuova realtà [7].

I figli che raggiungono i padri, dopo aver vissuto i primi anni di vita nei Paesi di origine con la mamma e la famiglia allar-

Per corrispondenza:

Marisa Bonomi

e-mail: [marisabonomi@tiscalinet.it](mailto:marisabonomi@tiscalinet.it)

# rischio sociale

gata, sembrano aver goduto all'inizio di relazioni più rassicuranti e positive; la rottura dei legami con l'ambiente culturale e le figure che si sono prese cura di loro rende la migrazione, anche in questo caso, un evento potenzialmente traumatico. Anche il basso livello socio-culturale delle famiglie migranti sembra essere una variabile collegata col disagio dei figli; i due elementi si rinforzano reciprocamente, senza però essere riconducibili uno all'altro.

### Nello studio del pediatra

L'incontro tra le istituzioni sanitarie e le famiglie straniere rappresenta un momento sempre molto difficile e complesso perché il medico non è preparato a tenere in conto le rappresentazioni culturali di queste famiglie (relative alla malattia, all'handicap, alle modalità di cura dell'infanzia), profondamente diverse dalle proprie e in gran parte sconosciute [8]. Per esempio, noi "occidentali" abbiamo fondato la nostra educazione sulla nozione di individualità: consideriamo il nuovo nato come totalmente dipendente dalla madre, in un rapporto simbiotico in cui pensiamo debba inserirsi il padre, per triangolare la relazione e permettere al bambino di formare la sua individualità. Il tipo di educazione cui miriamo, in cui il piccolo si trova a crescere, mira a favorire l'autonomia e l'affermazione delle capacità in quanto individuo, singolarmente preso.

In altre culture le cose vanno diversamente. Così, per gran parte degli abitanti dell'Africa dell'Ovest, il nuovo nato è uno straniero che bisogna accogliere, riconoscere, convincere a rimanere nel mondo degli umani: infatti si pensa che all'inizio il bambino abbia più legami col mondo invisibile degli spiriti e degli avi, che con gli uomini. Se da noi è importante la questione dell'identità personale, nelle rappresentazioni culturali dell'Africa dell'Ovest è di primaria importanza invece l'aggregazione al gruppo, in un legame che collega i viventi, gli spiriti e il mondo invisibile [9].

Anche i nostri rispettivi modi di curare la malattia sono profondamente diversi. Nelle società tradizionali la situazione dell'uomo che soffre è strettamente legata a quella del suo gruppo di appartenenza: la malattia dell'individuo rinvia ai problemi del gruppo nel suo complesso,

### Box

I genitori del piccolo R. sono convocati dal medico specialista che, dopo molti test, esegue una restituzione diagnostica che non viene da loro compresa: è necessario fissare un nuovo incontro, con la presenza del mediatore culturale, cosa che però non è sufficiente a risolvere il problema. La loro rappresentazione della malattia del piccolo è molto diversa dall'interpretazione della medicina occidentale, e ciò confonde i genitori, che oscillano tra le cure del loro Paese e quelle occidentali, rimanendo delusi da entrambi gli approcci.

I genitori di L. sono arrivati in Italia perché un loro amico, da tempo emigrato qui, ha loro parlato di un intervento chirurgico straordinario (che ancora non è realizzato in Pakistan) grazie al quale il loro piccolo potrà udire, come i suoi coetanei. Questa fede miracolistica si rivelerà essere un grosso ostacolo alla cura della sordità del bambino perché porterà i genitori a sottovalutare l'importanza del lavoro, lento e faticoso, di terapia logopedica, indispensabile perché gli ausili protesici portino dei vantaggi effettivi.

Durante una visita domiciliare, il padre di S. mi magnifica gli effetti benefici delle protesi per il suo bambino sordo profondo, ma poco dopo mi spiega che il piccolo è stato assente da scuola perché le protesi hanno danneggiato un nervo e provocato malessere al piccolo.

ovvero alla possibile disarmonia fra il mondo degli umani e quello degli spiriti, degli antenati, dei djinn. Ciò che provoca la malattia non è un fattore interno all'individuo, ma qualcosa di esterno, riconducibile a cause quali il maraboutage, il malocchio, la possessione... La malattia non è un fattore ritenuto naturale, ma piuttosto l'espressione di un problema con il mondo dell'aldilà.

Anche la nascita di un bambino con handicap viene interpretata come segno di un disordine. Nella nostra società l'handicap è associato all'idea di qualcosa che manca alla completezza del bambino e che bisogna cercare in tutti i modi di reintegrare; invece in molte società tradizionali il bambino handicappato è un essere che bisogna saper ricevere, realizzando una serie di condizioni e di procedure rituali. Per sapere chi sono questi bambini singolari e come comportarsi con loro, è necessario rivolgersi a un guaritore, non già per cambiare la loro natura, ma perché vengano fornite indicazioni sul rapporto e le modalità di cura da fornire al bambino [10].

Al contrario di tutto ciò, la nostra medicina occidentale cerca la causa e non il senso della malattia, per cui fornisce al paziente informazioni sulla diagnosi, la genesi, la terapia del male. L'utilizzazione di farmaci di natura chimica, che sono

in grado di provocare rapidi cambiamenti nella situazione del paziente, dà l'illusione ai migranti di poter utilizzare all'occorrenza strumenti quasi miracolosi. In genere essi attribuiscono grande potere alla medicina occidentale, ma possono sottovalutare il lavoro terapeutico che deve accompagnare il trattamento di molte patologie. Ancora, la medicina occidentale appare misteriosa e potente, ma anche portatrice ambigua di possibili danni (*box*). Quando una famiglia entra nello studio del medico ha con sé rappresentazioni culturali che però rimangono silenti: innanzitutto manca lo strumento linguistico per poter comunicare la propria visione del mondo, in secondo luogo lo straniero può vergognarsi a esprimere i propri pensieri, che sente svalutati o messi in ridicolo nel nuovo contesto.

Il risultato è che l'alleanza terapeutica, indispensabile perché la cura possa raggiungere risultati soddisfacenti, appare una meta ben difficile da raggiungere. La situazione che si crea è tale che risulta arduo per il medico costruire in forma soddisfacente l'anamnesi del paziente e conoscere gli elementi più importanti della storia dei genitori, della famiglia, indispensabili per capire il bambino stesso e i suoi disagi.

D'altra parte l'atteggiamento dei genitori davanti ai professionisti è di solito

subalterno e compiacente: nelle società tradizionali il medico, colui che ha a che fare con la salute degli uomini, assume connotazioni quasi divine...

### Come accogliere il bambino, ovvero la famiglia straniera

Curare un bambino straniero in ambulatorio, in ospedale o accoglierlo a scuola, richiede molte energie, risorse, competenze. Innanzitutto, di fronte ai mille modi in cui si può essere padri e madri, non dobbiamo pensare che ce ne sia uno assolutamente giusto e superiore, il nostro. Se rimaniamo in questa posizione, apriamo le porte al pregiudizio e al razzismo. Diventa anche molto facile accusare i genitori di trascuratezza e insensibilità verso i piccoli, se non si è informati sul modo di allevare i bambini e di curarli nel Paese di origine. Solo se consideriamo alla pari le nostre e le loro rappresentazioni, riusciremo a capire e a curare i migranti e costruiremo un'alleanza terapeutica, con quadri interpretativi condivisi.

Il compito arduo che ci aspetta è salvare il concetto di universalità dell'uomo attraverso il riconoscimento rispettoso della diversità dell'altro. Considerarci in partenza tutti uguali e senza occuparci delle rappresentazioni culturali del paziente, ritenute semplici "credenze" prive di quel valore scientifico che invece attribuiamo al nostro pensiero, serve non ad affermare un principio di democrazia, ma piuttosto a negare la differenza e a obbligare gli altri ad aderire al nostro modo di essere, aprendo la strada al razzismo [11].

Per cercare di comprendere il paziente straniero, bambino o adulto che sia, è necessario utilizzare sia l'antropologia che la psicanalisi, come ci ha indicato

Devreux col metodo complementarista [12]. L'antropologia ci serve a decodificare il senso collettivo, il "fuori", le rappresentazioni di una data cultura, mentre la psicanalisi ci serve per capire il "dentro", l'aspetto psicologico individuale.

Il merito del metodo complementarista è quello di aumentare lo scambio, l'alleanza, l'efficacia dell'intervento, grazie al riconoscimento dell'identità dell'altro nelle sue connotazioni culturali.

Il lavoro di "decentramento" dalla propria posizione culturale ritenuta superiore alle altre; l'analisi delle reazioni affettive, culturali, professionali che il mondo dello straniero provoca in noi (i cui due estremi sono il rifiuto e la fascinazione), non rappresentano un cammino facile da percorrere. È necessario per chi opera a contatto con la "diversità" poter usufruire di una formazione specifica, articolata, attraverso cui imparare a conoscere i riferimenti degli altri e a creare ponti, legami fra mondi diversi, anziché contrapporli.

### Conclusioni

È ancora in gran parte da trovare la modalità di accoglienza più adeguata per gli stranieri, nelle nostre istituzioni sanitarie. Certo bisogna iniziare dando sostegno alle madri, nei consultori e negli ospedali (come si è verificato al "San Paolo" di Milano), ma anche gli ambulatori pediatrici sono luoghi estremamente importanti per le famiglie. È indispensabile che i professionisti che vi lavorano ricevano una formazione transculturale: ciò favorirà l'emergere di proposte e soluzioni creative per fornire un adeguato aiuto ai bambini stranieri e alle loro famiglie.

Il lavoro svolto in un'ottica transculturale non solo andrà a vantaggio dei pazienti

stranieri ma anche degli italiani e dello stesso medico, che arricchirà le sue competenze professionali, la sua visione del mondo, la sua umanità. ♦

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

### Bibliografia

- [1] Rabain-Jamine J, Wornham W. Transformations des conduits de maternage et des pratiques de soin chez les femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Ouest. *Psychiatrie de l'enfant* 1990;33(1):287-319.
- [2] Bril B, Zach M. Du maternage à la puériculture. *Informations sociales* 1989;5:30-40.
- [3] Stork H. *Enfances indiennes*. Paris: Editions du Centurion 1986.
- [4] Moro MR. *Genitori in esilio*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2002.
- [5] Tronick E, Morelli G, Winn S. Molti adulti si curano dei bambini. Il multiple caregiving nella foresta dell'Uturi. In: LeVine R, New RS. *Antropologia e infanzia*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2009.
- [6] Cattaneo ML. Gli effetti traumatici della migrazione sui genitori e sui figli. In: Cattaneo ML, Dal Verme S. *Terapia transculturale per le famiglie migranti*. Milano: Franco Angeli Editore 2009.
- [7] Moro MR. *Bambini immigrati in cerca d'aiuto. I consultori di psicoterapia transculturale*. Torino: Utet 2001.
- [8] Balsamo E. *Bambini immigrati e bisogni insoddisfatti: la via dell'etnopediatria*. In: Balsamo E, Favaro G, Giacalone F, et al. (a cura di). *Mille modi di crescere*. Milano: Franco Angeli Editore 2002.
- [9] Kouassi K. Dall'alleanza alla nascita e dalla classe d'età all'iniziazione. Dall'Africa dell'Ovest all'Europa. In: Moro MR, De La Noe Q, Baubet T. *Manuale di psichiatria transculturale*. Milano: Franco Angeli Editore, 2009.
- [10] Réal I. Filiation, affiliation et handicap dans la migration. *Champ psychosomatique* 1997;11-12: 101-15.
- [11] Moro MR. *Bambini di qui venuti da altrove. Saggio di transcultura*. Milano: Franco Angeli Editore 2005.
- [12] Devreux G. *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana Giovanni Treccani 1984.

# Bambini stranieri e disagio psichico

Laura Tussi

Istituto Comprensivo Via Prati - Desio (Monza e Brianza)

## Abstract

### *Psychic distress and foreign children*

*An intercultural approach is especially enriching for professionals. It gives innovative opportunities for research and studies. We all should keep in mind that each one of us is a sort of a migrant or a nomad in different areas: in new fields of his profession, in his own personal history, in relation with himself or with others, with the socially excluded or with who is in need of help.*

Quaderni acp 2012; 19(1): 17-18

**Key words** Intercultural. Distress. Society. Migrants. Differences

*L'approccio interculturale arricchisce anche e soprattutto gli operatori, aprendo innovative prospettive ed esplorazioni di ricerca e studio, ricordando che ognuno di noi è migrante nei nuovi territori della propria professione, della personale storia di vita, dove ognuno è il nomade, il migrante, il pellegrino della propria interiorità e della propria esistenza, in rapporto con se stesso e con l'altro, con il diverso, con l'emarginato e con colui che chiede aiuto.*

**Parole chiave** Intercultura. Disagio. Società. Migranti. Differenze

La società plurale, che presenta realtà culturali diverse, avverte l'esigenza di riconoscimento delle famiglie migranti che vivono un'esperienza transculturale, collegata a problematiche esistenziali di identità e appartenenza. L'operatore (insegnante, educatore, psichiatra, psicologo) adotta strumenti per comprendere il disagio della persona immigrata, al fine di elaborare approcci di intervento, supporto e aiuto nella costruzione di identità comuni e transculturali. La società differenziata e multiculturale non appare come condizione di ideale integrazione tra genti di origini diverse e non si riduce a uno slogan ideologico pervaso di vuoto ottimismo. I bambini "venuti da altrove", destinati a crescere con i nostri figli, obbligano a pensare e ad agire in una prospettiva diversa da quella evocata da certe immagini patinate, imposte dai mezzi di comunicazione di massa. I bambini migranti obbligano a pensare in diverse categorie concettuali e di pensiero, in differenti parametri ideologici, in sollecitazioni provocatorie che inducono la società a partire dal confronto con l'impervia realtà multiculturale delle periferie metropolitane e delle storie di vita, ricche di senso e di speranza per tutti. Le strategie di accoglienza, gli approcci medici di prevenzione e cura

devono essere elaborati in un'ottica di concreto sostegno, per sensibilizzare e informare gli specialisti dell'infanzia, gli operatori della giustizia, gli insegnanti, gli studenti verso gli strati più vulnerabili del nostro contesto sociale. Per i bambini immigrati, la crescita tra più culture è un'opportunità valoriale, ostacolata però da molteplici fattori e difficoltà esistenziali, inerenti alla situazione sociale e alle dinamiche collegate alla crescita tra culture. Crescere tra differenti contesti culturali costituisce una importante opportunità per impadronirsi di una molteplicità di ricchezze di mondi che possono rendersi fertili a vicenda. Le condizioni economiche e sociali influiscono, dunque, con il benessere psicologico dei piccoli stranieri. Esistono situazioni che riguardano il crescere tra due mondi. È chiaro che più le condizioni di base, di origine e sociali sono favorevoli, più è agevole, per i piccoli, imboccare un processo virtuoso che li porti a una efficace doppia interazione, sia con la realtà italiana che con i riferimenti culturali della famiglia di origine, realizzando così una situazione di duplice cittadinanza culturale. I bambini dei migranti si possono trovare in situazioni molto differenziate, sia per la situazione sociale, sia per la condizione immigratoria. I nati in Italia,

da genitori con regolare permesso di soggiorno, vivono una situazione avvantaggiata. Invece, i bambini immigrati con i genitori, conoscono il trauma di separazione dal loro mondo di origine, in un vissuto doloroso di distacco dalle persone care, dal contesto in cui sono cresciuti, per essere innestati in un ambiente nuovo, per cui sperimentano un senso di abbandono e sentimenti di estraneità.

Le donne immigrate con figli si trovano spesso a dover conciliare riferimenti, modelli e pratiche di cura diversi. I messaggi che provengono dal Paese di origine, dalla storia personale e familiare, dalle esperienze condotte altrove, talvolta si conciliano male con quelli dei servizi, il cui significato profondo non sempre è condiviso e compreso. Il vissuto di dissonanza cognitiva fra ciò che si sa, si pensa e si è vissuto e ciò che viene proposto nei Paesi d'accoglienza, può bloccare le scelte di cura, impoverire la relazione madre/bambino, suscitare timori e paure che si trasmettono al figlio. I bambini di genitori irregolari costituiscono una situazione difficile e drammatica, aggravata a seguito di recenti interventi legislativi, che hanno reso più complesso il mantenimento del permesso di soggiorno, ottenendo l'effetto di spingere molti nuclei familiari dalla regolarità alla precarietà dell'assenza di diritto, in condizioni di emarginazione sociale ed economica che costituiscono un enorme fattore di rischio per la salute psicologica dei bambini. I figli di rifugiati politici vivono con genitori molto provati sul piano psicologico, perché vittime di violenze. Le condizioni economiche e sociali influiscono generalmente sul benessere psicologico delle persone e in particolar modo dei bambini stranieri. È necessario riconoscere i piccoli in condizione di maggiore svantaggio e cogliere i primi segnali di disagio per poter intervenire con le famiglie, al fine di avviare percorsi psicosociali, psicopedagogici e, in alcuni casi, psicoterapeutici. L'aiuto di tipo sociale è volto a favorire l'integra-

Per corrispondenza:

Laura Tussi

e-mail: [tussi.laura@fiscali.it](mailto:tussi.laura@fiscali.it)

## rischio sociale

zione degli immigrati nel contesto comunitario, accogliendo le famiglie a tutti i livelli, economico, sociale e relazionale, evitando così le tensioni tra famiglie migranti e società d'accoglienza, di cui i bambini sono le vittime principali. In questo caso, sono chiamati in causa gli interventi legislativi e amministrativi, ma anche una diffusione della cultura dell'accoglienza, dell'interazione e della relazione tra tutti i cittadini italiani. Una ulteriore strategia di aiuto è di tipo psicopedagogico, per cui i piccoli stranieri necessitano di essere aiutati a far crescere in loro la consapevolezza di una duplice appartenenza: essere italiani e, al tempo stesso, appartenere alla cultura della famiglia di origine. In Italia, essere stranieri dovrebbe costituire un fattore esistenziale che rappresenti un'opportunità preziosa che possa essere valorizzata con approcci e strategie di tipologia educativa e psicologica. Nel nostro Paese sono stati pubblicati molti studi e ricerche nel settore dedicato all'intercultura e all'etnopediatria, che costituiscono un supporto consistente per affrontare la sfida affascinante delle migrazioni, che arricchiscono anche e soprattutto gli operatori, aprendo innovative prospettive ed esplorazioni di ricerca e studio, ricordando che ognuno di noi è migrante nei nuovi territori della propria professione, della personale storia di vita, dove ognuno è il nomade, il migrante, il pellegrino della propria interiorità e della propria esistenza, in rapporto con se stesso e con l'altro, con il diverso, con l'emarginato e con colui che chiede aiuto.

#### Bibliografia di riferimento

- Favaro G. Bambine e bambini di qui e d'altrove. Milano: Guerini 1998.
- Favaro G, Napoli M. Come un pesce fuor d'acqua. Milano: Guerini e Associati 2002.
- Mazzetti M. La crescita psicologica del bambino straniero. In: Mazzetti M. Il disagio transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto. Roma: Carocci 2003.
- Tussi L. Il Pensiero delle Differenze. Dall'Intercultura all'Educazione alla Pace. Roma: Aracne 2010.

## LETTERA DEL PRESIDENTE AI REFERENTI REGIONALI ACP

Carissimi,

è terminato il 2011, il secondo anno della mia presidenza ACP, e voglio augurare a voi e alle vostre famiglie un felice 2012.

Questi sono giorni in cui si tende a fare bilanci e soprattutto si guarda al nuovo anno, si fanno progetti, ci si ripropone di fare meglio. L'anno trascorso è stato per l'ACP positivo: sono state realizzate tante iniziative culturali; le Segreterie si sono impegnate molto; abbiamo preso posizione a favore dei bambini sbarcati a Lampedusa; abbiamo denunciato i tagli al fondo nazionale per l'infanzia, richiamato l'attenzione sui possibili danni dall'uso del telefonino, sugli effetti di alcuni inquinanti, il benzo(a)pirene, sul pericolo della rumorosità dei veicoli a motore; abbiamo condotto una ricerca sul grado di umanizzazione delle cure in ospedale insieme alla SISIP, e da ultimo sulla presenza di pesticidi negli alimenti e sulla presunta superiorità dei prodotti per l'infanzia: attività che vi abbiamo raccontato su "Appunti di viaggio" ogni mese. Il gruppo ricerca ha disegnato il percorso metodologico di presentazione di una ricerca in ACP.

Ora i soci che, singolarmente o in gruppo, vogliono formulare un progetto di ricerca, troveranno sul sito dell'ACP strumenti utili per poterlo fare. Ci sembra un bel passo in avanti. Intanto continua la ricerca ENBe. Abbiamo stabilito molte connessioni come avevo promesso all'inizio del mio mandato: due le più significative, quella con gli infermieri pediatrici (SISIP) e con la SIP per il progetto sullo sviluppo nei primi anni di vita: l'Early Child Development. Abbiamo continuato a occuparci di dolore e cure palliative.

I nostri progetti di eccellenza "Nati per Leggere" e "Nati per la Musica" proseguono con ottime iniziative, l'ultima la collaborazione con il Centro per il libro e la lettura del Ministero per i beni e le attività culturali. Insomma l'ACP c'è ed è molto presente nella realtà culturale pediatrica italiana; con il lavoro dell'ufficio stampa siamo stati presenti sulla stampa nazionale con una certa continuità. La nostra rivista, *Quaderni acp*, continua a svolgere un importante ruolo culturale e le riviste a noi collegate, *Medico e Bambino* e *UPPA*, sono tra le più lette tra i pediatri e le famiglie italiane. E poi c'è tutto il lavoro che voi fate localmente con i vostri gruppi sul territorio, di cui vi sono particolarmente grato e che rappresentano la vera linfa per tutta l'ACP. Insomma c'è da ritenersi soddisfatti e ci sono le basi per far crescere ancora l'ACP con nuovi soci, nuove connessioni, nuove attività. Le iniziative in cantiere per il prossimo anno sono tante: è in atto una revisione delle priorità ACP e dell'impegno di autoregolamentazione dei rapporti con l'industria.

Ne parleremo tutti insieme, a ottobre, al prossimo congresso nazionale a Torino. L'entusiasmo, mio e del direttivo, spero sia uguale al vostro e speriamo di trasmettervi tutta la nostra energia e la voglia di crescere e di far circolare le nostre idee tra i pediatri e le famiglie italiane.

Buon anno a tutti, che sia davvero un buon anno per tutti voi, le vostre famiglie, i vostri assistiti e per tutta l'ACP.

Paolo Siani

# Otite media acuta e antibiotico-terapia: oltre la vigile attesa?

Stefano Costa\*, Roberto Conti Nibali\*\*

\*UODS di Fibrosi cistica e Gastroenterologia pediatrica, Policlinico Universitario di Messina; \*\*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Messina

Recensione degli articoli: Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. *N Engl J Med* 2011;364:105-15; e Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, et al. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. *N Engl J Med* 2011;364:116-26.

## Abstract

### **Acute otitis media and antibiotic therapy: beyond the wait and see strategy?**

Acute Otitis Media (AOM) is among the leading causes of use of antibiotics in childhood. The majority of episodes of AOM tends to resolve spontaneously; for this reason the wait and see strategy before starting antibiotics is a long established practice, which allows significant sparing in drugs. In January 2011 two RCTs were published in the *NEJM* about the early use of amoxicillin-clavulanate in the treatment of AOM; conclusions indicated an advantage in the early use of antibiotics. In this article we evaluate the methods and conclusions of the two RCTs. We believe that the applicability to current practice is distorted by the selection of patients with more severe disease, the use of instrumental ascertained outcomes that are not easily applicable, the difficulty of interpretation due to the complex or multiple outcomes considered; actually the efficacy of antibiotics does not appear greater than that reported in previous studies. We show that the NNH is comparable to the NNT.

Quaderni acp 2012; 19(1): 19-21

**Keywords** Acute otitis media. Amoxicillin. Amoxicillin-clavulanate. Antibiotic therapy. Wait and see strategy

L'Otite Media Acuta (OMA) è tra le principali cause di utilizzo di antibiotici. La maggioranza degli episodi di OMA tende alla risoluzione spontanea; per tale motivo è stata sviluppata la strategia della vigile attesa prima dell'uso dell'antibiotico, con risparmio di farmaci, benefici in termini di costi, effetti collaterali e sviluppo di resistenze. Nel gennaio 2011 sono stati pubblicati sul *NEJM* due RCT sull'utilizzo precoce di amoxicillina-clavulanato nel trattamento dell'OMA, che suggerivano un beneficio nell'utilizzo precoce dell'antibiotico. In questo articolo valutiamo i metodi e le conclusioni dei due RCT. Riteniamo che l'applicabilità alla pratica corrente sia distorta dalla selezione di pazienti con malattia più severa, dall'utilizzo di outcome strumentali non facilmente applicabili, dalla difficoltà interpretativa di outcome complessi o multipli; l'efficacia dell'antibiotico non appare di fatto maggiore rispetto ai precedenti studi e il NNH è sovrapponibile al NNT.

**Parole chiave** Otite media acuta. Amoxicillina. Amoxicillina-clavulanato. Antibiotico-terapia. Vigile attesa

Il telescopio di questo numero si riferisce a due trial clinici randomizzati in doppio cieco contro placebo, pubblicati nel gennaio 2011 sul *NEJM*, sul trattamento antibiotico precoce con amoxicillina-clavulanato dell'Otite Media Acuta (OMA) [1-2]. Le linee guida correnti della American Academy of Pediatrics (AAP) (tabella 1) e della Società Italiana di Pediatria (SIP) (tabella 2) suggeriscono un pronto utilizzo della terapia antibiotica solo nei bambini di età inferiore ai 6 mesi o nei bambini compresi tra 6 e 24 mesi di età con diagnosi di otite certa (criteri clinici e otoscopici) [3-4]. Sopra questa età è sempre consigliata la vigile

attesa tranne che nelle forme di otite grave (linee guida AAP) o grave bilaterale (linee guida SIP).

Peraltro, uno studio multicentrico italiano dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) ha evidenziato come la strategia della vigile attesa di 48-72 ore possa essere attuata in bambini di età maggiore di 1 anno, con la sola esclusione dei casi associati a otorrea o OMA ricorrente (tabella 3) [5]. Il presupposto sul quale si fondano entrambi gli studi recensiti si basa sulla constatazione che, secondo gli Autori, la scelta di adottare la vigile attesa derivi dall'analisi di studi opinabili sotto diversi punti di vista, dal numero di

pazienti spesso insufficiente a permettere un adeguato potere degli studi, alla diagnosi di OMA basata su criteri otoscopici e clinici non adeguati, all'utilizzo dell'antibiotico a dosaggi spesso non idonei. Nell'articolo di Hoberman et al. sono stati trattati 291 bambini tra i 6 mesi e i 2 anni con OMA diagnosticata con criteri restrittivi [1]. La diagnosi si basava su tre criteri: a) comparsa, entro le precedenti 48 ore, di sintomi ai quali i genitori assegnavano un punteggio > 3 sulla Acute Otitis Media Severity of symptoms scale (AOM-SOS scale); b) presenza all'otoscopia di secrezione timpanica; c) protrusione del timpano (valutata da otoscopisti addestrati) accompagnata o meno da iperemia timpanica e otalgia [6-7]. Gli outcome principali erano rappresentati dal tempo di risoluzione dei sintomi (clinici e otoscopici) e dalla variazione del punteggio AOM-SOS nel tempo. Tra gli outcome secondari è stata considerata inoltre l'incidenza di eventi avversi.

Lo studio conclude che i bambini trattati con amoxicillina-clavulanato avevano un outcome a breve termine favorevole, sulla base di criteri otoscopici e clinici (riduzione del punteggio AOM-SOS), rispetto ai bambini trattati con placebo.

Nello studio di Tähtinen et al. sono stati inclusi 319 bambini dai 6 mesi ai 3 anni di età con diagnosi di otite media su base otoscopica, trattati con amoxicillina-clavulanato per sette giorni [2]. I criteri per la diagnosi di otite erano: a) evidenza alla otoscopia pneumatica di essudato nell'orecchio medio; b) un segno di infiammazione acuta della membrana (macchie o strie eritematose, protrusione della membrana, membrana timpanica giallastra); c) sintomi acuti quali febbre, otalgia, sintomi respiratori.

L'outcome primario era rappresentato dal fallimento del trattamento inteso come persistenza della sintomatologia al terzo giorno, peggioramento delle condizioni generali o dei segni otoscopici,

Per corrispondenza:  
Stefano Costa  
e-mail: stefan.costa@gmail.com

incidenza di infezioni severe o di eventi avversi. I risultati erano a favore del trattamento antibiotico con amoxicillina-clavulanato contro placebo, soprattutto per quanto concerne il peggioramento delle condizioni generali e la persistenza dei segni otoscopici di infezione, e a detta degli Autori evidenziavano un maggiore beneficio dalla terapia antibiotica contro placebo rispetto ai precedenti trial.

### Valutazione metodologica degli studi

I due trial offrono diversi spunti di discussione, come testimoniano le numerose lettere pubblicate sul *NEJM* in risposta ai lavori [8].

Il primo punto da prendere in considerazione è che gli Autori sembrano aver disegnato degli studi non perfettamente coerenti con le premesse dichiarate. Se si vuole infatti provare l'efficacia del trattamento antibiotico dell'OMA, non si possono utilizzare criteri di selezione dei pazienti troppo restrittivi. L'esame otoscopico per l'arruolamento, effettuato da otoscopisti addestrati, non è riproducibile nella pratica corrente e causa una distorsione nella popolazione studiata. Se da un lato questo approccio esclude le OMA dubbie (o infezioni non OMA?) – che probabilmente non si gioverebbero di un trattamento antibiotico –, dall'altro

lato si rischia di selezionare solo OMA di gravità medio-alta, che, come già indicato in tutte le linee guida, sono quelle che comunque verrebbero trattate con una terapia antibiotica. A questo bias di selezione è ragionevolmente ascrivibile la maggiore risposta alla terapia antibiotica rispetto ai precedenti studi.

Come questa distorsione poi si concretizzi lo si capisce osservando con attenzione le figure riguardanti arruolamento, selezione e follow-up dei pazienti nei due articoli. In particolare nell'articolo di Hoberman circa un terzo dei pazienti eleggibili non veniva arruolato perché non erano rispettati i restrittivi criteri di inclusione previsti dal protocollo. 138 di questi avevano uno score sintomatologico (secondo l'AOM-SOS scale) < 3, in pratica OMA lievi che probabilmente non avrebbero tratto alcun vantaggio dal trattamento antibiotico. Sempre nello stesso articolo si legge che circa il 50% dei pazienti arruolati (tutti tra 6 mesi e 2 anni) aveva un'otite bilaterale, condizione che sicuramente, nei pazienti in questa fascia di età, avremmo trattato con terapia antibiotica come da linee guida. In nessuno dei due studi è stato previsto, inoltre, di confrontare il trattamento antibiotico con ciò che a oggi viene ritenuto il trattamento migliore e cioè la vigile attesa. Del resto lo stesso Hoberman, in risposta alle lettere di critica al suo lavoro, dichiara: "I bambini che presentavano un basso score sintomatologico erano stati esclusi solo

**TABELLA 1: RACCOMANDAZIONI SECONDO L'AAP [3] (MODIFICATO)**

CRITERI PER LA PRONTA TERAPIA ANTIBIOTICA O PER LA VIGILE ATTESA NEI BAMBINI CON OMA		
Età	Diagnosi certa	Diagnosi non certa
< 6 mesi	Terapia antibiotica	Terapia antibiotica
Tra i 6 mesi e i 2 anni	Terapia antibiotica	Terapia antibiotica se malattia severa; vigile attesa* se malattia non severa
> 2 anni	Terapia antibiotica se malattia severa; vigile attesa* se malattia non severa	Vigile attesa*

\*La vigile attesa è una opzione appropriata solo se può essere assicurato il follow up e la terapia antibiotica deve essere avviata se i sintomi dovessero persistere o peggiorare. La malattia non severa è caratterizzata da una lieve otalgia e da febbre < 39 °C nelle precedenti 24 ore. La malattia severa è rappresentata da una otalgia di grado da moderato a severo o da febbre > 39 °C. Una diagnosi certa di OMA necessita di tutti e tre i successivi criteri: 1) esordio rapido, 2) segni otoscopici di effusione dell'orecchio medio e 3) segni e sintomi di infiammazione dell'orecchio medio.

**TABELLA 2: RACCOMANDAZIONI SECONDO LA SIP [4] (MODIFICATO)**

SINTESI DELLA STRATEGIA TERAPEUTICA DELL'OMA NON COMPLICATA*				
Diagnosi	Certa			
	Bilateralità		Monolateralità	
Lateraltà				
Severità sintomi	Grave	Lieve	Grave	Lieve
Età < 6 mesi	Antibiotico immediato	Antibiotico immediato	Antibiotico immediato	Antibiotico immediato
Età 6-24 mesi	Antibiotico immediato	Antibiotico immediato	Antibiotico immediato	Vigile attesa
Età > 24 mesi	Antibiotico immediato	Vigile attesa	Vigile attesa	Vigile attesa

\*Assenza di otorrea, complicanze intracraniche o storia di ricorrenza.

**TABELLA 3: INDICAZIONI PER IL TRATTAMENTO DELL'OMA SECONDO LE LINEE GUIDA ACP [5]**

Indicazioni	Trattamento
All'esordio: presenza di otorrea e/o storia di otite media ricorrente	Amoxicillina, 75-90 mg/kg/die in tre dosi per non meno di cinque giorni
All'esordio: tutti i bambini > 12 mesi	Paracetamolo, 10-15 mg/kg/dose quattro volte al giorno associato a lavaggi nasali con soluzione fisiologica
A 48-72 h: sintomi persistenti e otorrea	Amoxicillina 75-90 mg/kg/die in tre dosi per non meno di cinque giorni

perché la risposta sintomatologica era un outcome dello studio" [9].

Il secondo punto da analizzare riguarda gli outcome considerati nei due articoli. Si tratta di outcome complessi (Tähtinen) o multipli (Hoberman), la cui interpretazione, così come definito dal CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trial), può essere fonte di difficoltà interpretative [10]. Inoltre, calcolando l'NNT per gli outcome considerati a due-tre giorni dall'inizio della terapia, e cioè in quella fase in cui, secondo le linee guida, almeno una parte dei pazienti sarebbe trattata con la vigile attesa, vediamo come i risultati ottenuti non siano così nettamente a favore dell'antibiotico. Se consideriamo nello studio di Hoberman il numero di bambini trattati con amoxicillina-clavulanato (144) che hanno avuto una iniziale risoluzione dei sintomi al secondo giorno (50), e lo confrontiamo con quello dei bambini trattati con placebo (147) che, nello stesso tempo, hanno mostrato iniziale risoluzione della sintomatologia (41), troviamo un NNT di 14,6. Per quanto concerne lo studio di Tähtinen, se confrontiamo il numero di bambini, tra quelli trattati con amoxicillina-clavulanato (161) che avevano migliorato le condizioni generali al terzo giorno di terapia (149), con quelli trattati con placebo nel braccio (158), che avevano avuto al terzo giorno di terapia un miglioramento delle condizioni generali (136), troviamo un NNT di 15,5, quindi sovrapponibile a quanto evidenziato dai precedenti studi. Questo può significare che anche in tali pazienti la vigile attesa avrebbe potuto rappresentare un approccio corretto.

Un ulteriore punto che suscita perplessità riguarda la scelta dell'antibiotico. Nel dettaglio, le linee guida della AAP suggeriscono di utilizzare l'amoxicillina semplice come antibiotico di prima scelta nel trattamento della gran parte delle otiti, e di riservare l'associazione con il clavulanato solo in caso di febbre > 39 °C; non sarebbe pertanto condivisibile la scelta di tale molecola nella maggior parte dei pazienti selezionati, visto che solo il 13% dei pazienti dello studio di Tähtinen rispondeva a tale criterio. L'amoxicillina semplice è il farmaco di prima scelta in undici delle sedici LG nazionali finora prodotte, mentre in quattro la penicillina V è la principale opzione terapeutica. Infine le linee guida della SIP consigliano l'utilizzo dell'amoxicillina protetta in presenza di fattori di rischio, quali l'età inferiore a 3 anni, per una maggiore pos-

sibilità di presenza di emofilo produttore di beta lattamasi. In definitiva la scelta dei due studi di trattare indiscriminatamente tutti i pazienti con amoxicillina protetta non sembra razionale, in riferimento ai dati presenti in letteratura.

Anche in termini di costi questa scelta risulta ingiustificata. Per esempio, a parità di dosaggio, per il trattamento di un bambino di 12 kg, il costo aggiuntivo del trattamento con amoxicillina-clavulanato è circa cinque volte superiore. A tale proposito va segnalato che nello studio di Hoberman gli Autori dichiarano importanti conflitti di interesse con le case farmaceutiche produttrici di amoxicillina-clavulanato. Altro punto che merita la nostra attenzione è rappresentato dall'NNH per l'esito principale considerato negli studi e cioè l'incidenza di diarrea. Nei due studi l'NNH è risultato rispettivamente 5,8 e 4,7, sovrapponibile agli NNT di fine trattamento (7 e 4).

Nello studio di Hoberman il dosaggio dell'antibiotico era di 90 mg/kg/die, contro i 40 mg/kg/die utilizzati nello studio di Tähtinen; nello studio finlandese gli Autori giustificano tale posologia con un basso tasso di resistenze nei ceppi di *S. pneumoniae* isolati in Finlandia. A questo punto, visto il basso tasso di resistenze, verrebbe da chiedersi se l'utilizzo dell'amoxicillina semplice avrebbe sortito gli stessi effetti con una incidenza minore di diarrea.

Inoltre, in nessuno dei due studi il trattamento del dolore è stato standardizzato in termini di scelta della molecola da utilizzare e dosaggio al quale utilizzarla. Peraltro, il trattamento sintomatico non è stato influenzato dall'utilizzo dell'antibiotico. Quando trattiamo le OMA con l'antibiotico, dovremmo quindi sapere che in alcuni casi riusciremo a ridurre la durata del dolore ma in nessun caso a intervenire sull'intensità dello stesso.

## Conclusioni

Entrambi gli studi presi in esame mostrano un beneficio per l'utilizzo dell'antibiotico rispetto al placebo nell'OMA, con differenza statisticamente significativa, ma l'applicabilità di tali risultati nella pratica clinica è dubbia e discutibile. Il beneficio è comunque relativo e si ha la stessa probabilità di ottenere un beneficio rispetto a quella di indurre un evento avverso (diarrea). L'antibiotico usato non è raccomandato dalle linee guida italiane e statunitensi come trattamento di prima scelta. I pazienti selezio-

nati secondo criteri otoscopici rigidi hanno più possibilità di avvantaggiarsi dall'antibiotico, ma al tempo stesso non rappresentano la popolazione con OMA (presunta o reale) della nostra realtà clinica, non essendo la maggior parte dei pediatri italiani otoscopisti addestrata e non utilizzando di routine l'otoscopia pneumatica. In ultima analisi non ci sembra che i risultati di questi due studi possano modificare la nostra pratica clinica. La vigile attesa resta un ottimo strumento per non trattare i casi che guariscono da soli, che, come riportato nei vari trial compresi i due analizzati, rappresentano sempre una percentuale rilevante. Sappiamo ora che in casi di otite che molto probabilmente avremmo trattato (subito o dopo una vigile attesa) il beneficio indotto dall'amoxicillina-clavulanato è relativo e controbilanciato dall'insorgenza di diarrea. In fin dei conti niente di più rispetto a quanto già sapevamo. È lecito quindi chiedersi perché studi che non aggiungono niente alla pratica clinica corrente e condotti con metodologia discutibile trovino spazio su riviste di importanza tale da poter influenzare la classe medica, soprattutto in un periodo in cui il pericolo di trovarsi di fronte a batteri totiresistenti si fa sempre più concreto. ♦

## Bibliografia

- [1] Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. *N Engl J Med* 2011;364:105-15.
- [2] Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, et al. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. *N Engl J Med* 2011;364:116-26.
- [3] AAP - American Academy of Pediatrics and American Academy of family physicians. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2004;113:1451-65.
- [4] Marchisio P, Principi N, Bellussi L (coordinatori). Otite Media Acuta: dalla diagnosi alla prevenzione. Linee Guida della Società Italiana di Pediatria, 2010. <http://www.sip.it/documenti/otite.pdf>.
- [5] Marchetti F, Ronfani L, Conti Nibali S, et al. for the Italian Study Group on Acute Otitis Media. Delayed prescription may reduce the use of antibiotics for acute otitis media. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:679-84.
- [6] Shaikh N, Hoberman A, Paradise JL, et al. Development and preliminary evaluation of a parent-reported outcome instrument for clinical trials in acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2009;28:5-8.
- [7] Shaikh N, Hoberman A, Paradise JL, et al. Responsiveness and construct validity of a symptom scale for acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2009;28:9-12.
- [8] Newman DH, et al. Spiro DM, et al. Grubbs, et al. Letters to editor. *N. Engl. J. Med* 2011;364:1775-9.
- [9] Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE. Treatment of acute otitis media in children. *N Engl J Med* 2011;364:1777-8.
- [10] Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT). Transparent reporting of trials. [http://www.consort-statement.org/consort-statement/3-12—methods/item6a\\_outcomes](http://www.consort-statement.org/consort-statement/3-12—methods/item6a_outcomes).

# info: notizie

## Inceneritori e malattie

Sono stati presentati a dicembre u.s., a Bologna, i risultati definitivi dello studio Monitor, avviato nel 2007 dalla Regione Emilia-Romagna, con l'obiettivo di indagare sugli effetti sull'ambiente e sulla salute nelle popolazioni residenti in prossimità degli otto inceneritori presenti sul territorio regionale.

I risultati, in particolare l'incremento dei linfomi non Hodgkin nella coorte di Modena, appaiono coerenti con altre segnalazioni emerse dalla letteratura. Ai rischi già segnalati di "piccoli per età gestazionale" e di "nascite pretermine", si aggiunge anche un "andamento crescente della prevalenza di aborti spontanei in relazione ai livelli di esposizione", un "andamento crescente con l'esposizione a carico della totalità delle malformazioni". Inoltre la "mortalità per tumore a fegato e pancreas nei maschi è significativamente associata al livello di esposizione più elevato" e si registrano per di più incrementi di incidenza per tumore al pancreas nei maschi e, nella coorte di Modena più a lungo indagata, incrementi per tumore al polmone nei maschi, tumore al colon, ovaio ed endometrio nelle femmine e linfomi non Hodgkin in entrambi i sessi.

Gli Autori segnalano che tali rischi, visti i tempi di latenza delle patologie tumorali, potrebbero non essersi ancora manifestati in maniera totale nelle altre coorti che non risultano altrettanto indagate come quella di Modena per quanto attiene l'esposizione temporale. Inoltre non sono stati indagati effetti a breve termine, in particolare nei bambini, quali i ricoveri per patologie respiratorie e cardiache, indicatori eccellenti di danni immediati e "premonitori" dei danni a più lungo termine. Un recente studio condotto a Seoul su quattro inceneritori che rispettano i limiti emissivi ha valutato – per soli quattro inquinanti (PM<sub>10</sub>, NO<sub>x</sub>, SO<sub>2</sub>, CO) – un carico complessivo di morti e malati di ben 297 persone/anno!

Non può quindi che destare profondo sconcerto la rassicurazione a pieno campo operata dai decisori politici con il comunicato stampa emesso dalla Giunta Regionale che letteralmente recita:

"L'indagine epidemiologica condotta nell'ambito di Monitor non mostra un incremento del rischio né per patologie tumorali, né per la mortalità in generale... Rimane solo la conferma di un aumento delle nascite pretermine...

Anche questo dato rimane tuttavia entro la media regionale e non è correlato ad alcun aumento di rischio per la salute dei neonati".

(Fonte: ISDE di Bologna, Ferrara, Forlì, Parma e Piacenza)

## L'Italia ha il garante per l'infanzia e l'adolescenza ... finalmente!

Il 30 novembre Vincenzo Spadafora è stato nominato Garante nazionale per l'infanzia.

Arianna Saulini, coordinatrice del Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) di cui fa parte anche l'ACP, ha dichiarato che "rappresenta un passo davvero importante per la promozione e la realizzazione dei diritti di tutti i bambini e ragazzi che vivono in Italia. Grazie al lavoro congiunto e in rete, il Gruppo CRC ha costantemente seguito l'iter legislativo ribadendo in varie sedi l'importanza e l'urgenza dell'istituzione del Garante nazionale e la necessità, così come sottolineato dal Comitato ONU per l'infanzia e l'adolescenza, che questa figura fosse indipendente e autonoma. Il Gruppo CRC auspica che, con la nomina del Garante, i diritti e le questioni riguardanti i bambini e gli adolescenti che vivono nel nostro Paese ricoprano finalmente un ruolo centrale nell'agenda politica e che la loro voce venga presa in seria considerazione in tutti i contesti che li riguardano direttamente".

Il Garante nazionale dovrà lavorare in sinergia con i Garanti regionali per "garantire una protezione uniforme ed efficace della promozione dei diritti dell'infanzia in tutte le Regioni", assicurando idonee forme di collaborazione. In considerazione della mutata struttura dello Stato, diventa sempre più rilevante ed essenziale il ruolo delle Regioni nell'attuazione della Convenzione e della promozione e tutela dei diritti dei bambini, è quindi importante che il Garante nazionale collabori pienamente con i

Garanti regionali. L'approvazione della Legge istitutiva e la nomina dei Garanti in tutte le Regioni diventano pertanto sempre più urgenti.

## L'Italia tradisce gli impegni

Gli aiuti alla salute globale sono scesi allo 0,017% del Pil (dato 2009), ben lontani dall'obiettivo dello 0,1% fissato dall'OMS.

Una briciola, pari all'1,8% di quanto erogato da tutti i Paesi del G8. Una delusione per molti, dal momento che proprio l'Italia è stata tra i fautori più accaniti della creazione del Fondo globale per la lotta contro l'Aids, la tubercolosi e la malaria. Salvo poi tirarsi indietro, anno dopo anno, fino ad accumulare un debito di 260 milioni di euro.

A denunciare le "promesse mancate" del nostro Paese è un rapporto della Coalizione italiana contro la povertà, che riunisce 79 associazioni ed enti, da Amref a Save the children, dai sindacati confederali alle ACLI, dall'Unicef al WWF. Il Global Fund è la ferita più dolorosa: oltre a non aver assunto alcun impegno finanziario per il triennio 2011-2013, l'Italia non ha ancora versato le quote per il 2009 e per il 2010, pari appunto a 260 milioni (come a dire l'equivalente di un trattamento salvavita a base di antiretrovirali per 100 mila malati di Hiv/Aids e di cure per 248 mila persone affette da Tbc). Purtroppo l'Italia, conclude il rapporto, "è tra i Paesi donatori che ha mantenuto il minor numero di impegni sia individuali sia collettivi" in favore della salute globale.

Siamo stati generosi soltanto a parole: le promesse, si sa, non costano nulla e rendono molto.

(Il Sole 24ORE Sanità, 15-21 novembre 2011)

## La spesa privata aumenta del triplo

Secondo il Rapporto Oasi 2011 del Cergas Bocconi, la spesa sanitaria totale (pubblica + privata) ha superato, nel 2010, i 141 miliardi di euro.

La componente pubblica, superiore a 111 miliardi, è cresciuta solo dello 0,9% rispetto al 2009, mentre la componente privata è aumentata del 2,8%, un dato che indica come i risparmi pubblici si

# sulla salute

traducano in aumenti di spesa per i cittadini. Queste variazioni sono conseguenti alle scelte di politica sanitaria dello Stato e delle Regioni. Per la quarta volta dal 1995 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica è risultato inferiore al tasso di crescita del Pil. Per quanto riguarda la componente pubblica l'assistenza ospedaliera erogata in strutture pubbliche rappresenta circa il 44% delle uscite correnti, mentre la spesa per assistenza in case di cura private è di circa l'8%.

L'assistenza ospedaliera pubblica e privata accreditata rappresenta, pertanto, il 52% delle uscite correnti. La concentrazione dei disavanzi evidenzia come il 66,2% del disavanzo sia stato generato nel tempo da sole due Regioni: Lazio e Campania. Tuttavia è da segnalare come il Lazio, grazie al Piano di rientro del 2007, abbia fatto registrare disavanzi sempre minori (nel 2010 il disavanzo è diminuito del 25% rispetto al 2009). In quest'ultimo anno anche la Campania ha ridotto significativamente il proprio disavanzo del 37%. Infine, le Regioni in maggiore difficoltà, ovvero quelle che hanno sottoscritto un piano di rientro, hanno prodotto risultati alterni: molto buoni in Liguria, con conseguente uscita dal piano, in netto progresso in Sicilia, in recupero anche in Lazio e Campania, discreti in Abruzzo (con un nuovo piano che ha convinto il tavolo di monitoraggio), mentre Molise, Sardegna e Calabria hanno riportato risultati negativi.

La spesa sanitaria pubblica, quindi, cresce sempre meno, ma rimangono le preoccupazioni per l'aumento della spesa privata e per le Regioni che sono ancora molto in ritardo con il rientro dai disavanzi.

(Il Sole 24ORE Sanità, 6-12 dicembre 2011)

## Un *Sunshine Act* per l'Europa?

Andrew Jack, giornalista del *Financial Times*, inizia il suo articolo sul *British Medical Journal* (2011;343:d6459) raccontando la vicenda che vide coinvolta, nel 2009, l'industria farmaceutica Cephalon (ora incorporata nella Teva). La ditta invitò tredici medici inglesi a Lisbona a un congresso europeo ma l'invito non si limitò alle spese di viaggio e

soggiorno. Un documento interno alla Cephalon descrive così la serata offerta allo staff e ai medici: "La cena fu fantastica... poi fino alle 3 di notte tra bar e night club. Tutti gli invitati furono entusiasti, ebbero parole di elogio per l'Effentora (fentanyl) e dichiararono che avrebbero cominciato a prescriverlo".

In seguito alla denuncia di un ex addetto alle vendite della Cephalon, fu avviata un'inchiesta che portò a una reprimenda pubblica per la ditta e fornì nel contempo un esempio delle tattiche che legano industria e medici.

Episodi come questo, insieme a molti altri ben più problematici, a volte perseguiti penalmente, hanno portato alla creazione di codici regolatori da parte delle aziende farmaceutiche in molte parti del mondo e alla richiesta ai politici di atti legislativi per rendere trasparenti i rapporti tra industria e medici.

Negli USA, in seguito alle pressioni dell'opinione pubblica, è stata approvata nel 2010 una legge (*Sunshine Act*) che renderà obbligatoria la dichiarazione di tutti i pagamenti fatti ai medici dall'industria, a partire dal 2013. In Europa le pressioni in tal senso sono più limitate, ma alcune nazioni si stanno muovendo (Danimarca, Olanda, Scozia e Francia).

In Italia il traguardo appare lontano; manca la consapevolezza dell'urgenza e della gravità del problema. Non ci resta che augurarci di avere al più presto un *Sunshine Act* per l'Europa che obblighi alla trasparenza tutti i Paesi dell'Unione. È vero che le condizioni che creano conflitti di interessi, con tutte le loro possibili conseguenze, non scompaiono dichiarandole, ma la trasparenza sarebbe un primo passo importante.

## Futuri medici e "indignati" a caccia dei trucchi di Big Pharma

Così è intitolato l'articolo di Ranieri Salvadorini su *Repubblica online* che parla del recente seminario del Segretariato degli Studenti di Medicina (SISM) sul conflitto di interessi.

Il secondo, dopo quello dello scorso anno. «Altro che resort a 5 stelle con sauna, beauty farm e ristoranti di lusso», scrive Salvadorini. «Il workshop organizzato

dagli studenti del Segretariato Italiano Studenti di Medicina (SISM) sul tema "Case farmaceutiche e conflitti d'interesse nella pratica medica" è ben lontano dalle location abituali della maggior parte dei "convegni di formazione" per i medici, in genere sponsorizzati dalle industrie del farmaco.

Per tre giorni, a Ulgiano, paesino del Senese, si è discusso in uno stanzone che fa anche da sala mensa, si è mangiato dalla gavetta ("per non offendere l'ambiente") e si è dormito al freddo su stuoio e in sacco a pelo».

Le parole di uno di loro spiegano bene i principi che ispirano questi ragazzi: "Io voglio fare il medico e lo voglio fare come lo si faceva una volta – ha detto Bruno, uno dei partecipanti –, voglio potermi prendere cura dei miei pazienti, mi piace. Anche per questo sono qui, perché per gestire il condizionamento a cui siamo sottoposti bisogna mettersi in rete, stare all'erta".

## Gli auguri di IBFAN Italia

"Il prossimo anno si prospetta ancora pieno di sfide: riuscire a coinvolgere sempre di più gli operatori sanitari e le loro associazioni affinché siano a nostro fianco a promuovere il rispetto del Codice (non solo della legge!) per la protezione dell'allattamento, riuscire a riportare l'alimentazione complementare del lattante – che l'industria vorrebbe farci credere sia di loro esclusiva pertinenza – nell'ambito delle competenze fondamentali della famiglia. Crediamo che in questo i pediatri potrebbero e dovrebbero per primi avere un ruolo importante. Crediamo poi che oggi ancora di più il latte materno sia da proteggere proprio come bene comune dell'umanità, sia per i gravi problemi economici ed ecologici che la nostra generazione deve affrontare, sia dal punto di vista della relazione affettiva. Oggi sappiamo che anche l'inquinamento può mettere in pericolo la vita dei nostri figli fin da prima che vengano al mondo, e anche questo è uno dei temi che ci vedrà impegnati nel corso del 2012.

UN GRANDE GRAZIE a tutti coloro, singoli e gruppi, che hanno collaborato con noi nel 2011".

# L'applicazione del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno

Paola Negri

Consulente professionale in allattamento IBCLC, IBFAN Italia

## Abstract

### *The enforcement of the International Code of baby food in Italy*

*A briefing of health professionals on the legislation that regulates production, composition, labelling, advertisement and marketing of baby food and the respective sanctions for its violation. The Italian legislation, as the European one, even if it does not entirely reflect the International code on marketing of breast-milk substitutes it is a further step toward the protection of breastfeeding. The crucial matters derive from the non compliance toward the legislation.*

*Quaderni acp 2012; 19(1): 24-25*

**Key words** *International code on marketing of breast-milk substitutes. Breastfeeding. Italian Legislation. Sanctions*

L'articolo ha lo scopo di informare gli operatori sanitari sulla legge che regola la produzione, composizione, etichettatura, pubblicità e commercializzazione degli alimenti per lattanti e degli alimenti di proseguimento, e sulle misure sanzionatorie previste per la sua violazione. La legge italiana, come la direttiva europea da cui deriva, pur non rispecchiando integralmente il Codice sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno, rappresenta un progresso nella tutela dell'allattamento dalla promozione dei sostituti del latte materno, biberon e tettarelle. Le criticità derivano dal mancato rispetto della Legge.

**Parole chiave** *Codice sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno. Allattamento al seno. Legge italiana. Decreto sanzionatorio*

Testo tratto da "Che cosa è il Codice internazionale" pubblicato sul sito web [www.saperidoc.it](http://www.saperidoc.it) a p. 591.

La legge italiana, pur non dandone ancora piena attuazione, ha rivolto una crescente attenzione ai principi contenuti nel Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno in recepimento delle direttive europee, ultima quella 2006/141/CE [1-4]. L'ultimo DM relativo all'attuazione del Codice è del 9 aprile 2009, n. 82, e regola la produzione, composizione, etichettatura, pubblicità e commercializzazione degli alimenti per lattanti e degli alimenti di proseguimento [5]. Riportiamo di seguito i punti principali della legge italiana con alcune note sul recepimento di quanto contenuto nel Codice.

## PUBBLICITÀ e altre forme di promozione al pubblico (articolo 10)

- Sono vietate la pubblicità e ogni forma di promozione solo per gli alimen-

ti per lattanti da 0 a 6 mesi di vita (latte 1 o latte di partenza).

- La pubblicità dei latte 1 è permessa sulle riviste destinate agli operatori sanitari, purché abbia carattere scientifico e sia basata su informazioni documentate; deve inoltre conformarsi ad altri requisiti (simili a quelli richiesti per le etichette).
- È consentita la pubblicità dei latte di proseguimento (7-12 mesi), purché si conformi a determinati requisiti: non deve causare alcuna interferenza negativa con l'allattamento al seno, deve chiaramente indicare che il prodotto è utilizzabile in lattanti con più di 6 mesi ove non disponibile il latte materno, che il latte materno va offerto fino a quando è possibile, anche durante lo svezzamento e l'alimentazione diversificata. La pubblicità inoltre non deve contenere testi o immagini che abbiano relazione con la gravidanza o l'alimentazione o la cura del lattante sotto

i 6 mesi, né immagini di lattanti che possono essere percepiti come soggetti di età inferiore ai 6 mesi.

- Il divieto di offrire campioni omaggio si limita ai latte 1.

## Note

- A differenza del Codice, la legge italiana e la direttiva europea consentono la pubblicità di biberon, tettarelle, altri cibi e bevande presentati per bambini piccoli, latte di proseguimento e di crescita.
- La pubblicità dei latte di proseguimento è consentita dalla legge, ma è regolamentata.

## ETICHETTE (articolo 9)

- La legge, nel caso delle etichette, recepisce quasi interamente le prescrizioni del Codice.
- Aggiunge che le etichette dei latte di partenza devono essere ben differenziate da quelle dei latte di proseguimento.
- La compagnia che produce alimenti per lattanti, deve trasmettere un campione dell'etichetta al *Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali* e può commerciare il prodotto soltanto dopo trenta giorni dalla data di ricezione. Anche per i prodotti già sul mercato la legge prevede che le etichette debbano essere inviate al Ministero.

## INFORMAZIONI AL PUBBLICO (articolo 15)

Il materiale informativo non deve in alcun modo, attraverso dati, affermazioni, illustrazioni o altro, avvalorare la tesi che l'allattamento artificiale sia uguale o superiore all'allattamento al seno e deve, in ogni caso, conformarsi alle prescrizioni di cui agli articoli 9 e 10 (etichette e pubblicità).

Il materiale deve inoltre conformarsi a criteri precisi, indicati chiaramente nella legge quali:

Per corrispondenza:  
Paola Negri  
e-mail: [pachiti@gmail.com](mailto:pachiti@gmail.com)

- la necessità di promuovere l'allattamento esclusivo e di introdurre eventuali sostituti soltanto dietro parere di professionisti indipendenti;
- l'importanza dell'allattamento anche durante l'introduzione di cibi solidi;
- i rischi legati all'introduzione di alimenti o sostituti del latte materno prima del sesto mese;
- i rischi legati all'uso non appropriato di sostituti del latte materno;
- qualora il materiale contenga informazioni sull'uso dei sostituti del latte materno, deve riportare informazioni circa le conseguenze sociali e finanziarie del loro uso e non deve riportare immagini che possano idealizzare l'alimentazione artificiale.

#### Note

- Come per le etichette, riguardo al materiale informativo la legge rispecchia pienamente le indicazioni del Codice.
- Per le affermazioni nutrizionali e di salute (*health claims*) la legge fa riferimento alle relative direttive europee.

### INFORMAZIONI AGLI OPERATORI SANITARI (articolo 16)

- Il materiale informativo per gli operatori sanitari deve essere strettamente limitato all'ambito scientifico, basato su evidenze scientifiche documentate e documentabili.
- Deve inoltre contenere riferimenti a studi pubblicati per sostenere ogni affermazione circa eventuali effetti nutrizionali o sulla crescita, sullo sviluppo e sulla salute del bambino.

### STRUTTURE SANITARIE E OPERATORI SANITARI (articolo 12)

- Le strutture e il personale sanitario devono promuovere l'allattamento.
- Le strutture devono contrastare ogni forma di pubblicità, anche occulta, e i comportamenti ostativi alla pratica dell'allattamento materno.
- Sono vietate le forniture gratuite di alimenti per lattanti ai reparti maternità (comma 6).
- Sono consentite le forniture gratuite per istituzioni o organizzazioni, ma

soltanto su prescrizione individuale e limitatamente al periodo di uso.

- Nelle lettere di dimissione non deve esserci uno spazio per la prescrizione del latte artificiale; tale prescrizione deve essere data solo su base individuale nei casi in cui il medico lo ritenga necessario.
- Alle dimissioni le puerpere non devono ricevere in omaggio prodotti o materiali in grado di interferire in qualunque modo con l'allattamento al seno.

#### Note

- Nell'art. 14 la legge indica le iniziative di promozione e sostegno all'allattamento che ogni struttura sanitaria dovrebbe attuare.

### CONGRESSI E SPONSORIZZAZIONI (articolo 13)

La legge pone dei vincoli precisi ai contributi e alle sponsorizzazioni da parte delle compagnie di congressi ed eventi formativi, affermando che (commi 5-7):

- sono permessi solo per congressi e corsi di formazione proposti da società scientifiche nazionali che nelle attività di competenza si siano distinte per la promozione dell'allattamento materno e di una corretta alimentazione del lattante e del bambino conformemente ai criteri del presente decreto, o ASL o aziende ospedaliere o universitarie, appositamente autorizzati dal *Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali*;
- deve essere presentata al *Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali* la documentazione concernente l'entità della partecipazione finanziaria delle imprese che, complessivamente, può coprire comunque solo una parte minoritaria della spesa, nonché ogni elemento utile a garantire l'indipendenza e la trasparenza dei contenuti scientifici del congresso e della manifestazione scientifica.

#### Misure sanzionatorie

Il **Decreto sanzionatorio** approvato il 19 maggio 2011 stabilisce sanzioni pecuniarie (da 3000 a 150.000 euro) per chi contravviene al DM 82. In particolare,

con i proventi derivanti dall'applicazione delle sanzioni di cui sopra, è prevista la creazione di un fondo volto a finanziare iniziative di ricerca e informazione per la promozione dell'allattamento; ci auguriamo che serva anche per iniziative volte a monitorare il rispetto del Codice e della Legge e la sua efficacia nel proteggere l'allattamento dalle scorrette pratiche di *marketing*.

#### Nota finale

La legge italiana, come la direttiva europea da cui deriva, pur non rispecchiando integralmente il Codice, rappresenta un progresso nella tutela dell'allattamento dalla promozione dei sostituti del latte materno, biberon e tettarelle. Le criticità, come rilevato nei documenti sul monitoraggio delle violazioni al Codice, derivano dal mancato rispetto della legge. ♦

#### Bibliografia

- [1] Decreto Ministeriale 6 aprile 1994, n. 500. Regolamento concernente l'attuazione delle direttive 91/321/CEE della Commissione del 14 maggio 1991 sugli alimenti per lattanti e alimenti di proseguimento e 92/52/CEE del Consiglio del 18 giugno 1992 sugli alimenti per lattanti e alimenti di proseguimento destinati all'esportazione verso Paesi terzi. Gazzetta Ufficiale n. 189 del 13 agosto 1994 [testo integrale].
- [2] Circolare 24 ottobre 2000, n.16. Promozione e tutela dell'allattamento al seno. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 263 del 10 novembre 2000 [testo integrale].
- [3] Decreto Ministeriale 16 gennaio 2002. Modalità della diffusione di materiale informativo e didattico e del controllo delle informazioni corrette e adeguate sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini, ai sensi dell'art. 8, comma 3, del decreto ministeriale 6 aprile 1994, n. 500. Gazzetta Ufficiale n. 24 del 29 gennaio 2002 [testo integrale].
- [4] Unione Europea. Direttiva 2006/141/CE della Commissione del 22 dicembre 2006 riguardante gli alimenti per lattanti e gli alimenti di proseguimento e recante abrogazione della direttiva 1999/21/CE [testo integrale].
- [5] Decreto Ministeriale 9 aprile 2009, n. 82. Regolamento concernente l'attuazione della direttiva 2006/141/CE per la parte riguardante gli alimenti per lattanti e gli alimenti di proseguimento destinati alla Comunità europea e all'esportazione presso Paesi terzi (09G0093). Gazzetta Ufficiale n. 155 del 7 luglio 2009 [testo integrale].

Per ulteriori approfondimenti:  
www.saperidoc.it sezione allattamento al seno (pagina 591)  
www.ibfanitalia.org

# Rispondere ai bisogni così come li incontriamo

Arturo Alberti

Pediatra di famiglia, ACP Romagna

Nel gennaio 1970 un gruppo di amici, tra cui due sacerdoti, mi fece la proposta di condividere una esperienza missionaria in Congo nella Diocesi di Uvira, vicino al lago Tanganika, in cui lentamente riprendeva una vita abbastanza normale dopo anni di guerriglia.

Si stava sviluppando un progetto che prevedeva un dispensario medico con alcuni posti letto, una riseria, un oleificio per la trasformazione delle arachidi e una scuola nel villaggio di Kiringye. Ne parlai con la mia fidanzata Valeria e accettammo la proposta convinti della verità di una frase di Gesù riportata nel Vangelo di Matteo: "Gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente date". Programmai di accelerare i tempi di preparazione.

Laureatomi nel luglio del '70 ho cominciato a lavorare immediatamente nella Casa di Cura "San Lorenzino" e ho imparato, sotto la guida del dott. Elio Bisulli, cose molto utili in Africa: assistere a un parto, eseguire un raschiamento per aborto spontaneo, ridurre fratture, ingessare, estrarre denti, suturare ecc.

Nel giugno del 1971 Valeria e io ci siamo sposati e in ottobre siamo partiti per il Congo in attesa del nostro primo figlio. All'aeroporto di Bujumbura, la capitale del Burundi, ad attenderci c'era la nostra amica Letizia con una Land Rover stracarica di generi alimentari, verdure e altre cose utili al lavoro. Valeria sedette davanti, io dietro in mezzo a tutte quelle cose, e partimmo per Kiringye.

Un viaggio di due ore; mi passò davanti un paesaggio del tutto nuovo: villaggi di capanne brulicanti di persone, in particolare bambini, animali vaganti, la savana africana e una luce accecante.

Avevo molti timori: mi sembrava incoconiente avere portato mia moglie incinta nella "brousse" africana, ma ero stupito del suo coraggio. Mi affidai al Signore e confidai nell'aiuto e nella compagnia dei nostri amici.

L'Africa mi diede subito il benvenuto: mi portarono un bambino di circa 3 anni gravemente malnutrito (aveva capelli rossicci e un gran pancione) che non sono riuscito a salvare. Si chiamava

Marco e come lui chiamammo il nostro primo figlio che nacque nel maggio del '72.

Abbiamo vissuto due anni molto intensi, sia come lavoro che come vita sociale. Siamo diventati amici di molti congolesi, abbiamo sperimentato una diversa scala di valori e di priorità rispetto alla società occidentale. Mi ha molto colpito la grande importanza che veniva data all'incontro tra le persone: se una persona diretta al mercato a vendere la sua scarsa mercanzia incontrava un amico che non vedeva da tempo poteva anche rinunciare al suo progetto.

La fretta non domina la vita africana: forse è un limite per il PIL ma un vantaggio per la qualità della vita. Gli anni Settanta sono stati caratterizzati da una ideologia terzomondista che considerava semplicisticamente l'Occidente unico colpevole del sottosviluppo per la sua politica coloniale. Certo ci sono state gravi responsabilità occidentali, ma anche problemi locali: inadeguatezza e corruzione delle classi dirigenti, tribalismo, approccio culturale e metodologico inadeguati allo sviluppo.

In nome dell'affrancamento dal colonialismo era stato lanciato lo slogan dell'autosviluppo: ogni popolo ha le risorse sufficienti per superare le difficoltà e i limiti esistenti. La teoria si è presto rivelata fuorviante e dannosa. Nella mia piccola esperienza ho constatato che è necessario un dialogo costruttivo fra culture, mentalità e conoscenze diverse.

Non è vero che noi non abbiamo più niente da dare; si pensi alla concezione del lavoro. È necessario un incontro rispettoso di ogni identità per condividere ciò che si è e ciò che si ha. Scaturisce in tal modo una nuova realtà che è sintesi dell'incontro avvenuto e che rappresenta un coinvolgimento per tutti.

Dopo due anni di permanenza siamo rientrati in Italia: mia moglie era in attesa del secondo figlio e le condizioni del luogo non erano favorevoli alla vita di una famiglia. Non c'era luce; l'acqua andava sempre bollita e filtrata; non c'era possibilità di comunicare con le famiglie di origine. In due anni non abbiamo mai potuto telefonare e le comunicazioni avvenivano solo per lettere che molto spesso andavano perdute; c'era un rischio elevato di malaria per i bambini. Al ritorno ci siamo subito resi conto che

non potevamo chiudere tra parentesi l'esperienza fatta.

Due anni in Congo, con momenti drammatici e la nascita di tante amicizie, ci avevano segnato e ci interpellavano ancora. Con un gruppo di amici di Cesena, abbiamo deciso di costituire una Associazione (l'AVSI) con l'unico scopo di aiutare gli amici di Kiringye, africani e italiani, con cui avevamo vissuto intensamente per due anni. Come accade spesso nella vita, la realtà è più grande dei nostri programmi.

Pian piano abbiamo incontrato altre persone che hanno chiesto un aiuto concreto. La presenza dell'AVSI si è allargata all'Uganda, al Kenya, alla Sierra Leone, al Rwanda e poi in America Latina e in alcuni Paesi dell'Est Europa ed è diventata una realtà importante nel panorama della cooperazione non governativa allo sviluppo.

Oggi sta realizzando più di 70 progetti in molti Paesi del Sud del mondo con la presenza di circa 100 volontari e cooperatori. Ha un budget di più di 30 milioni di euro, di cui il 50% da donazioni private, e sostiene 33.000 bambini con l'adozione a distanza. La valutazione di efficienza ed efficacia dei progetti di sviluppo è nata negli ultimi due decenni. Inizialmente era molto empirica e il lavoro procedeva per l'entusiasmo dei volontari impegnati sul campo.

Oggi una ong che voglia ottenere finanziamenti pubblici deve documentare la qualità degli interventi e avere bilanci certificati. Tuttavia la prospettiva di un percorso lento, ma sicuro, verso condizioni di vita migliori dipende ancora in modo determinante dalle risorse umane. È necessario un soggetto reale che si assuma la responsabilità dello sviluppo. Per questo le ong svolgono ancora un ruolo insostituibile perché i volontari e i cooperatori sono presenti nella realtà e favoriscono la crescita di personalità locali affidabili.

La crescita di AVSI non è stata determinata da una programmazione aziendalistica di sviluppo ma da incontri che hanno sfidato la nostra libertà e ci hanno provocato a una risposta. Questo impegno, per me e la famiglia, ha determinato una impostazione della vita e della professione non prevedibile: pochi giorni di ferie all'anno perché molti giorni erano dedicati all'AVSI, a viaggi di valu-

Per corrispondenza:

Arturo Alberti

e-mail: [arturo.alberti19@gmail.com](mailto:arturo.alberti19@gmail.com)

tazione dei progetti o a incontri al Ministero degli Esteri; nessuna libera professione; impiego di quasi tutto il tempo libero; uso del danaro determinato anche dall'incontro con grandi situazioni di bisogno.

Ma questo mi ha arricchito sul piano umano e professionale; mi ha aiutato a guardare ogni paziente, ogni bambino, con un occhio più attento ai suoi bisogni e con una preoccupazione educativa che desiderava far emergere nelle famiglie la gratitudine per vivere in un contesto di benessere e la tensione a essere aperti alla drammatica situazione di tanti bambini nel mondo.

Ho sentito lo slogan dell'ACP, *Fare meglio con meno*, coerente con l'esperienza vissuta. Ho sempre percepito un di più nella mia vita che mi ha consentito di continuare per tutti questi anni. Se non si sperimenta una crescita personale, non è possibile che un impegno duri nel tempo. La mia esperienza è molto diversa da quella del prof. Sereni (Quaderni acp 2011;18:(6):257) che ha sviluppato un'assistenza specialistica di alto livello in Nicaragua. Le domande che Sereni si pone sono reali e documentano la sua onestà intellettuale.

Io credo che ognuno sia chiamato a rispondere ai bisogni così come li ha incontrati e con un atteggiamento di grande gratuità: il progetto del prof. Sereni non è nato da una decisione presa a tavolino di costituire una unità di nefrourologia pediatrica in Nicaragua ma è nato dall'incontro con un bambino gravemente ammalato, Ulisse, che ha determinato una commozione (un muoversi-con) da cui si è sviluppato il grande e imprevedibile progetto sanitario. Sono certo che si tratta di una storia positiva. ♦

## NO COMMENT

### Enfants terribles



# Il soggiorno di sollievo per la gravissima disabilità

## Realizzazione ed esito di una esperienza locale

Antonella Brunelli\*, Orietta Amadori\*\*

\*Direttore Distretto Rubicone, AUSL Cesena

\*\*Responsabile Area Minori, Servizi Sociali Unione dei Comuni del Rubicone, Forlì-Cesena

### Abstract

#### *Relief hospitalization for severe disabilities. Evaluation of a local experience*

*A relief hospitalization is a frequent option for terminal care illness. The need to assist a 8 years old girl with a severe disability, in order to support her family in the care process, has induced to experiment in such a circumstance a relief hospitalization. It has been a positive experience with some considerations mainly linked to the economical sustainability and its reproducibility in course of severe disability. For these reasons a public care unit has been considered the best choice.*

Quaderni acp 2012; 19(1): 28-30

**Key words** Relief hospitalization. Paediatric disability. Palliative care

*Il ricovero di sollievo è una modalità di assistenza e di supporto molto frequente nel corso di malattie terminali, ma non altrettanto nel corso di condizioni croniche invalidanti. La necessità di assistere una bambina di 8 anni con gravissima disabilità, e fornire un supporto ai familiari, ha spinto a sperimentare un soggiorno di sollievo. La valutazione della sperimentazione è stata positiva, ma ha portato ad alcune considerazioni rispetto alla scelta della sede per la sostenibilità economica e la riproducibilità di un intervento per gravissima disabilità. Per queste ragioni la sede definitiva per il soggiorno di sollievo è stata identificata non più in una struttura privata convenzionata, ma in una struttura pubblica.*

**Parole chiave** Soggiorno di sollievo. Disabilità infantile. Cure palliative

### Definizione del problema

La dimensione della gravissima disabilità in età pediatrica sembra modesta, ma sono grandi i bisogni espressi dai ragazzi e dalle loro famiglie [1-2]. I criteri delle leggi regionali della Regione Emilia-Romagna 2068/04 e 840/08 definiscono la gravissima disabilità acquisita e per l'età pediatrica e individuano criteri legati allo stato clinico e alla qualità di vita (tabella 1) [3-4]. Nel nostro comprensorio di 200.000 abitanti con una popolazione da 0 a 14 anni di circa 20.000 ragazzi, sono circa una sessantina i ragazzi con gravissima disabilità, di cui solo una decina non riesce a frequentare la scuola. La frequenza scolastica, infatti, viene sempre proposta e provata, anche in condizioni di estrema complessità clinica, e pertanto non costituisce un indicatore di gravità o di sovraccarico familiare.

### Il caso

#### *La condizione clinica e la famiglia*

Sara deve la sua condizione clinica a una diagnosi neonatale di "Meningite strep-

tococcica di gruppo B con neutropenia transitoria, diabete insipido centrale, crisi convulsive, insufficienza respiratoria, CID, idrocefalo e leucomalacia periventricolare". Presenta un quadro neuro-motorio di tetraparesi spastica. La motricità spontanea è quasi assente, ha un grave disturbo del ritmo sonno-veglia. Dall'età di sei anni è inserita alla scuola elementare. Al rientro da scuola un servizio di assistenza domiciliare sostiene il nucleo familiare. Da due anni viene alimentata con PEG.R. e utilizza saturimetro, aspiratore e ossigeno al bisogno. È molto sensibile alle stimolazioni proprio-cettive e al movimento, meno a quelle uditive; smette di piangere (condizione quasi continua), se si fanno ritmiche per-

cussioni sugli arti o se la si dondola. Il padre ha 33 anni, la madre 28. Sara ha una sorella gemella e un fratello di 3 anni, fisicamente sani. La gemella condivide la stanza con Sara ed è disturbata dal lamento della sorella e dalla presenza continua di un genitore impegnato nell'accudimento.

La situazione è indubbiamente complessa e gravosa, per il carico assistenziale che comporta e per il forte coinvolgimento emotivo, psicologico e fisico soprattutto della madre. Per questa ragione i genitori chiedono un periodo di tregua; anche se, nel colloquio con l'assistente sociale, essi evidenziano tutta la sofferenza e il "senso di colpa" sottesi a questa richiesta.

### La sede

Poiché al momento della richiesta non esiste una struttura dedicata al "sollievo pediatrico" per gravissimi disabili, inteso come supporto temporaneo alla gestione domiciliare e non per riacutizzazione clinica, si pone il problema di una ricerca della sede in cui ospitare Sara con caratteristiche assistenziali adeguate al caso. Generalmente si trovano soluzioni di appoggio in ambiente ospedaliero (UO di Pediatria) o residenze tradizionali per disabili, che difficilmente hanno consuetudine alla gestione di strumentazioni complesse per il sostegno delle funzioni vitali spesso necessarie in questa condizione [5]. Non essendo al momento disponibile una soluzione interna organizzata per il soggiorno di sollievo, è stata valutata la possibilità di utilizzare una sede esterna. Fra le strutture conven-

**TABELLA 1: DEFINIZIONE DI "GRAVISSIMA DISABILITÀ" IN ETÀ PEDIATRICA (DGR 840/08)**

Presenza di deficit e situazioni funzionali quali mielolesioni, gravi cerebrolesioni e patologie neurologiche degenerative o, nei casi di minori che "in conseguenza di gravi deficit" presentano condizioni di totale dipendenza, necessitano di assistenza continua nell'arco delle 24 ore e sono in condizione di non poter seguire i normali percorsi di integrazione scolastica e nei servizi.

Per corrispondenza:

Antonella Brunelli

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

aggiornamento avanzato

zionate ve ne è una privata per gravissimi disabili adulti; si valuta che questa potrebbe essere una risposta percorribile in tempi utili. La residenza ha 15 posti letto, di cui 1 per ricovero di sollievo per adulti, dedicati alle gravissime disabilità acquisite, con caratteristiche assistenziali di dotazione personale e strutturale secondo i parametri individuati dalle LR 2068/04 e 840/08.

Per Sara viene quindi progettato un soggiorno di 15 giorni come richiesto dai genitori, con lo scopo di permettere loro un periodo di riposo dal carico assistenziale.

La stanza in cui viene ospitata ha un accesso indipendente dal resto della struttura, ha due posti letto, l'impianto di videosorveglianza, il collegamento telefonico e a Internet. È possibile l'accesso alla sala da pranzo e al soggiorno. È presente un locale dispensa per i familiari con impianto tv stereo. È disponibile una palestra di fisioterapia. Considerate le attività di Sara, l'ambiente viene ritenuto idoneo, pur non riconoscendo caratteristiche pediatriche ma prevalendo gli aspetti architettonici e funzionali per disabili. Il ricovero prevede una retta a carico del Fondo per la Non Autosufficienza. Non è prevista alcuna contribuzione da parte dei genitori.

### L'équipe professionale

Grande attenzione viene posta alla competenza professionale valorizzando gli aspetti pediatrici della presa in carico e della gestione di Sara, curando in particolare le relazioni e il passaggio di informazioni e conoscenze fra l'équipe curante domiciliare e il personale della struttura.

Essendo una struttura dedicata ai disabili adulti, si sente la necessità di trasmettere agli operatori una modalità di accudimento e assistenza di tipo pediatrico: le infermiere del servizio domiciliare, particolarmente esperte nella gestione di situazioni complesse quali PEG, aspiratori e altri supporti vitali nei bambini al domicilio, trasferiscono le conoscenze al personale infermieristico e agli operatori socio-sanitari della struttura.

Il piano viene formulato dall'équipe curante di riferimento per la bambina: assistente sociale, neuropsichiatra e pediatra. Insieme ai genitori e al coordinatore della struttura di accoglienza vengo-

no definite le abitudini quotidiane di Sara, in modo da proporre un piano di lavoro che mantenga continuità dalla sua casa alla struttura, permettendole di mantenere i propri riferimenti. All'interno dell'équipe il pediatra di famiglia ha svolto una costante mediazione e rassicurazione dei familiari nella fase preparatoria, mentre nella definizione degli aspetti organizzativi e della giornata tipo molto importante è stato il contributo dei professionisti della NPI e della Pediatria di Comunità. Viene pianificata l'assistenza medica durante il soggiorno che, prevedendo condizioni cliniche non diverse dal domicilio, si fondono sull'intervento programmato del pediatra di famiglia, e sui sistemi ordinari (continuità assistenziale, 118) in caso di urgenza o emergenza.

### La permanenza

Dopo questa preparazione Sara viene accolta nella struttura. Il personale la segue nei diversi momenti della giornata, alternando l'assistenza diretta a momenti di animazione e stimolazione sensoriale, cercando di riempire il più possibile la giornata, anche nel tentativo di invertire il ritmo sonno-veglia, e permettere così ai genitori una più agevole gestione a domicilio. Nel corso delle attività di animazione la bambina si dimostra rilassata, tollera bene il trattamento fisioterapico. Durante la notte un operatore veglia sulla bambina intervenendo sulle sue necessità (posture, igiene, rassicurazione durante il pianto), ma nel corso dei 15 giorni Sara riposa tranquillamente quasi tutte le notti, alternando il riposo a brevi momenti di pianto.

La vicinanza agli altri ospiti e ai loro parenti è positiva, Sara è coccolata da tutti, e durante i momenti di socializzazione di gruppo è apparsa quasi sempre rilassata e tranquilla.

I genitori sono molto presenti, alternandosi e portando con loro il fratellino e la sorella di Sara, osservando le modalità con cui il personale si rapportava con Sara e facendo così emergere un confronto costruttivo. Il rapporto di fiducia è andato costruendosi giorno per giorno rafforzato soprattutto dalla serenità di Sara. Anche la nonna materna, quasi sempre presente e inizialmente molto restia alla decisione presa dai genitori, si è ricreduta e ha manifestato alla respon-

sabile di reparto il suo senso di gratitudine.

L'esperienza di soggiorno di sollievo, in sostanza, è risultata essere positiva, sia per Sara sia per i genitori che, a distanza di alcuni mesi, hanno nuovamente avanzato la richiesta di un periodo di sollievo per l'estate successiva, manifestando così il positivo progresso fatto nei confronti delle proprie emozioni e del vissuto di colpa.

Anche la scelta organizzativa esterna, l'unica percorribile in quel momento, si è dimostrata adeguata per caratteristiche ambientali e per flessibilità del personale: si tratta di una residenza a elevata vocazione assistenziale disponibile a ospitare persone di particolare impegno sanitario, e nel corso degli anni si è sempre distinta per la disponibilità ad accogliere persone con situazioni di base complesse e ha facilitato la capacità di apprendimento non solo su competenze tecniche ma, in questo caso, anche sulle capacità relazionali di tipo pediatrico.

### Discussione

La storia naturale delle gravissime disabilità è molto cambiata negli anni più recenti, spesso accompagnata da una crescente fatica da parte dei genitori che ancora troppo raramente si esprime in una domanda di intervento. Tuttavia la necessità di prepararsi da parte dei servizi a offrire risposte più numerose e adeguate giustifica il riferimento di casi anche isolati, e ci si augura che la discussione continui. Sarebbe infatti molto importante potere stimare l'entità del bisogno, e cogliamo l'occasione per chiedere ai pediatri se hanno già avuto esperienze con qualche loro assistito o se si è loro posto il problema.

La nostra esperienza è stata molto positiva, e questo ci ha portato a prevedere, nelle risposte ai bisogni delle famiglie di ragazzi con gravissima disabilità, il soggiorno di sollievo. In considerazione della complessità che questo tipo di risposta presuppone, abbiamo ulteriormente approfondito l'aspetto organizzativo e la sostenibilità di questi progetti presso una struttura convenzionata rispetto a una struttura interna all'AUSL, anche in termini di reti professionali e formazione specifica.

La soluzione organizzativa che è stata identificata come definitiva è dunque interna. È rappresentata da un ospedale di comunità a gestione infermieristica (6 posti letto), complanare all'hospice dedicato alle cure palliative (14 posti letto), ambedue situati all'interno di uno stabilimento territoriale del Dipartimento di cure primarie. Qui il personale infermieristico è già esperto in assistenza di particolare impegno e in supporto alle famiglie.

In caso di assistenza ai bambini e ragazzi, al personale infermieristico si può affiancare il pediatra di famiglia, ed eventualmente l'intervento del palliativista. Il lavoro con personale dipendente facilita la formazione professionale, il conseguimento e il mantenimento dell'expertise nonostante l'esiguità dei numeri, e una rete professionale ospedale-territorio certa e operativa. Tale soluzione, inoltre, privilegia il concetto di prossimità, parola chiave nelle cure domiciliari, e permette di riassorbire una parte dei costi di gestione dell'AUSL.

### Cosa abbiamo imparato

Ci sono da parte delle famiglie una consapevolezza e una necessità che sembrano crescere nei confronti della gestione al domicilio di ragazzi con gravissima disabilità; ma c'è contemporaneamente da parte dei servizi una carenza di conoscenze sui bisogni locali.

Da tempo si è affrontato il sollievo nella assistenza nei casi di malati terminali, e ciò ha promosso soluzioni dedicate, spesso in centri ad alta specializzazione oncologica, ma ciò non è accaduto per le gravissime disabilità.

Per queste la risposta deve trovarsi nell'ambito della cultura pediatrica, in collaborazione con la cultura palliativa. Poiché la soluzione si colloca nell'ambito delle cure a domicilio, va mantenuta il più possibile vicino alle famiglie; le strutture per gravissimi disabili acquisiti, qualora presenti, possono fornire una risposta adeguata, previa valutazione e formazione specifiche; ma in presenza di risorse limitate, va cercata prioritariamente nella flessibilità dei servizi già presenti nel proprio territorio.

All'interno di questi servizi sono maggiori la continuità professionale, la formazione, l'esistenza delle reti e la sostenibilità economico. Esistono diversi stru-

menti da poter utilizzare e che possono essere d'aiuto nel costruire un sistema efficiente e utile: di tipo legislativo (autorizzativo per l'utilizzo delle sedi), di tipo economico (utilizzo delle risorse, per esempio del Fondo Regionale della Non Autosufficienza), di tipo contrattuale nei confronti dei professionisti coinvolti. Nella nostra AUSL l'assistenza pediatrica in corso di ricovero di sollievo è stata inserita nell'Accordo locale sottoscritto fra AUSL e i rappresentanti sindacali dei pediatri di famiglia.

Ringraziamo tutti gli amici che tuttora lavorano con noi nel gruppo di lavoro aziendale sulle tematiche dell'accesso ai servizi e della gestione della cronicità in età pediatrica: Pierluigi Bartoli (direttore Distretto "Cesena Valle Savio"), Lorena Casadei e Anna Maria Torelli (Punto unico di accesso), Luigi Gualtieri e Dorian Chiuchiù (NPI), Mauro Gambetti (Riabilitazione), Massimo Farneti (Pediatra di Comunità), Cristina Pittureri (Hospice cure palliative), Miro Trebbi (pediatra di famiglia), Roberta Mazzoni, Giuliano Guiducci, Simona Giordani, Marinella Pievani (Servizio infermieristico), Franca Magnani (Area Minori Servizi sociali, Cesena). ♦

### Non conflitti d'interesse da parte degli Autori.

#### Bibliografia

[1] Benini F, Gangemi M. Cure palliative pediatriche: perché occuparsene. *Quaderni acp* 2011;18 (5):216-20.

[2] Commissione tecnico scientifica (istituita con DM 12 settembre 2005): "Stato vegetativo e stato di minima coscienza" Documento finale. Roma 14 dicembre 2005, p. 11.

[3] DGR n. 2068 del 18 ottobre 2004. Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni.

[4] Delibera della Giunta regionale dell'11/06/2008 n. 840. Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell'ambito del FRNA e della DGR 2068/04.

[5] Ministero della Salute, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza, e dei principi etici di sistema, Commissione per le cure palliative. Cure palliative rivolte al neonato, bambino e adolescente. Documento tecnico.



## COME ISCRIVERSI O RINNOVARE L'ISCRIZIONE ALL'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2012 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per gli infermieri e per i non sanitari.

Il versamento può essere effettuato: tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: - Associazione Culturale Pediatri, Via Monteferru, 6 - Narbolia (OR) indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota;

- oppure con una delle altre modalità indicate sul sito [www.acp.it](http://www.acp.it) alla pagina "Iscrizione".

Se ci si iscrive per la prima volta - dopo avere versato la quota come sopra indicato - occorre inviare una notifica dell'avvenuto pagamento al fax 1786075269 o all'indirizzo [segreteria@acp.it](mailto:segreteria@acp.it) indicando cognome, nome, indirizzo e qualifica.

Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista bimestrale *Quaderni acp*, 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.

Hanno anche diritto a uno sconto sulla quota di abbonamento a *Medico e Bambino*, indicata nel modulo di conto corrente postale della rivista e sulla quota di iscrizione al Congresso nazionale ACP.

Possono usufruire di numerose iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione e altre materie dell'area pediatrica. Potranno partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri. Per una descrizione più completa si può visitare il sito [www.acp.it](http://www.acp.it).

# La Carta del sistema della tutela dei minori in ambito pediatrico

Michele Gangemi

Pediatra di famiglia e formatore al counselling sistemico, Verona

## Abstract

### *The Paper in the system of children's protection in the paediatric field*

*The UN Convention on children's rights and the Paper on Children's Rights in Hospital are the references for the protection and wellbeing of the youngest. Nevertheless they cannot be considered by themselves the only necessary change to give children the right to be heard in paediatric contexts. Professionals training aimed at achieving communication and relational skills is still lacking. A unique paper in hospital context is surely necessary but health needs are not satisfied only within health services.*

Quaderni acp 2012; 19(1): 31-32

**Key words** Children's rights. Paediatrics. Narrative medicine. Counselling. Rights convention

*La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo e la Carta dei Diritti del bambino in ospedale rappresentano i riferimenti per la tutela dei minori e della loro salute nel senso più ampio del termine. Pur nella loro importanza, non possono rappresentare da sole il cambiamento necessario affinché si realizzi il diritto d'ascolto del minore in ambito pediatrico. La formazione degli operatori sanitari alle abilità comunicativo-relazionali è ancora carente e non si intravedono modifiche in tal senso nel loro curriculum di base. Una carta unica in ambito ospedaliero è sicuramente necessaria, ma i bisogni di salute non si esauriscono in ambito strettamente sanitario.*

**Parole chiave** Diritto di ascolto. Pediatria. Medicina narrativa. Counselling. Carta dei diritti

In Italia non si è ancora giunti a un accordo su quale Carta dei Diritti adottare del minore in ospedale, nonostante si stia lavorando per un'ampia condivisione.

Per poter affrontare il tema della tutela dei minori in campo pediatrico, dobbiamo porci alcune domande e tentare di dare delle risposte.

Cosa intendiamo per campo pediatrico? Ci fermiamo solo agli aspetti strettamente sanitari o consideriamo il bambino nel suo contesto sociale e relazionale? La prima domanda e la seconda sottodomanda presuppongono una riflessione a monte che non può prescindere dal concetto di salute in senso ampio.

Dobbiamo riflettere quindi sul concetto di salute in generale e in particolare nell'età evolutiva. L'Italia è l'unico Paese al mondo che prevede uno specialista dell'età evolutiva, e non di organo, nell'area delle cure primarie. Questa risorsa del nostro Sistema sanitario non sembra peraltro avere una formazione adeguata per potersi occupare non solo degli aspetti sanitari, ma anche degli aspetti relazionali e sociali. Per approfondire il

tema da affrontare, non possiamo non partire dal secondo rapporto supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, redatto dal gruppo CRC ([www.gruppocrc.net](http://www.gruppocrc.net)) e di cui l'ACP fa parte [1].

Le tre criticità rilevate sono:

1. disuguaglianze su base regionale e in particolare tra Nord e Sud;
2. diritti del minore migrante;
3. ascolto del minore.

Sembra evidente che una risposta su base sanitaria non sia sufficiente.

Le disuguaglianze a livello regionale possono essere evidenziate dagli indicatori prossimali (mortalità infantile, frequenza dei parti cesarei), ma sono gli indicatori distali (literacy delle famiglie, povertà, cattivo utilizzo dei servizi) che determinano in realtà lo svantaggio su base regionale. Limitarsi all'ottica sanitaria è un esempio della semplificazione della complessità che non permette una risposta adeguata ai reali bisogni di salute.

Il minore migrante di seconda generazione ha bisogno di un'istruzione adeguata che ne permetta l'inclusione sociale, piuttosto che di specialisti in malattie della migrazione. L'ascolto del minore è deficitario in ambito sanitario (vedi abuso e maltrattamento infantile), ma anche in ambito di diritto civile (separazioni) e penale (percorso giudiziario dell'abuso minorile).

La Carta dei Diritti del bambino in ospedale non può prescindere dal percorso complessivo di presa in carico del minore e della sua famiglia.

Basti pensare alla salute mentale del bambino, in cui i percorsi sono purtroppo ancora troppo frammentari. Si pensa sempre all'emergenza/urgenza, ma la malattia cronica e l'handicap hanno bisogno di relazioni e reti che funzionino e comprendano l'aspetto scolastico e sociale, oltre che relazionale. In questi ambiti la medicina narrativa può essere fondamentale per partire dalle storie dei bambini e delle loro famiglie e arrivare a una co-costruzione che dia un senso vero alla relazione di cura.

Questo è probabilmente il vero ascolto del bambino e di quanti appartengono al suo contesto di crescita.

Il ritardo nella terapia del dolore nell'età pediatrica è emblematico dello scarso ascolto del minore. Ripensiamo alle nostre esperienze dolorose dell'infanzia che avrebbero potuto essere evitate: la penicillina mensile per il famigerato "tasso" e la tonsillectomia senza anestesia.

Il manuale ministeriale sulla terapia del dolore, strumento base per la futura formazione dei pediatri, tenta di porre rimedio alla sottovalutazione del problema [2]. La terapia del dolore non farmacologica trova una grande attenzione accanto all'aspetto farmacologico e questo ribadisce quanto la componente emotiva e il ricordo influenzino la percezione dolorosa.

Oltre all'ascolto, il bambino necessita di essere informato di quanto stiamo facendo per lui e su di lui. L'ambito ospedaliero

Per corrispondenza:  
Michele Gangemi  
e-mail: [migangem@tin.it](mailto:migangem@tin.it)

“narrative” e dintorni

ro presenta margini di miglioramento notevole nella comunicazione di diagnosi e nella preparazione agli interventi chirurgici e alle procedure dolorose. Materiali scritti e illustrati per le varie fasce d'età e per le varie culture sono indispensabili.

Nel campo della ricerca troppi Comitati etici non prevedono la figura del pediatra e i consensi informati vanno adeguati e spiegati affinché vi sia una vera condivisione con il bambino e la sua famiglia. Per ultimo non possiamo non parlare del tema del maltrattamento e dell'abuso infantile, da cui i Sanitari stanno volentieri a debita distanza.

Non proteggere un minore in difficoltà nella fase diagnostica e nel suo iter giudiziario e terapeutico non può essere accettabile nella nostra società. Proteggere il minore nel suo iter processuale vuol dire evitare inutili sofferenze, pur nel rispetto delle esigenze della giustizia. Da tutte queste considerazioni e, pur nella consapevolezza dei passi avanti fatti, sembra ragionevole pensare che una Carta condivisa sia importante, ma che debba rappresentare solo il punto di partenza per un cambiamento reale che ponga il bambino e la sua famiglia al centro del percorso di cura [3]. Questo necessario cambiamento passa dalla formazione degli operatori. Tutti i professionisti impegnati nella relazione d'aiuto non possono prescindere da una adeguata formazione comunicativa-relazionale. In sintesi dobbiamo passare dai Diritti sulla carta alla vera Carta dei Diritti. La direzione intrapresa è quella giusta e la nuova Carta deve tenere conto di una visuale non solo sanitaria, in senso stretto, per una reale tutela del bambino nel suo contesto di crescita. ♦

#### Bibliografia

- [1] Gangemi M, Tamburlini G. La Convenzione sui Diritti del minore e la sua applicazione in Italia. *Medico e Bambino* 2010;29:223-7.  
 [2] Benini F, et al. Il dolore nel bambino. Roma: Ministero della Salute 2010.  
 [3] Benzoni S, Cesaro GO, Lonati P, Vizziello P. *Prima dei 18 anni*. Milano: Franco Angeli Editore 2010.

## SANDRO LIBERATI: SERIAMENTE, MA NON TROPPO

Appassionato interista... "interista forever!" o "fino al midollo" come ironicamente si autodefiniva. Sì, l'ironia della sorte di quel midollo che l'ha abbandonato con determinazione, nonostante quella di Sandro fosse molto ferma. Quella determinazione "di contrasto" della lucida volontà del saper fare di Sandro nel lavoro e non solo.

Precursore, nella pratica non virtuale, dei social network, in qualsiasi ambito si muovesse ha sempre cercato di far interagire persone e idee spesso (troppo) distanti con un sorriso di soddisfazione (un poco beffardo) con cui accompagnava ogni sua avventura (e ogni suo scherzo). Sandro "il rosso": di pelo e di ideali. Quell'impegno politico e sociale che ha caratterizzato anche la sua vita professionale sin dalla sua formazione: frequentando il CUB di Medicina di Milano, iniziando come tesista e obiettore civile all'Istituto "Mario Negri", lavorando come giovane medico con i tossicodipendenti prescrivendo contro legge il metadone (dal 1984, per un decennio, avrebbe coordinato un progetto nazionale prototipale sulla qualità dell'assistenza delle tossicodipendenze giovanili).

Pubblica il suo primo lavoro scientifico nel 1980 sulla diffusione e i problemi connessi alla terapia ormonale sostitutiva in menopausa: uno studio che coinvolse 500 donne in Lombardia. Un lavoro, allora pionieristico, "dalla parte del paziente" che avrebbe caratterizzato in seguito gran parte della sua attività dell'età matura: l'attivazione del Progetto "PartecipaSalute" nel 2003 per costruire una alleanza strategica tra associazioni di pazienti e cittadini e comunità medico-scientifica; l'organizzazione di numerosi incontri e congressi interdisciplinari tra associazioni di pazienti e cittadini, società medico-scientifiche, ricercatori ed esperti di comunicazione e divulgazione scientifica; la pubblicazione di numerosi articoli sul tema, sino alla sua lettera su *Lancet* del 19 novembre u.s. in cui ribadiva in qualità di paziente "il divario tra quello che i ricercatori studiano e quello di cui i pazienti hanno davvero bisogno". Ed è proprio su *Lancet* (la casualità degli "estremi") che nel 1982 aveva pubblicato il suo primo lavoro scientifico in lingua inglese come *principal investigator*. Era un lavoro collaborativo multicentrico sulla qualità delle cure del tumore alla mammella condotto da una delle prime reti di ospedali italiani. La valutazione della qualità dell'assistenza oncologica ha caratterizzato il suo lavoro nel periodo 1979-1995 come responsabile di Unità Operative di progetti finalizzati, del CNR e del Ministero della (allora) Sanità, volti al monitoraggio delle terapie antitumorali negli ospedali generali e alla valutazione della qualità dell'assistenza in oncologia. È stato coordinatore scientifico del GIVIO (Gruppo Interdisciplinare Valutazione Interventi in Oncologia): una rete di 60 ospedali che per dodici anni ha condotto un'attività collaborativa di ricerca clinica di importanza internazionale. Una serie di iniziative che ha contribuito alla creazione di una solida rete nazionale di centri e operatori oncologici, e a implementare la ricerca e la pratica in termini di qualità in un'area strategica per la salute di tutta la popolazione.

Nel 1994 costituisce e dirige il Centro Cochrane italiano, aderente alla *Cochrane Collaboration* internazionale, con la finalità di incentivare la ricerca, la formazione e la produzione di iniziative editoriali, mediante la metodologia delle revisioni sistematiche e il trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica clinica. Il Centro rappresenta il "laboratorio" dove cimentarsi con quanto appreso a Boston (a partire dal 1983) sulla metodologia per la combinazione qualitativa e quantitativa delle evidenze derivanti da diversi tipi di studio (meta-analisi). Con lo stesso approccio nel 1999 costituirà, divenendone direttore scientifico, il CeVEAS (Centro per la Valutazione dell'Assistenza sanitaria), cercando di mettere in pratica in Italia quanto osservato anche durante l'anno sabbatico alla Rand Corporation di Santa Monica per apprendere i metodi per la valutazione della qualità degli interventi sanitari.

Nel 1998 lascia l'Istituto "Mario Negri" dopo essere stato ricercatore nel Laboratorio di Farmacologia clinica, poi capo dell'Unità di Epidemiologia clinica e Valutazione degli interventi sanitari, e infine capo del Laboratorio di Epidemiologia clinica, per trasferirsi all'Università di Modena e Reggio Emilia quale professore di Statistica medica presso la Facoltà di Medicina. Membro di numerose e prestigiose commissioni nazionali e internazionali, Alessandro Liberati è stato vicepresidente della Commissione nazionale ricerca sanitaria del Ministero della Salute e responsabile dell'Area Ricerca e Innovazione dell'Agenzia sanitaria della Regione Emilia-Romagna.

La comunità scientifica perde un professionista di straordinaria umanità, competenza e dedizione, l'Accademia un innovatore efficace della docenza e della formazione (ma non se ne accorgerà stante l'arretratezza culturale e organizzativa dell'Università italiana), la società civile un instancabile difensore del diritto alla salute. Agli amici rimarrà il ricordo (re-cordis) "ripassando dalle parti del cuore".

Maurizio Bonati



# Il bello come terapia

Mattia Antonio Acito  
Architetto, Matera

## Abstract

### Beauty as therapy

*The attention on nursing homes throughout different ages and social schemes of hospitals is the object of this paper, fully placed within the medical humanities. The attention on other people's sufferings and an appropriate welcome in adequate structures in functionality and beauty are the first steps of the taking care process.*

*Quaderni acp 2012; 19(1): 33-34*

**Key words** Medical humanities. Hospitals. Therapeutic alliance. Beauty

*L'attenzione ai luoghi di cura attraverso le varie epoche e le diverse concezioni sociali dei nosocomi è l'oggetto di questa trattazione che si colloca a pieno titolo nelle "medical humanities". La cura parte dall'attenzione alle sofferenze altrui e da una adeguata accoglienza in strutture idonee sia come funzionalità che per bellezza.*

**Parole chiave** Medical humanities. Ospedali. Alleanza terapeutica. Bellezza

«... "brutto" è tutto ciò che non deriva da una necessità interiore, e bello ciò che ne deriva. Giustamente, perché tutto quanto nasce dalla necessità interiore è bello appunto per questo. E presto o tardi sarà riconosciuto come tale...»  
(V. Kandinsky)

## Premessa

Esiste un rapporto tra attività sanitaria e il bello, anche in termini di estetica?

Esiste, sin dalle epoche più antiche, questa percezione: Brunelleschi, Guercino, Filarete, Chagall sono chiamati a interpretare la committenza, a tradurre in chiave monumentale un prestigio locale, per dare dignità estetica a un bisogno. Le terme romane che non avevano solo la funzione di socializzazione, ma anche di forma curativa, sono veri e propri monumenti, oltre che opere di dotta ingegneria idraulica. L'attenzione politica sul tema che l'uomo va curato, se possibile bene, è a volte entrata nei programmi delle amministrazioni che, perlomeno nelle buone intenzioni, hanno provato a coniugare la cura con la gradevolezza dei luoghi. "Il bene" è la salute, "il bello" è solidarietà, conforto per dare speranza di poter rinascere dopo la malattia, di continuare a essere vivi, attivi.

L'uomo ha diritto di avere rispetto di se stesso, ma anche il dovere di essere al servizio degli altri.

## I luoghi di cura dall'antica Grecia a oggi

L'antica Grecia non ebbe ospedali veri e propri, bensì i "templi della salute" dedicati a Esculapio. Il rituale era semplice: preliminari di purificazione con abluzioni e brevi digiuni, seguiti dal sacrificio di un animale. Dopo ciò i malati si coricavano in luoghi di degenza essenzialmente per dormire un "sonno ipnotico". La medicina tecnica si praticava nelle botteghe della salute (oggi li chiamiamo ambulatori). Anche nell'antica Roma non ci furono veri e propri ospedali. I luoghi di salute pubblica furono le terme dove, ai bagni variamente praticati freddi, tiepidi, caldi, si univano gli esercizi fisici. Non esistevano luoghi pubblici di cura dei malati. In campo militare però furono istituiti gli ospedali dei legionari che però potevano essere aperti ai non militari (schiavi).

Nel Medioevo si passa dal fondamento etico all'ospitalità. Un concetto cristiano (la religione dei poveri) che lega alla povertà il concetto di infermo/malato. Malati e invalidi, storpi e vagabondi, mendicanti e folli, pezzenti e vecchi: per tutti costoro esisteva l'hospitale.

Nell'alto Medioevo, presso molte abbazie, si esercitava l'ospitalità monastica: preghiera e lavoro negli orti delle piante medicinali, preparazione di medicinali e unguenti, studio della medicina.

San Benedetto recitava "... prendersi cura dei malati..." e per questo le opere di

misericordia corporali erano praticate dai monaci benedettini con rimedi e salassi, massaggi e toccasana. La *restitutio ad integrum* della salute fisica era tutt'uno con la salute spirituale. Gli ospedali conventuali erano edificati in connessione con i luoghi di culto, commissionando pratiche sacre e profane.

Gli ospedali delle rinascenti città del basso Medioevo, anche se legati a fondazioni ecclesiastiche, tendevano a distaccarsi dal modello religioso. Il risultato di questa tendenza sarà l'Ospedale civile.

In Italia l'organizzazione ospedaliera, in anticipo sul resto d'Europa, era importante in ogni città.

In pieno XIII e XIV sec. gli ospedali erano molti e le cure dirette non erano di medici e chirurghi, ma degli infermieri. I religiosi serventi degli infermi, o i laici devoti, dovevano preparare un buon letto, dare il cibo, dare una buona parola. Nel cuore delle città medioevali, dov'era più numerosa l'umanità bisognosa, l'ospedale era il luogo di erogazione dei servizi assistenziali per i poveri cristiani considerati più come genere umano afflitto da miseria madre di malattie, e non come malati affetti da male. Gli infermieri davano cure generiche. Questo tipo di assistenza giustificava il termine "albergo dei poveri".

L'età rinascimentale segna il passaggio da una realtà religiosa a una realtà mondana. Si inizia a praticare la terapia.

Il sistema ospedaliero del Rinascimento era finalizzato non solo al semplice aiuto dei poveri infermi, ma anche alla riabilitazione dei malati curabili, separando i curabili dagli incurabili: i curabili negli ospedali maggiori, gli incurabili negli ospedali minori o periferici.

Il Rinascimento, se voleva essere tale anche in campo ospedaliero, non doveva ripiombare nell'ambito della carità e della ospitalità indifferenziata, bensì garantire un'organizzazione in grado di accorpere i gruppi patologicamente diversi, ciascuno con la sua specie di male. Le cure iniziavano a essere specialistiche. I

Per corrispondenza:  
Mattia Antonio Acito  
e-mail: [acito@acitoandpartners.it](mailto:acito@acitoandpartners.it)

“narrative” e dintorni

curanti non erano più gli infermieri da soli, ma anche i medici e i chirurghi. Nelle rinascimentali fabbriche della salute nasceva la specializzazione.

Fu l'Ottocento a instaurare l'ospedale moderno con l'avvento della clinica.

Nel Novecento si completa il passaggio dell'ospedale da luogo di assistenza agli aventi bisogno (con spese a carico della beneficenza) in luoghi di diagnosi perfezionata e di terapia efficiente, destinati anche agli abbienti e semi-abbienti (coloro assistiti dalle mutue).

### Architettura e terapia, le colonie elioterapiche, i dispensari

Ai primi del Novecento la tisi diventa "una malattia letteraria" e nel libro *La montagna incantata* Thomas Mann ambienta la sua storia nel sanatorio Berghof (a Davos, Svizzera), Salvatore Satta (*La Veranda*) nel sanatorio di Merano, Gesualdo Bufalino (*La diceria dell'untore*) sulle alture di Palermo. In questi testi emergono i luoghi destinati alla cura elioterapica nei quali si ritrovano a vivere per mesi, isolati, i protagonisti.

I racconti parlano degli ambienti... bianchi, lineari, puliti, con ampie vetrate aperte su panorami incantevoli... conformi ai canoni del Movimento moderno. I sanatori erano concepiti non solo per posizione, ma anche pensando alla valutazione terapeutica e curativa della bellezza. Nel 1927 furono emanate le leggi per la lotta alla tubercolosi per affrontare in maniera sistematica un problema socio-sanitario molto grave. Per legge tutti i capoluoghi di provincia dovettero dotarsi di strutture adeguate per la diagnosi e la cura e dal Ministero dell'Interno furono fornite le direttive ai progettisti, tra cui la precisa indicazione che l'edificio doveva essere considerato un centro di ricerca, accertamento, assistenza ed educazione igienica del malato e della sua famiglia.

Il dispensario più famoso d'Italia è quello di Alessandria, progettato da Ignazio Gardella (1938) che dovette, studiando molto il tema, superare le rigide indicazioni ministeriali per favorire le relazioni sociali tra ammalati e ospiti. Incontro resistenze e dinieghi dal Prefetto fino ad arrivare alla realizzazione dell'opera che si impose all'attenzione come "straordinaria macchina per curare". Dagli anni Sessanta è cresciuto lo sviluppo medico-chirurgico. La tecnologia ha rivoluziona-

to l'ospedale. Si è evidenziata continuamente l'esigenza che l'ospedale diventi sempre più produttivo, adegui al proprio sviluppo scientifico-tecnico quello amministrativo, organizzativo, gestionale.

L'ospedale è un'azienda che non deve solo guardare a spesa/guadagno, ma anche a quanto alta può essere la produzione di salute. Per molte patologie (anziani longevi, handicappati motori o mentali) si richiedono certamente prestazioni tecniche, ma anche soprattutto prestazioni umane.

Esiste una radicata percezione della presa in cura del bisogno che fa da collante tra chi ha bisogno e chi si prende cura di esso. Per questo l'ospedale è oggi simbolo e non solo un ruolo reale di cura.

### Ospedale del futuro: il paziente in primo piano

Immerso nel verde, con un altissimo livello tecnologico e un altrettanto comfort alberghiero, 400 posti letto, tutte camere singole, un grande parcheggio, un eliporto, un auditorium, un teatro, un ristorante, uno shopping center: un luogo non solo di cura, ma di vita. Un ospedale che vinca la scommessa di coniugare efficienza e umanizzazione. E soprattutto un ospedale che abbia al centro il paziente. È il programma-progetto voluto nel 2001 dal ministro Umberto Veronesi con Renzo Piano architetto: "... un ospedale con una degenza di uno, due, tre giorni al massimo, poi il paziente sarà spostato in una struttura di tipo alberghiero, in collegamento con l'ospedale per qualsiasi emergenza. Un ospedale che sia un luogo di cultura, sviluppo, ricerca ...". Avrò 400 posti e sarà inserito in un'area verde di 15-20 ettari.

Tra tutti vale l'esempio della multinazionale inglese Maggies Centres, specializzata nella cura e terapia del cancro, che ha affidato a grandi nomi dell'architettura, tra cui Zaha Hadid, Richard Rogges, Richard Murphy, Frank Gehry, i progetti delle sedi del Regno Unito.

Però è il caso di ricordare che il fondatore, l'architetto Maggies Keswich Jenks, ammalatosi di cancro, intraprese una campagna di sensibilizzazione pubblica e istituzionale attraverso la progettazione di spazi assistenziali confortevoli a misura d'uomo, pensati per supportare pazienti e familiari attraverso soluzioni architettoniche luminose, accoglienti e stimolanti, oltre che funzionali.

Nel 2007 l'architetto Rem Koolhaas, del gruppo olandese OMA, viene incaricato di progettare il nuovo centro di Glasgow attraverso una soluzione che prevede aree dall'atmosfera più intima e raccolta, relazionate con zone più aperte e spaziose per creare un senso di comunità.

Ma, senza andare necessariamente all'estero, il progetto "Borgosole" nasce dall'idea del signor Marsilio di Matera, un "mr. Maggies" italiano, spinto dal desiderio di offrire ai suoi due fratelli con gravi disabilità e a situazioni con le stesse dinamiche familiari un luogo dove vivere in serenità e che fosse "... una burla nei confronti della vita".

Ha chiesto così a noi architetti di aiutarlo e noi ci siamo fermati ad ascoltare la sua storia. Abbiamo poi ascoltato la campagna lucana. Così è nato "Borgosole". Il borgo è collocato nella parte più alta del terreno di proprietà della Fondazione Marsilio. L'area è concepita come un borgo murato con una piazza centrale. La struttura si apre verso l'esterno in tre punti, rappresentanti i coni visivi che guardano verso tre comuni: Matera, Miglionico, Montescaglioso.

La cortina perimetrale è composta da tre corridoi funzionali, indipendenti e destinati ad accogliere tre diverse tipologie di disabilità: psichica, motoria e sensoriale. Ciascun ramo funzionale è organizzato in modo da essere autonomo nell'assistenza medico-sanitaria.

Le camere da letto dei degenti sono inserite in mini-appartamenti autonomi, provvisti di bagno indipendente e soggiorno. Tutti gli appartamenti hanno ingresso autonomo dal lato piazza-corte e uno spazio patio esterno privato. Ogni appartamento ha un secondo livello in cui ricavare il monolocale a uso foresteria per i parenti che intendano risiedere periodicamente. Anche il presidio sanitario si svilupperà su due livelli per soddisfare la necessità di ospitare il personale medico e paramedico anche di notte o nelle soste tra i turni di lavoro.

Al centro della piazza-corte è previsto un immobile a un livello in cui troveranno sede il presidio medico generale, le palestre, la chiesetta.

L'ambizione è di veder nascere una piccola comunità che possa essere un esempio di integrazione sociale e serenità, nel riconoscimento delle difficoltà e nel superamento delle stesse con un sorriso. ♦

# Lo screening con pulsossimetria nel neonato per le gravi cardiopatie congenite

Augusto Biasini, Giuseppe Pagano, Marcello Stella, Vittoria Rizzo, Lucia Marvulli, Laura Malaigia, Annalisa Bastelli  
 UO di Terapia Intensiva Pediatrica e Neonatale, Ospedale "M. Bufalini" di Cesena

## Abstract

### *Pulse oximetry screening for severe congenital heart defects in newborn*

*Screening with pulse oximetry for congenital heart defects in newborn could be useful. The test is able to diagnose 50% of the defects and its efficacy is linked to other factors as the diffusion of prenatal ultrasonography, the accuracy of newborn visit and the timeliness of the first pediatric visit.*

*Quaderni acp 2012; 19(1): 35-37*

**Key words** Pulse oximetry. Screening. Congenital heart defects

*La pulsossimetria costituisce un aiuto prezioso nell'intercettare le gravi cardiopatie congenite e ci si chiede se possa costituire un utile screening da eseguirsi a tutti i neonati nei primi giorni di vita. Il test è in grado di individuare circa il 50% delle malattie ricercate e la sua efficacia è in rapporto con altri fattori quali la diffusione della diagnosi ecografica prenatale, l'accuratezza della visita neonatale e la tempestività di quella pediatrica successiva alla dimissione ospedaliera.*

**Parole chiave** Pulsossimetria. Screening. Cardiopatie congenite

## Il problema

Le cardiopatie congenite sono il difetto congenito più comune con un'incidenza del 9 per mille nati; circa ¼ di queste è "critico" (CCC) o "maggiore" (CCM), rappresentando la causa di morte più comune nel bambino nei Paesi ad alto tenore di sviluppo.

Sono patologie cardiache che portano alla morte o richiedono intervento chirurgico prima dell'anno di età; più in particolare nelle CCC, che comprendono la sindrome del cuore sinistro ipoplasico, l'atresia della polmonare con setto ventricolare intatto, la trasposizione semplice dei grossi vasi, l'interruzione dell'arco aortico, la tetralogia di Fallot estrema, la morte avviene rapidamente entro i 28 giorni di vita per scompenso acuto cardiovascolare, ipotensione, acidosi e shock se non si interviene con urgenza con la terapia medica (farmaci vasoattivi, prostaglandine) e subito dopo con quella chirurgica. Il problema quindi è quello di una diagnosi più precoce possibile: Wren riporta che le morti da mancata o tardiva diagnosi per CCC/CCM sono 2/10.000 nati [1]. In particolare, nel caso di CCC/CCM cianotiche, l'81% dei bambini muore nei primi 3 mesi di vita e il 16% di questi muore senza sintomi precedenti [2].

La diagnosi prenatale e la migliore conoscenza clinica di presentazione delle CCC/CCM hanno indubbiamente abbassato il rischio di morte prima della diagnosi rispetto alla passata decade, e tuttavia l'uso anche estensivo dell'ecografia prenatale eseguita da professionisti formati non individua più del 50% di CCC/CCM [3]. L'esame obiettivo alla nascita consistente nell'ascoltazione di soffi cardiaci, la rilevazione di polsi femorali deboli o assenti, tachipnea o una cianosi palese, individua meno della metà di tutte le cardiopatie congenite senza relazione con il tipo e la complessità della malattia; per le CCC/CCM i segni clinici suggestivi presenti nel 30% diventano sempre più evidenti col trascorrere dei giorni dopo la nascita [4]. Il sospetto diagnostico viene approfondito con l'ECG, la pulsossimetria, la radiografia del torace e confermato definitivamente dall'ecocardiogramma eseguito da professionista esperto.

## Le possibilità diagnostiche

Tutti questi difetti cardiaci sono accomunati da un grado variabile di ipossia alla nascita, che si aggrava contestualmente alla fisiologica chiusura del dotto arterioso o per le modifiche emodinamiche delle resistenze vascolari polmonari che

avvengono nei primi giorni o settimane di vita [5]. La pulsossimetria è stata proposta perché ha la capacità di evidenziare nel neonato una ipossia non clinicamente rilevabile. Questo vale per tutti i neonati ma soprattutto per quelli di carnagione scura [6]. Il test peraltro non evidenzia, ovviamente, le CCC/CCM che non danno cianosi. La tecnologia del test è ora molto migliorata rispetto al passato per la disponibilità di strumenti molto attendibili e preattenti per escludere gli artefatti legati al movimento o parziale distacco della sonda e capaci di acquisire il dato anche in pazienti critici con vaso-costrizione [7-8].

## La pulsossimetria

L'American Academy of Pediatrics (AAP) e l'American Heart Association (AHA) hanno di recente raccomandato lo screening con pulsossimetria per tutti i nati [9-10]. È questa una strategia ragionevole? Il gruppo di lavoro AAP/AHA ha valutato tutti gli studi disponibili sul tema secondo la classificazione di raccomandazioni e livello di evidenza [9].

I punti critici sono il giorno in cui eseguire il test, il cut off della SaO<sub>2</sub> da adottare per definire il test positivo e la differenza percentuale di saturazione fra la mano destra (regione pre-botalliana) e il piede destro (post-botalliana). Il valore mediano della SaO<sub>2</sub> pre- e post-botalliana, nei neonati sani a termine, a 24 ore è il 97,8% e, dai 2 ai 7 giorni, il 97,6% [11]. Per la differenza percentuale di saturazione fra la mano e il piede destro, le proposte vanno dal 2% al 4%.

È evidente che quanto più precoce sarà il test con la scelta di elevati valori di SaO<sub>2</sub> post-botalliani e una minore differenza percentuale fra mano e piede, tanto maggiore sarà la sua sensibilità. Si potranno però intercettare in questo modo patologie respiratorie o cardiache irrilevanti rispetto a quelle ricercate o legate alla fisiologica transizione delle prime ore di

Per corrispondenza:

Augusto Biasini

e-mail: abiasini@ausl-cesena.emr.it

il punto su

TABELLA: RISULTATI DI MAHLE ED EWER [9-12]

Studi	N°	Età esame	Cutoff norm.	FP	FP %	TP	FN	TN	VPP %	VPN %	Sensibil. %	Specif. %
Dati di Mahle et al. [9]	51.098	>24 ore	≥94/96	18	0,035	16	7	51.063	47,0	99,9	69,6	99,9
Dati di Ewer et al. [12]	20.055	<24 ore	≥95>2%	169	0,8	26	27	19.833	13,3	99,8	49,0	99,1

N°= numero pazienti, FP= falsi positivi, TP= totali positivi, FN= falsi negativi, TN= totali negativi, VPP= valore predittivo positivo, VPN= valore predittivo negativo

vita, con una diminuzione della specificità.

Il gruppo AAP e AHA che suggerisce lo screening considera positivo il test:

- per qualsiasi SaO<sub>2</sub> riscontrata inferiore al 90%; oppure un valore di SaO<sub>2</sub> inferiore al 95% in entrambe le estremità su tre misurazioni eseguite separatamente in un'ora; oppure una differenza assoluta maggiore del 3% fra piede e mano destra su tre misurazioni eseguite separatamente nell'arco di un'ora, eseguite a 24 ore di vita o più tardi.

Questa strategia avrebbe, sempre secondo AAP e AHA, una sensibilità del 69,6% e una specificità del 99,9% con un valore predittivo positivo del 47% per la diagnosi, evidenziando pochissimi falsi positivi (0,035%) (vedi tabella).

Il perfezionamento della diagnosi dovrebbe essere eseguito con un ecocardiogramma in tutti i neonati con test positivo prima della dimissione dal punto nascita e, se non possibile in sede, con telemedicina o trasferimento in altro luogo.

Il recente lavoro policentrico inglese di Ewer su *Lancet* che esegue l'esame prima delle 24 ore e riesce a farlo nel 75% dei casi, stringe ancora di più le maglie della sensibilità considerando positivo il test con una SaO<sub>2</sub> inferiore al 95% in mano o piede destro, oppure una differenza maggiore del 2% fra i due arti (vedi tabella) [12]. Con questi parametri sono state diagnosticate 26 CCC/CCM su 20.055 neonati mentre 27 casi, falsi negativi alla pulsossimetria, sono stati diagnosticati con un follow up clinico/ecografico di 12 mesi riportato sul registro/database cardiologico effettuato su tutti i 20.055 neonati del campione. Il numero di 53 casi di CCC/CCM su 20.055 neonati raggiunge la realistica prevalenza del 2,6/1000 nati vivi. La sen-

sibilità risulta del 75% per le CCC e del 49,06% per le CCM, la specificità del 99,16. I falsi positivi sono stati 169 (0,8%), il 30% dei quali affetto da malattie respiratorie o cardiache transizionali irrilevanti ai fini dello studio cardiologico. 17 neonati dei 26 veri positivi avevano però già una diagnosi prenatale di sospetta cardiopatia, e altri 7 presentavano anomalie alla visita clinica.

In sostanza 24 neonati su 53 sarebbero comunque stati sottoposti all'ecocardiogramma per il sospetto diagnostico derivato dalla diagnosi prenatale riferita dai genitori oppure per una clinica positiva. Dei due neonati senza anamnesi né clinica, uno solo aveva una CCC (trasposizione dei grossi vasi) con una SaO<sub>2</sub> al piede del 73%, mentre l'altro aveva una CCM (atresia della tricuspide) con solo una lieve ipossia (SaO<sub>2</sub> 93% piede).

In definitiva, se togliamo dal computo i casi già sospetti per l'ecografia prenatale, la sensibilità del test scende al 58,33% per le CCC e al 28,5% per le CCM.

Complessivamente il test, quindi, individua i ¾ delle CCC e ¼ delle CCM. Il rapporto di verosimiglianza per test positivo risulta 49 (95%, intervallo di confidenza 13-181), cioè molto attendibile, ma quello per test negativo di 0,52 (95%, intervallo di confidenza 0,17-1,56), ci suggerisce che la negatività dell'esame è ben poco utile per escludere la malattia: abbiamo uno screening che ci dà 2 falsi negativi ogni mille esami.

### Costi dello screening

La valutazione dei costi dello screening include il tempo dedicato dallo staff (effettuazione del test, tracciabilità dei risultati e infine comunicazione ai familiari che costituisce il costo maggiore), la tecnologia necessaria, il possibile ritardo della dimissione e i costi della terapia. Altro problema potrebbe essere il con-

tenzioso con le famiglie, dovuto al fatto che un test "falso negativo" e una diagnosi mancata possono essere riferiti all'inaccuratezza dell'operatore nell'eseguire l'esame.

### Conclusioni

Una valutazione dell'adozione dello screening pulsossimetrico per le gravi cardiopatie comporta la collocazione dell'intervento nel territorio in cui lo si vuole applicare. Vanno valutate sia la reale diffusione della diagnostica ecografica prenatale, che in certe regioni raggiunge praticamente il 100%, sia l'effettiva effettuazione della visita pediatrica postnatale entro i 4-5 giorni dalla nascita, che è il periodo in cui può verificarsi lo scompenso cardiaco. Quest'ultima pratica assistenziale è in Italia molto diversa da quelle in uso negli Stati Uniti, e pertanto le scelte non possono che variare fortemente fra i due Paesi. Quanto ai costi, in un ospedale con 2500 nati per anno, avremmo un impegno dell'operatore dedicato di 166 ore per anno per un costo complessivo di 4656 euro, più i tempi dedicati all'inserimento dei dati, più 20 ecografie cardiache da eseguirsi prima della dimissione. Più difficile la valutazione dei tempi della comunicazione alle famiglie dei casi sospetti e inviati all'ecografia. Va infine tenuto presente che l'utilità della pulsossimetria nella pratica clinica non è ben stabilita. Essa rimane nella Classe IIb, livello di evidenza C (studi osservazionali caso/controllo) [9].

Al momento attuale, quindi, la pulsossimetria può certamente contribuire a salvare vite ma non può sostituire un'attenta visita clinica neonatale e un follow up specifico per intercettare quelle CCC/CCM non associate a cianosi [13]. ♦

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

## Congresso ACP Emilia-Romagna

### "CURARSI DEI BAMBINI, DEGLI ADOLESCENTI, DELLE LORO FAMIGLIE"

Bologna, sabato 31 marzo 2012  
Aula Magna Ospedale "Maggiore"

#### Bibliografia

- [1] Wren C, Reinhardt Z, Khawaja K. Twenty-year trend in diagnosis of life-threatening neonatal cardiovascular malformation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2008;93:F33-5.
- [2] Liske MR, Greeley CS, Law DJ, et al. Report of the Tennessee Task Force on Screening Newborn Infants for Critical Congenital Heart Disease. *Pediatrics* 2006;118:e1250-6.
- [3] Westin M, Saltvedt S, Bergman G, et al. Routin ultrasound examination at 12 or 18 gestational weeks for prenatal detection of major congenital heart malformation? A randomised controlled trial comprising 36,299 fetuses. *BJOG* 2006;113: 675-82.
- [4] Richmond S, Wren C. Early diagnosis of congenital heart disease. *Semin Neonatol* 2001;6: 27-35.
- [5] Arlettaz R, Bauschatz AS, Mönkhoff M, et al. The contribution of pulse oximetry to the early detection of congenital heart disease in newborns. *Eur J Pediatr* 2006;165:94-8.
- [6] Mahle WT. Physical Examination and Pulse Oximetry in Newborn Infants: Out with the Old, in with the New? *J Pediatr* 2008;152:747-8.
- [7] Granelli AD, Mellander M, Sunnegardh J, et al. Screening for duct-dependent congenital heart disease with pulse oximetry: a critical evaluation of strategies to maximize sensitivity. *Acta Paediatr* 2005;94:1590-6.
- [8] Toda Y, Takeuki M, Iwasaki T, et al. The accuracy of Masimo SET and Nelcor n-595 in children with cyanotic congenital heart disease. *Anesthesiology* 2006;105 A1 704.
- [9] Mahle WT, Newburger JW, Matherne GP, et al. Role of Pulse Oximetry in Examining Newborns for congenital Heart Disease: A Scientific Statement from the AHA and AAP. *Pediatrics* 2009;124: 823-35.
- [10] Barclay L, Murata P. American Academy of Pediatrics Recommends Pulse Oximetry Screening. [www.medscape.org/viewarticle/748644\\_print](http://www.medscape.org/viewarticle/748644_print).
- [11] Levesque BM, Pollack P, Griffin BE, et al. Pulse oximetry: what's normal in newborn nursery? *Pediatr Pulmonol* 2000;30:406-12.
- [12] Ewer AK, Middleton LJ, Furnston AT, et al. Pulse oximetry screenin for congenital heart defects in newborn infants (Pulse Ox): a test accuracy study. *Lancet* 2011;378:785-94.
- [13] Morrow RW. Volume 32, number 5 May 2011. [www.aapnews.org](http://www.aapnews.org).

#### Prima sessione: A PROPOSITO DI AREA PEDIATRICA

- ore 9,00 Un documento condiviso sull'area pediatrica. Presentazione Franco Mazzini (*ACP Emilia-Romagna*)
- ore 9,15-10,30 Tavola rotonda con interventi preordinati dei referenti delle sigle firmatarie del documento: ACP, APeC, SIP, SIN, SIPPS, SINPIA, CIPE, SISIP, FIMP Romagna
- ore 10,30-11,00 Intervento della dott.ssa Mariella Martini (*Direttore Assessorato Sanità e Politiche sociali Regione Emilia-Romagna*)
- ore 11,00-11,15 Pausa caffè
- ore 11,15 mfarneri@ausl-cesena.emr.it  
**L'integrazione delle cure**  
Due storie raccontate e commentate  
Modera Massimo Farneti (*PdC Cesena*)
- Un caso di cronicità complessa  
Laura Tedaldi (*Coordinatrice Infermieristica, Forlì*)  
Riflessione di Luciana Nicoli (*PdC Bologna*)  
Discussione in plenaria
  - Un caso di complessità assistenziale in un preadolescente  
Nicoletta Modena (*NPI Modena*)  
Riflessione di Carla Cafaro (*PLS Ferrara*)  
Discussione in plenaria
- ore 12,15 **Quale progettualità e organizzazione per l'area pediatrica in Emilia-Romagna?**  
Intervento della prof.ssa Paola Dalla Casa (*Referente tecnico area pediatrica, Regione Emilia-Romagna*)
- ore 12,45 Sintesi della mattinata Arturo Alberti (*PLS Cesena*)
- ore 13,00-14,30 Pausa pranzo

#### Seconda sessione: INDICATORI DI EFFICACIA

- ore 14,30-15,30 **Indicatori di efficacia in pediatria: ospedale e territorio**  
Dante Baronciani (*Epidemiologo*)  
Discussant: Sergio Amarri (*Pediatra ospedaliero, Reggio Emilia*) e Costantino Panza (*PLS Reggio Emilia*)  
Discussione
- ore 15,30-16,30 **Progressi e novità che hanno migliorato l'assistenza pediatrica negli ultimi 10 anni**  
Ospedale: Federico Marchetti (*Pediatra ospedaliero*)  
Territorio: Antonella Stazzoni (*PLS*)  
Discussione
- ore 16,30 Sintesi della giornata  
Paolo Siani (*Presidente ACP*)

#### Segreteria organizzativa:

Antonella Stazzoni Cell. 334 1351732  
antonella.stazzoni@medici.progetto-sole.it

Luciana Nicoli Cell. 329 2171891  
luciana\_nicoli@hotmail.com

Sono stati richiesti crediti ECM

# Vaccini influenzali: una conferma e uno sguardo sul futuro

Franco Giovanetti

Dirigente medico, Dipartimento di Prevenzione, ASL CN2, Alba, Bra

**Parole chiave** Vaccini influenzali. Efficacia. Influenza like illness

Una conferma e uno sguardo sul futuro: sono ciò che offrono due studi sui vaccini influenzali pubblicati nell'ultimo scorcio del 2011. Il primo è una metanalisi, l'altro è uno studio clinico sul vaccino adiuvato con MF59 in età pediatrica. La metanalisi ha preso in considerazione soltanto gli studi in cui l'outcome – rappresentato dall'efficacia del vaccino influenzale – era stato misurato sui casi di influenza confermati in laboratorio (tramite coltura virale o reazione a catena della polimerasi - PCR) [1]. Si tratta quindi di studi in cui è stata testata la reale efficacia del vaccino influenzale sui casi di influenza propriamente detta e non sulle ILI (Influenza Like Illness), termine con cui si definiscono le sindromi influenzali causate dai numerosi virus respiratori che in comune con l'influenza hanno soltanto i sintomi. I risultati di 31 studi dimostrano che il vaccino antinfluenzale inattivato trivalente ha un'efficacia del 59% (intervallo di confidenza al 95%: 51-67) nei soggetti di età compresa tra 18 e 65 anni. La metanalisi ha individuato delle fasce d'età in cui non è stato possibile ricavare dati di efficacia dei vaccini influenzali inattivati: gli Autori infatti, nei bambini e ragazzi di 2-17 anni e negli anziani di età pari o superiore a 65 anni, non hanno trovato studi clinici sul vaccino inattivato adeguati ai criteri di inclusione. Occorre sottolineare che la metanalisi ha esaminato esclusivamente i vaccini utilizzati negli Stati Uniti dove, al contrario di quanto accade in Europa, i vaccini adiuvati non sono registrati.

Lo studio ha preso in considerazione anche il vaccino vivo attenuato somministrato sotto forma di spray nasale (non ancora in commercio in Europa), che è risultato piuttosto efficace nei bambini da 6 mesi a 7 anni di età (83%, IC 95%: 69-91). Purtroppo non è stata dimostrata un'efficacia nei soggetti di 18-49 anni, mentre al di sopra dei 60 anni questa sembra modesta (42%, peraltro con intervallo di confidenza molto ampio) e nella fascia d'età 8-17 anni nessun trial corrispondeva ai criteri di inclusione. Il vaccino è registrato negli Stati Uniti limitatamente alla fascia d'età 2-49 anni [2]. I risultati di questo nuovo studio confermano sostanzialmente quanto era

emerso da precedenti revisioni della Cochrane Collaboration [3-5].

Riguardo allo studio clinico sul vaccino adiuvato con MF59, si tratta di un trial metodologicamente robusto, poiché la valutazione di efficacia su bambini di 6-71 mesi è stata condotta sull'influenza confermata in laboratorio tramite PCR, mettendo a confronto un gruppo vaccinato con MF59, un gruppo vaccinato senza adiuvante e un gruppo di controllo che ha ricevuto vaccini non influenzali [6]. I risultati sono interessanti: il vaccino adiuvato ha mostrato un'efficacia dell'86% (IC 95%: 74-93), che sale al 92% nella fascia d'età 36-71 mesi; al contrario, l'efficacia del vaccino senza adiuvante è risultata modesta, pari al 43%, con un intervallo di confidenza eccessivamente ampio (IC 95%: 15-61).

Quali conclusioni possiamo trarre? A mio avviso sostanzialmente tre:

1. i vaccini influenzali tradizionali (per es., inattivati ma non adiuvati) non proteggono adeguatamente dall'influenza;
2. negli ultimi anni sono state messe a punto nuove tecnologie per migliorare la risposta immune, ossia l'utilizzo di adiuvanti, virosomi o nuove modalità di somministrazione (iniezione intradermica). Queste nuove tecnologie funzionano? Sappiamo che la risposta anticorpale è migliore, ma al momento non sono ancora disponibili solide evidenze di efficacia clinica, tranne lo studio di Vesikari testé descritto. Si tratta di un vuoto da colmare, poiché i decisori devono sapere se valga la pena investire in prodotti molto più costosi rispetto ai vaccini inattivati tradizionali;
3. il vaccino vivo attenuato, nei bambini da 6 mesi a 7 anni di età, sembra piuttosto efficace. È stato registrato presso l'EMA (Agenzia Europea del Farmaco) per l'uso nella fascia d'età 2-17 anni e sarà probabilmente disponibile in Europa nella stagione 2012-2013. La scheda tecnica è disponibile nel sito dell'EMA [7]. Per la sua facilità di somministrazione e la dimostrata tollerabilità nella fascia d'età per cui è registrato, sembra una soluzione interessante.

Nell'ipotesi di disporre di vaccini influenzali di dimostrata efficacia in età pediatrica, la domanda è: a chi li dovremmo somministrare? Solo ai soggetti a rischio? A tutti i bambini, inclusi quelli sani? La questione è ancora aperta, sia in Italia sia in Europa. Una recente review ha stimato un tasso di letalità per infezione severa delle basse vie respiratorie associata all'influenza

nei bambini < 5 anni, pari allo 0,17% nei Paesi sviluppati contro il 2,96% nei Paesi in via di sviluppo [8]. Questo dato sottolinea ancora una volta il ruolo rivestito dalle condizioni di vita e dall'accessibilità alle cure nel condizionare l'impatto di una malattia infettiva sulle popolazioni umane. Limitando la nostra attenzione ai Paesi sviluppati, le indagini di laboratorio dimostrano che solo nel 6-16% delle ILI l'agente eziologico è un virus influenzale; tutto il resto è dovuto a una miriade di patogeni, tra cui spicca il virus respiratorio sinciziale nel 20-48% dei casi [9]). Fatta eccezione per l'emergenza dovuta a un nuovo virus pandemico, in presenza di una normale stagione influenzale quale guadagno di salute tra i bambini sani si potrebbe ottenere prevenendo al massimo un 16% di tutte le ILI? In un'ottica di sanità pubblica la vaccinazione dei bambini non a rischio appare scarsamente giustificata in presenza di vaccini influenzali di modesta efficacia, ma mostrerebbe i suoi limiti anche disponendo di vaccini potenziati tramite nuove tecnologie.

**Conflitto d'interessi.** Negli ultimi dieci anni l'Autore ha accettato inviti da Wyeth (ora Pfizer), Sanofi Pasteur, Novartis Vaccines e GSK per la partecipazione a convegni.

## Bibliografia

- [1] Osterholm MT, Kelley NS, Sommer A, Belongia EA. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, Early Online Publication, 26 October 2011. [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(11\)70295-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(11)70295-X/abstract).
- [2] CDC. The Nasal-Spray Flu Vaccine (Live Attenuated Influenza Vaccine [LAIV]). <http://www.cdc.gov/flu/about/qa/nasalspray.htm>.
- [3] Jefferson TO, Rivetti D, Di Pietrantonj C, et al. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Apr 18;(2): CD001269.
- [4] Jefferson T, Rivetti A, Harnden A, et al. Vaccines for preventing influenza in healthy children. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Apr 16;(2):CD004879.
- [5] Jefferson T, Di Pietrantonj C, Al-Ansary LA, et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Feb 17;(2): CD004876.
- [6] Vesikari T, Knuf M, Wutzler P, et al. Oil-in-water emulsion adjuvant with influenza vaccine in young children. *N Engl J Med* 2011;365:1406-16. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1010331>.
- [7] European Medicines Agency. Fluenz-Product number EMEA/H/C/001101. <http://www.ema.europa.eu>.
- [8] Nair H, Brooks AW, Katz M, et al. Global burden of respiratory infections due to seasonal influenza in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2011;378(9807):1917-30.
- [9] Bourgeois FT, Valim C, McAdam AJ, Mandl KD. Relative impact of influenza and respiratory syncytial virus in young children. *Pediatrics* 2009;124:e1072-80. <http://pediatrics.aappublications.org/content/124/6/e1072.full.html>.

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

# Bambini, malattie (più o meno) trascurate e accesso ai farmaci: cattive nuove e buone nuove

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

## AIDS: i bambini sono ancora orfani di terapia

Nel corso del 2010, 250.000 bambini sono morti di complicazioni legate all'HIV e meno di un quarto di bambini sieropositivi o con HIV ha ricevuto un trattamento farmacologico: è quanto emerge dal rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblicato in occasione della giornata mondiale dell'AIDS. Sono diversi i fattori che rendono ancora oggi l'infezione da HIV pediatrica una malattia "trascurata": la mancanza di accesso delle mamme alle cure prenatali, al test dell'HIV e agli antiretrovirali per la terapia e per la prevenzione della trasmissione materno-fetale. Ma una delle cause principali è la mancanza di formulazioni adatte ai bambini, in particolare neonati e lattanti, come sottolineato dall'organizzazione no-profit *Drugs for Neglected Diseases initiative* (DNDi).

L'OMS raccomanda il trattamento immediato con gli antiretrovirali in tutti i bambini sieropositivi di età inferiore a 2 anni, ma per la maggior parte dei farmaci approvati per gli adulti non sono ancora stati valutati la sicurezza di impiego e il dosaggio in questa fascia di età. Le formulazioni pediatriche attualmente disponibili sono, inoltre, poco palatabili, richiedono diluizioni ripetute, devono essere conservate in frigorifero e non consentono la co-somministrazione con farmaci antitubercolari.

Per tale motivo, la DNDi ha intrapreso un programma di ricerca con lo scopo di sviluppare formulazioni adatte ai bambini di età inferiore a 3 anni. Idealmente queste formulazioni dovrebbero essere facili da somministrare e meglio tollerate di quelle già disponibili, stabili al calore, facilmente dispersibili, e compatibili con altri farmaci (in particolare con gli antitubercolari).

*Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi)*  
<http://www.dndi.org/press-releases/1015-aids-day.html>

## Un nuovo farmaco per il trattamento del Chagas nei bambini

Nel dicembre 2011 una nuova formulazione di benznidazolo è stata registrata in Brasile (e dovrebbe esserlo a breve in altri Paesi del Sudamerica) per il trattamento del morbo di Chagas nei bambini. Si tratta di una compressa da 12,5 mg facilmente dispersibile e adatta per i bambini fino ai

2 anni di età, da somministrare in numero da uno a tre/die in base al peso corporeo.

Lo sviluppo di questa nuova formulazione è stato reso possibile dalla collaborazione tra *Drugs for Neglected Diseases initiative* (DNDi) e il *Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco* (LAFEPE) del Brasile.

In precedenza, il benznidazolo era disponibile solo come compresse da 100 mg per adulti, e il trattamento pediatrico richiedeva la divisione in piccole parti e la frantumazione della compressa. La polvere veniva poi sciolta in succo di frutta o acqua e somministrata due volte al giorno per 60 giorni. Questo comportava errori di dosaggio e scarsa aderenza alla terapia.

Questa nuova formulazione consente di disporre di un trattamento più semplice da somministrare e più sicuro nei neonati e nei bambini di età inferiore a 2 anni, che potranno ricevere un dosaggio più accurato.

Il morbo di Chagas è una malattia parassitaria causata dal parassita *Trypanosoma cruzi*, trasmesso attraverso il morso di una cimice (o attraverso trasfusioni con sangue infetto, trapianti e trasmissione materno-fetale), che colpisce tra 8 e 10 milioni di persone, principalmente in America Latina, causando 12.000 morti all'anno. I bambini sono particolarmente ad alto rischio di infezione, principalmente attraverso la trasmissione materno-fetale, e il trattamento con benznidazolo nel primo anno di vita consente di eliminare il parassita nel 90% dei casi.

Alla buona notizia ne va, però, associata una cattiva. Il benznidazolo è prodotto esclusivamente dall'azienda pubblica brasiliana LAFEPE, che nell'ottobre 2011 aveva sospeso la produzione, con una conseguente riduzione delle scorte, complicando il già difficoltoso accesso ai farmaci per molti malati di Chagas nel mondo. Le proteste di associazioni, organizzazioni non governative e governi hanno costretto i brasiliani a riprendere la produzione. Ma fino a quando?

*Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi)*  
<http://dndi.org/press-releases/1016-paedbenz.html>

## ... E in Italia scompare la penicillina intramuscolo

Il giugno 2011, con la pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale*, è stata autorizzata la commercializzazione di una nuova formulazione di benzilpenicillina benzatinica per uso intramuscolare: una siringa preimpilata da 2,5 ml (contenente 1.200.000 UI di

farmaco). Questa formulazione, autorizzata come medicinale in classe C con un costo pari a 24 euro, ha sostituito quella precedente (fiala polvere 1.200.000 UI + fiala solvente 4 ml) dal costo di 1,96 euro a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La mancata rimborsabilità del farmaco, probabilmente dovuta al falso accordo in sede di negoziazione sul prezzo del farmaco tra Agenzia Italiana del Farmaco e ditta produttrice, priva i pazienti in profilassi con la penicillina (principalmente per malattia reumatica) di un farmaco "essenziale", con una spesa per le famiglie dei bambini stimabile in circa 290 euro/anno. In alcune ASL il servizio farmaceutico si è fatto carico della fornitura del medicinale attraverso il regime di distribuzione diretta. In attesa di una soluzione di questa vicenda, la strada da percorrere è che la ASL attivi la distribuzione gratuita.

## Farmaci per i bambini: opuscoli informativi per genitori e accompagnatori

La *WellChild*, il *Royal College of Paediatrics and Child Health* (RCPCH), e il *Neonatal and Paediatric Pharmacists Group* (NPPG) hanno lanciato *Medicines for Children*, un sito web pubblico ([www.medicinesforchildren.org.uk](http://www.medicinesforchildren.org.uk)) che si propone di aiutare i genitori nell'utilizzo dei farmaci per i loro bambini. Le informazioni sono presentate sotto forma di brevi foglietti informativi, visualizzabili e scaricabili in formato pdf, realizzati secondo un modello sviluppato e progettato insieme da pediatri di famiglia, farmacisti e genitori.

*Medicines for Children* attualmente fornisce informazioni pratiche e affidabili sull'uso di oltre 100 medicinali essenziali per i bambini. I foglietti rispondono alle domande più comuni sulle modalità di utilizzo dei medicinali, su cosa fare se si dimentica di dare il farmaco o se questo viene somministrato erroneamente più volte, e informazioni su eventuali effetti collaterali e uso off-label. Sono inoltre disponibili informazioni generali sulla corretta modalità di somministrazione dei farmaci e sulla gestione di alcune patologie di comune riscontro in età pediatrica.

La ricerca può essere effettuata per nome del principio attivo, marca del medicinale, o malattia. Infine, il RCPCH si impegna a garantire la costante revisione dei foglietti in modo che le informazioni siano sempre aggiornate, pertinenti e accurate, sulla base delle prove scientifiche.

<http://www.medicinesforchildren.org.uk/>

Per corrispondenza:

Antonio Clavenna

e-mail: [antonio.clavenna@marionegri.it](mailto:antonio.clavenna@marionegri.it)

# Pannolini, quali scegliere?

Elena Uga

Dirigente medico 1° livello, SOC Pediatria, ASL VC, Ospedale "S. Andrea", Vercelli

La rivoluzione culturale instaurata dalla commercializzazione dei pannolini usa e getta è stata di tale portata che oggi la maggior parte dei genitori, alla nascita di un bambino, non si pone il problema della scelta. Eppure esistono diverse possibilità su cui riflettere.

## I pannolini "tradizionali" usa e getta

Sono indubbiamente comodi, hanno rivoluzionato le abitudini delle mamme alle quali non è parso vero di non aver più ciripà da lavare.

La rivoluzione ci ha però lasciato in eredità una montagna di rifiuti. Nei primi due anni e mezzo di vita ogni bambino produce una quantità di rifiuti pari a circa una tonnellata di pannolini e bisogna tener conto del fatto che molti bambini utilizzano pannolini fino ai tre anni e mezzo e oltre. La produzione degli usa e getta è altamente inquinante: nella fase produttiva si consuma un'enorme quantità di risorse naturali: energia, acqua, polpa di legno, plastica, idrogel ecc. La loro produzione elimina nell'acqua solventi, metalli pesanti, polimeri, diossine. I pannolini usa e getta vengono inoltre abitualmente sbiancati con cloro, procedimento che richiede e inquina moltissima acqua. Il loro smaltimento in una discarica può richiedere centinaia di anni, mentre se vengono bruciati in un inceneritore liberano nell'atmosfera sostanze tossiche, fra cui le famigerate diossine.

Oltre alle sostanze rilasciate nell'ambiente c'è il dubbio che sostanze nocive rilasciate dai pannolini possano essere inalate o assorbite dalla cute dei bambini, anche se non vi sono dimostrazioni dirette. Ciò che è stato dimostrato è che l'uso dei pannolini tradizionali aumenta la temperatura della regione genitale e l'aumento della temperatura scrotale può essere correlato ad alterazioni della spermatogenesi e disturbi della fertilità [1].

Riguardo ai possibili danni alla salute legati all'uso dei pannolini usa e getta sono state segnalate dermatiti da contatto causate dalla parte plastica adesiva che aderisce direttamente alla cute [2]. La superassorbenza dei pannolini tradizionali induce inoltre il genitore a cambiare il bimbo meno spesso, esponendo la cute del sederino a rischi di irritazioni cutanee nella regione genitale, e a prolungare l'utilizzo del pannolino negli anni (il bambino si sente più "asciutto" e quindi è meno incentivato ad acquisire il controllo degli sfinteri) [3].

Il genitore che sceglie il pannolino usa e getta dovrà quindi premurarsi di cambiarlo spesso, almeno ogni tre ore, di lasciare ogni tanto il sederino libero di asciugarsi all'aria e lavarlo con acqua, di non utilizzare il pannolino a oltranza negli anni, ritardando il passaggio alle mutandine. Inoltre, se si sceglie l'usa e getta, il genitore dovrebbe chiedersi, come ha fatto un gruppo di genitori che ha redatto un bellissimo manuale di "sopravvivenza" sui pannolini, se sia eticamente corretto mettere al mondo una creatura costringendola a inquinare lo stesso in cui dovrà vivere.

## L'usa e getta "ecologico"

Esistono sul mercato pannolini usa e getta "ecologici". Questi prodotti, solitamente più cari dei tradizionali, sono commercializzati da aziende che tendono a utilizzare la minor quota possibile di sostanze nocive per l'ambiente o per la salute. Questi pannolini sono solo in parte biodegradabili (al massimo all'80%) e non è facile orientarsi nel mare magnum delle proposte.

È stato presentato tempo addietro un nuovo pannolino interamente compostabile, che quindi potrebbe essere riciclato insieme all'organico; sicuramente potrebbe rappresentare un'ottima alternativa ai tradizionali "usa e getta". Tendenzialmente si tratta di pannolini meno

assorbenti, che quindi riducono la problematica della temperatura dei genitali e del ritardo nell'acquisizione degli sfinteri, e contengono meno sostanze tossiche o implicate nell'insorgenza di dermatiti da contatto.

Per chi li sceglie vale la regola degli usa e getta (soprattutto i cambi frequenti) e la consapevolezza che, nonostante la loro produzione sia meno nociva per l'ambiente e sia presente una minor quantità di sostanze potenzialmente tossiche per la salute, il loro utilizzo comporta una produzione di rifiuti analoga.

## Il pannolino lavabile

Il pannolino lavabile (il vecchio "ciripà") è stato la norma per le generazioni passate, rapidamente soppiantato dall'immissione sul mercato degli usa e getta. Esistono sul mercato varie tipologie di lavabili "moderni": c'è chi usa ancora i vecchi ciripà e chi preferisce quelli che nel formato ricordano gli usa e getta. Alcuni hanno una parte esterna impermeabile incorporata, altri prevedono l'utilizzo di sovramutandine (di lana, pile o sintetiche) che permettono di non bagnare i vestiti. Sono dotati di inserti che possono aumentarne l'assorbenza e si possono usare veli di carta biodegradabile per buttare direttamente la cacca nel wc.

Si trovano sempre più spesso in negozi specializzati per l'infanzia, e anche una catena di supermercati ha iniziato a produrli e a rivenderli. In ogni caso il canale più semplice per reperire questo tipo di prodotti con un'ampia scelta e prezzi concorrenziali è la vendita online [4].

In rete si trovano anche le istruzioni, per mamme volenterose, per cucirli in casa. I vantaggi per l'ambiente sono indubbi: i dati variano da paese a paese ma i soli pannolini usa e getta possono costituire, secondo alcune stime, fino al 15% dei rifiuti solidi urbani [5].

Il processo di fabbricazione dei lavabili ha sì un impatto ambientale, al quale va

Per corrispondenza:

Elena Uga

e-mail: elena.uga990@gmail.com

informazioni per genitori

aggiunto il consumo di acqua, energia e detersivi per il lavaggio, ma ciò non basta a perdere il confronto. Il pannolino lavabile è stato definito "scomodo", le mamme moderne hanno bisogno di praticità e tempi di gestione ridotti; in realtà sono stati stimati solo circa 60 minuti in più alla settimana per la loro gestione. I detrattori del lavabile spesso sostengono che le irritazioni cutanee nella regione genitale sarebbero incrementate a causa della minore assorbenza di questo tipo di pannolini, e quindi del più lungo contatto di pipì e feci con la cute.

In realtà non vi sono evidenze scientifiche a riguardo, e il problema è semplicemente legato alla scarsità dei cambi, indipendentemente dal tipo di pannolino utilizzato [6]. Inoltre l'assenza di materie plastiche impedisce lo svilupparsi di dermatiti da contatto. Un vantaggio indubbio del lavabile è quello economico: in tre anni medi di utilizzo un bambino "spende" fino a 2000 euro in pannolini usa e getta, contro una spesa massima stimata (contando anche i consumi in acqua ed energia per i lavaggi) di 800 euro per i lavabili. Bisogna anche considerare il fatto che la riduzione dei rifiuti che si ha utilizzando i pannolini lavabili comporta un risparmio per la collettività, senza contare che i lavabili possono esse-

re "riutilizzati" da fratelli o altri bambini, riducendo ulteriormente le spese.

In conclusione, il pannolino lavabile sembra vincere la sfida da un punto di vista economico ed ecologico, portando alcuni vantaggi al bimbo anche dal punto di vista di guadagno in salute. L'usa e getta resta più comodo e maneggevole ma, quando lo si sceglie, è fondamentale riflettere su come e quanto usarlo.

#### Bibliografia

- [1] Partsch CJ, Aukamp M, Sippell WG. Scrotal temperature is increased in disposable plastic lined nappies. *Arch Dis Child* 2000;83:364-8 doi: 10.1136/adc.83.4.364.
- [2] Briscoli V, Marolla F, Moschetti A, Uga E. Pannolini usa e getta o lavabili? Fra letteratura e buon senso. *Medico e Bambino* 2011;30:374-8.
- [3] Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, et al. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *J Adv Nurs* 2009;65:1141-54.
- [4] Trillò ME. I pannolini ecologici salvano l'ambiente e costano meno. *Quaderni acp* 2008;15:274.
- [5] Fava D, Ceci E, Barbieri P. Analisi di fattibilità rifiuti-energia, Parma. <http://gestionecorrettarifiuti.it/pdf/Analisiidifattibilita.pdf>.
- [6] Baer EL, Davies MW, Easterbrook KJ, et al. Disposable nappies for preventing napkin dermatitis in infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3: CD004262.

Per saperne di più:  
[www.biodetersivi.altervista.org/allegati/manuale\\_pannolini.pdf](http://www.biodetersivi.altervista.org/allegati/manuale_pannolini.pdf)  
[www.nonsolociripa.it](http://www.nonsolociripa.it)

## DEDICATE AL "BAMBINO INQUINATO" LE VI GIORNATE MEDICHE DELL'AMBIENTE PROMOSSE DA ISDE

Le mamme sono chiamate a raccolta: i medici di ISDE invitano le associazioni sensibili al tema ad aderire alla "Rete delle associazioni di madri (genitori) per l'ambiente", che sta per nascere.

Consapevoli che "le madri, e più in generale le donne, dotate di una particolare sensibilità per la tutela della salute di figli-nipoti e delle future generazioni, possono svolgere un ruolo importante nel promuovere iniziative di stimolo rivolte alle autorità politico-amministrative e della stessa comunità scientifica".

La speranza è che le mamme, organizzate e opportunamente sostenute dagli esperti ISDE, possano fare breccia nella società civile, e diffondere la consapevolezza che l'esposizione a inquinanti ambientali di qualunque natura (fisici, chimici) presenti diffusamente in aria, acqua, suolo e alimenti, rappresenti un grave rischio per la salute dell'infanzia.

ISDE si propone come elemento propulsore della rete e della nascita di nuove associazioni. E punta a realizzare un primo incontro nel 2012 di uno o due giorni come «atelier di confronto». Per focalizzare obiettivi e strategie. Perché l'unione – lo sanno anche i medici – fa la forza.

*(Il Sole 24 ORE Sanità, 20 dicembre 2011)*

# Libri: occasioni per una

## Dialogo sulla famiglia con Leon Battista Alberti



**Francesco Ciotti**  
*Conversazione sulla famiglia*  
Aracne, 2011  
pp. 95, euro 8

Perché mai dovremmo leggere un libro scritto in una forma desueta e lenta per ammissione dello stesso Autore? Un pedagogista, uno psicoterapeuta, un neuropsichiatra, un pediatra, un sociologo e un editore, diretti magistralmente da Ciotti, colloquiano con Leon Battista Alberti sull'evoluzione della famiglia italiana. Alberti è noto a tutti noi come grande architetto del Rinascimento, ma forse pochi conoscono la sua opera in volgare *I libri sulla famiglia*. In questa opera si parla dell'educazione dei figli, di matrimonio, di patrimonio e dell'amicizia. I dialoganti, per quanto antichi, sono nati a cavallo delle due grandi guerre e hanno vissuto la trasformazione della famiglia, da allargata e contadina a post-industriale e nucleare. Il contesto emiliano-romagnolo gioca una parte fondamentale in tutto il libro e lo permea con continui riferimenti, anche se i protagonisti ne superano i confini più volte, senza mai dimenticare le proprie radici. Lo studio della narrazione porta sempre a cercare chi manca, e qui mancano le donne, e probabilmente non poteva essere altrimenti. In realtà una lettura attenta e quanto mai opportuna del libro porta a scoprire la figura della "azdora", definita come un ragno che dal centro della tela dirige tutto. Torniamo alla domanda iniziale sul perché leggere questo libro apparentemente non facile. La ricchezza dei personaggi intervistati, insieme alla genuinità delle loro storie, consente al lettore di riflettere sulla famiglia moderna, al di là degli stereotipi, attraverso riferimenti storici e testimonianze preziose.

Riprendere un dialogo transgenerazionale è indispensabile per progettare un futuro a partire dalle esperienze di una

generazione che ha attraversato momenti difficili senza piangersi addosso. L'Autore è un padre transgenerazionale che ha saputo arricchirsi dal rapporto con i figli nelle varie fasi del suo ciclo vitale. Un'ultima annotazione: i proventi ricavati dalla vendita del libro saranno devoluti al Centro per le famiglie del Comune di Cesena.

*Michele Gangemi*

## Due storie di morti al buio



**Walter Veltroni**  
*L'inizio del buio*  
Rizzoli, 2011  
pp. 266, euro 18

Dopo avere letto questo libro viene il dubbio che Walter Veltroni avrebbe fatto meglio a dedicarsi alla letteratura, alla narrativa. Asciutto, accurato e preciso racconta la storia di due morti nel buio, ambedue avvenute nel giugno del 1981. Alfredino Rampi nel pozzo di Vermicino e Roberto Peci, fratello del brigatista pentito Patrizio, sequestrato e chiuso prima nel bagagliaio di una 127 e poi in una "prigione del popolo" e infine fucilato con riprese televisive diffuse poi in modo molto ampio. Due morti piene di errori: tecnici quelli per salvare Alfredino, oggi apparentemente banali, ma in quel tempo forse la tecnica della protezione civile non consentiva di fare di più; errori politici per Patrizio Peci in cui la ferocia gratuita verso di lui e la sua famiglia ebbe modo di manifestarsi appieno, nonostante gli appelli di molti, quasi di tutti, anche di quelli dalla parte degli uccisori. Le due prime morti sotto la televisione: quella pubblica per Alfredino con la partecipazione del presidente della Repubblica, Sandro Pertini; quella "privata" dei terroristi che, adeguandosi freddamente alle nuove regole della comunicazione, vollero documentare morte e sofferenze di Roberto a fini educativi: colpirne uno

per educarne cento. La storia di Alfredino, un piccolo bambino con una tetralogia di Fallot, che ha resistito più di due giorni nel buio, piangendo e chiamando la mamma, chiedendo aiuto a tutti, persone che si sono succedute a parlare con lui, uomini che, per la gracilità della loro corporatura, hanno potuto calarsi nel pozzo per salvarlo (questo Paese è fatto anche di uomini come questi, oltre che di nani e ballerine) e ne hanno riportato ferite nell'anima che durano tuttora. Quella di Alfredino è una storia toccante di cui avevo dimenticato i particolari; ripercorrendoli nel libro di Veltroni per più volte ho dovuto interrompere la lettura per l'angoscia. Sentivo in me quel freddo, quel buio, quella immobilità forzata di un bambino incastrato e forzatamente immobile tutta intorno a me. Un bambino coraggioso e morto coperto di fango dopo 50 ore di sepoltura in pozzo lasciato colpevolmente scoperto e colpevolmente coperto con il bambino chiuso dentro.

*Giancarlo Biasini*

## Veleni e manicaretti



**Marco Malvaldi**  
*Odore di chiuso*  
Sellerio, 2011  
pp. 198, euro 13

Siamo in Toscana, in un antico castello dove, una mattina, tutti gli ospiti sono svegliati da un grido disperato. Il Barone di Roccapendente, padrone del maniero, con al seguito maggiordomo, cuochi, serve, baronetti, baronessa madre e ospiti vari, si precipita in cantina dove la vecchia governante, la signorina Barbarici, ha trovato il corpo senza vita del fattore, il giovane Teodoro, promesso sposo della bella Agatina. Dopo un momento di smarrimento, il Barone coadiuvato dall'amico fotografo Ciceri e da Pellegrino Artusi, scrittore di cucina e ricette, visto in malo modo ("Come, un uomo che parla e scrive di cucina? È un finocchio di sicuro!"), si rende conto che il buon

# buona lettura

Teodoro non è morto di morte naturale, ma avvelenato. Il Barone decide di avvertire il delegato di polizia Artistico, uomo sagace e ostinato, che comincia la ricerca dell'assassino. Ad aiutarlo saranno l'intelligenza e l'arguzia del cuoco Artusi che, è il caso di dirlo, ha fiuto non solo per manicaretti, carni e dolci, ma anche per le debolezze umane legate ad altri segreti desiderati. Malvaldi dà vita con i suoi personaggi originali e divertenti a un giallo *sui generis* dove non mancheranno colpi di scena e pietanze appetitose; si cercheranno l'assassino o l'assassina, proprio come i funghi a giugno nel sottobosco, stando attenti ai particolari; si gusteranno scene succulente come polpettoni "zingari" saporiti e... sorprendenti. Niente DNA, niente impronte digitali, siamo nella seconda metà dell'ottocento, ma intuito e coincidenze illuminanti. Come dice il Giusti: "Il fare un libro è meno che niente, se il libro fatto non rifà la gente".

Nicola D'Andrea

## Il maggior problema dei nostri bambini



**Angelo Pietrobelli**  
*Obesità infantile.*  
*Non solo questione di peso*  
SEEDd  
pp. 78, euro 20

Il testo ha soprattutto come target i pediatri di libera scelta ed è una seconda edizione datata febbraio 2011. Purtroppo, per ovvi motivi dovuti alle more della stampa, la bibliografia non va oltre il 2008 e questo comporta alcuni problemi. Si propongono infatti i criteri diagnostici per "sovrappeso/obesità" riportati nella Consensus nazionale italiana sull'obesità infantile 2006 (SIP, SIEDP e altri), precisando che la diagnosi nella fascia 0-24 mesi si basa sul rapporto peso/lunghezza > 85° percentile (sovrappeso) e > 95° percentile (obesità) delle tabelle CDC 2000, ricavate da un cam-

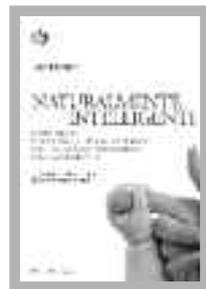
pione di bambini americani allattati nel 50% dei casi in modo artificiale.

Tali tabelle sottostimano il fenomeno rispetto alle tabelle WHO 2006, ottenute su campione multi-etnico di bambini allattati esclusivamente al seno nel primo anno di vita. La CDC e la AAP già dal 2009 hanno ufficialmente indicato di fare riferimento come gold standard per l'età 0-2 anni al rapporto peso/lunghezza delle tabelle WHO 2006\*. L'impiego di tale criterio comporta una stima più veritiera di prevalenza del fenomeno nei primi 2 anni di vita e consente ai pediatri di intercettare precocemente il problema. Questo per la diagnosi, mentre per il trattamento ambulatoriale del bambino sovrappeso/obeso le indicazioni sono corrette, anche se il taglio è maggiormente orientato sull'età scolare e adolescenziale. L'approccio proposto è una sintesi delle linee guida riportate da una commissione di esperti AAP in un report 2007 su *Pediatrics* e rispetto a questo non vi sono grosse novità. I testi sono da integrare con le nuove linee guida sulla prevenzione primaria e secondaria dell'obesità nell'età 0-5 anni, elaborate nel 2011 da una Commissione di esperti incaricata dall'IOM, che contengono importanti novità sui fattori di rischio che rappresentano il focus scientifico su cui si sta maggiormente concentrando la ricerca attuale, visti gli insuccessi ottenuti con gli interventi in età scolare-adolescenziale. Complessivamente, questi rilievi risultano utili per il lettore che voglia una informazione completa, una lettura ricca di informazioni.

Maurizio Iaia

\* Center for Disease Control and Prevention. Use of the World Health Organization and CDC growth charts for children aged 0-59 months in the United States. Recommendations and Reports 2010: [www.cdc.gov/growth\\_charts](http://www.cdc.gov/growth_charts).

## La ricetta per educare un bambino



**John Medina**  
*Naturalmente intelligenti.*  
*Istruzioni per lo sviluppo armonioso del cervello dei bambini della prima età*  
Bollati Boringhieri, 2011  
pp. 338, euro 19

«*Alit lectio ingenium et studio fatigam reficit.*

La lettura alimenta lo spirito e serve come svago quando si è stanchi».

Seneca, *Epistole*

Qual è la ricetta giusta per educare un bambino? Lo stile educativo del genitore può "ottenere il massimo e nuocere il minimo" come diceva Freud, oppure, come talvolta accade, anche se con un nobile intento, il genitore con il suo comportamento può compromettere lo sviluppo del bambino?

Quante volte siamo stati interpellati in proposito dai genitori su qual è il miglior modo di infliggere punizioni, come proporre la disciplina, in quale modo contenere un bambino disubbidiente, su quale è il gioco migliore da presentare al bambino o cosa fare per favorire il rendimento scolastico.

John Medina è un biologo molecolare specializzato nello studio della genetica dello sviluppo cerebrale e ha scritto questo testo per rispondere a queste eterne domande dei genitori.

Infatti, questo libro è rivolto ai genitori e potrebbe essere definito come un vero e proprio manuale sulla genitorialità, molto interessante anche per un pediatra, che così potrà introdursi nel mondo del *parenting* e dell'*early child development*. L'approccio dell'Autore è esemplare: le affermazioni contenute, le proposte educative, i consigli sul comportamento da adottare non sono l'opinione di un esperto, ma il risultato di studi scientifici verificati sull'argomento. Proprio per questo motivo, il pediatra può utilizzare la ricca mole di informazioni con la certezza che non si tratta dell'opinione dell'esperto di turno.

Tra i consigli su come nutrire l'empatia e la teoria della mente o promuovere l'intelligenza e la felicità, non poteva mancare la lettura condivisa, nostro cavallo di battaglia. A proposito di felicità, sapevate che arrivati alla soglia dei 50.000 dollari (del 2010) di reddito annuo, più denaro guadagnato non offre più felicità? E che per essere una brava coppia di genitori si deve fare regolarmente sesso programmato oltre a quello spontaneo? Scientificamente provato. Degno di nota è il sito internet dedicato a questa opera ([www.brainrules.net](http://www.brainrules.net)) dove troviamo brevi video molto simpatici che sottolineano le affermazioni chiave del libro e oltre 60 pagine di bibliografia di supporto ai concetti contenuti nel libro.

Costantino Panza

## Essere padre con i propri limiti *Scialla! (stai sereno)*

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

Un consiglio: non lasciate la sala all'apparire dei titoli di coda. Vi perdereste una minisequenza relegata in un riquadro dello schermo che potrebbe tornarvi utile per capire meglio le intenzioni di Francesco Bruni, oggi regista di *Scialla!*, ma fino a ieri sceneggiatore di *Romanzo criminale* e di alcuni film di Paolo Virzì. Accade, infatti, questo: il prof. Bruno Beltrame, scrittore di biografie per conto d'altri, si reca nel parlitorio di un carcere per un colloquio con un detenuto conosciuto come "il Poeta", suo ex alunno divenuto boss e spacciatore. Ha scritto per lui una biografia così come gliel'ha raccontata, ma "il Poeta" non è soddisfatto. Convinto che da quel libro si possa trarre un film, vuole che vengano inserite scene di violenza e sparatorie. Se non rispondono a verità, poco importa: è quello che gli spettatori vogliono. Il professor Beltrame non è d'accordo. Obietta, resiste, poi si alza e va via. Invano "il Poeta" cercherà di richiamarlo. Nei 95 minuti del film, abbiamo seguito le vicende di Bruno Beltrame. Sappiamo che era un professore di Liceo, che pur credendo nell'insegnamento ha lasciato la cattedra perché stressato da un lavoro troppo impegnativo e pagato male, che frequenta un bar più per leggere il quotidiano che per consumare, che vive nella tana del suo appartamento e sbarca il lunario scrivendo su commissione biografie di personaggi famosi e impartendo lezioni private ad alunni svogliati. Una vita sciatta, insomma, che subisce una scossa inattesa quando, come un fantasma del passato, gli si para dinanzi la madre del quindicenne Luca, il più sfaticato e irriverente dei ragazzi che frequentano la sua casa. La donna è un'ex fiamma di Bruno e Luca è il frutto della loro fugace relazione. Ora è in procinto di partire per un lavoro di sei mesi da cooperante in Africa e ha pensato di affidargli il ragazzo: mantenga il segreto, ma si prenda cura di lui. Il professore trasandato e l'alunno ribelle si trovano, così, costretti a una convivenza forzata e, inevitabilmente, i loro dialetti e le loro vite si intrecciano e si scontrano. Bruno, moderno Geppetto, tenta di recuperare la paternità incolpevolmente tralasciata, cercando di non far perdere al ragazzo l'anno scolastico e di toglierlo dai guai, ma Luca è testardo e restio a seguire qualsiasi consiglio. In un momento di tensione, Bruno non riesce a mantenere il con-

trollo di sé e quando, dopo l'ennesimo rimprovero, si sente urlare in faccia da Luca: "Ma che vuoi da me? Chi sei tu?", reagisce con un angoscioso e liberatorio: "Sono tuo padre!". Tra palestra e spaccio, provocazioni e spocchia, il ragazzo si monta la testa fino a compiere uno sgarro a un boss della malavita. Tutto precipita: Luca capisce di avere tirato troppo la corda e ritorna bambino chiedendo aiuto al padre. Che non si tira indietro e fa da scudo al suo cucciolo, prendendosi una razione di botte. E buon per lui che il boss turlupinato sia un suo ex alunno, al quale se non altro è riuscito a insegnare l'amore per la poesia. È "il Poeta", quello stesso che, incappato nella giustizia, ritroveremo nella minisequenza finale. Una citazione autoironica, come vedremo, più che una postilla al colpo di scena finale che non è il caso di rivelare per non togliere agli spettatori il piacere della sorpresa. Presentato alla 68ª Mostra del Cinema di Venezia 2011, *Scialla!* – che ha vinto il premio come miglior film nella sezione Controcampo Italiano – è un ennesimo film sulla scuola e sui conflitti generazionali. Da non inserire, tuttavia, nel mucchio delle commedie mordi e fuggi, perché c'è modo e modo di trattare gli stessi argomenti, di fare entrare la cinepresa nelle aule e nelle case. Francesco Bruni lo fa con stile, rispettando il ritmo narrativo e non calcando mai la mano. Magari a qualcuno sembreranno esagerati i diverbi in famiglia, le battute di spirito, le provocazioni dei ragazzi e i guai in cui spesso si cacciano. Eppure è proprio così. È possibile che nella realtà avvenga ciò che nel film appare come più improbabile: che si diventi padre senza saperlo, che dei ragazzi dati per spacciati a scuola e nella società conservino dentro di loro semi di volontà e di cultura, che un docente smetta di insegnare per delusione e stanchezza, che un alunno chieda di essere bocciato per un senso di giustizia nei confronti dei suoi compagni e per non rovinarsi le vacanze estive. È possibile. Francesco Bruni lo sa e, un occhio a Collodi e l'altro all'insegnamento di Furio Scarpelli, "applica un sguardo umoristico alle cose serie". A facilitarli il compito gli danno una mano un attore affermato come Fabrizio Bentivoglio e un debuttante credibilissimo come Filippo Scicchitano, oltre naturalmente a una bella schiera di comprimari, tra i quali Barbora Bobulova, ex pornstar decisa a farsi scrivere una biografia dallo spiantato *ghostwriter*. Con questo suo debutto come regista Bruni regala materiale di riflessione soprattutto ai genitori, invitandoli a consi-

derare che "essere padre non significa solo essere amico, ma anche imporsi e imporre dei limiti". Lo fa senza la pretesa di moralizzare e/o di condannare; anzi, sottolineando che il suo mestiere è quello di narratore. Per questo, alla fine, dice chiaramente quello che aveva velatamente accennato con colte citazioni cinefile di Truffaut e Pasolini. E così, la minisequenza dell'epilogo se, da una parte, condanna le finzioni delle sparatorie e delle scene violente finalizzate a venire incontro ai gusti della massa, dall'altra ammonisce a saper distinguere la finzione dalla realtà: "Scialla, signori! – sembra dire Bruni – Ho solo fatto un film!". Già: *scialla*. I Luca di Roma la ripetono come espressione gergale che nasconde anche uno stile di vita, intendendo dire ciò che nella locandina appare tra parentesi: "Stai sereno!". Da dove deriva il termine? Qualcuno dice dall'arabo. Può darsi. Mia nonna, in siciliano, quando mi augurava di distrarmi e di divertirmi, mi diceva: "Sciàlati". E, allora, *scialatevi*: nell'epoca de *I soliti idioti*, non capita spesso di uscire soddisfatti da una sala cinematografica. ♦



*Scialla! (Stai sereno!)*

Regia: Francesco Bruni

Con: Filippo Scicchitano, Fabrizio Bentivoglio, Barbora Bobulova, Vinicio Marchionni, Giuseppe Guarino, Prince Manujibeya, Arianna Scommegna, Giacomo Cecarelli, Raffaella Lebboroni  
Italia, 2011

Durata: 95', col.

Per corrispondenza:

Italo Spada

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

# Leggere ad alta voce: una esperienza con i libri tattili illustrati

Laura Anfuso

Esperta di editoria per ragazzi e animazione e promozione alla lettura, Roma

## Abstract

### *Reading aloud: the experience with illustrated tactile books*

*Tactile illustrated books are important for all children, for those with visual impairments, for parents and grandparents and for who wants to share the joy of reading aloud, sometimes with the necessary help of professionals. The illustrations, their particular textures and the presence of both Braille and alphabet font makes these books useful for everyone. The Author promotes reading aloud and has collaborated in the past with the "Peter Pan Association" for families of children hospitalized in the onco-hematology ward of Bambino Gesù Hospital and in the University Hospital Umberto I in Rome. In these residencies, where children and families stay, there is a small library with these kind of books, thanks also to the help of many volunteers. For the centenary of Louis Braille's birth and the tenth year of the Nati per Leggere project in Italy the promotion of these kind of books through the Nati per Leggere catalogue should be enforced.*

Quaderni acp 2012; 19(1): 45-46

**Key words** Tactile illustrated books. National Federation for Blind. Reading aloud

L'Autrice si occupa di promozione alla lettura e ha collaborato con l'Associazione "Peter Pan Onlus" alla realizzazione di una biblioteca nelle case di accoglienza che ospitano i bambini in cura presso i reparti di onco-ematologia dell'Ospedale "Bambino Gesù" e del Policlinico "Umberto I", a Roma. La biblioteca ospita diverse tipologie di libri, tra cui i libri tattili illustrati che potrebbero consentire una lettura condivisa con gli amici o i familiari vedenti. Il bicentenario della nascita di Louis Braille e il recente decennale del Progetto nazionale "Nati per Leggere" rappresentano due anniversari importanti, affinché dei libri tattili illustrati per la prima infanzia possano essere realizzati e ospitati nel catalogo dei libri in edizione speciale "Nati per Leggere" e nelle bibliografie nazionali del Progetto.

**Parole chiave** Libri tattili illustrati. Federazione Nazionale delle Istituzioni Pro Ciechi. Lettura sensoriale. Lettura ad alta voce

"Le case di Peter Pan" ospitano i bambini e i ragazzi provenienti da fuori Roma e dall'estero, in cura presso i reparti di onco-ematologia dell'Ospedale "Bambino Gesù" e del Policlinico "Umberto I", con le loro famiglie. L'idea di realizzare una biblioteca è nata dopo l'incontro con alcuni volontari che hanno partecipato a un seminario-laboratorio sull'editoria per ragazzi condotto dall'Autrice. L'obiettivo è quello di offrire libri scelti e selezionati che possano rappresentare occasioni di sviluppo e di crescita per gli ospiti di Peter Pan, realizzando uno spazio dedicato alla lettura, un luogo da cui possano attingere anche gli educatori che lavorano nei reparti di oncologia pediatrica degli ospedali. C'è ancora tanto da fare, ma i libri realizzati dalla piccola e media editoria di qualità (AER, Babalibri,

Bohem Press Italia, Carthusia, Corraini, Nuages, Orecchio Acerbo, Topipittori ecc.) hanno cominciato a far parte della vita dei bambini di Peter Pan, a essere toccati dalle loro mani curiose, a essere guardati dai loro occhi rapiti. Tutto questo è stato reso possibile grazie al lavoro di tante persone che hanno aiutato a raccogliere i fondi, alle case editrici che hanno voluto donare i libri, a quelle che hanno applicato un forte sconto per consentire l'acquisto di un maggior numero di titoli, ai volontari di Peter Pan e soprattutto alla dottoressa Marika Maganzini che si è sempre impegnata in questo progetto di crescita della biblioteca.

La necessità di realizzare una biblioteca che potesse tener conto delle esigenze dei bambini di Peter Pan, anche quelli affetti da retinoblastoma, ha stimolato

una ricerca in molteplici direzioni che ha comportato una riflessione sull'importanza dei libri tattili illustrati. Dalla esperienza è nata la decisione di contattare la Federazione Nazionale delle Istituzioni pro Ciechi di Roma onde ascoltare il parere di esperti del settore. L'acquisto di *Gaia e il mare* di Costanza Longo (Collana "Sotto a chi Tocca") per la biblioteca di Peter Pan e di altri libri ha costituito il passo successivo.

*Gaia e il mare*, il primo titolo della collana dedicata alla letteratura tattile per l'infanzia, inaugurata dalla Federazione Nazionale delle Istituzioni pro Ciechi, è stato utilizzato per condurre un laboratorio nelle case di Peter Pan. Adatto ai bambini dai 5 anni, offre la possibilità di affrontare il tema della paura del mare in modo delicato e giocoso. La presenza di accattivanti illustrazioni in rilievo realizzate con differenti texture e del doppio codice nero-braille, con il testo in caratteri ingranditi, rende il libro adatto anche ai bambini vedenti. La partecipazione viva dei bambini di Peter Pan al laboratorio ne rappresenta la conferma.

È molto importante che la biblioteca di Peter Pan possa ospitare dei libri tattili illustrati per bambini con disabilità visive. Le illustrazioni tattili, da "sentire", toccare, comporre, manipolare e talvolta annusare, permettono a tutti, bambini e adulti anche senza problemi visivi, di vivere una suggestiva esperienza di lettura poiché sono coinvolti altri sensi oltre alla vista. Proprio per questo motivo i libri tattili illustrati dovrebbero essere ospitati in ogni biblioteca.

L'esperienza di Peter Pan ha sicuramente offerto una maggior consapevolezza e ha spinto verso la realizzazione di un progetto che nasce dalle ricerche concernenti le diverse tipologie di libro e dal desiderio profondo di rendere la lettura accessibile a tutti. L'obiettivo sarebbe quello di affidare alla Federazione Nazionale delle Istituzioni pro Ciechi la realizzazione dei libri tattili per la prima infanzia, utilizzabili anche dai bambini vedenti.

Per corrispondenza:

Laura Anfuso

e-mail: [tactus@prociechi.org](mailto:tactus@prociechi.org)

# nati per leggere

ti e che possano essere ospitati nelle bibliografie "Nati per Leggere" e nel catalogo dei libri in edizione speciale "Nati per Leggere".

La collaborazione con la Federazione Nazionale delle Istituzioni pro Ciechi è importante perché essa da anni si occupa di una tipologia di libro complessa che merita un grande rispetto e che richiede una rigorosa sperimentazione scientifica; inoltre, la Federazione partecipa anche alla commissione internazionale BiTiB (*Baby infant Tactile illustrated Books*) in collaborazione con Istituzioni universitarie e Istituzioni di intervento precoce. Il bicentenario della nascita di Louis Braille e il decennale del Progetto nazionale "Nati per Leggere" rappresentano due anniversari importanti e soprattutto lo stimolo profondo a creare una collaborazione, che nel tempo potrà divenire una grande occasione di arricchimento per tutti coloro che si prodigano per sostenere il valore immenso della lettura.

Con la speranza che gli educatori, i bibliotecari e i pediatri vogliano prodigarsi per sostenere la produzione di libri tattili illustrati, altrimenti troppo onerosa, e per promuovere la lettura sensoriale che accresce il piacere e l'emozione della scoperta, viene riportato il testo breve scritto dall'Autrice stessa.

**Per questo ho imparato a guardare**  
Oggi mi sono dimenticato del gradino e sono caduto.

*Sono contento. Sì, finalmente l'ho conosciuto. Ho sentito la sua durezza e la sua immobile fierezza.*

*Per conoscere l'altro devi incontrarlo, devi avere la voglia di sentirlo anche se è duro e fermo sulle sue posizioni. E poi il gradino non lo fa apposta. Non potrebbe comportarsi altrimenti. Ti conduce più in alto, ti permette di raggiungere porte a cui non potresti accedere da solo e, immobile, subisce tutto: viene calpestato da tanti piedi che giungono da posti diversi; viene sporcato da animali incontenibili e dai loro padroni distratti; viene attraversato da persone che arrivano smarriti da paesi lontani, diviene la loro sedia, il loro tavolo, talvolta il loro letto, ma non si sposta per rifiutare qualcuno e, con immobile fierezza, riceve anche gli spilli della pioggia o il sole più crudo. Io ho sempre cercato di schivarlo perché tutti mi dicevano di stare attento, ma ora so che in gran parte sbagliavano.*

*Non si può conoscere ciò che si evita. E non bastano nemmeno gli occhi per vedere. Solo se senti l'altro, puoi imparare a guardarlo. A proposito! Ti sento distante. Cerca di leggermi in profondità, non mi evitare.*

\* Tiflogoga: esperta nella educazione dei non o ipovedenti.

*Per informazioni sui libri tattili:*

Pietro Vecchiarelli  
tactus@prociechi.org  
Federazione Nazionale delle Istituzioni pro Ciechi ♦

## le lettere a Qacp

### A proposito del Codice sul marketing del latte artificiale

Sono una lettrice da molti anni della vostra rivista, sono una infermiera pediatrica. Lavoro presso l'ASL Città di Milano. Ho letto con molta attenzione l'articolo sul numero di settembre-ottobre di Sergio Conti Nibali su: *Il Codice sul marketing del latte artificiale* e lo condivido, ma mi sembra incompleto, non trovo accenni a due documenti legislativi di ultima pubblicazione, molto importanti, i quali ci obbligano a una svolta decisiva e importante su questa tematica, e sono:

il D.M. n. 82 del 2009:  
REGOLAMENTO Ministeriale in approvazione della Direttiva CE 2006/141/CE

il Decreto Legislativo 19 maggio 2011, n. 84, G.U. 14.06.2011  
Disciplina sanzionatoria per le violazioni delle disposizioni di cui al decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali 9 aprile 2009 n. 82 recante attuazione della direttiva 2006/141/CE.

Miriam Lelli

*Ringraziamo l'attenta lettrice. L'attenzione della rivista e dell'ACP è massima in questo ambito, come testimoniato anche dall'assenza di pubblicità su Quaderni e dal codice ACP. Invitiamo comunque la lettrice e tutti a leggere il contributo di Paola Negri (L'applicazione del Codice internazionale in Italia) a p. 24 di questo numero.*

## Le iniziative di "Nati per la Musica"



### Emilia-Romagna

Un ambizioso e importante progetto sulla musica e il bambino si sta sviluppando a Modena. Il pediatra acipino Claudio Mangialavori è riuscito a coagulare attorno alla musica un folto gruppo di collaboratori (medici, insegnanti, maestri di musica, genitori, ostetriche, ginecologi...), costituendo un gruppo unito in un percorso formativo sul campo durato molti mesi. Sono stati effettuati seminari di formazione su: "Studi e ricerca sulla musicalità infantile" con la prof.ssa Rita Addessi, docente di Metodologia dell'educazione musicale presso l'Università di Bologna; "Musica in culla. Come i bambini incontrano il linguaggio musicale" con Paola Anselmi, musicista e coordinatrice del Progetto *Musica in culla*; "Musica ed emozioni", laboratorio esperienziale del maestro di musica Paolo De Gasperi; "Musica e sviluppo del linguaggio" con la prof.ssa Luisa Lopez, neuropsichiatra infantile e curatrice scientifica del Progetto neuroscienze e musica della "Fondazione Mariani".

Attualmente il gruppo di lavoro modenese sta elaborando i contenuti appresi per la produzione di materiale informativo rivolto a pediatri e famiglie. L'obiettivo è di favorire la musica e il canto come un *linguaggio domestico* necessario per la relazione genitore-figlio e utile per la crescita armoniosa del bambino da 0 a 3 anni.

Il Progetto "Nati per la Musica" a Modena è stato presentato alla città il 26 marzo presso la Biblioteca "Delfini" di Modena, in una sala gremitissima di pubblico con una folta presenza di pediatri di famiglia e con la presenza del Sindaco della città, Assessori e Direttore generale dell'ASL.

Giorgio Tamburlini ha spiegato della cruciale importanza di interventi precocissimi per lo sviluppo del bambino. Le esperienze costruite in gravidanza e nei primi anni di vita modellano lo sviluppo dei sistemi funzionali cerebrali in modo quasi indelebile. La quantità e la vivacità di esperienze di percezione di stimoli uditivi e visivi offerte al lattante da parte della madre in un ambiente emotivamente

te positivo fanno la differenza "culturale" tra bambini con uguale possibilità a esprimere il proprio potenziale genetico. Precocità dell'azione che non deve mai dimenticare la componente relazionale come necessaria per il successo dell'intervento. Musica anche come modello di crescita sociale e di disciplina in situazioni sociali critiche nell'esperienza del *Sistema Abreu*. Costantino Panza ha dedicato il tempo a sua disposizione annodando il filo che lega il bambino con la musica, le neuroscienze e il pediatra. La conoscenza degli effetti della musica e del canto, come ascolto o esecuzione, sull'intelligenza cognitiva ed emotiva e sulla relazione genitore-figlio impegnano il pediatra a mettere nella propria borsa il Progetto di "Nati per la Musica" come un'ottima medicina per la promozione del bambino e nel sostenere tutta la famiglia. L'intervento di Johanella Tafuri, docente di pedagogia musicale al Conservatorio di Bologna ha descritto la relazione madre-bambino aiutandosi con numerose registrazioni audio, sottolineando l'interazione prosodica della diade nella costruzione di un linguaggio comunicativo efficace nel realizzare una relazione affettiva. Alla fine delle relazioni di questa intensa mattinata, Claudio Mangialavori ha suggestionato l'assemblea presentando il Progetto modenese sulle note del *Bolero* di Maurice Ravel in un crescendo di emozioni. La multidisciplinarietà (molte competenze costruiscono meglio), la diffusione capillare negli ambulatori pediatrici, nei nidi ospedalieri, nelle scuole d'infanzia, la costituzione del gruppo di lavoro sono importanti sottolineature di questo Progetto. Hanno concluso la giornata alcuni interventi su eventi musicali, l'impegno delle biblioteche comunali e diversi progetti territoriali. Bravo Claudio e complimenti a Modena. Buon lavoro!

Costantino Panza

La Sagra Musicale Malatestiana di Rimini è una delle manifestazioni concertistiche più antiche e prestigiose d'Italia, essendo giunta alla sua 62ª edizione. Ha ospitato i più prestigiosi direttori, solisti

e orchestre del mondo, consegnando a una vasta platea di appassionati un prestigioso patrimonio civile e culturale.

Da quest'anno Sagra e NpM hanno avviato una collaborazione che si è concretizzata nell'iniziativa ARMONIOSAMENTE svoltasi da maggio a settembre 2011 e indirizzata a un pubblico di piccolissimi. Si è iniziato con *Armonie in corsia*, con i giovani del locale Istituto Musicale che si sono esibiti nel reparto di Pediatria dell'Ospedale di Rimini. Qui si è avuto un primo saggio dal vivo delle potenzialità di NpM che si sono rivelate veramente notevoli. All'inizio c'era un solo bambino, poi via via sono arrivati tutti gli altri richiamati dalla musica. Prima con timore, poi spinti dalla curiosità, quindi sempre più coinvolti. Si è finito sulle note de *Il pescatore* di De André, cantavamo tutti ed è stato commovente. I bimbi ricoverati erano felici, c'era un piccolino di pochi mesi che sgambettava; più di un bambino ha voluto provare gli strumenti. Pochi giorni dopo si è tenuto un incontro rivolto ai genitori, molto partecipato, dal titolo *Crescere con la Musica*. E poi *Bimbi in band*, spettacolo musicale a cura dell'Associazione di Propedeutica musicale "Lettimi".

ARMONIOSAMENTE si è concluso a settembre con due concerti intitolati *Ridere con la Musica*: uno per opera della "Play Toy Orchestra", la prima band al mondo che suona utilizzando esclusivamente strumenti giocattolo, e in seguito *Le mie prime quattro stagioni* suonate e raccontate per piccoli e piccolissimi dall'"Ara Malikian Ensemble". Queste iniziative sono il frutto della positiva collaborazione fra Istituzione Musica Teatro Eventi del Comune di Rimini, Azienda Unità Sanitaria Locale, Istituto Musicale Pareggiato "G. Lettimi", Pediatri della Provincia. NpM a Rimini prosegue ora con iniziative nei consultori durante i corsi pre-parto, in biblioteca nella sezione "Nati per Leggere", al Centro per le Famiglie, negli ambulatori e in corsia. Dall'autunno di quest'anno inoltre, grazie a un finanziamento del Rotary Rimini, a tutti i nuovi nati viene distribuito materiale informativo NpM.

Stefano Gorini

## Uso razionale dei farmaci per i bambini e i loro genitori: un obiettivo dinamico e strategico

Il Convegno si è svolto a Milano il 9 settembre 2011 per il 50° anniversario della fondazione dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" (IRFMN). Si è trattato di un'occasione di riflessione collettiva sul tema del diritto alla salute, attraverso i contributi di alcuni che hanno iniziato il loro percorso formativo proprio nell'IRFMN, e di altri che con l'Istituto hanno avuto una proficua collaborazione.

Ha aperto i lavori Silvio Garattini, fondatore e direttore di questo Istituto, la cui mission è quella di contribuire alla difesa della salute e della vita umana attraverso la ricerca. Ne ha ripercorso la storia, dalla ricerca preclinica alla sua fondazione, fino alla odierna medicina traslazionale. Ha sottolineato la policy istituzionale assolutamente rigorosa, i numeri rilevanti dell'attività e le numerose iniziative editoriali.

Maurizio Bonati ha di seguito presentato i risultati dei venticinque anni di attività del Laboratorio materno-infantile IRFMN, da lui diretto.

La salute materno-infantile è un'area di ricerca di nicchia in Italia. Per definire i diritti dei più deboli bisogna conoscerli e la produzione del laboratorio in questo ambito è notevole, sia in termini di pubblicazioni scientifiche, libri, registri di farmaci (ADHD), che di partecipazione a progetti internazionali, quali il COHEMI project Health 2010.

Fabio Gaspari, Flavio Stellari e Roberto Latini hanno raccontato dei laboratori di chimica, di biologia molecolare e di farmacologia clinica dell'IRFMN, nel tempo sempre più allineati alle richieste della clinica.

Giancarlo Biasini ha introdotto due esperienze di collaborazione con l'IRFMN, rispettivamente con i pediatri del territorio e con quelli dell'ospedale. La prima, illustrata da Federica Zanetto, quale esperienza di riflessione e ricerca da parte di un gruppo di pediatri di famiglia lombardi, iscritti a un'associazione culturale e accomunati dall'appartenenza a una realtà territoriale e a un percorso for-

mativo avviato in ambito ASL per la definizione di progetti di miglioramento relativi alla prescrizione farmacologica in età pediatrica. Nella seconda, raccontata con passione attraverso casi clinici di diversa complessità, Federico Marchetti ha sottolineato la necessità di una rete comunicativa fra le strutture di secondo e terzo livello per la soluzione di casi complessi, ma anche l'assenza di partecipazione della pediatria di famiglia da questa gestione. Ha commentato che la prescrizione dei farmaci costituisce una omogeneità che il pediatra di famiglia esercita in una estrema disomogeneità delle famiglie e del loro accesso alle cure, e che l'assenza di comunicazione tra ospedale e territorio richiede un ospedale con più competenze specifiche al suo interno, ma anche più aperto all'esterno. Piero Impicciatore ha parlato della sicurezza dei farmaci dagli albori (1902, *Biologics control act*) fino alla farmacovigilanza moderna, fatta di monitoraggio delle reazioni avverse, di inserimento dati nel Database, di notifica alle autorità regolatorie, di inclusione nei report dei dati aggregati (PSUR) e di linee guida (ISOP/ISPE 2007 le migliori).

Annalisa Campomori ha illustrato gli errori più frequenti di prescrizione e somministrazione dei farmaci ai bambini nella ASL di Trento e ha presentato un prontuario pediatrico di farmaci off label, con posologie e indicazioni. Comunicazione, informazione e partecipazione sono stati invece i temi affrontati da Maria Luisa Farina e da Renata Bortolus, con il commento di Luca De Fiore. Maria Luisa Farina ha parlato del suo lavoro al centro antiveleni di Bergamo e del servizio di consulenza agli operatori sanitari, al pubblico e alle istituzioni nel contesto dei tempi ristretti dell'urgenza.

Renata Bortolus ha ricordato i problemi comunicativi nella ricerca di popolazione in contesti preventivi, citando il "Progetto acido folico" in Veneto e in Lombardia come uno dei primi esempi concreti di ricerca traslazionale.

L'informazione, ha sottolineato Luca De Fiore, è il primo passo per la formazione dei saperi, accanto all'importanza della partecipazione e alla bidirezionalità della comunicazione.

Antonio Addis ha illustrato l'evoluzione del ruolo e delle modalità di azione delle

agenzie regolatorie: dall'epoca del VAERS dei CDC di Atlanta o della Dear doctor letter dell'AIFA a un servizio interattivo di *Bulletin drug information online*.

Nello Martini ha riferito del progetto regolatorio per la Pediatria e della ricerca indipendente in Italia, sottolineando il ruolo del farmaco come marker di assistenza e di ricerca, una sorta di indicatore dei cambiamenti di processo in Sanità. Ha anche ricordato che l'assistenza e la ricerca indipendente, parte integrante del processo decisionale dell'agenzia regolatoria del farmaco, restano un progetto ancora incompiuto in Italia.

Valerio Reggi, dell'OMS, ha parlato di farmaci essenziali e disparità di accesso a essi; di farmaci commercializzati anche se non sicuri, come il *Vioxx*; delle dinamiche di mercato per mantenere alti i prezzi dei farmaci, della lotta ai farmaci contraffatti, del mercato parallelo nei Paesi in via di sviluppo scoperto dall'Interpol. Ha sottolineato come le malattie tropicali neglette potrebbero sparire se le condizioni di vita dei malati fossero migliori. I farmaci vengono dopo, meglio se non "donati" dalle multinazionali del farmaco dai dubbi interessi altruistici. Benedetta Schiavetti, di *Medici senza Frontiere*, ha parlato di come passare dalla teoria dei farmaci essenziali dell'OMS alla pratica della loro effettiva distribuzione, attraverso i centri regionali (RDC), ai territori dei Paesi in via di sviluppo. Ha affrontato il problema della qualità dei farmaci così somministrati, ricordando i numerosi casi di morte da tossicità e il mercato globalizzato dei farmaci quale giungla a danno soprattutto dei Paesi più poveri e dei bambini in particolare. Ha ricordato che i donatori internazionali mantengono un ruolo fondamentale nel garantire l'acquisto e la distribuzione di farmaci di qualità e che restano scarse le formulazioni pediatriche e carenti le norme per implementare la qualità.

Gianni Tognoni ha chiuso il Convegno, che anche nel suo percorso di costruzione ha rappresentato un'occasione e un pretesto di riflessione collegiale su temi essenziali per il diritto alla salute e sulle pratiche che ne sono uno specifico sostegno.

Laura Reali



## Editoriali

- 1 18 anni e un centinaio di fascicoli  
*Giancarlo Biasini*
- 2 Cambiare non per caso  
*Michele Gangemi*
- 3 Messaggi pubblicitari e alimentazione infantile  
*Paolo Siani, Sergio Conti Nibali, Giacomo Toffol*

## Ricerca

- 4 Fumo passivo e salute dei bambini: cosa succede a Piacenza  
*Roberto Sacchetti, Fabio Faccini, Giuseppe Gregori, Olga Hainess*

## Forum

- 8 La questione del taglio cesareo in Italia: uno sguardo sociale  
*Grazia Colombo*

## Linee guida

- 11 Le linee guida dell'AAP sulle infezioni urinarie febbrili dei primi due anni di vita  
*Leopoldo Peratoner*

## Rischio sociale

- 14 Bambini stranieri nell'ambulatorio del pediatra  
*Marisa Bonomi*
- 17 Bambini stranieri e disagio psichico  
*Laura Tussi*

## Telescopio

- 19 Otite media acuta e antibioticoterapia: oltre la vigile attesa?  
*Stefano Costa, Roberto Conti Nibali*

## Info

- 22 Inceneritori e malattie
- 22 L'Italia ha il garante per l'infanzia e l'adolescenza... finalmente!
- 22 L'Italia tradisce gli impegni
- 22 La spesa privata aumenta del triplo
- 23 Un *Sunshine Act* per l'Europa?
- 23 Futuri medici e "indignati" a caccia dei trucchi di Big Pharma
- 23 Gli auguri di IBFAN Italia

## Osservatorio internazionale

- 24 L'applicazione del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno  
*Paola Negri*

## Pediatra fra due mondi

- 26 Rispondere ai bisogni così come li incontriamo  
*Arturo Alberti*

## Aggiornamento avanzato

- 28 Il soggiorno di sollievo per la gravissima disabilità  
*Antonella Brunelli, Orietta Amadori*

## "Narrative" e dintorni

- 31 La Carta del sistema della tutela dei minori in ambito pediatrico  
*Michele Gangemi*
- 33 Il bello come terapia  
*Mattia Antonio Acito*

## Il punto su

- 35 Lo screening con pulsossimetria nel neonato per le gravi cardiopatie congenite  
*Augusto Biasini, Giuseppe Pagano, Marcello Stella, et al.*

## Vaccinacipi

- 38 Vaccini influenzali: una conferma e uno sguardo sul futuro  
*Franco Giovanetti*

## Farmacipi

- 39 Bambini, malattie (più o meno) trascurate e accesso ai farmaci: cattive nuove e buone nuove  
*Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani*

## Informazioni per genitori

- 40 Pannolini, quali scegliere?  
*Elena Uga*

## Libri

- 42 Conversazione sulla famiglia di *Francesco Ciotti*
- 42 L'inizio del buio di *Walter Veltroni*
- 42 Odore di chiuso di *Marco Malvaldi*
- 43 Obesità infantile di *Angelo Pietrobelli*
- 43 Naturalmente intelligenti di *John Medina*

## Film

- 44 Essere padre con i propri limiti. *Scialla! (stai sereno)*  
*Italo Spada*

## Nati per Leggere

- 45 Leggere ad alta voce: una esperienza con i libri tattili illustrati  
*Laura Anfuso*

## Lettere

- 46 A proposito di latte artificiale

## Musical-mente

- 47 Le iniziative di "Nati per la Musica"  
*Costantino Panza, Stefano Gorini*

## Congressi controllo

- 48 Uso razionale dei farmaci per i bambini e i loro genitori  
*Laura Reali*

### Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2012 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per gli infermieri e per i non sanitari. Il versamento può essere effettuato: tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: - Associazione Culturale Pediatra, Via Montiferru, 6 - Narbolia (OR) indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota; - oppure con una delle altre modalità indicate sul sito [www.acp.it](http://www.acp.it) alla pagina "Iscrizione". Se ci si iscrive per la prima volta - dopo avere versato la quota come sopra indicato - occorre inviare una notifica dell'avvenuto pagamento al fax 1786075269 o all'indirizzo [segreteria@acp.it](mailto:segreteria@acp.it) indicando cognome, nome, indirizzo e qualifica. Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista bimestrale *Quaderni acp*, 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. Hanno anche diritto a uno sconto sulla quota di abbonamento a *Medico e Bambino*, indicata nel modulo di conto corrente postale della rivista e sulla quota di iscrizione al Congresso nazionale ACP. Possono usufruire di numerose iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione e altre materie dell'area pediatrica. Potranno partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri. Per una descrizione più completa si può visitare il sito [www.acp.it](http://www.acp.it).