

Quaderni acp

www.quaderniacp.it

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

I bambini e le malattie



marzo-aprile 2012 vol 19 n°2

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
March-April 2012; 19(2)

49 Editorial

Paediatricians for children just up to 6 years of age?
Let's talk about it
Paolo Siani, *Consiglio Direttivo ACP*
Happy birthday "Medico e Bambino"
Pasquale Alcaro

52 Research

The way we managed gastroesophageal reflux
Enrico Valletta, et al.

57 Forum

Delivery choices at odds:
caesarean section vs vaginal birth
Pietro Tarsitano

60 Public health

Drugs in school: a child's right
Antonietta Di Martino
Management software for doctors.
Tools for pharmaceutical marketing?
Guido Giustetto

66 Info

68 Mental health

Attention Deficit Disorder with Hyperactivity
or ADHD. The paediatrician's role
Angelo Spataro

69 Around Narration

The best way to have beautiful feet is not using them
Carlotta Damiani

71 Learning from a case

Serious acute reactions after the first introduction of cow's
milk are not always due to IgE antibody-mediated allergy
Maria Simona Sabbatino, et al.

74 Personal accounts

Checklist for Autism in Toddlers (CHAT):
a joint effort between the Neuropsychiatry Service
and Family Paediatricians
Marina Caldognetto, et al.

77 Appraisals

It's official: celiac disease diagnosis without biopsy
Enrico Valletta, Martina Fornaro

81 Forasustainableworld

Asbestos and children's health
Giacomo Toffol

82 Paediatricians among two worlds

Uganda: nevertheless a country on the road
Pino La Gamba

83 Vaccinacipi

Measles and congenital rubella: to deliberate is not enough
Rosario Cavallo

84 Farmacipi

Children and psychotropic drugs: monitoring is essential
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani

85 Movies

86 Books

88 Informing parents

Post partum depression: when parents don't seem to get it
Antonella Brunelli, Stefania Manetti, Costantino Panza

90 Musical-mente

Born for Music initiatives
Stefano Gorini

92 Meeting synopsis

93 The world of postgraduate

The world of graduate:
themes, experiences and possibilities
Naire Sansotta, Giovanna La Fauci

94 Letters

Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della
Associazione **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
Redazione: redazione@quaderniacp.it

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

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

LA COPERTINA

"La convalescente", Edvard Munch (1863-1944), olio su tela, 74x98. Kunstmuseum Bergen.

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

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

Pediatri solo per i bambini fino a 6 anni? Parliamone

Paolo Siani e il Consiglio Direttivo dell'ACP: Carlo Corchia, Maria Francesca Siracusano, Enrico Valletta, Chiara Guidoni, Augusto Biasini, Aurelio Nova, Maria Luisa Zuccolo, Giuseppe Cirillo

Avrete letto sui giornali circa un mese fa la proposta di limitare l'assistenza pediatrica fino ai 6 anni, proposta poi smentita dal Ministro Renato Balduzzi ("La Pediatria è una specializzazione strategica e tale deve restare").

Nonostante la precisazione del Ministro che sembra togliere ogni dubbio sul fatto che la proposta è sbagliata e non percorribile, l'ACP ha voluto in ogni caso esprimere la propria posizione perché crediamo che di questo problema si continuerà a discutere.

Anche i Presidenti delle tre principali associazioni pediatriche europee, European Academy of Pediatrics, European Pediatric Association e la Confederazione Europea dei Pediatri delle Cure Primarie, di cui fa parte anche l'ACP, hanno scritto una lettera al Ministro della Salute per ribadire che gli unici medici per bambini e adolescenti sono i pediatri.

Noi pensiamo che l'assistenza pediatrica andrebbe estesa fino a 18 anni, comprendendo l'età adolescenziale che al momento è terra di nessuno e che invece è un'età in cui i ragazzi e le ragazze hanno bisogno di un punto di riferimento che oggi trovano spesso nel loro pediatra con cui hanno instaurato nel tempo un rapporto di fiducia; e i pediatri sono pronti, perché formati culturalmente, ad accogliere, a riconoscere e a curare i disagi di quest'età che vanno dal rischio di tossicodipendenze alla dipendenza da internet, agli squilibri alimentari, all'abuso di alcol. Abbiamo sempre proposto e difeso l'approccio globale al bambino non solo alla diagnosi e cura di problemi di salute, ma focalizzato soprattutto alla promozione del benessere della maternità, dell'infanzia e dell'adolescenza. E il pediatra ha maturato in questi anni competenze specifiche.

Il disagio psico-sociale, le disabilità in età evolutiva, congenite e acquisite, le malattie croniche rappresentano per il sistema assistenziale una delle sfide più rilevanti e ancora oggi affrontate in modo non del tutto adeguato, per scarsa tempestività, precocità e appropriatezza

degli interventi, frammentazione dei servizi sanitari e mancata integrazione dei servizi sanitari-sociali-educativi.

Per queste condizioni occorre un intervento integrato e multi-professionale. Il pediatra ha imparato a stabilire connessioni e a occuparsi di queste problematiche essendo una delle poche figure professionali del Servizio Sanitario Nazionale che si sforza di dare risposte concrete a queste famiglie.

Per questi motivi l'assistenza pediatrica non può essere confinata tra 0 e 6 anni.

Ma il problema c'è ed è inutile nasconderselo: il numero dei pediatri in Italia sta per diventare insufficiente. Lo avevamo provato con l'indagine nel 2002, lo ha ribadito poi anche la SIP. Anche i modelli di assistenza pediatrica esistenti in Europa sono tutti in crisi, sia per motivi economici (Italia, Spagna) sia per il peggioramento degli indicatori di salute (Inghilterra). Occorre ripensare al modello organizzativo di cure primarie anche da 0 a 6 anni, e il punto centrale non è il massimale di assistiti a cui arrivare, ma quale modello di assistenza fornire.

La Pediatria sta cambiando. È vero, come afferma il prof. Panizon, che la Pediatria, che un tempo era lavoro di trincea sul fronte in cui la mortalità era più alta, ha cambiato faccia da quando nessun bambino muore più e i bisogni veri si sono tanto modificati da essere mal distinguibili. È vero che ha bisogno (urgente?) di sapere cosa farà "da grande", quanti pediatri generalisti le servono davvero, e quanti "sottospecialisti", e dove vanno messi, e di che tipo di preparazione hanno bisogno. È vero che sono diminuite le malattie acute e quelle infettive, e sono in aumento le croniche e le multiproblematiche. È altrettanto vero poi che durante i mesi invernali tutti i pediatri, al Nord e al Sud, sono oberati di richieste di visite e ricoveri per l'influenza e non si riesce ad arginare un'enorme richiesta di aiuto che ha poco di sanitario e molto di sociale e di sostegno alla genitorialità.

Per tutti questi motivi pensiamo che vada ripensato il modello organizzativo di cu-

re primarie e trasformata la Pediatria di famiglia e incoraggiata sempre più la Pediatria di gruppo, con ambulatori aperti 12 ore al giorno e sei giorni alla settimana, con un'adeguata assistenza infermieristica che risolva i problemi di puericultura, educazione sanitaria, e sia in grado di eseguire semplici test diagnostici per alleggerire la pressione sul medico.

Sappiamo però che sono poche anche le infermiere pediatriche, ma forse si potrebbe pensare a una figura più vicina alla "nurse" inglese che affianchi il pediatra in ambulatorio (su questo tema le organizzazioni infermieristiche e le società scientifiche potrebbero avere idee innovative).

Anche l'attuale organizzazione della Pediatria ospedaliera va adattata ai nuovi bisogni di salute della popolazione e va ripensata con l'accorpamento di reparti di Pediatria in modo che possano garantire assistenza 24 ore su 24, cure intensive ed esami diagnostici di II e III livello, con l'istituzione di setting assistenziali ospedalieri alternativi al ricovero, quali per esempio l'osservazione breve e temporanea, il Day Hospital o Day Service attivo davvero 12 ore al giorno, l'istituzione di ambulatori specialistici di II livello e di aree di eccellenza di III livello. La riduzione dei posti letto ospedalieri deve necessariamente corrispondere ad adeguati interventi di sostegno della Pediatria territoriale, per evitare il collasso del sistema ospedaliero.

L'integrazione ospedale-territorio resterà sempre una chimera se non si ripensa al ruolo dell'ospedale e della Pediatria di famiglia anche dal punto di vista contrattuale, e se si continua a lasciare pediatri "single" nei loro studi e reparti ospedalieri arroccati a dare risposte sanitarie poco complesse, lasciando fuori i malati cronici e multiproblematici.

Infine occorre riesaminare l'integrazione sociosanitaria e la Pediatria di comunità: se si riuscissero a prendere in carico davvero le famiglie multiproblematiche e a rischio sociale e se il pediatra riuscisse a

Per corrispondenza:
Paolo Siani
e-mail: presidente@acp.it

stare dentro al sistema dei nuclei familiari con bambini, si avrebbe un sicuro abbattimento dei costi e dell'impegno improprio della Pediatria di famiglia e anche di quella ospedaliera.

L'istituzione in Emilia-Romagna delle Unità Complesse di Cure Primarie che devono divenire l'ambito privilegiato della integrazione fra Pediatria di famiglia e Pediatria di comunità, facendo confluire in esse sia i PdF che i servizi di

Pediatria di comunità e la componente infermieristica, può essere una buona base da cui iniziare a discutere. Non stiamo chiedendo nuove assunzioni, non chiediamo nuovi investimenti economici. Chiediamo solo di riorganizzare (diciamo "rendere adeguato ai tempi?") quello che già c'è ma che è immobile e immutato da molto tempo. Se i pediatri, al di là di sigle o di appartenenze sindacali, non riusciranno al più pre-

sto a proporre nuove organizzazioni di lavoro efficaci ed efficienti, che tengano conto del ridotto numero dei medici e dell'esiguità delle risorse economiche, prima o poi si ritornerà a parlare di confinare l'area pediatrica tra 0 e 6 anni e allora sarebbe un vero peccato dover rinunciare alla professionalità e alle competenze dei pediatri, ma non potremo più alzare la voce e protestare contro il funzionario o il ministro di turno. ♦

Buon compleanno *Medico e Bambino* Una rivista nata da un forcipe alto

Pasquale Alcaro, Pediatra, Soverato

Medico e Bambino compie 30 anni. Pasquale Alcaro è stato fra i padri della Rivista. Ascoltiamo da lui il racconto delle nascite, lunga e complicata, come un forcipe alto.

Tarda estate del '78. Una strana, piccola carovana converge a Chiaromonte. Io con la famiglia in roulotte, numerosa famiglia e piccola roulotte. Un altro paio di noi da Catanzaro, Silvana Riccio e Pino in tenda, e da Trieste e dintorni Nicola D'Andrea, Alberto Coprives e il lucido e caro Gino Tosolini. Accampati nel bosco di Magnano. A far che, "sti matti"? Debbo fare un passo indietro.

Nel febbraio di quell'anno (1978) si era tenuto il primo "Corso di aggiornamento per i pediatri di base delle Regioni meridionali". Titolo lungo ma esplicativo. Successo inaspettato, dialettica vera e obiettivi centrati. Concluso da brevi, commosse e commoventi parole del professor Panizon: "Mu si aza u pilorciu"¹.

Già in questo primo corso, alla fine, si fece compilare un questionario che dava i voti ai relatori (ma che sfrontati!), e si potevano aggiungere in calce commenti, suggerimenti, critiche, proposte anonime o no. Fra i "no" un commento di quattrocinque righe molto incisivo e propositivo da parte di un pediatra di Chiaromonte dove si stava andando; il commento era da tenere molto in conto, da approfondire. Per cui, dovendo riunirci per programmare il corso dell'anno successivo, andavamo a Chiaromonte, piccolo paese

lucano, 2083 abitanti, con un piccolo ospedale e un ancor più piccolo reparto di Pediatria, con un organico ridotto all'osso che più all'osso non si può. Un solo medico, un pediatra che fungeva da primario e da tutto il resto. Un tipo originale, al limite dello stravagante, ma di sicuro interesse. Quando arrivammo in reparto, lo trovammo incazzato nero contro l'amministrazione dell'ospedale che non gli consentiva di praticare biopsie renali (*sic!*). Ci invitò a cena e ci mostrò orgoglioso il "santino" del recente battesimo della figlia, Teresuccia. Teresa, di Avila naturalmente, questo il primo nome, ma poi seguivano altri otto o nove nomi dedicati a santi o grandi del passato e di ognuno: agiografia, bibliografia, citazioni da Agostino d'Ippona a scendere, poesie di Tagore ecc. Dodici pagine fitte. La riunione fu molto proficua, proposte interessanti, tra cui una appunto di Serafino Ciancio, questo il nome del primario che ci ospitava: fondare una rivista che desse concretezza e continuità al programma e al corso. È lui il responsabile, il mandante della nascita di *Medico e Bambino*: il dottor Serafino Ciancio di Chiaromonte. E qual era questo programma? A dirlo in breve, dare forza alla Pediatria del territorio, allora debole e sparpagliata, favorirne gli incontri e, questo era importante, fornire non tanto cognizioni quanto consapevolezze, autostima, convinzione del ruolo: a dirlo marxianamente, coscienza di classe. Obiettivo all'epoca opportuno e da per-

seguire con coerenza progressiva e insistita. Debbo fare un altro inciso: l'idea del *Corso per i pediatri di base delle Regioni meridionali* era stata concepita mesi prima a casa Panizon. La signora Anita mi aveva invitato per la cena di commiato dopo un mese a Trieste. Questo strano pediatra calabrese, non giovanissimo, 44 anni, 5 figli, che era salito a Trieste a imparare, a vedere come si lavorava a quel "Burlo" che non era ancora mitico ma si avviava a diventarlo. Impacciato, come tutti i meridionali al Nord, smarrito e attonito come un pastore che avvista la cometa, a sua volta guardato dai triestini come un oggetto di difficile classificazione. In clinica il clou della giornata era la "riunione", obbligatoria e puntuale, dalle 13 alle 15. Si discutevano i casi. Molti i presenti, piccola la sala, insufficienti le sedie. Ero arrivato in grisaglia grigia e cravatta intonata; tutti erano in blue-jeans e camicia scozzese. Il direttore, il grande capo, arriva fra gli ultimi, non c'è posto a sedere, nessuno gli cede la sedia, si siede per terra (minchia!). Ognuno diceva la sua, fosse specializzando, aiuto o studente, e ogni voce valeva quanto quella degli altri (ariminchia!).

La sera ho comprato un paio di blue-jeans e una camicia scozzese. Da allora non ho più portato la cravatta, se non per venti minuti ogni tanto e solo per condurre qualche figlia all'altare. Io osservavo tutto, cercavo di non perdermi niente e non dissi nemmeno una parola, l'im-

paccio me lo impediva e così per giorni. A distanza, Sonia, la briosa caposala del "Burlo" dai capelli color rosso fiammante, mi aveva tacitamente adottato. Alle otto di una sera dovevano andare a Latisana, dove sembrava ci fosse un eccesso di diagnosi di infezione delle vie urinarie: "Vieni anche tu?". "Volentieri", per non perdere niente. Duccio Peratoner che guida con assoluta regolarità: 130 km/h in rettilineo, 130 km/h in curva. E Panizon e io rannicchiati dietro, *arrimisi*², poco convinti di arrivare illesi alla meta. Panizon si mette a parlare del '68, esagerando secondo me, che pure ero anti-sessantottino per età e tradizione di famiglia. Esagera, esagera e a un certo punto obbietto e sempre meno timidamente. Scendendo dalla macchina a prendere un caffè, Panizon mettendomi una mano sulla spalla: "Ma lo sai che non sei *cazzone del tutto*?". Ero stato arruolato. Torniamo alla cena. Proposi di organizzare un convegno, con "stile triestino". Ve ne erano già due (e solo due!) di accertata nobiltà: Saint-Vincent, organizzato ottimamente da Fabio Sereni ma semispecialistico, e uno a Cesena organizzato dal cespuglioso Giancarlo Biasini; a questo volevo assomigliare il nostro.

Fu steso rapidamente un abbozzo di programma. Cena memorabile. Dopo una settimana scrissi a Franco Panizon una lunghissima lettera che parlava del corso. E la rivista, direte voi? Ne parlai con Panizon. L'idea fu accolta, cominciammo a pensare a come metterla su, ci sentimmo più volte. Convocazione di una riunione semidefinitiva (o semiterminale?) per fissarne taglio e impostazione. Scelgo come sede il "Mario Negri". Gianni Tognoni sarà dalla mia parte, ma mi preconstituisco una piccola claqué di appoggio: Maria Vegni dal vicino "San Carlo"; Karim, una pediatra svedese che aveva frequentato il reparto di Soverato e ora ad Alessandria. Panizon viene da Trieste con uno dei suoi. Io con una neonatologa catanzarese, la dottoressa Silvana Miniaci, giovane, preparata con ottimi studi liceali: la redattrice *in pectore*. Il viaggio, in cuccetta di seconda classe, avrebbe dovuto durare 15 ore, per ritardi durò 19. E poi il più piccolo viaggio per il "Mario Negri". La discussione divenne da subito aspra. Vi erano due linee del tutto divergenti. I triestini volevano una rivista seria, colta, scientifica. I

catanzaresi una cosa pratica, non sciatta, ma alla buona, "casareccia" e Panizon, sempre più alterato: "Ma che vuoi un trattato di Pediatria a fettine, a puntate?". E io: "Ah, ah, proprio così!". "E invece no: prendere o lasciare". "Lasciare". Ci alzammo e andammo via, quasi senza salutarci. La riunione era durata 20 minuti. Il viaggio di ritorno, cuccetta di seconda classe, per vicissitudini varie (un precedente scontro ferroviario e un'incredibile bufera di vento), durò 38 ore. Dopo pochi mesi, senza altri contatti intercorsi, spontaneamente si fece strada la linea catanzarese. Rivista agile, con redazione e stampa a Catanzaro, 5000 copie di tiratura, gratuita per il primo anno (ero riuscito a procurare i fondi) e poi autofinanziamento con gli abbonamenti. Non avrebbe pubblicato nemmeno un rigo di pubblicità.

Scese da Trieste Panizon per parlare con la tipografia editrice Abramo, e in particolare con il colto e affascinante direttore editoriale, dottor Carlo Carlino. Panizon aveva portato per la copertina la riproduzione di un quadro di Mondrian, ne ricordo ancora i quadrati multicolori. Non conoscevo il quadro e neppure Mondrian, a essere sincero. La cosa sembrava sul filo di lana, quando si intromise la signorina Codamo, la preziosa e imponente caposala della Pediatria di Soverato; non alta, imponente, nel senso che era abituata a imporsi: "Ma i bambini mica li vedono i pediatri, li curano i medici generici". Vero. Era in gran parte così allora. E allora? E allora non 5000 copie ma 80.000. Chiuso. Un paio di convegni dopo, a Copanello, era il 1980: il professor Vullo, l'amato e indimenticabile Rino Vullo, ci svelò che vi era la possibilità di farla, la rivista, con l'Edifarm. Era stato contattato dal dottor Saccomani, io lo chiamavo "Gambadilegno" per la sua singolare somiglianza, fisica e morale (ma su questo sbagliavo), al personaggio negativo di Topolino. Avevamo pensato a titoli creativi, ma Edifarm aveva già *Medico e Paziente* e allora nacque *Medico e Bambino*. Sarebbe stata inviata a tutti i pediatri e i medici generici, 80.000 copie gratuite. Le spese le avrebbe sostenute la pubblicità. E così fu, grazie a Dio. ♦

¹ Da far venire la pelle d'oca.

² Annichiliti.



Il reflusso gastroesofageo: come eravamo

Enrico Valletta*, Luciano de Seta**, Gianni Piras***, Paolo Siani° e il Gruppo di Studio°°

*UO Pediatria, Ospedale "Morgagni-Pierantoni", AUSL di Forlì; **UO Pediatria, Ospedale "San Paolo", Napoli; ***Associazione Culturale Pediatri; °UO Pediatria, AORN "Cardarelli", Napoli; °°Silvio Ardaù, ASPECO; Laura Dell'Edera, ACP Puglia e Basilicata; Daniela Danieli e Silvia Zanini, ACP Verona; Annalisa Monolo e Carla Gussoni, ACP Milano; Giuseppe Primavera, ACP Trinacria; Antonella Stazzoni e Franco Mazzini, ACP Romagna; Leila Auriti, ACP Umbria; Giulia De Stefanis, ACP Lazio; Daniele De Brasi e Augusto Mastrominico, UO Pediatria, AORN "Cardarelli", Napoli; Paolo Kosova, UO Pediatria, Ospedale "San Paolo", Napoli; Michele Citrano, UO Pediatria, Ospedale "Casa del Sole", Palermo; Giovanna Fontanelli, TIN, Ospedali Riuniti, Reggio Calabria; Martina Fornaro e Paolo Baldassarri, UO Pediatria, Ospedale "Morgagni-Pierantoni", AUSL di Forlì.

Abstract

The way we managed gastroesophageal reflux

Introduction We investigated the strategies of clinical approach to gastroesophageal reflux (GER) among primary care (PCP) or hospital (HP) pediatricians.

Material and methods Retrospective data on diagnostic and therapeutic approach to suspected GER disease in 0- to 13-year children were collected by a group of paediatricians.

Results Records of 107 children were collected by 11 PCP and 5 HP. Seventy-eight percent of children followed by PCP were <1 year of age. Regurgitation, vomiting, irritability in infants and poor weight gain were the most frequently reported symptoms at presentation. Among respiratory symptoms, cough and apnoea were often related to a possible GER disease. Fifty-nine percent of children by-passed their PCP directly accessing to specialist consultation in hospital. The results of our survey are discussed with special reference to diagnostic workup, lifestyle changes and pharmacologic therapy adopted by the paediatricians.

Discussion The paediatricians involved in the study showed a rather well-balanced approach to the child with suspected pathologic GER. The first year of life still remains challenging as far as frequency of presentation and appropriateness of clinical approach are concerned.

Quaderni acp 2012; 19(2): 52-56

Key words Gastroesophageal reflux. Diagnosis. Therapy. Infant. Survey

Introduzione Abbiamo indagato quali fossero stati, negli anni recenti, i comportamenti diagnostico-terapeutici dei pediatri nei confronti del reflusso gastroesofageo (RGE).

Materiali e metodi Un gruppo di pediatri di famiglia (PdF) e di pediatri ospedalieri (PO) ha raccolto retrospettivamente i dati sul percorso diagnostico-terapeutico dei bambini di 0-13 anni seguiti per sospetta malattia da RGE.

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.

Discussione 11 PdF e 5 PO hanno raccolto complessivamente i dati di 107 bambini. Il 78% dei bambini visti dai PdF aveva meno di un anno di età. Rigurgito, vomito, irritabilità nel lattante e rallentamento della crescita sono stati i problemi più frequentemente riportati. Tra i sintomi respiratori, la tosse e l'apnea sono stati più spesso messi in relazione con una possibile malattia da RGE. Nel 59% dei casi il bambino è giunto allo specialista senza esservi stato inviato dal proprio PdF. Vengono discussi i dati relativamente alla diagnostica di laboratorio e strumentale, alla terapia farmacologica e ai provvedimenti non farmacologici preferenzialmente impiegati dai PdF e dai PO.

Parole chiave Reflusso gastroesofageo. Diagnosi. Terapia. Lattante. Indagine

Introduzione

Il reflusso gastroesofageo (RGE), la sua diagnosi, la sua terapia e la sottile linea di demarcazione che lo separa dalla clinicamente ben più rilevante *malattia da reflusso gastroesofageo* (MRGE) sono argomenti che da almeno venti anni occupano una parte considerevole della letteratura gastroenterologica pediatrica internazionale. Abbiamo assistito alla nascita e al tramonto di farmaci apparentemente risolutivi (cisapride), di tecniche diagnostiche ritenute infallibili (pH-metria esofagea), al dilagare di diagnosi cliniche o strumentali (ecografia) spesso approssimative e all'uso, quasi sempre off-label, di terapie (inibitori di pompa protonica - IPP) tanto efficaci quanto inappropriate. Dopo una lunga fase che abbiamo definito di "entusiasmo esplorativo", per un fenomeno che appariva particolarmente pervasivo soprattutto nei primissimi anni di vita, un importante momento di revisione critica si concretizza nel 2001 con la pubblicazione delle raccomandazioni del NASPGHAN sulla diagnosi e trattamento del RGE in età pediatrica [1-2]. Già in quelle Linee Guida si poneva particolare attenzione alla differenza esistente tra reflusso e malattia da reflusso sottolineando, in particolare nel bambino piccolo, la natura para-fisiologica del primo e la necessità di un'attenta valutazione clinico-strumentale per definire correttamente la seconda. L'impressione è che, negli anni successivi, queste raccomandazioni siano rimaste in larga parte inascoltate, se è vero che l'utilizzo degli IPP nel lattante e nel bambino ha conosciuto un incremento apparentemente inarrestabile e tale da suscitare nella letteratura un'altrettanto crescente perplessità [3-6].

Le riflessioni più volte fatte in ACP (Congressi di Tabiano e Palermo 2010 e Tabiano 2011) e fuori dall'ACP [1-7-10]

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

ricerca

e la pubblicazione, nel 2009, delle nuove Linee Guida congiunte NASPGHAN-ESPGHAN ci hanno indotto a verificare quali fossero state fino a oggi le nostre consuetudini diagnostico-terapeutiche in tema di RGE [1-7-10]. Lo studio, come era stato inizialmente concepito, doveva svilupparsi in due fasi, una retrospettiva e una prospettica per consentire un confronto nei comportamenti dei pediatri prima e dopo la diffusione delle raccomandazioni NASPGHAN-ESPGHAN. In questa sede daremo conto dei soli dati relativi alla fase retrospettiva conclusasi nel febbraio 2011 [11].

Pazienti e metodi

La popolazione oggetto dello studio è costituita da bambini di età 0-13 anni seguiti per sospetta MRGE prima del 2009 da pediatri che operano in strutture ospedaliere (PO) o come pediatri di famiglia (PdF). Il reclutamento dei pediatri partecipanti è avvenuto su base volontaria dopo avere reso noto il protocollo di studio in occasione di alcuni eventi ACP e sul sito web di ACP. I dati clinici relativi ai pazienti sono stati tratti dagli archivi in possesso dei partecipanti allo studio e raccolti in forma anonima mediante la compilazione di schede di raccolta dati con riguardo a: tempi e modalità di presentazione dei sintomi, iter diagnostico seguito, impiego di indagini strumentali e/o invasive, tipo e durata del trattamento non farmacologico e farmacologico proposti, esito delle indagini diagnostiche e del trattamento. I dati sono stati elaborati con statistica descrittiva e, ove opportuno, è stato utilizzato il test del chi quadro per confronti tra i gruppi.

Risultati

Hanno dato iniziale adesione alla ricerca 11 reparti ospedalieri di Pediatria (gruppo PO) e 52 tra gruppi ACP e singoli PdF (gruppo PdF) associati all'ACP. Solo 5 (45%) degli ospedali e 11 (21%) tra i gruppi PdF associati all'ACP hanno effettivamente arruolato e inviato dati di pazienti. Sono stati reclutati complessivamente 107 bambini (55 maschi), di cui 44 (41%) nel gruppo PdF e 63 nel gruppo PO. L'età di esordio dei sintomi è riportata nella *figura 1*.

Nel gruppo PdF quasi l'80% dei pazienti aveva <1 anno di età, mentre nel gruppo

FIGURA 1: DISTRIBUZIONE DEI BAMBINI PER ETÀ ALLA PRESENTAZIONE

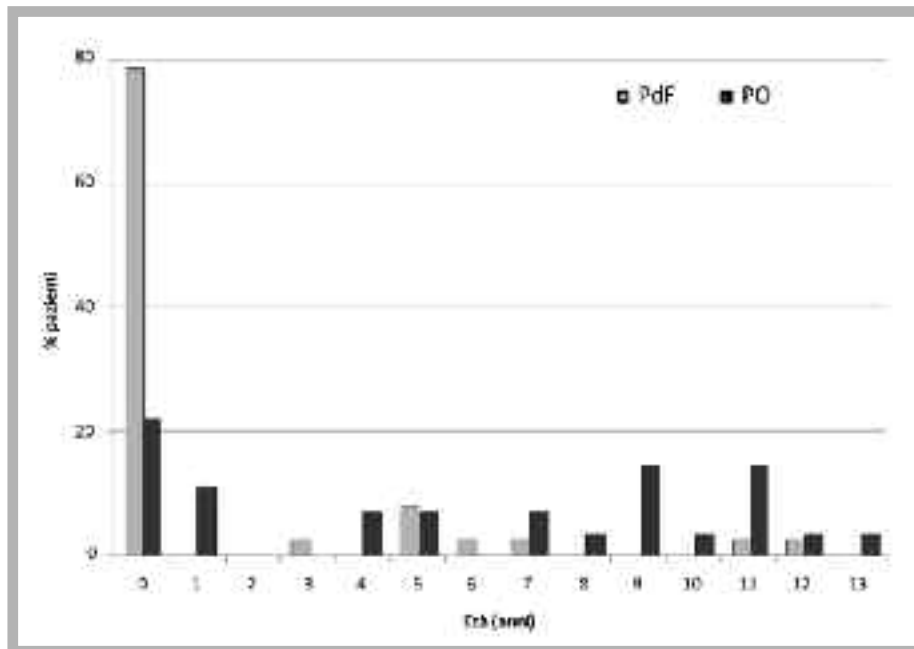
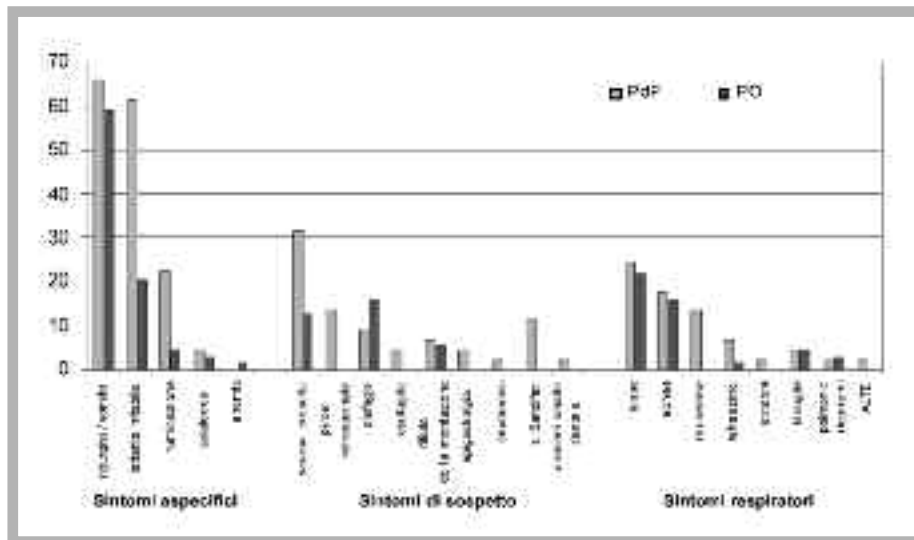


FIGURA 2: DISTRIBUZIONE DEI SINTOMI ALL'ESORDIO



PO l'età era più uniformemente distribuita.

La frequenza relativa ai sintomi di presentazione è riportata nella *figura 2*. I sintomi meno specifici per MRGE quali rigurgito/vomito (60%) e irritabilità nel lattante (61%) sono stati quelli più frequentemente riportati mentre, tra quelli presumibilmente più suggestivi di un reale problema clinico, il rallentamento della crescita ponderale (32%) e la pirosi hanno più spesso indotto in sospetto soprattutto il PdF. Non irrilevante la per-

centuale di sintomi respiratori attribuiti in prima istanza a un possibile RGE con particolare evidenza per tosse, apnea e raucedine.

Lo spettro dei provvedimenti, farmacologici e non, presi al momento della presentazione è riportato nella *figura 3*. Il gruppo PO tende a essere trattato preferenzialmente con provvedimenti farmacologici, mentre il gruppo dei PdF si orienta prevalentemente su terapie non farmacologiche. I farmaci più utilizzati sono gli IPP e gli anti-H₂, soprattutto

all'interno del gruppo ospedaliero (*figura 4*).

Nel 59% dei casi il bambino è arrivato allo specialista senza esservi stato inviato dal proprio PdF. La richiesta di accertamenti, ematochimici e/o strumentali, è largamente prevalente nei casi trattati in ospedale (86%) rispetto a quelli seguiti dai PdF (14%, $p < 0,001$), con una più frequente prescrizione degli esami ematochimici da parte dello specialista in ospedale (73% vs 25%). Analoga, invece, è la frequenza con la quale vengono prescritti gli esami strumentali, ma con alcune differenze nella tipologia degli esami (*figura 5*). L'EGDS è prevalentemente utilizzata dai PO, mentre il ricorso all'ecografia gastrica riscuote particolari consensi tra i PdF.

Al termine degli accertamenti che sono risultati patologici in 10/14 del gruppo PdF (23% di tutti i pazienti di questo gruppo) e in 19/28 del gruppo ospedaliero (30% del totale), i trattamenti avviati sono riassunti nella *figura 3*. In questo caso c'è stata una maggiore uniformità di comportamenti tra territorio e ospedale, anche se persiste una tendenza al maggiore utilizzo territoriale dei provvedimenti non farmacologici (73% vs 40%, $p = 0,002$), ma un analogo utilizzo dei farmaci rispetto all'ospedale (39% vs 48%, $p = 0,4$). Il trattamento farmacologico successivo poggia ancora e sembra ulteriormente concentrarsi sugli IPP e gli anti-H₂ senza sostanziali variazioni tra i bambini trattati in ospedale o dai PdF (*figura 4*).

Discussione

Riteniamo che la discussione relativa a questa esperienza possa essere condotta su due piani solo apparentemente distinti. Il primo sarà quello relativo a uno degli obiettivi che ci eravamo inizialmente posti, e cioè rivedere le nostre consuetudini nell'approccio diagnostico-terapeutico al RGE. Il secondo prenderà in esame le difficoltà incontrate nel condurre una ricerca che, di fatto, non ha riscosso adesioni sufficienti per poter essere portata a conclusione.

I dati raccolti confermano che l'età più critica per il manifestarsi dei sintomi di un possibile RGE resta il primo anno di vita. Il PdF, in particolare, si trova a fronteggiare la maggior parte dei lattanti che rigurgitano, vomitano, sono irritabili o

FIGURA 3: PROVVEDIMENTI (% PAZIENTI) PRESI PRIMA (PRE) E DOPO (POST) GLI ACCERTAMENTI

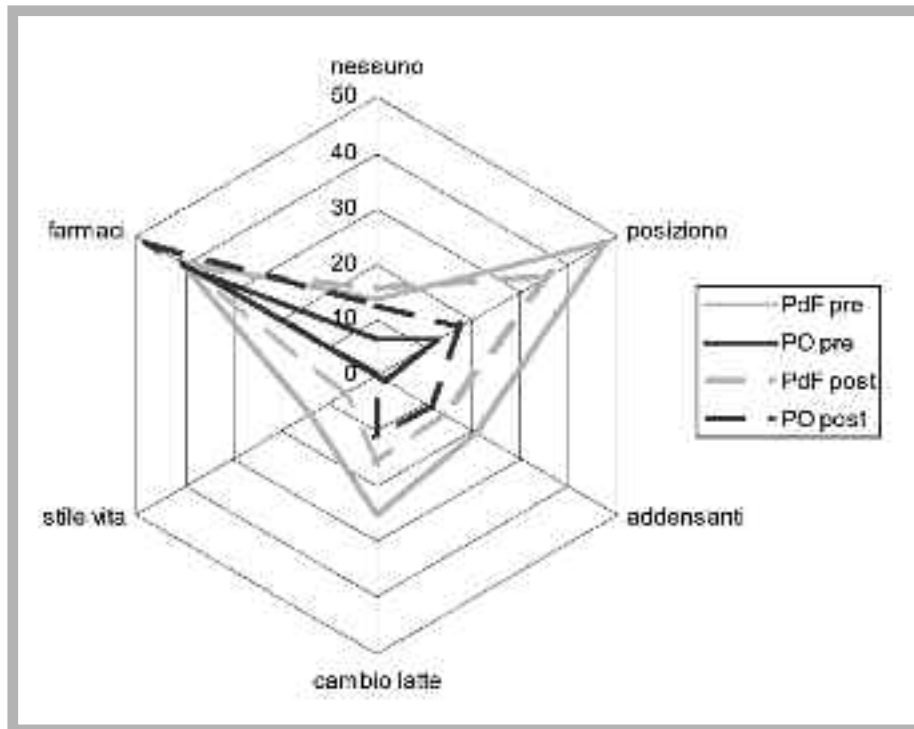
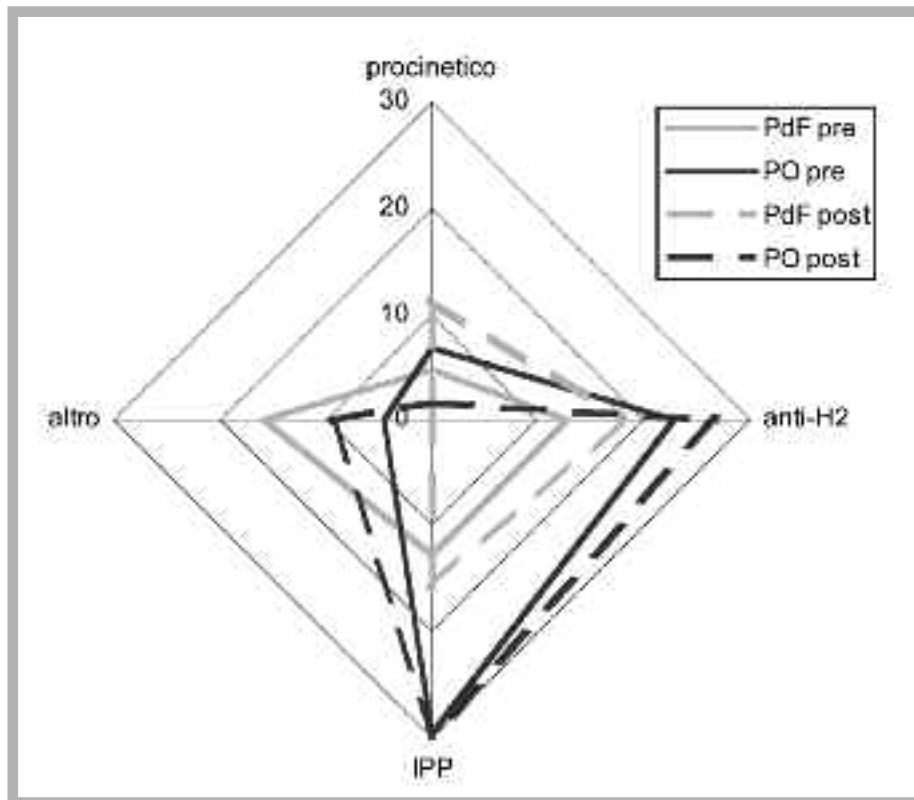


FIGURA 4: UTILIZZO DEI FARMACI (% PAZIENTI) PRIMA (PRE) E DOPO (POST) GLI ACCERTAMENTI

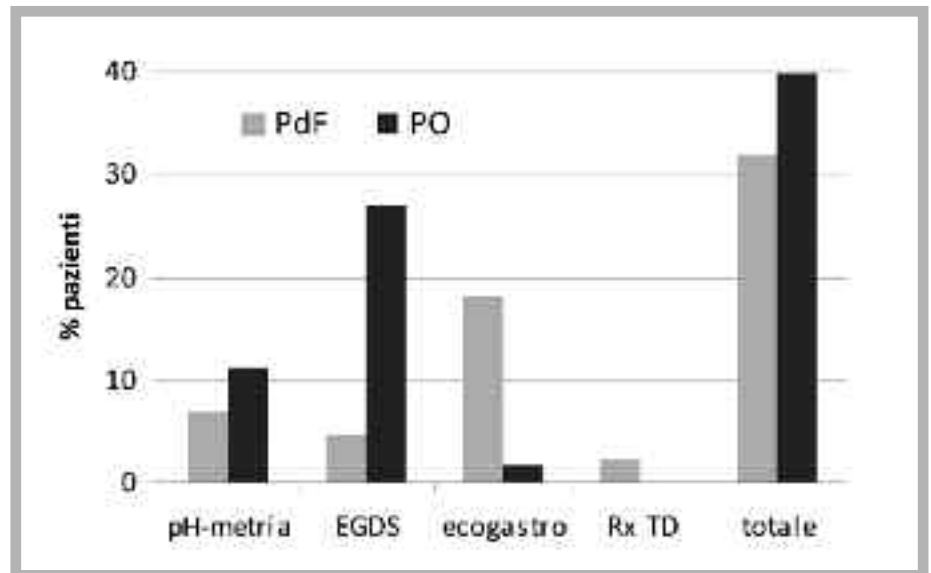


crescono poco. Lo fa in maniera più o meno ortodossa – cercheremo di capirlo poi – ma comunque efficace, se consideriamo che l'impegno dei pediatri ospedalieri in questa fascia d'età è senz'altro molto contenuto. Questo appare logico e in linea, tutto sommato, con quanto si è ormai appreso sulla sostanziale benignità del fenomeno RGE nel primo anno di vita e sulla possibilità di affrontarlo e risolverlo quasi sempre a livello ambulatoriale [12]. Più in generale, i PdF dichiarano di prescrivere raramente (14% dei casi) accertamenti in prima battuta e di inviare allo specialista circa un terzo dei bambini visti per questo problema. Sul versante del pediatra ospedaliero, emerge che più della metà dei bambini giunti in consulenza arriva spontaneamente "scavalcando" il proprio pediatra. La sensazione è che, sia per il PdF che per i genitori, la gestione di un bambino con RGE (complicato o meno) rappresenti ancora un valido motivo di ricorso allo specialista e che arginare la "marea" del reflusso non sia stato facile, nonostante i lodevoli tentativi di evitarne l'eccessiva medicalizzazione. Non trascurabile è la prevalenza dei problemi respiratori alla presentazione (circa un bambino su tre, ma spesso in associazione con altri sintomi gastrointestinali).

È un dato su cui avevamo già puntato l'attenzione in precedenza e che non stupisce, considerando la grande attenzione dedicata dalla letteratura internazionale alla MRGE con espressività extraesofagea (asma, bronchite ricorrente, laringite, apnea, otite e sinusite), sempre sostenuta, peraltro, da evidenze poco convincenti [1-7-13-14]. Talora sono i colleghi ORL che propongono una diagnosi di MRGE a seguito di una laringoscopia con segni aspecifici di infiammazione sovraglottica. La predittività di questo esame è, in realtà, molto scarsa e la letteratura scoraggia qualsiasi facile associazione in questo senso [11].

Qual è stato il nostro primo approccio a un bambino con sospetta MRGE? Qui l'atteggiamento dei PdF sembra essere più articolato poiché attinge in varia misura sia ai provvedimenti non farmacologici che a quelli farmacologici. Sono semplici provvedimenti pedagogici e di supporto per i genitori che vanno sempre adottati e che consentono, spesso, di contenere i sintomi di un RGE fisiologico

FIGURA 5: ACCERTAMENTI STRUMENTALI PRESCRITTI



[11]. Nel lattante, il latte addensato può avere l'effetto (cosmetico, ma non per questo trascurabile) di ridurre i rigurgiti visibili e un breve (2-4 settimane) periodo di formula idrolisata aiuta a dirimere il dubbio relativamente a una intolleranza alle proteine del latte. Nel bambino più grande (non in età da SIDS) la posizione rialzata e/o prona o sul fianco sinistro durante il sonno, la riduzione del peso in eccesso e qualche precauzione sull'entità del pasto serale possono ridurre gli episodi di RGE. I pediatri ospedalieri, invece, sono più propensi a utilizzare il trial farmacologico, con ranitidina o IPP, come prova indiretta dell'esistenza di una MRGE.

È una pratica, questa, che il pediatra ha mutuato dalla gastroenterologia dell'adulto, ma che ha dimostrato una variabile sensibilità e specificità in dipendenza del contesto nel quale viene utilizzata. Studi recenti sottolineano l'assai dubbia efficacia degli IPP nel trattamento dei sintomi da MRGE nel lattante e anche il profilo di sicurezza richiederebbe ulteriori verifiche, soprattutto nelle terapie a lungo termine [6-12-16]. Le stesse raccomandazioni NASPGHAN-ESPGHAN sconsigliano la somministrazione *ex iuvantibus* di IPP nel lattante con sospetta MRGE, mentre la terapia empirica per un massimo di 4 settimane mantiene una sua validità di supporto diagnostico nel bambino più grande e nell'adolescente con sintomi suggestivi [11].

Come abbiamo visto, il pediatra ospedaliero non solo è più generoso nel ricorso ai farmaci, ma lo è anche nella prescrizione degli accertamenti ematochimici o strumentali (86% vs 14%). Il contesto nel quale opera rende, naturalmente, più propensi all'invasività ed è anche ragionevole pensare a una selezione dei pazienti verso forme di malattia più impegnative rispetto alla pratica ambulatoriale del PdF. Ne emerge, quindi, un più frequente ricorso all'EGDS che, essendo generalmente eseguita in sedazione, rende pressoché obbligatorio un "passaggio" attraverso lo specialista ospedaliero. D'altra parte, alcuni PdF sembrano nutrire ancora fiducia nell'ecografia esofago-gastrica, verosimilmente perché gestibile ambulatoriamente e perché, nonostante non vi sia alcuna evidenza a favore, un certo numero di ecografisti (e pediatri) in strutture pubbliche e private continua a proporla come test diagnostico di RGE patologico. Su questo punto, le recenti Linee Guida sono chiare: «Al momento, l'ecografia non ha alcun ruolo come test diagnostico di routine nella diagnosi di MRGE nel bambino» [11]. Compiuti gli accertamenti e stabilita una diagnosi, la scelta tra terapia non farmacologica e farmacologica è ora più uniforme e, pur rimanendo inalterato l'utilizzo di anti-H₂ e IPP, anche in ospedale si presta maggiore attenzione a quei provvedimenti che, da soli, possono contenere o addirittura risolvere il disturbo.

Un'osservazione che vale per tutto quanto è stato fin qui detto è che il campione di casi ambulatoriali e ospedalieri da noi esaminato non è certamente rappresentativo di quello che è stato l'atteggiamento dei pediatri italiani nei confronti della MRGE negli ultimi anni. Innanzitutto perché la ricerca è stata condotta all'interno dell'ACP e con la collaborazione di pediatri comunque vicini all'associazione. Proprio per la sua natura di associazione che si propone di "fare cultura" tra i propri appartenenti, possiamo presumere che il livello di adesione alle buone pratiche cliniche anche su questo tema si situasse nella fascia alta di un'ipotetica curva di distribuzione.

In secondo luogo perché la natura volontaristica della partecipazione, la relativa discrezionalità nella scelta dei casi da segnalare, la scarsa numerosità delle adesioni e della casistica (largamente inferiori alla numerosità del campione calcolata) e, purtroppo, una certa incompletezza nella trasmissione dei dati richiesti consigliano molta prudenza nell'interpretazione dei risultati.

Volendo, comunque, trarre qualche indicazione dal complesso dei nostri comportamenti, potremmo dire che c'è spazio (soprattutto per il pediatra in ospedale) per fidarci un po' più di noi stessi e dei genitori per un approccio meno farmacologico rivolto al bambino con RGE, che occorre puntare di più sull'evidenza di una MRGE prima di utilizzare farmaci importanti come gli IPP e che, in questo, l'EGDS e in minor misura la pH-metria esofagea (ma non l'ecografia) sono strumenti che possono aiutarci a capire meglio l'entità del problema. In sintesi, una maggiore adesione a quanto riportato nelle recenti Linee Guida potrebbe ridurre il margine di inappropriata diagnostica e terapeutica che ancora caratterizza il tema della MRGE nel bambino. Il lattante che rigurgita rappresenta ancora il paziente-tipo per molti di noi ed è su questo campo che ci giocheremo (almeno numericamente) gran parte della nostra coerenza nell'approccio al RGE. Le scelte clinico-terapeutiche dei pediatri che hanno partecipato all'indagine ci sono parse, a parte che per alcuni aspetti già evidenziati, equilibrate e questo rende forse meno pressante l'esigenza di proseguire nella fase prospettica dello studio.

E qui introduciamo il secondo argomento della discussione, quello relativo alle difficoltà incontrate nel portare a compimento la ricerca. Ricerca che riteniamo si debba considerare conclusa con la fase retrospettiva di cui abbiamo dato qui il resoconto. In estrema sintesi, dobbiamo prendere atto che lo studio (per il tema proposto? le modalità di promozione e conduzione? la lunghezza temporale? la difficoltà nel ricostruire le storie cliniche?) abbia riscosso scarso interesse. L'argomento è apparso, oggettivamente, un po' vecchio, abusato, secondo alcuni largamente superato ("Ormai la MRGE vera non costituisce più un problema, abbiamo capito che è talmente rara che quasi non la vediamo più").

È questo è sicuramente tanto più vero quanto più ci rivolgiamo a un ambiente pediatrico che ha seguito con attenzione l'evoluzione delle evidenze su questa problematica negli ultimi 10 anni. I ripetuti inviti alla partecipazione non hanno sostanzialmente scalfito questa impressione. L'aspetto organizzativo della ricerca in sé è un altro tema su cui riflettere. Tenere le fila di una ricerca multicentrica, diffusa (almeno nelle intenzioni) su tutto il territorio nazionale, della durata prevista di almeno due anni, pur nella sua relativa semplicità concettuale, richiede un discreto sforzo organizzativo che deve assicurare assistenza e continuità dal momento della stesura del protocollo a quello della elaborazione e divulgazione dei risultati.

Tutti noi sappiamo che la ricerca richiede molto tempo-uomo, gli studi multicentrici ne richiedono moltissimo e per molti di noi la ricerca è un lusso che non sempre possiamo permetterci. Non era stato previsto il coinvolgimento dei comitati etici – forse avremmo dovuto – ma se lo avessimo fatto la ricerca sarebbe divenuta subito ingestibile in assenza di uno staff di persone a questo dedicato. Occorre realizzare che la ricerca, oggi, per essere indipendente e di buon livello come è stato nel passato e come è tuttora nel presente dell'ACP, ha bisogno non solo di tenere alta la motivazione, ma anche di potersi avvalere di specifiche competenze scientifiche e organizzative. In sostanza, ha bisogno di risorse e di professionalità.

In un momento in cui l'ACP sta riflettendo su questo, cercando di darsi nuove

regole e rinsaldando collaborazioni importanti, riteniamo che anche questa esperienza possa avere il valore di un utile contributo. ♦

Bibliografia

- [1] Fornaro M, Dal Bon E, Bissolo F, et al. Indicazioni alla pH-metria esofagea. Come abbiamo modificato il nostro comportamento negli ultimi 18 anni. *Medico e Bambino* 2009;28:243-7.
- [2] Rudolph CD, Mazur LJ, Liptak GS, et al. North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001;32 Suppl 2:S1-31.
- [3] Colletti RB, Di Lorenzo C. Overview of pediatric gastroesophageal reflux disease and proton pump inhibitor therapy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37:S7-11.
- [4] Barron JJ, Tan H, Spalding J, et al. Proton pump inhibitor utilization patterns in infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007;45:421-7.
- [5] Putnam PE. Stop the PPI express: they don't keep babies quiet. *J Pediatr* 2009;154:475-6.
- [6] Higginbotham TW. Effectiveness and safety of proton pump inhibitors in infantile gastroesophageal reflux disease. *Ann Pharmacother* 2010;44:572-6.
- [7] Ventura A. Il pediatra e il reflusso gastroesofageo. *Medico e Bambino* 2009;28:211-2.
- [8] Marchetti F. Indicazioni per l'utilizzo razionale dei farmaci antiacidi (anti-H₂ e IPP). *Medico e Bambino* 2009;28:250-4.
- [9] SIGENP. Know-how: gli inibitori di pompa protonica in età pediatrica. Area Qualità Srl 2009.
- [10] Romano C, Loddo I. Uso ed abuso degli inibitori di pompa protonica in età pediatrica. *SIGENP News* 2009;1:11-3.
- [11] Vandeplass Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the NASPGHAN and the ESPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:498-547.
- [12] Campanozzi A, Boccia G, Pensabene L, et al. Prevalence and natural history of gastroesophageal reflux: pediatric prospective survey. *Pediatrics* 2009;123:779-83.
- [13] Havemann BD, Henderson CA, El-Serag HB. The association between gastro-oesophageal reflux disease and asthma: a systematic review. *Gut* 2007;56:1654-64.
- [14] Chang AB, Lassarson TJ, Gaffney J, et al. Gastro-oesophageal treatment for prolonged non-specific cough in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD004823.
- [15] Van der Pol RJ, Smits MJ, van Wijk MP, et al. Efficacy of proton-pump inhibitors in children with gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Pediatrics* 2011;127:925-35.
- [16] Orenstein SR, Hassall E, Furmaga-Jablonska W, et al. Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr* 2009;154:514-20.

Il conflitto in sala parto: taglio cesareo e nascita per via naturale

Pietro Tarsitano

SOC di Medicina Legale e delle Assicurazioni, AORN "A. Cardarelli", Napoli

Gli aspetti medico-legali della nascita con taglio cesareo (TC) sono molteplici, in particolar modo se riferiti al concetto di "appropriatezza degli interventi", all'epidemia di cesarei in atto nel nostro Paese (primo in Europa per frequenza dell'intervento) e alla cosiddetta medicina difensiva. Per questa ragione pubblichiamo in questo numero un intervento di Pietro Tarsitano che intende focalizzare questi temi. Pietro Tarsitano è Direttore della Struttura Operativa Complessa di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Azienda Ospedaliera "A. Cardarelli" di Napoli e ha un'esperienza quarantennale di lavoro in questo campo, documentata da numerosi contributi al dibattito sempre attuale sulle responsabilità legali degli operatori sanitari. I commenti dei lettori possono essere inviati collegandosi al sito www.quaderniacp.it e accedendo al link "forum", sezione "taglio cesareo", oppure direttamente al mio indirizzo di posta elettronica: corchiacarlo@virgilio.it (Carlo Corchia).

Un po' di storia

Si ha notizia del taglio cesareo (TC) sin da tempi remoti dell'antica Roma. Molti storici, infatti, affermano che secondo la leggenda Giulio Cesare sarebbe nato con tale tecnica e non per via vaginale. Una legge romana (*Lex caesarea*), emanata tra il 715 e il 672 a.C. durante il regno di Numa Pompilio, faceva obbligo di estrarre il feto per via addominale in tutte le donne che morivano a termine di gravidanza.

La documentazione storica di una nascita con cesareo è da far risalire al 1610, allorché fu posta in essere su una donna in vita, che però morì dopo alcuni giorni dall'intervento. Fu necessario attendere circa due secoli, per l'esattezza il 1794, per documentare un TC con sopravvivenza della donna. La mortalità materna si mantenne altissima sino alle soglie del 1900; basti pensare che in quel periodo in Gran Bretagna sfiorava l'85%. Le cause dell'elevata mortalità erano da attribuirsi alla mancanza di antibiotici, alla prassi di non suturare la ferita uterina, alla tecnica di incisione che per molto tempo avvenne longitudinalmente sulla parte più vascolarizzata dell'utero, alla mancanza di una idonea anestesia. Come sappiamo, la situazione si è modificata drasticamente nella seconda metà del Novecento per effetto, in particolare, della maggiore affidabilità delle tecniche anestesologiche e della diffusione dell'uso degli antibiotici.

L'aumento dei tagli cesarei

A fronte della possibilità di offrire una prestazione indolore alla donna, all'au-

mento dell'età materna, alla comodità di poter "... programmare il parto..." e non da ultimo a causa di una serie di problematiche legate alla cosiddetta medicina difensiva, si è osservato un incremento dei TC, tanto che negli ultimi tempi nel nostro Paese si è arrivati addirittura a una percentuale di TC di una partoriente su tre.

Proprio a causa dell'elevato numero di TC, con variegata incidenza da regione a regione italiana, si è assistito a una vera e propria levata di scudi da parte di molti organismi, istituzionali e non, onde ottenere, nei limiti del possibile, una inversione di tendenza del fenomeno.

Il dibattito sul contenimento dei TC è alimentato da numerosi aspetti, tra cui vanno in particolare ricordati: l'aumento dell'età materna al parto, le gravidanze ottenute dopo pregressa sterilità, i pregressi cesarei, il contenzioso medico-legale, le carenze strutturali e organizzative di molti ospedali. Alla base dei rilievi vi sono anche motivi economici legati alla necessità di un contenimento della spesa e la speranza di frenare quello che è divenuto, man mano, un "nuovo modo di partorire".

Non va neanche trascurato il fatto che gran parte dei contenziosi medico-legali nei confronti degli ostetrici riguarda un omesso o ritardato cesareo (e, nei confronti dei pediatri/neonatologi, una carente o ritardata assistenza, specialmente in sala parto), con richieste di risarcimento stratosferiche, tali da aver indotto molte assicurazioni a disdire i contratti con i medici e a non accettarne di nuovi.

Il singolo medico, la struttura e l'organizzazione

In un'ottica medico-legale assumono particolare valenza anche gli aspetti legati all'organizzazione del lavoro e all'idoneità degli ambienti in cui esso si svolge. Ricordiamo tra questi:

- l'individuazione e la conformità a requisiti minimi strutturali e organizzativi dei luoghi dedicati alla gravidanza e alla nascita e la redazione di specifici protocolli assistenziali;
- il miglioramento dell'assistenza ostetrica e neonatologica derivante dall'accorpamento delle risorse disponibili e dalla chiusura dei piccoli ospedali dove non sono presenti una guardia medica ostetrica e pediatrico-neonatalogica e i servizi di base necessari per far fronte alle emergenze;
- la messa in atto di un vero lavoro di équipe che veda impegnate insieme la struttura ostetrico-ginecologica e quelle neonatologica e anestesologica.

Conflitti di responsabilità tra ginecologo, neonatologo e anestesista cominciano a essere frequenti, anche alla luce della cosiddetta medicina difensiva, allorché l'obiettivo primario è quello di evitare un avviso di garanzia o, ancor peggio, una richiesta di risarcimento. Come è conoscenza comune, l'orientamento attuale è quello di far intervenire nelle sale parto il neonatologo/pediatra per assicurare una tempestiva assistenza al neonato. Tale situazione, mentre è realizzabile in ospedali di un certo rilievo e particolarmente organizzati anche dal punto di vista logistico (vicinanza delle singole UUOO), è

Per corrispondenza:
Pietro Tarsitano
e-mail: studiotarsitano@hotmail.com

difficilmente ottenibile in presidi di minor rilievo, a volte per la carenza di organici, altre volte per la distanza che divide le unità operative di ostetricia e ginecologia e di neonatologia/pediatria, che rappresenta un ostacolo per interventi in tempi brevi.

La soluzione potrebbe essere quella di organizzare una permanente assistenza neonatologica per ogni partoriente, riconoscendo alla gravidanza in quanto tale uno status di malattia che però, ringraziando il cielo, non le compete!

In diversi Paesi d'Europa e anche in alcune Linee Guida di regioni italiane vi è la giusta tendenza a ricondurre la gravidanza normale nell'ottica di un evento fisiologico, onde poter restituire alle partorienti le condizioni di una giusta umanizzazione dell'evento e nello stesso tempo di massima sicurezza. Un'adeguata politica sanitaria deve quindi avere il duplice obiettivo di ridurre al minimo i rischi di danno alla salute materno-infantile e di azzerare inutili sprechi nei costi della sanità, come rilevato frequentemente dalla stessa Corte dei Conti. Alla luce di tutto ciò acquista rilievo fondamentale, anche dal punto di vista medico-legale, il concetto di "appropriatezza degli interventi". In tal senso, per quel che riguarda l'assistenza alla madre e al neonato, è fondamentale mettere in atto le procedure e impiegare le risorse, tecnologiche e non, utili a distinguere le coppie mamma-bambino in ottime condizioni di salute da quelle con segni di patologia.

La valutazione del rischio ostetrico

Come è conoscenza comune, il buon esito di una gravidanza dipende dalla corretta valutazione del rischio e, di conseguenza, dai successivi interventi per contenerlo e/o abbatterlo. Pertanto, se è vero che donne con rischio medio-alto riescono a partorire senza complicazioni mentre donne a basso rischio possono presentare emergenze inattese, è altrettanto vero che un continuo e attento monitoraggio può evitare la medicalizzazione dell'evento nascita, che invece deve essere vissuto da ogni donna nella propria intimità e quanto più vicino possibile al proprio domicilio, se non addirittura nella propria abitazione.

Va ricordato a tal proposito che circa l'80% delle gravidanze e dei parti è a basso rischio e che può avere un esito

positivo senza alcun contributo di interventi tecnici. Dopo attento monitoraggio della gestazione e valutazione degli elementi di rischio, secondo le Linee Guida e le indicazioni già esistenti, potrà essere espletata la scelta della modalità e del luogo del parto, evitando di sradicare la donna dalle proprie abitudini e dai propri costumi.

Negli ultimi tempi, in alcune realtà europee si è tornati, in caso di gravidanza e di previsione di parto fisiologico, a proporre l'evento presso il domicilio della donna. Tutto ciò, a nostro avviso, apre nuove interessanti prospettive, anche se deve prevedere un protocollo sanitario rigoroso basato su:

- valutazione clinico-anamnestica della gestante (stato clinico, malattie concomitanti manifeste e latenti, età, peso ecc.);
- valutazione del suo ambiente familiare in relazione all'evento parto e alle fasi di assistenza dell'immediato *post partum*;
- distanza geografica dal centro nascita più vicino e percorribilità stradale;
- realizzazione del miglior accesso telefonico possibile per soddisfare tempestivamente ogni richiesta di consiglio e di informazione da parte della partoriente e del proprio medico curante, che dovrà essere coinvolto nell'assistenza di base;
- esaustiva informazione della donna e del suo medico di famiglia, la cui collaborazione è di fondamentale importanza.

La cartella clinica

Importante, dal punto di vista clinico e medico-legale, è poi la compilazione di una cartella clinica riguardante il "percorso nascita", aggiornata periodicamente dal curante con annotazione di tutti gli esami clinici, di laboratorio e strumentali effettuati. Cartella che deve riportare tutto quanto accaduto dall'inizio della gravidanza al parto. Successivamente in essa vanno anche annotati i dati del neonato. In questo modo, in caso di emergenza al momento del parto il ginecologo e il neonatologo saranno in grado di avere il quadro completo del decorso della gravidanza, anche se trattasi di una donna a loro sconosciuta fino a quel momento.

La cartella clinica riveste un ruolo fondamentale perché rimane l'unica prova documentale dell'operato dei vari sanitari che si sono succeduti all'assistenza alla gravida e al neonato. Secondo un orientamento giurisprudenziale consolidato la cartella clinica è un atto pubblico di fede privilegiata in quanto proviene da un pubblico ufficiale o da un dipendente incaricato di un pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni; trattasi di documento originale che costituisce la fonte prima e autonoma di quanto in essa contenuto; i fatti e le attestazioni di scienza che in essa figurano hanno rilevanza giuridica perché produttivi del diritto del paziente di essere assistito e dello Stato di assisterlo.

Eventuali modifiche successive alla sua stesura (cartella alterata) connotano il reato di falso materiale in atto pubblico. Sulla base di ciò appare evidente che trattasi di un documento il cui contenuto fa fede sino a prova di falso.

L'impatto - nell'ambito di un'inchiesta giudiziaria - con una cartella clinica mal compilata, o comunque disordinata, o sulla quale sono apposte correzioni (più o meno postume rispetto agli avvenimenti che dovrebbe testimoniare), abitualmente induce nel giudice concreti dubbi circa l'adeguatezza delle cure e la correttezza dell'operato. Le annotazioni vanno pertanto fatte contemporaneamente all'evento descritto e la redazione deve avvenire in pendenza di degenza e secondo la sequenza cronologica della registrazione di eventi; eventuali correzioni possono essere effettuate lasciando ben visibile quanto era stato scritto in precedenza e con le dovute motivazioni. Appare evidente che tutto quanto riportato in cartella neonatologica non deve essere in contrasto con quanto riportato dal ginecologo; in caso contrario è necessario apporre le dovute motivazioni con la più completa trasparenza.

In pratica si viene a costituire un documento utile per la tutela della salute della madre e del neonato, ma anche un documento dettagliato e preciso che costituisce prova ai fini giuridici e quindi diviene un documento difensivo che al giorno d'oggi trova ampio riscontro. La sempre più diffusa informazione dei pazienti; l'attivismo di alcune associazioni per la tutela degli ammalati e di studi legali specializzati in "medical malpractice"; l'im-

mancabile sciaccallaggio politico che imperversa nel settore sanitario; l'orientamento della Magistratura rispetto al coinvolgimento delle strutture ospedaliere su alcune tipologie di danno che a volte supera, addirittura, il confine tra "obbligazione di mezzi" e "obbligazione di risultati": sono tutti elementi forieri di un pericoloso incremento del contenzioso, che allo stato attuale è maggiore nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Sud Italia. Mentre l'ispirazione comune era il dettato dell'art. 2236 del CC (il prestatore d'opera risponde dei danni solo in caso di dolo o colpa grave), vi è stata una pericolosa tendenza a considerare: «... la limitazione della responsabilità professionale del medico chirurgo ai soli casi di dolo o colpa grave attiene esclusivamente alla perizia, per la soluzione dei problemi tecnici di particolare difficoltà, con esclusione dell'imprudenza e della negligenza» (Cassazione, sez. III civile, 19 maggio 1999, n. 4852). Sempre la suprema Corte ha, però, ribadito, inequivocabilmente, l'obbligo dei mezzi e non dei risultati per il medico (sentenza Franzese). Va ricordato che, in sede civile, il 75% dei procedimenti esita con condanna e il 25% con assoluzione; ne vien fuori, con tutta evidenza, che in sede civile la situazione per il medico è sicuramente più preoccupante rispetto a quella penale.

Dai dati di un'importante compagnia assicuratrice risulta che, da un esame dei sinistri denunciati da cliniche e aziende sanitarie negli ultimi tre anni, ogni anno il 58% dei sinistri si riferiva a eventi dello stesso anno, il 32% a eventi avvenuti nei due anni precedenti, il 6,5% a eventi verificatisi tra il terzo e il quarto anno precedente, e il 3,5% a eventi avvenuti tra il sesto e il venticinquesimo anno precedente.

Sempre dalla stessa fonte si evince che nel 1998 furono denunciati a tale compagnia assicuratrice sinistri riferiti a interventi chirurgici effettuati nel 1973 (25 anni prima) su polizze non più in vigore da due decenni e relative a clienti non più

compresi nel portafoglio della compagnia da 15-20 anni!

La maggior parte del contenzioso in sala parto nasce in piccoli punti nascita in cui l'équipe ostetrico-neonatalogica si trova spesso impreparata ad affrontare una rianimazione neonatale e in cui successivamente è necessario un trasporto secondario in TIN di altro ospedale. È questa la situazione a maggior rischio neonatologico, prevalentemente dovuta a carenze organizzative. Ripetiamo che tale situazione può essere fronteggiata con la presenza di una guardia pediatrica/neonatalogica nel punto nascita, con la presenza di un pediatra esperto in rianimazione primaria, con ambienti adeguati e dotati di attrezzature e materiale dedicato.

Conclusione

Per concludere questa breve nota ritengo opportuno riportare il pensiero di un maestro della medicina legale quale è il prof. Luigi Palmieri allorché afferma: «... La medicina moderna impone a individui e società una gamma complessa di scelte, a volte estremamente difficili. Il codice deontologico insegna che la condizione morale necessaria per l'effettuazione delle scelte è la partecipazione democratica e il rispetto delle scelte individuali, in altre parole la libertà della persona, ogni volta che essa sia possibile. La libertà di scelta e il fondamentale diritto all'autodeterminazione comportano dei doveri e delle responsabilità. E ciò incombe soprattutto innanzi a scelte responsabili nell'uso delle conoscenze e delle capacità della medicina quando si tratti di controllare la procreazione, di plasmare e modificare atteggiamenti e comportamenti e di sospendere un trattamento capace di tenere in vita un malato. Per poter far fronte correttamente a queste responsabilità abbiamo bisogno di cultura, di un confronto aperto delle opinioni, di un autoesame serio in un contesto politico, medico e sociale che rispetti le scelte e la dignità degli uomini...». ♦

AUTISMO FRA GENI E AMBIENTE

Nature del 3 novembre 2011 ha dedicato alcuni articoli alla disposizione dell'arte nella comprensione dell'autismo. Molte risorse umane e finanziarie sono rivolte a risolvere questo problema e la differenziazione dall'autismo dai cosiddetti Asperger che se la cavano meglio degli altri. Inoltre una *disposizione autistica* non è automaticamente negativa ma può supportare lo sviluppo di un vero talento. Definitivamente tramontata l'ipotesi della eziologia vaccinale, come qualcuno ha sostenuto per vario tempo. Edoardo Boncinelli riassume il tema così su *Le Scienze* (2012;1:17).

Occorre un miglioramento dei criteri diagnostici. Ci troviamo di fronte a un ampio spettro di disturbi di tipo autistico. Il miglioramento diagnostico potrebbe aiutare la ricerca delle cause.

Non sembra probabile che l'aumento delle diagnosi sia collegato all'aumento delle possibilità diagnostiche. La prevalenza sembra accertata nei Paesi anglosassoni all'1% anche in popolazioni adulte.

Gli studi genetici confermano la complessità e la eterogeneità. In alcuni casi sono state identificate alcune microdelezioni di piccoli tratti di DNA il cui ruolo non è chiaro ma può sembrare l'inizio di un cammino fertile. Occorrerà anzitutto confermare l'osservazione per poi passare a studiare il tratto mancante di DNA.

Se però ogni caso fosse associato a microdelezioni diverse, si dovrà trovare un minimo comune denominatore per gli agenti che causano il disturbo. Questo non farebbe altro che confermare la grande eterogeneità del disturbo, ma non darebbe molte speranze per una conoscenza globale del problema.

Boncinelli conclude: "Non c'è che da aspettare".

Farmaci a scuola: un diritto del bambino

Antonietta Di Martino

Dirigente Scolastico 1° Circolo di Rivoli (TO); Membro dell'Osservatorio Regionale per la Sicurezza - Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte

Abstract

Drugs in school: a child's right

All children with chronic diseases have the right to receive drug therapy at school. In order to assure this right all institutions need to be involved (schools, health services, local institutions). The Italian Ministry of Education with the Department of health have introduced in 2005 a "Recommendation Act" by which school personnel can administer drug therapy. This act has produced different regional and provincial protocols indicating specific procedures. The paper reports the experience of a school district together with the local Health Department for the management of drug therapy in children with chronic diseases.

Quaderni acp 2012; 19(2): 60-62

Key words Drug therapy. Chronic diseases. School. Rights

Il tema della somministrazione di farmaci agli alunni con malattie croniche in orario scolastico concerne il diritto all'integrazione e all'inclusione, valido per tutti gli studenti. Comporta la definizione e condivisione con tutti i soggetti istituzionali coinvolti (scuola, sanità, enti locali) dei percorsi più opportuni per assicurare l'assistenza e le attenzioni necessarie alla tutela della salute. La possibilità che il personale scolastico, se disponibile, possa effettuare la somministrazione di farmaci agli alunni è stata introdotta con l'"Atto di raccomandazioni" emanato il 25 novembre 2005 dal Ministero dell'Istruzione di concerto con il Ministero della Salute. A partire da questo documento sono stati promulgati a livello regionale o provinciale dei protocolli d'intesa contenenti indicazioni procedurali. Si riporta l'esperienza di un circolo didattico piemontese che, in attesa di un protocollo regionale, ha individuato, in raccordo con l'ASL territoriale, una procedura operativa che consente di gestire gli alunni con malattie croniche che frequentano l'Istituto.

Parole chiave Farmaci. Malattia cronica. Scuola. Diritto

Premessa

La questione della somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico rientra nel quadro più generale dei diritti fondamentali degli studenti, validi per tutti gli ordini di scuola: il diritto a essere accolti in un ambiente scolastico sicuro e sereno, il diritto a essere integrati nella comunità scolastica e a essere tutelati per gli aspetti che riguardano la salute e il benessere complessivo.

Questi principi ci possono sembrare ovvi. In realtà la scuola ha compiuto un lungo percorso normativo e culturale per giungere alla loro affermazione e concretizzazione. Basti pensare agli alunni con disabilità, che solo dagli anni Settanta hanno visto riconosciuto il loro diritto prima all'inserimento in classi comuni, poi alla vera e propria integrazione scolastica con il sostegno di personale qualificato, di strutture e strumenti adeguati, e

con lo sviluppo di rapporti e sinergie con gli enti esterni alla scuola che intervengono a vario titolo (sanità, enti locali). Oggi la scuola si muove in una prospettiva d'inclusione, che è un'estensione del concetto d'integrazione, perché coinvolge non solo gli alunni con disabilità certificata ma tutti gli alunni con le loro difficoltà e diversità.

Gli alunni portatori di patologie croniche

I principi basilari della scuola inclusiva valgono anche per gli alunni portatori di patologie croniche che necessitano d'interventi specifici di tipo sanitario in orario scolastico, tra cui la somministrazione di farmaci. Si pone quindi per la scuola la necessità di far fronte a un doppio mandato: favorire il più possibile un'esperienza scolastica positiva e sovrapponibile a quella dei compagni di classe, e

organizzare e gestire l'assistenza personalizzata allo studente per tutelarne la salute.

Pare che il numero degli studenti con bisogni speciali di salute sia in costante crescita. Ciò ha contribuito a richiamare l'attenzione sulla rilevanza del problema, che coinvolge, oltre alle componenti scolastiche, tutte le risorse del territorio affinché le famiglie siano sostenute in ogni fase dell'evoluzione della patologia e non vengano compromessi lo sviluppo psicofisico del bambino e il suo inserimento nella vita sociale.

Il quadro giuridico-normativo

La materia non è normata da una legge specifica, ma nel 2005 sono state emanate congiuntamente dal Ministero dell'Istruzione e dal Ministero della Salute delle "Raccomandazioni".

Il documento non vuole essere un atto impositivo, ma assume valore di Linee Guida per la definizione degli interventi a favore degli studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico. A partire dal testo ministeriale sono poi stati sottoscritti protocolli d'intesa tra autorità territoriali e scolastiche a livello regionale, o tra ASL e uffici scolastici provinciali, e contenenti indicazioni procedurali per la gestione dei casi.

In Piemonte, dove è sito il circolo didattico che io dirigo, non vi sono al momento accordi sottoscritti, ma una bozza redatta dall'ASL TO3 in attesa di formalizzazione. Non per questo sono mancate iniziative delle varie istituzioni scolastiche, nella ricerca dei percorsi più adeguati al soddisfacimento e alla gestione delle necessità educative e di salute degli alunni, nel rispetto delle Linee Guida ministeriali (*Box 1*).

L'esperienza del Primo Circolo didattico di Rivoli

L'approccio del Primo Circolo di Rivoli (TO), che comprende quattro Scuole dell'Infanzia e quattro Scuole Primarie e che

Per corrispondenza:

Antonietta Di Martino

e-mail: dirigente.scolastico@ddrivoli1.it

salute pubblica

dal 2005 a oggi ha gestito decine di casi, è basato sui seguenti principi di base:

- il protagonismo dell'allievo, posto al centro del processo educativo e della sua famiglia;
- la gestione integrata dei servizi interni ed esterni alla scuola;
- la flessibilità e personalizzazione dei percorsi;
- la collegialità, nel senso che la scuola, e non solo gli insegnanti di classe, è interamente coinvolta in questo processo e coloro che ci lavorano ne condividono i problemi con diverse competenze e responsabilità per la piena attuazione del diritto all'istruzione.

Questi principi sono sempre tenuti presenti, nonostante le difficoltà legate alla gestione dei casi, che possono generare ansia e timori nei genitori e nel personale. Diventa allora fondamentale in primo luogo che il dirigente scolastico promuova azioni di sensibilizzazione e percorsi d'informazione adatti alle varie componenti scolastiche, in collaborazione con altre istituzioni territoriali quali le ASL e gli Enti locali. Per la loro funzione di "creare cultura" è preferibile che queste azioni abbiano luogo a prescindere dall'inserimento o meno di un alunno con problematiche di salute.

Nella nostra esperienza di progettazione e realizzazione di percorsi di promozione della cultura della salute e sicurezza, che sono stati attuati "in rete" (cioè consorziandoci con altre scuole ed enti), il fatto di aver affrontato tematiche inerenti a patologie diffuse nell'infanzia (per esempio allergie e diabete: si veda, come esempio il *box 2*) ha influito nel rafforzare nel personale la percezione della necessità del contributo di tutti per assicurare nella scuola un contesto ambientale che contribuisca a realizzare condizioni di benessere allo studente.

In mancanza di protocollo operativo stabilito dagli accordi istituzionali, la scuola e l'ASL territoriale (TO3) hanno costruito una procedura per la somministrazione in orario scolastico dei farmaci o per interventi di carattere sanitario come, per esempio, la nutrizione o idratazione via PEG. Si ritiene che questi ultimi, seppur non citati espressamente nelle "Raccomandazioni", per analogia possano essere affrontati tenendo presen-

BOX 1: NORME DI RIFERIMENTO

- Convenzione sui diritti del fanciullo 20/11/1989 ratificata con L. n. 176/1991, art. 24, c. 2, lett. B: "Gli stati parti... adottano ogni adeguato provvedimento per... assicurare a tutti i minori... le cure sanitarie necessarie", e art. 28, c.1 lett. E: "Gli stati parti adottano misure per promuovere la regolarità della frequenza scolastica...".
- Codice penale art. 54 (stato di necessità), art. 55 (eccesso colposo), art. 348 (esercizio abusivo di una professione), art. 593 (omissione di soccorso).
- Raccomandazioni in tema di somministrazione dei farmaci in orario scolastico del 25 novembre 2006 emanate dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca.
- Dlgs 81 del 9 aprile 2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro come aggiornato dal Dlgs 106/2009.
- DM n. 388 del 15/7/2003: Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale.
- DPR n. 275 dell'8 marzo 1999: Regolamento recante norme in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche, in particolare l'art. 7: Reti di scuole.
- L. n. 53 del 28 marzo 2003 e Dlgs 59 del 19 febbraio 2004: norme generali sull'istruzione (in quanto riaffermano i principi di centralità della persona e uguaglianza delle opportunità educative).

BOX 2: IL CASO DI LUCIA

Lucia ha 3 anni e dopo un mese dall'inizio del primo anno della scuola dell'infanzia si ammala di diabete di tipo 1. Dopo una settimana di assenza ritorna a scuola e la mamma (pediatra di famiglia nella stessa ASL) viene autorizzata dal dirigente scolastico a entrare in classe allo scopo di aiutarla al momento del pasto per la misurazione della glicemia e la somministrazione dell'insulina.

La maestra viene formata dalla mamma di Lucia su come comportarsi in caso di ipoglicemia (Lucia riconosce le ipoglicemie e le avverte con una frase tipica: "Ho fame da pic") per essere in grado di gestire l'eventuale emergenza. Lucia si inserisce bene a scuola, tutti i suoi compagni sono attenti, vicino a lei, quando si prova la glicemia ("glic") e le vogliono bene.

A 4 anni inizia il secondo anno della scuola dell'infanzia. Nell'estate ha cambiato la sua terapia insulinica: usa il microinfusore. Con la sua maestra Lucia si prova da sola la "glic" e l'insegnante si rende disponibile ad aiutare la bambina al momento dei pasti somministrando l'insulina attraverso il microinfusore.

Seguendo le Raccomandazioni del 2005 Moratti-Storeace i genitori fanno richiesta al dirigente scolastico per avere un aiuto concreto al momento della somministrazione dell'insulina.

Il dirigente verifica formalmente la disponibilità dell'insegnante e richiede ai genitori un'autorizzazione scritta per il personale individuato e la certificazione medica.

La maestra viene formata in questo caso dalla mamma che riveste un doppio ruolo, di mamma e pediatra di Lucia. Tutta la documentazione viene inviata al Distretto dell'ASL e il Direttore di Distretto dà il suo nulla osta. Per una maggior tutela dell'insegnante e della scuola, il dirigente scolastico dispone la previsione, nella polizza assicurativa scolastica, della copertura del rischio infortuni e responsabilità civile legato alla somministrazione di farmaci.

La maestra e Lucia iniziano un percorso insieme che è fatto di rispetto e ricerca di autonomia della piccola, che proprio con la maestra farà il primo bolo da sola al momento del pasto.

Si tratta di un caso del tutto particolare, per il doppio ruolo della mamma pediatra, ma da questo momento si apre una collaborazione tra ASL e scuola: vengono organizzati incontri di sensibilizzazione rivolti a tutte le componenti scolastiche e la procedura seguita per il caso di Lucia viene perfezionata con la creazione di modulistica a uso di tutte le scuole del territorio, per cui altri bambini affetti da diabete di tipo 1, oppure da altre patologie croniche, potranno essere aiutati dai loro insegnanti nella gestione della loro malattia.

ti e rispettando le stesse specifiche delle Linee Guida ministeriali.

L'iscrizione nella scuola di un bambino portatore di patologia cronica, che sia o meno necessaria la somministrazione di farmaci, richiede in prima istanza la valutazione del dirigente scolastico delle esigenze d'informazione al personale per l'eventuale necessità di ricorrere a misure preventive e per riconoscere le situazioni di emergenza. L'informazione riguarda tutti i docenti del plesso scolastico e non solo quelli di classe, tenendo conto che oggi l'attività didattica prevede modalità organizzative che coinvolgono l'intero corpo docente: lavori per gruppi di alunni, laboratori gestiti da docenti specialisti ecc. A questo proposito la collaborazione con l'ASL è fondamentale nell'offrire la consulenza del personale medico all'interno delle strutture scolastiche.

La somministrazione di farmaci deve essere richiesta formalmente dai genitori, a fronte della presentazione di un certificato medico attestante lo stato di malattia e con la prescrizione precisa dei farmaci e delle modalità di assunzione. Inoltre la somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica. Queste ultime specifiche sono importanti se consideriamo che il documento ministeriale prevede la possibilità che a somministrare i farmaci non siano solo medici o infermieri ma anche (oltre ai genitori stessi e a persone di fiducia delegate dai genitori) il personale scolastico (docenti, personale amministrativo e ausiliario), a condizione che vi sia la dichiarata disponibilità, non esistendo norme di legge o contrattuali che obblighino in merito il personale medesimo. A seguito della segnalazione formale del dirigente scolastico, l'ASL, nella persona del Direttore di Distretto, coordina le strutture aziendali interessate al caso in esame e con l'apporto delle parti in causa

elabora un piano d'intervento personalizzato e condiviso che specifichi i rispettivi ruoli e responsabilità, le norme preventive da adottare e le procedure di emergenza.

È stabilito altresì il piano di formazione e addestramento, a cura di personale abilitato della ASL, da erogare al personale scolastico eventualmente resosi disponibile e scelto prioritariamente tra gli addetti di primo soccorso (ai sensi del Dlgs 81/08). Al termine di questo processo il Direttore di Distretto autorizza formalmente la scuola ad attivare quanto stabilito dal piano d'intervento. Un utile accorgimento per la tutela del personale scolastico può essere la previsione, nella polizza assicurativa della scuola, della copertura del rischio infortuni e responsabilità civile legato alla somministrazione dei farmaci o altri interventi di tipo sanitario. È possibile reperire disponibilità in tal senso da parte degli istituti assicurativi senza aumento del premio già fissato.

Altro aspetto fondamentale è la collaborazione con le famiglie, utile per fugare dubbi e paure e per gestire situazioni particolari di vita scolastica: feste, uscite nel territorio ecc. I genitori sono parte attiva del procedimento: sottoscrivono il piano personalizzato, garantiscono la presenza nell'addestramento, forniscono tutte le informazioni necessarie e utili alla gestione generale e quotidiana. La famiglia garantisce anche la presenza presso la scuola dei presidi sanitari e/o dei farmaci necessari per l'effettuazione dell'intervento, da conservare in luogo idoneo individuato dal dirigente scolastico. Infine, la scuola può concordare con la famiglia dell'alunno, a scopo di accoglienza e per favorirne l'inserimento, attività di coinvolgimento e sensibilizzazione da parte dei compagni di classe così che l'esperienza e il vissuto di ciascuno siano un'occasione formativa e di crescita per tutti. ♦

IDENTIFICAZIONE DI DONNE CON ESPERIENZA DI VIOLENZA DOMESTICA

La maggioranza dei medici non ha avuto training sulla violenza domestica sulle donne e quindi non è in grado di identificare episodi di violenza e di occuparsi delle vittime, ma soprattutto anche se addivenuto al sospetto non utilizza gli strumenti per l'avvio a istituzioni competenti. Sulla base di queste premesse a Londra e Bristol è stata condotta una ricerca in due aree.

Si sono formati due gruppi di medici. Uno intervento e uno controllo.

Nel gruppo-intervento i medici avevano seguito un corso pratico per essere in grado di valutare la possibilità di abusi non dichiarati ed erano sostenuti psicologicamente. Il corso era stato ripetuto due volte.

Nel gruppo-controllo i medici non avevano seguito il corso.

Gli uni e gli altri potevano avviare le donne a un 2° livello che era possibile consultare rapidamente per telefono o via e-mail per avere indicazioni di comportamento.

Le donne oggetto di indagine avevano più di 15 anni.

Il gruppo-intervento riscontrò 641 episodi di probabile violenza; il controllo 236 (OR 3,1; IC 2,2-4,3).

Al 2° livello furono inviate 223 donne dal gruppo-intervento e 12 da quello controllo (OR 22,1; IC 11,5-42,4).

In sostanza un programma di training e di supporto ai medici migliorò l'avvio al 2° livello molto di più della capacità del medico di identificare i casi.

(Lancet 2012;378:1788-95)

I software gestionali per medici: strumenti del marketing farmaceutico?

Guido Giustetto

Medico di Medicina generale, Pino Torinese, Gruppo "No grazie, pago io!"

Ringraziamo l'Autore e Dialogo sui farmaci (su cui è stato pubblicato il presente articolo nel numero 5 del 2011) per l'autorizzazione a ripubblicarlo. Raccomandiamo un'attenta lettura per le possibili implicazioni anche in ambito pediatrico e sollecitiamo uno scambio di opinioni.

Abstract

Management software for doctors. Tools for pharmaceutical marketing?

The use of software for electronic patient records management by family doctors is spreading; in Italy, however, minimum quality standards for such systems have not yet been established, which could guarantee the appropriateness of information. The article introduces an analysis of the Italian software market and the legitimacy of promotional information contained in some of such software.

Quaderni acp 2012; 19(2): 63-65

Key words Software market. Electronic records. Family doctors

I software gestionali per la medicina sono strumenti sempre più diffusi; tuttavia in Italia non sono ancora stati stabiliti standard minimi di qualità che garantiscano l'appropriatezza delle informazioni contenute e l'assenza di pubblicità. Viene riportata un'analisi sul mercato italiano dei software e sulla legittimità delle informazioni promozionali contenute in alcuni di essi.

Parole chiave Mercato in medicina. Software gestionali. Medico di famiglia

Premessa

Nel corso degli ultimi anni, con un'accelerazione nel 2009, il mercato dei software gestionali per la medicina di famiglia e per la pediatria di libera scelta ha subito un profondo cambiamento, sia per quanto riguarda le *software house* oggi presenti, sia per quanto riguarda il nuovo ruolo giocato dal marketing farmaceutico.

Le software house: il mercato

Due soli grandi competitori, la francese Cegedim e la tedesca CompuGroup, hanno rilevato totalmente o acquisito delle partecipazioni dei principali produttori italiani. Marchi storici come Millennium®, Medico 2000®, MiraPico®, Junior bit® (complessivamente 21.000 utenti dichiarati) sono entrati nell'orbita francese e Profim 2000®, Venere® e Phronesis® (11.000 utenti) in quella tedesca.

Dei software delle "circa 70 società esistenti nel 2005", oggi sopravvivono in autonomia Perseo® (accreditato per circa 5500 utenti), Iatros® (1300 utenti), Koinè® (cartella informatizzata delle Cooperative della MG, 700 utenti), FPF® (già promosso da Fournier Pierrel

Farma®, 4000 utenti), la Cartella Clinica Bracco® (4000 utenti) [1-a]. La gran parte dei software utilizzati dai medici italiani è stata così inserita in una rete internazionale. CompuGroup dichiara di avere 380.000 utenti medici distribuiti in 34 Paesi e Cegedim di servire 82.000 medici di medicina generale in Francia, Spagna, Belgio, Italia, Regno Unito e USA, oltre a specialisti, servizi ospedali e farmacie [2-3].

La vera novità di questa concentrazione non sta però nell'aver messo insieme diversi software, ma nelle caratteristiche delle due case che lo hanno fatto.

Le software house: i prodotti commerciali

Esse non sono *software house* "pure", ma società multiservizio che si occupano di informazione globale, rivolgendosi contemporaneamente a medici, industrie del farmaco, società di pubbliche relazioni, istituzioni pubbliche.

- **Cegedim** ha come principale business quello di assistere le industrie farmaceutiche nelle loro relazioni con il mercato, sostenendone il marketing e le vendite dei prodotti (*Customer*

Relationship Management – CRM). Uno degli strumenti più importanti del CRM sono i database di Cegedim che permettono alle industrie di conoscere dettagliatamente i loro mercati e i loro bersagli, così da ottimizzare le strategie e il ritorno degli investimenti. La produzione e commercializzazione di software in ambito sanitario è solo il secondo settore di intervento, seppure strettamente correlato al primo. I software per la gestione degli studi medici permettono infatti la raccolta di informazioni sui comportamenti prescrittivi dei medici e la costituzione di quei database che poi vengono utilizzati per orientare il marketing industriale: nel maggio 2006 su *DoctorNews*, un quotidiano web per medici, veniva ripreso un articolo comparso anni prima su *Le Monde Diplomatique* a proposito della vendita a case farmaceutiche di dati tratti automaticamente da software concessi gratuitamente in uso da Cegedim a 25.000 medici francesi e inglesi [4].

- Lo slogan di **CompuGroup** – "Sincronizzare il mondo della Sanità" – sintetizza bene i tre settori del suo business: *Health Provider Services* (HPS) è l'area dove si sviluppano i software sanitari; *Health Connectivity Services* (HCS) è l'area dedicata ai sistemi di interconnessione tra i vari attori coinvolti nel sistema sanitario (medici, industrie farmaceutiche, assicurazioni, servizi sanitari); *Electronic Patient Services* (EPS) si occupa della cartella clinica personale del cittadino, cioè del fascicolo personale, basato sul web in ambiente sicuro e protetto, che ciascuno può aggiornare inserendo dati sanitari, referti, consulenze, abitudini alimentari... e che può mettere a disposizione di un medico in qualsiasi luogo e momento.

Per corrispondenza:

Guido Giustetto

e-mail: guido.giustetto@libero.it

Il significato concreto di interconnessione del sistema sanitario lo si capisce leggendo la descrizione dell'attività di Intermedix Italia, filiale della più grande società tedesca di marketing farmaceutico, a sua volta affiliata di CompuGroup: in pratica quel che potrà capitare è che la società di software acquisisca dai medici (suoi clienti) dati sulla loro attività da vendere all'industria farmaceutica perché questa possa tarare le sue campagne promozionali che la stessa società di software (ora con la sua area Pubbliche Relazioni-Marketing) metterà in atto, tra l'altro con messaggi pubblicitari inseriti nei software gestionali [5].

Tale interferenza dell'industria nella indipendenza e autonomia del medico non è ammissibile e tanto meno durante la visita di un paziente, nel momento in cui, con l'uso della cartella clinica, si può decidere una prescrizione. Come potrà il medico tenere insieme i suoi interessi e quelli dei suoi pazienti? Non è difficile immaginare il groviglio di relazioni che si viene a creare e nel quale il medico ricopre un ruolo triplo: è cliente della *software house* (come utilizzatore di un programma gestionale), è suo fornitore (consapevole? retribuito?) di dati epidemiologici e di attività (prescrizioni), è ricevente (consenziente?) di messaggi pubblicitari mirati al suo specifico profilo prescrittivo.

Un piccolo assaggio di come CompuGroup intenda coinvolgere i medici lo si è avuto quando i clienti dei tre programmi gestionali italiani afferenti a CompuGroup hanno ricevuto, nel luglio 2010, l'invito a partecipare ai sondaggi di Health Monitor Italia (che segue il "GesundheitsMONITOR", prodotto da CompuGroup Medical, già attivo da novembre 2009 in Germania). L'obiettivo di Health Monitor è quello "di esprimere in modo rappresentativo la tendenza di opinione da parte dei medici italiani delle cure primarie su attuali argomenti di natura politico-sanitaria".

Grazie alla partnership con *Il Sole24Ore Sanità*, i risultati dei sondaggi verranno pubblicati pochi giorni dopo la chiusura dei sondaggi stessi. La pubblicità di farmaci inserita nei software medici è stata oggetto di un articolo inerente alla realtà australiana e nel commento riferito al nostro Paese ne era stata esclusa la presenza [6]. Più recentemente un'attenta

analisi di otto software italiani utilizzati dai medici di famiglia aveva evidenziato che due di essi contenevano pubblicità di medicinali [7].

A questi recentemente se ne è aggiunto un terzo, Phronesis® (l'ultima acquisizione italiana di CompuGroup). I suoi utilizzatori, nell'aggiornamento di maggio 2010 (2.90.5.17), hanno trovato una sorpresa: l'Information Channel (IC) che all'inizio consisteva in un banner pubblicitario di prodotti da banco, ma i medici che non lo gradivano non sono riusciti in alcun modo a evitarlo (contrariamente a quanto asserito nella lettera di presentazione citata sopra). Anzi, in un colloquio diretto con la Direzione della *software house* i medici hanno saputo che non è possibile ricevere gli aggiornamenti senza l'Information Channel, neppure con il pagamento di un sovrapprezzo. Successivamente il meccanismo è stato modificato e ora, quando si digita un farmaco per preparare una prescrizione, in alcuni casi nello spazio pubblicitario compare il nome commerciale di un altro farmaco della stessa classe.

Pubblicità legittima?

La pubblicità sui medicinali è regolata in Italia dal titolo VIII (articoli 113-128) del Decreto legislativo n. 219 del 24/04/2006 (recepimento della Direttiva europea 2001/83/CE) e successive modifiche apportate dal Decreto legislativo n. 274 del 29/12/2007. In nessuna di queste norme (che trattano la visita degli informatori scientifici, la fornitura di campioni, l'offerta di regali o vantaggi economici, il patrocinio di riunioni promozionali e congressi scientifici) è prevista l'esistenza di pubblicità ai medici inserita in software gestionali. Nell'art. 119 è affermato che "l'informazione scientifica presso gli operatori sanitari deve essere realizzata nel rispetto dei criteri e delle Linee Guida adottate dall'AIFA". Tali Linee Guida, che ad oggi non sono reperibili, potrebbero forse essere la sede dove esplicitare la totale inammissibilità di tale pratica pubblicitaria.

Sulla legittimità della presenza del banner pubblicitario inserito all'interno del software gestionale per la medicina generale, sono stati chiesti due pareri, il primo al Ministero della Salute da parte dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino, il se-

condo all'avv. Roberto Longhin del Foro di Torino. Di seguito vengono riportate le posizioni, apparentemente contraddittorie.

Il parere del Ministero della Salute

In riferimento alla richiesta di chiarimento sulla legittimità della presenza del banner pubblicitario (attraverso l'Information Channel) all'interno del software, il Ministero della Salute, nello specifico la Direzione Generale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici, sostiene che «la fattispecie [il banner; *NdR*] rientri nel campo di applicazione del Dlgs 219/2006, che si occupa sia della pubblicità al pubblico che di quella rivolta agli operatori sanitari, realizzata con qualsiasi mezzo di diffusione, compresi i banner (art. 113, c. 1 Dlgs 219/2006) [...]. Phronesis è un software dedicato alla gestione delle cartelle cliniche da parte del personale medico, il cui accesso è protetto mediante protocolli di sicurezza. Gli eventuali messaggi pubblicitari presenti sui banner del software sono dunque da considerarsi come pubblicità presso gli operatori sanitari, che non richiede alcuna autorizzazione».

Il parere del legale

Il parere del legale risulta opposto a quanto espresso dal Ministero, partendo dall'analisi della medesima normativa: «[...] l'art. 119 e 120 del Dlgs 219 del 24 aprile 2006 e successive modifiche 274/07 dicono che la pubblicità nei confronti dei medici è consentita nel rispetto della regola generale (prodotti AIC) e delle Linee Guida emanate dall'AIFA (tuttora non pubblicate). Se ne desume quindi che, rispettate le regole, il principio di fondo della legge è quello di consentire la pubblicità e, se così non fosse, diventerebbe difficile comprendere l'attività degli informatori farmaceutici ecc.».

Il gestore del software può fare pubblicità di un farmaco o il software è solo un mezzo messo a disposizione della casa produttrice del farmaco che lo pubblicizza direttamente? Sul punto è intervenuta la Corte di Giustizia Comunitaria che ha detto che questa pubblicità è consentita quando rispetta i criteri generali dettati dal legislatore comunitario e nazionale (Corte di Giustizia CE, sezione II, 2 aprile 2009, n. 421).

Ma il banner rispetta questi criteri? Il discorso è molto complesso e ciò in quanto, nel sistema concentrico che regola la materia, il vero detentore del potere regolamentare di dettaglio sono le Regioni (vedi Regolamenti regionali definiti secondo quanto stabilito dall'Accordo Stato-Regioni del 2003). Ora, siccome i farmaci non sono prodotti soggetti a libera attività promozionale [...], è da ritenere che il sistema ideato dalla *software house* presenti margini di forte criticità pur nel silenzio della legge. Già in passato il Consiglio di Stato aveva detto che l'informazione scientifica sui farmaci trova la sua precipua funzione nella tutela dell'interesse sanitario della collettività e non di quello commerciale delle imprese: il suo scopo fondamentale è la salvaguardia della salute e del benessere e non l'incremento delle vendite [...]. Il sistema in esame confligge quindi con la normativa sul SSN, ma soprattutto con la *ratio* della legge nazionale.

Dal momento che la spesa farmaceutica incide in misura rilevantissima su quella complessiva del Servizio Sanitario nel suo insieme, le Regioni, tenute a far fronte con risorse proprie a eccedenze di spesa (Dlgs n. 56/2000), hanno non solo il diritto, ma il dovere di intervenire con provvedimenti razionalizzanti il sistema anche sul piano dell'informazione farmaceutica e della pubblicità, ottimizzandone le risorse. Il potere che le ASL dovrebbero esercitare non riguarda la normazione di principio ma la regolamentazione di dettaglio, in conformità ai principi generali dettati dalla normativa statale: essa rientra nel potere organizzatorio del SSN, ivi compresi, in base alle attribuzioni di funzioni di ciascuno, anche gli organi locali. Si deve quindi concludere che il sistema di pubblicizzare prodotti farmaceutici all'interno della cartella clinica computerizzata non pare conforme alla vigente normativa perché ne viola la *ratio* e qualora la Regione non ritenesse di

prendere posizione in materia, l'ideazione promozionale-pubblicitaria potrebbe quindi essere contestata non alla *software house*, ma alla ditta detentrica dell'AIC, denunciando al Ministero della Salute il sistema, e al limite richiedendo una sua verifica in sede comunitaria.

Considerazioni finali

La discrepanza tra i due pareri è frutto della diversa angolatura di lettura delle disposizioni normative che regolano la materia, contrapponendosi quella formale a quella sostanziale.

Sarebbe interessante ricevere una nuova valutazione del problema da parte del Ministero della Salute, sulla base del parere legale sopra riportato. ♦

(a) Non vi sono dati "certificati" sulle installazioni effettive. Le cifre riportate sono stime, talvolta non coincidenti con quelle dichiarate dai produttori.

Bibliografia

Disponibile in www.dialogsuifarmaci.it.

UN PADIGLIONE DEL "BAMBINO GESÙ" DEDICATO A PAOLO DURAND



Il nuovo padiglione di Oncoematologia dell'ospedale "Bambino Gesù" è stato dedicato a Paolo Durand, uno dei fondatori dell'ACP e a lungo direttore di quell'ospedale. La lapide commemorativa qui scoperta da Graziella Durand dice: «In memoria del prof. Paolo Durand / Insigne cultore delle scienze pediatriche / pioniere delle terapie più avanzate / che in questo ospedale promosse / il trapianto di cellule ematopoietiche».

info: notizie

L'UNICEF nomina l'ASL di Milano prima "Comunità amica dei bambini per l'allattamento materno"

Il 26 gennaio l'UNICEF Italia ha ufficialmente nominato l'ASL di Milano prima "Comunità amica dei bambini per l'allattamento materno". Per celebrare l'evento erano presenti l'Assessore regionale alla Sanità Bresciani, il Direttore generale ASL Milano, Walter Locatelli, la Presidente f.f. UNICEF Italia Paola Bianchi e l'assessore milanese al Benessere Chiara Bisconti.

Le "Comunità amiche" fanno parte di uno dei più vasti programmi di sensibilizzazione ed educazione sanitaria condotti dall'UNICEF nel mondo in collaborazione con l'OMS. Obiettivo del progetto è quello di creare una rete di sostegno alle madri e alle famiglie che permetta agli operatori sanitari, ai medici di medicina generale e ai pediatri di famiglia di migliorare le pratiche assistenziali e territoriali perché i genitori siano sostenuti nel compiere le scelte più adeguate per l'alimentazione e la cura dei propri bambini. «*Gli standard di eccellenza maturati dall'esperienza dell'ASL di Milano, in un'ottica di integrazione e sostenibilità, rappresentano per l'UNICEF una 'buona pratica' da sviluppare e sperimentare in molti altri contesti. Le aziende sanitarie locali, più e meglio delle altre strutture, costituiscono uno strumento trasversale e concreto di lotta alle disuguaglianze e vanno, dunque, valorizzate nel loro sforzo di accoglienza e di innovazione. La struttura fortemente territoriale e la capillarità degli interventi messi in pratica garantiscono solidità alle più importanti attività di prevenzione al disagio e di educazione alla salute. Il programma di supporto all'allattamento al seno e le attività di responsabilizzazione genitoriale sono per noi il primo passo verso una programmazione sanitaria integrata, sempre più vicina alla cultura dei diritti. L'Italia amica dei bambini e delle bambine inizia qui*» così Paola Bianchi, Presidente f.f. UNICEF. «*Questo evento rappresenta una delle pagine più significative per la storia di questa azienda sanitaria: il riconoscimento di 'Comunità amica' dei bambini,*

che un organismo prestigioso come l'UNICEF assegna per la prima volta a una ASL, non può che farci onore e ci stimola ancor di più a proseguire su quella strada da tempo intrapresa e che ci ha condotti a questo importante traguardo»: queste invece le prime parole del Direttore generale Locatelli.

Dvd-video per l'infanzia: aiutano il linguaggio?

I nostri bambini imparano meglio il linguaggio attraverso programmi video esplicitamente dedicati a loro? Infatti, dvd-video e canali televisivi monotematici specificamente dedicati alla prima infanzia sono ormai parte integrante delle strategie educative adottate da molti genitori; e il giro di affari è nell'ordine di centinaia di milioni di dollari solamente in USA. Le conclusioni di due recenti studi sono lapidarie: no! Richert e coll. attraverso *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* (Word learning from baby videos. 2010;164:432-7) dichiarano che i bambini esposti a *Baby Einstein*, il celebre dvd dedicato all'apprendimento del linguaggio alla prima infanzia, non presentano alcun arricchimento di vocabolario rispetto a un gruppo di controllo. Ancora più allarmante l'esito della ricerca di Mendelsohn, pubblicata su *Infant Child Development* (Do Verbal Interactions with Infants During Electronic Media Exposure Mitigate Adverse Impacts on their Language Development as Toddlers? 2010;19:577-93): l'esposizione del bambino al video è associata a un peggioramento nello sviluppo del linguaggio e l'interazione verbale genitore-bambino durante l'intrattenimento video riduce, ma non annulla, questo impatto negativo. In altre parole, con o senza genitore che interagisce, l'esposizione al video per migliorare il linguaggio è inutile, se non dannosa, nei bambini fino al secondo anno di età.

La Walt Disney Company è stata alfiere dell'*home entertainment* e del celebre *Baby Einstein* dvd, dedicato all'apprendimento del linguaggio da parte dei nostri lattanti. Il primo studio sull'argomento effettuato da ricercatori dell'Università di Washington (Zimmermann FL, Christakis DA, Meltroff AN. Asso-

ciations between Media Viewing and Language Development in Children Under Age 2 Years. *J Pediatr* 2007;151:364-8), che associava questo tipo di intrattenimento come non positivo per il linguaggio, anzi, nei bambini più piccoli, addirittura negativo, fece infuriare la Corporate.

Lo stesso presidente della Walt Disney scrisse una lettera all'Università di Washington chiedendo la ritrattazione immediata dello studio per l'irresponsabile, ingannevole e offensivo risultato a causa, a suo dire, di molti errori e false valutazioni. La risposta del rettore dell'Università fu cortese e ferma: nessuna ritrattazione e la conferma della validità dello studio pubblicato su una delle più prestigiose riviste *peer reviewed* di Pediatria. Come abbiamo visto, le ricerche effettuate successivamente hanno dato ragione ai ricercatori di Washington. Recentemente, la Walt Disney ha offerto un rimborso a chi ha acquistato il dvd *Baby Einstein* tra il 2004 al 2009, in quanto in questo periodo il prodotto veniva reclamizzato come strumento per il miglioramento del linguaggio. Che dire di questa vicenda? Parlare del carattere intimidatorio dell'industria verso chi contrasta il loro profitto? Sapere che almeno un bambino su tre negli USA è esposto a questi video (e da noi, quanti)? Vedere *Baby Einstein*, *Baby Mozart*, *Baby Galileo* ancora in vendita con messaggi pubblicitari modificati, ma sempre fuorvianti, per non incorrere in sanzioni? Possiamo almeno ricordarci di dire ai "nostri" genitori che, se vogliono impegnarsi per l'intelligenza dei loro bambini, devono parlare *face to face* e leggere loro ad alta voce: meno costoso e molto efficace. Anche questa è *evidence based medicine*.

Approvate le nuove Linee Guida sui Minori della Cooperazione Italiana: un importante passo avanti per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza

Il 21 novembre scorso, in occasione dell'anniversario della Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, il Ministero degli Affari Esteri,

sulla salute

Cooperazione Italiana allo Sviluppo, ha presentato le nuove Linee Guida sui Minori della Cooperazione Italiana, integrando e implementando le precedenti versioni del 1998 e del 2004. Le Linee Guida costituiscono un documento altamente partecipativo, frutto della collaborazione di un tavolo di lavoro istituito *ad hoc* e composto da una significativa rappresentanza della società civile e dagli esperti dell'Unità Tecnica Locale del Ministero degli Affari Esteri italiano.

Un lavoro importante che, nella fase di redazione, ha visto il coinvolgimento della società civile e di alcune associazioni del Gruppo CRC. Le Linee Guida riconoscono l'importanza di un approccio ai diritti dell'infanzia e dell'adolescenza all'interno delle politiche di cooperazione allo sviluppo: un approccio metodologico che vede il minore di età non più come oggetto di protezione (beneficiario) bensì come soggetto attivo di diritti inalienabili e agente principale di sviluppo (attore/protagonista). Sono queste le aree di intervento prioritarie individuate nel documento: educazione; sfruttamento sessuale commerciale e tratta; giustizia minorile; lavoro minorile; minori nei contesti di crisi; disabilità; minori nelle migrazioni; comunicazione sociale; progettualità. Le nuove Linee Guida rappresentano uno strumento significativo per la promozione e la protezione dei diritti dei bambini in un approccio *ex ante* (preventivo), che possa contrastare ogni forma di violazione (rilevazione *ex post*) di cui bambini e giovani sono vittime, favorendo il coordinamento delle istituzioni competenti per attivare misure di prevenzione, assistenza, sostegno e riabilitazione, fondamentali per un intervento efficace.

(Da: Gruppo CRC. Newsletter n. 41, dicembre 2011)

Comunicato stampa di ISDE sullo studio Monitor

L'ISDE (Associazione Medici per l'Ambiente) ha espresso interessanti considerazioni sullo studio Monitor della Regione Emilia-Romagna relativo agli effetti sanitari e ambientali degli inceneritori presenti nel suo territorio. «Le conclusioni dello studio sono, secondo gli

Autori, piuttosto tranquillizzanti, pur dimostrando un possibile eccesso di linfomi non-Hodgkin a Modena e un significativo aumento di rischio di nascite pretermine, nonché di neonati piccoli per età gestazionale e di aborti spontanei», dice il comunicato.

Dopo aver descritto i limiti metodologici dello studio, ISDE sottolinea che «nonostante i limiti descritti, i risultati dello studio Monitor [...] evidenziano per singole sottocoorti possibili aumenti di rischio tanto per patologie tumorali che non tumorali (patologie cardiocircolatorie, vascolari e respiratorie, nascite pretermine, aborti spontanei, malformazioni fetali), per di più coerenti con altre segnalazioni emerse in letteratura: il che rappresenta un preciso segnale di allarme circa l'esistenza di ricadute negative sulla salute delle popolazioni esposte. [...] Il Comitato Scientifico di Monitor fa presente che «*d'accordo con le conclusioni della conferenza OMS Europa sullo smaltimento dei rifiuti (Roma 2007), ... la segnalazione di effetti avversi nella vicinanza di discariche e inceneritori dovrebbe ispirare a un approccio di precauzione a proposito della creazione di nuovi impianti, tenuto conto che la mancata dimostrazione di effetti a lungo termine non significa dimostrazione di rischio zero*» e che «*siamo in presenza di altri fattori di pressione ambientale sulla popolazione, trovandoci all'interno della Pianura Padana, uno dei territori più inquinati del pianeta*». Conclude ISDE: «Non possiamo che unirci all'appello del Comitato Scientifico, chiedendo che la rigorosa applicazione del Principio di Precauzione porti al definitivo abbandono dell'incenerimento dei rifiuti, da sostituire, in linea con le più recenti indicazioni dell'Unione Europea, con pratiche vantaggiose sul piano economico e meno impattanti sull'ambiente e sulla salute delle popolazioni direttamente e indirettamente esposte, quali il riciclo dei materiali e il recupero integrale di materia con tecnologie a freddo».

Per una medicina ecocompatibile

In un breve articolo sul *British Medical Journal (BMJ)*, Ray Moynihan esplora i

primi tentativi per un sistema sanitario a bassa emissione di carbonio. Partendo dall'esperienza di un musicista che, dopo un trapianto di rene, ha intrapreso iniziative miranti alla riduzione dell'usa e getta in medicina, l'Autore riporta alcune esperienze di sanità più sostenibile attraverso un uso più efficiente delle risorse e il riciclo dei materiali. Il settore sanitario contribuisce notevolmente all'emissione di carbonio in atmosfera.

In Inghilterra, per esempio, il Servizio Sanitario Nazionale contribuisce per circa un quarto di tutte le emissioni del settore pubblico ed esistono piani per ridurre queste emissioni di oltre l'80% in 40 anni. Gli interventi devono mirare a ridurre il consumo di energia, a razionalizzare viaggi e trasporti, a diminuire l'uso di farmaci e altri materiali, a migliorare e a rendere più efficienti gli acquisti, oltre che ad agire su sprechi generici come sono quelli di carta, acqua e cibo. Al recente vertice straordinario di Durban, Sud Africa, su clima e salute, una coalizione di oltre 500 organizzazioni non governative in più di 50 Paesi ha presentato una *road map*, per ospedali e sistemi sanitari per ridurre le emissioni di carbonio e rendere più "verde" la medicina.

L'approccio, ben rappresentato dallo slogan: "Meno è meglio", è stato ben accolto dalle autorità sanitarie di tutto il mondo, compreso il Regno Unito. Le misure prese in questa direzione, però, devono essere sottoposte a rigorosa valutazione, e qualcosa si sta iniziando a fare in questo senso. A complicare i primi tentativi di cambiamento, è il fatto che i nostri indicatori di successo economico non tengono ancora conto delle conseguenze inutili e dannose dell'attività economica. Nel modello tradizionale basato sul PIL l'escalation senza fine dei costi dell'assistenza sanitaria sembra essere parte di una sana crescita economica, anche se include una grande quantità di sprechi per cure inefficaci e inutili. Ci si sforza per trovare nuovi indicatori di prosperità e di benessere umano in grado di distinguere tra attività economiche sane e malate, ma i risultati di tali sforzi sono ancora in incubazione (Fonte: News di Nograziopagoio). ♦

Il disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività o ADHD. Il ruolo del pediatra

Angelo Spataro (a cura di)

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

La terapia cognitivo-comportamentale (TCC), in questi ultimi anni, ha avuto una larga applicazione per un vasto numero di disturbi psicologici del bambino e dell'adolescente. Fra le varie forme di psicoterapia la TCC ha una grande diffusione perché risulta ancorata alla ricerca scientifica e perché giunge alla soluzione di molti disturbi emotivo-comportamentali in un tempo relativamente breve. La TCC è efficace? In ambito pediatrico, quali disturbi possono avvantaggiarsi di questa psicoterapia? L'intervista è a Ettore Piro, pediatra del Dipartimento materno-infantile presso l'Università di Palermo, neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale.

Parole chiave ADHD. Psicoterapia. Farmacoterapia

Secondo i dati forniti dalla letteratura, l'ADHD è il risultato di un'ampia varietà di cause, spesso associato ad altri disturbi. A volte la diagnosi differenziale con altri disturbi del comportamento non è facile. Ma cos'è esattamente l'ADHD? Esiste un "ADHD puro"? Quali sono la sua eziopatogenesi e prevalenza?

L'ADHD è un disturbo caratterizzato da difficoltà di attenzione e concentrazione e da difficoltà di controllo degli impulsi e del livello di attività. Perché tali sintomi possano essere indicativi di ADHD è necessario che il loro esordio sia precoce, che le loro manifestazioni siano presenti prima dei sette anni e in diversi contesti (scuola, casa, gioco). Questi sintomi devono compromettere il rendimento scolastico e sociale del bambino creando gravi problemi nella vita quotidiana sua e della sua famiglia. Circa l'80% di bambini con ADHD mostra almeno un disturbo psicopatologico associato. Più frequentemente si tratta di un disturbo oppositivo-provocatorio o della condotta; meno frequente è l'associazione con disturbi di ansia e dell'umore. Il disturbo stesso può portare ad alcune conseguenze negative, in particolare a difficoltà relazionali, scolastiche, ridotta autostima e "demoralizzazione".

L'ADHD non è il risultato di una disciplina educativa inefficace, ma è un vero disturbo neurobiologico dovuto a una patologia poligenica e multifattoriale. Alcuni dei geni coinvolti nell'eziopatogenesi regolano i sistemi dopaminergico e noradrenergico, fondamentali per il controllo dell'attività motoria e delle funzioni esecutive. Alcuni fattori ambientali, come l'esposizione intrauterina

al fumo e all'alcol e il basso peso alla nascita, assieme ai fattori genetici, possono aumentare la predisposizione all'ADHD. Il disturbo ha una prevalenza del 3-4% in età scolastica ed è più frequente nei maschi.

I genitori riferiscono l'esordio dei sintomi intorno ai tre anni di età. Il pediatra, mediante l'intervista ai genitori e l'osservazione del bambino, ha la possibilità di cogliere ritardi o deviazioni dalla norma dello sviluppo neuropsichico fin dai primi mesi di vita. Nei bambini sotto i tre anni esistono segni neurologici o comportamenti che possono far già sospettare la presenza di un ADHD? Il riconoscimento di questi "segni prodromici" e un eventuale trattamento precoce migliorerebbero la prognosi del disturbo?

Nei primi anni di vita l'ADHD può presentarsi con crisi di rabbia, comportamenti aggressivi, litigiosità e provocatorietà, assenza di paura, frequenti lesioni accidentali, disturbi del sonno e una modalità di gioco ridotta, semplificata e prevalentemente motoria. La diagnosi in età precoce è molto difficile da effettuare poiché l'iperattività e la disattenzione sono molto frequenti in bambini normali in età prescolare ma, in presenza di eventuali sintomi prodromici, un intervento precoce psicoeducativo e neuropsicomotorio possono incidere positivamente. Conoscendo il bambino dai primi giorni di vita, il contesto sociofamiliare in cui vive e la sua storia, il pediatra di libera scelta ha la possibilità di riconoscere eventuali campanelli di allarme e di intervenire, così, nelle prime fasi del disturbo. Il pediatra può formulare il sospetto diagnostico, comunicarlo ai genitori fornendo loro i primi suggerimenti pratici e gli eventuali interventi terapeutici di primo livello. La presa in carico precoce del bambino e della famiglia è fondamentale per il miglioramento della prognosi. Efficaci nelle età più precoci sono gli interventi psicoeducativi e

neuropsicomotori per il bambino e il *parent training* che coinvolge i genitori in prima persona e li aiuta a modificare il loro comportamento e a creare un contesto familiare il più possibile sereno.

Nel bambino con diagnosi di ADHD che tipo di terapia va iniziata? A che età? Quando è opportuno pensare a un trattamento farmacologico?

Il trattamento ideale dell'ADHD implica il coinvolgimento della scuola e della famiglia del bambino stesso e comprende differenti opzioni terapeutiche. Gli interventi possono essere di tipo psicoeducativo e cognitivo-comportamentale in ambito familiare e scolastico e devono prevedere il coinvolgimento attivo di genitori e insegnanti.

Il trattamento farmacologico viene generalmente iniziato quando gli interventi psicoeducativi non hanno condotto ai miglioramenti previsti e quando l'interferenza del deficit attentivo sulle prestazioni scolastiche diviene predominante. La terapia farmacologica va intrapresa solo se indicata da un neuropsichiatra infantile del centro di riferimento regionale di neuropsichiatria infantile che predispone il piano terapeutico e invia il bambino al pediatra di libera scelta per la prescrizione farmacologica.

Qual è il ruolo del pediatra?

Il pediatra ha un ruolo cruciale nel rilevamento dei primi segni del disturbo. L'invio precoce ai centri specialistici del bambino con sospetta diagnosi di ADHD consente una diagnosi e un trattamento altrettanto precoci, premessa per un esito prognostico migliore rispetto a un invio tardivo. Il pediatra ha inoltre un ruolo importante nel seguire il bambino in trattamento farmacologico, valutando gli effetti positivi del farmaco, controllando gli eventuali effetti collaterali e seguendo nel follow-up clinico. ♦

(*) Si ringrazia per la collaborazione il pediatra di famiglia Raffaele D'Errico, dell'Associazione Italiana Famiglie ADHD.

Per corrispondenza:

Angelo Spataro

e-mail: spataro.angelo@alice.it

Il modo migliore per avere dei piedi belli è non usarli

Carlotta Damiani

Pediatra di famiglia e formatore al counselling sistemico, Verona

Abstract

The best way to have beautiful feet is not using them

The story of Carlotta, through a clear headed narration describes a very difficult change in a person's life with its daily problems and the inadequate answers coming from society. With an ironic way of writing and without commiseration the text offers different ideas for individuals but also considering the agreement protocol signed between ACP (Associazione Culturale Pediatri) and FISH (Federazione Italiana Superamento dell'Handicap). The different point of observation (from the doctor's point of view to the patient's point of view) emerging from the narration of stories and pathways pinpoints the real needs and rights awaiting for practical answers.

Quaderni acp 2012; 19(2): 69-70

Key words Narration. Handicap. Rights. Needs

Una narrazione che sorprende per la lucidità con cui l'Autrice riesce a descrivere quanto successo, il cambiamento radicale della sua vita, la quotidianità difficile e le risposte inadeguate da parte della società. Con uno stile molto incisivo e un linguaggio che non indulge mai ad autocommiserazione – l'incipit rivela una ironia straordinaria – la storia di Carlotta fornisce una serie di spunti da raccogliere come singoli, ma anche come Associazione Culturale Pediatri, alla luce del protocollo di intesa ACP-FISH (Federazione Italiana Superamento dell'Handicap). Il cambio di prospettiva (dall'ottica del medico a quella del paziente), offerto dalla narrazione di storie e percorsi, puntualizza bisogni reali e diritti che attendono ancora risposte vere e concrete.

Parole chiave Narrazione. Handicap. Diritti. Bisogni

L'estate è finita ormai, presto torneremo a indossare calze coprenti, jeans lunghi e pesanti, calzettoni di lana e chi più ne ha più ne metta. Uno dei principali problemi per le donne, nel periodo estivo, è la situazione talloni e piedi. Al via pedicure, impacchi con pellicola per alimenti e creme idratanti, smalto colorato.

I giornali "al femminile" pongono in vetrina i migliori prodotti e le tecniche più innovative per ottenere piedi morbidi e lisci, da sfoggiare con sandali più o meno appariscenti.

È proprio leggendo un articolo di questi che mi è balzato in mente di scrivere la mia storia di sei mesi, per dimostrare che il modo migliore per avere dei piedi belli è non usarli.

Sono paraplegica dalla notte del 10 marzo. Era la prima volta che i miei genitori mi lasciavano andare a dormire dal mio ragazzo, poiché in quei giorni a scuola si tenevano le assemblee riunite, ma a casa sua non ci siamo mai arrivati.

Dal momento che la mattina era nevicato, lui non doveva andare a lavorare quella sera, ma la neve nel pomeriggio è divenuta pioggia e l'hanno chiamato dalla pizzeria. Ci eravamo messi d'accordo che l'avrei raggiunto là, dopo la fine del suo turno, avremmo cenato e sarei tornata a scuola. Il tragitto non è certo dei migliori a quelle ore.

L'andata ricordo di averla fatta guardandomi attorno, di corsa. Nel momento in cui ho raggiunto la pizzeria, mi sono sentita sollevata.

Il ritorno, per evitare eventi spiacevoli, abbiamo deciso di farlo in motorino, insieme. Per terra quel miscuglio di acqua, fango e neve che ci ha fregati e mi ha fottuto il midollo. Siamo scivolati. Nonostante andassimo piano, siamo scivolati. È stato un attimo, una successione di azioni: cadere, sbattere con la schiena sullo spartitraffico, non sentire immediatamente le gambe, lui spaventato che piange, sorridere, cercare di tranquillizzarlo, amarlo. Capire. Capire che la mia

vita si era completamente stravolta, in quella successione di azioni.

Al Pronto Soccorso la perizia è immediata: paraplegia flaccida, lesione midollare completa all'altezza della quarta vertebra dorsale, lussazione della terza vertebra sulla quarta. Tac, risonanza magnetica. Pressione venosa minima, operabile solo il giorno dopo, con valori più stabili, rischio di non superare l'intervento. I miei hanno la disperazione negli occhi, lui ha addosso qualcosa d'indescrivibile. Vedevo una macchia a forma di cavallo sul soffitto mentre aspettavo, lì sulla barella. Quasi ridevo. Mi sembrava buffo vedere un cavallo.

Dopo aver aspettato che mi addormentassi, i medici consigliano ai miei di andare a casa, ma loro stanno lì, non mi lasciano. Il giorno dopo, l'intervento. Fuori da quella maledetta sala operatoria sono venuti tutti i miei compagni di classe. Hanno aspettato. Hanno aspettato e basta. Non ci sono state parole su quelle scale. Non servivano.

Tre giorni in terapia intensiva, altri quattro in reparto. Facevo domande. Nonostante sapessi, dovevo sentirmelo dire in faccia. Non mi hanno mai detto cosa avessi realmente, restavano sul vago, non rispondevano.

Sono arrivata all'Unità Spinale del "Don Calabria" il 18 marzo; l'ho lasciata esattamente sei mesi dopo, il 18 settembre.

Al primo incontro mi hanno chiesto cosa mi aspettassi. Ho risposto ingenuamente di mettermi seduta e di rimettermi in piedi. È stato lì che ho avuto la conferma: "Di metterti seduta di sicuro, di tornare in piedi, con i progressi della ricerca, te lo auguro".

È stata la prima volta che ho pianto.

In posti del genere la sofferenza la annuisci, la tocchi, la fai tua. È da lì che devi imparare ad afferrare una possibilità di vita completamente diversa, piena di una nuova consapevolezza, di una diversa consapevolezza. Lo fai in palestra, durante la riabilitazione; lo fai anche solo

Per corrispondenza:
Carlotta Damiani
e-mail: carlottina11@hotmail.it

“narrative” e dintorni

aprendo uno sportello a cui qualche giorno prima non arrivavi; lo fai riuscendo a spingere la carrozzina per un minuto in più giorno dopo giorno. Lo fai in un nido, protetto, a tua misura. Il problema è quando si esce.

In quei sei mesi sono comunque andata avanti con lo studio, mi sono diplomata e ho fatto il test per Medicina. Un 91/100 e un'ammissione. Cose che avrei comunque affrontato. Queste sono le cose grandi, quelle che la gente dice che "puoi ancora fare", come se non lo sapessi già. Quello che fai in maniera diversa sono le cose piccole. Sono pisciare, sorridere, fare l'amore. È superare un gradino o sedersi sul divano. Questo poche persone lo capiscono e la società di certo non ti aiuta.

È questo che mi fa rabbia. Credono che mettere una rampa risolva qualsiasi problema, ma il punto, in realtà, è creare un mondo "a misura d'uomo" inteso come qualsiasi uomo, sia esso giovane o vecchio, con o senza gambe.

Gli ingegneri che firmano i progetti dovrebbero provare sulla loro pelle cosa significa non poter utilizzare non solo i muscoli delle gambe, ma anche gli addominali, in modo parziale o completo. Capirebbero in tal modo che una rampa non diventa la soluzione perfetta per i disabili se non ha una pendenza corretta. Gli autobus di Ferrara, per esempio, città presso cui inizierò il mio primo anno di università, hanno sì la pedana, ma è troppo ripida e salire da soli è pressoché impossibile. Inoltre ho notato che viene indicato come "posto disabili" o "posto carrozzine" un unico posto. Ma se i disabili in carrozzina fossero due su uno stesso autobus, come si risolverebbe la questione? Salgo io o sali te? Così? Sono queste le pari opportunità?

Credo che le pari opportunità siano strade accessibili a chiunque, trasporti in cui non sei un passeggero speciale, ma semplicemente un passeggero, o ancora un bagno in cui la distinzione sia solo tra uomini e donne. Avere pari opportunità è non avere la H di handicap stampata in faccia o una fascia arancione al braccio, è potersi sedere al cinema senza difficoltà e non essere costretti, eventualmente, a guardare un film in prima fila sulla

carrozzina, è andare al bar e poter prendere il caffè al bancone appoggiandoci i gomiti o non dover mangiare mettendosi lateralmente un panino perché la gamba del tavolo centrale impedisce una postura corretta. Pari opportunità è andare in giro senza che tutti ti guardino.

La prima cosa che ho notato dopo aver perso l'uso delle gambe è l'assenza di paraplegici in tv. Il mondo dello spettacolo ci propina modelle con le gambe lunghe tre metri, magre e con le taglie giuste, ma nessun disabile. Avete mai visto una concorrente di Miss Italia in carrozzina? O cieca? O sorda? Avete mai trovato un disabile ai quiz televisivi? O lavorare come attore? La disabilità viene associata a uno stato di salute carente, quindi in una serie tv, in un film, in uno spot pubblicitario il disabile interpreta il disabile, e quella carrozzina, quell'occhio che non vede o quell'orecchio che non sente non ce li scolliamo più di dosso.

E allora pretendo i benefici, pretendo la pensione d'invalidità, pretendo il posto riservato. Se avessi le medesime possibilità che hanno gli altri, non pretenderei nulla di questo, sarei felice di pagare la retta universitaria intera, di pagare il mio biglietto sull'autobus o parcheggiare in qualsiasi posto.

Sarei felice di trovare una strada senza barriere, una piazza accessibile. Vorrei che i miei non diventassero matti a trovare mille modifiche per la cucina, affinché la possa usare anch'io. Sarei felice di non ricordarmi di essere disabile a ogni gradino.

Ho fiducia che cambi, questa società. Ho fiducia in un nuovo *Imagine*, come cantava John Lennon. Ma se non alziamo la voce, se ci adagiamo in questi minimi benefici e stiamo zitti, se aspettiamo che sia chi cammina a muoversi per noi, non cambierà niente. Io voglio uscire di casa e sentirmi semplicemente Carlotta, non una ragazza in carrozzina.

You may say I'm a dreamer, but I'm not the only one. I hope someday you will join us and the world will live as one.
Sono Carlotta Damiani, ho 18 anni e sono paraplegica... ♦

MARY ALLEN AVERY una grande donna, una grande pediatra

Il 4 dicembre 2011 è morta Mary Allen Avery. Era nata il 6 maggio del 1927. Mary Allen è la pediatra che ha iniziato la sua carriera professionale come fisiologa nel sanatorio di New York e che ha studiato più di ogni altro, fin dagli anni Cinquanta, la sindrome della Respiratory Distress. Insieme con Jeremiah Mead, ha contribuito agli inizi degli anni Sessanta in maniera decisiva alla identificazione della causa della sofferenza respiratoria del neonato: la carenza di surfattante e quindi il difetto di tensione superficiale negli alveoli polmonari. L'uso del surfattante, iniziato negli anni Ottanta, ha permesso di salvare la vita a decine di migliaia di neonati. Dal punto di vista organizzativo è stata la prima a sostenere l'istituzione delle Unità di Terapia Intensiva Neonatale.

È stata la prima donna a essere insignita, nel 1974, della carica di *Physician in Chief* al "Children's Hospital Boston Hospital"; la prima donna a guidare un dipartimento clinico alla "Harvard Medical School"; la prima donna alla presidenza della "Society for Pediatric Research" e il primo pediatra alla presidenza della "American Association for the Advancement of Science".

Dal 1985 Mary Ellen si è dedicata a operare in molti Paesi in via di sviluppo per diffondere la pratica della vaccinazione antipoliomielitica orale.

ERRATA CORRIGE

Effetti nocivi dell'inquinamento da traffico

Nell'articolo "Effetti nocivi dell'inquinamento da traffico; efficacia degli interventi volti a ridurlo" (Quaderni acp 2011;6:277) è scritto 2 volte mg/m³, mentre l'unità di misura corretta è µg/m³ (microgrammi/m³).

Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno

Nell'articolo "L'applicazione del Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno" (Quaderni acp 2012;19:24-25) l'articolo del DM 9 aprile 2009 n. 82 che riguarda le "Strutture sanitarie e operatori sanitari" è il numero 14 e non il 12 come erroneamente scritto.

Le reazioni acute gravi alla prima assunzione di latte vaccino non sono sempre dovute ad allergia IgE mediata

Maria Simona Sabbatino, Fortunato Pannuti, Umberto Maglione, Federica de Seta, Roberta Kosova, Luciano de Seta
 UOC Pediatria e Patologia Neonatale. Ospedale "San Paolo", Napoli

Abstract

Serious acute reactions after the first introduction of cow's milk are not always due to IgE antibody-mediated allergy

An acute reaction two hours after the introduction of cow's milk is described in 4 children in the first months of life. In two of the cases described vomit and diarrhea were the causes of serious dehydration with shock. Prick test for cow's milk proteins and prick test with fresh cow's milk were negative. The oral provocation test confirmed an acute exclusively gastrointestinal reaction two hours after the introduction of milk. Differential diagnosis and other types of acute reactions to milk are discussed.

Quaderni acp 2012; 19(2): 71-73

Key words Allergy. Milk. IgE antibodies. Acute reactions to milk

Sono descritti 4 casi di bambini che nei primi mesi di vita hanno presentato una reazione acuta al latte due ore circa dopo la prima introduzione, confermata da un test di provocazione orale (TPO). Tale reazione era caratterizzata da vomito incoercibile e/o diarrea che in due casi hanno portato alla disidratazione grave con shock, per cui si rendeva necessaria la somministrazione di soluzioni idroelettrolitiche e bicarbonato. Il prick test per il latte e le sue proteine e il prick test con il latte fresco sono in tutti i casi risultati negativi. Il TPO ha consentito in tutti i casi di confermare la reazione acuta al latte esclusivamente di tipo gastrointestinale, insorta a distanza di circa 2 ore dall'introduzione del latte. Sono discussi la diagnostica differenziale con altri tipi di reazioni acute al latte e i meccanismi eziopatogenetici coinvolti.

Parole chiave Allergia. Latte. IgE. Reazioni acute al latte

Caso clinico 1

Giovanna è portatrice di trisomia 21. Allattamento materno per tre settimane e poi, da una settimana, con un latte formulato. È riferito alvo diarroico con tracce di sangue nei giorni successivi. A un mese di vita è ricoverata per una diarrea con grave disidratazione e acidosi metabolica. Gli esami colturali del sangue e delle urine sono negativi e la coprocultura non dà sviluppo a germi patogeni. La piccola è reidratata per via venosa e, in seguito, alimentata con formula. Per il persistere della diarrea, nel sospetto di un'allergia alle proteine del latte vaccino (APLV), il latte formulato è sostituito con formula a base di idrolisato di caseina. Dopo alcuni giorni si assiste a un netto miglioramento delle condizioni cliniche con normalizzazione dell'alvo e ripresa della curva ponderale.

La bambina viene dimessa dopo venti giorni con idrolisato. A tre mesi, per la non chiara sintomatologia presentata che poteva essere ascritta anche a una diarrea acuta infettiva o a una sepsi, si decide la

reintroduzione del latte vaccino dopo aver praticato RAST test, prick test per latte e frazioni e prick by prick con latte vaccino formulato, con risultati negativi. Il test di provocazione orale (TPO) è praticato con dosi scalari di latte formulato ogni trenta minuti. Alla dose di 20 ml la bambina presenta vomito incoercibile associato a pallore cutaneo e ipotono generalizzato. Dopo due ore manifesta numerose scariche di diarrea associate a perdita rilevante di peso (350 g/24 h) e acidosi metabolica (EB -15), per cui si rende necessaria la correzione con bicarbonato e soluzione idroelettrolitica per via parenterale. Dopo quattro giorni è dimessa in equilibrio clinico con alvo regolare e con l'indicazione a proseguire l'alimentazione con l'idrolisato. All'età di diciannove mesi si pratica nuovo TPO con latte vaccino, dopo aver ripetuto RAST test, prick test per latte e frazione e prick by prick con latte formulato risultati nella norma. La bambina, alla dose di 30 ml di latte, presenta numerosi episodi di vomito associati a pallore cutaneo. A

distanza di circa venti minuti vomita altre tre volte con riduzione della reattività e ipotonia. Per questo si pratica reidratazione con soluzioni elettrolitiche e terapia con steroidi ev. Nell'arco delle successive due ore presenta ancora alcuni episodi di vomito. Dopo circa quattro ore la piccola si riprende completamente. Oggi la bambina ha 26 mesi ed è ancora alimentata con idrolisato spinto.

Caso clinico 2

Alessia è una gemella di 6 mesi alimentata fin dal 20° giorno di vita con una formula a base di soia in seguito a una diagnosi di APLV posta per un episodio diarroico con sangue occulto positivo nelle feci, successivo alla prima assunzione di latte vaccino in polvere. A quattro mesi presenta vomito in seguito all'assunzione di una formula 1 per cui in seguito continua ad assumere latte di soia. A otto mesi si ricovera per approfondimento diagnostico ed eventuale reintroduzione del latte vaccino. I valori delle IgE specifiche per l'alfalattoalbumina, la betalattoglobulina e la caseina sono nella norma così come negativi sono i prick test per latte e frazioni e il prick by prick per il latte vaccino fresco. La bambina è sottoposta a TPO per latte vaccino. Immediatamente dopo l'assunzione di 40 ml la piccola presenta ripetuti episodi di vomito associati a pallore e ipotonia. Pertanto, confermata la persistente APLV, continua ad assumere dieta priva di latte vaccino e derivati.

All'età di venti mesi è stato ripetuto il challenge con il latte vaccino che è stato tollerato fino alla dose di 200 ml.

Caso clinico 3

Giovanni, gemello di Alessia (caso n. 2), dal 15° giorno di vita, per la presenza di vomito, dopo la prima introduzione di formula 1, è stato alimentato con idrolisato spinto. A otto mesi si ricovera per approfondimento diagnostico ed eventuale TPO. I valori delle IgE totali e quel-

Per corrispondenza:
 Luciano de Seta
 e-mail: ludeseta@tin.it

il caso che insegna

le specifiche per l'alfalattoalbumina, la betalattoglobulina e la caseina sono negativi così come i prick test per latte e frazioni e il prick by prick per il latte vaccino fresco. Si pratica TPO con latte vaccino formulato. La graduale assunzione di dosi crescenti di latte non ha dato luogo a reazioni fino a 10 ml quando il piccolo presenta episodi ripetuti di vomito con ipotonia e sudorazione fredda. Anche per lui, come per la sorella, è stata prescritta dieta senza proteine del latte vaccino e derivati per un anno. All'età di venti mesi, dopo aver praticato il prick per il latte e sue frazioni e il prick by prick risultati negativi, è stato ritentato un TPO con latte vaccino che ha dimostrato una completa tolleranza al latte.

Caso clinico 4

Lorenza di quattro mesi e mezzo ha assunto latte materno per quarantacinque giorni senza alcun problema, salvo qualche sporadico episodio di vomito e qualche rigurgito dalle prime settimane di vita. A domicilio, dopo la prima introduzione di un latte in polvere, il vomito della piccola si era aggravato, per cui era stata prescritta terapia con ranitidina e in seguito omeprazolo e sostituzione del latte vaccino formulato dapprima con formula a base di proteine parzialmente idrolisate e poi con idrolisato spinto. A quattro mesi i genitori avevano richiesto una consulenza allergologica in ospedale.

Sulla base della negatività dei valori delle IgE totali e di quelle specifiche per le proteine del latte così come i prick test per latte e frazioni e il prick by prick, per verificare l'esistenza o meno di un'allergia al latte, si decide di praticare un TPO con latte formulato con dosi scalari come sopra riportato, partendo da 0,10 ml di latte. Dopo 90 minuti dall'assunzione di 15 ml la piccola ha presentato ripetuti episodi di vomito associati a pallore e ipotonia. Per questo si rendeva necessaria la reidratazione con soluzioni elettrolitiche.

Nell'arco della ora successiva ha presentato ancora alcuni episodi di vomito. Dopo circa due ore la sintomatologia è regredita completamente per cui, confermata la persistente intolleranza al latte, ha continuato a seguire una dieta a base di idrolisato spinto. Attualmente, a dodici mesi, non tollera ancora il latte.

La diagnosi

I quattro casi descritti si riferiscono a bambini con sintomatologia insorta nei primi sei mesi di vita. Il vomito incoercibile è stato il sintomo di esordio nei tre casi dei bambini sopra descritti e solo in uno (il caso n. 1) il primo sintomo a comparire è stata la diarrea accompagnata a disidratazione e acidosi metabolica grave che hanno richiesto il ricovero d'urgenza. In tutti i bambini il TPO, eseguito anche più di una volta nei casi nei quali non era stata raggiunta la tolleranza, ha confermato l'intolleranza al latte con una sintomatologia di vomito ripetuto o incoercibile e diarrea, in alcuni casi fino alla disidratazione grave. Nessuno di essi ha mai presentato sintomi sistemici, tipo anafilassi o shock, o cutanei, quali orticaria o angioedema o respiratori (laringospasmo o asma).

La sintomatologia è stata esclusivamente di tipo gastrointestinale, comparsa sempre entro 2-3 ore dall'assunzione del latte vaccino o, in seguito, durante il TPO. Qualche volta i sintomi non erano immediatamente inquadrabili come dovuti all'assunzione del latte, sia perché insorti a distanza di 2-3 ore, sia perché il vomito o la diarrea potevano essere interpretati come segni di sepsi (come nel caso n. 1) o ascrivibili a malattia da reflusso gastroesofageo (come nel caso n. 4). Il TPO è stato in tutti i casi dirimente e ha consentito di definire la natura dell'intolleranza alimentare presentata dai bambini.

Quale tipo d'intolleranza alimentare? La sintomatologia non è insorta immediatamente dopo l'assunzione del latte vaccino, ma dopo qualche ora e le IgE specifiche e i prick test per il latte e le sue proteine sono risultati negativi in tutti i casi. Questo consente di escludere un'allergia alimentare IgE mediata che dà luogo a reazioni di tipo immediato (entro 20-30 minuti al massimo), con una sintomatologia che può essere varia, di tipo sistemico (collasso, ipotensione o shock), cutaneo (orticaria-angioedema), gastrointestinale (vomito incoercibile associato o non a collasso e ipotonia) o, più raramente, respiratorio (asma, laringospasmo). Come per l'allergia IgE mediata la patogenesi dell'intolleranza alimentare deve essere confermata mediante un TPO che è stato praticato in tutti i casi dopo un tempo variabile tra i tre e gli otto

mesi. In due dei quattro casi i TPO praticati sono stati due. La tolleranza alle proteine del latte è stata raggiunta a 20 mesi in due casi; non è stata ancora raggiunta negli altri due che hanno rispettivamente 12 e 26 mesi.

In sintesi, si tratta di quattro lattanti che presentano nei primi 6 mesi di vita una sintomatologia d'intolleranza al latte vaccino assunto per la prima volta, di tipo esclusivamente gastrointestinale, caratterizzata da vomito e/o diarrea profusa con o senza sangue, a volte a evoluzione grave sino alla disidratazione, acidosi metabolica e shock. La sintomatologia si è ripetuta durante il TPO con caratteristiche simili, dopo aver assunto dosi diverse di latte vaccino mai superiori a 40 ml.

Le indagini di laboratorio e i test cutanei tesi a dimostrare la presenza di IgE specifiche per il latte formulato o fresco sono in tutti i casi risultati negativi. Pertanto è ragionevole escludere una patogenesi IgE mediata che, inoltre, non è compatibile con la comparsa della sintomatologia 2-3 ore dopo l'assunzione del latte vaccino.

Le caratteristiche della sintomatologia e degli esami di laboratorio devono indurci a porre diagnosi di *Sindrome enterocolitica indotta da proteine alimentari* (*Food protein-induced enterocolitis syndrome*, FPIES), detta anche *anafilassi intestinale*.

Commento

La FPIES è una rara intolleranza alimentare descritta per la prima volta nel 1967 con un'incidenza riferita dello 0,34% su 13.234 neonati seguiti dalla nascita [1]. La patogenesi, non IgE mediata, è legata all'ingestione di alcuni cibi, prevalentemente latte, soia e riso. Gli esami di laboratorio possono evidenziare durante la fase acuta della malattia un incremento assoluto della conta dei neutrofili maggiore di 3500/mm³ dopo 5-8 ore dall'inizio del TPO, incremento non indispensabile per porre diagnosi [2]. La patogenesi della FPIES è di tipo celluloso-mediato e, anche se non ancora completamente chiarita, in essa sembrano giocare un ruolo importante un incremento della risposta TNF- α e un decremento della risposta TGF- β , come riportato da Sicherer e Sampson [3].

È generalmente accettato che la FPIES sia indipendente dalle IgE specifiche e

che gli SPT siano negativi, anche se bassi livelli di IgE specifiche possono svilupparsi in alcuni pazienti. Si è inoltre osservato che la FPIES può essere scatenata non solo dal latte e dalla soia ma anche dal riso, dall'avena, dall'orzo, dai piselli, dalla patata americana e dal tacchino [4]. La diagnosi è esclusivamente clinica: i bambini presentano dopo due ore circa dall'ingestione di una proteina alimentare vomito incoercibile e/o diarrea. Sintomi associati possono essere pallore, letargia, cianosi, acidosi metabolica.

In una larga casistica di FPIES il vomito era il sintomo più frequente e caratteristico (100% dei casi), seguito dalla letargia (85%), dal pallore (67%) e dalla diarrea (24%) [5]. Abituamente il quadro sintomatologico acuto si risolve in poche ore, sebbene circa il 20% dei bambini presenti uno shock ipovolemico che richiede l'impiego di liquidi ev e farmaci anti-shock [6]. La tolleranza alle proteine coinvolte si raggiunge nella maggioranza dei casi entro i 3 anni.

L'assenza di sintomi respiratori e cutanei, l'intervallo di tempo che intercorre tra l'ingestione dell'alimento e la reazione e il grave quadro clinico che alcuni bambini presentano, rendono difficile la diagnosi differenziale della FPIES con l'anafilassi, le infezioni gastrointestinali, le sepsi, alcune malattie metaboliche e le emergenze chirurgiche [7]. A complicare la diagnosi si aggiunge la descrizione di una forma che da acuta si trasforma in cronica: i bambini soffrono di vomito cronico, diarrea, ritardo di crescita, se esposti in maniera continua all'alimento responsabile, e possono sviluppare una FPIES se l'alimento è reintrodotta dopo un periodo di esclusione dalla dieta [8]. Recentemente è stata descritta per la prima volta anche una rarissima forma di FPIES indotta da proteine alimentari presenti nel latte di donna [9].

Che cosa abbiamo imparato

Dai casi descritti e dalla letteratura abbiamo imparato che:

- una reazione acuta al latte a sintomatologia esclusivamente gastrointestinale che insorga a circa due ore dalla sua assunzione deve indurre a pensare alla FPIES;
- la diagnosi di FPIES è esclusivamente clinica e deve essere confermata dal TPO;
- la FPIES può essere scatenata, oltre che dal latte, da altre proteine alimentari, quali, più frequentemente, il riso, l'avena e l'orzo;
- il sintomo più frequente e caratteristico è il vomito;
- la sintomatologia può evolvere in modo rapido verso una grave disidratazione, l'acidosi metabolica e lo shock ipovolemico. ◆

Bibliografia

- [1] Katz Y, Goldberg RM, Rajuan N, et al. The prevalence and natural course of food protein-induced enterocolitis syndrome to cow's milk: a large-scale, prospective population-based study. *J Allergy Clin Immunol* 2011;127(3):647-53.
- [2] Nowak-Wegrzyn A, Muraro A. Food protein induced enterocolitis syndrome. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2009;9:371-7.
- [3] Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: recent advances in pathophysiology and treatment. *Annu Rev Med* 2009;60:261-77.
- [4] Sicherer SH. Food protein-induced enterocolitis syndrome caused by solid food proteins. *Pediatrics* 2003;111(4):829-35.
- [5] Meher S, Kakakios A, Frith K, et al. Food protein induced enterocolitis syndrome: 16 year experience. *Pediatrics* 2009;123:e459-64.
- [6] Sicherer SH, Eigenmann PA, Sampson HA. Clinical features of food protein-induced enterocolitis syndrome. *J Pediatr* 1998;133:214-9.
- [7] Andrews T, Tsarouhas N, Spergel J. Food allergy presenting as a "septic"-appearing infant. *Pediatr Emerg Care* 2004;20:677-9.
- [8] Hwang JB, Sohn SM, Kim AS. Prospective follow-up oral food challenge in food protein-induced enterocolitis syndrome. *Arch Dis Child* 2009;94:425-8.
- [9] Monti G, Castagno E, Liguori SA, et al. Food protein-induced enterocolitis syndrome by cow's milk proteins passed through milk. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;127:679-80.



XXIV CONGRESSO NAZIONALE ACP

Torino, 11-13 ottobre 2012

Centro Incontri Regione Piemonte
Corso Stati Uniti, 23 - TORINO

Dopo 11 anni
il Congresso ACP torna a Torino!

Sono stati anni di cambiamenti profondi: sono mutati la società, le famiglie, i bambini, e naturalmente anche noi pediatri.

L'interpretazione di questo "nuovo mondo" non è sempre facile e per questo abbiamo immaginato un percorso un po' diverso dal solito.

Aiutati anche dallo sguardo della sociologia, della bioetica, dell'antropologia, cercheremo di capire, attraverso relazioni teoriche e analisi di casi clinici, cosa ci viene chiesto e cosa possiamo dare per continuare a garantire il diritto alla salute dei nostri pazienti.

Segreteria Scientifica

ACPOvest Piemonte Valle d'Aosta
e-mail: segreteria@acpovest.it
Direttivo Nazionale ACP
e-mail: comitatodirettivo@acp.it

Segreteria Organizzativa

SELENE Srl
via G. Medici, 23 - 10143 TORINO
e-mail: selene@seleneweb.com

con il Patrocinio
della Regione Piemonte



L'utilizzo della CHAT (Checklist for Autism in Toddlers): un'esperienza di integrazione tra Neuropsichiatria Infantile e Pediatri di Libera Scelta

Marina Caldognetto*, Irene Ailliaud**, Orietta Sala***, Raffaella Veglia**, Mario Sandretto°, Silvia Gambotto°, Alessandra Martini°, Luisa Cristaudi**

*PHD SC Neuropsichiatria Infantile, Ivrea; **Psicologa; ***Logopedista; °Pediatri di Libera Scelta, Distretto 5 ASL TO4; °°Direttore di Struttura Semplice NPI, Ivrea, °°°Direttore di Struttura Complessa NPI, Ivrea

Abstract

Checklist for Autism in Toddlers (CHAT): a joint effort between the Neuropsychiatry Service and Family Paediatricians

A joint effort between family paediatricians and the Paediatric Neuropsychiatry Service aimed at testing the CHAT as a screening tool for child development pervasive disorders. The project was structured in three parts: training and supervision (2007-2009) – administration of the CHAT (2008-2009) – patient's referral to the neuropsychiatry service and feedback to the paediatricians (2008-2009). As expected, about 70% of the children received the CHAT; the medium age for referral to the Neuropsychiatry service was reduced; 3 children received a diagnosis and follow up within 2 years of age. Training and supervision were carried on by the Neuropsychiatry Service through "chalk and talk" lessons, clinical cases discussions and illustrative videos. The article underlines the collaboration between different professionals with different points of view.

Quaderni acp 2012; 19(2): 74-76

Key words Autism. Child development disorders pervasive. Diagnosis. CHAT

Si vuole descrivere un'esperienza di collaborazione tra i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e la Struttura Complessa (SC) di Neuropsichiatria Infantile (NPI). Il Progetto ha previsto la sperimentazione della scala CHAT come strumento di screening per i disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS) e si è articolato in tre fasi: 1) formazione e supervisione (2007-2008-2009); 2) applicazione della scala CHAT (2008-2009); 3) invio del paziente alla SC di NPI e feedback diagnostico ai PLS (2008-2009). Gli obiettivi attesi e raggiunti sono stati: 1) applicazione al 70% dei bambini presi in carico, ossia circa 1600 schede compilate; 2) riduzione dell'età media di invio alla SC di NPI con sospetto diagnostico (nel 2008 era di 2,8 anni), obiettivo raggiunto dal momento che in base al rischio individuato dalla CHAT sono stati possibili l'invio alla NPI, la diagnosi e la presa in carico di tre bambini con DPS entro i 2 anni di età. La formazione e la supervisione sono state effettuate dalla SC di NPI con lezioni frontali, discussione di casi clinici e visione di due video esemplificativi, che sono stati realizzati nell'ambito del Progetto. Nell'articolo si vuole evidenziare come i singoli attori, cioè pediatri, neuropsichiatra infantile e psicologo, abbiano collaborato ed elaborato l'esperienza dai loro diversi punti di vista.

Parole chiave Autismo. Disturbi pervasivi dello sviluppo. Diagnosi precoce. CHAT

Nel 2006 è iniziato un percorso di stretta collaborazione tra la Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile (SC di NPI) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) dell'ASL TO4 – Distretto 5 e 6 – in un progetto di sperimentazione della scala CHAT come strumento di screening per i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS). Di seguito si riporta come sia articolato il progetto e, in particolare, come i diversi attori del percorso abbiano vissuto ed elaborato l'esperienza.

Il Progetto è stato articolato in tre fasi:

- Fase di informazione sui DPS e di formazione all'applicazione della scala CHAT (2007-2008-2009) con lezioni frontali, discussione di casi clinici e supporto di due video esemplificativi, realizzati nell'ambito del Progetto.
- Fase di somministrazione della scala CHAT in ambulatorio pediatrico ai bambini di 18 mesi (2008-2009). La scala CHAT è stata somministrata dai

PLS ai bambini nati tra luglio 2006 e luglio 2008, nella finestra compresa tra 17 e 19 mesi di età, con l'indicazione a ripetere lo screening dopo 1 mese in caso di risultato indicativo di un rischio di qualsiasi grado. Alla seconda somministrazione indicativa di rischio, è stato concordato l'invio del bambino alla Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile (SC di NPI).

- Fase di invio dei bambini "a rischio" alla SC di NPI e feedback diagnostico ai PLS (2008-2009). Il percorso diagnostico in NPI ha previsto una prima visita NPI e una valutazione successiva più approfondita con gli strumenti standardizzati per la diagnosi dei DPS (Autism Diagnostic Interview, ADI-R; Autism Diagnostic Observation Schedule ADOS) e di altri strumenti valutativi in base al Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale in uso presso la SC di NPI.

Il pediatra

I primi interrogativi hanno riguardato la modalità di proposta di uno screening per l'autismo ("Come reagiranno le mamme? Le spaventiamo!"). È stato appositamente creato un poster esplicativo che informasse i genitori su cosa veniva loro proposto; in realtà la reazione dei genitori è stata molto positiva con un'adesione quasi totale, seppur con qualche riserva e perplessità del tipo: "Ma lo fanno a tutti?".

Abbiamo dovuto rivedere il nostro approccio con il bambino, dal momento che sono richiesti un maggiore coinvolgimento nell'interazione e una valutazione personale; abbiamo introdotto nuovo materiale di gioco nell'ambulatorio (piattini, bamboline ecc.) e modificato in parte il calendario dei controlli (si è discusso a lungo se fosse necessario ag-

Per corrispondenza:
Marina Caldognetto
e-mail: mcaldognetto@aslto4.piemonte.it

esperienze

giungere un controllo oppure abbinarlo al bilancio di salute). Quelli di noi che eseguivano le vaccinazioni erano in difficoltà in quanto questo fattore avrebbe potuto incidere sulla successiva disponibilità del bambino. Si è discusso, infine, su dove inserire l'esito della scala all'interno dell'agenda della salute in uso e su come trasmettere alla NPI la griglia appositamente preparata (figura 1).

La psicologa

Durante tutto il percorso si sono svolti incontri di supervisione perché si sentiva l'esigenza di ridiscutere, rivedere, confrontarsi. Sono risultati uno strumento essenziale i video (realizzati con il collega pediatra sui nostri rispettivi figli di 18 mesi), perché hanno permesso di mettere a fuoco le criticità e i nodi fondamentali su cui è basata la scala: l'attenzione congiunta, il significato comunicativo dell'indicazione (*pointing*) e il gioco simbolico.

In particolare sono state condivise le seguenti indicazioni:

- attenzione congiunta (domanda B2): si è suggerito di guardare e indicare un poster con un bimbo e dire: "Oh guarda, sei tu?", ricercando il movimento di sguardo del bambino: sguardo al pediatra, sguardo al poster, sguardo nuovamente al pediatra;
- *Pointing* (domanda B4: es. "Dov'è la luce?"): è necessario agganciare lo sguardo del bimbo, chiedere di indicare e ricercare nuovamente il suo sguardo;
- gioco simbolico (domanda B3): si è insistito sul fatto che l'adulto debba mantenere un atteggiamento di attesa e di osservazione, senza anticipare o sostituirsi al bambino, né indurne un'imitazione. Può essere necessario coinvolgere la mamma e avere più oggetti a disposizione (tazzina, telefono, gioco del dottore).

La siglatura della scala è risultata l'elemento più ostico, su cui si è dovuto ritornare più volte. Tuttavia è apparso uno strumento di rigore necessario, dal momento che la somministrazione tendeva ad assumere caratteristiche eccessi-

FIGURA 1

REGIONE PIEMONTE A.S.L.n° 9 Via Aidisio 2, 10015 IVREA

C.H.A.T.: CHECKLIST per i DISTURBI di SVILUPPO

Cod. identificativo _____

nato il _____ M F

1° somministrazione _____ 2° somministrazione _____

Sezione A: DOMANDE AI GENITORI

1. Al vostro bambino piace essere cullato, fatto saltellare sulle ginocchia?	SI	NO
2. Vostro figlio si interessa agli altri bambini?	SI	NO
3. Gli piace arrampicarsi sui mobili o sulle scale?	SI	NO
4. Si diverte a fare giochi tipo "cucci o nascondino"?	SI	NO
5. Ogni tanto gioca a "FAR FINTA" di preparare da mangiare o altro?	SI	NO
6. Ogni tanto usa il dito indicando per CHIEDERE qualcosa?	SI	NO
7. Ogni tanto usa il dito per indicare interesse per qualcosa, richiamando la vostra attenzione?	SI	NO
8. E' in grado di giocare in modo appropriato con giocattoli (es. macchinine o mattoncini), oltre che metterli in bocca o manipolarli o farli cadere?	SI	NO
9. Il vostro bambino ogni tanto vi porge oggetti per MOSTRARVI qualcosa?	SI	NO

Sezione B: OSSERVAZIONE DIRETTA

1. Durante la visita il bambino vi guarda negli occhi?	SI	NO
2. E' possibile ottenere l'attenzione del bambino, poi indicare con il dito un oggetto interessante dentro alla stanza, dire "OH, guarda, c'è un... (nominare l'oggetto)", il bambino guarda ciò che voi state indicando?	SI	NO
3. E' possibile ottenere l'attenzione del bambino e coinvolgerlo in un gioco di far finta (ad esempio se con un cucchiaino e un piattino si fa finta di mescolare la pappa, di darla da mangiare al bimbo, fa finta anche lui di farlo o di mangiarla lui stesso, darla alla mamma, ecc.?)	SI	NO
4. Chiedendogli "Dov'è la luce?" o "Mostrami la luce" o ripetendo la domanda con altri oggetti conosciuti, il bambino INDICA verso la luce o l'oggetto e contemporaneamente vi guarda in faccia?	SI	NO
5. Il bambino riesce a fare una torcia? Se sì, con quanti cubetti?	SI	NO

vamente personalizzate o talora semplificate.

L'indicazione a ripetere lo screening a distanza di un mese in caso di risultato indicativo di un rischio di qualsiasi grado, come avevamo concordato, non è stata ben accolta, e alcune mamme non hanno riportato i bambini al successivo controllo. Peraltro la ripetizione della scala nella maggioranza dei casi ha dato un risultato negativo. Aver scelto una finestra allargata di 17-19 mesi per "comodità" organizzativa, infatti, ha dato probabilmente più falsi positivi alla prima somministrazione che se avessimo

scelto di aspettare per tutti i bambini almeno i 18 mesi di età. Allo stesso modo è risultato senz'altro chiaro che per i bambini nati prematuri vanno considerati i 18 mesi di età corretta.

La neuropsichiatria infantile

Alla seconda somministrazione indicativa di rischio è stato concordato l'invio del bambino alla SC di NPI con un accesso diretto: si sono svolte una prima visita e una successiva valutazione più approfondita con gli strumenti standardizzati per la diagnosi dei DPS (Autism Diagnostic Interview, ADI-R; Autism

TABELLA 1: DIAGNOSI SUI BAMBINI INVIATI ALLA SC DI NPI IN RELAZIONE ALLA CATEGORIA DI RISCHIO INDIVIDUATA NELLA SCALA

N. CHAT	Diagnosi ICD10
1 Rischio grave	F04.0 Autismo infantile
2 Rischio grave	F84.0 F84.1 F84.2 Autismo infantile e Ritardo non specificato
3 Rischio grave	F84.2 Sindrome di Rett
4 Rischio moderato	F90.00 F80.1 Sindrome ipercinetica, Intelligenza ai limiti inferiori, Disturbo di linguaggio espressivo
5 Rischio moderato	F70 F00.1 Ritardo mentale, Disturbo di linguaggio espressivo
6 Rischio moderato	Z03 Follow-up per nascita prematura
7 Rischio per altri disturbi	F81.0 Disturbo fonetico-fonologico del linguaggio
8 Rischio per altri disturbi	F81.1 Disturbo fonetico-fonologico del linguaggio
9 Rischio per altri disturbi	F81.2 Z80.9 Disturbo fonetico-fonologico del linguaggio, Bilinguismo
10 Rischio per altri disturbi*	senza

* 3 bambini senza altri disturbi osservazione del pediatra

Diagnostic Observation Schedule, ADOS) e con altri strumenti valutativi in base al Protocollo diagnostico terapeutico assistenziale in uso.

Sono state compilate circa 1600 schede (l'obiettivo era di raggiungere il 70% dei bambini in carico nati tra luglio 2006 e luglio 2008, nella finestra compresa tra 17 e 19 mesi di età). 12 bambini sono stati inviati. Di essi 10 si sono effettivamente presentati e, di questi, secondo l'ICD -10 (*International Classification Diseases -10*), 3 hanno ricevuto una diagnosi di DPS (F84), 3 di disturbo di linguaggio (F80), 1 di sindrome ipercinetica (F90), 1 di ritardo di sviluppo (F70), 1 di follow-up per nascita prematura (Z03).

Una bambina è risultata sana ma è stata motivo di ridiscussione con i pediatri dei criteri di invio, in quanto la positività a una sola delle due sessioni (in particolare risultava indicativa solo l'osservazione del pediatra e non quanto riferito dai genitori) andrebbe verificata.

L'età media di arrivo dei bambini inviati mediante CHAT è risultata nettamente inferiore ai bambini giunti per altre vie e ciò ha permesso di ridurre l'età di arrivo alla diagnosi e alla presa in carico dei bambini con disturbo dello spettro autistico, in accordo con quanto previsto come secondo obiettivo del Progetto.

In base alla categoria di rischio la scala ha ri-dimostrato quanto sia predittiva per i disturbi pervasivi dello sviluppo (rischio grave) e comunque per altri disturbi (rischio moderato/rischio per altri disturbi) (*tabella 1*).

Il Progetto a tutt'oggi sta continuando, con i dati delle CHAT compilate in corso di valutazione.

Il pediatra

La somministrazione della scala comporta un tempo variabile da 5 a 15 minuti, dopo un periodo di circa un anno in cui i pediatri hanno raggiunto una buona dimestichezza con la tecnica di somministrazione. Nonostante le difficoltà legate all'apprendimento di un nuovo strumento e ai necessari cambiamenti, i pediatri del Distretto 6 dell'ASL T04 stanno continuando a somministrare la scala, diventata uno strumento integrato nell'attività ambulatoriale e un'occasione di approccio nuovo e diretto al bambino, capace di coglierne meglio le caratteristiche, le abilità ed eventuali altre problematiche.

Lentamente tra i pediatri si è creata la tacita consapevolezza che la CHAT serve e che quindi va somministrata, che i risultati ci sono e ci sono sempre di più se l'impegno dura nel tempo. Ciò non è sempre possibile, come è successo ai colleghi del Distretto 5 che hanno iniziato con noi il percorso ma hanno poi abbandonato il Progetto.

Iniziano a delinearci alcuni risultati concreti al di là dello strumento CHAT: un ampliamento della conoscenza delle problematiche relazionali dei primi anni di vita, la revisione dei criteri di accesso alla NPI nel tentativo di razionalizzare e di ridurre le liste di attesa, il loro coinvolgimento (da noi voluto e cercato) nel gruppo dei pazienti complessi dell'ASL.

Cambia anche il rapporto con gli scomodi, ingombranti, ma essenziali neuropsichiatri infantili ("i vicini di casa"), se ne capisce il duro, scomodo lavoro, si smontano pregiudizi e fantasmi.

Ci auguriamo che questa esperienza di collaborazione, così importante per noi, possa essere riprodotta in altri contesti. ♦

Bibliografia di riferimento

- Baron-Cohen S, Wheelwright S, Coc A, et al. Early identification of autism by Checklist for Autism in Toddlers. *J R Soc Med* 2000;93:521-5.
- Gitti F, Gambarà S, Allibrio G, et al. Un progetto di rete per favorire la diagnosi precoce dell'autismo: l'esperienza dell'UONPIA di Brescia. *Autismo e Disturbi dello sviluppo* 2010;3:363-74.
- Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 1994;24(5):659-85.
- Lord C, Rutter M, DiLavore PC, et al. Autism Diagnostic Observation Schedule-WPS Edition (ADOS-WPS), Western Psychological Services. Los Angeles, 1999.
- Robins DL. Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. *Autism* 2008;5: 537-56.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorder: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.

È ufficiale: diagnosi di celiachia anche senza biopsia

Enrico Valletta, Martina Fornaro
 UO di Pediatria, Dipartimento Materno-Infantile, AUSL di Forlì

Abstract

It's official: celiac disease diagnosis without biopsy

ESPGHAN has recently published the guidelines for the diagnosis of celiac disease in childhood. One of the most remarkable changes is the possibility to diagnose celiac disease without intestinal biopsy in symptomatic children and adolescents with very high levels of transglutaminases type-2 antibodies and positive HLA DQ2/DQ8. The main recommendations are here briefly summarized and commented.

Quaderni acp 2012; 19(2): 77-80

Key words Celiac disease. Diagnosis. Biopsy. HLA. Transglutaminase type-2 antibodies

L'ESPGHAN ha recentemente diffuso le nuove Linee Guida per la diagnosi di celiachia in età pediatrica. Una delle principali novità è che nei bambini e adolescenti sintomatici, con livelli elevati di anticorpi antitransglutaminasi e HLA DQ2/DQ8 positivi, la celiachia può essere diagnosticata senza ricorrere alla biopsia intestinale. Diamo una breve sintesi commentata delle principali raccomandazioni contenute in questa Linea Guida.

Parole chiave Celiachia. Diagnosi. Biopsia. HLA. Anticorpi antitransglutaminasi

Ogni venti anni la storia della celiachia (MC) volta pagina. Nel 1969, il Meeting di Interlaken aveva voltato la prima pagina rispetto a un passato di empirismo diagnostico, stabilendo che per arrivare alla diagnosi di MC occorre tre biopsie intestinali successive [1]. A partire dalla metà degli anni Ottanta, la diffusione degli anticorpi antigliadina e l'individuazione di alcuni HLA di predisposizione avevano reso evidente che in un certo numero di casi era possibile concludere la diagnosi, con ragionevole sicurezza e in tempi più stretti, anche senza ricorrere alle canoniche tre biopsie. Nel 1990, l'ESPGHAN volta ancora pagina e stabilisce che la diagnosi può essere conclusa, nella maggior parte dei casi e con l'aiuto della sierologia, dopo una singola biopsia che mostri l'atrofia della mucosa intestinale [2].

Dal 1990 a oggi, le incalzanti conoscenze fisiopatologiche sulla MC e la disponibilità di test sierologici di grande affidabilità hanno sempre più insidiato il primato dell'istologia come gold standard diagnostico. Si è andata consolidando invece la convinzione che clinica, sierologia e assetto HLA fossero talora sufficienti per concludere la diagnosi di MC, senza ricorrere alla biopsia. In particolare, i lavori di Auricchio e coll. in Italia e

di Ribes-Koninckx e coll. in Europa hanno fatto emergere una diffusa richiesta di revisione dei criteri stabiliti, appunto, venti anni prima [3-4]. Nel 2011, l'ESPGHAN gira un'altra volta pagina con le nuove Linee Guida *evidence-based* [5]. Era un passo atteso, ma ora è ufficiale: per fare diagnosi di MC non è più necessario, sempre e comunque, verificare il danno della mucosa intestinale. Vediamo a quali domande l'ESPGHAN dà oggi nuove risposte.

Cos'è la celiachia?

La MC viene ridefinita come una malattia sistemica immuno-mediata, scatenata dal glutine e dalle prolamine correlate, in individui geneticamente predisposti e caratterizzata dalla presenza di una variabile combinazione di: 1) sintomi glutine-dipendenti, 2) anticorpi specifici, 3) aplotipi HLA-DQ2 o DQ8 e 4) enteropatia. Per anticorpi specifici si intendono gli anticorpi antiendomisio (EMA), anti-transglutaminasi tipo-2 (TG2) e antigliadina deaminata (DGP).

Si sottolineano la natura autoimmune della MC e – prima novità – la variabile presenza di quattro elementi cardine, tra i quali l'enteropatia che appare oggi sullo stesso piano degli altri (può esserci, ma anche no).

Chi deve essere indagato per celiachia?

Due gruppi di pazienti attorno ai quali si svilupperà tutta la Linea Guida:

- bambini e adolescenti con segni e sintomi suggestivi e non altrimenti spiegati;
- bambini e adolescenti appartenenti a gruppi a rischio per MC.

Nulla di nuovo fin qui, né nell'elencazione dei segni e sintomi che restano molti e proteiformi né in quella dei classici gruppi a rischio (familiari con celiachia o storia personale di malattia autoimmune, sindrome di Down, sindrome di Turner, sindrome di Williams, nefropatia IgA o deficit di IgA). Importante l'appartenenza a uno dei gruppi perché questo determinerà un iter diagnostico del tutto diverso.

Quali sono le risorse diagnostiche?

I TG2 di classe IgA restano il test sierologico di primo impiego. Livelli di TG2 più elevati di 10 volte il valore superiore di normalità si associano con elevata probabilità a un'atrofia della mucosa intestinale. Gli EMA vengono in seconda battuta, hanno valore di conferma e costituiscono tuttora lo standard di riferimento. I DGP di classe IgG hanno performance un po' inferiori a TG2 ed EMA, ma sono utili nei difetti di IgA e, forse, nei bambini di età inferiore ai 2-3 anni. Grande attenzione va posta alla standardizzazione delle metodiche, ai controlli di qualità in laboratorio e alla definizione di *cut-off* specifici per i diversi kit commerciali in uso. Un risultato positivo nei test rapidi deve essere confermato con una sierologia classica, e le metodiche su saliva o feci non sono affidabili.

Gli HLA DQ2/DQ8 confermano la loro bassa (54%) specificità (basso potere predittivo positivo) così come la loro elevata sensibilità (96%: elevato potere predittivo negativo) per MC. In altri termini, l'assenza di DQ2/DQ8 rende improbabile che ci si trovi di fronte a una MC e il loro ruolo principale è proprio di *esclu-*

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

dere (o quasi) questa possibilità. Come utilizzare gli HLA? Certamente non vanno indagati tutti i sospetti di malattia, ma per esempio quelli con sierologia negativa e istologia dubbia o gli individui asintomatici appartenenti ai gruppi a rischio per selezionare chi sottoporre a ulteriori indagini sierologiche. Importante novità è il loro utilizzo per rafforzare la diagnosi quando ci si trovi di fronte a un forte sospetto clinico e a una marcata positività sierologica e si sia deciso di fare a meno della biopsia.

Due novità. La prima è che tanto più alto è il livello di TG2, tanto più probabile è l'atrofia della mucosa (e quindi la MC). Per valori di TG2 oltre 10 volte la norma ci è consentito imboccare la scorciatoia per arrivare alla diagnosi di MC senza passare dalla biopsia. Gli EMA hanno una funzione di "controllo" nei confronti dei TG2 (meglio dosarli su campioni di sangue diversi per escludere qualsiasi possibilità di errore) mentre i DGP di classe IgG devono ancora trovare una precisa collocazione d'uso, difetti di IgA a parte. Scompaiono dall'orizzonte gli antigliadina classici, ormai obsoleti. La seconda novità è che gli HLA sono chiamati a dare un contributo importante (per alcuni non indispensabile) per arrivare alla diagnosi di MC pur in assenza della biopsia. Rilevante è anche il loro ruolo nel selezionare chi, all'interno dei gruppi a rischio, vale la pena continuare a seguire perché potrebbe in futuro sviluppare la malattia e chi, invece, possiamo lasciare in pace perché non HLA-pre-disposto.

Ci sono novità sul versante dell'istologia duodenale (quando c'è)?

Non sostanziali. Le biopsie del bulbo possono, talora, risultare diagnostiche in assenza di lesioni istologiche nel duodeno più distale e, quindi, andrebbero sempre fatte se si opta per l'indagine endoscopica. La classificazione di Marsh mantiene il suo ruolo di riferimento, accompagnata, nei casi più sfumati, dalla ricerca dei linfociti intraepiteliali, dei linfociti γ/δ e dei depositi mucosali di TG2-IgA [6]. Resta aperto il problema dei soggetti con sierologia positiva e istologia sostanzialmente negativa, della loro storia naturale e dell'opportunità o meno di avviarli a una dieta *gluten-free*.

L'istologia sembra aver perso buona parte del suo ruolo diagnostico. Le incongruenze tra istologia e sierologia rappresentano ancora un'area grigia ineliminabile, con la tendenza a dare sempre meno credito alla prima che alla seconda. Eppure, la biopsia appare tuttora indispensabile per dirimere quel 50% di casi nei quali clinica e sierologia da sole non bastano a convincere. È in questo ambito, più stretto di prima, ma comunque decisivo, che l'istologia dovrebbe sviluppare metodi d'indagine più raffinati e sensibili per recuperare il ruolo onorevolmente ricoperto da 40 anni a questa parte.

C'è bisogno di altre biopsie dopo la diagnosi?

Di regola no: la scomparsa dei sintomi e la normalizzazione della sierologia sono una conferma sufficiente. Solo nei casi che non rispondono alla dieta nonostante un'adeguata e ben indagata compliance, possono essere indicate ulteriori biopsie. Lo scatenamento con glutine (*challenge*) riduce le proprie indicazioni ai casi diagnosticati in maniera non ortodossa. Nel caso si decida per il *challenge*, è meglio evitare di farlo prima dei 5 anni di età o durante lo spurt puberale.

È giocoforza che in un momento di forte ripensamento sulla prima biopsia, le eventuali seconda o terza subiscano un drastico ridimensionamento. Già da tempo le biopsie in dieta agglutinata e dopo reintroduzione del glutine sono diventate rarissime. Una diagnosi ben fatta da principio è la migliore garanzia di non dover più sottoporre il bambino a ulteriori manovre invasive. Si conferma, pertanto, una prassi già in uso nei fatti.

Cosa fare nei soggetti con segni o sintomi suggestivi?

Per questi pazienti è stato sviluppato un algoritmo (figura 1) che descriviamo sinteticamente. Il test di primo livello è costituito dagli anticorpi TG2 insieme alle IgA totali. Se i TG2 sono negativi, fatta eccezione per alcuni casi particolari, l'ipotesi di MC va messa da parte, fermo restando che in caso di forte sospetto clinico siamo comunque autorizzati ad andare alla biopsia anche con sierologia negativa. Se i TG2 sono positivi ad alto titolo (oltre 10 volte il limite

di norma), è possibile concludere la diagnosi senza passare dalla biopsia: si cerca la conferma di EMA e HLA e, se entrambi sono positivi, l'iter è terminato. Impostata la dieta senza glutine, il follow up clinico (scomparsa dei sintomi) e sierologico (negativizzazione dei TG2) daranno la conferma definitiva. Naturalmente, l'iter va discusso con i genitori, lasciando comunque aperta la porta della biopsia diagnostica. Biopsia indicata, invece, per i TG2 positivi con valore inferiore a 10 volte la norma. Tutti i casi con TG2, EMA e HLA discordanti tra loro, andranno valutati ricorrendo, anche qui con tutta probabilità, all'istologia. Per i casi dubbi, l'ESPGHAN propone un sistema a punteggio che necessita, peraltro, di essere validato prima di poter essere definitivamente adottato.

L'algoritmo racchiude la novità della diagnosi di MC senza biopsia. Con segni/sintomi suggestivi e concorde e inequivocabile positività di sierologia e HLA la diagnosi può dirsi fatta. Secondo alcuni si risparmierebbe così il 50% circa delle biopsie [7]. In tutte le situazioni intermedie resta ampio margine di giudizio clinico e qui la Linea Guida si limita a dare indicazioni di massima. In presenza di sierologie o HLA discordanti o di TG2 a titolo inferiore a 10 volte la norma, la correlazione clinico-laboristica ci guiderà nell'attesa o nella ricerca della conferma istologica.

Cosa fare nei bambini asintomatici a rischio per celiachia?

In questi bambini, i casi di falsa positività per TG2 sono più numerosi e la biopsia è generalmente ritenuta necessaria (figura 2). La tipizzazione HLA, come test di screening, consentirà di concentrarsi sui DQ2/DQ8 positivi indagandoli poi con i TG2. Se i TG2 sono negativi, può essere esclusa per il momento la MC ma va considerata la possibilità che si possa sviluppare in futuro e, pertanto, andranno ritestati ogni 2-3 anni. Se i TG2 sono fortemente positivi, vanno cercati meglio eventuali sintomi suggestivi perché si potrebbe forse ricadere nell'algoritmo dei sintomatici ed evitare la biopsia. Se il paziente è davvero asintomatico e ha livelli di TG2 superiori a 3 volte la norma, si andrà direttamente alla biopsia. Se il titolo è più basso, il rischio di

ARGONAUTI XIII L'approdo alla Terra delle Sirene

25-26 maggio 2012

Sala Convegni Azienda Autonoma di Soggiorno e Turismo, Sorrento (NA)

Il XIII incontro per Gli Argonauti, il terzo anno in Campania, nell'ottica condivisa da tutti i gruppi ACP del Sud di continuare a navigare verso "nuovi porti" e ormeggiare per un po', sempre guidati dalla voglia di conoscenza, ma anche di sfide e nuove pratiche. Ogni sessione del Convegno sarà dedicata all'approfondimento di un argomento; ogni relazione di 20 minuti sarà seguita da una discussione di 20 minuti. Al termine di ogni sessione ci saranno due gruppi di lavoro. Vi aspettiamo numerosi. Il direttivo dell'ACP Campania insieme ai Gruppi ACP Sicilia, Calabria, Puglia, Basilicata, Molise.

va per il paziente e per la sua famiglia e potenzialmente rilevante dal punto di vista della qualità di vita. Qualsiasi percorso si scelga, oggi come domani, la diagnosi non può lasciare alcuno spazio a incertezze e ripensamenti. Per rinunciare alla biopsia occorrerà avere tutte le altre carte – cliniche, sierologiche e genetiche – in regola e non dovrà mancare, infine, una chiara risposta clinica alla dieta. ♦

Venerdì 25 maggio

- ore 9,15 Benvenuto
- ore 9,30 **Le reumatoartropatie croniche** (Modera: L. de Seta)
Casi clinici: I dolori nel sangue...! (L. Raineri)
Una strana zoppia (S. Sabbatino)
Le basi molecolari e la clinica (E. Cortis, M. Alessio)
- ore 11,50 Farmaci vecchi e nuovi (E. Cortis)
Gruppi di lavoro: Impariamo a fare un buon esame osteoarticolare (E. Cortis, M. Alessio)
- ore 14,10 **I Disturbi pervasivi dello Sviluppo** (Modera: A. Spataro)
Casi clinici tipici e atipici (A. Romano)
Il ruolo delle associazioni dei genitori (D. Vivanti)
Siamo capaci di sospettare e diagnosticare? (R. Militerni)
La genetica ci aiuta a capire meglio (L. Pastore)
- ore 17,10 E dopo la diagnosi...? (P. Magri)
L'intervento precoce: le prime configurazioni interattive (G. Gison)
Gruppi di lavoro: Impariamo a usare gli strumenti utili (C. Bravaccio, A. Frolli)
- ore 21,00 **Cena sociale con la premiazione del concorso fotografico "Pasquale Causa"**

Sabato 26 maggio 2012

- ore 9,30 **Dal latte... al companatico** (Modera: S. Auricchio)
Esperienze a confronto
Mangiare bene: una ipoteca sulla salute futura (A. Iannone, A. Esposito, N. Maresca)
Mi svezzo da solo: dubbi e criticità (L. Piermarini)
Mangiare con sicurezza, dal dire al fare (F. Maranghi)
Tiriamo le somme (S. Auricchio)
- ore 12,00 **Pillole di novità** (Modera: G. Biasini)
Neuroni in via di connessione... cresce una rete per il futuro (R. Bosio)
I bambini in auto: una serie di errori da evitare (A. Fiorentino)
Questionari ECM e arrivederci al 2013

MODALITÀ DI ISCRIZIONE AL CONVEGNO

Coloro i quali desiderano partecipare sono pregati di iscriversi compilando la relativa scheda di iscrizione disponibile in formato pdf sul sito www.newcongress.it oppure possono contattare la Segreteria Organizzativa:
Tel. PBX 081 8780564 – e-mail: info@newcongress.it

QUOTE DI ISCRIZIONE

Soci ACP: 180,00 euro; non soci ACP: 230,00 euro; specializzandi: 40,00 euro
La quota comprende: partecipazione ai lavori, attestato di partecipazione, crediti ECM, coffee break, light lunch, cena sociale.

CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA" – V Edizione

Regolamento: il Concorso è libero, non è riservato ai soli soci ACP né agli iscritti al Convegno. Le foto dovranno avere come tema i bambini in riferimento ai temi del Convegno. Le foto dovranno essere accompagnate da didascalia, nome, cognome, recapito postale, e-mail, telefono e qualifica dell'autore e della liberatoria firmata dal soggetto eventualmente fotografato. Le foto potranno essere fornite in formato digitale e inviate al seguente indirizzo email: li.dimai@alice.it specificando in oggetto: CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA". Il giudizio di qualità sulle foto sarà compito di una giuria scelta dagli organizzatori del Convegno. Verranno segnalati nel corso del Convegno il vincitore e 5 foto meritevoli. Le foto partecipanti dovranno pervenire entro e non oltre il 30 aprile 2012.

Al Congresso saranno assegnati 13,5 crediti formativi ECM.

Elenco delle abbreviazioni

- DGP: anticorpi antigliadina deaminata
- EMA: anticorpi antiendomio
- HLA: antigeni di istocompatibilità
- Marsh (classificazione istologica di):
0-mucosa normale
1-lesioni minime
2-subatrofia
3-atrofia
- MC: celiachia (malattia celiaca)
- TG2: anticorpi antitransglutaminasi tipo-2

Bibliografia

- [1] Meeuwisse GW. Round table discussion. Diagnostic criteria in coeliac disease. Acta Paediatr Scand 1970;59:461-3.
- [2] Walker-Smith JA, Guandalini S, Schmitz J, et al. Revised criteria for diagnosis of coeliac disease. Arch Dis Child 1990;65:909-11.
- [3] Auricchio R, Granata V, Borrelli M, et al. Italian Paediatricians' approach to coeliac disease diagnosis. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009;49:374-6.
- [4] Ribes-Koninckx C, Mearin ML, Korponay-Szabó IR, et al. Coeliac disease diagnosis ESPGHAN 1990 Criteria or need for a change? J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012;54:15-9.
- [5] Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, et al. ESPGHAN guidelines for the diagnosis of coeliac disease in children and adolescents. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012;54:136-60.
- [6] Marsh MN. Grains of truth: evolutionary changes in small intestinal mucosa in response to environmental antigen challenge. Gut 1990;31:11-4.
- [7] Benelli E, Ronfani L, Radillo O, et al. Diagnosi di celiachia: basta con la biopsia? Risultati di un'analisi sistematica della letteratura per la definizione di nuove Linee Guida diagnostiche. Medico e Bambino 2011;30:493-8.
- [8] Troncone R. Diagnosi di celiachia senza la biopsia: tra evidenze consolidate e nuovi interrogativi. Medico e Bambino 2011;30:483-4.

Amianto e salute dei bambini

Giacomo Toffol

Pediatra di famiglia Asolo, Gruppo ACP Pediatri per Un Mondo Possibile

Parole chiave Amianto. Eternit. Mesotelioma pleurico. Scuole

La recente condanna penale dei vertici della Eternit per la loro responsabilità diretta nei decessi causati dalla lavorazione dell'amianto a Casale Monferrato, dove fino alla metà degli anni Ottanta ha operato la più importante fabbrica di manufatti in cemento-amianto italiana, ha riportato all'attenzione generale il problema dello smaltimento di questo minerale da tutte le costruzioni in cui è stato utilizzato. Il problema riguarda in modo particolare gli edifici scolastici, in cui soggiornano per molto tempo della loro vita i bambini italiani.

Il lungo intervallo di tempo necessario perché, dopo l'esposizione alle fibre di amianto, si manifestino i suoi gravi effetti per la salute, primo fra tutti il mesotelioma pleurico (tempo di latenza di 40 anni dall'inizio dell'esposizione), e l'assenza di un livello soglia al di sotto del quale gli effetti non si manifestano, rendono infatti gli studenti italiani una potenziale popolazione a rischio elevato [1].

Amianto: cos'è, per cosa è stato usato, dove si trova

Detto anche asbesto, è un silicato con struttura fibrosa utilizzato fin dai tempi remoti per le sue particolari caratteristiche di resistenza al fuoco e al calore. Presente in molte parti del mondo, si ottiene facilmente dalla roccia madre dopo macinazione e arricchimento, in genere in miniere a cielo aperto. Le caratteristiche dell'amianto (resistenza meccanica, al calore e agli agenti chimici, flessibilità) e le sue proprietà di isolante acustico, unite al basso costo di produzione e lavorazione, ne hanno favorito l'utilizzo in più di 3000 prodotti differenti dell'edilizia e dei trasporti, in particolare negli anni tra il '65 e il '94, anno nel quale in Italia ne è stato definitivamente proibito qualsiasi impiego.

Per corrispondenza:

Giacomo Toffol

e-mail: giacomo@giacomotoffol.191.it

All'interno degli edifici è possibile trovare amianto soprattutto nelle coperture, sotto forma di lastre ondulate o piane di cemento amianto (eternit), nelle canne fumarie e nei cassoni per l'acqua, nei pannelli isolanti e nei pavimenti vinilici (tipo linoleum).

Rischi per la salute

Dell'amianto sono ormai certe le correlazioni con patologie tumorali quali il mesotelioma pleurico. Recentemente l'Agency for Research on Cancer (IARC) ha definito l'amianto agente cancerogeno certo (Gruppo 1), oltre che per la pleura, anche per il polmone, il laringe, l'ovaio, il peritoneo, il pericardio, la tunica vaginale del testicolo e, seppur con evidenza limitata, per il colon-retto, lo stomaco e il faringe [2].

Queste affermazioni dello IARC derivano prevalentemente da valutazioni su lavoratori esposti per motivi professionali. Va comunque ricordato come l'esposizione ambientale sia stata documentata come rischio importante per la comparsa di mesotelioma già nel 2000 da uno studio caso-controllo effettuato proprio nella popolazione di Casale Monferrato dal Centro di Prevenzione Oncologica del Piemonte [3]. Gli Autori di questo studio infatti hanno documentato che il rischio relativo tende a essere inversamente proporzionale alla distanza dell'abitazione dei casi dalla fonte inquinante rappresentata dalla fabbrica, con un OR di 27,7 (IC 95%: 3,1; 247,7) a meno di 500 metri, di 22,0 (IC 95%: 6,3; 76,5) fra 500 e 1499 metri, di 21,0 (IC 95%: 4,9; 91,8) fra 1500 e 2499 metri, di 11,1 (IC 95%: 1,8; 67,2) a più di 2500 metri e di 8,3 (IC 95%: 2,1; 32,6) per i paesi limitrofi, evidenziando la correlazione fra esposizione ambientale all'asbesto e mesotelioma maligno della pleura indipendentemente dalla situazione lavorativa dei soggetti ammalati.

La presenza di manufatti in cemento-amianto non costituisce di per se stessa un rischio per la salute umana. Il rischio infatti dipende dalla probabilità di dispersione delle sue fibre in aria e suolo, e quindi essenzialmente dallo stato di deterioramento del manufatto. La principale via di esposizione è infatti rappre-

sentata dall'inhalazione di fibre microscopiche che si possono liberare nell'aria a seguito del deterioramento o di non corretti tentativi di rimozione dei manufatti. Anche se i pareri al riguardo non sono del tutto univoci, il risiedere per molte ore in edifici con coibentazioni deteriorate sembra essere un importante fattore di rischio, come dimostrano due studi che riportano un eccesso di rischio di mesotelioma per i decoibentatori e per i lavoratori impegnati in attività di manutenzione in edilizia [4-5].

Rischio ambientale: le scuole

Almeno 2400 risultano essere gli edifici scolastici contaminati in tutta Italia. La loro bonifica è stata prevista già da una legge del 1992 (legge n. 257, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* del 13 aprile 1992), ma a tutt'oggi non è stata completata da parte di alcune regioni italiane nemmeno la mappatura esatta di questi edifici, mentre in altre regioni, pur essendo stati correttamente individuati, attendono ancora di essere bonificati. È certo che l'esposizione a questo minerale è un importante fattore di rischio per la salute; è certo che, dato il lungo tempo di latenza, gli effetti si vedranno solo tra molti anni. È certo che non si può attendere oltre. ♦

Bibliografia

- [1] Progetto ambiente e tumori. Aiom - Associazione Italiana di Oncologia Medica, edizione 2011.
- [2] Straif K, Benbrahim L, Baan R, et al. A review of human carcinogens-Part C: metals, arsenic, dusts, and fibres. *Lancet Oncol* 2009;5:453-4.
- [3] Magnani C, Dalmaso P, Buggeri A. Increased risk of malignant mesothelioma of the pleura after residential or domestic exposure to asbestos: a case-control study in Casale Monferrato, Italy. *Environ Health Perspect* 2001;9:915-9.
- [4] Frost G, Harding AH, Darnton A, et al. Occupational exposure to asbestos and mortality among asbestos removal workers: a Poisson regression analysis. *Br J Cancer* 2008;5:822-9.
- [5] Rake C, Gilham C, Hatch J, et al. Occupational, domestic and environmental mesothelioma risks in the British population: a case-control study. *Br J Cancer* 2009;7:1175-83.

In Uganda: un Paese comunque in cammino

Pino La Gamba

Struttura Complessa di Neonatologia, Ospedale di Catanzaro

Il mio rapporto diretto con l'Africa è iniziato nel novembre del 2006, ma l'idea di raggiungerla risale ai primi anni Settanta, alla mia formazione universitaria. L'idea di impegnarsi in azioni nei Paesi in cerca di sviluppo si diffondeva sempre più fino a contagiare, come un'epidemia positiva, buona parte della mia generazione. Questo mi aveva portato a vivere, nell'estate del 1970, la prima esperienza con l'organizzazione francese Emmaus. Il mio lavoro e la frequentazione dell'ACP hanno fatto il resto. Ho così accettato la proposta della Fondazione "Progetto Sud" di Lamezia Terme (Cz) di collaborare a un progetto a sostegno di un Centro di Accoglienza per bambini e ragazzi soli a causa dell'AIDS dei genitori: GOSSACE, creato in Uganda da un'associazione di persone sieropositive per l'HIV. In Uganda sono circa 1.500.000 gli orfani per la rapida diffusione dell'AIDS. Il tumultuoso aumento ha messo in crisi la disponibilità di parenti o vicini ad accogliere i piccoli rimasti soli. Ciò ha creato il problema dell'abbandono dei bambini. Benché gli orfanotrofi non appartengano alla cultura africana, sono sorte numerose iniziative spontanee di accoglienza che contano sui sostegni che giungono dal mondo ricco, attraverso organizzazioni laiche o confessionali. GOSSACE è nel villaggio di Golomolo, sulle rive del lago Vittoria, a 35 km da Kampala, percorribili in due ore d'auto. Alla mia prima visita, nel 2006, ospitava 176 fra bambini e ragazzi da 3 a 18 anni. Erano pochi quelli con disabilità importanti, per lo più esiti di polio. Solo nove erano sieropositivi per l'HIV. La malaria, la scabbia, le parassitosi intestinali, le gastroenteriti, le broncopolmoniti erano le patologie prevalenti. Le condizioni di vita erano precarie ma non dissimili da quelle dei villaggi vicini. Mancavano acqua potabile ed energia elettrica. L'alloggio, un unico pasto quotidiano, l'istruzione primaria erano le offerte del Centro. "Non si può chiudere la porta a chi bussa perché ha bisogno", era il criterio di accoglienza adottato da Vincent, il responsabile del Centro, impegnato a tamponare le quoti-

diane emergenze, in una dimensione esistenziale di negazione dei diritti primari. Sapevo di raggiungere una realtà di grande disagio, ma le prime sensazioni sono state di inadeguatezza e di inutilità.

Ero partito con l'idea di "curare" ma vedevo la relativa utilità degli interventi sanitari. Il rischio di una continua e pericolosa distribuzione di tanti farmaci era molto elevato.

Le principali cause di morbidità e mortalità erano il poco cibo, la mancanza di acqua, le precarie condizioni di vita. Così è stato il pozzo, realizzato in quella prima visita, a dare l'avvio a un sostegno che negli ultimi cinque anni ha modificato sostanzialmente le condizioni di vita nel Centro. Sono stati avviati tanti micro-progetti, finanziati da piccole donazioni raccolte in Italia e in Svezia, realizzati e monitorati con l'aiuto di quattro giovani volontari italiani che dal 2009 vivono per dodici mesi con i ragazzi. È questo un contributo molto importante del Servizio Civile Internazionale, ottenuto anche con il contributo dell'ACP in qualità di partner formativo. I mutamenti introdotti cominciano a dare i loro effetti sullo stato di salute dei ragazzi, verificati nell'attività dell'ambulatorio affidato ad Amina, una giovane infermiera ugandese, che registra quotidianamente i casi e i farmaci utilizzati. Si è cominciato a pensare anche al futuro di questi ragazzi, con la frequenza residenziale di una scuola professionale (di sartoria) e il reinserimento nelle famiglie d'origine. In questo, sono stati di grande aiuto Marco Trevisan e Lucia Castelli dell'AVSI, l'associazione nata a Cesena che qui opera da oltre quindici anni e sostiene più di 3000 bambini e ragazzi. Non so quale sia il futuro di questa "impresa" ma essa esprime uno dei tanti volti di un mondo molto lontano da noi e i tanti modi possibili di solidale cooperazione. Ho compreso quanto possa essere difficile intendersi rispettando le reciproche diversità e cooperare con efficacia. Ho verificato l'inadeguatezza di "tanti aiuti" per la pretesa di leggere da lontano i bisogni degli altri, come le tante apparecchiature sofisticate inviate in ospedali dove è difficile e costoso eseguire un semplice emocromo. Ho constatato l'inefficacia di tanti costosi "progetti verticali" finanziati dalle potenti organizzazioni internazionali (prima fra tutte l'OMS): in mancan-

za di una rete di cure primarie nei villaggi si muore di parto. Ma ho anche visto donare bellissime scuole per infermiere e per ostetriche realizzate presso l'ospedale di Kamuli dai Governi danese e tedesco. Ho visto impegno negli ospedali cattolici e protestanti, a fronte di quelli governativi mal gestiti e corrotti. Ho visto cooperative agricole e laboratori di falegnameria per ragazzi usciti dal carcere realizzati dall'AVSI. Non dico nulla di nuovo, ma occorre capire che il sostegno all'istruzione e alla formazione professionale è il modo più saggio per cooperare: la formazione di figure professionali sanitarie è la più efficace risposta ai bisogni di salute. La mia vita si è arricchita, forse più di quanto mi renda conto. È mutata la mia quotidianità: sono accresciute la mia disponibilità all'ascolto, l'attenzione alla clinica a dispetto della nostra micidiale dipendenza dagli "esami", soprattutto rispetto alle patologie infettive che ho visto lì, alcune per la prima volta. "Fare il possibile con il poco che abbiamo" mi ha detto Godfred, ginecologo di Mbarara e mi ha ricordato il "fare meglio con meno" dell'ACP. Mi ha anche insegnato ad accettare con umiltà gli errori e le sconfitte in un luogo in cui è "così facile" morire. Mi è ora chiaro che opero in una realtà umana e sociale apparentemente semplice ma molto complicata, difficile da capire per chi non vi appartiene. Solo un'attenta e paziente frequentazione rivela la *complessa semplicità* che regola i rapporti fra le persone. La diffidenza, l'orgoglio, la chiusura protettiva sono reazioni possibili da parte di chi non ha nei confronti di chi possiede. Un proverbio africano dice: "La mano che riceve l'aiuto è sempre sotto quella che lo dona". Perché ritorno in Uganda? Perché ho sempre più amici che mi aspettano per lavorare insieme. Per rubare il loro inconsapevole aiuto nel rendere sempre più autentica la mia attività come professione d'aiuto. Per imparare dai ragazzi che non ho mai visto litigare e che condividono fra pari il poco che c'è, sorridendo comunque. So che il mio fare "operativo" incide poco o nulla sui risultati immediati ma è probabile che il vivere accanto a loro, apprezzando comunque la loro vita e il loro mondo, integrando il mio con il loro saper fare li aiuti a sviluppare la loro autonomia e la loro indipendenza. ♦

Per corrispondenza:
Pino La Gamba
e-mail: gilagamba@virgilio.it

Morbillo e rosolia congenita: non basta deliberare

Rosario Cavallo

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

Parole chiave Morbillo. Rosolia congenita

Il *MMWR* (bollettino periodico dei Centers for Disease Control and Prevention - CDC - statunitensi) del 2 dicembre 2011 dedica ampio spazio all'aumentata trasmissione dei casi di morbillo in Europa: *Increased Transmission and Outbreaks of Measles-European Region, 2011* [1]. Nel 2010 sono stati segnalati oltre 30.000 casi, mentre nel 2011 hanno registrato casi di morbillo ben 36 dei 53 Stati europei (anche se tutti e 53 raccomandano la vaccinazione con due dosi), per un totale che alla fine di ottobre aveva già superato il numero di 26.000.

L'età mediana degli affetti è stata di 15 anni; il 50% degli affetti aveva >15 anni. Il 45% era sicuramente non vaccinato mentre di un altro 45% non si conosceva lo stato vaccinale; il 10% dei contagiati era stato vaccinato in tutto o in parte.

Il 28% dei pazienti è stato ospedalizzato a testimonianza della gravità della malattia. Si sono registrati 9 decessi (4 non vaccinati, 5 con storia vaccinale non conosciuta). Nel periodo 2004-2010 la copertura complessiva con 1 dose di vaccino nell'intera regione è stata del 92-94%. 2343 casi (il 9% del totale) hanno riguardato bambini di età <1 anno. A questo proposito dobbiamo segnalare anche un recente studio pubblicato sul *BMJ* che ci conferma un dato peraltro prevedibile: le mamme vaccinate hanno una minore concentrazione di anticorpi antimorbillo rispetto alle mamme che hanno avuto la malattia, così come i figli delle prime hanno meno anticorpi dei figli delle seconde [2].

Lo studio è significativo perché precisa che a 6 mesi di età più del 99% dei bambini nati da mamme vaccinate non presenta più anticorpi protettivi, così come il 95% dei pari età nati da mamme immunizzate per via naturale. Per fronteggiare questa "emergenza morbillo" l'8 e 9 dicembre 2011 si è svolto a Bonn un meeting per la messa a punto del problema. Ne da notizia una pagina di *Epicentro* [3]. Durante i lavori è stato ribadito che, per raggiungere l'obiettivo di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita entro il 2015, è prioritario adottare le strategie per l'eliminazione già note [4]:

1. raggiungere una copertura vaccinale CV \geq 95% per due dosi di MPR;

2. fornire una seconda opportunità di vaccinazione in una vasta gamma di età, grazie anche alla promozione di campagne straordinarie di vaccinazione (finora poco utilizzate in Europa);
3. rafforzare la sorveglianza;
4. migliorare la qualità dei dati disponibili, incluso il *feedback* mensile agli operatori sanitari e alla popolazione generale.

Per quanto riguarda l'Italia, i dati di sorveglianza dimostrano che la rosolia congenita è ancora presente con 37 casi confermati, notificati dal 2005 al 2011. Il nostro nuovo Piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-'15 prevede per la prevenzione della rosolia congenita [5]:

- l'aumento della consapevolezza delle donne in gravidanza;
- la formazione degli operatori sanitari (in particolare medici di medicina generale e ginecologi);
- la chiamata attiva delle donne suscettibili in età fertile;
- l'utilizzo delle occasioni opportune: richiamo DTP a 11-15 anni, vaccinazione anti-HPV, Pap-test;
- la vaccinazione delle donne suscettibili nel *post partum* e *post interruzione* volontaria di gravidanza o aborto e di quelle esposte professionalmente.

Ma non tutto procede nel senso giusto; recentemente è stato dimostrato come in alcune regioni italiane persistano, nonostante gli impegni presi con il Piano 2003-'07, gravi problemi di suscettibilità delle donne in età fertile (che presentano percentuali triple rispetto all'agognato 5%) e di recupero vaccinale delle donne giunte al parto in condizione di sieronegatività [6]. Anche la diffusione di casi di morbillo riguarda ampiamente l'Italia sebbene non siano stati finora raggiunti i livelli della precedente epidemia del 2002-'03 [7]. Questi sono i fatti: aggiungiamo ora le nostre considerazioni.

Non basta deliberare. Occorre portare a compimento i buoni propositi: le soluzioni proposte quasi ricalcano quelle del precedente Piano straordinario 2003-'07, ma i risultati di quel piano sono stati deludenti [8]. Giunti a un passo dalla meta, non riusciamo a produrre lo sforzo decisivo. Noi abbiamo sempre pensato che in una situazione di vasta offerta vaccinale si debba procedere secondo una scala di priorità, assicurando uno sforzo maggiore ai vaccini contro le malattie a

maggior impatto sociale; tra queste, morbillo e rosolia congenita sono unanimemente ritenute le prime della lista. Così non è stato: continuiamo a pensare che così dovrebbe invece essere.

Ci sembra anche opportuno avviare una riflessione su quale sia oggi l'età più propizia per somministrare la prima dose di vaccino antimorbilloso, stante il fatto che i bambini europei a 6 mesi di età sono praticamente tutti suscettibili al contagio. È un problema complesso perché bisogna correttamente valutare tante variabili diverse (rischio clinico della malattia nel bambino piccolo vs tasso di sieroconversione nel bambino piccolo ed efficacia dei richiami vaccinali). Di certo la situazione epidemiologica è cambiata e il problema merita di essere studiato e discusso. È stata, infine, sottolineata la necessità di intervenire con l'offerta del vaccino in una vasta gamma di età; non a caso tutti gli interventi proposti contro la rosolia congenita riguardano adolescenti e donne mature con un coinvolgimento di personale sanitario (MMG, ostetrici) di solito non coinvolto a fondo nelle questioni vaccinali, confermando la necessità di focalizzare prioritariamente su questo problema molte più energie e risorse di quanto attualmente fatto. ♦

Bibliografia

- [1] *MMWR Weekly* 2011;60(47).
- [2] Leuridan E, Hutse V, Ieven M, et al. Early waning of maternal measles antibodies in era of measles elimination: longitudinal study. *BMJ* 2010;340:c1626; doi:10.1136/bmj.c1626.
- [3] <http://www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/Bonn2011.asp>.
- [4] World Health Organization. Renewed commitment to elimination of measles and rubella and prevention of congenital rubella syndrome by 2015 and sustained support for polio-free status in the WHO European Region. Resolution 12 (EUR/RC 60/R12). Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Committee for Europe; 2010. Available at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/122236/RC60_eRes12.pdf. Accessed November 23, 2011.
- [5] Piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc), 2010-2015.
- [6] Cavallo R. Incidenza di donne in età fertile suscettibili alla rosolia: studio retrospettivo. *Quaderni acp* 2011;18(4):146-8.
- [7] Filia A, et al. Sorveglianza del morbillo e della rosolia congenita e stato di avanzamento del Piano Nazionale di Eliminazione, gennaio 2009.
- [8] Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità Bollettino Epidemiologico Nazionale. Febbraio 2009; <http://www.epicentro.iss.it/ben/2009/febbraio/febbraio.pdf>.
- [9] Repertorio Atti n. 1857 del 13 novembre 2003 Conferenza Stato-Regioni seduta del 13 novembre 2003. Oggetto: Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome sul documento: "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita".

Per corrispondenza:

Rosario Cavallo

e-mail: rcavallo58@gmail.com

Psicofarmaci e bambini: il monitoraggio è essenziale

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani

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

Nuove e importanti informazioni relative alla sicurezza d'uso dell'atomoxetina

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha emesso in data 9 dicembre 2011 una "Nota Informativa Importante" relativa alla sicurezza d'uso dell'atomoxetina, farmaco indicato per il trattamento del Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD) nei bambini a partire dai 6 anni di età e negli adolescenti, come parte di un programma di trattamento multimodale.

Da un'analisi di studi clinici, controllati e non, richiesta dal Comitato per la Farmacovigilanza dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) è emerso che circa il 6-12% dei bambini e degli adulti affetti da ADHD e trattati con atomoxetina presentava un aumento clinicamente rilevante della frequenza cardiaca (≥ 20 bpm) e/o della pressione arteriosa (15-20 mmHg o superiore). Nel 15-32% dei casi le variazioni erano persistenti o progressive. L'aumento della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca potrebbe rappresentare un rischio nei pazienti con gravi patologie cardio- o cerebro-vascolari, quali ipertensione severa, insufficienza cardiaca o patologia arteriosa occlusiva, angina instabile progressiva, cardiopatia congenita emodinamicamente significativa o cardiomiopatie, aritmie potenzialmente mortali e patologie a carico dei canali (malattie causate da una disfunzione dei canali ionici) e aneurisma cerebrale.

L'AIFA controindica l'uso di atomoxetina nei pazienti affetti da gravi patologie cardiovascolari o cerebrovascolari e raccomanda lo screening pre-trattamento e il monitoraggio cardiovascolare periodico durante la terapia. In particolare, prima di iniziare la terapia con atomoxetina, occorre effettuare una anamnesi accurata (comprendente una valutazione dei farmaci concomitanti, delle patologie o sintomi comparsi in passato e/o attualmente presenti, della storia familiare per morte cardiaca improvvisa o non spiega-

ta, o aritmia maligna) e un esame fisico per valutare la presenza di patologia cardiaca. In caso di storia o sospetto di cardiopatia i pazienti devono ricevere un'ulteriore valutazione specialistica cardiologica.

La frequenza cardiaca e la pressione sanguigna devono essere misurate e registrate prima di iniziare il trattamento e, durante il trattamento, dopo ogni aggiustamento della dose e successivamente almeno ogni 6 mesi.

Infine, l'atomoxetina deve essere usata con cautela insieme a farmaci antipertensivi e a medicinali che possono aumentare la pressione sanguigna (come il salbutamolo).

Sul sito dell'AIFA è disponibile una check-list per i medici con le azioni da eseguire prima di prescrivere, dispensare o somministrare il farmaco.

L'atomoxetina deve essere usata in accordo alle Linee Guida riportate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (<http://www.iss.it/adhd/>). Nei pazienti in trattamento con atomoxetina da oltre 1 anno si raccomanda una rivalutazione della necessità della terapia da parte di uno specialista nel trattamento dell'ADHD.

http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/file/s/dhpc_straterra_finale_2011_sito.pdf

Segnalazioni di reazioni avverse pediatriche nel Regno Unito

Nel Regno Unito, nel decennio 2000-2009, sono state segnalate 31.726 reazioni avverse pediatriche (14,2% delle segnalazioni totali), con una mediana di 2146 segnalazioni/anno. Il 70% delle segnalazioni riguardava i vaccini.

Le 30.252 segnalazioni per farmaci hanno riguardato prevalentemente i medicinali per il trattamento dell'ADHD, metilfenidato (653 segnalazioni) e atomoxetina (491), e gli antiepilettici, in particolare l'acido valproico (254). Il *Montelukast* è risultato il quarto farmaco per numero di segnalazioni (243).

Vomito (374 segnalazioni), rash (371) e orticaria (366) sono le reazioni da farmaci più frequentemente registrate. Il maggior numero delle segnalazioni da farmaci riguarda i bambini minori di un anno di età.

Il profilo delle segnalazioni è in parte simile a quanto osservato in Italia e a livello internazionale. La differenza maggiore è rappresentata dal fatto che nel Regno Unito non sono gli antibiotici la classe con il maggior numero di segnalazioni, ma i farmaci per l'ADHD. Questo potrebbe essere dovuto sia a una maggiore prevalenza di impiego di questi farmaci rispetto al nostro Paese, che a una maggiore selettività nella segnalazione da parte degli operatori sanitari, che sembrano monitorare maggiormente i farmaci appena commercializzati o con particolari problemi di sicurezza di impiego (identificati nel Regno Unito con un triangolo nero sulla confezione, il cosiddetto *black triangle*). L'aumento di segnalazioni riguardanti i farmaci per l'ADHD (e in particolare l'atomoxetina), emerso anche dall'analisi del database dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (cfr. Quaderni acp 2011;18(5): 228), sottolinea ulteriormente l'importanza di un attento monitoraggio dell'impiego di questi farmaci.

Hawcutt DB, et al. Reported paediatric adverse drug reactions in the UK 2000-2009. *Br J Clin Pharmacol* 2012;73:437-46.

Il CHMP raccomanda l'estensione dell'indicazione dell'infliximab ai pazienti di 6-17 anni con colite ulcerosa acuta

Il 19 gennaio il *Committee for Medicinal Products for Human Use* (CHMP) ha fornito parere positivo per l'estensione dell'indicazione dell'infliximab ai pazienti pediatrici di età 6-17 anni affetti da colite ulcerosa. L'infliximab è quindi indicato per il trattamento della colite ulcerosa acuta severa che non ha risposto adeguatamente ai trattamenti convenzionali che includono corticosteroidi, 6-mercaptopurina e azatioprina, oppure in quei pazienti che non tollerano o nei quali sono controindicate le suddette. Le condizioni dettagliate per l'uso di questo medicinale saranno descritte nella versione aggiornata della scheda delle caratteristiche del prodotto successivamente all'approvazione della variazione all'autorizzazione dell'immissione in commercio da parte della Commissione Europea.

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Summary_of_opinion/human/000240/WC500120676.pdf

Per corrispondenza:

Antonio Clavenna

e-mail: antonio.clavenna@marionegri.it

Hugo Cabret: il cinema è sogno

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

Hugo Cabret è un bambino orfano di entrambi i genitori che vive nella Parigi degli anni Trenta del secolo scorso. Per non finire in orfanotrofio, s'è dato alla clandestinità facendo compagnia a uno zio ubriaccone, addetto al funzionamento degli orologi nella stazione Montparnasse di Parigi.

Il suo sogno è quello di aggiustare l'uomo meccanico che conserva nel suo nascondiglio e che rappresenta tutto ciò che gli è rimasto del padre. Per farlo, sottrae alcuni attrezzi di cui ha bisogno da un chiosco di giocattoli, gestito da un vecchio triste e burbero, ma viene colto in flagrante ed è costretto a consegnare il prezioso taccuino di suo padre con i disegni dell'automa.

Per recuperare il taccuino, Hugo esce dalla sua tana e, grazie all'aiuto e alla complicità di Isabelle, una ragazzina della sua stessa età adottata dal burbero giocattolaio, compie una serie di affascinanti scoperte, la più sorprendente delle quali riguarda l'ideatore dell'automa, ovvero quel George Méliès, inventore dei primi trucchi cinematografici, che dopo la Prima Guerra Mondiale s'è ridotto in miseria e ora sbarca il lunario vendendo giocattoli alla stazione.

Finale felice per tutti, compresi alcuni strani personaggi che si aggirano nella stazione alla ricerca di un sorriso, di un'amicizia, di un amore.

Tratto dal libro per ragazzi *La straordinaria invenzione di Hugo Cabret*, interamente illustrato dallo stesso Autore, Brian Selznick, questo film è una scommessa di Scorsese, vinta brillantemente grazie alle scenografie del duo Dante Ferretti-Francesca Lo Schiavo, all'interpretazione di tutti gli attori (con citazioni particolari a Ben Kingsley nei panni di Méliès, ad Asa Butterfield in quelli di Hugo e a Chloe Moretz in quelli di Isabelle) e alla scelta del 3D, operata per la prima volta da Scorsese non per stupire gli spettatori, ma perché ritenuta funzionale alla vicenda.

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@alice.it

Se c'è un regista, infatti, che nella storia del cinema merita un omaggio del genere, altri non può essere che Méliès, il padre della fabbrica dei sogni. E questa è, in fondo, la chiave di lettura dell'intero film: il sogno.

Visto con gli occhi dei primi spettatori che fuggono terrorizzati davanti al treno che arriva alla stazione de La Ciotat, oppure con quelli di Hugo e Isabelle che assistono alla vita che scorre nell'affollata stazione ferroviaria – microcosmo di gente che va e viene, di ladruncoli e poliziotti, di fioraie e pasticciere – con lo stesso stupore con il quale si smarriscono davanti alle immagini di un film, alle pagine di un libro, ai vecchi disegni che rivedono la luce dopo anni di buio, a un arrugginito automa che attende solo la chiave del cuore per lanciare il messaggio che legherà il passato al presente. Se la vita è sogno, questo film è l'espressione visiva più felice della convinzione di Calderon de la Barca.

Provate a vivere un sogno e a raccontarlo. Vi renderete conto della differenza. E questo perché le parole, pronunciate o scritte, non eguaglierebbero mai la suggestione delle immagini. Provate, allora, a vedere *Hugo Cabret* di Martin Scorsese e a raccontarlo agli amici. Cos'è? Un omaggio a quel grande e infelice mago degli effetti speciali che si chiamava Georges Méliès? Una dichiarazione di amore di Scorsese alla settima arte che diventa una suggestiva lezione di storia del cinema, zeppa di citazioni che rimandano ai fratelli Lumière, a Chaplin, ai comici del cinema muto, a Porter, a Pastrone, a Truffaut ecc.? Una fiaba di oltre due ore per grandi e piccini? Una vecchia cartolina che si anima davanti ai nostri occhi? Ho una personale risposta, ma temo che venga giudicata banale: "È un film da vedere!". Immagino l'obiezione: "Ovvio: tutti i film sono da vedere!". Non è vero. Ci sono film che si possono anche non vedere e altri che è meglio non vedere. *Hugo Cabret*, no. Va visto, per poterne parlare. Dirò di più: va visto esattamente come vuole un convertito Scorsese alla nuova tecnologia, con quegli occhiali che portano a pochi metri

da te i fiocchi di neve, i fogli di carta, il ringhio del cane mastino, il profumo del caffè, gli ingranaggi degli orologi e il fascino di un'arte che ha 117 anni e sembra ancora bambina. ♦



Hugo Cabret (titolo originale: *Hugo*)

Regia: Martin Scorsese

Con: Ben Kingsley, Asa Butterfield, Chloe Moretz, Ray Winstone.

USA, 2011

Durata: 127', colore, 3D

Libri: occasioni per una

Settant'anni di politica sanitaria



Francesco Taroni
Politiche sanitarie in Italia

Il Pensiero Scientifico, 2011
pp. 336, euro 26

La scrittura di questo libro deve essere costata fatica e pazienza a Francesco Taroni. È un racconto della evoluzione e dei contorcimenti della Sanità in Italia fin dai provvedimenti del fascismo, dal 1927 al 1942 con la Carta del lavoro, quasi contemporanea al Rapporto Beveridge [Rapporto sulla povertà redatto da Lord Beveridge in Inghilterra nel 1942, in cui si pongono le basi della moderna concezione di sicurezza sociale e si definiscono le linee del cosiddetto welfare state; NdR]. È straordinario che già nel corso della Resistenza (1944: consulta di sanità del CLN Veneto) si lavorasse alla riforma generale della Sanità con il progetto del mio conterraneo Augusto Giovanardi ed è poco nota l'esperienza della nuova organizzazione della Sanità in Sicilia sotto l'Allied Military Government (1943). Nel dopoguerra le commissioni di studio – la Costituzione aveva scritto cose sufficientemente chiare all'art. 32 – furono infinite, ma con produttività ed efficacia pari a zero. Negli anni Sessanta la prima definizione di una politica di piano con la Nota aggiuntiva di La Malfa del 1962 ("Il manifesto della politica di piano" riscoperto tardivamente da chi la bocciò) e i Piani Giolitti (1965) e Pieraccini (1967) sembrarono una buona partenza con la proposta di un SSN, ma la Riforma Mariotti, spinta dalle rivendicazioni della ANAAO, il primo sindacato di medici che uscì dalla conservazione, si limitò agli ospedali. La riforma solo ospedaliera, benché urgente, ritardava, secondo il Movimento per la Riforma sanitaria di Rosaia e Giovanni Berlinguer, definito visionario, la riforma generale della Sanità. In effetti con la legge 833, si do-

vette tornare sulla organizzazione ospedaliera sciogliendo gli Enti Ospedalieri appena istituiti. Gli anni Sessanta sono anche gli anni di due tragedie che rispecchiano i ritardi della classe dirigente italiana. Per la Talidomide fummo gli ultimi sia a vietarne il commercio che a riconoscere i risarcimenti. Per la vaccinazione antipolio con Salk gli USA iniziarono la campagna nel 1955. Ancora a fine 1958, dopo una epidemia estiva con 8000 casi, il Ministro della Sanità (ministero appena istituito) si dichiarò contrario alla istituzione della obbligatorietà della vaccinazione, alla quale si arriverà solo nel 1966. Ritardo ebbe l'adozione del Sabin: al Congresso SIP del 1961 il ministro si gloriò (fra gli applausi!) di "non permettere esperimenti con il Sabin nei bambini italiani". Si calcola in 10.000 casi di paralisi il prezzo del ritardo. La istituzione delle Regioni e un distratto dibattito parlamentare portano, alla fine degli anni Settanta, alla legge istitutiva del SSN. Le modificazioni dagli anni Novanta (dalle USL dei comuni alle aziende dei direttori e degli assessori regionali, alla privatizzazione, alla Riforma Bindi e alla successiva de-bin-dizzazione) sono note ai lettori. Le abbiamo puntualmente commentate. Il libro di Taroni è una sorta di ricapitolazione della ontogenesi del SSN e ha presente il raccordo "simpatico" con le modificazioni del NHS.

La narrazione è minuziosa e, nonostante Taroni abbia idee precise, mantenuta in un ambito di obiettività. Leggetelo: la storia della Sanità è lo specchio della nostra storia nazionale.

Giancarlo Biasini

Il pediatra e la depressione post partum



Maria Zaccagnino
I disagi della maternità. Individuazione, prevenzione e trattamento

Franco Angeli Editore, 2009
pp. 192, euro 22

Deve un pediatra conoscere e, soprattutto, intervenire nel caso di una sospetta malattia psichiatrica di una neomamma? Sì. Questa è la risposta secca che viene dalla più recente *peer reviewed literature* e, come recentemente proposto, anche da *Medico e Bambino* (Garrone G, et al. La depressione *post partum*. Anche il pediatra se ne deve occupare? *Medico e Bambino* 2009; 28:295-306).

Il disturbo più diffuso è la depressione *post partum* che colpisce quasi il 15% delle mamme entro sei mesi dal parto. In un momento così delicato nella vita di relazione personale e nella costruzione di un nuovo legame, quello con il proprio figlio, una patologia come la depressione può avere importanti effetti sulla salute fisica e psichica del bambino che possono perdurare tutta la vita.

In questo manuale, molto agile nella lettura quanto ricco nelle informazioni, l'Autrice raccoglie una grande mole di letteratura internazionale tra la più recente e la riordina in capitoli chiari e densi dove il pediatra può attingere per arricchire le sue conoscenze sulla depressione *post partum*, malattia che raramente fa parte del curriculum universitario di specializzazione.

Degni di nota sono i capitoli sui fattori di rischio e fattori protettivi e i capitoli sugli effetti della depressione sull'interazione mamma-bambino, sul partner e sullo sviluppo del bambino.

Il pediatra deve conoscere anche le possibili scelte di trattamento farmacologico o psicologico, ben descritte nel libro, quando, spesso anche negli addetti ai lavori, c'è insicurezza sulla possibilità di una corretta terapia durante l'allattamento.

Molto apprezzato è l'impegno a descrivere i vissuti delle donne, momento fondamentale di riconoscimento della patologia da parte dell'operatore sanitario, spesso trascurata nei lavori scientifici e nelle monografie disponibili.

L'appendice, inoltre, riporta quanto sia disponibile sul web in italiano e un ampio stralcio di interventi di "mamme in difficoltà" sui forum a loro dedicati.

Costantino Panza

buona lettura

Un racconto di cultura e paesaggi



Roberto Alajmo
L'arte di annacarsi
Un viaggio in Sicilia
Editori Laterza, 2010
pp. 284, euro 16

Da siciliana non posso che definirlo libro stupendo, scritto da un Autore palermitano che ama e che vive le contraddizioni di questa nostra terra. Misto di storia e di presente, di cultura e paesaggio, il viaggio di Alajmo è un susseguirsi di luci e ombre in grado di risvegliare l'amore per l'isola. Leggendo questo libro viene immediatamente voglia di mettersi in viaggio e vivere i racconti, le emozioni, le sensazioni che trasmette lo scrittore. "Enorme è l'ossessione meteorologica dei siciliani. Se c'è brutto tempo si sentono in colpa, si giustificano, come se avessero invitato qualcuno a casa propria facendogli trovare la tovaglia macchiata di sugo".

Tutta la Sicilia è, oltre che se stessa, anche il contrario di sé, capace di amori smisurati, che si esprimono nella fisicità degli incontri: è il tatto a prevalere fra i cinque sensi. I siciliani toccano. Ti toccano un braccio mentre cercano di capire di cosa hai bisogno e anche di cosa non sai ancora di avere bisogno. Marsala, Palermo, Ustica, Porto Palo, Favignana, Agrigento, Siracusa, Tindari, Catania, Gela, Taormina, Messina sono solo alcune delle tappe di Roberto Alajmo, viaggiatore capace di raccontare, riallacciando i fili di una trama antichissima e tormentata.

Annacare/annacarsi è in dialetto siciliano un verbo difficilmente traducibile in italiano. Letteralmente vuol dire cullare/cullarsi, ma può significare tergiversare e affrettarsi allo stesso tempo. L'arte di annacarsi prevede "il massimo del movimento col minimo di spostamento", e

può rappresentare un modo di vivere e di pensare. "Pur restando immobile, l'Isola si muove. Non è uno di quei posti dove si va a cercare la conferma delle proprie conoscenze. È invece un teatro dove le cose succedono da un momento all'altro. È un susseguirsi di scatti prolungati, pause per rifiutare e ancora fughe in avanti".

Così Alajmo procede a zig-zag in un itinerario che lo porta da un capo all'altro dell'isola, descrivendone la non comune bellezza. Un viaggio virtuale nella Sicilia dei riti pagani, dei paesaggi stravolti e bellissimi, dei sapori decisi e spesso incomprensibili. Tutti i sensi sono stimolati dalle descrizioni di una regione che viene spogliata e analizzata, ma che rimane sempre un mistero e una forte attrazione da scoprire.

Isodiana Crupi

Verità e falsi miti in tema di alimentazione



Dario Bressanini
Pane e bugie
Chiarelettere ed., 2010
pp. 300, euro 13,60

Mangiare non è solo un atto agricolo ma è anche un atto naturalmente pericoloso. Sono parole di questo libro scritto da Dario Bressanini, chimico, ricercatore universitario e collaboratore di "Le Scienze", parole che possono ben introdurre il tema affrontato dall'Autore.

Tra le tante notizie preoccupanti e/o rassicuranti che i mass media ci somministrano riguardo alla nostra alimentazione – tra basilico cancerogeno o alimenti biologici più sani e salutari – Bressanini passa con l'irruenza di un aratro demolendo credenze e convinzioni, presentando i fatti che la scienza finora ha studiato.

«Leggere per me era evasione e conforto, era la mia consolazione, il mio stimolante preferito: leggere per il puro gusto della lettura, per il meraviglioso silenzio che ti circonda quando ascolti le parole di un autore riverberate dentro la tua testa».

P. Auster, Follie di Brooklyn

Leggendo i vari capitoli, verremo a conoscenza che il nostro grano non è ogm perché vietato per legge, ma è pur sempre geneticamente modificato attraverso radiazioni mutagene, permesse dalla legge; oppure sul significato e il reale costo del *cibo a km zero*, cioè quegli alimenti prodotti e venduti direttamente sul posto.

Leggeremo anche la storia italiana sui distributori di latte fresco non pastorizzato e impareremo ad apprezzare il gusto umami – il quinto sapore dopo il dolce, salato, amaro e acido. Qualche spunto popperiano su come la scienza si debba impegnare per ricercare la falsificazione di una teoria, e una disamina sui diversi *bias* in cui spesso si incorre quando si fa una ricerca scientifica sono alternati a forti critiche al movimento *Slow Food* e più in generale all'agricoltura biologica.

Interessante l'appendice finale con gli ultimi documenti dell'International Centre for Pesticides and Health Risk Prevention e dell'EFSA, l'autorità europea per la sicurezza alimentare; ... e sì!, sapremo anche se il nostro prezioso basilico è veramente cancerogeno.

Continuiamo a segnalare libri su questo argomento (ve li ricordate? *Toxic, In difesa del cibo, Non c'è sull'etichetta, Il dilemma dell'onnivoro*) perché siamo convinti che uno dei mestieri più difficili al mondo sia quello di fare la spesa al supermercato, cosa che spesso si fa distrattamente mentre, per esempio per la scelta di un vestito che si indossa e non si introduce dentro al nostro corpo, riflettiamo a lungo.

Quello di Bressanini non è un libro completo, ma un tassello per favorire una nostra migliore consapevolezza sul mondo del cibo, ricordando a noi stessi che il mangiare non è semplicemente un atto nutrizionale o agricolo, ma anche un atto politico, economico e soprattutto un atto di intimità con colui il quale definiamo il nostro compagno. Proprio così, e lo spiega l'etimologia della parola compagno: *cum panis*, colui o colei con cui condivido il pane.

Costantino Panza

Quando mamma o papà non ce la fanno più: la depressione *post partum*

Antonella Brunelli*, Stefania Manetti**, Costantino Panza***

*Direttore di Distretto ASL, Cesena; ** Pediatra di famiglia, Piano di Sorrento (NA); ***Pediatra di famiglia, S. Ilario d'Enza (RE)

Dopo la pioggia

*Dopo la pioggia viene il sereno,
brilla in cielo l'arcobaleno:
è come un ponte imbandierato
e il sole vi passa, festeggiato.
È bello guardare a naso in su
le sue bandiere rosse e blu.
Però lo si vede – questo è il male –
soltanto dopo il temporale.
Non sarebbe più conveniente
il temporale non farlo per niente?
Un arcobaleno senza tempesta,
questa sì che sarebbe una festa.
Sarebbe una festa per tutta la terra
fare la pace prima della guerra.*

G. Rodari

La nascita di un figlio è un momento di intensa gioia per tutta la famiglia. L'arrivo di un bambino, specie se primo figlio, ma non solo, stravolge un po' tutto, e fare i genitori può essere molto stressante. Per te mamma è un impegno a tempo pieno, 24 ore su 24, in cui bisogna dedicarsi a un piccolo essere umano totalmente dipendente da te! Proprio nei primi mesi di vita tutti questi cambiamenti possono provocare un senso di disagio, ti potresti non sentire in grado di affrontare un cambiamento così grande, e spesso la sensazione di non farcela supera la gioia dell'evento. Tutto questo succede spesso, pensa che il 13% delle mamme e il 10% dei papà vanno incontro a una vera e propria depressione nei primi mesi di vita del bambino; la depressione *post partum* è la più frequente complicanza della nascita.

A volte invece, subito dopo il parto, c'è un tono dell'umore basso, ci si sente a terra e tristi; questa crisi è un momento passeggero che viene chiamato "Baby Blues": è una crisi diversa dalla depressione.

Cosa sono i "Baby Blues" materni?

Se ora che il tuo bambino è nato ti senti "giù di umore" con la voglia spesso di

piangere, con tanta stanchezza, ansia e anche tristezza, semmai quando tutti intorno a te sono felici dell'evento, non sentirti inadeguata, hai i "Baby Blues"; è una crisi passeggera che massimo in una settimana passa; pensa che succede a molte donne, dal 30% all'80% delle mamme!

Che cosa è la depressione *post partum*?

La depressione *post partum* è una vera e propria malattia.

Come faccio ad accorgermi di avere la depressione? Come si manifesta?

I sintomi della depressione sono:

- "quando ogni cosa ha perso il suo colore" (umore depresso o tristezza);
- "... piangerei sempre; non sono capace di fare niente" (pianto incontrollato);
- "... mi agito per nulla..." (crisi di ansia);
- "... se piange deve essere colpa mia, non sono in grado..." (senso di colpa);
- "... tutto quello che faccio è una fatica!..." (mancanza di energie e sensazione di essere esausta);
- "... non voglio vedere nessuno, non voglio essere toccata dal mio compagno..." (perdita di interesse in varie attività, tra cui quella sessuale);
- "... a volte non tocco cibo, altre svuoto il frigo" (disturbi dell'appetito);
- "... sono eternamente indecisa e non mi concentro come prima" (ridotta capacità di concentrazione e di prendere decisioni);
- "tutti dicono: ... dormi quando il tuo bimbo dorme, ma non ci riesco!" (disturbi del sonno);
- "... dimentico ogni cosa!" (confusione mentale, aumento degli episodi di dimenticanze);
- "... mi sono appena seduta ed ecco che ricomincia a piangere...";

- non ce la farò mai!" (senso di disperazione e di inadeguatezza);
- "... a volte penso che tutti starebbero molto meglio se non ci fossi più..." (pensieri sulla morte e, a volte, sul suicidio).

I sintomi della depressione compaiono subito?

Mentre i "Baby Blues" compaiono nei primi giorni di vita del tuo bambino e durano poco, la depressione *post partum* in genere compare tra la seconda e la sesta settimana dopo il parto, e può durare alcuni mesi, a volte anche fino a due anni.

Questa forma di depressione porta conseguenze a me o al mio bambino?

Se ti senti depressa anche il tuo compagno/a può cominciare a deprimersi.

Il tuo bambino può piangere più spesso rispetto a un altro bambino. Questo perché può essere difficile per te rispondere alle sue richieste di gioco, alle vocalizzazioni, alla voglia di stare in braccio sempre e di guardarsi negli occhi parlando o cantando.

Quello che può succedere è che, se non prendi subito provvedimenti e non chiedi aiuto, allora la relazione tra te e il tuo bambino può intaccarsi e oggi sappiamo che una buona relazione tra la mamma e il suo bambino si costruisce proprio nei primi mesi di vita.

Con il passare del tempo, se la depressione persiste, il percorso di crescita del tuo bambino può rallentarsi, in particolare lo sviluppo della sua intelligenza cognitiva, con la comparsa di problemi di apprendimento e di attenzione. Altri bambini possono invece diventare aggressivi o avere dei comportamenti difficili.

La depressione del genitore può inoltre portare al bambino uno stato di ansia con vere e proprie crisi in età scolare o adolescenziale.

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

informazioni per genitori

Quali sono le cause della depressione *post partum*?

Le cause precise a oggi non si conoscono. Si sa invece che questa malattia modifica le funzioni del nostro cervello. Questo significa che la depressione cambia la struttura del cervello, proprio come per esempio una ustione può cambiare la struttura della pelle, quindi tutto ciò non ha nulla a che fare con il proprio stato di volontà.

Molto spesso sentirsi depressi provoca vergogna o sensi di colpa, e questo può scoraggiare dal chiedere aiuto. Tutto ciò è profondamente sbagliato. La malattia è curabile e guaribile. Non devi avere timore di parlarne con il medico curante o con il pediatra di famiglia che possono indicarti la strada migliore da seguire.

Come si cura la depressione *post partum*?

Ci sono vari modi di curare la depressione *post partum*. Si può curare bene con la psicoterapia o con le medicine. Ci sono diversi farmaci antidepressivi efficaci che si possono prendere anche durante l'allattamento al seno.

Se ti senti depressa, triste e senza energia o se piangi spesso, la tua o il tuo pediatra possono aiutarti.

Difendi te stessa e il tuo bambino!

Per ulteriori informazioni: www.uppa.it. ♦

XVI CONGRESSO SIPeM (SOCIETÀ ITALIANA PEDAGOGIA MEDICA)

Garda (Verona) 14-17 novembre 2012

Programma completo e dettagli per iscrizione sul sito SIPeM
(www.pedagogiamedica.it)

Il XVI Congresso della Società Italiana di Pedagogia Medica si svolgerà a Garda (Verona) dal 14 al 17 novembre 2012 e sarà rivolto agli operatori sanitari, attivi nella formazione di base e continua dei Professionisti della salute.

Il Presidente del Congresso 2012 è Michele Gangemi.

Le attività congressuali si propongono di far acquisire ai partecipanti le conoscenze, le competenze e le abilità essenziali, relative alle metodologie della ricerca scientifica – quantitativa e qualitativa – in *Medical Education*. Ciò nel presupposto che i risultati di tali ricerche migliorino l'efficacia formativa dei professionisti della salute e che la buona formazione di questi ultimi migliori la qualità delle cure dei singoli e delle popolazioni.

In particolare il Congresso si articolerà nelle seguenti sessioni:

- la sessione d'apertura conterrà la performance creativa di Gek Tessaro nell'ambito del Progetto educativo "Nati per Leggere";
- la prima sessione dei lavori congressuali sarà dedicata al tema *La ricerca interpretativa in Pedagogia Medica* e si svolgerà, dopo la presentazione del tema, in cinque laboratori contemporanei, fortemente interattivi, che tratteranno le diverse metodologie di approccio della ricerca qualitativa; si concluderà con una lettura magistrale sul tema: *Dalla ricerca alla pratica dell'aver cura*;
- la seconda sessione sarà dedicata al tema *La ricerca dimostrativa in Pedagogia Medica* e si svolgerà, dopo la presentazione iniziale, in altri cinque laboratori che tratteranno le diverse metodologie di approccio della ricerca quantitativa; si concluderà con una lettura magistrale sul tema *Gli standard di qualità per la ricerca in Medical Education*;
- nella sessione conclusiva in una tavola rotonda verranno discusse *Storie di ricerca e di ricercatori*;
- in parallelo con le sessioni congressuali si svolgeranno anche quattro Atelier, ciascuno pedagogico, della durata di una giornata sui seguenti argomenti: *Progettazione e sviluppo di attività didattiche*; *Progettare eventi ECM pedagogicamente efficaci*; *Come formare alle humanities i professionisti della salute*; *Progettare per competenze professionali e interprofessionali*;
- infine, i partecipanti al Congresso potranno presentare e discutere collegialmente i poster con i risultati delle proprie ricerche, e i contenuti dei 10 migliori poster verranno comunicati oralmente in due sessioni a ciò specificamente dedicate.

Il Congresso si chiuderà con la relazione del Presidente uscente *SIPeM 2006-12: bilancio di un'avventura* e con il saluto del Presidente neoeletto.

Le iniziative di "Nati per la Musica"

Anche la rubrica di questo numero, come la precedente, è dedicata a quanto sta avvenendo in Emilia-Romagna. Si è deciso di dare nuovamente spazio alle iniziative sorte in questa Regione, dati la partecipazione attiva di numerosi pediatri e il coinvolgimento in rete di più soggetti istituzionali, mentre si registra una sempre più consolidata sinergia fra "Nati per Leggere" e "Nati per la Musica". Il lettore interessato a sviluppare NpM nella propria realtà locale potrà trarre degli utili suggerimenti metodologici e organizzativi.



Emilia-Romagna

La musica delle parole...

Si è svolto martedì 19 aprile 2011 presso il Nido d'Infanzia "Panda" di Medolla (MO) "Musicalnido: La musica nella prima infanzia... quali emozioni", un'interessante e stimolante iniziativa rivolta ai genitori e agli educatori. Durante l'incontro sono state date indicazioni relative al come proporre musica ai bambini nel periodo prenatale e nelle prime età della vita, sostenendo l'importanza dell'utilizzo della voce come forte strumento di coesione per costruire un'efficace relazione affettiva genitore/bambino. È stato sottolineato che il feto percepisce i primi suoni intorno ai 6 mesi, innanzitutto grazie alla voce materna che gli giunge attutita attraverso le vibrazioni del corpo e il liquido amniotico; dopo la nascita, ogni voce, ogni variazione di timbro e di tono costituiscono una continua, incessante e stimolante musica. Dal canto loro gli adulti, spontaneamente e senza che nessuno lo abbia loro insegnato, si rivolgono ai piccoli, nei primi mesi di vita, con tonalità acute e ritmi rallentati che accentuano la cadenza del parlare, lo trasformano in cantilena, in una melodia fatta di consonanti addolcite, vocali allargate, parti iniziali e finali delle frasi accentuate. L'incontro si è concluso con un laboratorio ludico/musicale tenuto dall'insegnante/musicista Claudia Franciosi. Con il suo aiuto mamma e papà si sono improvvisati cantanti di canzoncine, ninne nanne, filastrocche. L'atmosfera creata riporta al *Il piccolo Principe* di Antoine de Saint-Exupéry, ricordandoci "di essere stati bambini almeno una volta nella vita...". I partecipanti si sono congedati dopo l'inaugurazione della sezione di NpM presso la biblioteca del nido "Panda".

Nadia Lugli

NpM e NpL: insieme è meglio

Il 17 settembre 2011 a Pavullo nel Frignano (MO) bambini e genitori hanno partecipato numerosi alla VII festa di NpL nel Frignano che da quest'anno porta per la prima volta il logo di NpM. Da anni il progetto NpL è radicato nel nostro territorio e impegna la Pediatria di gruppo "C'era una volta..." con i pediatri Adani, Bosi, Mattei

e Zucchi e la Biblioteca di Pavullo con le bibliotecarie: Elisabetta, Paola, Claudia, Lucia, il Sistema Bibliotecario del Frignano, la Comunità Montana del Frignano, il Distretto AUSL di Pavullo e i numerosi volontari di NpL. La festa è per tutti un momento d'incontro per trascorrere il pomeriggio tra letture animate per le vie del paese. NpM entra da quest'anno come parte integrante del Progetto poiché la collaborazione con la "Banda di Riccò" ha permesso di vedere all'opera gli allievi della banda (tutti giovani e ragazzi che frequentano la scuola di musica e tra questi molti ex pazienti che è stato piacevole coinvolgere). Flauti, clarinetti e saxofoni hanno accompagnato i partecipanti alla festa negli angoli del paese dove si sono svolte le letture animate.

È stata una esperienza per tutti nuova e diversa ascoltare un'allegria e giovane banda "sbandata" che sfilava con le magliette di NpL e non con le classiche uniformi. In particolare i bambini sono rimasti colpiti ed entusiasti nell'ascoltare suoni e vibrazioni dal vivo mentre ballavano e facevano il trenino. La musica è entrata ancora nelle attività della giornata poiché una lettura animata di *Maga Jole, la sfasciaparole* è stata presentata dalla scuola di danza "Le muse" di Pavullo, che ha dato movimento e vita alla storia su musiche originali con la voce narrante di Paola. Tutte le letture animate hanno avuto come tema la musica. I pediatri hanno annunciato che dal mese di gennaio 2012 sarà regalato come consuetudine un libro ai bambini che compiono un anno (grazie alla disponibilità dei Comuni di Pavullo, Lama Mocogno e Serramazzone) e che proprio per promuovere il Progetto NpM il libro scelto è *Musicantando*. Il libro, che è corredato di un cd musicale, rappresenta il miglior modo di coniugare NpL e NpM nell'attività dei genitori. Un grosso ringraziamento va ai volontari di NpL che permettono una festa a costo zero e al Distretto AUSL di Pavullo che garantisce le risorse per le locandine. Il coinvolgimento di nuove associazioni e gruppi e la contaminazione tra i progetti sono la chiave per sostenere e rinnovare la voglia per promuovere NpL e NpM perché... insieme è meglio.

Graziano Zucchi

NpL e NpM prima della nascita? In terra emiliana è così!

Abitualmente è il pediatra a portare il messaggio della lettura condivisa ad alta voce e al canto durante le visite dei primi mesi di vita, ma a Carpi, bella cittadina in terra modenese si è fatto qualcosa in più. Nell'ambulatorio delle gravidanze a termine si è allestito un ampio spazio dove le future mamme vengono accolte dall'ostetrica che spiega loro l'importanza di questi progetti per la salute del bambino e per la crescita della relazione. Come racconta l'illuminato Paolo Accorsi, Direttore dell'UO di Ostetricia e Ginecologia, le future mamme entrano camminando ed escono con i piedi a mezz'aria. Ragionevole questa iniziativa? Sì, è dimostrato che un intervento al momento della nascita o prima è efficace nel cambiare attitudine alla futura mamma (Berkule SB et al. *Mothers Expectations for shared Reading Following Delivery: Implications For Reading Activities at 6 Months*. *Ambul Pediatr* 2008;8:169) e le neuroscienze hanno ormai ampiamente dimostrato le capacità fetali non solo per la percezione ma anche per la memorizzazione e l'imitazione dei suoni percepiti in utero. Un lungo percorso di formazione ha coinvolto le ostetriche con il pediatra-neonatalogo Alessandro Volta per le neuroscienze, l'instancabile poeta e scrittore Bruno Tognolini e Alessia Canducci, attrice, regista e instancabile lettrice volontaria per NpL. Grazie alla disponibilità e alle competenze della biblioteca "Il falco magico" (<http://www.castellodeiragazzi.it>) è nato il Progetto "Essere voce" dove i genitori in attesa sono accolti sia nel reparto di Ostetricia che presso la Biblioteca comunale attraverso incontri dedicati: una formidabile sinergia. Carpi ha festeggiato questo bel Progetto dedicandovi l'intera giornata del 22 ottobre 2011. Un convegno al mattino con la testimonianza di Giorgio Tamburlini, che ha sottolineato l'importanza delle esperienze precoci nello sviluppo affettivo e cognitivo del bambino, e con Angela Usberti, ostetrica, e Claudio Mangialavori, pediatra del coordinamento di NpM, accompagnato da emozionanti brani musicali, ha spiegato l'importanza della melodia e della voce del genitore sullo sviluppo del bambino. Il fascino delle parole di Bruno Tognolini e

l'esperienza dell'illustratrice Antonella Abbatiello, pittrice che ha "affrescato" lo spazio di Ostetricia dedicato al Progetto, hanno concluso la bella mattinata con il taglio del nastro di questo entusiasmante ambulatorio. Al pomeriggio tutti in Biblioteca accompagnati da filastrocche, ninnananne e primi libri per la voce di mamme e papà. Sembrerebbe incredibile se non fosse vero! Bravi!

Costantino Panza

Musicisti, insegnanti di musica, pediatri, bibliotecari... insieme per un Progetto comune di alfabetizzazione musicale per la città di Lugo

NpM prosegue a Lugo l'esperienza di NpL, con il quale condivide l'assunto che l'alfabetizzazione precoce, sia essa relativa al linguaggio verbale che a quello musicale, è determinante nello sviluppo cognitivo del bambino, e si lega altresì a modelli di sviluppo affettivi positivi se la musica viene proposta dai genitori fin dai primi momenti di vita, o ancor meglio dagli ultimi mesi di gravidanza. Per promuovere la musica in maniera non occasionale fin dai primi mesi di vita si è ritenuto necessario coinvolgere tutte le risorse disponibili sul territorio a livello istituzionale (biblioteche, AUSL, scuole di musica, asili nido, scuole dell'infanzia), professionale (musicisti, musicoterapisti, insegnanti di musica, pediatri, operatori sociosanitari) e associativo. È stata inoltre organizzata il 22 ottobre 2011 una giornata di studio per affrontare gli aspetti culturali del Progetto e mettere a fuoco il ruolo e le azioni dei soggetti promotori a livello locale. L'esperienza di rete collaudata positivamente per l'attivazione del Progetto NpL ha avuto inizio per NpM già a partire dal 2009 con l'avvio di una unità operativa locale che vede il coinvolgimento di Biblioteca "F. Trisi" Ragazzi, Scuola Comunale di Musica G. e L. Malerbi, Scuola Secondaria di primo grado "S. Gherardi" a indirizzo musicale, Pediatri di famiglia, Pediatria di comunità, AUSL di Ravenna. La Biblioteca, che coordina l'unità operativa locale NpM, mette a disposizione una sezione apposita con raccolte di libri, cd e video disponibili per il prestito; espone e distribuisce materiale informativo sul Progetto, divulga la bibliografia e la discografia nazionale e locale con letture e ascolto; organizza momenti di ascolto di musica dal vivo, letture in musica, laboratori. La Scuola di Musica, punto di riferimento

per la conoscenza del linguaggio musicale nel territorio, offre la possibilità di intraprendere un viaggio culturale ed educativo fondamentale per la formazione dell'individuo attraverso l'esplorazione dell'universo sonoro e la sperimentazione diretta del fenomeno musicale in un contesto sociale e ricreativo. Ha inserito nel proprio programma corsi di propedeutica musicale per bambini da 0 a 3 anni, collabora per le attività di promozione musicale precoce sul territorio mettendo a disposizione i propri docenti e allievi, cura la discografia per mamme che frequentano corsi preparati e laboratori in biblioteca, organizza concerti di musica dal vivo per bambini e genitori in biblioteca, all'ospedale e nei parchi. I 5 pediatri di famiglia del territorio lughese, in occasione dei bilanci di salute dei primi anni di vita dei bambini, oltre a dare consigli e strumenti informativi circa l'importanza della lettura precoce con distribuzione del kit NpL, parlano ai genitori anche dell'importanza della musica. Partecipano attivamente a iniziative pubbliche con interventi formativi e laboratoriali con i genitori e gli educatori. La pediatra neonatologa del Reparto di Pediatria dell'Ospedale di Lugo contribuisce attivamente alla campagna di sensibilizzazione.

Le assistenti sanitarie della Pediatria di comunità distribuiscono materiale informativo per NpL e NpM e curano il punto informativo. Il "Servizio del Patrimonio artistico-culturale dell'AUSL di Ravenna" ha aderito al Progetto NpM a Lugo inserendolo nel Progetto "Ospedale fonte di vita", aiutando a organizzare concerti di musica dal vivo in ospedale e nel territorio e impegnandosi nella comunicazione del Progetto in ambito sanitario. La scuola secondaria a indirizzo musicale offre il proprio contributo con i docenti di musica e gli allievi (anni 11-14) realizzando piccoli concerti dal vivo negli asili nido e scuole per l'infanzia del territorio, in biblioteca e in luoghi della città (pasticcerie, giardini, piazze). Le sezioni (IV e V) a indirizzo psico-pedagogico del Liceo scientifico "Ricci Curbastro" frequentano corsi di formazione e laboratori organizzati in biblioteca per NpL e NpM. Al termine di ogni modulo formativo, i giovani studenti, nell'ambito del Progetto alternanza studio-lavoro, si cimentano operativamente sul territorio adottando un asilo nido o una scuola per l'infanzia. All'attività che si svolge quotidianamen-

te nei singoli servizi, ogni anno, dall'avvio del Progetto (2009), si svolgono in città rassegne, laboratori, corsi di formazione e giornate di studio a cura di professionisti con grande coinvolgimento di famiglie, bambini, educatori, studenti e volontari.

Ed ecco un elenco delle attività, la maggior parte delle quali è rivolta oltre che ai bambini anche a mamme, papà, nonni, zii, tate... "Lugoracconta. La città della musica" (ottobre-novembre): rassegna di ninnananne, filastrocche, tiritere e storie in versi per bambini da 0 a 36 mesi e di letture in musica per bambini da 3 anni nella Biblioteca "Trisi" Ragazzi, nella Biblioteca decentrata "Ca' Vecchia" di Voltana, in diversi luoghi della città, nelle sale d'aspetto degli ambulatori pediatrici, nel reparto di Pediatria dell'Ospedale di Lugo a cura di attori, musicisti, musicoterapisti, lettori professionisti e lettori volontari. "Letture in musica per bambini e ragazzi" (aprile-giugno): incontri all'insegna della lettura, del canto, della musica e del divertimento. "Coccole e filastrocche sonore" (settembre-dicembre): laboratori musicali per età da 0 a 12 mesi. "La biblioteca in musica. Libri e musica fin da piccoli": rassegna di laboratori musicali, musica, canti e letture (settembre-dicembre). "An ghin go... che musica farò?" (a cura di Silvia Baldini, pianista, e Lorella Pirazzini, violoncellista): coccole, filastrocche, canti, girotondi e danze per stare insieme nel caldo abbraccio della musica, per bambini dai 0 ai 5 anni. "Imparare ad ascoltare" (a cura di Laura Rossi, terapeuta della riabilitazione): l'ascolto della musica di Mozart accende la creatività e libera l'espressività attraverso il disegno, il colore e il movimento. Esperienza di gruppo per bambini da 3 a 6 anni. "Le letture di fata Musichina" (Sabrina Ruffini, voce, e Vittorio Veroli, violino): quando le parole incontrano la musica. Rumoreggiando insieme a *Teddy marinaio*. Per bambini da 3 a 6 anni. "Concerto per piccole orecchie": per abituare precocemente il bambino all'ascolto di musica dal vivo, concerto a cura della Scuola Comunale di Musica per bambini da 0 a 6 anni. "Coccole e filastrocche sonore e pezzettino in musica" (Saula Ciccarilli, pedagoga e musicoterapista): ninnananne, filastrocche, tiritere e canti per bambini da 6 a 24 mesi; letture animate con strumenti musicali di storie e filastrocche tratte dal repertorio di L. Lionni e G. Rodari per bambini da 24 a 36 mesi.

Nives Benati

Ambiente e salute La rivoluzione epidemica del XXI secolo

A Monza, il 22 ottobre, si è parlato di “Trasformazione ambientale ed effetti sulla salute. Rivoluzione epidemica del XXI secolo” in un Convegno voluto e organizzato da ISDE Monza e Brianza e dai “Pediatri per Un Mondo Possibile” del gruppo ACPM, in collaborazione con l’Ordine dei Medici della Provincia di Monza e Brianza. Hanno partecipato E. Burgio (ISDE Scientific Office) e R. Romizi (Presidente ISDE Italia); presenti in sala professionalità diverse (P. Crosgnani dell’Istituto Tumori di Milano, la ginecologa P. Vergani, R. Pastorelli del Dipartimento Salute Ambiente “Mario Negri”, e poi epidemiologi, pediatri, medici di Medicina generale e di Medicina del lavoro), con un dibattito ricco e interessante a partire dalla contestualizzazione delle problematiche ambiente-salute nella realtà brianzola. Perché anche i medici clinici si devono occupare della “pandemia silenziosa”? Seminare malattie o coltivare salute? Esiste la possibilità di dimostrare il nesso fra inquinanti e patologie?

Il medico come informatore/educatore, il medico come testimone, il medico come clinico e ricercatore, il medico come promotore di iniziative nell’ottica del principio di precauzione contro il conservatorismo scientifico; l’epigenetica come modulazione sistemica legata a modelli complessi di informazioni provenienti da fonti diverse. Dal messaggio forte sul nuovo modello che impone valutazioni che vanno riconsiderate alla luce di meccanismi patogenetici da vedere in chiave transgenerazionale, abbiamo tratto, e poi discusso anche insieme ai relatori, utili spunti operativi in quanto Pediatria e in quanto parte di una società scientifica con una storia di attenzione e di *advocacy* che, su questi temi, deve partire da nuovi schemi mentali e di lavoro e da

“una letteratura ormai chiarissima e dove non serve più la ricerca di nuovi marcatori”. Sollecitazioni che si “attaccano” al messaggio conclusivo del Congresso ACP: “ambiente come priorità delle priorità, entro cui collocare le altre priorità. Da questa visione della centralità dell’ambiente gran parte di noi si sente un po’ separata”.

Federica Zanetto

Le Giornate Italiane Mediche dell’Ambiente

Ad Arezzo, il 10 e 11 novembre 2011, si sono svolte le “Sei Giornate Italiane Mediche dell’Ambiente”, organizzate da ISDE Italia sul tema “Inquinamento ambientale e salute del bambino”, a distanza di tredici anni dall’analogo convegno in cui fu elaborato il documento programmatico, dal quale si sviluppò la “Campagna in difesa del diritto del bambino a non essere inquinato” e da cui nacque il Gruppo di Lavoro Nazionale, che nel 2000 costituì la Rete Italiana per la Salute dei Bambini e l’Ambiente (RISBA), deputata a individuare le priorità e a raccordarsi con l’International Network Children’s Health Environment and Safety (INCHES).

Nell’introdurre la prima giornata, mons. A. Spina, Vescovo di Sulmona, G. Laurenti, Ufficio Prevenzione Ministero Salute, G. Mattioli, Presidente Comitato Scientifico UNESCO DESS, R. Romizi, Presidente ISDE Italia, pur nella diversità di linguaggi, competenze e ruoli, hanno tutti fortemente sottolineato la gravità del problema e l’urgenza di affrontarlo, attraverso cambiamenti di stili di vita, alleanze tra istituzioni, comunità scientifica e società civile e diffusione delle conoscenze in tema di ambiente e salute attraverso le scuole e l’università.

In questo spirito di confronto e condivisione di idee e di proposte, si sono riuni-

ti, in 5 gruppi di lavoro, medici di varie specialità, pediatri, psicologi, psichiatri, giornalisti, cittadini ed educatori, intorno a temi preordinati, quali: “Inquinamento atmosferico, chimico e fisico”, “La rivoluzione epidemiologica del XX secolo” (incremento e anticipazione nel tempo delle patologie cronico-degenerative), “Il Diritto del bambino a non essere inquinato e alla salute globale”. Ciascun gruppo ha prodotto un documento, consultabile sul sito dell’ISDE, contenente le evidenze scientifiche aggiornate, i bisogni di salute, le buone pratiche individuate e le proposte di azioni, finalizzate a mutamenti positivi. Per l’ACP, F. Marolla e A.M. Falasconi hanno proposto il Progetto “Bambini, diamoci una mano... per un mondo migliore”, il libro *Inquinamento e salute del bambino* e il “Protocollo di Treviso per i percorsi casa-scuola senza motore”.

La seconda giornata si è svolta con la presentazione in plenaria delle “Esperienze esemplari dei Medici ISDE”: “Strategie e politiche per ridurre l’inquinamento ambientale”, “Indagini sui danni alla salute da inquinanti ambientali”, “Soluzioni tecnologiche per la riduzione delle emissioni inquinanti”, “Esperienze di comunicazione e stili di vita”. Per l’ACP chi scrive ha illustrato il progetto “Bambini, diamoci una mano... per un mondo migliore”, che ha riscosso molto successo e stimolato l’intenzione di riprodurlo in altre realtà. Molto fermento, tante buone intenzioni, interessanti proposte.

Un monito è venuto da E. Burgio (ISDE Scientific Office) che, sottolineando la peculiare vulnerabilità del bambino rispetto a inquinamento e mutamenti ambientali, ha espresso con forza l’urgenza di prendere posizioni molto chiare e decisioni drastiche, fondate sulle evidenze derivanti dai recenti risultati dell’epigenetica, che, a suo avviso, non possono più essere considerate soltanto delle ipotesi.

Anna Maria Falasconi

Il mondo degli specializzandi: temi, esperienze e prospettive

Naire Sansotta*, Giovanna La Fauci**

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Verona; **UO di Pediatria, Ospedale "G.B. Morgagni - L. Pierantoni", AUSL di Forlì

La parola chiave di questo nuovo spazio che si apre su *Quaderni acp* è "lo specializzando" o "lo specialista in formazione", figura professionale che accanto al medico strutturato/tutor "si forma, si plasma" per divenire lo specialista pediatra del futuro. L'obiettivo del Progetto è mettere in luce, a tutto tondo, la figura dello specializzando lungo il difficile percorso che lo porterà ad acquisire quel bagaglio fatto di sapere, saper essere e saper fare che gli consentirà di prendersi cura con competenza e soddisfazione della salute dei bambini che gli verranno affidati. Questa iniziativa editoriale si inserisce nel contesto di un'attenzione, già consolidata in ACP, nei confronti dei pediatri in formazione e vuole contribuire a renderli sempre più protagonisti (e sempre meno spettatori) del loro percorso professionale. Alcune iniziative locali - l'ACP in Emilia-Romagna sta lavorando per promuovere l'insegnamento dell'*Evidence Based Medicine* nelle scuole di specializzazione dell'area - stanno già esplorando il campo in questa direzione.

Chi siamo? Naire, laureata a Messina e ora specializzanda a Verona, all'inizio del suo percorso di formazione, ha avviato la sua esperienza di "rotazione" lavorando nella sezione di Pediatria generale della Clinica Pediatrica del Policlinico "G.B. Rossi". Giovanna, laureata a Messina, ex specializzanda prima a Messina e poi a Ferrara, da poco specialista e strutturata presso la Pediatria dell'Ospedale "Morgagni-Pierantoni" di Forlì. Insieme ad altri colleghi, che ci auguriamo di coinvolgere strada facendo, ci proponiamo di discutere l'identità professionale dello specializzando, quali siano le sue esigenze formative, quale la posizione contrattuale e, soprattutto, quali esperienze contribuiscono o potrebbero contribuire all'arricchimento del suo bagaglio culturale.

Occorrerà, anzitutto, ragionare attorno alla consapevolezza che lo specializzando stesso ha della propria identità, agli obiettivi formativi che ha il diritto-dovere di perseguire e al percorso attraverso il quale completerà la propria maturazione. Vorremo affrontare, nello specifico, le diverse attività che vengono svolte durante gli anni della formazione, l'attività in "corsia", in ambulatorio o in Day Hospi-

tal (DH), in reparti intensivi o sub-intensivi, la gestione del paziente acuto e del paziente cronico. Cercheremo di capire se tende a seguire un percorso strutturato oppure influenzato dalle contingenze del luogo e del momento nei quali si sviluppa la sua formazione. "Ruota" solo in ambito universitario o anche in strutture ospedaliere di diverso livello? Ha la possibilità di partecipare all'attività ambulatoriale del pediatra di famiglia? È previsto per lui un periodo di formazione all'estero? Fondamentale in tutto questo è stabilire chi sono coloro che devono e possono tutorare e formare i medici in formazione, chi sono gli organi deputati al controllo dei tutor, come si svolge la formazione (lezioni teorico-pratiche, esercitazioni, progressiva autonomia nella gestione dei casi clinici, corsi PBLs, convegni, seminari, journal club, meeting con altre figure specialistiche ecc.).

Tutto questo, anche e soprattutto, grazie al contributo di altri giovani colleghi che vorranno renderci partecipi delle loro esperienze di pediatri in formazione, aiutandoci a delineare un percorso che, idealmente, dovrebbe essere analogo in ogni

scuola di specializzazione in Italia e, vogliamo sperare, coerente con la realtà europea. Contiamo, quindi, sulla collaborazione degli specializzandi e di tutti coloro che in qualche modo sono coinvolti nella formazione della nuova generazione di pediatri. Confidiamo nel punto di vista dell'Organizzazione Nazionale Specialità Pediatria (ONSP), la cui esperienza sarà importante per mettere in luce i pregi e i difetti del contratto di formazione specialistica, i limiti del sistema e le proposte percorribili per migliorarlo. Non con la presunzione di cambiare il corso delle cose ma, insieme a chi ci sosterrà in questo compito, di valutare e proporre nuove e possibili alternative.

Per iniziare concretamente, insieme ad alcune colleghe di Ferrara, abbiamo deciso di formulare e proporre all'attenzione dei futuri pediatri delle diverse scuole di specializzazione un questionario che ci aiuti, con poche domande, a comprendere meglio la realtà formativa con la quale ci confrontiamo. Ci attendiamo che su questi temi si producano, tra noi, un dibattito vivace e un interessante confronto di esperienze e opinioni. ♦

Scuola di specializzazione: _____

Anno di corso: _____

1. Durante la specializzazione hai la possibilità di ruotare tra i reparti? Sì No
2. Le vostre rotazioni sono organizzate:
 - prima un periodo in reparto, quindi in ambulatorio
 - variabile, può capitare di andare prima in un ambulatorio
3. Quali reparti/ambulatori (cardiologia, gastroenterologia, oncematologia ecc.) frequenti nella tua sede, per quanto tempo? In quali anni del corso di specializzazione? Quanto ti senti autonomo (da 1 a 10)?
4. Hai la possibilità di lavorare in:

Ospedale a tua scelta in Italia	tempo min	tempo max	utilità da 1 a 10
Ospedale a tua scelta all'estero	tempo min	tempo max	utilità da 1 a 10
5. In generale, consideri più importanti per la tua formazione i momenti trascorsi:
 - in autonomia con specializzandi più anziani
 - con strutturati giovani con strutturati più anziani ed esperti
6. Principali punti di forza delle rotazioni nella tua sede di specializzazione
7. Principali criticità delle rotazioni nella tua sede di specializzazione
8. Durante la specializzazione svolgi turni di guardia? Sì No
9. Se sì, in quali anni del corso di specializzazione svolgi turni di guardia?
 - dal 1° al 5° anno compresi
 - da un determinato anno di specialità in poi (specificare) _____
10. Quanto dura un turno di guardia?
11. Durante le guardie lo strutturato è per la maggior parte del tempo
 - al tuo fianco reperibile in ospedale reperibile "a casa"

Per corrispondenza:

Naire Sansotta

e-mail: naire.sansotta@virgilio.it

Pediatri fra due mondi. Un dialogo fra Fabio Sereni e Franco Panizon

Sull'ultimo numero 2011 di *Quaderni acp*, Fabio Sereni racconta di come sia cominciata l'avventura della nefrourologia milanese in Nicaragua, dove, accanto all'impresa oncologica del San Gerardo di Monza, che era già riuscita a far nascere e vivere una oncologia pediatrica in quel Paese poverissimo, dove accanto alla medicina di base che fa buchi da tutte le parti, è anche nata una nefrourologia con tanto di dialisi e trapianti, sostenuta culturalmente e in parte finanziariamente dalla generosità e dall'impegno lombardi. Un'avventura iniziata 11 anni fa.

Alla fine della sua sintetica, e coinvolgente storia, Fabio si domanda, e domanda ai "lettori attenti", se sia stato "completamente giusto" aver introdotto questa nuova necessità assistenziale per pochi in un Paese che ancora deve soddisfare pienamente altre necessità più basilari, mediche e sociali, per bambini con patologie molto più frequenti, anche se forse meno gravi.

So di peccare di personalismo, non sarebbe la prima volta; ma mi sembra quasi che Fabio questa domanda l'abbia fatta a me. Certo, il modo stesso di pensare alla Pediatria, anche di casa nostra, il nostro modo di essere pediatri, e anche (perché lo siamo, o lo siamo stati entrambi) di essere "divulgatori", e anche (anche questo abbiamo avuto in comune) il modo di andare in terre lontane a portare quel poco o quel molto che si poteva e si può, tra me e Fabio, non potrebbe essere più differente. E certamente ne abbiamo discusso, tra noi. Ognuno fa quello che può, ognuno è quello che è. E solo facendo quello che si è, si possono fare bene, o accettabilmente, le cose che si fanno. Ma vorrei dare a Fabio, e ai lettori di *Quaderni*, una risposta meno salomonica, ovvero meno indifferente. Intanto, credo che si debba togliere quell'avverbio "completamente". Nessun intervento di portata sociale è completamente giusto. Nemmeno un intervento efficiente, potente, che dimezzasse, faccio per dire, la mortalità infantile in Sud Sudan o nel Niger. Se non altro perché la stessa mor-

talità infantile è in qualche modo fisiologica a un Paese con un eccesso di natalità e con un capitale umano disperato e disperante.

Invece, io, che non sono disperato, anzi che sono pieno di speranza per il mondo, penso, e gli dico, che tutto il sapere (e il saper fare e il saper essere) che si esporta a buon fine, nei Paesi poveri, nei Paesi arretrati, nei Paesi disperati è molto più che salvare una vita, o alcune vite, o molte vite: è far sentire che c'è un altro Mondo, che non è fatto solo di ladri, avventurieri, speculatori, corruttori; è aiutare quel che c'è di buono, nei medici, negli infermieri, nei malati di laggiù a crescere: aiutarli, tutti, a essere più bravi, più gentili, più umili, e anche più fiduciosi, più consapevoli, più portatori di diritti.

Nello specifico, proprio quell'aver impegnato direttamente il Governo di laggiù a spendere risorse per un problema di pochi (ma sempre di vite si tratta) in qualche modo lo inchioda; quel Governo, a occuparsi anche, e a maggior ragione, della Sanità che spinge dal basso, con i grandi numeri. E anche aver dato una chiara, definitiva, soddisfacente risposta a un bisogno. Senza poter esserne certo, credo, per rispondere meno salomonicamente, che il peso specifico (sull'intera Sanità dell'America Centrale) finirà per essere maggiore dei numerosi e pur generosi interventi, anche in parte coordinati, della Pediatria italiana sparsi sul continente africano o nel Sud-Est asiatico. Un po', forse, come l'intervento di *Emergency* col suo splendido ospedale per la cardiocirurgia al centro dell'Africa Nera.

Cresceranno, quei Paesi. E come quando si attraversa un torrente di montagna e si cerca di saltare da un sasso affiorante all'altro per non bagnarsi gli scarponi, così anche loro useranno queste isole, che altro non sono che le piccole o grandi imprese che questa o quella istituzione riescono a far crescere laggiù, per attraversare le loro difficoltà. E lo faranno con le loro forze. E se non ci riusciranno vorrà dire che non ne hanno avuta abbastanza, di forza: ma se noi non lo facesimo, ciascuno secondo la sua natura e le sue possibilità, potendolo fare, se noi non seminassimo quei pietroni, diversi uno

dall'altro, che li aiuteranno, che li aiutano a "tirarsi fuori", noi mancheremmo a quel dovere primario di solidarietà che portiamo nella nostra sacca di medici. E penso che un pietrone grande, come quello che ha messo lui, sarà, alla fine, più utile di molti pietroni piccoli.

Temo che nemmeno questa volta Fabio Sereni sia del tutto d'accordo con me. Ma "del tutto" è come "completamente". Avverbi da dimenticare. Mi accontento di "un poco".

Franco Panizon

Ringrazio Franco Panizon per avere dedicato tanta attenzione alla nota che ho scritto su Quaderni acp intitolata "Il viaggio di Ulisse. Interventi specialistici e di medicina generale nei Paesi in via di sviluppo". Come sempre i suoi commenti e le sue considerazioni sono molto stimolanti ma, come quasi sempre, faccio non poca fatica a trovarmi in sintonia con le sue affermazioni.

Nel lodare, sostanzialmente, il programma che da molti anni porto avanti in collaborazione con Alberto Edefonti nel settore della nefrourologia pediatrica in Nicaragua, e in risposta al quesito conclusivo, in verità un poco retorico, se sia stato completamente giusto impegnare somme notevoli e molto dispendio di energie per la creazione e lo sviluppo in un Paese molto povero di un settore specialistico come la nefrourologia pediatrica, Franco afferma che "nessun intervento di carattere sociale è completamente giusto", nemmeno se "dimezzasse la mortalità infantile in Sud Sudan o in Niger".

Non sono (anzi, non siamo Edefonti e io) assolutamente d'accordo.

Numerosi sono gli interventi programmati in campo sia sanitario che sociale nei Paesi in via di sviluppo che noi consideriamo assolutamente giusti, con una sola condizione, e cioè che l'utilizzo dei mezzi finanziari a disposizione sia oculato. Basti pensare ai progetti per diminuire lo stato di malnutrizione, ai programmi vaccinali, alla medicina d'urgenza in caso di calamità per citarne solo alcuni. Ma l'intervento di Franco Panizon va oltre e ricorda che tra i vantaggi di molti interventi, anche non completamente giusti, vi è anche quello di "inchiodare il

Governo (locale) a occuparsi anche e a maggior ragione della Sanità che spinge dal basso, con i grandi numeri”.

Purtroppo non è così: in tutti i Paesi, anche in quelli in via di sviluppo, il budget per la Sanità è sempre molto rigido, e se lo Stato spende per servizi specializzati fatalmente riduce gli impegni per altri settori.

Vorrei concludere questa mia nota ricordando che troppo spesso operatori e politici della Sanità nel programmare interventi non tengono conto del fatto che esistono, nei Paesi in via di sviluppo con tassi di morbilità e di mortalità analoghi, profonde differenze di organizzazione e di cultura sanitaria.

Molto diverso è fare cooperazione in America Centrale, come noi in Nicaragua, ove esistono Facoltà di Medicina che formano medici colti, ove le strutture sanitarie, centrali e periferiche, sono esistenti, anche se prive di mezzi, ove una Sanità privata è attiva per i pochi abbienti mentre i poveri non hanno la possibilità di accedere a costosi servizi specialistici e fare cooperazione sanitaria in Africa Sub-sahariana, ove manca sia medici che strutture di base.

Non è quindi paragonabile, per un giudizio di opportunità etica, il nostro intervento di nefrourologia pediatrica in Nicaragua (e quello di onco-ematologia pediatrica che prima di noi Giuseppe Masera ha creato nello stesso Paese) con il Centro di Cardiocirurgia di Emergency in Africa!

Ma a questo punto il discorso si allarga e non voglio abusare dell'ospitalità di Quaderni acp.

Fabio Sereni

Ho un dolore a proposito dei bambini ricchi e poveri

Caro Angelo, sono un pediatra di 54 anni, lavoro tra asili nido e consultori. Vivo a contatto con il bambino perché anch'io, non ci crederai, sono stato bambino e forse lo sono ancora. Li osservo e vorrei colmare quel vuoto in cui tutti bambini ricchi e poveri navigano. Vuoto determinato dal tempo che devono occupare nell'arco della giornata scandita da una serie di

percorsi obbligati di cui non capiscono e non capiranno mai il significato.

L'affetto, la parola chiave, è stato somministrato in briciole quasi vivessimo un dopoguerra di sentimenti che non riescono più a suscitare il nostro interesse. Perché è successo e perché continuiamo a far finta di niente? Lo so, a questo punto si potrebbero scrivere come i Jalis, celebre duo vincitore di un Sanremo, fiumi di parole, ma a che serve? I bambini sono lì a guardarci con i loro occhi, aspettano qualcosa ma non c'è tempo, bisogna correre e chi non ce la fa, casca e rimane indietro, è ancora la nostra una società umana fatta di uomini o robot con un software delicato, troppo delicato? Io però come Claudio Baglioni nelle *Ragazze dell'Est* li ho visti ridere in un teatrino, qui a Primavalle, periferia nord di Roma, “La casetta” in cui recitano tre amici miei che da anni hanno fondato una compagnia che si chiama “A mano libera”.

Si raccontano favole, si interpretano e si aprono, come un libro, pensieri sulla solidarietà, sulla fiducia in se stessi e sulla capacità di affrontare la vita e i tanti lupi che incontreremo senza però avere paura. I genitori ridono, i bambini ridono e il tempo si ferma: è un miracolo. Scusate, ho un dolore a proposito dei bambini ricchi e poveri: negli asili allontanano bambini malati figli di gente povera. Le mamme mi guardano tristi con la paura in volto di poter perdere il lavoro, mi sento male. No, fare il pediatra non può voler dire anche questo, la povertà non può essere considerata una colpa e io non sono un carnefice ma voglio disperatamente rimanere un essere umano, i bambini mi guardano. Oltre a una manovra economica povera di un patrimoniale ci salveranno un po' più di affetto e meno rabbia?

Massimo Binaghi

Caro Massimo, inizio con una premessa: per fortuna non tutti i bambini “navigano nel vuoto” e molti bambini godono dell'affetto dei genitori, degli amici, degli insegnanti e vi sono buoni genitori, buoni amici e buoni insegnanti. Ma quello che tu vedi rappresenta oggi, purtroppo, una realtà e tutti ormai sono concordi nell'affermare

che la perdita di valori, la crisi della famiglia, la crisi economica condurranno la nostra società verso una realtà ancora più pesante di quella che tu descrivi.

Esiste una legge di natura da quattro milioni di anni, da quando cioè è comparso l'uomo sulla Terra, che è questa: i piccoli hanno sempre bisogno della presenza amorevole e costante dei loro genitori e i genitori hanno sempre il desiderio di essere accanto a loro, di toccarli, di tenerli in braccio, di scambiare con loro affettuosità, sorrisi, gesti, suoni, parole.

Questo è un concetto semplice, eppure in questa nostra società questo concetto ha bisogno di essere sempre spiegato e ribadito nei congressi scientifici, nei corsi pre-parto e post-parto, nelle riunioni con i genitori, perché sembra che i genitori si siano dimenticati del loro ruolo o, se scelgono di imboccare la via “giusta”, trovano ostacoli ovunque. Intere generazioni infatti sono state cresciute in base a teorie e a pratiche che ancora oggi purtroppo esistono, anche se meno frequenti rispetto al passato: non allattare al seno, lasciare piangere, attenersi agli orari, fare dormire da soli, non prendere in braccio; teorie e pratiche assolutamente prive di qualsiasi senso dal punto di vista biologico ed emotivo. Succede spesso che madri che seguono il loro istinto allattando al seno, coccolando, dormendo assieme ai loro piccoli siano giudicate “fanatiche”, “estremiste”, “cattive mamme” perché le loro pratiche istintive e naturali “viziano” il bambino e suscitano quindi, tra i familiari e tra gli amici, preoccupazione, allarme, sfiducia nelle capacità di accudimento, addirittura riprovazione. Perché tutto questo? Perché succede che molte madri non sono più mamme? Cosa è successo nella nostra cultura? La nostra cultura purtroppo per molto tempo ha teorizzato la cosiddetta “cultura del distacco” che deriva da un modello di vita basato sul controllo, sul vivere secondo schemi fissi, una cultura che è nata con il bisogno della donna di rendersi autonoma, indipendente, di dedicarsi di più alle sue esigenze reprimendo ogni percezione e ogni intuizione che proviene dal suo istinto. Il fenomeno dilagante della

disoccupazione che si sta registrando in questi ultimi anni costringe inoltre molte donne a lavorare al posto dei mariti per molte ore al giorno, spesso senza alcuna tutela dei loro diritti. Tutto ciò ha portato a ostacolare, deviare e correggere comportamenti spontanei e naturali del bambino e a creare dentro di loro e intorno a loro il vuoto e la mancanza di affetto di cui tu parli. Questa cultura è presente non solo all'interno della famiglia ma anche a scuola, negli asili nido che tu frequenti, dove il bambino viene modellato come se fosse materia grezza per "regolarizzarlo", per "scolarizzarlo", limitandolo così di ogni forma di libertà di azione, di decisione, di autodeterminazione. Ed ecco che nel teatrino di Primavalle, alla periferia nord di Roma, il bambino può invece assistere a uno spettacolo dove i personaggi "vivono" interamente la loro vita senza lasciare vuoti dentro di loro e intorno a loro, dove danno e ricevono affetto, parlano, agiscono. E i bambini guardano e ascoltano con interesse, ridono, "vivono"... e la favola diventa per loro realtà.

Angelo Spataro

IN RICORDO DI MARINA

Marina Spaccini l'amica che chiamavamo nelle difficoltà ci ha lasciato

Marina Spaccini se n'è andata ed è difficile e doloroso scrivere qualcosa su di lei. Amica, collega, compagna e sorella. La persona che tutti chiamavamo quando ci trovavamo in difficoltà.

Marina aveva una fede profonda e una religiosità che la portava a essere più vicina al cristianesimo di base e alla teologia della liberazione che alla religione rappresentata dalle alte gerarchie ecclesiastiche.

Stava sempre dalla parte delle persone rese vulnerabili dal nostro ingiusto sistema economico e aveva ben compreso, lavorando come pediatra a Trieste e in vari Paesi dell'Africa Subsahariana, il peso che i determinanti sociali avevano sulla salute dei suoi pazienti. Per questo ha lottato instancabilmente per la giustizia sociale, ha aderito ai movimenti per la pace, il disarmo e l'obiezione di coscienza contro le spese militari; ha partecipato a gruppi di lotta e di sostegno per i diritti degli immigranti; ha protetto, promosso e sostenuto l'allattamento al seno; ha appoggiato le iniziative a favore dei diritti civili delle prostitute, e ha preso parte al movimento "No Global".

Era una partecipazione discreta, la sua; non era un'agitatrice, non predicava da un palco.

Metteva in pratica quello che pensava, era coerente con le sue idee. Tutti la ricordiamo mentre partecipava alle manifestazioni contro il G8 a Genova nel 2001, pestata dalle cosiddette forze dell'ordine mentre portava la bandiera della pace con le braccia in alto.

Marina non se ne restava tranquilla a casa; Marina partecipava.

Come pediatra aveva la rara capacità di stabilire una forte comunicazione affettiva con i suoi pazienti e le loro famiglie; ascoltava le mamme e i bambini, non guardava l'orologio, le sue visite duravano a lungo e restava in ambulatorio fino a tarda ora; se era necessario, non esitava a recarsi a casa dei pazienti. Sembrava non essere mai stanca.

Praticava un tipo di pediatria basata non solo sulle prove di efficacia, ma anche sulla *pietas*, sulla compassione, sull'empatia, sulla relazione emotiva. Qualità rara, di questi tempi.

Giorgio, suo marito, le sue figlie Francesca, Ingrid e Maura, i suoi figli Thomas, Lorenzo e Guido, e i suoi nipoti Teresa, Matilde e Mattia, sanno che Marina appartiene, oltre a loro, anche a tutti coloro, noi compresi, che sono stati da lei accompagnati e consolati, a coloro che hanno avuto la fortuna di starle a fianco nelle sue lotte e di condividere il suo altruismo.

A tutta la sua famiglia vanno il nostro affetto e il conforto di sapere che la vita della loro sposa, madre e nonna non è stata infruttuosa.

*Adriano Cattaneo
e Sofia Quintero Romero*



Porta un amico in ACP

Caro Socio,
quest'anno ti proponiamo una campagna per portare un amico in ACP. Fai iscrivere all'ACP un tuo amico che non è mai stato socio o non lo è più da cinque anni: per lui l'iscrizione per il 2012 è di solo € 50, tu concorri all'iscrizione gratuita al prossimo Congresso Nazionale di Torino.

Se ognuno di noi porta uno solo dei suoi amici in ACP il numero dei nostri soci raddoppia. Proviamoci!



Editoriali

- 49 Pediatri solo per i bambini fino a 6 anni? Parliamone
Paolo Siani, Consiglio Direttivo ACP
- 50 Buon compleanno *Medico e Bambino*
Pasquale Alcaro

Ricerca

- 52 Il reflusso gastroesofageo: come eravamo
Enrico Valletta, Luciano de Seta, Gianni Piras, Paolo Siani et al.

Forum

- 57 Il conflitto in sala parto: taglio cesareo e nascita per via naturale
Pietro Tarsitano

Salute pubblica

- 60 Farmaci a scuola: un diritto del bambino
Antonietta Di Martino
- 63 I software gestionali per medici: strumenti del marketing farmaceutico?
Guido Giustetto

Info

- 66 L'UNICEF nomina l'ASL di Milano prima "Comunità amica dei bambini per l'allattamento materno"
- 66 Dvd-video per l'Infanzia: aiutano il linguaggio?
- 66 Approvate le nuove Linee Guida sui Minori della Cooperazione Italiana: un importante passo avanti per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza
- 67 Comunicato stampa di ISDE sullo studio Monitor
- 67 Per una medicina ecocompatibile

Salute mentale

- 68 Il disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività o ADHD. Il ruolo del pediatra
Angelo Spataro

"Narrative" e dintorni

- 69 Il modo migliore per avere dei piedi belli è non usarli
Carlotta Damiani

Il caso che insegna

- 71 Le reazioni acute gravi alla prima assunzione di latte vaccino non sono sempre dovute ad allergia IgE mediata
Maria Simona Sabbatino, Fortunato Pannuti, Umberto Maglione, et al.

Esperienze

- 74 L'utilizzo della CHAT (Checklist for Autism in Toddlers): un'esperienza di integrazione tra Neuropsichiatria Infantile e Pediatri di Libera Scelta
Marina Caldognetto, Irene Ailliaud, Orietta Sala, et al.

Il punto su

- 77 È ufficiale: diagnosi di celiachia anche senza biopsia
Enrico Valletta, Martina Fornaro

Per un mondo possibile

- 81 Amianto e salute dei bambini
Giacomo Toffol

Pediatri fra due mondi

- 82 In Uganda: un Paese comunque in cammino
Pino La Gamba

Vaccinacipi

- 83 Morbillo e rosolia congenita: non basta deliberare
Rosario Cavallo

Farmacipi

- 84 Psicofarmaci e bambini: il monitoraggio è essenziale
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani

Film

- 85 *Hugo Cabret*: il cinema è sogno
Italo Spada

Libri

- 86 Politiche sanitarie in Italia *di Francesco Taroni*
- 86 I disagi della maternità *di Maria Zaccagnino*
- 87 L'arte di annacarsi *di Roberto Alajmo*
- 87 Pane e bugie *di Dario Bressanini*

Informazioni per genitori

- 88 Quando mamma o papà non ce la fanno più: la depressione *post partum*
Antonella Brunelli, Stefania Manetti, Costantino Panza

Musical-mente

- 90 Le iniziative di "Nati per la Musica"
Stefano Gorini

Congressi controlloce

- 92 Ambiente e salute. La rivoluzione epidemica del XXI secolo
Federica Zanetto
- 92 Le Giornate Italiane Mediche dell'Ambiente
Anna Maria Falasconi

Lo specializzando

- 93 Il mondo degli specializzandi: temi, esperienze e prospettive
Naire Sansotta, Giovanna La Fauci

Lettere

- 94 Pediatri fra due mondi. Un dialogo fra Fabio Sereni e Franco Panizon
Fabio Sereni
- 95 Ho un dolore a proposito dei bambini ricchi e poveri
Angelo Spataro

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 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 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 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, 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.