

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



settembre-ottobre 2012 vol 19 n° 5

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

La Rivista è indicizzata in SciVerse Scopus

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
September-October 2012; 19(5)

193 Editorial

The reason of a candidature

Paolo Siani

Research in primary care. ENBe: What we are learning

Federica Zanetto

195 Research

A research ACP-SISIP: the humanization of our hospitals

Filippo Festini, Paolo Siani, Sofia Bisogni, et al.

Conversations of toddlers aged 12, 18, and 24 months

Serena Bonifacio, Luigi Girolametto, Mariangela Bruno

204 Research letters

Oral communication session at the XXIII

National Paediatric Cultural Association Conference

Red

207 Public health

Italian standards for the treatment of obesity

Maurizio Iaia

208 Telescope

Long-term outcomes of prematurity and population attributable fraction: what relative risk and odds ratio don't say

Carlo Corchia

212 Info

214 Around Narration

Stories of little children and great men

Raffaele D'Errico

216 Learning from a case

Measles in a newborn

Natale Maresca

218 Community corner

Relation between weaning method, Body Max Index and food preferences in pre-scholar children

Red

219 Appraisals

Behind the iceberg, the pack:

the unexplored world of "gluten sensitivity"

Enrico Valletta, Martina Fornaro

223 Forasustainableworld

Impact on child health of persistent organic pollutants

Angela Biotchini, Giusti De Gaspari,

Aurelio Nova, Letizia Rabbone

224 Medical education

Continuing Medical Education: news of the agreement between State and Regions April 19, 2012

Maria Paola Bacchielli

227 The child and the legislation

Listening to the child, the injured party in abuse

Augusta Tognoni

231 Vaccinacipi

From PCV7 to PCV13: much hopes, some cautions

Rosario Cavallo

232 Farmacipi

Antibiotics prescriptions in USA and France are declining, and in Italy?

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani

233 Paediatrician among two worlds

From Chiari to Angola: infant malnutrition

Magda Lonardi

234 Books

236 Informing parents

Drinking sodas or juice

Antonella Brunelli, Stefania Manetti, Costantino Panza

237 Movies

238 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

Maria 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: ufficioci@acp.it

Stampa

Stilgraf

viale Angeloni 407, 47521 Cesena

Tel. 0547 610201, fax 0547 367147

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

"Il fanciullo malato", Antonio Mancini (1883-1963), olio su tavola, 11x17 cm. Napoli, Museo Nazionale di Capodimonte.

NORME EDITORIALI. Gli Autori sono pregati di attenersi a queste norme generali che riguardano la confezione del loro contributo su *Quaderni acp*. Ad articolo pubblicato si accorgeranno che il percorso editoriale dell'articolo lo ha sensibilmente migliorato. Prego pertanto di non fare una lettura superficiale di queste norme. **Testi.** I testi devono pervenire alla redazione via e-mail (redazione@quaderniacp.it) composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Gli AA sono tenuti a dichiarare di non avere inviato il testo contemporaneamente ad altre riviste. La violazione della norma comporta il respingimento dell'articolo. Si prega di non usare carta intestata o riconoscibile per garantire la cecità dei revisori. Nel testo non vanno usate sottolineature; il grassetto va usato solo per i titoli. Il titolo deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo, sintetico. La redazione si riserva il diritto di modificare il titolo ed eventualmente il sottotitolo dell'articolo. Va indicato l'Istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli Autori. Va segnalato l'indirizzo e-mail dell'Autore indicato per la corrispondenza. Gli articoli devono essere corredati da un riassunto in italiano e in inglese dell'ordine di 1000 battute spazi inclusi. Alla fine del riassunto vanno inserite 3-5 parole chiave in italiano e in inglese. La traduzione in inglese di titolo, riassunto e parole chiave può essere fatta - se richiesta - dalla redazione. In ogni caso i testi inglesi vengono controllati da redattori madrelingua. Negli articoli di ricerca sia il testo che il riassunto vanno strutturati in Scopii, Metodi, Risultati, Conclusioni. 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.

I perché di una ricandidatura

Paolo Siani

Presidente Associazione Culturale Pediatri

Sono al termine del mio primo triennio alla presidenza ACP. Lo Statuto prevede che il Presidente possa ripresentarsi per un secondo mandato e infatti tre anni non sono tanti alla guida di una Associazione come la nostra, che ha una vera organizzazione federale. Le iniziative realizzate insieme al Direttivo sono state tante, alcune non ancora portate a termine. È in corso la revisione del codice di autoregolamentazione nei confronti dell'industria; stiamo ridiscutendo le quattro priorità ACP; insieme a Franco Mazzini referente per l'Emilia-Romagna si sta lavorando a un documento sulla riorganizzazione delle cure primarie che abbiamo provato a scrivere insieme alla SIP per portare al Ministero della Salute un documento unico delle Società Scientifiche Pediatriche. Verrà presentata in assemblea a Torino la proposta ACP.

La Ricerca è stata uno dei campi in cui ci siamo molto impegnati. Lo studio ENBe, realizzato in collaborazione con l'Istituto Mario Negri, progettato e organizzato durante la presidenza di Michele Gangemi, sta per concludersi. È stata realizzata una ricerca online in collaborazione con il Burlo Garofolo di Trieste e la Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche (SISIP) sulla gestione delle convulsioni febbrili, con particolare riferimento all'utilizzo degli antipiretici da parte degli operatori sanitari. Sono stati pubblicati i risultati della ricerca sulla gestione del bambino con testicolo ritenuto. Sono state condotte una ricerca sul reflusso gastroesofageo e, ancora in collaborazione con la SISIP, un'indagine online sull'umanizzazione dei reparti di pediatria.

La Segreteria Formazione-Ricerca ACP ha delineato il percorso metodologico di presentazione di una ricerca con l'elaborazione di uno schema ad hoc scaricabile dal sito ACP.

La proposta formativa ACP si amplierà con un corso di formazione a distanza (FAD) che, erogato da *Quaderni acp*, tratterà argomenti clinici derivanti dalla pratica professionale quotidiana.

È stato pubblicato il libro *Il dolore nel bambino, strumenti pratici di valutazione e terapia*. Abbiamo dato un grande contributo alla realizzazione della nuova Carta dei Diritti dei bambini in ospedale che sarà presentata nel prossimo autunno. Tutte le segreterie hanno lavorato in collaborazione con il Direttivo nazionale realizzando varie attività puntualmente rendicontate su Appunti di Viaggio (AdV).

Ho cercato di impostare la mia presidenza sul lavoro di gruppo, e ogni decisione presa è stata condivisa da tutto il Direttivo e con i responsabili delle segreterie. Abbiamo coinvolto i referenti regionali anche invitandoli a turno alle riunioni del Consiglio direttivo, per una maggiore partecipazione rispetto a quanto stabilito a livello nazionale.

La newsletter AdV è ormai una consuetudine e si è dimostrata un ottimo strumento di lavoro e di comunicazione con i soci. Da pochi mesi è attivo il nuovo blog che ha moltiplicato le visite sul nostro sito. Siamo stati presenti sulla stampa nazionale con varie prese di posizione (visibili in www.acp.it). Tra esse, quella sui prodotti per l'infanzia con il coinvolgimento FIMP/Barilla ha visto il Ministero della Salute e quello delle Politiche Agricole condividere la nostra posizione. Ci sono stati alcuni cambiamenti in ambito nazionale: Michele Gangemi è il nuovo Direttore di *Quaderni acp*; il professor Biasini è il Direttore editoriale ACP; abbiamo una nuova addetta stampa, Lucilla Vazza; il referente del gruppo prevenzione delle malattie infettive è, attualmente, Rosario Cavallo; Laura Reali coordina il blog, Francesca Siracusano redige AdV. Sono stati risanati i conti dell'Associazione e ora possiamo guardare al futuro con più ottimismo e investire in nuove ricerche e attività (sul sito ACP è presente il bilancio dell'Associazione, una sorta di bilancio sociale, nell'ottica della trasparenza, trasparenti nei confronti dei soci).

Abbiamo realizzato due manifesti informativi da esporre nelle sale d'attesa degli

studi e degli ospedali e relativi a "Nati per Leggere" e "Nati per la Musica", due Progetti che rappresentano davvero il fiore all'occhiello della nostra Associazione, e che troverete allegati a *Quaderni acp* e a *Medico e Bambino*. Abbiamo provato a raggiungere nuovi soci con la campagna "Porta un amico in ACP" che ha riscosso un discreto successo.

Perché la mia ricandidatura?

Vorrei continuare a creare nuove connessioni e a stabilizzare quelle già in atto, anche se non è cosa facile. Con il Direttivo nazionale è stato massimo l'impegno per aprire il confronto con le altre Società scientifiche, anche se non sempre è stato trovato un accordo. Ci apriremo ai giovani colleghi e ascolteremo la voce degli specializzandi per comprenderne le esigenze e cercare risposte concrete.

Continueremo a impegnarci per far crescere un pediatra che sappia rinunciare serenamente a ogni conflitto d'interesse, che sappia essere curioso e pronto a imparare cose nuove, che sia disposto ad affrontare le malattie dei suoi pazienti con umanità e competenza, che sappia far sorridere i bambini e che alzi la voce, se serve, per difendere i loro diritti.

Ci impegneremo a fare sempre meglio anche con meno in questo periodo di crisi economica. Non era questo uno dei nostri slogan già un po' di anni fa?

Continuerò a coinvolgere nella vita dell'Associazione i gruppi oltre che i referenti regionali e i responsabili delle segreterie, vera forza dell'ACP. Al Presidente e al Direttivo nazionale tocca coordinarli e tenere dritta la barra per sentirsi tutti parte di una stessa storia, perché, come diceva Abramo Lincoln, una casa divisa non potrà mai stare in piedi.

Le parole chiave della mia prossima presidenza saranno dunque: connessioni, etica, cultura, lavoro di gruppo.

In tanti mi hanno aiutato in questi anni. Carlo Corchia, Chiara Guidoni, Maria Francesca Siracusano, Enrico Valletta, i consiglieri che hanno condiviso con me per intero i miei primi tre anni di presidenza, sono stati preziosi, per me e per tutta l'ACP. ♦

Per corrispondenza:
Paolo Siani
e-mail: paolo.siani@fastwebnet.it

editoriale

La ricerca nelle cure primarie ENBe: che cosa stiamo imparando

Federica Zanetto

Pediatra di famiglia, Associazione Culturale Pediatri Milano e Provincia

L'editoriale di G. Toffol pubblicato su *Quaderni acp* 4/2012 sottolinea "il beneficio per la comunità che può venire dall'attività di ricerca nell'ambito delle cure primarie [...] ancora carente nel nostro paese". Ci ricorda che "la ricerca dovrebbe essere uno degli imperativi morali di ogni medico che si occupi di cure primarie, particolarmente in pediatria", ma anche che è un'attività che "procede sempre tra mille problemi, anche per la scarsità di fondi organizzativi a disposizione e per le lunghe procedure burocratiche", per "la mancanza di una regia di coordinamento comune e di una reale comprensione da parte di tutti i pediatri dell'importanza della ricerca per la salute della comunità".

Il 31 marzo 2012 si è conclusa la fase di arruolamento dello studio "Efficacy of nebulised beclometasone versus placebo in preventing viral wheezing in preschool children" (ENBe), promosso dall'Istituto Mario Negri in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri e il Centro di Economia Sanitaria Angelo e Angela Valenti, e finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco nell'ambito dei bandi per la ricerca indipendente 2007 (FARM7RANLZ). Primo trial in doppio cieco e con finanziamenti pubblici condotto in pediatria di famiglia, lo studio si propone di verificare l'efficacia del beclometasone come profilassi del wheezing in corso di infezioni delle vie aeree superiori nei bambini in età prescolare con precedenti episodi di wheezing virale. Sono stati coinvolti 40 pediatri di famiglia iscritti al registro ASL della sperimentazione e operanti in 9 ASL distribuite sul territorio nazionale. A ciascuno è stato chiesto di arruolare, in un periodo predefinito, 16 bambini randomizzati a ricevere beclometasone o placebo.

Lo studio è accompagnato dalla pubblicazione periodica della newsletter "ENBe News", proposta ai partecipanti

come strumento d'informazione e aggiornamento bibliografico di quanto indicizzato nelle banche dati (Medline, Embase e Cochrane) in tema di diagnosi, trattamento e profilassi del wheezing e dell'asma in età prescolare.

Noi pediatri sperimentatori abbiamo dunque avuto l'opportunità di partecipare a una ricerca che, per dimensioni e modalità, rappresenta la prima sperimentazione clinica formale, indipendente, randomizzata e in doppio cieco nella pratica pediatrica extraospedaliera italiana; che ci ha reso parte attiva di qualcosa che riguarda la salute del bambino; che ha visto il coinvolgimento della famiglia non limitato al momento formale del "consenso informato"; che ci ha chiesto di "guardarci allo specchio" rispetto a prassi spesso consolidate e non sempre appropriate; che è stata occasione di aggiornamento attivo, partecipato, collaborativo (il gruppo, i coordinatori, la newsletter); che ci ha sollecitato a precise responsabilità e alla disponibilità al controllo esterno e tra pari; che ha anche rappresentato una modalità privilegiata per l'acquisizione di crediti ECM.

Tutti questi aspetti inerenti alla partecipazione allo studio, acquisiti e vissuti "sul campo", devono essere oggetto di consapevolezza e valutazione attenta all'interno dell'Associazione Culturale Pediatri che, come sottolineato anche nell'editoriale di G. Toffol, considera la ricerca una delle proprie attività fondamentali, cui nella sua storia ha dedicato "non poche energie, anche se spesso poco coordinate tra loro e non costanti nel tempo".

I coordinatori e la segreteria dello studio ENBe hanno assicurato a noi pediatri sperimentatori un costante "controllo di qualità" nel percorso, hanno garantito una stabile rete di sostegno, ci hanno supportato con efficienza e tempestività negli aspetti organizzativi: una regia

discreta, ma preziosa e assolutamente indispensabile in tutte le fasi dello studio, e che può essere garantita solo da chi ne ha competenze e strumenti.

Alcune criticità che hanno caratterizzato la fase dell'arruolamento ci hanno fatto toccare con mano le difficoltà nel fare ricerca nell'ambito delle cure primarie: il "non consenso", spesso inatteso (pur con genitori già a conoscenza, la maggior parte delle volte, della possibilità di inserimento nello studio) e in alcuni casi condizionato da situazioni di setting non ottimali (ambulatorio affollato, con tempi e modalità comunicative non adeguati); la necessità di forzare prassi in alcuni contesti consolidate; alcuni aspetti d'interpretazione non univoca del protocollo, già condivisi "sulla carta", ma non ancora sul campo; le patologie "altre" o le prescrizioni intempestive (per es. in Pronto Soccorso) che in alcuni arruolabili hanno interferito o ritardato l'inserimento nello studio; le differenze individuali di attitudine e di approccio, anche all'interno del gruppo degli sperimentatori di una stessa ASL; la diversa morbilità in ASL sparse su tutto il territorio nazionale.

Anche queste difficoltà e "fatiche" sono da riprendere in ambito associativo e rimandano al ruolo della Società scientifica nell'investimento in progetti di ricerca rilevanti e interessanti per la salute del bambino e per ritorno culturale, aggiornamento e cambiamento delle pratiche nelle cure primarie.

Il percorso di ricerca attiva che è in atto invita, dunque, a passi ulteriori sul campo, coordinati e condivisi, rivolti a produrre informazione scientifica affidabile sui bisogni veri della salute del bambino. A patto che si creino "le condizioni per..." e che motivazione, organizzazione e sostegno non siano occasionali: una sfida impegnativa che vale la pena raccogliere e affrontare. ♦

Per corrispondenza:
Federica Zanetto
e-mail: zanettof@tin.it

editoriale

Rendiamo più accoglienti i nostri ospedali

Il risultato di una ricerca condotta dall'Associazione Culturale Pediatri e dalla Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche

Filippo Festini*, Paolo Siani**, Sofia Bisogni***, Alberta Marino Merlo***, Daniele Ciofi***

*Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche; **Associazione Culturale Pediatri; ***Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze per la Salute della Donna e del Bambino

Abstract

A research ACP-SISIP: the humanization of our hospitals

Objectives To evaluate how different interventions aiming at humanizing hospital wards are diffused.

Materials and methods A cross sectional survey by ACP and SISIP. An online specific survey with 37 questions sent through the mailing lists of both associations to doctors and nurses operating in Italian Hospitals.

Results 116 surveys have been collected, referring to 111 different paediatric hospital wards over a total of 700. 43% of the wards have more than 50% of the rooms with two beds. In the 90.1% walls are not painted white but with colours and images. 47.7% of the wards have a school while game rooms are present in the 66.7% of the wards. Outside play grounds are present in the 37.8% of the hospitals while reading aloud promotion only in the 29.7% of the wards. Projects with the presence of pets are present in the 13.5% of the wards. 80.2% of the wards have volunteers and in the 67.6% there are clown doctors. In wards with more than 1500 hospital admissions per year single rooms and game rooms are most frequently present in respect to smaller wards ($p 0.02$ and $p 0.03$ respectively).

Conclusions Although the importance of humanization interventions is well known this study describes a mosaic of reality in which these practices are still in an embryonic stage.

Quaderni acp 2012; 19(5): 195-198

Key words Paediatrics. Humanization. Hospital admission

Obiettivi Valutare quanto siano realmente diffusi nei reparti pediatrici italiani i diversi interventi di umanizzazione.

Materiali e metodi Cross-sectional survey, promossa e condotta dalla ACP e dalla SISIP. Un questionario ad hoc di 37 domande è stato creato online. Inviti a rispondere al questionario sono stati inviati per mezzo delle mailing list delle due Associazioni a medici e infermieri operanti nelle pediatrie italiane.

Risultati Sono stati compilati 116 questionari, riferiti a 111 diversi reparti pediatrici, su un totale stimato di circa 700. Il 43% dei reparti considerati ha più del 50% di stanze a due letti. Nel 90,1% dei casi le pareti dei reparti non sono bianche, ma colorate o addobbate con disegni e pitture. La scuola in ospedale è presente soltanto nel 47,7% delle strutture; al contrario la ludoteca è presente nella maggioranza dei casi (66,7%). Gli ospedali in cui sono disponibili spazi gioco all'aperto sono il 37,8%. I progetti di lettura ad alta voce sono presenti soltanto nel 29,7% dei reparti. Progetti con presenza di animali sono attivati solo nel 13,5% dei reparti. Nell'80,2% dei reparti è presente personale volontario di supporto e nel 67,6% sono presenti i clown doctors. Nei reparti con più di 1500 ricoveri all'anno le stanze singole e la ludoteca sono presenti più frequentemente rispetto ai reparti con volumi di attività inferiori ($p 0,02$ e $p 0,03$ rispettivamente).

Conclusioni Sebbene sia ormai unanimemente riconosciuta l'importanza degli interventi di umanizzazione delle cure, il nostro studio descrive un mosaico di realtà in cui tali pratiche sono ancora in fase embrionale.

Parole chiave Pediatria. Umanizzazione. Ricovero ospedaliero

Introduzione

In Italia ogni anno migliaia di bambini vengono ricoverati sia in reparti pediatrici di ospedali per adulti sia in ospedali interamente dedicati all'assistenza pediatrica. Sebbene sia ormai unanimemente ritenuto un diritto del bambino quello di essere assistito al proprio domicilio, ancora oggi molte Regioni italiane non dispongono di un servizio di assistenza domiciliare pediatrica per assistere, fuori dall'ospedale, bambini con bisogni di salute complessi e ancora troppi sono i bambini ricoverati in ospedale per patologie banali [1]. Sebbene il numero dei ricoveri pediatrici sia relativamente diminuito negli ultimi anni, il tasso di ospedalizzazione pediatrica in Italia rimane sensibilmente superiore rispetto a quello di altri Paesi europei come Gran Bretagna e Spagna [2]. La letteratura scientifica è ormai concorde nello stabilire che l'evento del ricovero e l'intera degenza in ospedale hanno un potenziale ansiogeno e stressogeno molto elevato per il bambino e la sua famiglia [3]. È stato infatti dimostrato che la degenza in ospedale, anche se di breve durata, influisce fortemente sulle modalità di svolgimento delle normali attività di vita quotidiana, provocando una marcata modificazione delle abitudini di sonno-veglia, dell'alimentazione nonché delle modalità di espressione del disagio da parte dei piccoli pazienti [4]. A questi elementi si aggiungono la condizione di malattia e la necessità di sottoporsi a procedure invasive, i presidi utilizzati per l'assistenza e la manipolazione del corpo del bambino da parte dei sanitari: tutti elementi potenzialmente destabilizzanti per il bambino e spesso percepiti come fonti di disagio e imbarazzo [3]. Le problematiche di tipo psicologico, inoltre, si accentuano se il bambino è stato ricoverato in un reparto di area critica, con sequele che possono manifestarsi anche dopo diverso tempo dalla dimissione e

Per corrispondenza:
Paolo Siani
e-mail: paolo.siani@fastwebnet.it

per la cui misurazione sono disponibili strumenti validati [3-5].

Per questi motivi negli ultimi anni è stato compiuto uno sforzo da parte di alcuni ospedali al fine di rendere le cure maggiormente atraumatiche, e il ricovero e la degenza in nosocomio sempre più a misura di bambino; in altre parole, l'attuazione di interventi di umanizzazione delle cure pediatriche [6].

A questo riguardo vari studi hanno indagato le percezioni che bambini e genitori hanno dell'ospedale, quali sono gli elementi graditi e quali invece quelli ritenuti paurosi o fastidiosi, quali attività sono preferite e in che modo i bambini prediligono essere avvicinati dai professionisti sanitari [7]. I risultati ottenuti da tali studi raccolgono le impressioni e i suggerimenti di bambini e genitori relativamente a quattro macroaree: le caratteristiche strutturali, le attività svolte dal personale, le attività non cliniche di supporto, la scuola in ospedale. Per quanto riguarda il primo aspetto, studi sia qualitativi che quantitativi evidenziano che i bambini sperimentano minori livelli di ansia e paura se le pareti del reparto e della camera sono addobbate con immagini buffe e disegni familiari; le pareti colorate sono generalmente più gradite rispetto a quelle bianche; la possibilità di giocare all'aperto è ritenuta dalla maggioranza dei bambini un'opportunità piacevole [8-9-10]. È molto importante che il bambino possa avere spazi per giocare e per portare con sé i propri giochi; questo, oltre ad avere una funzione rassicurante e a rendere più gradevole il tempo libero che il bambino deve obbligatoriamente trascorrere in ospedale, può essere utilizzato dai sanitari per il potenziamento delle capacità psicomotorie residue o come tecnica di distrazione attiva durante le procedure dolorose [11-12]. Attualmente sono disponibili molti studi che mostrano l'efficacia dell'utilizzo in pediatria delle divise colorate per medici e infermieri al posto delle divise bianche, solitamente utilizzate nei reparti per adulti [13]. Le divise colorate sono infatti associate a minori livelli di ansia nel bambino e a una migliore percezione da parte del piccolo paziente della figura dell'infermiere, mentre la divisa bianca è associata a maggiori livelli di paura [14-15]. È inoltre auspicabile la presenza di personale volontario appositamente formato [16].

È ormai dimostrata l'efficacia di attività non cliniche di supporto nella riduzione di ansia anticipatoria e stress nel paziente pediatrico e nei suoi genitori; per esempio è ormai noto che la musica è utile nella riduzione di ansia e dolore nei Pronto Soccorso pediatrici e che l'impiego della musica durante la degenza, sia registrata che dal vivo, non soltanto diminuisce i livelli di dolore sperimentato durante le procedure dolorose ma migliora il ricordo complessivo che il paziente ha dell'intero periodo della degenza [17-20]. Anche le attività con animali contribuiscono a rendere l'ospedalizzazione più piacevole per i bambini e i loro genitori: è stato, infatti, ormai dimostrato che tali attività non comportano un rischio per la salute dei piccoli pazienti ma, al contrario, danno luogo a interazioni positive e costruttive tra bambino e animale e riducono significativamente i livelli di ansia, dolore e paura. E anche i genitori dimostrano di apprezzare molto questo tipo di intervento [21]. Per quanto riguarda la scuola, la legge italiana stabilisce che sia disponibile in ogni ospedale pediatrico un servizio scolastico per i bambini che devono subire lunghi ricoveri. La presenza del servizio scolastico permette al bambino di limitare al massimo l'impatto che la malattia ha sul suo percorso di studi. La scuola in ospedale deve tenere conto delle specifiche necessità cliniche dei bambini, e questo è molto apprezzato dai bambini stessi; in particolare sono graditi i programmi in cui è l'insegnante a spostarsi nella stanza del bambino rispetto a quelli in cui è previsto che sia il bambino a recarsi in un apposito luogo dell'ospedale [22].

Benché siano numerose, in letteratura, le pubblicazioni sull'efficacia delle diverse misure di umanizzazione considerate, non sono al momento disponibili studi di livello nazionale sulla loro implementazione effettiva negli ospedali e nei reparti pediatrici.

Obiettivo principale di questa ricerca è la valutazione della diffusione delle pratiche di umanizzazione nei reparti di pediatria presenti sul territorio nazionale. Obiettivo secondario è quello di verificare se esista una relazione tra alcune caratteristiche della struttura di assistenza pediatrica e la presenza di pratiche di umanizzazione.

Materiali e metodi

Cross-sectional survey: lo studio è stato promosso e condotto dall'Associazione Culturale Pediatri e dalla Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche. È stato utilizzato un questionario costruito *ad hoc* e composto da 37 domande. Il questionario è stato pubblicato online e i professionisti sanitari (sia medici che infermieri) sono stati invitati a partecipare mediante l'inserimento del link alla pagina del questionario su importanti siti di interesse professionale pediatrico e mediante l'utilizzo di mailing list dedicate all'aggiornamento. Il questionario, compilato in forma anonima, includeva domande sia sulle caratteristiche strutturali e organizzative dei reparti di afferenza dei compilatori, sia sulla presenza delle pratiche di umanizzazione. È stata, inoltre, indagata la quantità di ore dedicate a tali attività, oltre al tipo di finanziamento impiegato a sostegno dei progetti di umanizzazione. Sono stati raccolti dati sui volumi di attività assistenziale delle strutture di afferenza dei compilatori. I risultati del questionario sono stati trasferiti automaticamente dal software di inserimento su un foglio di calcolo sul quale sono state stimate le percentuali e le medie e gli indici di tendenza centrale. Per eseguire il test di significatività è stato utilizzato il software Epiinfo.

Risultati

Sono stati raccolti 116 questionari, provenienti da 111 reparti diversi. I compilatori medici sono stati 26, gli infermieri 85. La maggior percentuale di risposte è pervenuta dal Nord Italia (62,2%), 24,3% dal Centro Italia, 13,5% dal Sud Italia. Il 39,6% dei reparti considerati appartiene a un'ASL, il 28% a un'Azienda Ospedaliera Universitaria, il 19,8% a un'Azienda Ospedaliera, il 7,2% a un'Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale, il 5% appartiene ad altri tipi di strutture sanitarie. Nell'82% dei casi i dati riguardano reparti pediatrici di ospedali per adulti, mentre nel 18% ospedali esclusivamente pediatrici. I volumi di attività relativi ai reparti considerati sono riassunti nella *tabella 1*.

Caratteristiche strutturali

Nella maggioranza dei casi, i reparti descritti hanno i posti letto distribuiti in

TABELLA 1: DISTRIBUZIONE DEI QUESTIONARI SECONDO I VOLUMI DI ATTIVITÀ DEI REPARTI A CUI SI RIFERISCONO (%)

Ricoveri / anno	%
0-500	25
501-1000	20
1001-1500	31,3
Più di 1500	23,7

stanze singole o doppie; non sono presenti nel reparto stanze triple o quaduple rispettivamente nel 73% e nel 69% dei casi (*tabella 2*). La modalità di distribuzione dei posti letto più frequentemente adottata dai reparti è quella con stanze a due letti (il 43% dei reparti considerati ha infatti più del 50% di stanze di questo tipo). Per quanto riguarda le pareti dei reparti, nella stragrande maggioranza dei casi (90,1%) non sono bianche, ma colorate o adobbate con disegni e pitture. Nel 32% dei casi l'allestimento delle pareti è avvenuto con il finanziamento da parte di enti esterni all'ospedale. Risulta ancora molto poco diffusa l'adozione per il personale sanitario delle divise colorate, che vengono utilizzate solo nel 5,8% dei reparti. Ulteriori caratteristiche relative agli allestimenti alle pareti e alle modalità di realizzazione degli stessi sono riassunte nella *tabella 3*.

La scuola in ospedale è presente soltanto nel 47,7% delle strutture analizzate; al contrario la ludoteca è presente nella maggioranza dei casi (66,7%). Gli ospedali in cui sono disponibili spazi-gioco all'aperto sono relativamente rari (37,8%); tuttavia nella maggioranza dei casi questi spazi risultano ben attrezzati con l'installazione di giochi e strutture (78%).

Presenza di attività di supporto

I progetti di lettura ad alta voce sono presenti soltanto nel 29,7% dei reparti, con una frequenza media di 1,9 giorni alla settimana. Laddove i progetti di lettura sono attivati, nel 21,2% dei casi consistono in lettura dialogica, nel 60,6% in lettura frontale e nel 48,5% in lettura recitata (in alcuni casi sono utilizzate più modalità contemporaneamente). Nei programmi in cui viene richiesta anche la partecipazione dei genitori, questa è definita buona o ottima nel 90% dei casi e scarsa soltanto nel 10%. Anche i progetti che prevedono l'inserimento della

TABELLA 2: DISTRIBUZIONE DEI REPARTI PER FREQUENZA DELLA TIPOLOGIA DI STANZA

	Tutte le stanze	Più del 50% delle stanze	Nessuna stanza
Stanze a 1 letto	6%	20%	26%
Stanze a 2 letti	13%	43%	18%
Stanze a 3 letti	1%	5%	73%
Stanze a 4 o più letti	4%	10%	69%

TABELLA 3: CARATTERISTICHE DEGLI ALLESTIMENTI DELLE PARETI

Realizzati da adulti e bambini	33%
Realizzati da soli adulti	42%
Su progetto ospedale	20%
Su progetto esterno	23%
Finanziato da ospedale	14%
Finanziato da esterno	32%
Computer e media	13%

musica in ospedale sono relativamente poco diffusi: sono presenti soltanto nel 26,1% dei reparti, con una frequenza media di 2,1 volte a settimana. Nel 79,3% dei casi si tratta di musica dal vivo (gold standard), mentre soltanto nel 25% dei casi è proposta musica registrata. Tra le attività di supporto considerate, quelle con gli animali sono quelle più scarsamente diffuse (presenti soltanto nel 13,5% dei reparti): vengono usati principalmente cani ma anche gatti, tartarughe, conigli e cavie.

Caratteristiche del personale che svolge le attività di supporto

Nell'80,2% dei reparti è presente personale volontario di supporto, come descritto nella *tabella 4*, con una media di 3,6 volte alla settimana di presenza. Il personale che si occupa dello svolgimento delle attività di supporto solitamente non è retribuito (77,4%), e ha ricevuto un'apposita formazione. Il personale sanitario del reparto è coinvolto nelle attività ludico-distrattive nel 75,3% dei casi, dimostrando un atteggiamento generalmente collaborativo (67% dei reparti) o neutro (23,4%): soltanto nell'8,5% dei casi viene riportata qualche difficoltà nella collaborazione tra volontari e personale. La famiglia viene attivamente coinvolta solo nel 26,3% dei casi.

TABELLA 4: PERCENTUALE DI REPARTI NEI QUALI SONO PRESENTI LE DIVERSE FIGURE DI SUPPORTO

Clown	67,6%
Volontari gioco	58,6%
Volontari disegno	50,5%
Volontari animazione	42,3%
Volontari canto	21,6%
Altro	26,1%

Associazione tra caratteristiche delle strutture e implementazione delle attività di umanizzazione

Sono state analizzate alcune possibili associazioni tra alcune caratteristiche delle strutture descritte nello studio e la presenza al loro interno dei diversi tipi di attività di umanizzazione.

Non sono risultate differenze statisticamente significative nella frequenza d'implementazione delle attività di umanizzazione tra gli ospedali generali e gli ospedali pediatrici, nonché tra Centro, Nord e Sud Italia. Sono state, invece, riscontrate differenze statisticamente significative tra ospedali universitari e ospedali del SSN: in particolare negli ospedali universitari gli interventi strutturali sono meno frequenti che negli ospedali del SSN (p 0,03); vi risultano, invece, maggiormente diffusi i programmi di musica in ospedale (p 0,001), le attività con gli animali (p 0,01) e la scuola (p 0,0006). Inoltre, nei reparti con più di 1500 ricoveri l'anno le stanze singole (p 0,02) e la ludoteca (p 0,03) sono presenti più frequentemente rispetto agli altri.

Conclusioni

Questo lavoro rappresenta il primo studio condotto in Italia per conoscere il livello di effettiva diffusione delle misure di umanizzazione nei reparti e negli

ospedali pediatrici a livello nazionale. I dati forniti possono costituire un'utile base per programmare azioni finalizzate a migliorare la conoscenza e la diffusione delle iniziative di umanizzazione delle cure nei contesti clinici pediatrici italiani. Un limite dello studio potrebbe essere rappresentato dalla ridotta numerosità dei rispondenti. Inoltre, l'utilizzo di internet e della posta elettronica come unici mezzi di diffusione del questionario potrebbe, almeno in ipotesi, aver operato una selezione dei rispondenti, favorendo quelli operanti in contesti clinici particolarmente avanzati e aggiornati. Sebbene sia ormai unanimemente riconosciuta l'importanza degli interventi di umanizzazione delle cure, il nostro studio descrive un mosaico di realtà in cui tali pratiche sono ancora in fase embrionale. I dati dimostrano che lo sviluppo delle pratiche di umanizzazione è ancora affidato, nella maggior parte dei casi, all'opera dei volontari e a finanziamenti esterni.

Sembra anche emergere che, benché le strutture sanitarie utilizzino e integrino al proprio interno i volontari che sono a contatto con i bambini ricoverati (nella maggioranza dei casi si tratta di personale appositamente formato), i costi relativi al miglioramento della qualità delle cure determinano dagli interventi di umanizzazione rimangono ancora quasi totalmente a carico di iniziative personali o di enti benefattori. Tali modalità di finanziamento e di sostegno alle attività di umanizzazione si riflettono in una integrazione tutt'altro che sistematica delle attività di supporto all'interno dei percorsi di cura sanitari. I risultati evidenziano, inoltre, la necessità di investire maggiormente nella realizzazione di modifiche strutturali, come, per esempio, la creazione di spazi all'aperto e la piena

realizzazione della scuola in ospedale. Sarebbe, inoltre, auspicabile la costituzione di un osservatorio a livello sia nazionale che comunitario per la diffusione, l'integrazione e il coordinamento delle pratiche di umanizzazione nelle strutture che si occupano di assistenza pediatrica.

Ulteriori studi potranno mostrare il confronto tra la diffusione delle attività di umanizzazione in Italia rispetto al resto dei Paesi membri della Comunità Europea.

Sarebbe augurabile la costituzione di un osservatorio a livello nazionale sulla diffusione, l'integrazione e il coordinamento delle pratiche di umanizzazione nelle strutture che si occupano di assistenza pediatrica. Riteniamo che tutti i progetti di umanizzazione, per essere efficaci e duraturi, debbano rientrare in un "processo di accoglienza" che coinvolga il personale sanitario e la dirigenza dell'ospedale, e che debbano essere inseriti tra i parametri di valutazione delle aziende sanitarie. ♦

Bibliografia

- [1] Fondazione ABIO onlus. Carta dei diritti dei bambini e degli adolescenti in ospedale. 2007. http://www.abio.org/_download/CartadeiDiritti.pdf.
- [2] Ministero della Salute. Ospedalizzazione Pediatrica in Italia. Rapporto del 2001. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_999_allegato.pdf.
- [3] Rennick JE, Rashotte J. Psychological outcomes in children following pediatric intensive care unit hospitalization: a systematic review of the research. *J Child Health Care* 2009;13:128-49.
- [4] Piva D, Quadri E, Destrebecq AL. Nurse's role in the processes of hospital humanization and procedural pain relief in children. *Pediatr Med Chir* 2011;33:160-8.
- [5] Rennick JE, Johnston CC, Lambert SD, et al. Measuring psychological outcomes following pediatric intensive care unit hospitalization: psychometric analysis of the Children's Critical Illness Impact Scale. *Pediatr Crit Care Med* 2011; 12:635-42.

[6] Siani P, de Maio S, D'Arienzo B, et al. Trasformare il ricovero ospedaliero. Iniziamo un dibattito? *Quaderni acp* 2007;14:171-2.

[7] Van Andel J. Places children like, dislike, and fear. *Children's environments quarterly* 1990;7:24-31.

[8] Boyd JR, Hunsberger M. Chronically ill children coping with repeated hospitalizations: their perceptions and suggested intervention. *J Pediatr Nurs* 1998;13:330-42.

[9] Pelander T, Lehtonen K, Leino-Kilpi H. Children in the hospital: elements of quality in drawings. *J Pediatr Nurs* 2007;22:333-41.

[10] Whitehouse S, Varni JW, Seid M, et al. Evaluating children's hospital garden environment: utilization and consumer satisfaction. *J Envir Psy* 2001;21:301-14.

[11] Haiat H, Bar-Mor G, Shochat M. The world of the child: a world of play even in the hospital. *J Pediatr Nurs* 2003;18:209-14.

[12] Jessee PO. Nurses, children, and play. *J Pediatr Nurs* 1992;15:261-9.

[13] Hamidreza R, Afsaneh P, Masoumeh S, et al. Impact of nurses clothing on anxiety of hospitalised children. *J Clin Nurs* 2009;18:1953-9.

[14] Festini F, Occhipinti V, Cocco M, et al. Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. *J Clin Nurs* 2009;18:1018-26.

[15] Meyer D. Children's responses to nursing attire. *J Pediatr Nurs* 1992;18:157-60.

[16] Swinney R, Yin L, Lee A, et al. The role of support staff in pediatric palliative care: their perceptions, training, and available resources. *J Palliat Care* 2007;23:44-50.

[17] Pati D, Nanda U. Influence of positive distractions on children in two clinic waiting areas. *HERD* 2011;4:124-40.

[18] Young T, Griffin E, Phillips E, Stanley E. Music as distraction in a paediatric emergency department. *J Emerg Nurs* 2010;36:472-3.

[19] Whitehead-Pleaux AM, Baryza MJ, Sheridan RL. The effects of music therapy on pediatric patients' pain and anxiety during donor site dressing change. *J Music Ther* 2006;43(2):136-53.

[20] Richards T, Johnson J, Sparks A, Emerson H. The effect of music therapy on patients' perception and manifestation of pain, anxiety, and patient satisfaction. *Med Surg Nurs* 2007;16(1):7-15.

[21] Caprilli S, Messeri A. Animal-Assisted Activity at A. Meyer Children's Hospital: A Pilot Study. *Evid Based Complement Alternat Med* 2006; 3:379-83.

[22] Kapelaki U, Fovakis H, Dimitriou H, et al. A novel idea for an organized hospital/school program for children with malignancies: issues in implementation. *Pediatr Hematol Oncol* 2003;20:79-87.

VENITE A TABIANO!

15-16 febbraio 2013 TABIANO XXII "PIÙ SALUTE"

Terme di Tabiano - Salsomaggiore (PR)
info 0522 296706

Antonio Cao, lo scienziato che non trascurò la clinica

Il mio amico Antonio Cao è morto il 21 giugno di quest'anno. Ci ha lasciato uno dei più grandi pediatri, non solo italiani, della mia generazione. Giancarlo Biasini mi ha chiesto di scrivere di lui, non solo per ricordare agli amici dell'Associazione Culturale Pediatri il tanto che ha fatto per la ricerca e per la clinica nella sua lunga carriera professionale, ma per sottolineare anche e soprattutto la sua statura morale e intellettuale. Il miglior modo per iniziare a parlare di Lui e della sua personalità a me sembra sia quello di raccontare alcuni episodi che hanno profondamente segnato la nostra lunga, fraterna amicizia.

Era la tarda primavera o l'inizio dell'estate dell'anno 2000

Antonio, sua moglie Giuse e io andiamo a Stoccolma, perché Antonio doveva ricevere, nell'austera sede del Premio Nobel, il prestigioso Award Marta Philipson, che l'Accademia dei Pediatri Scandinavi gli aveva assegnato in qualità di pediatra che aveva contribuito in maniera molto significativa al progresso della pediatria nel mondo. Io ero con i Cao solo perché, come membro di una commissione internazionale, ne avevo proposto la candidatura.

Antonio aveva già ricevuto numerose onorificenze e riconoscimenti importanti. Voglio citare il "Willian Allen Memorial Award" dell'American Society of Human Genetics, che gli fu assegnato negli Stati Uniti nel 1993, e il premio internazionale "Maria Vilma e Bianca Querci", conferitogli a Genova nel 1995.

Ma il premio svedese aveva una grande risonanza internazionale, perché Antonio era stato votato da tutti i cattedratici dei quattro Paesi Scandinavi che lo avevano scelto a grande maggioranza tra altre prestigiose candidature. Il riconoscimento sottolineava il bene che dalle sue ricerche era venuto per la salute dei bambini nel mondo. Era la consacrazione ufficiale della statura internazionale del pediatra Antonio Cao.

Era il luglio del 2004

Mia moglie Lucia ed io accettiamo con gioia l'invito di Antonio e Giuse Cao di trascorrere tre giorni di vacanza loro ospiti in Sardegna per visitare la provincia di Ogliastra viaggiando su un vecchio trenino storico. È una vacanza molto familiare: portiamo con noi la nostra nipotina Anna, che allora aveva 9 anni, loro un nipote di 8 anni. Di questa bellissima gita voglio ricordare due cose che dicono molto della personalità di Antonio: la prima è come ovunque eravamo ricevuti, i capistazione dei piccoli paesi ove il trenino faceva lunghe soste, i padroni delle trattorie ove pranzavamo, i tanti viaggiatori che riconoscevano "il professore", accoglievano e salutavano Antonio con entusiasmo e senza piaggeria, come il medico dei bambini sardi cui dovevano gratitudine; la seconda è la visita, alla fine dei tre giorni "turistici", all'Istituto di Neurogenetica e Neurofarmacologia del CNR di Lanusei, da lui fondato e diretto. Ricordo la visita perché anche questa dice molto della personalità di Antonio: anche in vacanza non scordava mai, anzi, non svestiva mai il suo essere pediatra-ricercatore. Non concepiva una nostra vacanza in Sardegna senza associare il piacere "mondano" e "turistico" all'interesse "culturale" e "scientifico".

Era il maggio del 2009

Antonio Cao compie ottant'anni. I suoi allievi e collaboratori organizzano una grande festa a Cagliari. Vengono dalla

California Yuet W. Kan e Michael Kabach, dal continente vengono Salvatore Auricchio, Pierpaolo Mastroiacovo e altri pochi amici di sempre. Di questa festa voglio soprattutto ricordare l'Aula dell'Ospedale Microcitemico, l'aula del suo ospedale, gremita da tutti coloro che in passato e nel presente hanno con lui collaborato nella ricerca e nella clinica. E ognuno di questi è chiamato a dire non solo i suoi auguri e le sue affettuosità, ma anche, e direi soprattutto, a riassumere i più rilevanti risultati delle ricerche e delle attività cliniche compiute insieme. Vi è un misto di emozione, affetto e orgoglio. Una grande famiglia che festeggia il suo patriarca. Indimenticabile.

Questi tre episodi dicono molte cose. A Stoccolma vi fu l'omaggio del mondo scientifico alla sua vita di medico, nel corso delle vacanze in Ogliastra mi resi conto di quanta ammirazione, rispetto e affetto era circondato nella sua terra anche da parte di comuni cittadini (e non mi meravigliai di certo quando anni dopo, nel 2008, il Presidente della Regione sarda gli conferì il titolo di *Sardus Pater*), la festa per il suo compleanno fu la riprova della sua capacità di creare un gruppo unito ed entusiasta che è essenziale per raggiungere grandi risultati nella ricerca. Desidero ricordarne anche una particolarità assai rara e poco nota. Il suo saper essere, contemporaneamente, grande genetista e pediatra "a tutto campo". Teneva moltissimo al rapporto con i pazienti cui dedicava almeno due ore al giorno. Nel suo studio venivano bambini da tutta la Sardegna per le più diverse patologie. Non è poco, negli attuali tempi della super-specializzazione.

Come ricercatore Antonio Cao è stato incredibilmente produttivo. Sono più di 400 gli articoli originali pubblicati sulle più autorevoli riviste scientifiche che portano la sua firma. Negli anni Ottanta con Y.W. Kan dimostrò la omogeneità genetica della beta-talassemia nella popolazione sarda, scoperta che fu premessa necessaria alla possibilità di praticare lo screening e la consultazione genetica. A queste ricerche seguirono numerosi contributi sulle correlazioni genotipo-fenotipo, non solo per la beta- ma anche per la alfa- e la delta-talassemia. Più recentemente sono stati individuati i meccanismi genetici che regolano la sintesi, e quindi i livelli di emoglobina fetale, con future interessantissime possibilità per possibili interventi terapeutici innovativi. Non vi è quindi dubbio che Antonio Cao sarà ricordato per quanto ha ricercato e operato nel settore della talassemia e per avere determinato, con la sua azione e le sue scoperte, una drastica riduzione della natalità in Sardegna per questa malattia. Il suo amico Lucio Luzzatto ha scritto su *Il Sole 24 ORE* dell'8 luglio 2012 un bellissimo e affettuoso articolo centrato su questi meriti di Antonio Cao. Come nella clinica Antonio non è mai stato *vir unius libri*. Ha lasciato contributi importanti sulla genetica clinica del morbo di Wilson. Ma io credo debbano essere anche e soprattutto ricordate ricerche di genetica della popolazione della provincia di Ogliastra, finanziate in larga, inusuale misura dall'NIH, che da anni si sono dimostrate estremamente utili nell'identificare numerose associazioni genetiche con variabili fenotipiche importanti (ematologiche, eritropoietiche, cardiologiche e altre che mi è qui impossibile elencare).

Molto ancora sarebbe da dire ma mi fermo qui. Addio, mio insostituibile amico.

Fabio Sereni



Come conversano i bambini a 12, 18 e 24 mesi?

Serena Bonifacio*, Luigi Girolametto**, Mariangela Bruno***

* IRCCS Pediatrico Burlo Garofolo, Trieste; **University of Toronto, Toronto, ON CA; ***IMPAROLA, Centro Logopedico e Pedagogico, Matera

Abstract

Conversations of toddlers aged 12, 18, and 24 months

The social-conversational skills of 178 typically-developing Italian toddlers aged 12, 18, and 24 months have been studied. The results indicate that the mean scores for social conversational skills increase with age and that the three age groups were significantly different from each other. In addition, subscale scores for assertiveness and responsiveness skills also differentiate each age group, indicating the usefulness of the scale in measuring developmental progress in communication skills.

Quaderni acp 2012; 19(5): 200-203

Key words Assertiveness. Responsiveness. Communicative acts. Typical language development

Le abilità socio-conversazionali assertive e responsive espresse con modalità verbale e non verbale sono state studiate in un campione di 178 bambini italiani con sviluppo di linguaggio tipico a 12, 18 e 24 mesi. Dai risultati emerge che le abilità socio-conversazionali incrementano con l'età in modo significativo. Inoltre, i punteggi medi delle abilità assertive e responsive differenziano i tre gruppi di bambini in modo significativo dimostrando la loro utilità per la valutazione logopedica.

Parole chiave Assertività. Responsività. Comportamento comunicativo. Sviluppo di linguaggio tipico

Introduzione

Lo sviluppo nella prima infanzia delle capacità socio-conversazionali esibite con modalità verbale e non è poco conosciuto e indagato nei contesti socialmente condivisi tra l'adulto e il bambino. Nella conversazione gli atti comunicativi possono assumere una funzione assertiva o responsiva a seconda del ruolo che riveste l'interlocutore nello scambio dialogico. Nel **box** sono descritti i comportamenti comunicativi assertivi e responsivi più frequenti che i bambini piccoli possono esibire con il linguaggio o con i gesti. Lo studio che presentiamo è stato realizzato con il questionario *Le Abilità Socio-Conversazionali del Bambino (ASCB)* che rappresenta l'adattamento italiano del *Social Conversational Skills Rating Scale*, uno strumento clinico che misura le capacità comunicative di tipo assertivo e responsivo verbali e non verbali in bambini di età compresa tra 12 e 36 mesi [1-2].

Lo strumento trova solide basi nell'approccio teorico socio-interazionista, che prevede, nello scambio d'informazioni tra interlocutori, un certo grado di reci-

procità e bidirezionalità con un coinvolgimento attivo dei partner. La compilazione coinvolge direttamente i genitori che devono rilevare il comportamento descritto in ogni quesito nei contesti realistici della vita quotidiana mentre il bambino interagisce con loro. Le abilità conversazionali rilevate dai genitori possono fornire un utile contributo per indagare comportamenti interattivi del bambino che non sempre sono rilevabili in un contesto clinico.

Box

ASSERTIVITÀ	RESPONSIVITÀ
Il fulcro dell'interazione nello scambio conversazionale è l'iniziativa spontanea del bambino. L'adulto deve sintonizzarsi sui comportamenti comunicativi del bambino che riguardano: la proposta di un argomento di interesse; il commentare oggetti, figure ed eventi; il formulare richieste di aiuto, di azione, di attenzione relative a un oggetto o a un evento; il fare domande.	Il fulcro dell'interazione nello scambio conversazionale è l'iniziativa dell'adulto. Il bambino deve sintonizzarsi sull'input linguistico dell'adulto e comprendere il significato di quanto gli viene comunicato per: prendere il proprio turno conversazionale; rispondere a richieste e a domande; mantenere la contingenza del discorso per uno o più scambi consecutivi sull'argomento proposto dall'adulto.
I comportamenti assertivi e responsivi possono essere esibiti dal bambino con modalità verbale o non verbale.	

Obiettivi

Lo studio si propone tre obiettivi: **1)** analizzare le abilità socio-conversazionali in un campione di bambini con sviluppo di linguaggio tipico nelle età dei bilanci di salute di 12, 18 e 24 mesi, per capire se incrementano e se ci sono differenze statisticamente significative nelle dimensioni di assertività e responsività in relazione al sesso e al livello di studio delle madri; **2)** rilevare i livelli di sviluppo di ciascun gruppo di bambini alle diverse età in relazione alle sei macro-categorie contenute nelle scale di Assertività (A) e Responsività (R); **3)** individuare, per ogni età, la percentuale di bambini che esibisce con maggior frequenza i comportamenti comunicativi descritti nei quesiti delle due scale.

Metodi

Nel periodo compreso tra il 1° marzo e il 31 dicembre 2011, 18 pediatri di famiglia del Nord, Centro e Sud Italia hanno identificato 344 bambini in base ai seguenti criteri: bambini nati a termine (38 settimane o più), non gemelli, senza problemi importanti di sviluppo, e non bilingui. A tutte le famiglie che avevano accettato di partecipare allo studio sono stati inviati due questionari familiari da compilare

Per corrispondenza:
Serena Bonifacio
e-mail: logopedia@burlo.trieste.it

nell'età indicata, prevista dallo studio: 12, 18 o 24 mesi. 202 famiglie (58,7%) hanno restituito i questionari; i bambini inseriti nello studio sono stati 178; 14 (7,8%) sono stati scartati perché il livello di sviluppo del linguaggio era inferiore allo standard e 10 (5,6%) perché il materiale non era compilato correttamente. Relativamente ai questionari, il primo, conosciuto come "Il Primo Vocabolario del Bambino" (PVB), nelle due versioni: Gestii e Parole per i bambini di età compresa tra 8 e 17 mesi e Parole e Frasi per quelli tra 18 e 36 mesi, è stato utilizzato per individuare il livello linguistico di riferimento di ciascun bambino [3-4]. Sono stati esclusi da questo campione i bambini a "rischio" per lo sviluppo del linguaggio che tra i 12 e i 17 mesi avevano riportato un punteggio inferiore al 10° percentile nella dimensione del linguaggio espressivo e ricettivo e i bambini che tra i 18 e i 36 mesi avevano un punteggio inferiore al 5° percentile nella dimensione del linguaggio espressivo.

Il secondo, l'ASCB, è strutturato in 25 quesiti che appartengono a due scale: la scala dell'Assertività (A) ne comprende 15 distribuiti in tre macro-categorie (*Fare Domande*, *Fare Richieste* e *Fare Proposte*); la scala della Responsività (R) contiene 10 quesiti suddivisi in *Rispondere a Domande*, *Rispondere a Richieste* e *Mantenere la Contingenza*. Il questionario comprende istruzioni rivolte ai genitori che spiegano come osservare e rilevare il comportamento comunicativo verbale e non verbale del bambino. A ogni quesito il genitore deve assegnare un punteggio che tenga conto della frequenza (1 = mai, 2 = quasi mai, 3 = a volte, 4 = spesso, 5 = sempre) con cui il bambino mostra il comportamento descritto. Il punteggio medio totale, ottenuto in ciascuna scala, permette d'individuare tre livelli di sviluppo che identificano abilità "assenti" (< 3,0), "emergenti" (3,0-4,4) e "ben sviluppate" (≥ 4,5). Il campione dei 12 mesi è composto da 45 bambini (20 femmine e 25 maschi); il 4,4% delle madri ha conseguito il diploma di scuola media inferiore, il 51,1% quello di scuola superiore e il 44,4% la laurea. A 18 mesi il campione è composto da 47 bambini (22 femmine e 25 ma-

TABELLA 1: SINTESI DEI DATI STATISTICI PER L'ASSERTIVITÀ E LA RESPONSABILITÀ DI OGNI GRUPPO DI ETÀ

Variabili		Età		
		12 mesi (n = 45)	18 mesi (n = 47)	24 mesi (n = 86)
Assertività	Mediana	3,07	3,67	4,00
	Media	2,87	3,52	4,00
	DS	0,8	0,6	0,4
Responsività	Mediana	2,80	3,70	4,30
	Media	2,68	3,70	4,25
	DS	0,8	0,7	0,4

TABELLA 2: SINTESI DEI DATI STATISTICI DELLE MACRO-CATEGORIE CONTENUTE NELLE SCALE DI ASSERTIVITÀ E RESPONSABILITÀ DI OGNI GRUPPO DI ETÀ

Variabili dipendenti		Età			
		12 mesi (n = 45)	18 mesi (n = 47)	24 mesi (n = 86)	
Assertività					
	Fare Domande	Mediana	2,0	2,8	4,0
	Fare Richieste	Mediana	3,4	4,0	4,3
Fare Proposte	Mediana	2,7	3,3	3,8	
Responsività					
	Rispondere a Domande	Mediana	3,0	4,0	4,5
	Rispondere a Richieste	Mediana	2,6	3,8	4,5
Mantenere la Contingenza	Mediana	2,3	3,4	4,3	

schi); il 6,3% delle madri ha il diploma di scuola media inferiore, il 51% quello di scuola superiore e il 42,5% la laurea. A 24 mesi il campione è composto da 86 bambini (40 femmine e 46 maschi); il 17,4% delle madri è in possesso del diploma di scuola media inferiore, il 53,4% di quello di scuola superiore e il 29% della laurea. Le analisi statistiche non hanno messo in evidenza differenze significative tra i tre gruppi in relazione al sesso, $\chi^2 = 0,065$, $p = 0,968$ o agli anni di studio delle madri $\chi^2 = 13,99$, $p = 0,082$.

Risultati

Il primo obiettivo è stato quello di analizzare le abilità socio-conversazionali (A e R) nei tre gruppi di bambini di 12, 18 e 24 mesi. La *tabella 1* mostra la sintesi statistica applicata a queste due variabili dipendenti. Trattandosi di dati ordinali, sono stati utilizzati test statistici non parametrici. L'analisi di A mostra che i tre gruppi di età si differenziano in

modo significativo tra loro: Mann Whitney $U_s = 349,0 - 1016,0$; $p_s = 0,000$. A 12, 18 e 24 mesi i punteggi ottenuti nella scala A corrispondono a un livello di sviluppo definito "emergente" (mediana = 3,07 per i 12 mesi; 3,67 per i 18 mesi e mediana = 4,0 per i 24 mesi). Anche l'analisi dei punteggi di R dimostra che i tre gruppi si differenziano in modo significativo: Mann Whitney $U_s = 188,0 - 1050,0$; $p_s = 0,000$. A 12 mesi i punteggi ottenuti nella scala R corrispondono a un livello definito "assente" (mediana = 2,8), a 18 e 24 mesi a un livello definito "emergente" (mediana = 3,7 per i 18 mesi e mediana = 4,3 per i 24 mesi).

Il secondo obiettivo riguardava la rilevazione dei livelli di sviluppo di ciascun gruppo in relazione alle sei macro-categorie contenute nelle scale di A e R (*tabella 2*). È interessante segnalare che a 12 mesi i valori mediani, compresi tra 2,0 e 2,7, identificano abilità "assenti" in quattro macro-categorie. Il livello "emergente" si registra solamente nelle macro-

categorie dell'A (*Fare Richieste* = 3,4) e della R (*Rispondere a Domande* = 3,0). A 18 mesi, i valori mediani corrispondenti al livello "emergente" si registrano in cinque macro-categorie e dimostrano che i bambini di questo studio cominciano a fare richieste e proposte, a rispondere a domande e a richieste e a mantenere la contingenza del discorso nelle conversazioni. Tuttavia, non sono ancora in grado di fare domande (mediana = 2,8), abilità che richiede l'uso del linguaggio oppure la capacità di produrre una parola con la forma intonativa. A 24 mesi, solamente due macro-categorie della R, *Rispondere a Domande* e *Rispondere a Richieste*, risultano a un livello che identifica abilità "ben sviluppate"; il livello "emergente" permane ancora nelle tre macro-categorie dell'A e nel *Mantenere la Contingenza* della R, sebbene, come si può vedere dai dati (*tabella 2*) i valori mediani registrati siano incrementati in ogni gruppo confermando i risultati delle analisi statistiche riportati precedentemente per i punteggi delle due scale.

Il terzo obiettivo è stato quello d'individuare, per ogni età, la percentuale di bambini che esibiva con maggior frequenza i comportamenti comunicativi nelle sei macro-categorie delle due scale. Tre test del χ^2 sono stati utilizzati per questa analisi e applicati alle percentuali di bambini che per ogni gruppo d'età presentavano punteggi medi corrispondenti ai livelli "assente", "emergente" e "ben sviluppato". La loro applicazione ha evidenziato significative differenze per ciascuna delle tre macro-categorie nella scala dell'A $\chi^2 = 63,3 - 75,5$; $ps = 0,000$ e per quelle della R $\chi^2 = 44,1 - 58,7$; $ps = 0,000$. I dati esposti nella *tabella 3* appartengono alla percentuale di bambini di ogni gruppo che raggiungeva un punteggio equivalente a 4,5 o più ("spesso" o "sempre").

Per l'Assertività, la macro-categoria *Fare Domande* non presenta percentuali rilevanti a 12 e a 18 mesi, mentre a 24 mesi oltre il 25% dei bambini è in grado di farle, e ciò è dovuto all'incremento notevole del linguaggio che permette di esprimere questa capacità. Nella macro-categoria *Fare Richieste*, circa il 9% dei bambini di 12 mesi raggiunge il livello

TABELLA 3: PERCENTUALI DEI BAMBINI DI CIASCUN GRUPPO D'ETÀ CHE HANNO RAGGIUNTO IL PUNTEGGIO "BEN SVILUPPATO" (4,5-5,0) NELLE MACRO-CATEGORIE DELLE SCALE DI ASSERTIVITÀ E RESPONSABILITÀ

Variabili dipendenti	Età		
	12 mesi (n = 45)	18 mesi (n = 47)	24 mesi (n = 86)
<i>Assertività</i>			
Fare Domande	-	-	25,6%
Fare Richieste	8,9%	27,7%	40,7%
Fare Proposte	-	-	10,5%
<i>Responsività</i>			
Rispondere a Domande	2,2%	23,4%	60,5%
Rispondere a Richieste	8,9%	36,2%	62,8%
Mantenere la Contingenza	2,2%	12,8%	39,5%

"ben sviluppato", mentre oltre il 27% dei bambini a 18 mesi e il 40% dei bambini a 24 mesi lo fanno in relazione agli oggetti o per richiedere aiuto. La macro-categoria *Fare Proposte* non presenta una percentuale rilevante a 12 e a 18 mesi, e, sebbene incrementi a 24 mesi, non raggiunge mai il 25%: questo dato ci fa pensare che sia un'abilità che si sviluppa oltre questa età.

Relativamente alla Responsività, a 12 mesi pochi bambini presentano punteggi di livello "ben sviluppato" nelle tre macro-categorie; a 18 mesi una percentuale ristretta di bambini è in grado di *Rispondere a Domande*; tale abilità incrementa a 24 mesi raggiungendo il 60%. Anche la macro-categoria *Rispondere a Richieste* incrementa con l'età ed è riscontrabile già nei bambini di 18 mesi (36%) e raggiunge il 62,8% a 24 mesi. È interessante notare che, nella macro-categoria *Mantenere la Contingenza*, solamente il 40% dei bambini mostra questi comportamenti a 24 mesi, abilità che si svilupperanno più tardi.

Conclusioni

Da questo studio emerge che le abilità socio-conversazionali verbali e non verbali nelle dimensioni di assertività e responsività, misurate con lo strumento ASCB a 12, 18 e 24 mesi in bambini con sviluppo di linguaggio tipico, non si differenziano in modo statisticamente significativo per sesso, per titolo di studio delle madri e s'incrementano con l'età,

confermando i risultati di studi precedenti [1]. A 24 mesi, nessuna macro-categoria raggiunge il 100% delle prestazioni ottimali, lasciando, quindi, intendere che ogni comportamento comunicativo richiede tempi di maturazione diversi che dovranno essere indagati in età più avanzate per scoprire se a 36 mesi, età limite dello strumento, tutti i comportamenti considerati dalle scale di Assertività e Responsività raggiungeranno alti livelli di prestazione.

I risultati presentati sono da intendersi come preliminari a uno studio molto più ampio, che è stato progettato per validare lo strumento ASCB. Il suo utilizzo clinico rappresenterà un utile mezzo per misurare le abilità socio-conversazionali di bambini con sviluppo atipico e confrontarle con lo sviluppo tipico. È noto che un alto livello di abilità pragmatiche può essere un buon supporto allo sviluppo del linguaggio funzionale, mentre invece un livello basso, dato da una scarsa varietà di atti comunicativi, potrebbe rappresentare un problema nell'acquisizione del linguaggio verbale, come emerge da uno studio recente su un campione di bambini parlatori tardivi con un'età media di 27 mesi, che presentava abilità socio-conversazionali immature e cioè di livello molto più basso rispetto ai coetanei e molto simili a quelle di bambini di pari livello linguistico ma di dieci mesi più giovani [5]. Un'implicazione clinica di questo studio è che i bambini che a 18 e a 24 mesi d'età presentano

bassi punteggi, che identificano abilità "assenti" in più di due macro-categorie delle scale, potrebbero necessitare di una valutazione formale dello sviluppo comunicativo e linguistico.

Pediatrati partecipanti

Leila Auriti, Danilo Cappellini, Serena Carletti, Marco Debernardi, Gian Piero Del Bono, Chiara Di Francesco, Simona Di Mario, Giuliana Gaeta, Antonella Genero, Mariagrazia Pizzul, Maria Riva, Maria Luisa Roberti, Daniela Rosenwirth, Ingrid Rudoi, Eustachio Sarra, Raffaella Servello, Marina Trevisan, Patrizia Tusini.

Si ringrazia per la collaborazione Alessandra Sila (Centro Salute del Bambino). ♦

Bibliografia

- [1] Bonifacio S, Girolametto L. Questionario ASCB. Le Abilità Socio-Conversazionali del Bambino. Pisa: Edizioni Del Cerro, 2007.
- [2] Girolametto L. Development of a parent report measure for profiling the conversational skills of preschool children. *AJLSP* 1997;6:26-34.
- [3] Caselli MC, Casadio P. Il primo vocabolario del bambino. Guida all'uso del Questionario MacArthur per la valutazione della comunicazione e del linguaggio nei primi anni di vita. Milano: Franco Angeli Edizioni, 1995.
- [4] Caselli MC, Pasqualetti P, Stefanini S. Parole e Frasi nel "Primo Vocabolario del Bambino". Nuovi dati normativi fra 18 e 36 mesi e Forma breve del questionario. Milano: Franco Angeli Edizioni, 2007.
- [5] Bonifacio S, Girolametto L, Bulligan M, et al. Assertive and responsive conversational skills of Italian-speaking late talkers. *Int J Lang Comm Dis* 2007;42:607-23.

L'INCIDENTE DEL PRESERVATIVO E QUELLO SBADATO IMPAGINATORE

La Lega italiana per la lotta contro l'AIDS (LLA) ha denunciato un curioso episodio. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha raccomandato, in un suo vademecum, l'uso del preservativo a tutti i viaggiatori diretti agli Europei di calcio in Polonia e Ucraina. Vi era una frase specifica. Ma, sia come sia, nella versione italiana del vademecum, preparata dal Ministero della Salute, la frase in questione mancava.

Era stata saltata. La LLA se ne è accorta e ha denunciato l'episodio inducendo il ministro Balduzzi a disporre il reinserimento e una "verifica interna all'amministrazione circa l'omissione".

La verifica interna ha concluso: "Si tratta di un refuso. Il capoverso era stato tradotto correttamente e per intero, ma è erroneamente saltato nella impaginazione". Gli incorreggibili dubbiosi, che hanno magari qualche confidenza con le "cose" tipografiche, si chiedono come possa mai saltare, non una parola, bensì una frase intera, anzi un intero capoverso nel bel mezzo di un testo di sei pagine. E poi proprio quella fra tante?

Comunque fonti non ufficiali, ci sono sempre almeno in Italia, raccontano una storia diversa: per prassi, ereditata dagli anni e dai ministri precedenti, quella frase sarebbe stata saltata. La prassi avrebbe fatto saltare la frase ma il ministro Balduzzi, ignaro e – si dice – un po' contrariato, ha provveduto a farla reintrodurre.

(Le Scienze 2012;8:84)

REGIONI IN DISAVANZO/AVANZO E INSODDISFAZIONE DEI PAZIENTI RICOVERATI FONDO SANITARIO NAZIONALE 114,5 MILIARDI PARI AL 7,2% DEL PIL

	Disavanzo/abitante	Insoddisfazione %
Lazio	-865	25,4
Sardegna	-786	14,7
Campania	-401	23,4
Calabria	-314	28,2
Liguria	-278	15,7
Puglia	-270	20,5
Molise	-231	17,0
Abruzzo	-198	18,3
Basilicata	-196	18,5
Valle d'Aosta	-134	17,19
Sicilia	-117	26,5
Trento	-61	5,2
Toscana	-4	18,1
Bolzano	+128	12,1
FVG	+47	14,4
Emilia-Romagna	+25	8,5
Marche	+33	14,2
Veneto	+13	10,0
Piemonte	+6	17,8
Lombardia	+4	16,5

Elaborazione Ufficio Studi Confartigianato su dati ISTAT relativi agli anni 2008-11

Sessione Comunicazioni orali al XXIII Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri

Terminiamo la pubblicazione degli abstract di ricerche, casi clinici, esperienze e progetti presentati al XXIII Congresso Nazionale ACP

Grave complicanza a carico del SNC in paziente affetto da Deficit congenito del fattore II

G. Russo Spena, C. Mandato, C. Santoro, P. Siani
AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

Per corrispondenza:

Russo Spena G, e-mail: gio.russospena@gmail.com

Riportiamo il caso del paziente P. S. di anni 9 affetto da Deficit congenito del fattore II, raro disordine della coagulazione a trasmissione autosomica recessiva, di cui sono documentati circa trenta casi al mondo. Il fattore II è un pro-enzima vitamina K dipendente, coinvolto nella cascata della coagulazione, la cui carenza può causare manifestazioni cliniche emorragiche. Il nostro paziente presenta un deficit di tipo funzionale (doppia eterozigosi degli esoni 6 e 10 del gene della protrombina).

A 6 mesi il piccolo, in seguito a episodio di emorragia cerebrale, inizia una terapia profilattica con complesso protrombinico. Tale trattamento lo espone, però, allo sviluppo di una trombosi del seno trasverso sinistro cerebrale. Si decide, quindi, di trattarlo con plasma "al bisogno" in occasione degli eventi emorragici. Data la frequenza di tali eventi (circa bisettimanale) e allo scopo di ridurre il rischio emorragico, dal giugno 2007 inizia terapia sostitutiva con fattore II purificato. Dopo circa tre anni dall'inizio della terapia il paziente ha presentato diverse trombosi a carico del distretto splanchnico che hanno determinato un quadro di addome iperacuto con perforazione del digiuno e conseguente intervento di resezione intestinale. A settembre 2010 il piccolo ha sviluppato emorragia cerebrale talamo-mesencefalica destra, ischemia della metà destra del tronco encefalico e dei gangli della base, con conseguente emiparesi sinistra e deficit dei nervi cranici di destra. Attualmente il paziente è tracheostomizzato e alimentato tramite PEG; presenta splenomegalia con piastrinopenia e varici esofagee da ipertensione preepatica.

A oggi non esistono Linee Guida circa la frequenza di somministrazione e di dosaggio dei livelli plasmatici del fattore II. Il nostro piano terapeutico per il paziente prevede la somministrazione del fattore II ogni 5 giorni e controllo emocoagulativo ogni tre somministrazioni. Il mantenimento di un equilibrio tra il rischio emorragico e quello trombotico rimane di difficile realizzazione.

Encefalomielite acuta disseminata (ADEM): descrizione di un caso

G. Russo Spena, A. Pascarella, A. Mastrominico, M. Aschettino, P. Siani
AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

Per corrispondenza:

Russo Spena G., e-mail: gio.russospena@gmail.com

L'encefalomielite acuta disseminata (ADEM) è una malattia acuta demielinizzante multifocale del SNC. Esordisce improvvisamente con sintomi neurologici dopo morbillo, varicella o una malattia virale acuta, anche banale. Altri agenti infettivi, quali streptococchi,

Mycoplasma pneumoniae, *Borrelia burgdorferi*, possono esserne la causa. L'intervallo di tempo tra l'episodio infettivo o vaccinazione e l'esordio della sintomatologia varia da alcune ore a un mese circa. La patogenesi non è ancora chiara, l'ipotesi più accreditata è quella immunomediata. La diagnosi si pone con la RMN di encefalo e midollo che evidenzia nelle sequenze T2 multiple aree iperintense con margini indistinti che assumono il mezzo di contrasto.

Va posta diagnosi differenziale con la sclerosi multipla (SM); tra il 20% e il 35% dei pazienti con SM a esordio < 10 anni di età è stata effettuata diagnosi iniziale di neurite ottica, atassia cerebellare o ADEM. L'ADEM ha una prognosi favorevole con completa remissione dei sintomi nell'arco di settimane o mesi. La terapia prevede boli di metilprednisolone ad alte dosi (15-30 mg/kg/dose) per 3-5 giorni.

Caso clinico

L. di 2 anni e 9 mesi si ricovera per una febbre che dura da circa 25 giorni, classificata come F.U.O., dopo essere state escluse patologie infettive, reumatologiche, ematologiche ed endocrinologiche. A circa quattro settimane dalla dimissione il piccolo presenta irritabilità, anoressia e poi atassia. La RMN encefalo mostra areole di basso segnale in T1 ed elevato in T2 a livello degli emisferi cerebellari, in sede talamica sinistra e a livello della sostanza bianca del centro semiovale destro. L'esame del liquor mostra: assenza di cellule, glucosio 68 mg/dl, proteine 31 mg/dl.

Nel sospetto di ADEM s'inizia una terapia con boli di cortisone e si assiste a un progressivo miglioramento clinico.

Errore cognitivo e trappole mentali in medicina

C. Pozzi, M.L. Zuccolo, M. Callegari, B. Bologna, A. Ciccotosto, F. Dell'Antonia, G. Matteoli, C. Grossi, L. Murgia, P. Pasut, N. Faion, P. Gaiotti, G. Toffol
ACP Asolo

Per corrispondenza:

Caterina Pozzi, e-mail: caterinapozzi@libero.it

L'esperienza presentata dal nostro gruppo s'inserisce nell'ambito di un percorso di formazione sul campo che da alcuni anni l'ACP di Asolo sta portando avanti. Un percorso autogestito senza esperti esterni ma con "facilitatore-conduttore", che funge anche da esperto di contenuti, che ha visto affrontare, negli anni scorsi, la discussione dei casi clinici con obiettivi che andavano dall'individuazione di bisogni formativi sollecitati dal caso, all'affinare le capacità diagnostiche imparando a ragionare in termini di "probabilità a priori" ecc.

Obiettivo Riflessione sull'"errore cognitivo" in medicina. È molto raro vedere affrontata, nei congressi o nelle riviste specializzate, la problematica dell'errore cognitivo. Si parla più spesso di errore medico, considerandone solo l'aspetto medico-legale legato a errori procedurali o terapeutici. Il percorso sull'errore fatto dal nostro

gruppo è invece focalizzato sull'errore di tipo cognitivo: le trappole mentali alle quali nessuno sfugge.

Materiali e metodi Casi clinici reali, raccolti dalla pratica quotidiana dei partecipanti; selezione e condivisione di bibliografia specifica (articoli o libri di testo) che affronta il problema dell'errore cognitivo, produzione di PPT. Attività in piccolo gruppo (di 12 partecipanti) con conduttore-facilitatore, a cadenza mensile. Nel corso degli incontri il caso viene analizzato al "microscopio" allo scopo d'identificare la categoria di errore commesso dal collega che lo presenta e individuare la strategia più utile per evitarlo.

Conclusioni La nostra è una professione di "prima linea" ove tra le centinaia di banalità quotidiane si nascondono il caso raro, il caso complesso, il caso atipico e la possibilità di sbagliare è in agguato tutti i giorni. Conoscere le modalità di errore cognitivo e, soprattutto, conoscere quali siano le strategie per evitarlo è fondamentale per il pediatra di famiglia.

La valutazione del clima organizzativo nelle Organizzazioni Sanitarie: indagine e confronto

*C. Mandato, **R. Filosa Martone, ***I. Bonacci, *P. Siani

*AORN Santobono Pausilipon, **Università degli Studi di Napoli "Federico II", Facoltà di Economia; ***Università degli Studi di Napoli "Federico II", Facoltà di Medicina e Chirurgia

Per corrispondenza: [Claudia Mandato](mailto:cmandato@libero.it), e-mail: cmandato@libero.it

Descrizione del contesto e obiettivi della ricerca Il ruolo del clima organizzativo è d'importanza strategica nel panorama della Sanità, oltre che essere una disposizione di legge (D.lgs. n. 150/2009): le organizzazioni "devono adottare un piano di miglioramento del benessere organizzativo".

Con tali premesse l'UOC di Pediatria del Santobono ha inteso condurre un'indagine sul clima organizzativo, che si configura come una diagnosi organizzativa condotta con la finalità ultima di creare un ambiente di lavoro soddisfacente per gli individui che in esso si trovano a operare. Tale indagine si propone l'obiettivo di realizzare una fotografia oggettiva del sistema relazionale esistente in un determinato momento, vale a dire identificare le attese e le soddisfazioni o insoddisfazioni degli operatori del reparto. Inoltre, essa diventa anche un'occasione di scambi di comunicazioni tra i vari livelli direzionali e tutto il personale.

Metodi La ricerca prevede uno studio di tipo longitudinale e si riferisce a un campione di soggetti rappresentativi delle attività e qualifiche professionali presenti in azienda. La prima fase è stata caratterizzata da un periodo di osservazione diretta del funzionamento del reparto al fine di raccogliere informazioni rilevanti.

Successivamente si è provveduto alla somministrazione dei questionari al personale in forma anonima. Nella fase seguente sono state effettuate delle interviste ai pazienti per valutare il loro grado di soddisfazione circa le problematiche oggetto di studio e per far emergere ulteriori dati/informazioni ed elementi utili che influiscono sul clima organizzativo. Nella fase finale il confronto con i dati della media nazionale ha determinato un quadro chiaro e preciso della realtà analizzata e gli eventuali punti di forza e di debolezza rispetto al sistema nazionale.

Risultati L'analisi svolta ha permesso di evidenziare alcuni aspetti, volti a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione: l'esistenza di un diffuso fermento positivo che spinge il gruppo verso la ricerca di un maggior coinvolgimento-coesione operativo e strategico; la consapevolezza dell'importanza di alimentare una capillare e omogenea dif-

fusione dei valori e della cultura aziendale e la tensione a una maggiore sinergia fra tutte le professionalità presenti nel reparto.

Famiglie dei bambini affetti da malattie croniche: microsistemi in interazione con le vulnerabilità individuali

M. Pedroso, M. Corso Da Motta

Università Federale del Rio Grande del Sud/Brasile - Programma di dottorato di ricerca in Infermieristica Pediatrica

Per corrispondenza: Pedroso Maria De Lourdes Rodriguez
e-mail: malupedroso@gmail.com

Obiettivo Il ricovero ospedaliero dei bambini a causa di una malattia cronica può portare a un aggravamento di situazioni di vulnerabilità. La conoscenza del contesto familiare è fondamentale per stabilire azioni sanitarie che promuovano una dinamica di costante benessere al binomio bambino-famiglia. Questo articolo si concentra sulla percezione delle vulnerabilità legate all'ambiente ecologico.

Materiali e metodi Si tratta di una ricerca qualitativa (studio descrittivo-esplorativo). La raccolta dei dati è stata effettuata su nove partecipanti, familiari di bambini che vivono con malattie croniche, ricoverati nel reparto pediatrico di un ospedale universitario. È stata eseguita, con approvazione del Comitato etico, tramite interviste, costruzioni di genogrammi/ecomappe (per conoscere come fossero strutturate le dinamiche familiari) e laboratori di creatività e sensibilità, con osservazione partecipante, in accordo con le tecniche stabilite di ricerche sociali (analisi del contenuto referenziale).

Risultati Nelle situazioni di malattie croniche, l'approccio è basato sulla mobilitazione di forze individuali coesistenti nel microsistema familiare. Questo è particolarmente rappresentato per la effettiva abilità di raffrontare situazioni pratiche e per le "verità" individuali che disciplinano il loro modo di vedere la vita. La sfida di prendersi cura di un bambino malato cronico può essere percepita in modi diversi. In primo luogo c'è un ambiente di dubbio, con la rimozione immediata o possibile sofferenza del bambino, poi un periodo di adattamento alla nuova realtà, in forma singolare, finché la famiglia impara l'accettazione, per stimolare l'indipendenza del bambino nonostante i loro limiti.

Conclusioni Ogni singolo componente di vulnerabilità è riflesso nella costituzione del microsistema, che afferma l'importanza dell'individuo come costruttore di un ambiente in cui si svolge la sua esistenza. Disturbi, che si presentano in seguito alla scoperta di una malattia cronica nel bambino, molto spesso scuotono le basi delle famiglie, indebolendo gli individui non strutturati, richiedendo di mobilitare loro nuove forze, attitudini e conoscenze.

Consultori in rete

C. Pizzi, P. Musacchio, G. Iacobelli
ASL ROMA D

Per corrispondenza:

[Chiara Pizzi](mailto:chiara.pizzi@alice.it), e-mail: chiara.pizzi@alice.it

Il Progetto "Consultori in rete", ideato dagli operatori dei Consultori familiari dell'ASL ROMA D, finanziato dalla Regione Lazio e attivo da ottobre 2011, ha come obiettivi l'informazione su diversi temi di salute e la promozione dei servizi consultoriali, attivi e presenti sul territorio servito dall'azienda, attraverso un sito web dedicato e facilmente consultabile da parte di adulti e ragazzi. Il Consultorio familiare, quale servizio territoriale integrato con i

medici di medicina generale e il pediatra di famiglia, da sempre riveste un ruolo fondamentale nella promozione della salute e cura del bambino da ancor prima del concepimento e per tutte le tappe di crescita (neonato, bambino, adolescente ecc.), offrendo attivamente servizi di prevenzione e promozione e tutela della salute. In "Consultori in rete" molti sono gli spazi d'informazione e presentazione delle attività offerte alle donne nell'ambito della prevenzione della propria salute in età fertile, anche in riferimento ai corretti stili di vita da assumere in previsione e nel corso di una gravidanza (counselling pre-concezionale, consulenze in gravidanza ecc.), e tante le attività offerte nei servizi per promuovere il legame madre-bambino, così importante per il benessere di entrambi, durante la gravidanza, dopo la nascita e nei primi anni di vita (corsi di accompagnamento alla nascita, sostegno all'allattamento materno, corsi di massaggio neonatale, Nati per Leggere ecc.).

Tuttavia, il bambino che verrà è oggi anche l'adolescente "solitario" che naviga in rete in cerca di risposte su temi e aspetti troppo spesso tralasciati da famiglia e società, al quale "Consultori in rete" si rivolge offrendo informazioni scientifiche con un linguaggio semplice, soprattutto in tema di sessualità, contraccezione e abitudini di vita (fumo, alcol, malattie a trasmissione sessuale ecc.) e offrendo uno spazio aperto di comunicazione con operatori competenti attraverso i più comuni social network, quali facebook e myspace.

Approccio incentrato sulle famiglie che vivono con un bambino con malattia cronica: implicazioni per l'istruzione dell'infermieristica pediatrica

M. Pedroso, M. Corso Da Motta
Università Federale del Rio Grande del Sud/Brasile - Programma di dottorato di ricerca in Infermieristica Pediatrica

Per corrispondenza: **Pedroso Maria De Lourdes Rodriguez**
e-mail: malupedroso@gmail.com

Obiettivi La famiglia e il bambino hanno la particolarità di inseparabilità delle loro interazioni. La conoscenza del contesto in cui loro sono inserite è fondamentale per stabilire una corretta pianificazione di azioni volte a promuovere la salute/benessere dei bambini affetti da malattie croniche. Come incoraggiare il futuro professionale a pensare alle situazioni di vulnerabilità e al rapporto con l'ambiente degli individui?

Materiali e metodi Riflessione circa l'effetto di una esperienza d'insegnamento, come parte di tirocinio di un Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche Pediatriche, agli studenti di Laurea Infermieristica, presso una Università brasiliana. In questa proposta di approccio, l'attenzione delle attività teorico-pratiche si è concentrata non solo sul bambino, ma anche sulla famiglia appena inserita nel processo terapeutico, per cercare di capire come questo atto di cura si esprima e si traduca nel quotidiano della vita dei bambini affetti da malattie croniche.

Risultati Il concetto di cura si collega attraverso diverse dimensioni delle azioni che si traducono nella pratica quotidiana di assistenza infermieristica pediatrica. La formazione degli infermieri è sostenuta da valori e regole di azione mirati non solo ai bambini ma a tutte le persone coinvolte nel loro mondo, con un sguardo verso l'organizzazione familiare/sociale che lo accompagnano. Entrando nel contesto della persona, diventa possibile conoscere la composizione del loro ambiente e quali siano le situazioni di vulnerabilità, e si è in grado di pianificare ed eseguire azioni dirette nonché le cure efficaci. Il rapporto personale dovrebbe essere adatto alle situazioni particolari e politiche locali di pubblica sanità.

Conclusioni L'insegnamento di Infermieristica Pediatrica si propone di fornire agli studenti l'opportunità di volgere lo sguardo verso i bambini con malattie croniche e le loro famiglie. Per questo è necessario avere in mente le peculiarità di tale processo che coinvolge i sentimenti, le responsabilità e le azioni di vari settori. ♦

PROGETTO FORMAZIONE A DISTANZA ACP: AI BLOCCHI DI PARTENZA

Cari amici,

abbiamo ricevuto oltre 400 adesioni al nostro Progetto di formazione a distanza che sarà erogato da *Quaderni acp* a partire dal primo numero del 2013. Grazie per il vostro sostegno.

Per la concretizzazione della proposta abbiamo bisogno che versiate la quota di partecipazione entro il 30 novembre 2012.

Potete farlo versandola con un bonifico bancario alle seguenti coordinate:

INTESTAZIONE: Associazione Culturale Pediatri
Via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)

IBAN: IT82031271720000000007401

CAUSALE: Adesione FAD ACP 2013

Potete farlo anche durante il Congresso Nazionale ACP a Torino (11-13 ottobre 2012) direttamente al segretario ACP Gianni Piras. Come sapete la quota ammonta a 50 euro per i soci ACP in regola e a 150 euro per i non soci.

La qualità della FAD dell'ACP è garantita da una scrupolosa progettazione a partire dai bisogni formativi del target individuato: pediatri di libera scelta e medici di Medicina generale nell'area delle cure primarie, pediatri ospedalieri in UO di base.

L'assenza di sponsor è ulteriore garanzia di qualità e trasparenza.

Aspettiamo il vostro sostegno per alzarci dai blocchi e giungere al traguardo.

Paolo Siani, *Presidente ACP*
Michele Gangemi, *Direttore di Quaderni*

Standard italiani per la cura dell'obesità

Maurizio Iaia
Pediatra di famiglia, ACP Romagna

Sono stati recentemente pubblicati gli "Standard italiani per la cura dell'obesità 2012/2013" dalla gravidanza alla terza età, a cura della SIO (Società Italiana dell'Obesità) e dell'ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione clinica).

Il capitolo 9, dedicato all'obesità pediatrica, è il risultato del *Consensus nazionale* di un gruppo di lavoro coordinato da C. Maffei (Università di Verona) e formato da pediatri esperti sull'argomento, delegati da varie società scientifiche e organizzazioni di pediatri: SIO, SINP, SIE DP, SIP, SIMA, SIPPS, ACP, FIMP, CIP, ADI.

Un vivace e costruttivo confronto di opinioni on line fra i componenti del gruppo ha consentito la stesura di una prima bozza del testo, poi elaborato come versione finale in un incontro conclusivo tenutosi a Verona. Il documento, mettendo ordine in un'enorme mole di conoscenze, ha il pregio di offrire ai pediatri un punto di riferimento aggiornato, agile e pratico di conoscenze condivise e di scelte operative evidence-based su prevenzione, diagnosi e trattamento dell'obesità nell'infanzia e nell'adolescenza; esso rappresenta anche un utile riferimento scientifico per la pianificazione di politiche preventive di salute pubblica. Per ogni statement sono riportati il "livello di prova scientifica" e la "forza della raccomandazione" secondo il "Sistema nazionale per le linee guida". I redattori sono tuttavia consapevoli che è necessario promuovere processi di formazione specifica dei pediatri, modulati in funzione delle diverse realtà territoriali, per l'effettiva implementazione nella pratica clinica quotidiana di ciò che le linee guida consigliano.

Il capitolo (si veda il testo online: www.acp.it/allegati/sico.pdf) è articolato come segue.

Diagnosi. Viene preliminarmente raccomandato che, prima di formulare una diagnosi di "obesità essenziale" nel bam-

bino, è necessario escludere (anamnesi e un esame obiettivo) una causa secondaria a malattie endocrine, alterazioni ipotalamiche congenite o acquisite, sindromi genetiche e uso di farmaci. Con un'ampia discussione nel gruppo è stato possibile superare alcune divergenze iniziali su quali criteri antropometrici e quali cut-off preferire per la diagnosi di sovrappeso/obesità. È stato raggiunto un consenso sui seguenti indicatori in relazione all'età e al sesso:

- **fino a 24 mesi:** la diagnosi si basa sul "rapporto peso/lunghezza" (tabelle di riferimento OMS 2006), come raccomandato anche dalla AAP, con i seguenti cut-off: "rischio sovrappeso" > 85° percentile (>1 DS); "sovrappeso" > 97° percentile (>2 DS); "obesità" > 99° percentile (>3 DS);
- **età 2-18 anni:** la diagnosi si basa sul BMI (kg/m²) utilizzando il criterio di Cole e dell'International Obesity Task Force (IOTF) con i seguenti cut off: "sovrappeso" se il valore corrente di BMI estrapolato a 18 anni è compreso fra 25-29,9; "obesità" se il valore corrente di BMI estrapolato a 18 anni è ≥ 30.

Si suggerisce inoltre di calcolare, a partire dai 5 anni di età, il "rapporto tra circonferenza minima della vita e statura in cm": un valore superiore a 0,5 è associato a un aumento dei fattori di rischio cardiometabolici, indipendentemente dal BMI.

Complicanze. Vengono fornite le indicazioni su come valutare le complicanze metaboliche e non, prestando attenzione alla eventuale coesistenza di un DCA.

Setting di cura. Per la prevenzione e il trattamento dell'obesità del bambino/adolescente è necessaria una rete pediatrica che dovrebbe essere strutturata in tre livelli.

Primo livello: pediatra di libera scelta che offre il primo livello di cura ai bambini e svolge un importante ruolo nella prevenzione dell'obesità pediatrica.

Secondo livello: Servizi ambulatoriali in cui le famiglie abbiano una consultazione con un pediatra con documentata esperienza in obesità che si avvale della collaborazione di dietista, nutrizionista e psicologo.

Terzo livello: Servizio specializzato in obesità pediatrica (almeno un servizio per regione), organizzato su base multidisciplinare con il compito di prendersi cura dei casi di obesità complicata.

Terapia. Obiettivo primario è il miglioramento a lungo termine della salute psicofisica attraverso stili di vita corretti. Vengono indicate le modalità di attuazione del percorso di educazione nutrizionale e motoria con parallela riduzione della sedentarietà, le indicazioni alla terapia farmacologica o, in ultima istanza, chirurgica, solo in presenza di forme gravissime di obesità adolescenziale complicata e refrattaria ad altri tipi di trattamento.

Prevenzione. Oltre agli interventi specifici in ambito familiare, nelle scuole e nell'ambiente sanitario, si sottolinea l'importanza di un approccio preventivo universale sull'ambiente sociale e fisico in cui le persone vivono, la cui responsabilità spetta all'amministrazione politica in accordo con le società scientifiche. Vengono poi prese in esame le azioni preventive età-specifiche, basate sulle migliori evidenze al momento disponibili, che possono essere svolte dal pediatra di famiglia nell'ambito della prevenzione sia primaria che mirata (individuazione di soggetti a rischio). Riguardo a quest'ultimo aspetto, una particolare attenzione va riservata ai markers precoci predittivi del rischio di sviluppare un'obesità persistente: madre e/o padre con BMI > 25 kg/m²; eccessiva velocità di crescita ponderale nel primo/secondo anno di vita; early adiposity rebound; rapporto peso/lunghezza o BMI nella fascia a "rischio sovrappeso" (sec. curve OMS 2006 per 0-5 anni di età); svantaggio socio-economico. ♦

Per corrispondenza:
Maurizio Iaia
e-mail: maurizio.iaia@medici.progetto-sole.it

Esiti a distanza della prematurità e frazione attribuibile di popolazione, ovvero ciò che non ci dicono il rischio relativo e l'odds ratio

Carlo Corchia

"Alessandra Lisi" International Centre on Birth Defects and Prematurity, Roma

Recensione dell'articolo: Boyle EM, Poulsen G, Field DJ, et al. Effects of gestational age at birth on health outcomes at 3 and 5 years of age: population based cohort study. *BMJ* 2012;344:e896; doi:10.1136/bmj.e896.

Abstract

Long-term outcomes of prematurity and population attributable fraction: what relative risk and odds ratio don't say

Aim of the study is to investigate long term outcomes of diseases associated with birth at less than 39 weeks gestation. Data comes from the Millennium Cohort Study, a longitudinal study on infants born in the United Kingdom between 2000 and 2002. The main outcome measures were: growth, hospital admissions, longstanding illness/disability, wheezing/asthma, drug usage, and parental rating of their children's health. A dose-response effect of prematurity has been found, with increasing risks of outcomes with a decrease of GA. However, the contribution to the global burden of disease at 3 and 5 years, calculated by the population attributable fraction (PAF), has been found higher for late preterms, for moderately preterm children and for early term babies (37-38 weeks gestation) in respect to those born before 32 weeks. Nevertheless the contribution to the global burden of disease in the population as a whole is greater with the increase of GA.

Quaderni acp 2012; 19(5): 208-211

Key words Prematurity. Long-term outcomes. Population attributable fraction. Cohort studies

Lo studio prende in esame gli esiti a distanza associati alla nascita a meno di 39 settimane di EG. I dati sono stati raccolti nel corso del Millennium Cohort Study, uno studio di coorte sui nati nel Regno Unito fra il 2000 e il 2002. Le variabili di esito erano: accrescimento, ricoveri ospedalieri, malattie/disabilità croniche, wheezing/asma, uso di farmaci e valutazione dello stato di salute da parte dei genitori. È stato riscontrato un effetto dose-risposta, con aumento del rischio di esiti al diminuire dell'EG. Il contributo al carico globale di malattia a 3 e a 5 anni, stimato con il calcolo della frazione attribuibile di popolazione, è risultato più alto nei pretermine tardivi, nei bambini moderatamente pretermine e in quelli di 37-38 settimane di EG che nei bambini nati a meno di 32 settimane. Nonostante il rischio di esiti sia tanto più elevato quanto più bassa è l'EG, il contributo al carico globale di malattia nella popolazione in toto è maggiore al crescere dell'EG.

Parole chiave Prematurità. Esiti a distanza. Frazione attribuibile di popolazione. Studi di coorte

Introduzione

Nei Paesi sviluppati la prematurità, cioè la nascita a meno di 37 settimane compiute di gestazione, ha una frequenza variabile dal 6% al 12%; essa è la causa principale di morte entro il 1° anno di vita e si associa ad aumento di rischio di esiti a distanza. I neonati pretermine però non sono tutti uguali. Dal momento che quanto più bassa è l'EG tanto maggiore è il rischio di mortalità, di morbosità e di esiti a lungo termine, fino a non molti

anni fa l'attenzione dei neonatologi si è focalizzata prevalentemente sui neonati a rischio più elevato, cioè quelli di EG < 32 settimane, denominati "grandi pretermine". Solo più recentemente la ricerca si è occupata dei cosiddetti "pretermine tardivi" (*late preterms*, di 34-36 settimane di EG) e dei "moderatamente pretermine" (32-33 settimane di EG), per scoprire (o ri-scoprire) che anch'essi hanno una probabilità di esiti avversi maggiore rispetto ai nati a termine, anche

se non nella stessa misura e della stessa gravità dei "grandi pretermine".

Un contributo importante alla conoscenza del carico di malattia associato alla nascita a diverse epoche gestazionali fino a 41 settimane è venuto dal recentissimo Studio di Boyle EM et al., pubblicato online sul *BMJ* il 1° marzo 2012 [1]. A esso è dedicato il telescopio di questo numero di *Quaderni acp*.

Risultati dello studio

Gli Autori hanno utilizzato i dati del *Millennium Cohort Study (MCS)*, una coorte rappresentativa di bambini nati nel Regno Unito fra il 2000 e il 2002. La coorte originaria era composta da 18.818 bambini ancora residenti nel Regno Unito a 9 mesi di vita, selezionati dai registri dell'assegno per l'infanzia (*child benefit*) attraverso un campionamento semplice a due stadi, con stratificazione per circoscrizione elettorale e con un sovra-campionamento delle minoranze etniche e dei residenti in aree svantaggiate, allo scopo di consentire un'adeguata numerosità di queste popolazioni. L'indagine è stata effettuata mediante interviste domiciliari dei genitori quando i bambini avevano 9 mesi e 3 e 5 anni; nel corso delle visite sono state anche ottenute le misure di altezza e peso con metodi standardizzati. L'EG è stata calcolata in base alla data dell'ultima mestruazione riferita dalla madre. Dopo esclusione di 1095 bambini per i quali l'EG era mancante o non plausibile e di altri 4 per i quali non è stato possibile intervistare la madre naturale, a 3 e a 5 anni d'età sono stati intervistati i genitori rispettivamente di 14.273 (81%) e di 14.056 (79%) dei rimanenti 17.719 bambini. Le variabili prese in esame sono state: altezza, peso, ≥ 3 ricoveri in ospedale dalla nascita fino a 9 mesi (a esclusione dell'eventuale ospedalizzazione

Per corrispondenza:
Carlo Corchia
e-mail: corchiacarlo@virgilio.it

telescopio

TABELLA 1: RISULTATI DELL'ANALISI MULTIVARIATA, CON OR AGGIUSTATI E INTERVALLI DI CONFIDENZA AL 95% (TRA PARENTESI) ALL'ETÀ DI CINQUE ANNI

EG (settimane)	< 32	32-33	34-36	37-38	39-41
3 ricoveri dalla nascita a 9 mesi	13,7 (6,5-29,2)	7,8 (2,9-20,7)	5,1 (3,0-8,8)	1,9 (1,3-2,9)	1
3 ricoveri da 9 mesi a 5 anni	6,0 (3,2-11,4)	3,0 (1,4-6,2)	1,9 (1,3-2,7)	1,4 (1,1-1,8)	1
Malattie croniche	2,4 (1,6-3,8)	2,0 (1,3-2,9)	1,5 (1,2-1,8)	1,1 (1,0-1,2)	1
Malattie croniche limitanti l'attività	3,9 (2,4-6,3)	3,0 (1,7-5,2)	1,7 (1,3-2,3)	1,3 (1,1-1,6)	1
Stato di salute discreto o scadente	2,3 (1,0-4,5)	2,8 (1,5-5,5)	1,5 (1,1-2,1)	1,3 (1,0-1,7)	1
Wheezing o respiro fischiante nei 12 mesi precedenti	3,1 (2,0-4,8)	1,8 (1,1-3,0)	1,6 (1,3-1,9)	1,2 (1,1-1,3)	1
Uso di farmaci per asma	3,5 (1,7-7,2)	2,8 (1,4-5,6)	2,2 (1,6-3,1)	1,4 (1,1-1,8)	1

Modificata, da Boyle EM, Poulsen G, Field DJ, et al. Effects of gestational age at birth on health outcomes at 3 and 5 years of age: population based cohort study. *BMJ* 2012;344:e896; doi:10.1136/bmj.e896.

TABELLA 2: FRAZIONI ATTRIBIBILI DI POPOLAZIONE (%) A CINQUE ANNI DI ETÀ, CON INTERVALLI DI CONFIDENZA AL 95% PER OGNI CLASSE DI ETÀ GESTAZIONALE < 39 SETTIMANE

EG (settimane)	< 32	32-33	34-36	37-38
3 ricoveri dalla nascita a 9 mesi	7,2 (2,3-12,4)	3,4 (0,1-7,6)	14,3 (6,3-23,1)	11,8 (3,0-21,7)
3 ricoveri da 9 mesi a 5 anni	3,8 (1,3-6,5)	1,6 (0,1-3,7)	4,1 (1,0-7,7)	7,2 (1,4-13,6)
Malattie croniche	1,2 (0,4-2,1)	0,9 (0,2-1,7)	2,6 (1,0-4,3)	1,3 (-1,1-3,7)
Malattie croniche limitanti l'attività	2,7 (1,1-4,3)	1,8 (0,4-3,5)	3,6 (1,2-6,5)	5,4 (0,7-10,5)
Stato di salute discreto o scadente	1,3 (0,0-3,0)	1,6 (0,2-3,4)	2,8 (0,1-6,1)	5,5 (-0,7-12,1)

Modificata, da Boyle EM, Poulsen G, Field DJ, et al. Effects of gestational age at birth on health outcomes at 3 and 5 years of age: population based cohort study. *BMJ* 2012;344:e896; doi:10.1136/bmj.e896.

dopo la nascita) e poi a 3 e 5 anni, nel periodo intercorso dalla precedente intervista, presenza di malattie croniche in generale e limitanti l'attività, uno stato di salute discreto o scadente, presenza di wheezing o respiro fischiante nei precedenti 12 mesi, uso di farmaci per il trattamento dell'asma a 5 anni. Le malattie sono state definite come limitanti l'attività se venivano "limitate le attività normali per l'età dei bambini". Lo stato di salute è stato valutato solo a 5 anni e indicato dai genitori su una scala comprendente: eccellente, molto buono, buono, discreto o scadente. I risultati sono stati presentati per le seguenti classi di età gestazionale in settimane: < 32, 32-33, 34-36, 37-38, 39-41. Con un'analisi di regressione logistica sono stati calcolati gli *odds ratios* (OR) per i vari esiti a ogni classe di EG relativamente a quella di 39-41 settimane, che è stata presa come riferimento. Gli OR sono stati aggiustati per: età esatta al momento del-

l'intervista, sesso, etnia e primogenitura del bambino; età al momento del parto, stato maritale, scolarità e occupazione della madre; fumo e assunzione di alcol durante la gravidanza; durata dell'allattamento al seno. L'analisi ha anche tenuto conto della pluralità (singoli o gemelli) dei bambini e dei *clusters* rappresentati dalle singole famiglie. Inoltre, per alcuni esiti e per ciascuna classe è stata calcolata la frazione attribuibile di popolazione (PAF), che esprime il contributo percentuale dei casi di ogni EG all'insieme dei casi dell'intera coorte.

I risultati principali a 5 anni d'età sono riportati nelle *tabelle 1 e 2*.

Si vede come per tutti gli esiti presi in esame il rischio, espresso come OR, aumenti al diminuire dell'EG in modo costante, con un effetto dose-risposta. L'unica eccezione è rappresentata dallo stato di salute definito discreto/scadente dai genitori, per il quale l'OR per EG < 32 settimane è un po' più basso di quello

della classe immediatamente superiore, con intervalli di confidenza, peraltro, che si sovrappongono ampiamente. Il risultato interessante è che anche per i bambini di 37-38 settimane di EG il rischio di esiti è superiore a quello dei bambini di 39-41 settimane, pur essendo tutti definiti neonati a termine. Quindi, non è la stessa cosa nascere a 37-38 o a 40 settimane.

Nonostante rischi così elevati rispetto ai neonati a termine, le PAF associate alla prematurità sono relativamente basse. Per tutte le EG < 37 settimane i valori stimati sono 9,5% per 3 o più ricoveri dopo i primi 9 mesi di vita, 4,7% per la presenza di malattie croniche, 8,1% per le malattie croniche limitanti l'attività e 5,7% per uno stato di salute giudicato discreto o scadente. Se ne ricava che la stragrande maggioranza (oltre il 90%) dei bambini con questi problemi a 5 anni è nata a termine di gravidanza (da 37 settimane in su). Ciò accade a causa del

numero molto più elevato di neonati a termine rispetto ai pretermine, nonostante il rischio di patologia di questi ultimi sia maggiore. Per esempio, per i bambini di 34-36 settimane il rischio di avere uno stato di salute non buono è doppio rispetto a quello dei neonati a termine; essi però rappresentano una quota relativamente piccola di tutta la popolazione di neonati (circa il 6% nella coorte oggetto dello studio) e di conseguenza contribuiscono "solo" per il 2,8% a tutti i soggetti con uno stato di salute non buono. Fanno eccezione a questa generale tendenza i ricoveri nei primi 9 mesi; in questo caso la PAF associata alla prematurità è del 25%. Alla quota di ospedalizzazione dei bambini pretermine si aggiunge quella dei nati a 37-38 settimane (quasi il 12%), raggiungendo complessivamente un valore del 37% per tutti i bambini nati a meno di 39 settimane di gestazione. Un altro aspetto rilevante è rappresentato dal fatto che il "carico" (*burden*) sociale di problemi di salute a 5 anni è maggiore per i bambini nati di 32-36 settimane rispetto a quello dei bimbi < 32 settimane.

Valutazione metodologica

Si ritiene che gli studi di coorte siano i migliori per indagare le relazioni tra fattori di rischio e comparsa di una malattia o di un esito. Sono però molto difficili da portare avanti e risentono della incompletezza dei dati e della inevitabile perdita di soggetti al follow-up, come è avvenuto anche per il MCS. Il timore fondamentale è che i soggetti persi o quelli per i quali mancano i dati non siano comparabili e che pertanto i risultati siano distorti da bias di selezione. In questo studio l'ospedalizzazione ripetuta durante i primi 9 mesi e la nascita a meno di 32 settimane sono risultate associate con un aumento delle perdite al follow-up. Ciò significa che i bambini a più alto rischio e in condizioni di salute peggiori sono sottorappresentati nella coorte, e questo può aver prodotto una sottostima degli esiti avversi. Nello stesso tempo, tuttavia, la coorte è stata arricchita di soggetti appartenenti alle minoranze etniche o residenti in aree svantaggiate. Di conseguenza nell'analisi sono stati introdotti dei pesi allo scopo di "aggiustare" i risultati per la selezione iniziale e la perdita differenziale di soggetti associate allo stato socio-economico e alla mobilità

familiare [2]. Un limite dello studio, riconosciuto anche dagli Autori, deriva dal fatto che la valutazione dello stato di salute dei bambini è stata effettuata dai genitori; questo può aver provocato errori di classificazione dell'esito rispetto al "vero" (*misclassification*), ma, ancora peggio, un bias in caso di una differenza sistematica di valutazione in relazione alle condizioni, buone o non buone, del figlio. In grandi studi di popolazione, tuttavia, non si può fare a meno di questi metodi rispetto a test standardizzati, sia per il risparmio sui costi, sia per la maggiore praticità degli strumenti, sia infine perché il vissuto familiare di una condizione può essere più rilevante del suo presunto accertamento oggettivo [3]. Molte sono le possibili variabili confondenti di cui si è tenuto conto nell'analisi e a priori tutte sembrano associate all'esposizione (cioè la prematurità). Per alcune, tuttavia, può essere discutibile se siano anche associate in maniera causale con gli esiti, come per esempio l'età materna, l'ordine di nascita e l'allattamento al seno, perché, se così non fosse, la loro inclusione nell'analisi potrebbe non essere appropriata.

Per quanto riguarda l'allattamento al seno, per esempio, è verosimilmente la bassa età gestazionale a condizionare una sua minore frequenza; quindi, la mancata alimentazione con latte materno, ammettendo che determini una maggiore probabilità di manifestare gli esiti presi in esame, verrebbe a essere una variabile intermedia tra l'esposizione e gli esiti. Poiché le variabili intermedie sono molto difficili da maneggiare in fase di analisi, il suggerimento è di escluderle dall'analisi multivariata. Diversamente, infatti, si corre il rischio di sottostimare l'effetto della variabile iniziale o di introdurre nuovi bias [4]. Alcuni degli altri confondenti, inoltre, sono associati tra loro, come quelli che si riferiscono alla situazione demografica e socioeconomica.

Probabilmente, quindi, un modello più "parsimonioso", cioè con meno variabili, sarebbe stato sufficiente ed ugualmente appropriato per controllare il confondimento. Infine, non si può escludere che vi sia un confondimento residuo, legato cioè a variabili non note o non prese in esame, cosa peraltro inevitabile in tutti gli studi osservazionali.

Conclusioni

Pertanto, il calcolo della PAF per ogni esito e per ogni classe di EG rappresenta la novità e il maggior punto di forza di questo studio. Per una trattazione delle misure di impatto dei fattori di rischio nella popolazione, fra cui la PAF, si rimanda altrove [5].

I risultati ci dicono, dunque, che va bene continuare a occuparsi, in termini assistenziali e di ricerca, dei neonati pretermine, ma che non dobbiamo focalizzare la nostra attenzione solo o prevalentemente su quelli di EG più bassa, e talvolta al limite estremo delle possibilità di sopravvivenza, bensì anche sui pretermine moderati e tardivi. Questi, oltre a essere molti di più dei grandi pretermine, quasi mai sono oggetto di controlli sistematici da parte dei reparti italiani di neonatologia; né la consapevolezza della loro fragilità e dei loro maggiori bisogni è passata ai pediatri del territorio, che dovrebbero essere i primi a occuparsene, più ancora dei pediatri dei Centri Nascita. Non vanno poi dimenticati i neonati a termine, che continuano a essere quelli che complessivamente "pesano" di più sulla società, anche nei Paesi sviluppati e ricchi.

Ciò vale non solo per gli aspetti sanitari e per il cosiddetto "carico di malattia", ma anche per quelli economici, come è stato dimostrato in un altro studio, effettuato sempre in Inghilterra, con il quale si è visto che in quel Paese i costi annui complessivi a prezzi correnti 2006, sostenuti dal SSN per l'assistenza dalla nascita fino a 18 anni d'età, erano di 2946 milioni di sterline per tutti i pretermine < 37 settimane, e di 28.938 milioni di sterline per tutti i bambini nati a termine: 9,2% contro 90,8%! [6]. Visto da un diversa prospettiva questo significa anche che limitare gli investimenti per le cure dei bambini pretermine, in particolare per quelli di EG più bassa, ha un impatto trascurabile sui costi totali necessari per i soggetti in età evolutiva. Un altro messaggio che emerge dallo studio è che, pur nascendo per definizione a termine, è meglio nascere a 39-40 che a 37-38 settimane di EG. Ma questa, nonostante non sia più una novità, stenta a farsi strada nella consapevolezza diffusa della popolazione e a tradursi in comportamenti virtuosi da parte degli ostetrici. Anche i neonatologi e i pediatri, però,

Box

Rischio relativo

Rapporto tra il rischio di un particolare evento (per esempio di malattia) nei soggetti esposti a un determinato fattore e il rischio nei soggetti non esposti. Se il rischio nei due gruppi è identico, il rischio relativo è 1.

L'*odds ratio* è un'approssimazione del rischio relativo quando la frequenza dell'esito è bassa. In caso contrario l'*odds ratio* sovrastima il rischio relativo.

Frazione attribuibile di popolazione (Population attributable fraction, PAF)

Proporzione di un evento (malattia) che potrebbe essere evitata in presenza di una diversa, ipotetica e generalmente preferibile distribuzione dell'esposizione. In genere s'ipotizza la scomparsa del fattore di esposizione nella popolazione e si calcola di quanto si ridurrebbe la frequenza dell'esito. Se si fa riferimento ai risultati di questo studio, se nessun bambino nascesse prima di 37 settimane di EG (la variabile di esposizione è la prematurità), le malattie croniche limitanti l'attività si ridurrebbero dell'8,1%. In altri termini, questo valore esprime la proporzione di malattie croniche nella popolazione "dovuta", cioè attribuibile, alla prematurità.

Cosa aggiunge questo studio a quanto già noto

Nei primi 5 anni di vita i bambini nati moderatamente pretermine (32-33 settimane) e i pretermine tardivi (34-36 settimane), pur presentando un rischio di manifestare problemi di salute più basso di quello dei grandi pretermine (< 32 settimane), nel complesso producono un "carico" maggiore di problemi di salute per il sistema sanitario. Il calcolo della frazione attribuibile di popolazione può essere d'aiuto per individuare i risultati attesi a seguito di un intervento, in particolare mirato alla prevenzione, e a individuare quindi strategie, obiettivi e metodi di azione in modo più appropriato.

potrebbero e dovrebbero fare la loro parte, che non sarebbe affatto marginale.

Bibliografia

- [1] Boyle EM, Poulsen G, Field DJ, et al. Effects of gestational age at birth on health outcomes at 3 and 5 years of age: population based cohort study. *BMJ* 2012;344:e896; doi:10.1136/bmj.e896.
 [2] Plewis I. Non-response in a birth cohort study: the case of the Millennium Cohort Study. *Int J Soc Res Methodol* 2007;10:325-34.
 [3] Johnson S, Wolke D, Marlow N. Developmental assessment of preterm infants at 2 years: validity

of parent reports. *Dev Med Child Neurol* 2008; 50:58-62.

[4] VanderWeele TJ, Mumford SL, Schisterman EF. Conditioning on intermediates in perinatal epidemiology. *Epidemiology* 2012;23:1-9.

[5] Heller RF, Dobson AJ, Attia J, et al. Impact numbers: measures of risk factor impact on the whole population from case-control and cohort studies. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:606-10.

[6] Mangham LJ, Petrou S, Doyle LW, et al. The cost of preterm birth throughout childhood in England and Wales. *Pediatrics* 2009;123: e312-e327.

PREMIO "PASQUALE CAUSA" PER I PEDIATRI**Invitiamo a partecipare**

La sezione del Premio "Nati per Leggere" dedicata a *Pasquale Causa* – pediatra di libera scelta che ha contribuito in maniera determinante alla diffusione di "Nati per Leggere" – segnala il pediatra che, aderendo al Progetto Npl, promuova, presso genitori e famiglie, la pratica della lettura ad alta voce ai bambini in età prescolare nel modo più efficace. Le domande di partecipazione e la documentazione da presentare dovranno pervenire in versione elettronica entro e non oltre il 31 gennaio 2013 a npl-premio@aib.it. Allo stesso indirizzo e al numero 011 51 84 262, interno 954, potranno essere richieste informazioni e l'invio del materiale necessario alla partecipazione. Il premio per i vincitori consiste in libri nell'edizione speciale "Nati per Leggere", per una somma pari a 2000 euro.

La premiazione

La cerimonia di premiazione si svolgerà **lunedì 20 maggio 2013**, in occasione del XXVI Salone Internazionale del Libro di Torino.

**EREDITARIETÀ
DEI CARATTERI
EPIGENETICI?****LO STRESS
DEI NONNI
RICADE SUI NIPOTI?**

L'ambiente in cui sono cresciuti i nostri progenitori potrebbe condizionare il modo con cui rispondiamo a uno stress.

Uno studio sugli animali confermerebbe questa tesi epigenetica. Femmine di topo in gestazione sono state esposte a vinclozolin, un fungicida che interferisce con l'attività ormonale. Studiando il comportamento in condizioni stressanti dei nipoti delle femmine così trattate, ricercatori della Università del Texas hanno osservato che questi nipoti mostravano livelli di ansia superiori rispetto ai nipoti di femmine non esposte al farmaco. Lo studio dell'attività cerebrale di questi animali ha rivelato un'alterazione dei circuiti nervosi di amigdala e ippocampo, aree legate allo stress.

Tali ricercatori ritengono che: a) l'esposizione al farmaco abbia modificato l'espressione genica e che b) questa alterazione si sia trasmessa alle generazioni successive interferendo con lo sviluppo del cervello. Lo studio dimostra quanto sia complessa l'interazione delle influenze genetiche, ambientali ed epigenetiche nel plasmare il fenotipo di un individuo. Questo potrebbe spiegare l'aumento dei disturbi mentali registrato negli ultimi anni? Reale o legato al miglioramento delle indagini diagnostiche? È l'ambiente che è più stressante o è cambiato il modo di rispondere allo stress?

(*Le Scienze* 2012;7:35)

info: notizie

Publicità ingannevole: definitiva la sanzione contro Milte Italia

Il Consiglio di Stato ha respinto in maniera definitiva il ricorso presentato dalla Milte Italia avverso una sentenza dell'Antitrust che, nel 2007, la condannava per pubblicità ingannevole. La sanzione era stata comminata per una campagna pubblicitaria del 2006 attraverso cui la Milte reclamizzava il prodotto "Piùlatte". Il messaggio finito sotto la lente dell'AGCM era il seguente: "produrre più latte... aumentare la durata dell'allattamento al seno... ridurre gli episodi di mastite... migliorare le funzioni epatiche della mamma durante l'allattamento". Secondo l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM), che si è avvalsa dell'apporto dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione, la pubblicità enfatizzava l'efficacia generalizzata dell'integratore alimentare, che non era in grado di migliorare la qualità e la quantità del latte materno. Per queste ragioni l'AGCM, sulla base dei massimali previsti dalla legislazione vigente all'epoca dei fatti, ha punito con 26.100 euro la Milte Italia. Nel 2008 la stessa Autorità ha deliberato un'ulteriore multa di 39.100 euro perché la nuova pubblicità, seppur modificata, continuava a dare messaggi ingannevoli sulle proprietà del prodotto.

Già il Tar Lazio si era espresso in maniera favorevole all'Antitrust contestando la tesi della società secondo cui le madri che allattano al seno sono consumatrici consapevoli e mature, mettendo invece in evidenza la loro particolare vulnerabilità psicologica, e quindi la possibilità che siano più facilmente attratte da messaggi "accattivanti" come quelli della Milte.

Presentazione del 5° Rapporto Gruppo CRC

A giugno è stato presentato il 5° Rapporto di Aggiornamento del Gruppo di lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Gruppo CRC) che ha posto in evidenza questioni prioritarie per la promozione e la tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza nel nostro Paese, alla luce delle Osservazioni conclusive pubblicate dal Comitato ONU il 7 ottobre 2011.

Il Gruppo CRC è un network aperto a tutti i soggetti del terzo settore che si occupano di promuovere i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia.

È composto da 85 associazioni e dal 2001 la finalità del Gruppo è di lavorare per ottenere l'applicazione della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Alla presentazione del rapporto erano presenti: per l'ACP Giuseppe Cirillo, per l'IBFAN Italia Laura Reali, per il Centro per la Salute del Bambino Stefania Manetti. Il lancio del 5° Rapporto del Gruppo è avvenuto alla presenza dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, Vincenzo Spadafora, figura recentemente istituita con l'approvazione di un disegno di legge avvenuta il 22 giugno 2011.

Il ministro Fornero, presente in videoconferenza, ha ribadito che "il governo e il ministro non possono e non vogliono essere insensibili" al tema dei "diritti della prima infanzia" e ha condiviso la necessità che sia valutato l'impatto della crisi economica sulla prima infanzia attraverso il coinvolgimento dell'INPS, dell'ISFOL e di tutte le associazioni e istituti universitari.

Per il ministro l'Italia ha "ancora insufficiente sensibilità nei confronti dei diritti dell'infanzia", per cui dal ministro stesso arriva "la completa disponibilità e impegno" su questo tema "senza ovviamente negare la difficoltà a reperire le risorse". Ma come ACP sappiamo bene che la mancanza di risorse destinate al Piano Nazionale Infanzia (PNI) rende impossibile la promozione dei diritti dei minori in Italia. Manca una chiara visione degli investimenti per l'infanzia e l'adolescenza in un contesto dove, come Paese, ci collochiamo ai primi posti in Europa per dispersione scolastica e incremento della povertà e superiamo la media dell'UE per minori a rischio povertà o esclusione sociale.

Sono 1.876.000 i minori in condizioni di povertà relativa, e ben 1.227.000 vivono al Sud, ai quali si aggiungono 359 mila bambini che nel meridione vivono in condizioni di povertà assoluta, cioè non dispongono di beni essenziali per il conseguimento di standard di vita minimamente accettabili. Povertà infantile, dispersione scolastica, lavoro minorile, peggioramento della salute e violenza sono poi tutti fenomeni direttamente col-

legati a questo nostro "primato". Il sottosegretario all'Istruzione Marco Rossi Doria ha sottolineato proprio questo aspetto e l'importanza di investire precocemente nell'infanzia. La dispersione scolastica e il successo scolastico sono situazioni impedito proprio dalle condizioni sociali e culturali delle famiglie; è qui che bisogna investire, ma molto precocemente nella primissima infanzia, per ridurre le disuguaglianze.

Il Sottosegretario all'Istruzione ha concluso il suo intervento assicurando che sarà suo mandato entrare nel merito del rapporto e trasmettere il senso di urgenza emerso dai dati raccolti. In conclusione Raffaella Milano, in rappresentanza del Gruppo CRC, ha sottolineato come sia importante essere consapevoli che non è il periodo di crisi economica che ci deve far rinviare gli investimenti, ma anzi è proprio la crisi stessa a imporci il senso della urgenza dei provvedimenti da prendere.

CNR - Adolescenti e sostanze psicotrope: italiani nella 'top ten'

Nel 2011, in Europa, i consumatori di alcolici e sostanze psicotrope tra i sedicenni rimangono costanti, crescono invece i fumatori e gli assuntori di sostanze inalanti, come solventi e colle. I giovani italiani registrano consumi sopra la media europea per quasi tutte le sostanze.

Questo, in sintesi, è quanto emerge dalla ricerca europea Espad che indaga sui comportamenti degli adolescenti e che lo scorso anno ha coinvolto 36 Paesi europei. In Italia, l'indagine è condotta dall'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche (Ifc-Cnr) di Pisa.

La responsabile della ricerca in Italia, Sabrina Molinaro dell'Ifc-Cnr, afferma: "L'alcol è da sempre la sostanza psicotropa maggiormente sperimentata e consumata dai sedicenni, nonostante il suo uso sia loro vietato o limitato in molti Paesi". "L'Italia si trova nella 'top ten' con il 63% di adolescenti che ha bevuto almeno una volta nell'ultimo mese, contro la media europea del 57%. Il primato va alla Repubblica Ceca con il 79%, seguita da Danimarca (76%), Germania (73%) e Grecia (72%). Chiudono la classifica Albania (32%) e Islanda (17%). Invece per la *binge drinking* (cinque o più

sulla salute

bevute in un'unica occasione), il nostro Paese con il 35% si assesta sotto la media del 39%, a dimostrazione di una differente 'cultura del bere'. Inoltre, rispetto alla rilevazione del 2007, tra gli studenti italiani si registra un lieve calo".

Purtroppo anche il consumo di sigarette nell'ultimo mese colloca i nostri sedicenni tra i primi dieci posti, con il 36% contro la media europea del 28%.

"Il dato, nonostante le campagne di sensibilizzazione, resta sostanzialmente stabile. In altri Paesi come Francia, Portogallo, Polonia, Finlandia e Romania, i consumi però aumentano rispetto al 2007, mentre scendono in Norvegia, Russia e Islanda", prosegue Molinaro. "I coetanei con più alte percentuali di fumatori sono in Repubblica Ceca (42%) e Bulgaria (39%), dove le ragazze sono in netta maggioranza: 46% contro 33%. I Paesi dove si fuma di meno sono Norvegia (14%), Albania (13%) e Islanda (10%)".

La sostanza illegale più sperimentata dagli studenti europei almeno una volta nella vita è la *Cannabis* (hashish o marijuana). "E l'Italia è ancora tra le prime dieci nazioni con il 21% (24% maschi, 18% femmine) contro il 17% di media. L'elenco vede in testa cechi e francesi, rispettivamente con il 42% e il 39%, ed è chiuso da Grecia (8%) e Albania (4%)", osserva Molinaro.

"L'uso di *Cannabis* tra i sedicenni italiani, dopo il calo registrato dal 2003 al 2007, si è stabilizzato. D'altra parte Francia, Polonia, Portogallo e Grecia nell'ultimo quadriennio vedono aumentare gli adolescenti che consumano cannabinoidi. In Ucraina e Russia invece diminuiscono". Per quanto riguarda il consumo (almeno una volta nella vita) delle altre sostanze psicoattive illegali come cocaina, eroina, anfetamine, ecstasy e allucinogeni "gli italiani sono in linea con il dato medio europeo del 6% e occupano il quinto posto della classifica insieme ad Albania e Irlanda. In testa si trovano Francia e Bulgaria con il 10%, Bosnia e Norvegia chiudono con il 2%",

specifica la ricercatrice Ifc-Cnr. "Rispetto all'ultima rilevazione, l'Italia registra una lieve diminuzione insieme con Islanda, Irlanda e Russia. Tendenza opposta in Portogallo, Cipro e Romania, mentre la maggioranza delle nazioni mantiene i consumi stabili". Rispetto agli inalanti, invece, "l'Italia si attesta al penultimo posto con il 3% dei giovani che riferiscono di averli sperimentati almeno una volta nella vita. Ai primi posti Croazia e Lettonia, rispettivamente con il 28% e il 23%. La media europea è del 9%", conclude Molinaro. La survey Espad si ripete in Europa ogni quattro anni dal 1995 e nel tempo sono aumentati i Paesi partecipanti e le sostanze indagate, tra cui ora rientrano anche tranquillanti e sedativi assunti senza prescrizione medica.

"Gli italiani si trovano al quinto posto con il 10%, confermando il picco del 2007. La media è del 6%; la classifica è aperta da Polonia (15%), Lituania (13%), Cipro e Francia (11%) e chiusa con il 2% da Germania, Russia e Ucraina. Percentuali in crescita in Grecia, Cipro e Montenegro" (Le Scienze - maggio 2012).

L'offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia

Nell'anno scolastico 2010-2011 risultano iscritti agli asili nido comunali 157.743 bambini di età tra 0 e 2 anni, mentre altri 43.897 usufruiscono di asili nido convenzionati o sovvenzionati dai Comuni, per un totale di 201.640 utenti. Nel 2010 la spesa impegnata per gli asili nido da parte dei Comuni o, in alcuni casi, di altri enti territoriali delegati dai Comuni stessi è di circa 1 miliardo e 227 milioni di euro, al netto delle quote pagate dalle famiglie.

Fra il 2004 e il 2010 la spesa corrente per asili nido, al netto della compartecipazione pagata dagli utenti, ha mostrato un incremento complessivo del 44,3%, che scende al 26,9% se calcolato a prezzi

costanti. Nello stesso periodo è aumentato del 38% (oltre 55 mila unità) il numero di bambini iscritti agli asili nido comunali o sovvenzionati dai Comuni. La percentuale di Comuni che offre il servizio di asilo nido, sotto forma di strutture comunali o di trasferimenti alle famiglie che usufruiscono di strutture private, ha registrato un progressivo incremento, dal 32,8% del 2003-2004 al 47,4% nel 2010-2011. I bambini tra zero e due anni che vivono in un Comune che offre il servizio sono passati dal 67% al 76,8% (indice di copertura territoriale). Entrambi gli indicatori, tuttavia, mostrano una lieve riduzione nell'ultimo anno.

Nonostante il graduale ampliamento dell'offerta pubblica, la quota di domanda soddisfatta è ancora limitata rispetto al potenziale bacino di utenza: gli utenti degli asili nido sono passati dal 9% dei residenti tra 0 e 2 anni dell'anno scolastico 2003-2004 all'11,8% del 2010-2011.

Rimangono molto ampie le differenze territoriali: la percentuale di bambini che usufruisce di asili nido comunali o finanziati dai Comuni varia dal 3,3% al Sud (era il 3,4% l'anno precedente) al 16,8% al Nord-Est (era il 16,4%); la percentuale di Comuni che garantiscono la presenza del servizio varia dal 20,8% al Sud (era il 21,2%) al 78,2% al Nord-Est (era il 77,3%).

All'offerta tradizionale di asili nido si affiancano i servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia, che comprendono i "nidi famiglia", ovvero servizi organizzati in contesto familiare, con il contributo dei Comuni e degli enti sovramunicipali.

Nel 2010-2011 il 2,2% dei bambini tra 0 e 2 anni ha usufruito di tale servizio, quota che è rimasta pressoché costante nel periodo osservato.

Complessivamente, dunque, risulta pari al 14% la quota di bambini che si avvale di un servizio socio-educativo pubblico e al 55,2% quella di Comuni che offrono asili nido o servizi integrativi per la prima infanzia (Fonte: Istat - giugno 2012).

Storie di piccoli bambini e di grandi uomini

Raffaele D'Errico

Pediatra di famiglia, ACP Campania

Abstract

Stories of little children and great men

Little and big stories. Sometimes apparently insignificant and for this reason buried in the void. Stories that all of us live and share sitting behind our desks and help us in opening our minds to the world of children.

Quaderni acp 2012; 19(5): 214-215

Key words Education. School. Teachers. Pedagogy. Psychosomatic

Piccole e grandi storie. Talvolta apparentemente così insignificanti da rimanere lì sepolte nel nulla. Eppure tutte sono storie utili, che viviamo anche noi con loro dietro le nostre scrivanie e che, se ci pensiamo bene, ci aprono al mondo dei bambini e ci fanno crescere.

Parole chiave Educazione. Scuola. Insegnanti. Pedagogia. Psicomatica

Ci sono storie che mi hanno aiutato a penetrare sempre più in profondità in quel mondo sommerso e così poco compreso com'è quello dei fanciulli.

Storie "ultime" che, rilette con il cuore, aiutano a riflettere sull'aspetto educativo dei nostri bambini e dei ragazzi. Storie "ultime", perché i loro protagonisti hanno vissuto vicende apparentemente "effimere," di quelle che non stimolano gli interessi mediatici, che muoiono presto dopo il primo volo. Ma se le vai a rileggere con il cuore, ti accorgi che dietro le piccole ali trasparenti mai a riposo, le "effimere" nascondono una vita altrettanto piena. Tutto sta a scovarle e a saperle leggere.

In queste riflessioni ci accompagna un pediatra d'eccezione, Janusz Korczak. Direbbe Korczak che "è sempre attuale la proposta di cambiare radicalmente il nostro modo di vedere il bambino e il nostro rapporto con lui, di renderci conto che i bambini non esistono, esistono gli individui che hanno diritto al rispetto. I bambini, come gli adulti, hanno diritto a essere amati come persone.

È sempre attuale la proposta che tutti i bambini, quelli degli ambienti più disagiati e quelli degli ambienti benestanti, siano circondati da un sistema di saggia e razionale tutela educativa. Continua a persistere la necessità di spezzare la barriera psicologica che divide il mondo degli adulti da quello dei bambini. Va ancora superato il carattere autoritario dell'educazione che impone ai bambini gli schemi e i dogmi che gravano sulla vita degli adulti.

Si tratta, innanzitutto, di assicurare al bambino il senso della stabilità vitale, un senso di

totale sicurezza, di infondergli la convinzione che niente lo possa minacciare nell'istituto: né la "mano pesante" o il capriccio dell'educatore, né i coetanei più forti. Quanti drammi si svolgono quotidianamente negli ambienti in cui vivono i bambini, se non viene loro assicurata la dovuta tutela, sia in senso fisico sia in quello psichico!" [1].

Ecco due storie che esemplificano quanto la medicina narrativa possa aiutare nel decodificare richieste non sempre facili da capire.

Massimo e i suoi dolori

È da almeno due mesi che la mamma di Massimo porta continuamente il bambino a controllo. Riportiamo alcuni stralci del colloquio. "Dottore, Massimo continua ad avere mal di pancia prima di andare a scuola... Quando torna a casa mi riferisce sempre mal di testa... è spossato... non vuole mangiare... non riesce più a studiare. Gli insegnanti gli danno addosso... Non so più che fare! Gli dico che deve mangiare... che così morirà! Poi, lo vedo piluccare continuamente dentro la credenza e spalmarsi cucchiari di nutella sul pane e allora penso alle sue parole e mi rasserenano..." [2].

Avevamo già affrontato il problema. Ero giunto alla conclusione che i mali di Massimo avessero una genesi esclusivamente psicologica. "Infinito è il numero dei problemi psicologici e delle conseguenze che stanno al confine fra soma e psiche" [3].

Massimo è molto introverso ed è difficile cavargli una parola. Cerchiamo di esplorare l'ambiente scolastico e finalmente un giorno sbotta: "Mamma... non ce la faccio a restare

a scuola fino al pomeriggio!". Ho detto alla mamma: "Si faccia ricevere dal Dirigente scolastico... gli dica che abbiamo bisogno di dare credito a Massimo e... sorvoli sulla questione del cibo".

Quando ho saputo che la nuova Direttrice aveva accolto senza alcuna riserva la proposta e incontrato personalmente Massimo, mi sono venute le lacrime agli occhi e non potevo crederci.

"Non le ha chiesto alcun certificato medico?". "Nessuno, dottore! Massimo è uscito da quella stanza radioso, con un sorriso che non vedevo più da mesi... Non ci crederà, ma sono spariti tutti i mali!".

Era la prima volta in vent'anni che vedevo una cosa del genere. Un dirigente che si china sul bambino, che lo abbraccia, lo accoglie, non si trincerava dietro la burocrazia e le leggi, ma afferma di fatto che la giustizia non è dare a tutti la stessa cosa, bensì a ciascuno ciò di cui ha bisogno.

"Il bambino ha diritto di volere, di chiedere, di reclamare; ha diritto di crescere e maturare e, giunto alla maturità, di dare i suoi frutti". Korczak già agli inizi del secolo scorso spiegava "che è possibile riconoscere i diritti dei bambini soltanto quando si è capaci di capire i bambini, il loro mondo e i loro bisogni di crescita, quando si è capaci di vedere e di sentire come vedono e sentono loro, quando si riesce a considerare il loro mondo allo stesso livello d'importanza del nostro: questo aveva imparato dai suoi ragazzi, questo era stato capace di fare nel corso della sua vita. Rispetto per ogni minuto che passa, perché morirà e non tornerà più; un minuto ferito comincerà a sanguinare, un minuto assassinato tornerà e ossessionerà le vostre notti. Lasciamo che il bambino si abbeveria fiducioso nell'allegria del mattino. È quello che vuole. Un racconto, una conversazione con il cane, una partita a pallone, non sono per lui tempo perduto; quando guarda un'immagine o ricopia una lettera, non si affretta. Fa tutto con un'incantevole semplicità. Ha ragione lui. E un bambino rispettato oggi sarà domani un adulto capace di rispetto" [3]. La capacità di ascolto del pediatra ha poi fatto la differenza in questo caso specifico.

Per corrispondenza:

Raffaele D'Errico

e-mail: derrico.raffaele@libero.it

“narrative” e dintorni

Luca e la sua prof di filosofia

“Da quando è arrivata la nuova insegnante di filosofia nella nostra classe si respira un’aria diversa. Soprattutto, quando arriva lei, sento che i nostri animi si distendono. Si abbassano le tensioni e le resistenze. Sappiamo che non ci sarà alcuna ‘interrogazione a pugnolata’ e che qualsiasi cosa dentro di noi sentiremo che non va, potremo comunicarla. Non necessariamente parlando, perché lei sa leggere negli occhi! Credo... anche nei cuori”.

È la confessione di un adolescente al pediatra in merito alle sue difficoltà scolastiche.

“Il primo giorno di scuola arrivo in lieve ritardo... Sono già tutti seduti e il nuovo prof di matematica è appena entrato. Chiedo scusa e attendo di ricevere il permesso di accomodarmi. Lui mi guarda e dice: – Cominciamo bene! Visto che sei in ritardo accomodati direttamente alla lavagna!

Per un attimo penso di essere ancora nel sogno di quella notte forse non ancora trascorsa...

Mi interroga e, peggio di ogni cosa, sulla fisica e, peggio di tutto, sulle lezioni apprese in prima, due anni fa. Mi rimanda al posto con disprezzo. È il primo e unico brutto voto dopo due anni di liceo. Mi sento uno schifo.

Ma con lei, invece, no! Lei ti chiede: – Ti va di raccontarci qualcosa su Platone?... Se te la senti... anche se non hai studiato bene?... Magari ci racconti solo quello che ti ha particolarmente colpito?

E quando cominci a parlare ti guarda negli occhi... ti sorride compiaciuta, come se si stesse abbeverando dentro di te, come se avesse ancora bisogno di imparare, anche da te...

Oggi ha interrogato uno che non sapeva niente! Certamente non aveva studiato. Ha cominciato a raccontare qualcosa che lo aveva colpito durante la spiegazione dell’altro giorno.

Lei, come sempre, lo ha ascoltato. Era in una posizione come di chi ha l’occasione di stare davanti a una persona importante, una di quelle che quando apre la bocca ti lascia stupefatto. Ecco, lei stava proprio così. Non sentiva la lezione, ma l’ascoltava. E non guardava lo studente, ma gli leggeva dentro. Ha parlato forse massimo cinque minuti... poi si è fermato. Credo che non avesse altro da dire. Allora la prof, con quella dolcezza che la contraddistingue, ha esclamato: – Grazie Giorgio! Ti metto sei e mezzo perché hai parlato con il cuore e hai detto delle cose molto belle!

Ma tu capisci? Non sapeva niente e gli ha messo sei e mezzo!”.

Il rispetto di uno studente è il rispetto dell’uomo che c’è in lui. *“Un fanciullo da rispettare, oggi, per ciò che è, in ogni singolo istante, da non umiliare nei suoi desideri, nelle sue proprietà, nei suoi amici, nei suoi animali; da capire per le sue bugie, per i suoi silenzi, per i suoi misteri, per le fluttuazioni del suo umore, per le sue cadute, per la sua ignoranza, per le cianfrusaglie che animano la sua fantasia [4].*

Korczak era convinto che *“essi tendano spontaneamente a migliorarsi, se posti in una condizione favorevole, e che, come tutti gli altri esseri umani, abbiano diritto all’autodeterminazione. Riteneva che l’educazione debba partire da ciò che il bambino è nel momento, e non da ciò che vogliamo diventi” [5].*

Ma per fare questo occorre *“un educatore che non schiaccia ma libera, non trascina ma innalza, non opprime ma forma, non impone ma insegna, non esige ma chiede... che osservando attentamente il bambino, può proporgli un programma su come arrivare a conoscersi, come vincersi, quali sforzi affrontare, come cercare la propria strada nella vita” [3].*

Dirà lo psicologo infantile Bruno Bettelheim che *“quando genitori ed educatori faranno proprie le idee di Korczak, i bambini ne trarranno grandi benefici. È il profondo rispetto per il bambino manifestato da Korczak – più che l’amore assoluto – che fa di lui uno dei più grandi educatori di tutti i tempi. Ogni riga che egli ha scritto sul suo lavoro con i bambini e sul suo modo di comprenderli ci convince sempre più che bisogna guardare all’infanzia non come a una fase di sviluppo che avrà il proprio coronamento nell’età adulta, ma come a uno stadio della vita altrettanto importante – per se stesso e in tutti i suoi aspetti – verso la maturità. Ancora troppo diffusa è l’immagine dell’infanzia come preparazione a una vita futura, mentre ogni suo momento è importante in assoluto e non per ciò a cui porterà in seguito. Dobbiamo apprezzare il bambino in quanto tale e non per l’uomo che diventerà” [6].*

Korczak non ci ha insegnato ad amare il bambino – cosa non difficile per quanto ancora troppo rara – ma *“a rispettarlo e a comprenderlo a partire dai suoi punti di riferimento piuttosto che dai nostri. Se ne saremo capaci, i nostri bambini saranno più felici e anche noi, a nostra volta, lo saremo”.*

Ecco. Queste le storie di Massimo e di Luca. Storie che ascoltiamo ogni giorno nei nostri ambulatori, legate da un sottile filo rosso che affonda le sue radici in questa bellissima poesia di Korczak.

Dite:

è faticoso frequentare i bambini.

Avete ragione.

Poi aggiungete:

perché bisogna mettersi al loro livello, abbassarsi, inclinarsi, curvarsi, farsi piccoli.

Ora avete torto.

Non è questo che più stanca.

È piuttosto il fatto di essere

obbligati a innalzarsi

fino all’altezza

dei loro sentimenti.

Tirarsi, allungarsi,

alzarsi sulla punta dei piedi.

Per non ferirli.

Se il pensiero è volato qui, è perché credo che questi educatori abbiano avuto veramente la capacità di innalzarsi fino all’altezza dei sentimenti dei loro bambini, dei loro ragazzi. Un atteggiamento del cuore che ha reso *grande questi grandi*, perché chi sta con i bambini impara a pensare con il sentimento e non con l’intelletto.

Scriveva il pedagogista-educatore francese C. Freinet, che *“per poter educare, l’educatore stesso dovrebbe diventare un bambino, dovrebbe saper entrare nell’incantato regno dei bambini per capire le loro sottili sensazioni, reazioni, sentimenti” [7].* Senza questa capacità di essere sia adulto sia bambino, non c’è vero educatore, non c’è vera educazione. ♦

Bibliografia

- [1] Lewin A. Janusz Korczak: pedagogista innovatore. Presentazione della pubblicazione dell’opera di Janusz Korczak *“Come amare il bambino”*. Milano: Emme Edizioni, 1979.
- [2] D’Errico R. Dottore non mi mangia. www.pediatric.it/lettere100120.htm.
- [3] Volta A. Janusz Korczak: un precursore della pediatria all’inizio del ’900. *Quaderni acp* 2005;12:103-5.
- [4] Limiti G. La figura e il messaggio di Janusz Korczak. Milano: Proedi Editore, 2006.
- [5] Golfera S. Storie di questo mondo: Janusz Korczak. Fondazione Fossoli. Testo per la *“Giornata della Memoria”* del 27 gennaio 2005.
- [6] Bettelheim B. Prefazione di Korczak J. *Come amare il bambino*. Milano: Luni Editrice, 1996.
- [7] Freinet C. *Le mie tecniche*. Firenze: La Nuova Italia, 1990.

Un morbillo neonatale

Natale Maresca

Pediatra di famiglia, Vico Equense, Napoli

Abstract

Measles in a newborn

Measles in a 17 days old newborn is described. The mother had not received measles vaccine nor had contracted the disease. The severity of newborn measles and the reasons for implementing national vaccination strategies are discussed in order to avoid disease clusters in different regions.

Quaderni acp 2012; 19(5): 216-217

Key words Measles. Measles vaccination. Newborn measles

È descritto il caso di una neonata di diciassette giorni affetta da morbillo, la cui madre non aveva contratto il virus né era stata vaccinata. È discussa la gravità del morbillo neonatale e sono esposti i motivi per cui bisogna implementare la vaccinazione su tutto il territorio nazionale così da impedire il ripetersi di piccole epidemie nelle diverse regioni.

Parole chiave Morbillo. Vaccinazione antimorbillo. Morbillo neonatale

La storia

Serena è una neonata di diciassette giorni che presenta da ventiquattro ore un esantema di tipo maculo-papulare al viso e al tronco che fa pensare a un esantema morbilliforme. Alla mamma di ventun anni nei giorni precedenti era stato diagnosticato il morbillo, malattia alla quale era suscettibile non avendola contratta in precedenza e non essendo stata vaccinata. La bambina non ha avuto sintomi respiratori nei giorni precedenti, né febbre, non presente nemmeno al momento della visita. Non si rileva iperemia congiuntivale. A livello malare bilateralmente sono evidenti piccole macchioline biancastre della grandezza di una testa di spillo o poco meno del tutto simili alle macchie di Koplik (l'ultima volta che le avevo viste risaliva a oltre dieci anni prima). La mamma non ha più l'esantema di cui riferisce la comparsa dopo undici giorni dalla nascita della piccola Serena, accompagnato da febbre e da sintomi respiratori. Il medico curante aveva posto diagnosi di morbillo, contratto verosimilmente subito dopo il parto e aveva disposto l'isolamento dalla neonata dopo avere interpellato il centro vaccinale e i colleghi dell'ospedale di zona. Gli era stato consigliato di sottoporre la piccola Serena a profilassi post-esposizione con immunoglobuline, che poi non erano state somministrate [1].

Prima di disporre il ricovero della bambina suggerisco di riprendere l'allattamento al seno perché ormai la mamma non è più contagiosa e la bambina, probabilmente, si è già contagiata. Anche se nel neonato non è sempre facile porre diagnosi di morbillo era molto probabile che si trattasse di morbillo e che la bambina lo avesse contratto dalla mamma.

Il decorso

La bambina viene ricoverata nel reparto infettivi del Policlinico. Nel corso del ricovero Serena presenta febbre (38,7 °C) con estensione dell'esantema agli arti inferiori e tosse insistente. In terza giornata si rileva un reperto auscultatorio di rantoli a piccole bolle all'emitore destro. La radiografia del torace mette in evidenza un "lieve ispessimento di tipo reticolo micro-nodulare della trama polmonare con piccole zone di opacità parenchimale in basale destra". Per questo viene instaurata terapia con amoxicillina per os 80 mg/kg da continuare per otto giorni. Elevate le IgM antimorbillo, pari a 30 UI/l (vn = <10 UI/l). La diagnosi di morbillo è confermata. Dopo sei giorni Serena viene dimessa in via di guarigione.

Commento

Ho raccontato il caso di un morbillo neonatale, che può presentare difficoltà dia-

gnostiche soprattutto in assenza del dato anamnestico del contagio intrafamiliare (anche perché non siamo più abituati a vedere il morbillo nella nostra pratica clinica), perché si presta ad alcune considerazioni sia di natura clinica che epidemiologica. Il morbillo descritto è una forma neonatale che si manifesta *dopo* almeno dieci giorni dalla nascita. Quando compare al contrario *entro* i primi dieci giorni dalla nascita si parla di morbillo congenito, acquisito dalla mamma durante l'ultimo periodo della gravidanza [2]. Sia la forma congenita che quella neonatale hanno un indice di complicanze più elevato rispetto al morbillo delle età successive. L'infezione da virus del morbillo entro l'anno di vita è un fattore di rischio per lo sviluppo della panencefalite sclerosante subacuta (PESS) e i bambini che contraggono il morbillo prima dei due anni di età hanno una probabilità sedici volte maggiore di sviluppare la PESS rispetto ai bambini di età superiore ai cinque anni [3-4]. Ancora più grave è il morbillo congenito, che presenta una mortalità molto elevata. Nel caso descritto la bambina aveva contratto il morbillo dalla mamma che non era mai stata vaccinata. Il morbillo entro il primo anno di vita si può verificare in due condizioni: la prima è che la mamma non sia immune dal morbillo perché non l'ha mai contratto o perché non è stata vaccinata, la seconda è che abbia contratto il morbillo o sia stata vaccinata e abbia perso l'immunità in età adulta. Inoltre, una recente ricerca condotta in Belgio ha dimostrato che esiste una finestra di suscettibilità tra la perdita degli anticorpi materni e la somministrazione della prima dose di vaccino al bambino [5]. E questo è vero non solo per i bambini di donne vaccinate ma anche per i bambini nati da mamme che hanno acquisito l'immunità naturale. È questo il motivo per cui è opportuno vaccinare i bambini al compimento dell'anno di età (non più tardi) e ripetere la vaccinazione a 5-6 anni e forse anche in età adulta. La

Per corrispondenza:
Natale Maresca
e-mail: natalemaresca@virgilio.it

il caso che insegna

CHE COSA ABBIAMO IMPARATO

Dal caso e dalla letteratura abbiamo imparato che:

- il morbillo neonatale è una forma gravata da complicanze più frequenti e più importanti del morbillo delle successive epoche della vita, la più temibile delle quali è la panencefalite sclerosante subacuta;
- la durata dell'immunità naturale o dopo vaccinazione nella mamma scompare alcuni mesi prima che il bambino venga immunizzato attivamente contro il morbillo;
- è necessario implementare la copertura vaccinale almeno con due, forse tre somministrazioni, per coprire il 95% della popolazione e impedire la circolazione del virus.

copertura vaccinale in Italia e in particolare in alcune regioni non è sufficiente a dare un'immunità nel 95% della popolazione e per questo sono state segnalate periodicamente piccole epidemie di morbillo.

Nel corso del 2011 esse si sono verificate in Emilia-Romagna e nel Veneto [6]. Quella verificatasi in Emilia-Romagna, per esempio, ha colpito soprattutto gli adolescenti e i giovani adulti; quasi la metà si è verificata in soggetti tra i 15 e i 34 anni. Si sono osservati anche numerosi casi tra i bambini. Nella realtà dove lavoro, il distretto della penisola sorrentina in provincia di Napoli, con 12.368 bambini nella fascia 0-14 anni, sono stati segnalati, nel 2011, 69 casi di morbillo, il 42% dei quali riguardava bambini in età 0-14 anni (2 casi ogni 1000 bambini in età 0-14). In Europa, lo European Monthly Measles Monitoring dell'ECDC riferisce un'incidenza nel primo anno di vita di 6,3 casi per 100.000 abitanti e di 3,1 casi per 100.000 abitanti tra 1 e 4 anni [7].

In conclusione, anche se la mortalità per morbillo nel mondo si è ridotta, tale malattia infettiva sta riemergendo in Paesi con bassa incidenza. Si rende quindi ne-

cessario implementare i programmi vaccinali soprattutto in quelle regioni con bassa copertura vaccinale e in quelle popolazioni che per motivi "ideologici" si oppongono a ogni tipo di vaccinazione, soprattutto a quelle con vaccini vivi. Sarebbe, inoltre, opportuno non procrastinare la vaccinazione oltre i dodici mesi di vita e ripeterla a 5-6 anni e, forse, a 11-18 anni [8]. ♦

Bibliografia

- [1] American Academy of Pediatrics. Red Book 2012:422.
- [2] Tsatsaris V, Lopez E, Anselem O, et al. Rougeole et grossesse. Presse Med 2011;40:1001-7.
- [3] Sawaishi Y, Abe T, Yano T, et al. SSPE following neonatal measles infection. Pediatr Neurol 1999;20:63-5.
- [4] Miller C, Farrington CP, Harbert K. The epidemiology of subacute sclerosing panencephalitis in England and Wales 1970-1989. Int J Epidemiol 1992;21:998-1006.
- [5] Leuridan E, Hens N, Hutse V, et al. Early waning of maternal measles antibodies in era of measles elimination: longitudinal study. BMJ 2010;340:c1626.
- [6] <http://www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/aggiornamenti.asp>.
- [7] http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/2012May23_SUR_Measles-Monitoring.PdF.
- [8] <http://www.governo.it/backoffice/allegati/67507-7587.PdF>.

INGESTIONE DI PILE NEI BAMBINI CON PERFORAZIONE E FISTOLIZZAZIONE

Una lettera a *The Lancet* (2012; 379:2341-2) riporta due casi d'ingestione di pile provenienti da giocattoli con esiti non frequenti.

Il primo

Bambino di 18 mesi con una storia di dolore addominale da 5 giorni. Addome soffice, mai teso con normali movimenti intestinali. La radiografia rileva la presenza di 10 sfere metalliche nella parte superiore dell'addome. Ferme. La loro immobilità nel tempo suggerisce una laparotomia che dimostra le 10 sfere magnetiche aderenti in parte allo stomaco e in parte nel digiuno distale. La pressione delle sfere ha determinato una fistola gastrodigiunale. La resezione della fistola e la ricostruzione della continuità determinano una piena risoluzione.

Il secondo

Bambino di 8 anni con una tensione in fossa iliaca destra. La sintomatologia simula un'appendicite acuta. Laparotomia senza accertamenti preliminari. Reperto di appendice indenne. Si riscontrano, invece, fistole multiple fra ileo terminale e ceco con due pile di 2 cm collocate a tramite dentro le fistole. Si effettua una emicolectomia con piena risoluzione.

È possibile, dunque, che elementi magnetici multipli con parti metalliche perforino la parete intestinale e portino a fistolizzazioni.

Relazione tra modello di divezzamento, Body Mass Index e la preferenza di alimenti in bambini in età prescolare

Parole chiave Divezzamento. Preferenze alimentari. BMI

Sono molti gli studi che cercano di rispondere alla domanda: "Quando è consigliato iniziare l'alimentazione complementare?", ma spesso viene trascurata la modalità con cui si propongono i cibi solidi al lattante.

Questo studio retrospettivo basato su un questionario autocompilato dai genitori di 155 bambini di età compresa tra 20 e 78 mesi mette in relazione, per la prima volta, la modalità di introduzione dei cibi (con cucchiaino o condotta dal bambino in modo indipendente), la preferenza degli alimenti, la frequenza con cui questi venivano proposti e l'indice di massa corporea (BMI). I bambini che provvedevano da soli all'introduzione

degli alimenti tramite le mani presentavano una spiccata preferenza per i carboidrati come toast e pane ($p = 0,003$), proteine ($p = 0,008$) e farina integrale ($p = 0,02$) rispetto ai bambini alimentati con il cucchiaino che invece preferivano i dolci.

In entrambi i gruppi l'effetto di una più elevata frequenza di consumo di un particolare alimento favoriva l'instaurarsi di una preferenza per i latticini ($p < 0,0001$), snacks ($p < 0,001$), verdure ($p < 0,0001$) e proteine ($p < 0,0001$). Il confronto del BMI rivelava una obesità dell'11,1% e dell'1,6% rispettivamente nei bambini che assumevano la pappa in purea con il cucchiaino e quelli che si alimentavano autonomamente senza una significativa correlazione tra stato socioeconomico o durata di allattamento al seno.

Townsend E, et al. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ* 2012;2:e000298.

LA MAMMA. La mia esperienza relativa al passaggio dal latte materno a una alimentazione solida con i miei due figli è stata un insieme di emozioni spesso tanto diverse se non contrastanti. Quando la pediatra mi consigliò l'autosvezzamento ne fui contenta anche se avevo qualche timore. Iniziò così con la prima figlia, quasi come un gioco, facendole sentire tutti gli odori e assaporare le varie preparazioni. E così tra un assaggio e un altro, mangiò il suo primo piatto: risotto alla zucca. Fu tutto, per così dire, molto naturale, privo di forzature. Lo svezzamento ha segnato un momento di forte distacco, ma anche un'esperienza di conoscenza e fiducia reciproche: mia figlia era incuriosita da tutto ciò che assaggiavo e fidandosi assaggiava anche lei. Con il secondo figlio il passaggio a un'alimentazione diversa è avvenuto quasi al settimo mese, il timore di ridurre l'allattamento al seno era più forte e lui manifestava meno curiosità della sorella. E così, tra un assaggio e una poppata, una sera, sorprendendo tutti gli invitati a cena, mangiò il suo primo piatto: mafaldine all'astice! E mica potevo immaginare che mio figlio avesse gusti così raffinati.

Mena Barricella, Sant'Agnello (NA)
mena.barricella@gmail.com

LA DIETISTA. La consapevolezza di quello che mangiamo inizia nel primo anno di vita e quindi consiglio sempre alle mamme di fare annusare al bambino le prime pappe prima di mettergli in bocca il cucchiaino e successivamente di fargli anche toccare, con le sue mani, la consistenza della pappa. Sono d'accordo con i dimostrati vantaggi di offrire pezzetti di cibo solido al bambino, ponendo però molta attenzione sotto l'anno di età poiché ho talvolta osservato come alcuni disturbi del comportamento alimentare possono derivare da momenti di paura del bambino per la difficoltà a deglutire proprio alcuni cibi solidi. Inoltre, in questo tipo di alimentazione "autonoma" credo sia importante fare presente alla mamma quanto sia importante la componente "calma": non avere fretta, non fare fretta, non vivere con ansia il momento del pasto. Mi è sembrata, poi, molto interessante la relazione tra BMI e alimentazione autogestita: molte delle madri che vedo in ambulatorio dicono che i loro figli mangiano fin da piccoli davanti alla TV rimpinzandosi di qualunque cosa.

Rita Piccoli, Verona
rita.piccoli@ospedaleuniverona.it

LA NEUROPSICHIATRA INFANTILE. La ricerca di Townsend vuole sottolineare che lo svezzamento condotto dal bambino in modo indipendente (*baby-led*) permette al bebè di esprimere le sue capacità di autoregolazione e la sua preferenza per i cibi sani (carboidrati) mantenendo un indice di massa corporea bassa, condizione di prevenzione dell'obesità. Esiste un rischio nel sostenere l'idea che il bebè "fa meglio da solo" senza prendere in considerazione gli aspetti complessi dell'alimentazione che necessitano di un approccio integrato psico-socio-sanitario ed educativo all'interno di un complesso sistema d'interazioni con l'adulto. Le modalità interattive grazie alle quali i genitori sostengono il bambino nell'appropriarsi delle proprie capacità, evitando una presenza non intrusiva, incoraggiandolo senza sostituirsi a lui, permettono al bebè di acquistare una buona sicurezza interna che è alla base di una buona autonomia. Talvolta si assiste al mantenimento di una dipendenza eccessiva che compromette l'autoregolazione o, all'opposto, a un'interazione che spinge il bambino a un'autonomia "forzata". Lo svezzamento è una tappa sensibile e la ricerca dovrebbe prendere in considerazione sia le competenze del bebè sia l'interazione con i genitori.

Catherine Hamon, Forlì
dott.catherine.hamon@gmail.com

IL CENTRO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.

La valorizzazione di un'alimentazione che dia maggiore spazio all'autoregolazione e alla naturale capacità di scelta consente al bambino di ascoltare pienamente le proprie innate sensazioni di fame e sazietà, di rispettare l'emozione di disgusto (che, ricordiamo, è un'emozione primaria!) e di coinvolgere tutti i sensi, compreso il tatto, nella percezione della consistenza naturale degli alimenti. Vengono, in tal modo, valorizzate e rispettate tutte le sensazioni tattili, visive, acustiche e propriocettive provenienti dal mondo esterno e interno, e si restituisce un aspetto di naturalezza e normalità allo svezzamento. Un altro aspetto significativo dello studio è legato alla modalità di presentazione di un alimento sulla successiva preferenza di alcuni cibi: è importante presentare ai nostri bambini piatti allegri, profumati e piacevoli da guardare, dando loro la possibilità di sperimentare con occhi, naso, bocca e mani diversi sapori, colori e odori. Infine, la riduzione dei livelli di ansia e di controllo, evidenziati dagli Autori, nelle madri dei bambini che si sono alimentati in modo indipendente, sottolinea l'importanza di connotare di emozioni positive i pasti, che sono certamente momenti così centrali per la comunicazione sociale, la condivisione, lo scambio di affetti e la costruzione di un sano legame di attaccamento. L'attenzione a tali aspetti relazionali, percettivi ed emotivi consente di effettuare una reale prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare e dell'obesità fin dai primi mesi di vita.

Lia Iaconopelli (psichiatra) e Laura Salerno (psicologa), Palermo
lia.iaconopelli@libero.it

Dietro l'iceberg, il pack: la terra inesplorata della *gluten sensitivity*

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

Abstract

Behind the iceberg, the pack: the unexplored world of "gluten sensitivity"

Among celiac disease and wheat allergy, caused by gluten-containing cereals, a new pathological entity is emerging: gluten sensitivity. It can be defined as a gluten intolerance that does not fulfil the serological and histological criteria for celiac disease, it is not linked to specific HLA haplotypes, and its gastrointestinal and extra-intestinal symptoms quickly improve after a few weeks of gluten withdrawal and worsen after gluten reintroduction. Mechanisms of innate immunity seem to be mainly involved in the pathogenesis of gluten sensitivity. In some adults, irritable bowel syndrome and migraine seem to be dependent on non celiac gluten sensitivity. Epidemiological and clinical research on this topic is just at the beginning and it is reasonable to assume that paediatric age will also be involved.

Quaderni acp 2012; 19(5): 219-222

Key words Gluten sensitivity. Celiac disease. Irritable bowel syndrome. Migraine. Innate immunity

Tra le già note patologie, celiachia e allergia al grano, causate dai cereali contenenti glutine, sta emergendo una nuova entità nosologica: la gluten sensitivity o sensibilità al glutine (GS). È un'intolleranza al glutine che non soddisfa i criteri sierologici e istologici della celiachia, che non è legata ai tipici assetti HLA predisponenti, che può manifestarsi con sintomi gastrointestinali o extraintestinali e nella quale l'eliminazione del glutine dalla dieta determina un rapido miglioramento dei sintomi che ricompaiono poi altrettanto prontamente alla sua reintroduzione. I meccanismi patogenetici coinvolti sembrano essere quelli dell'immunità innata. Particolare attenzione è rivolta agli adulti con sindrome dell'intestino irritabile o emicrania come possibili manifestazioni cliniche di una sensibilità al glutine diversa dalla celiachia. Le ricerche cliniche ed epidemiologiche su questo argomento sono appena agli inizi ed è ragionevole ritenere che anche l'età pediatrica possa esserne interessata.

Parole chiave Sensibilità al glutine. Celiachia. Sindrome dell'intestino irritabile. Emicrania. Immunità innata

L'uomo e il glutine: una convivenza non facile

I rapporti tra i cereali che contengono il glutine e il genere umano appaiono sempre più complessi. I circa diecimila anni che sono trascorsi da quando il frumento è entrato a far parte della nostra dieta di cacciatori e raccoglitori itineranti, trasformandoci in agricoltori stanziali, non sono stati sufficienti a selezionare popolazioni pienamente compatibili con il nuovo regime alimentare.

Certamente, le etnie meno tolleranti al glutine – verosimilmente gli antenati degli attuali celiaci – hanno pagato il prezzo selettivo più alto riducendosi a quell'1% di prevalenza che a noi sembra oggi moltissimo, ma che deve rappresen-

tare ben poca cosa rispetto ai numeri di partenza. I soggetti geneticamente predisposti (HLA DQ2/DQ8 positivi) sono ancora oggi oltre il 30% della popolazione generale.

Una piccola quota di costoro – i celiaci, appunto – registra una reazione immunitaria verso il glutine che diviene presto reazione auto-immune e auto-lesiva che porta alle ben note (e certamente anche ad altre non ancora note) conseguenze per l'organismo.

Poi ci sono le persone che non tollerano il glutine, o meglio il grano, ma il cui sistema immune reagisce secondo i meccanismi diversi dell'allergia IgE-mediata (2-9% della popolazione) [1-2]. Le manifestazioni cliniche possono essere cutanee, respiratorie e gastrointestinali, e

assumono i fenotipi nosologici dell'allergia alimentare e dell'anafilassi, dell'asma occupazionale (asma dei fornai) o dell'orticaria da contatto.

A questi dobbiamo oggi aggiungere tutti coloro che sembrano affetti da una forma d'intolleranza al glutine non classificabile nelle precedenti categorie dell'autoimmunità e dell'allergia e che è stata pertanto definita "sensibilità al glutine" (*gluten sensitivity* = GS) o "sensibilità al glutine non celiaca" (*nonceliac gluten sensitivity*) [3-4]. La possibilità che esistesse una forma di sensibilità al glutine distinta dalla celiachia (CD) – nel senso che non arrivasse a soddisfare i criteri diagnostici – ma contigua per quanto attiene alcune manifestazioni glutine-dipendenti era ipotizzata da tempo. Recenti ricerche hanno rafforzato le evidenze in questo senso, delineando un nuovo scenario di conflitto tra uomo e glutine che coinvolgerebbe almeno il 6% della popolazione [5-6]. È la "no man's land" della GS [7].

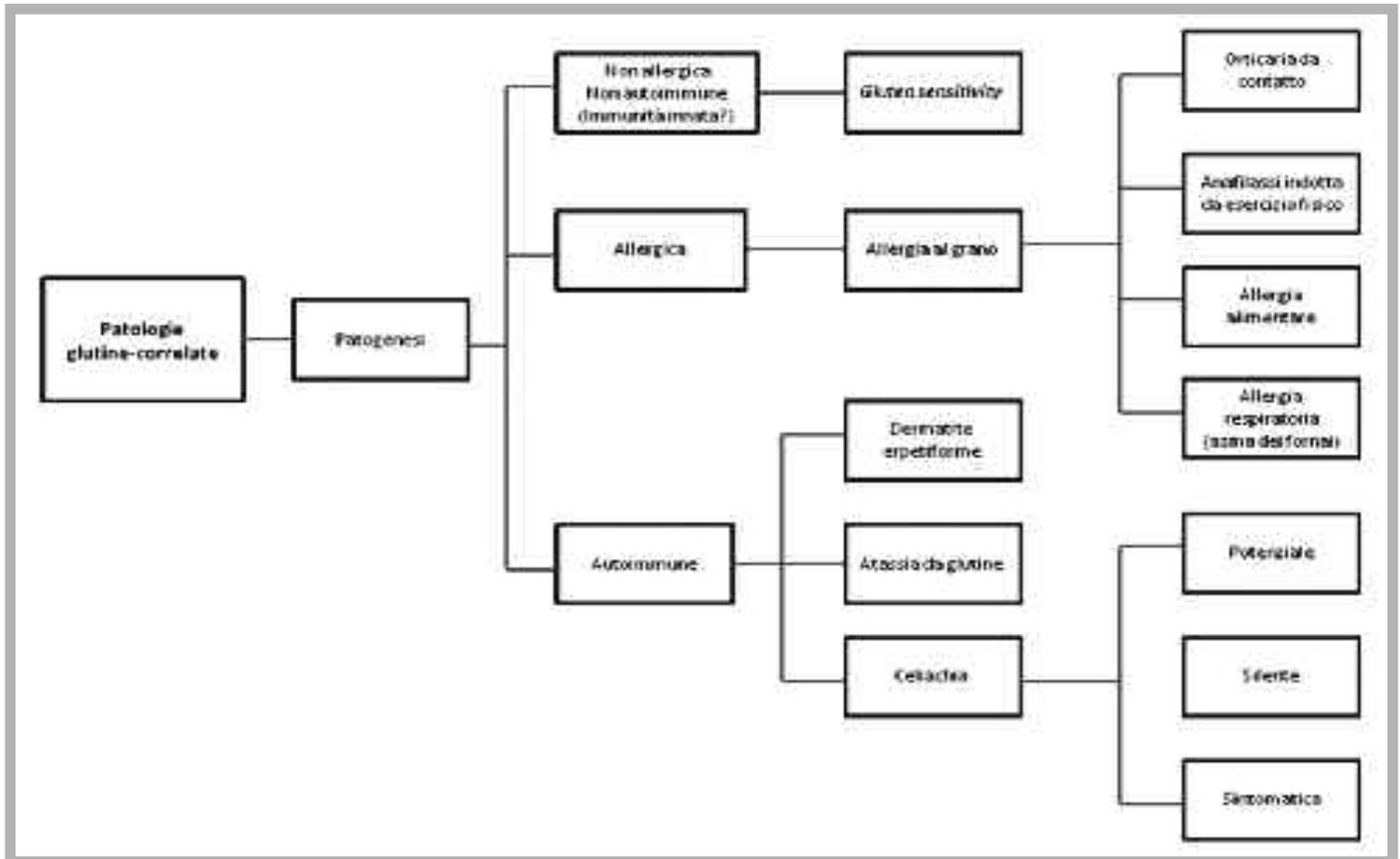
Intestino irritabile, emicrania e glutine

Le prime segnalazioni dell'esistenza di quadri clinici che rispondono positivamente all'eliminazione del glutine dalla dieta, in soggetti non affetti da CD, vengono dalla medicina dell'adulto. Nel 1981, Cooper e coll. descrivono alcuni pazienti con dolore addominale e diarrea cronica che presentano una sensibilità non celiaca al glutine [8]. Negli anni successivi i progressi in questa direzione sono scarsi, ma si va diffondendo l'ipotesi che alcune patologie ritenute puramente "funzionali" come la Sindrome dell'Intestino Irritabile (SII) e l'emicrania possano nascondere una patogenesi neuro-infiammatoria della quale gli alimenti e il glutine, in particolare, sarebbero spesso i responsabili [9].

La SII viene diagnosticata dalla presenza di sintomi gastrointestinali di varia durata (diarrea, stipsi o alvo alternante, dolore e distensione addominale, flatulenza,

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

FIGURA 1: NUOVA CLASSIFICAZIONE DELLE PATOLOGIE CORRELATE AL GLUTINE PROPOSTA DA SAPONE A, ET AL. [3]



tenesmo) in assenza di una causa organica accertata. La gastroenterite infettiva e l'assunzione di alcuni alimenti sono importanti fattori scatenanti [10]. In entrambi i casi l'attivazione del sistema immunitario e l'infiammazione a livello gastrointestinale costituirebbero il momento patogenetico comune. È oggi noto che un certo grado di infiammazione è presente nell'intestino dei soggetti affetti da SII anche in assenza di cause infettive e coinvolge il sistema nervoso mioenterico attraverso la liberazione di citochine, contribuendo a determinare il quadro di dismotilità intestinale. Fattori psicologici possono, inoltre, influire sull'andamento della SII in oltre la metà dei pazienti, suggerendo l'esistenza di una stretta connessione tra sistema nervoso centrale (SNC) e sistema nervoso enterico (SNE). Quest'ultimo viene oggi considerato un vero e proprio "secondo cervello" in continua comunicazione, integrazione funzionale e feedback con il SNC. È il cosiddetto "asse cervello-intestino" (*brain-gut axis*) che è chiamato in causa

nei disordini neuronali che interessano il tratto gastrointestinale, includendo tra questi anche la SII e la CD [9]. Principali messaggeri di questo flusso comunicativo sarebbero la serotonina (5-idrossitriptamina), l'acetilcolina e altri mediatori paracrini increti dalle cellule enterocromaffini.

Come la SII è un disturbo neuronale del SNE, così l'emicrania è un esempio di disturbo neuronale del SNC. Le manifestazioni cliniche sono molteplici e interessano il SNC (cefalea, ipersensibilità sensoriale, alterazioni della sfera cognitiva e dell'umore) così come il sistema nervoso periferico ed enterico (mialgie, nausea, vomito). I fattori scatenanti l'emicrania sono altrettanto numerosi, ma quello che a noi interessa sono alcune comorbidity segnalate quali i disturbi della sfera psichica, la SII e, talora, la CD.

A sua volta la CD (ma anche la sola GS) è stata ripetutamente descritta in associazione con patologie del SNC (atassia, encefalopatia, corea, epilessia con calcificazioni occipitali, mielopatia) e perife-

rico (miopatia, neuropatia periferica) con una grande varietà di quadri clinici, ben descritti da M. Hadjivassiliou in un recente lavoro di revisione [11]. L'atassia da glutine è oggi un sottotipo riconosciuto di patologia neurologica correlata alla CD (*figura 1*) e fino al 60% dei soggetti che ne sono affetti mostra alla RMN i segni di un'atrofia cerebellare [3-11]. Quello che emerge sempre più chiaramente dalla letteratura è che il glutine è in grado di determinare quadri neurologici diversi, spesso gravi, non solo nei soggetti con CD classica ma anche in assenza di sintomi gastrointestinali, di lesioni della mucosa e della consueta positività per gli anticorpi antitransglutaminasi-2 (TG-2) e antiendomio (EMA). La presenza di nuovi (TG-6, antigangliosidi) e vecchi (antigliadina) anticorpi sembra comunque confermare la natura immunomediata e infiammatoria della neuropatia glutine-indotta. Il miglioramento o la risoluzione dei sintomi dopo eliminazione del glutine dalla dieta sono portati a controprova della tesi. L'ipotesi

di una *gluten syndrome*, e cioè di un quadro neuropatologico complesso e variegato che troverebbe la sua sintesi in un *continuum* patogenetico che va dalla CD classica alla semplice GS, apre una prospettiva di grande impatto epidemiologico e scientifico [12].

Dalle ipotesi alle evidenze

Fin qui le ipotesi, sostenute da una letteratura vasta, intrigante, ma spesso aneddotica e non del tutto chiara nel delimitare il confine tra CD e GS. Recentemente, due lavori hanno contribuito a dare più sostanza alle ipotesi. Nel primo, un gruppo di 34 adulti con SII i cui sintomi erano ben controllati da una dieta senza glutine è stato riesposto per 6 settimane al glutine con un protocollo in doppio cieco, randomizzato e controllato con placebo [5]. In tutti era stata esclusa la CD. Nel corso della riesposizione, già dopo la prima settimana, un numero significativamente maggiore di soggetti che assumevano glutine, rispetto a quelli del gruppo placebo (68% vs 40%, $p = 0,0001$), riferiva un peggioramento dei sintomi con particolare riguardo al dolore addominale, al meteorismo, alla consistenza delle feci e all'astenia. TG-2 e EMA rimanevano negativi nei pazienti di entrambi i gruppi senza differenze negli aplotipi HLA. È senz'altro uno studio preliminare che, pur nell'esiguità dei numeri presentati, suggerisce un nesso causale tra assunzione di glutine e sintomatologia tipica della SII in un contesto diverso dalla CD. L'effettiva esclusione di una CD sottostante resta la questione centrale in questa come in molte delle esperienze precedenti. La possibilità che alcuni pazienti con sospetta GS siano in realtà celiaci più o meno atipici o destinati a diventarlo in futuro è un elemento d'incertezza difficilmente eliminabile. Il lavoro non fornisce dati utili a comprendere la patogenesi della GS, limitandosi a registrare l'assenza di variazioni significative della lattoferrina fecale e della permeabilità intestinale, come segni rispettivamente d'infiammazione e danno intestinale, nel corso dell'esposizione al glutine.

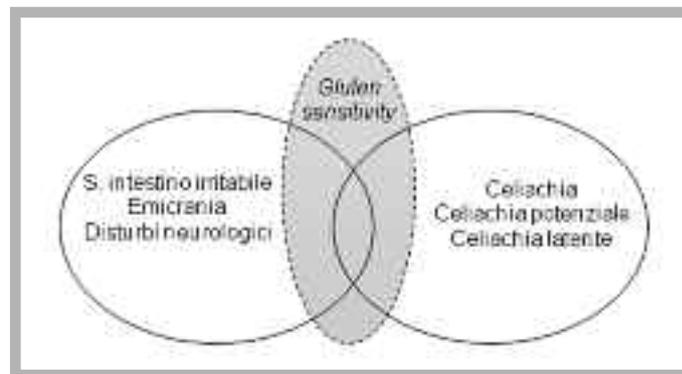
Il secondo lavoro indaga meglio i meccanismi fisiopatologici della GS [6]. I pazienti con GS non mostrano alcun incremento della permeabilità intestinale (usuale nella CD) ed esprimono un diverso

pattern dei geni che codificano per le proteine (claudina, occludina, TJP-1) delle giunzioni serrate (*tight junctions*) dell'epitelio intestinale rispetto alla CD. Nella GS l'infiammazione della mucosa appare sostenuta prevalentemente dai meccanismi dell'immunità innata

(monociti, macrofagi, cellule dendritiche, granulociti) al contrario della CD nella quale è rilevante la componente adattativa (linfociti B e T) e autoimmune. Il numero dei linfociti intraepiteliali CD3+ è intermedio tra quello che si osserva nella CD e nei soggetti normali, in un contesto di architettura dei villi conservata. Manca inoltre l'espressione dei geni per IL-17, tipica nelle biopsie della CD. La positività per HLA DQ2 e DQ8 nel 50% soltanto dei soggetti con GS (>95% nella CD) è ulteriore segnale di una scarsa dipendenza dal sistema immunitario adattativo guidato dal sistema maggiore di istocompatibilità (MHC). È anche interessante notare che circa la metà dei pazienti con GS è positiva agli anticorpi antigliadina (AGA) di vecchia generazione nonostante la costante negatività per TGA ed EMA.

Il quadro generale della GS inizia a delinearsi: si tratta di una intolleranza al glutine (o anche ad altre componenti del grano) che non soddisfa i criteri sierologici e istologici della celiachia, che non è legata ai consueti assetti HLA, che può manifestarsi con sintomi gastrointestinali (diarrea, dolore addominale, meteorismo e flatulenza) o extraintestinali (cefalea, facile affaticabilità, deficit dell'attenzione/iperattività, atassia, aftosi orale) e nella quale l'eliminazione del glutine dalla dieta determina un rapido (poche settimane) miglioramento dei sintomi che ricompaiono altrettanto prontamente alla sua reintroduzione. La linea di demarcazione con la CD non sempre appare netta e, comunque, l'attenzione è puntata soprattutto sui soggetti adulti affetti da SII, emicrania o altri disturbi neurologici (*figura 2*). Il fatto che si parli ancora

FIGURA 2: POSSIBILI RAPPORTI TRA DISTURBI GASTROINTESTINALI E NEUROLOGICI, GLUTEN SENSIVITY E CELIACHIA



poco o nulla di GS nel bambino è quasi certamente dovuto a un difetto di percezione e a una maggiore difficoltà nell'abbattere quel rassicurante muro che delimita la CD per inoltrarci in una terra che ancora non conosciamo. Su queste basi e pur con tutti i quesiti ancora irrisolti, la GS ha iniziato a guadagnarsi una dignità nosologica e classificativa ufficiale (*figura 1*) e quindi gli onori della stampa di divulgazione scientifica (www.corriere.it/salute/nutrizione) [3-13].

Qualche commento

Chi ha a che fare con la celiachia da un po' di tempo, non può non avere avuto la sensazione che ci fosse qualcosa al di là dei rigidi criteri che ci si era dati per la diagnosi. Si trattava quasi sempre di persone adulte che avevano trovato soluzione ai propri disturbi eliminando il glutine dalla dieta e che non volevano saperne di reintrodurlo. Non erano celiaci, non erano allergici e allora cos'erano? Noi non lo sapevamo, ma loro sì: avevano la *gluten sensitivity*. Se è così, la questione può diventare impegnativa sotto molti aspetti. Vediamone qualcuno.

I numeri teorici meritano una riflessione: se ai 500.000 celiaci (prevalenza 1%) e ai 2.500.000 allergici al grano (5%) aggiungiamo i 3 milioni (6%) di potenziali affetti da GS, dobbiamo prendere atto che circa 6 milioni di persone in Italia hanno problemi con il glutine. Attorno ci sono le famiglie, diciamo almeno altri 10 milioni di persone, coinvolte indirettamente nel problema. Certamente le storie sono diverse – la CD dura tutta la vita, l'allergia al grano forse si riduce con l'età (ma non è così per tutti e certamente non per i fornai), la GS non sappiamo

ma sembra essere ben presente nell'età adulta – ma il possibile impatto in termini sanitari, sociali, culturali ed economici è di tutta evidenza.

La diagnosi di GS è ancora “di esclusione” e questo è un limite: la richiesta e l'autoprescrizione di diete *ex adiuvantibus* aumenteranno e l'effetto placebo/nocebo giocherà, a questo punto, la sua parte. Chi, afflitto dai disturbi della SII o da emicrania recidivante, rinuncerà a percorrere la strada della dieta aglutinata? Urge trovare elementi diagnostici “positivi” che aiutino a orientarsi. Nel nostro Paese la diffusa percezione di una “tossicità” del glutine può determinare importanti mutamenti nella cultura e nelle abitudini alimentari di milioni di persone.

La ristorazione pubblica e privata potrebbe doversi confrontare a breve con questo problema. Mangiare senza glutine può essere costoso se non si ha un'adeguata educazione alimentare e non si è un poco accorti. A occhio, c'è da prevedere qualche soldo in meno nelle tasche dei pazienti (o presunti tali) e qualche euro in più in quelle dell'industria e del commercio del “senza glutine”. Tutto questo non può sfuggirci, come non sfugge alla principale associazione dei celiaci italiani, l'AIC, che si è subito allertata sia a livello scientifico con i propri consulenti sia a livello di comunicazione di massa con alcuni interventi sulla stampa. Il richiamo dell'AIC è, per i

medici, al rigore e all'evidenza scientifica e, per i cittadini, alla prudenza: immotivate diete povere o prive di glutine potrebbero mascherare una sottostante CD rendendone più complessa la diagnosi. In fondo c'è anche una questione d'identità da preservare: chi ha una diagnosi certificata di CD usufruisce dell'esenzione dal ticket per gli accertamenti pertinenti e, soprattutto, di una quota mensile per l'acquisto di prodotti industriali senza glutine. Sono piccoli benefici che nel tempo sono stati ottenuti e difesi dalle associazioni dei pazienti sulla base, prima, della rarità e oggi della cronicità della malattia. Il confondersi con il potenzialmente enorme popolo dei “semplici” sensibilizzati al glutine potrebbe rimettere in discussione i diritti acquisiti per coerenza terapeutica (la dieta è la stessa) e per sostenibilità economica (impossibile contribuire alla dieta senza glutine di qualche milione di cittadini). Non c'è dubbio che sentiremo ancora parlare della GS e non c'è alcun motivo per pensare che quello che ora sembra interessare solo gli adulti non debba coinvolgere domani anche i bambini e i loro pediatri. È un po' come ripercorrere al contrario la storia della celiachia. ♦

Bibliografia

[1] Ostblom E, Lilja G, Prshagen G, et al. Phenotypes of food hypersensitivity and development of allergic diseases during the first 8 years of life. *Clin Exp Allergy* 2008;38:1325-32.

[2] Matricardi PM, Bockelbrink A, Beyer K, et al. Primary versus secondary immunoglobulin E sensitization to soy and wheat in the Multi-Centre Allergy Study cohort. *Clin Exp Allergy* 2008;38:493-500.

[3] Sapone A, Bai JC, Ciacci C, et al. Spectrum of gluten-related disorders: consensus on new nomenclature and classification. *BMC Medicine* 2012;10:13.

[4] Di Sabatino A, Corazza GR. Nonceliac gluten sensitivity: sense or sensibility? *Ann Intern Med* 2012;156:309-11.

[5] Biesiekierski JR, Newnham ED, Irving PM, et al. Gluten causes gastrointestinal symptoms in subjects without celiac disease: A double-blind randomized placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2011;106:508-14.

[6] Sapone A, Lammers MK, Casolaro V, et al. Divergence of gut permeability and mucosal immune gene expression in two gluten-associated conditions: celiac disease and gluten sensitivity. *BMC Medicine* 2011;9:23.

[7] Verdu EF, Armstrong D, Murray JA. Between celiac disease and irritable bowel syndrome: the “no man's land” of gluten sensitivity. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1587-94.

[8] Cooper BT, Holmes GK, Ferguson R, et al. Gluten-sensitive diarrhea without evidence of celiac disease. *Gastroenterology* 1981;81:192-4.

[9] Cady RK, Farmer K, Dexter JK, Hall J. The bowel and migraine: update on celiac disease and irritable bowel syndrome. *Curr Pain Headache Rep* (published online 25 March 2012). doi: 10.1007/s11916-012-0258-y.

[10] Verdu E. Can gluten contribute to irritable bowel syndrome? *Am J Gastroenterol* 2011; 106:516-8.

[11] Hadjivassiliou M, Sanders DS, Grünewald RA, et al. Gluten sensitivity: from gut to brain. *Lancet Neurol* 2010;9:318-30.

[12] Ford RPK. The gluten syndrome: a neurological disease. *Med Hypotheses* 2009;73:438-40.

[13] Ludvigsson JF, Leffler D, Bai JC, et al. The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. *Gut* 2012. doi: 10.1136/gutjnl-2011-301346.



ALFREDO PISACANE, UN PEDIATRA AMICO DI CUI NON DIMENTICARE LA LEZIONE UMANA E PROFESSIONALE

Il 10 settembre, in una calda giornata ancora estiva a Napoli, Alfredo Pisacane ci ha lasciato. Da tempo conviveva, con serenità, con la sua malattia. Era convinto di riuscire a sconfiggerla.

Tutti lo ricordiamo per la semplicità con cui si rapportava con gli altri e per il rigore scientifico che gli era naturale.

Se ne è andato un uomo giusto e un pediatra attento, che ci aiutava per la sua capacità di guardare oltre e di cogliere sempre rapidamente l'essenza delle cose.

Quello che più colpiva di Lui era l'alto livello di etica personale: era la sua principale caratteristica professionale. Indimenticabile la sua lettera agli specializzandi nella quale li ammoniva a fare attenzione al complesso della loro formazione e a chi vi era dietro e li avvertiva dei pericoli delle sponsorizzazioni dell'industria.

In un mondo di distratti ha dedicato, più di ogni altro, l'attenzione necessaria alla strategia della formazione in medicina, specie nel Servizio Sanitario Nazionale, alla individuazione dei biso-

gni, alla valutazione degli interventi coprendo un settore culturale disabitato. Impegno culturale e impegno personale: recentemente, resosi conto che in un convegno in cui era relatore, erano presenti sponsor che avevano violato il codice internazionale dell'OMS, in una lettera agli organizzatori, cortese ma ferma e precisa, comunicava la sua decisione di non partecipare a tale convegno. Ricordiamo il calore con cui parlava ai giovani, medici e infermieri, dell'allattamento al seno, mimando le tecniche, illustrandone le modalità.

Era una lezione efficace, rigorosa e appassionata. Chi ha avuto la fortuna di sentirla non può dimenticarla. Lo abbiamo avuto vicino in moltissimi convegni dell'ACP sia nazionali che regionali. Era al nostro fianco, non sempre in prima linea, ma noi sapevamo che c'era. Chi ha avuto l'opportunità, la fortuna di conoscerlo porta dentro di sé il suo ricordo, il timido sorriso che era anche nel suo sguardo e la gentilezza di altri tempi.

Ciao Alfredo e grazie per tutto ciò che negli anni hai seminato, cercheremo di coltivarlo.

Stefania Manetti, Paolo Siani

Impatto sulla salute infantile degli Inquinanti Organici Persistenti

Angela Biolchini, Giusi De Gaspari, Aurelio Nova, Letizia Rabbone
Gruppo ACP Pediatri per un Mondo Possibile

Parole chiave DDT. POPs. Inquinanti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha fatto il punto sugli effetti degli Inquinanti Organici Persistenti (POP) sulla salute infantile. Questi, prodotti in grandi quantità nel XX secolo, sono idrocarburi polialogenati contenenti cloro-bromo-fluoro; includono pesticidi, sostanze chimiche di uso industriale o presenti in prodotti di consumo, sottoprodotti di processi di lavorazione industriale e di incenerimento di rifiuti. Il capostipite più famoso è il diclorodifeniltricloroetano (DDT), usato in modo estensivo come insetticida per la protezione dei soldati della seconda guerra mondiale e come pesticida per decenni in agricoltura.

Per le loro caratteristiche chimico-fisiche (lunga emivita, bassa idrosolubilità, alta liposolubilità e semivolatilità) i POP sono trasportati tramite le acque e l'atmosfera, arrivando anche in zone molto lontane dal punto di produzione: in esse persistono a lungo nell'ambiente, nella terra e nelle acque, raggiungendo primariamente tramite la catena alimentare gli organismi viventi dove si accumulano nei tessuti grassi. Per l'uomo la maggior fonte di esposizione ai POP è l'ingestione di pesce, carne e latticini; frutta, verdura e cereali ne contengono piccole quantità. L'esposizione umana può avvenire anche prima del concepimento con effetti sugli spermatozoi e sugli ovociti, durante la gravidanza con la mobilitazione dei grassi materni, dopo la nascita con l'allattamento.

I bambini sono più esposti ai POP degli adulti: ingeriscono più cibo e liquidi per kg di peso corporeo, hanno una dieta meno varia, portano alla bocca mani e oggetti sporchi; inoltre per la maggiore frequenza respiratoria inalano di più e di più assorbono per via cutanea per maggior superficie rispetto al peso. Sono inoltre più suscettibili della persona adulta a causa del loro ridotto livello di enzimi detossificanti, dei limitati depositi di grasso (potenziale sequestratore dei

POP) e per il rapido sviluppo dei diversi organi e sistemi, che presentano periodi particolari di maggiore sensibilità durante la maturazione, le cosiddette "finestre critiche di esposizione".

Gli effetti dei POP sui bambini possono manifestarsi in utero, nell'infanzia e, dopo un variabile periodo di latenza, nell'adolescenza e nell'età adulta. Gli effetti per esposizioni acute ad alte dosi sono ben correlabili e ben documentabili sia nell'uomo sia nell'animale da esperimento; più difficilmente sono definibili quelli per esposizione cronica a bassi livelli, per la possibile molteplicità delle sostanze in causa, per la loro variabilità di azione, per il momento di esposizione e relativa comparsa dei sintomi.

Alte dosi determinano danni al sistema nervoso, al sistema immunitario, disordini riproduttivi, alterazioni cutanee. In particolare, in età neonatale, pigmentazione cutanea, anomalie fisiche e neurologiche, morte; nei bambini, danni al SNC e morte (per ingestione), oppure convulsioni (per applicazione topica). Basse dosi determinano aumentata incidenza di tumori a seno, fegato e vescica (molti POP sono considerati dalla IARC cancerogeni possibili per l'uomo, classe 2B), danni al sistema nervoso centrale e periferico, al sistema immunitario e riproduttivo. In particolare nei bambini possono determinare disturbi dello sviluppo neurologico, dell'apprendimento e del comportamento, danni al sistema endocrino (i POP sono considerati "endocrine-disruptors") con azione estrogenica e anti-estrogenica/androgena/tiroidea e anti-progestinica.

Dal 1951, anno in cui fu riscontrata per la prima volta la presenza di DDT nel latte materno, diversi passi avanti sono stati fatti per regolamentare la loro produzione e il loro utilizzo. Nel 1997 sono stati definiti i livelli massimi tollerabili di residui di pesticidi negli alimenti (MRLs). Nel 2001 la Convenzione di Stoccolma sui POP ha regolamentato la produzione, l'uso e l'emissione dei 12 più diffusi, a cui sono state aggiunte nel maggio 2009 altre 9 sostanze: 13 pesticidi (aldrin, clordano, DDT, dieldrin, eldrin, eptaclor, esaclorobenzene, mirex e toxafene, alfa e beta-esaclorocicloesa-

no, clordecon e lindano), alcuni prodotti di uso industriale, tra cui i policlorobifenili (PCB) e il 5- e l'8-bromodifenilettere (PBDE), e due sottoprodotti di processi industriali (le diossine e i furani). Nonostante questi interventi, tuttavia, molti di questi composti vengono ancora prodotti e utilizzati, e quindi il problema è lungi dall'essere risolto.

Dato che la principale via di contaminazione dell'organismo è quella alimentare, i medici hanno un ruolo fondamentale nel ridurre l'esposizione mediante l'educazione a una corretta alimentazione basata su questi concetti:

1. limitare il consumo di carni grasse, formaggi grassi e burro;
2. preferire pesce magro, di mare aperto, di piccola taglia; eliminare il grasso visibile, la pelle e arrostire;
3. incoraggiare il consumo di cereali, di frutta e verdura ben lavate; rimuovere le foglie più esterne e le radici delle verdure;
4. promuovere l'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi di vita; la presenza nel latte materno di tracce di diossine, PCB e PBDE, a fronte dei vantaggi nutrizionali e psicologico-relazionali, non ne controindica l'assunzione;
5. raccomandare per i primi due anni di vita il consumo di latte intero, importante sorgente di acidi grassi essenziali, nutrienti e vitamine liposolubili. ♦

Bibliografia

Persistent Organic Pollutants: Impact on Child Health – WHO, 2010.
www.who.int/ceh/publications/persistent_organic_pollutant/en/index.html

Per corrispondenza:

Angela Biolchini

e-mail: angela.biolchini@crs.lombardia.it

Il sistema di Educazione Continua in Medicina: le novità dell'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012

Maria Paola Bacchielli

Coordinatrice Commissione Tecnica ECM - Regione Marche, Comitato Tecnico delle Regioni in seno alla Commissione Nazionale Formazione Continua (CNFC), Direttivo della Società Italiana di Pedagogia Medica

Abstract

Continuing Medical Education: news of the agreement between State and Regions April 19, 2012

On April 19, 2012 the 3° Agreement between State and Regions in Italy ends the experimental phase of Continuing Medical Education (CME) started in 2001. New rules have been established and some basic aspects have been defined and completed.

Quaderni acp 2012; 19(5): 224-226

Key words Continuing Medical Education. Provider. Accreditation

Quello sancito in Conferenza Stato-Regioni il 19 aprile 2012 è il 3° Accordo Stato-Regioni che, a partire da quello del 2007, chiude la fase di sperimentazione dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) iniziata nel 2001, ne definisce nuove regole, ne perfeziona e porta a compimento alcuni aspetti fondamentali.

Parole chiave Educazione Continua in Medicina. Provider. Accreditamento

Quali le novità e gli aspetti peculiari dell'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012?

Innanzitutto la conferma di un principio di carattere generale e cioè che, per la realizzazione di un sistema compiuto e universale di Educazione Continua in Medicina (ECM), è necessario preservare e sostenere "un sistema integrato e solidale tra il livello regionale e il livello nazionale, basato su regole comuni e condivise che ne assicurano l'omogeneità su tutto il territorio nazionale e una chiara ripartizione di compiti tra i rispettivi ambiti di azione. Le componenti di questo sistema sono state individuate nelle rappresentanze ordinistiche professionali e, nel quadro del federalismo sanitario conseguente alle modifiche costituzionali del 2001, nei soggetti istituzionali in campo: Ministero della Salute, Regioni e Province autonome, quali componenti fondamentali per la funzione di governo della Formazione continua" (Accordo 2012, p. 1).

Questo a sottolineare che componente professionale per un verso, gestione e governo dall'altro costituiscono architravi del sistema ECM, ciascuno con propri ruoli e responsabilità per concorrere complessivamente alla realizzazione di un insieme articolato e policentrico. L'ECM è diritto/dovere di ciascun professionista, ma anche compito di Ordini e Collegi nella funzione precipua di

garanzia della trasparenza e della qualità della competenza professionale (certificatori dell'aggiornamento effettuato da ogni professionista) e, non ultimo, nella responsabilità di governo e gestione per la componente nazionale, regionale e aziendale.

Linee Guida per i Manuali di accreditamento dei provider ECM

La novità più importante di questo Accordo è la definizione delle regole per l'Accreditamento dei provider ECM, con la pubblicazione delle *Linee Guida per i Manuali di accreditamento* per tutti gli Enti (CNFC e Regioni) che accrediteranno non più singoli eventi formativi ma esclusivamente provider ECM: soggetti attivi e qualificati nel campo della formazione continua in Sanità, abilitati da un solo Ente accreditante (CNFC o Regioni) a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, e ad attribuire direttamente i crediti formativi ai partecipanti.

Le Linee Guida pubblicate nell'Allegato 1 dell'Accordo contengono principi, norme di funzionamento, requisiti minimi e standard per l'accreditamento sia nazionale che regionale dei singoli provider, cui i diversi Enti accreditanti dovranno attenersi, e considerati indispensabili per lo svolgimento di attività

formative per la formazione continua in medicina. Un paragrafo specifico e un ulteriore allegato chiariscono i termini per "pubblicità, sponsorizzazioni e conflitti di interesse", nonché per "ammonizioni, sanzioni e revoche" in caso di violazioni delle regole da parte dei provider. In particolare si sottolinea, così come negli Accordi precedenti, che il provider deve garantire che la formazione ECM sia esente da influenze da parte di chi ha interessi commerciali nel settore della Sanità. Pertanto la pubblicità e le attività promozionali di qualsiasi genere non devono interferire nell'attività formativa, è vietata qualsiasi pubblicità di prodotti di interesse sanitario, nonché l'indicazione di qualsiasi nome generico di farmaci, strumenti, presidi.

Riguardo alla "sponsorizzazione" si chiarisce che essa può essere utilizzata dai provider solo seguendo alcune regole di trasparenza, quali:

- contratti formali tra provider e sponsor;
- pagamenti di docenti, tutor, effettuati dal provider e non dallo sponsor;
- trasparenza delle fonti di finanziamento;
- reclutamento dei partecipanti senza interferenze da parte dello sponsor, il quale può anche supportare il pagamento delle quote di iscrizione, viaggi, permanenza ai singoli professionisti, ma con l'obbligo, da parte del singolo professionista, di trasmettere una notifica al provider del concorso alle proprie spese da parte dello sponsor;
- la limitazione - per i provider - a un massimo di 50 crediti formativi nel triennio 2011-2013 per le attività formative sponsorizzate.

L'impegno sottoscritto da Stato e Regioni con questo Accordo prevede che i Manuali che verranno adottati sulla base delle Linee Guida sopra richiamate dovranno essere coerenti con i principi e i criteri relativi a:

Per corrispondenza:
Maria Paola Bacchielli
e-mail: paolabacchielli@tin.it

educazione in medicina

1. attribuzione dei crediti formativi agli eventi di formazione (Accordo Stato-Regioni 2007);
2. qualità della formazione continua erogata (Accordi Stato-Regioni 2007 e 2009);
3. garanzia d'indipendenza del contenuto formativo (Accordo Stato-Regioni 2009).

Analogo impegno è stato sottoscritto rispetto alla predisposizione di un *Albo Nazionale dei provider ECM* (che include sia i provider accreditati a livello nazionale che quelli accreditati a livello regionale), consultabile pubblicamente con il rilievo delle eventuali sanzioni ricevute.

I criteri per l'attribuzione dei crediti formativi alle diverse tipologie di attività formativa da parte dei provider accreditati sia a livello nazionale sia a livello regionale non sono stati definiti con questo Accordo, anche se ciascun Ente (CNFC e le singole Regioni che hanno avviato l'accreditamento regionale) utilizza criteri ancora non allineati tra loro: l'impegno è che la CNFC, in collaborazione con il Comitato Tecnico delle Regioni, adotti entro un anno un'apposita determinazione su questo aspetto.

Metodologie formative e accreditamento dei provider FAD

L'Accordo del 2007 elencava le diverse metodologie con le quali acquisire crediti formativi: non più solo attività residenziali (Congressi, Convegni e attività d'aula), ma anche stage, gruppi di miglioramento (cioè formazione sul campo), oltre ad attività di ricerca, autoapprendimento e FAD. Fu un notevole passo in avanti per la "macchina" nazionale, ferma fino a quel momento al riconoscimento della sola attività "residenziale". Successivamente l'Accordo del 2009 affrontò, in modo specifico, il tema dell'accreditamento del provider FAD, stabilendo una serie di requisiti più stringenti per i provider che vogliono accreditarsi per questa tipologia formativa, tra cui, per esempio, la data di scadenza dei programmi FAD (che non può essere superiore a un anno).

Quest'ultimo Accordo, che non aggiunge nulla a quanto stabilito con il precedente, evidenzia, nei requisiti, tutto ciò che è obbligatorio possedere per utilizzare le

diverse metodologie formative: sedi, attrezzature, servizi editoriali e siti web devono essere coerenti e congrui con i servizi che s'intendono erogare.

Verifiche, controlli e monitoraggio della qualità delle attività formative

Verifiche, controlli e monitoraggio della qualità sono demandati a organismi istituiti dai diversi Enti accreditanti (CNFC e Regioni): il *Comitato di garanzia*, già istituito a livello nazionale con il precedente Accordo del 2009, con il compito specifico di controllare l'indipendenza del contenuto formativo rispetto agli interessi commerciali che possono intervenire all'interno del sistema di formazione continua, e con una funzione che deve essere garantita anche a livello delle singole Regioni; l'*Osservatorio per la qualità della Formazione Continua in Sanità* (ONFOCS), organismo anch'esso già previsto dall'Accordo del 2007, e da istituire anche a livello di ogni singola Regione, con il compito di valutare la qualità della formazione del Servizio Sanitario Regionale attraverso periodici interventi di 'osservatori'. Sono dunque due i sistemi di verifica e controllo: uno di carattere più amministrativo-gestionale, l'altro per la valutazione della qualità dell'attività formativa.

Aree di riferimento per l'individuazione di obiettivi formativi nazionali e regionali

La modalità con cui i sistemi sanitari analizzano i nuovi bisogni posti dall'evoluzione del quadro generale e, in rapporto a questo, ridefiniscono il sistema dell'offerta dei servizi sanitari, è un'azione di programmazione istituzionale, sistemica e condivisa, con la quale vengono definiti i Piani Sanitari Nazionali (PSN), quelli Regionali (PSR) e quelli delle Articolazioni periferiche (PSA).

In questo scenario, quindi, la formazione ECM e l'individuazione degli obiettivi formativi devono essere pensate come uno strumento che sia ancorato alle azioni di programmazione sanitaria, in un "sistema" in cui tutti gli obiettivi formativi, da quelli nazionali a quelli regionali e aziendali, sono finalizzati a garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza ai servizi prestati, con una

matrice comune di riferimento. Sono state quindi riproposte, così come già individuate nell'Accordo del 2009, "aree di riferimento" che, in coerenza con i Piani Sanitari Nazionali e Regionali vigenti, dovranno essere utilizzate da tutti i provider per l'individuazione degli "obiettivi formativi". Questi devono essere evidenziati nei Piani di Formazione dei singoli provider, pubblici e privati, e nei dossier formativi individuali e di gruppo.

Il dossier formativo individuale e di gruppo

Tra gli aspetti più innovativi, già indicati nel primo Accordo del 2007 "Riordino del sistema di formazione continua", viene riproposta l'istituzione del "Dossier formativo" individuale e di gruppo, "*strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore (individuale) o del gruppo di cui fa parte (équipe o network professionale)*" (Accordo 2007, p. 5).

Su questo aspetto, tuttavia, l'accento ad aree di competenze, richieste al professionista sanitario, e alimentate dalle diverse attività formative, appare piuttosto confuso, poiché si fa riferimento a tre aree di competenza (non sufficientemente illustrate e motivate) e a una possibile aggregazione di obiettivi formativi in rapporto a tali aree. Per questi, però, viene indicata, in modo alquanto arbitrario, l'inclusione in un'area di competenza piuttosto che in un'altra. Per esempio: l'obiettivo formativo (come tale indicato!) "Epidemiologia – Prevenzione e promozione della salute" (che non è un "obiettivo", ma un'area tematica o un'area di riferimento, all'interno della quale si possono identificare diversi tipi di obiettivi formativi) viene aggregato alla "competenza tecnico-specialistica" come se tutte le attività formative che si realizzano in questo ambito andassero ad alimentare una competenza di questa natura. In realtà nell'area tematica "Epidemiologia – Prevenzione e promozione della salute" possono essere realizzati diversi tipi di obiettivi, sia di tipo tecnico-specialistico (il *know-how* specifico delle professioni che si occupano di epidemiologia, statistica sanitaria ecc.), sia di tipo relazionale comunicativo (come impostare un rapporto con il paziente e la sua famiglia in tema di educazione e prevenzione alla salute), sia di tipo gestio-

nale-organizzativo (come impostare un programma di prevenzione o come includere le informazioni di carattere epidemiologico in attività di gestione sanitaria). Insomma, a fronte di uno spunto innovativo che, peraltro, è stato declinato in sperimentazioni molto interessanti in alcune Regioni prendendo avvio dall'Accordo del 2007, si tratta di un testo ancora confuso che non aiuterà professionisti e provider a orientarsi e che meriterebbe una chiarificazione.

Crediti formativi

Riconfermato l'obbligo, per tutte le professioni sanitarie, dei 150 crediti formativi da conseguire nel triennio 2011-2013, con la possibilità, per coloro che li hanno conseguiti nel triennio precedente, di riportare 45 crediti dal triennio precedente: per un professionista virtuoso che ha curato la propria formazione nel corso del tempo, 105 crediti da conseguire nel triennio in corso.

Non sono indicate sanzioni per chi non adempie all'obbligo (saranno Ordini e Collegi a certificare o meno il dossier formativo di ciascun professionista), né sono state indicate percentuali e/o limitazioni rispetto al numero massimo di crediti acquisibili attraverso una tipologia formativa piuttosto che un'altra. Chi scrive si è battuto, nello specifico, per il superamento di qualsiasi indicazione su percentuali di crediti correlati a qualsivoglia tipologia (obiettivi nazionali, regionali, FAD, formazione sul campo, attività formative di tipo tecnico-specialistico, piuttosto che gestionale o relazionale) di difficile comprensione per il singolo professionista, di impossibile realizzazione da parte dei provider, di altrettanto impossibile certificazione da parte degli Ordini e dei Collegi.

Ordini, Collegi e Associazioni professionali

Viene riconfermato il ruolo di Ordini, Collegi e Associazioni nella funzione di "certificazione" della formazione continua, così come quello di "auditor" negli Osservatori nazionali e regionali.

Tuttavia, soprattutto a supporto dei liberi professionisti e di quelle categorie e discipline che hanno una ridotta offerta formativa, Ordini, Collegi e Associazioni potranno rivestire il ruolo di "provider" accreditandosi presso l'Ente prescelto (CNFC o Regione di appartenenza).

Infine, il Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie (CO.GE.APS), facente capo alle Federazioni degli Ordini e Associazioni professionali accreditate, detiene e gestisce l'anagrafica nazionale dei crediti formativi. Deve, dunque, ricevere da tutti i provider, tempestivamente e per via informatica e su traccia unica, i crediti formativi.

Un Accordo che riconferma quanto già previsto da quelli precedenti e che, attraverso la pubblicazione delle "Linee Guida per i Manuali di accreditamento dei provider", entra nel dettaglio del sistema e delle regole per l'accREDITAMENTO, fornisce ulteriormente alcune indicazioni operative per la programmazione, gestione e monitoraggio dell'attività formativa, anche se con alcune ombre che andrebbero chiarite. Un mondo, quello dell'ECM, che, con indubbi meriti per avere messo in luce e portato a sistema la formazione continua in medicina, deve, tuttavia, costantemente sorvegliare ed essere sorvegliato affinché regole, prescrizioni e approcci giuridico-amministrativi non diventino la sostanza. Il tema del senso e della qualità della formazione continua deve restare sempre obiettivo vero di tutti gli attori del sistema. ♦

EPIGENETICA NELLE STAGIONI DELLA VITA

CONFRONTO FRA NEONATI E CENTENARI

Con l'età non cambiano le sequenze del DNA, ma mutano le alterazioni chimiche con cui la cellula controlla l'espressione del gene, cioè le modifiche epigenetiche.

Confrontando il genoma di un neonato e di un centenario, si sono messe di fronte, nei globuli bianchi, le metilazioni.

Nel neonato era metilato l'80% delle sequenze suscettibili, nel centenario solo il 73%. Un ventiseienne presentava un livello intermedio: il 78%.

La differenza fra neonato e centenario trasformata in numeri è di mezzo milione di siti distribuiti fra geni promotori e regioni intergeniche. Sembra verificarsi, quindi, un progressivo e generalizzato disordine. Nel centenario sono spesso interessati geni che aumentano il rischio di infezioni e di diabete e sono del pari interessati geni che proteggono dal cancro.

Sembra, insomma, che con l'età si accumulino "errori" che deteriorano il rigoroso controllo del metabolismo portando ai danni della senescenza. L'epigenetica sembra essere uno, solo uno, dei meccanismi dell'invecchiamento quello che deriva dall'ambiente.

Molto interessante appare la ricerca sui tentativi di modificare il disordine. L'attività fisica sembra, inoltre, spegnere alcuni geni che favoriscono l'obesità. L'avvenire potrebbe vedere farmaci epigenetici?

(Le Scienze 2012;8:32)

L'ascolto del minore, parte offesa di abuso sessuale

Augusta Tognoni
Magistrato

Abstract

Listening to the child, the injured party in abuse

Listening to a child victim of sexual abuse is a "source of evidence" in criminal jurisdiction. This is an important part that needs to be managed with particular attention and sensibility. The risk is to contaminate the child's story when his memory is authentic. A good management is very important in order to ensure constitutionally protected values as the child's right to preserve his physical and mental integrity, the protection from a victimization trial and to avoid the risk of making a criminal trial a reiteration of something already experienced with great pain.

Quaderni acp 2012; 19(5): 227-230

Key words Child. Hearing. Sexual abuse

Nella giurisdizione penale l'ascolto del minore, vittima di abuso, costituisce una "fonte di prova". È pertanto un momento importante che deve essere gestito con attenzione e sensibilità per non inquinare il racconto di un bambino, per non sprecare una prova preziosa quando il ricordo è autentico, per garantire valori, costituzionalmente tutelati, quali il diritto del minore all'integrità psico-fisica, alla tutela dall'"urto processuale" e dalla "vittimizzazione da processo", e per non trasformare il processo penale in una gratuita reiterazione di un vissuto afflittivo già sperimentato.

Parole chiave Minori. Audizione. Abuso sessuale

Il tema è complesso, perché s'intrecciano due diversi diritti tutelati dalla Carta costituzionale e dalle Convenzioni internazionali: il diritto alla difesa sancito dall'art. 111 della Costituzione, che ha trovato attuazione nella Legge n. 397 del 7 dicembre 2000, e il diritto del minore a essere tutelato nel suo processo di crescita, riconosciuto dall'art. 31 della Costituzione ("La Repubblica protegge l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo").

Il diritto di difesa si estrinseca in quello dell'indagato-imputato di contrastare la tesi dell'accusa, di ricercare e sottoporre all'esame del giudice fonti di prova utili a prospettare una ricostruzione del fatto diversa da quella della parte offesa; il diritto del minore è sottolineato dalle Convenzioni internazionali, che hanno efficacia vincolante nel diritto interno (Convenzione di New York del 20 novembre 1989 ratificata con Legge n. 176 del 7 maggio 1991 e Convenzione di Strasburgo del 25 gennaio 1996, ratificata con Legge n. 77/2003). Esse sono esplicite nell'affermare il diritto dell'infanzia a un aiuto e a un'assistenza particolari, con la puntualizzazione che "l'in-

teresse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente, in tutte le decisioni relative ai fanciulli, da qualunque istituzione provengano". *Best interest* riaffermato nella Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea e recepito nel Trattato di Lisbona, che ribadisce il diritto del minore alla protezione e alle cure necessarie per il suo benessere.

Il minore non è oggetto della potestà dei genitori né del potere-dovere officioso del giudice, bensì soggetto di diritto, titolare di un ruolo sostanziale e processuale autonomo; egli deve partecipare al giudizio esprimendo liberamente e direttamente al giudice la sua opinione secondo la capacità di discernimento. Il diritto di difesa e il diritto del minore non sono alternativi. È principio acquisito, sulla linea tracciata dal nostro legislatore, che il diritto di difesa debba modularsi in modo che il diritto del minore possa trovare preminente tutela a essere rispettato nel suo diritto di crescita.

La posizione del minore è difficile nei procedimenti in cui è vittima di abuso intrafamiliare o a opera di estranei alla famiglia. Particolare attenzione e sensi-

bilità richiede l'ipotesi di abuso sessuale intrafamiliare legata al "segreto", relazione "esclusiva" che si crea tra soggetto abusante e abusato, e che induce l'abusato a non parlare della condotta di cui è vittima. Il "segreto" è una caratteristica che spesso investe anche la relazione tra l'abusato e l'altro genitore; è questa la ragione per cui la prima rivelazione di un abuso non avviene quasi mai nella famiglia nucleare incestuosa, ma piuttosto nell'ambito della scuola o della famiglia allargata; a volte destinatario della confidenza è il pediatra che ha un rapporto stretto con la famiglia e ne conosce le problematiche. In genere, più che di una rivelazione, si tratta di un piccolo accenno a comportamenti ambigui, accenno che viene accolto da orecchie attente ma che necessita di una successiva e delicata indagine per cogliere il significato e i confini dell'ambiguità. Gli operatori dei servizi, adeguatamente formati (tra questi il pediatra di famiglia), devono sviluppare la capacità di cogliere qualsiasi segno, anche indiretto, compatibile con l'ipotesi di abuso, devono raccogliere gli elementi che potranno supportare la segnalazione all'Autorità giudiziaria e approfondire gli aspetti psicologici del minore.

Il percorso che si può ipotizzare è quello alternativo di una immediata comunicazione agli organi di polizia e quindi al Pubblico Ministero, ovvero agli operatori sociali dei servizi pubblici, i quali riferiranno al Pubblico Ministero minorile per un intervento di tutela in favore di "quel" minore.

L'art. 609 decies del Codice Penale (c.p.) assicura il necessario collegamento tra organo inquirente e Tribunale per i minorenni.

Lo scenario investigativo si popola di più protagonisti che, nell'ambito delle rispettive competenze professionali e istituzionali, devono indagare sulla vicenda con strumenti e finalità non sempre omogenei. In questo quadro viene esaminata, in particolare, la posizione del minore, con

Per corrispondenza:
Augusta Tognoni
e-mail: augusta.tognoni@gmail.com

l'avvertenza essenziale che nella giurisdizione penale "l'ascolto del minore costituisce una fonte di prova" (principio pacifico in dottrina e giurisprudenza).

Le fasi del procedimento

Come arriva la notizia di reato

Dalla casistica giudiziaria si rileva che il minore, schiacciato da sentimenti di colpa (si sente corresponsabile per ciò che gli è successo, per non averlo evitato o saputo evitare), di vergogna (si sente sporco) e di paura (dell'abusante e anche di non essere creduto da coloro ai quali vorrebbe rivelare il "segreto" impostogli spesso con minacce dall'abusante), trova la forza e le condizioni per denunciare un abuso sessuale specie se intrafamiliare solo dopo mesi, anche anni.

Le modalità della confidenza dell'abuso sono le più varie: al compagno di scuola, a un parente, all'insegnante, al pediatra, all'operatore sociale, a medici di strutture pubbliche, a forze di polizia, a magistratura ordinaria o minorile. Si tratta sempre della ricerca da parte del minore, ancorché spesso disordinata e casuale, di rivolgersi a persone in grado di prestare aiuto.

Il minore rivela quando l'atto diventa più intrusivo, violento; quando limita la libertà personale e i rapporti con l'esterno ed egli sente l'esigenza di salvaguardare altri della rete parentale o amicale (spesso le sorelle più piccole). La motivazione della rivelazione possiede una carica emotiva dirompente. Il racconto del minore avviene però per gradi, in funzione della capacità di ascolto empatico dell'interlocutore e di risposta alle richieste anche di tutela che il bambino rivolge all'adulto. L'esperienza insegna che tutti gli operatori devono avere una formazione professionale specifica che comprenda la conoscenza dei più ricorrenti indicatori dell'abuso e che ne consenta una diagnosi precoce; è opportuna una segnalazione sollecita ed è necessario un intervento tempestivo finalizzato al duplice obiettivo dell'accertamento della verità e della tutela del minore, con un opportuno coordinamento tra tutti gli operatori (in sede penale e minorile) che si occupano del caso. È importante raccogliere riscontri obiettivi alla denuncia-racconto possibilmente provenienti da fonti diverse dal minore, tenendo presen-

te che quasi sempre i membri della famiglia che non hanno avuto una parte attiva nella denuncia non collaborano alla ricerca della verità; al contrario si attivano a manipolare le prove tentando d'indurre il/la denunciante alla ritrattazione. È bene sottolineare e ribadire che l'audizione del minore è un atto d'indagine e di prova centrale e pertanto le modalità di raccolta di tale prova sono essenziali per la valutazione del racconto in sede di dibattimento.

La genesi della prova dichiarativa: l'audizione in fase investigativa

L'assunzione delle dichiarazioni in fase d'indagine segna il primo contatto tra dichiarante e Autorità con due possibili percorsi: audizione unilaterale condotta dal Pubblico Ministero e dalla Polizia giudiziaria, oppure audizione in incidente probatorio.

Il Pubblico Ministero decide se procedere direttamente all'ascolto o se avvalersi di un ausiliario e di un consulente. È opinione condivisa in dottrina che il minore debba essere ascoltato da persone specializzate: "Chi ascolta deve avere competenze forensi che gli consentano d'indirizzare l'intervista sui temi rilevanti per la verifica dell'attendibilità e competenze tecniche per entrare in relazione con il minore". Il Pubblico Ministero deve scegliere il setting adeguato per l'audizione valutando l'età del minore; gli esperti precisano che in età prescolare il bambino patisce l'audizione in ambito giudiziario, mentre in età scolare-adolescenziale il minore cerca "i simboli dell'Autorità". Molti uffici giudiziari hanno adottato protocolli di collaborazione tra pubblici ministeri inquirenti, giudici minorili e operatori sociali per stabilire come e da parte di chi debbano essere compiuti gli accertamenti sul minore in situazioni di grave disagio personale (perizia) e le modalità di audizione. L'operazione è molto complessa perché occorre porre domande precise e invasive, sacrificando spontaneità e libertà e tenendo conto della capacità di attenzione di "quel" bambino. Il racconto di un abuso implica una serie di emozioni forti che il minore deve poter condividere con chi gli sta vicino perché possano essere approntati i necessari processi riparativi. La narrazione del bambino, proprio per i fatti e le circostanze che contiene, è

importante per il Pubblico Ministero che deve formulare un'accusa precisa a carico di un indagato, ma è particolarmente interessante per i bisogni che esprime, per la rabbia e/o la delusione che lascia emergere, elementi tutti che saranno valutati dal giudice minorile e dagli operatori sociali per formulare un progetto terapeutico, per favorire l'uscita di quel bambino da una situazione di sofferenza e indirizzare le sue energie vitali verso la riparazione e il cambiamento. L'esame deve essere il più possibile esaustivo in modo da limitare il numero delle occasioni in cui il minore dovrà essere sentito e in modo da consentire ai protagonisti processuali della complicata vicenda di avere a disposizione la fedele riproduzione di quell'esame "per gli usi consentiti dalla legge".

Qualora appaiano necessarie le visite mediche in relazione ai fatti per cui si procede, il medico deve riferire la diagnosi e il comportamento del minore durante la visita, corredata da documentazione fotografica o audiovisiva.

Incidente probatorio

L'art. 392 comma 1 bis del Codice di Procedura Penale (c.p.p.) prevede la possibilità di richiedere l'audizione del minore, vittima di maltrattamenti e di abuso, con la forma dell'incidente probatorio. La richiesta d'incidente probatorio viene formulata dal Pubblico Ministero quando ritiene che le esigenze investigative non richiedano più il mantenimento del segreto. In tale momento il Pubblico Ministero deve depositare tutti gli atti d'indagine compiuti, dei quali indagato e difensori delle parti possono ottenere copia (art. 398 comma 3 bis c.p.p.). L'esame del minore attraverso l'incidente probatorio con le modalità previste dall'art. 398 c.p.p. è il modo più soddisfacente per rispondere alle logiche processuali e per salvaguardare l'interesse del minore. L'art. 398 comma 5 bis c.p.p. recita testualmente: "Le dichiarazioni testimoniali debbono essere documentate integralmente con mezzi di produzione fonografica o audiovisiva. Quando si verifica una indisponibilità di strumenti di riproduzione o di personale tecnico si provvede con le forme della perizia ovvero della consulenza tecnica". Dello stesso tenore è la Direttiva 36/2011 dell'Unione Europea: "Gli Stati membri

adottino le misure necessarie affinché le audizioni del minore, vittima di reato o testimone dei fatti, possano essere videoregistrate e le videoregistrazioni possano essere utilizzate come prova nel processo penale” (art. 15 comma 4). Tali raccomandazioni si trovano anche nelle Linee Guida del Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa sulla giustizia a misura di minore (punto 6.5), che suggeriscono di raccogliere il maggior numero di elementi di conferma alle dichiarazioni del teste minore.

La videoregistrazione è molto utile, perché consente di cogliere e documentare stati emotivi, atteggiamenti, descrizioni non verbali, pianti, silenzi, tremiti e, per i più piccoli, disegni e ogni aspetto della loro gestualità spesso assai significativa; è altresì particolarmente preziosa per la valutazione del racconto del bambino per i giudici che non assumono direttamente la prova, rendendo pertanto superflua nella quasi totalità dei casi la presenza del minore nel dibattimento dinanzi al giudice di primo grado e in sede di appello.

L’efficacia dell’assunzione della prova dipende dalla capacità di gestire in modo flessibile gli strumenti normativi disponibili; è prassi diffusa in molti tribunali usare un vetro-specchio con un impianto citofonico: da un lato si trovano minore e intervistatore, dall’altro parti e consulenti. Le domande sono poste dal giudice o dall’esperto dopo avere valutato le legittime richieste formulate dalle parti per conoscere fatti e circostanze sulle quali poi ognuno svolgerà le proprie riflessioni, senza che il minore sia turbato dalla presenza di più persone in posizione dialettica tra loro o dalla presenza del genitore accusato di abuso. La psicologia forense, molto attenta al contenuto del racconto, consiglia che le domande siano poste in modo aperto per non suggerire la risposta, ma soprattutto perché l’originalità del racconto può fornire elementi preziosi di valutazione; raccomanda che le domande siano formulate in modo semplice e breve per evitare che il minore si perda dietro a un lungo discorso, con l’avvertenza di non usare parole che rimandino a una elaborazione teorica ignota al bambino. Occorre stimolare il ricordo di situazioni concrete, di condotte che devono essere descritte e contestualizzate in un tempo e in un luogo,

con un interesse a conoscere che sia empatico, ma neutrale. L’esigenza d’indagare su ulteriori particolari rispetto a quelli che il minore spontaneamente riferisce non deve indurre a richiedere cose già chieste perché nella mente di un bambino la ripetizione può risultare inquietante, facendo sorgere il sospetto che la risposta già data non sia stata bene accolta dall’adulto e che perciò occorra modificarla, con conseguente e inevitabile stress emotivo che può indurre nel minore un circolo confusivo. Se si verifica l’esigenza di richiedere cose già chieste, occorre spiegare al bambino il motivo della nuova richiesta.

In alcune audizioni il minore è muto. Il silenzio – si può convenire con gli psicologi – non è riconducibile a una consapevole e volontaria scelta di sottrarsi all’audizione, con il corollario che non è trattabile giudiziariamente con le norme che disciplinano il silenzio del teste consapevole. È onere del giudice valutare con la massima cautela i motivi della “chiusura” e verificare con sensibilità se sia possibile creare le condizioni per un’audizione “effettiva” che salvaguardi il diritto dell’accusato di entrare in contatto con la fonte da cui promanano le accuse.

Per la valutazione dell’attendibilità gli esperti avvertono che le dichiarazioni *robot-like* (cioè sempre uguali) possono essere sintomatiche di falsità, mentre le dichiarazioni progressive (che mutano negli elementi di contorno, tenendo fermo il nucleo centrale) sono espressione del fisiologico percorso-recupero dei dati anamnestici (specialmente nei testi traumatizzati).

In sintesi: l’audizione in sede processuale è un momento importante, molto delicato; può essere gravemente traumatica o al contrario può avere efficacia catartica, a seconda delle cautele adottate nella sua conduzione e nella scelta del momento e delle persone che si trovano dinanzi al minore secondo i consigli degli specialisti rispetto allo stato psicologico del bambino che deve essere “preparato” ad affrontare la prova.

Esame dibattimentale

Per l’esame-audizione dibattimentale si applicano le modalità previste per l’incidente probatorio *ex art.* 398 comma 5 bis c.p.p. Unanime in dottrina e in giurisprudenza è il consenso sull’obiettivo di evi-

tare ripetizioni di esami già effettuati; secondo le Linee Guida del Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa emanate il 17 novembre 2010 (punto 67) “il numero degli interrogatori deve essere quanto più possibile limitato e la loro lunghezza deve essere adeguata all’età e alla capacità di attenzione del minore”. L’esame dibattimentale si deve ritenere indispensabile quando l’esame svolto in fase incidentale risulti inquinato o debba essere esteso a circostanze non esplorate. Analoghe cautele devono essere utilizzate al fine di evitare inutili ripetizioni di analisi tecniche finalizzate alla psicodiagnosi del minore.

Psicodiagnosi forense

La valutazione psicologica non può avere a oggetto la ricostruzione dei fatti o la veridicità del racconto del minore, operazioni che spettano esclusivamente all’autorità giudiziaria. L’esperto deve esprimere giudizi di natura psicologica con riguardo anche alla peculiarità della fase evolutiva del soggetto (secondo le Linee Guida deontologiche per lo psicologo forense – la Carta di Noto – elaborate da magistrati, avvocati, psicologi, psichiatri, criminologi e medici legali). Con proposizione inequivoca la Corte di Cassazione afferma che “non può essere consegnata una delega in bianco allo psicologo sulla valutazione dell’attendibilità giudiziale” (Cass. n. 24264 del 27 maggio 2010). È importante valutare se il ricorso all’accertamento tecnico sia necessario. Un minore in età scolare o adolescenziale che non presenti particolari problemi di personalità o specifiche patologie può essere ascoltato presumendone l’idoneità a testimoniare (Cass. n. 44971 del 6 novembre 2007).

Diversamente, per il minore in età prescolare, l’apporto del tecnico è fondamentale perché la comunicazione passa attraverso l’espressione delle emozioni piuttosto che delle parole, e si esprime attraverso il gioco e le manifestazioni extraverbali a esso collegate.

Conclusione

L’ascolto del minore è il luogo istituzionale nel quale deve realizzarsi, in maniera significativa, la dignità del minore attraverso il riconoscimento della sua capacità di discernimento, l’attenzione ai suoi bisogni, la soddisfazione delle sue

Dal PCV7 al PCV13: molte speranze, alcune cautele

Rosario Cavallo

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (LC), Gruppo ACP Prevenzione malattie infettive

Parole chiave Vaccino antipneumococcico. Sorveglianza. Valutazione

Dal 2010 il vaccino coniugato antipneumococcico PCV7 è stato sostituito in Italia con il PCV13. Noi abbiamo sempre apertamente manifestato molte perplessità sul PCV7 e sul modo in cui è stato inserito nel calendario vaccinale (non per una precisa scelta operata centralmente dal Ministero ma attraverso una progressiva adesione esercitata tra il 2003 e il 2010 autonomamente dalle diverse Regioni). Ora che il PCV7 è stato "dismesso dal servizio" ci sembra che, come dice lo stesso Piano Nazionale Vaccini 2012-14, "sarebbe opportuno fare una valutazione complessiva di questa esperienza: verificando i punti di forza e di debolezza, l'efficienza e l'efficacia, l'impatto sull'incidenza delle malattie prevenibili da vaccino e la capacità del programma di adattarsi a eventuali nuove richieste, che provengono dai bisogni della popolazione, di accedere a nuovi vaccini. L'indicatore più importante è senz'altro quello di salute in termini di casi di malattia prevenuta. In tal senso ogni programma di vaccinazione deve essere strettamente connesso con le attività di sorveglianza epidemiologica e l'effetto del programma deve essere misurabile in termini di incidenza delle malattie prevenibili".

I dati italiani della sorveglianza delle malattie batteriche invasive curati dall'Istituto Superiore di Sanità sono aggiornati (!) al 24 febbraio 2012 e per il 2011 sono dichiaratamente provvisori e non definitivi; essendo invece definitivi i dati fino al 2010, la valutazione complessiva degli effetti in Italia del PCV7 può essere tentata [1].

In attesa di ricevere in proposito le valutazioni ministeriali, ci sembra si possa dire che il bilancio, sia a livello nazionale che a livello di alcune Regioni fornite di un sistema di sorveglianza di buon livello, testimoni pochi benefici: le meningiti (che sono le uniche malattie

invasive confrontabili con l'era prevaccinale dato che la segnalazione delle altre forme invasive è progressivamente cominciata solo a partire dal 2007) a livello nazionale non sono diminuite [1]. Emilia-Romagna e Veneto (Regioni che hanno da diversi anni una copertura vaccinale con PCV7 superiore al 95%) non evidenziano andamenti migliori rispetto a Piemonte e Lombardia che sono state le ultime Regioni ad adeguare il calendario; si evidenzia solo uno spostamento di età, con una riduzione nei primi anni di vita compensata da un aumento nelle età successive [2-5].

Contemporaneamente si è verificato un forte rimpiazzo dei ceppi patogeni che ha determinato una perdita quasi completa di attività del PCV7.

Non si vede, infine, un significativo miglioramento su scala nazionale di quella sorveglianza sulla eziologia delle forme invasive, che anche la Circolare ministeriale con le disposizioni sulla somministrazione del PCV13 non ha perso occasione di rimarcare come elemento essenziale per la gestione della prevenzione di queste malattie [6]. Ora che il vaccino col nuovo PNV 2012-2014 è entrato nel sistema dei LEA e che il Ministero si è finalmente riappropriato del ruolo, che gli compete, di gestore unitario del calendario vaccinale, vengono a cadere alcune delle perplessità che, da sempre, abbiamo nutrito nei confronti di questa vaccinazione. Bisogna però restare in guardia e sorvegliare attentamente la situazione dato che, come ormai è evidente a tutti, la vaccinazione è una delle cause (e probabilmente la principale) di quel forte fenomeno di rimpiazzo che erode l'effetto del vaccino e rischia addirittura di renderne del tutto vani gli effetti.

Il nostro livello di sorveglianza non ci sembra ottimale, visto che i dati attualmente disponibili sono ancora provvisori per il 2011; nel Regno Unito invece la Health Protection Agency (HPA) gestisce un interessantissimo sito che, tra le altre cose, riporta i dati di sorveglianza britannici in tempo quasi reale (l'aggiornamento del 12 luglio 2012 riferisce dati relativi alla 21ª settimana del 2012).

Anche lì le cose non sembrano siano andate molto bene con il PCV7: un

report della HPA ci informa che dai circa 6300 casi di malattie invasive da pneumococco registrati nel 2005-2006 si è passati, dopo la introduzione del PCV7 (4ª settimana del 2006), a circa 6000 casi del 2007-2008, confermando il trend italiano (riduzione limitata ai primi anni e nessun effetto di *herd immunity* sul resto della popolazione; contemporaneo massiccio rimpiazzo di ceppi patogeni) [7]. Per i dati attuali non disponiamo di un report complessivo, ma l'analisi delle tabelle riportate nel sito permette di calcolare per la stagione 2011-2012 una importante riduzione dei casi (circa 4000); il PCV13 ha sostituito nel Regno Unito il PCV7 nell'aprile 2010. Legittimo, quindi, nutrire grandi speranze; merita però estrema attenzione e desta qualche apprensione la contemporanea impennata dei casi dovuti a ceppi extra PCV13.

Abbiamo sempre contrastato ogni forma di frammentazione dell'offerta vaccinale e siamo sempre stati convinti sostenitori del ruolo centrale che il Ministero deve svolgere per una gestione unitaria delle politiche vaccinali. Per questo ci siamo sempre adeguati alle indicazioni del Ministero e ci adeguiamo, quindi, con convinzione al programma di vaccinazione con PCV13; ma non dimentichiamo, come specificato nel PNV 2012-2014, che la sorveglianza epidemiologica non è un vezzo bensì uno strumento essenziale per la corretta gestione di qualunque programma. E in molte aree del nostro Paese tale servizio è ampiamente migliorabile. ♦

Bibliografia

- [1] <http://www.simi.iss.it/dati.htm>.
- [2] <http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/malattie-batteriche-er-dicembre2011>.
- [3] <http://www.epicentro.iss.it/regioni/veneto/pdf/RappMI2010.pdf>.
- [4] <http://www.aslal.it/Sezione.jsp?idSezione=2214>.
- [5] <http://www.sanita.regione.lombardia.it>.
- [6] Ministero della Salute DGPREV 0024720-P-27/5/2010.
- [7] <http://www.hpa.nhs.uk>.

Per corrispondenza:

Rosario Cavallo

e-mail: rcavallo58@gmail.com

Negli Stati Uniti e in Francia diminuiscono le prescrizioni di antibiotici ai bambini, e in Italia?

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani

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

Parole chiave Antibiotici. Glaxo Smith-Kline. EMA

Negli Stati Uniti e in Francia diminuiscono le prescrizioni di antibiotici ai bambini, e in Italia?

Nel periodo 2002-2010 il numero di prescrizioni pediatriche di farmaci negli Stati Uniti è diminuito del 9%, con un decremento medio annuale di 43.900 prescrizioni/milione di abitanti. Al contrario, il numero di prescrizioni dispensate alla popolazione adulta nello stesso periodo è aumentato dell'11%.

In particolare sono diminuite le prescrizioni di antiallergici (-61%), di medicinali per la tosse e il raffreddore (-42%), di antidolorifici e di antibiotici (-14% ciascuno).

Viceversa, nel periodo considerato sono aumentate le prescrizioni dei farmaci per il trattamento dell'ADHD (+46%), dei corticosteroidi orali (+22%) e dei farmaci per l'asma (+14%).

Nel 2010, l'amoxicillina è stato il farmaco maggiormente prescritto alla popolazione < 12 anni (17% delle prescrizioni dispensate a minori di 2 anni e 11% nella fascia 2-11 anni), seguita dall'azitromicina (6% del totale in entrambi i gruppi di età). Negli adolescenti, invece, il farmaco con il maggior numero di prescrizioni è risultato il metilfenidato (5% delle prescrizioni totali), indice di attitudini prescrittive e bisogni terapeutici differenti rispetto alla realtà italiana.

In un arco temporale simile, il numero di prescrizioni di antibiotici in età pediatrica in Francia è dimezzato, passando da 21 milioni nel 2001 a 10,4 milioni nel 2010 (-50%).

Le prescrizioni sono diminuite in tutte le fasce di età, con la maggior riduzione di percentuale nei bambini di età inferiore a 2 anni (-57%). La maggiore diminuzione ha riguardato l'uso in caso di rinofaringite (-84%), infezioni non specificate delle vie aeree superiori (-77%) e sinusite (-60%).

La flessione ha interessato tutte le classi di antibiotici con l'esclusione dei fluorochinoloni, la cui prescrizione nei bambini e adolescenti di età compresa tra 7 e 18 anni è aumentata.

Nel frattempo in Italia, stando ai dati di prescrizione disponibili (per esempio Osservatorio ARNO), sembra che nulla sia cambiato nel profilo prescrittivo dei farmaci in età pediatrica degli ultimi 10 anni.

Chai G, Governale L, et al. Trends of Outpatient Prescription Drug Utilization in US Children, 2002-2010. *Pediatrics* 2012;130:23-31.

Dommergues MA, Hentgen V. Decreased paediatric antibiotic consumption in France between 2000 and 2010. *Scand J Infect Dis* 2012;44:495-501.

Negli Stati Uniti multa da 3 miliardi di dollari alla Glaxo SmithKline (anche per promozione scorretta della paroxetina in età pediatrica)

Si tratta della multa più onerosa mai pagata da una industria farmaceutica per frode sanitaria negli Stati Uniti: 3 miliardi di dollari. La multa è il risultato di un patteggiamento che ha visto l'ammissione di Glaxo SmithKline (GSK) dei reati di frode sulla vendita di tre farmaci, e della mancata comunicazione alla *Food and Drug Administration* (FDA) d'informazioni corrette sulla sicurezza dell'antidiabetico rosiglitazone (*Avandia*).

In particolare la Glaxo ha ammesso di aver tenuto un comportamento scorretto nella promozione dei due antidepressivi *Paxil* (paroxetina) e *Wellbutrin* (bupropione) e dell'antiasmatico *Advair* (salmeterolo e fluticasone), proponendo viaggi e sostanziosi compensi ai medici che accettassero di effettuare delle prescrizioni extra o di promuovere il farmaco durante i congressi medici. Per il *Paxil*, non approvato per uso pediatrico, l'Azienda ha incoraggiato la sua prescrizione nei bambini, promuovendo la paroxetina come efficace e sicura, nonostante queste affermazioni non fossero supportate dai risultati degli studi clinici. Il *Wellbutrin*, approvato per la cessazione del vizio del fumo, era pubblicizzato anche come farmaco contro l'obesità, l'ADHD, le disfunzioni sessuali e la bulimia. Per l'antiasmatico *Advair* invece ci sono state pressioni sui medici

affinché lo prescrivessero come trattamento elettivo per tutti i casi di asma, e non solo per i casi giudicati severi, per cui il farmaco era approvato. Riguardo all'*Avandia*, antidiabetico ritirato dal commercio nel 2010, la GSK, al momento dell'approvazione all'immissione in commercio, avrebbe nascosto alle agenzie regolatorie i dati di sicurezza che evidenziavano un aumentato rischio di eventi cardiovascolari (soprattutto ictus e infarto).

<http://www.guardian.co.uk/business/2012/jul/03/glaxosmithkline-fined-bribing-doctors-pharmaceuticals>

Operazione trasparenza all'Agencia Europea dei Medicinali

L'Agencia Europea dei Medicinali (EMA) ha deciso di rendere pubblici, a partire dal 18 luglio 2012, gli ordini del giorno e i verbali delle riunioni dei propri comitati. I primi a essere pubblicati sono stati i verbali del *Paediatric Committee* (PDCO). L'iniziativa è stata caldeggiata dal direttore generale, Guido Rasi, e ricalca, almeno in parte, quanto già avviene negli Stati Uniti dove tutti i documenti riguardanti l'attività della FDA sono liberamente consultabili in rete.

Il 19 luglio 2012 è stato, inoltre, pubblicato il rapporto per l'anno 2011 sull'attività dell'Agencia nell'ambito del regolamento per i medicinali pediatrici. Nel 2011 il PDCO ha ricevuto un totale di 187 richieste per Piani di Indagine Pediatrica (PIP) e/o per deroghe. Di queste, 152 riguardavano prodotti non ancora in commercio, 33 medicinali già registrati e coperti da brevetto e un medicinale a brevetto scaduto. Solo in tre casi il PDCO si è espresso negativamente.

Nel 2011 gli studi clinici pediatrici registrati nel database europeo EudraCT erano 360 e rappresentavano il 10% di tutti gli studi inclusi nel registro.

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2012/07/WC500130054.Pdf
http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2012/07/news_detail_001578.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1

Per corrispondenza:

Antonio Clavenna

e-mail: antonio.clavenna@marionegri.it

Da Chiari all'Angola della malnutrizione infantile

Magda Lonardi

Pediatra consultoriale, Chiari

Sono "sbarcata" a Luanda per la prima volta nell'ottobre 2006. Prima di allora avevo lavorato a lungo come pediatra nei consultori familiari prima e poi nella pediatria di base. Negli ultimi anni ero attratta più dalla relazione tra genitori e figli che dalle patologie, spesso banali, dei bambini che accedevano all'ambulatorio. Il lavoro di pediatra non mi soddisfaceva. La mia esperienza di madre di tre figli ormai adulti, esperienza più volte rielaborata, mi aiutava e aiutava le mamme che venivano da me a ritrovare un minimo di sicurezza nel loro "essere" madri. Fu in quel periodo che tornò a farsi vivo un vecchio sogno che era stato sepolto in un cassetto, in seguito alle vicende della vita: fare il medico in Africa, tra "gli ultimi". Ormai la mia famiglia, prima grande priorità nel mio cammino, era in grado di proseguire con le proprie gambe, non mi sentivo più così necessaria. E fu così che, dopo una opportuna preparazione, chiesi e ottenni di fare una prima esperienza nel piccolo ospedale "Divina Providencia", situato nella periferia povera e degradata di Luanda, capitale dell'Angola. Nel 2006 rimasi alla "Divina" due mesi e mezzo, semplicemente a imparare, a conoscere, a sperimentarmi. Una cosa è leggere, studiare sui libri, ascoltare l'esperienza altrui, un'altra è trovarsi faccia a faccia con una realtà assolutamente sconosciuta, con malattie mai incontrate, con modi di fare e di pensare che spesso fanno a pugni con i nostri. Mi ero ripromessa di parlare poco, di aprire occhi e orecchie (per l'olfatto non serve sforzarsi molto: gli odori penetrano da soli!) e imparare: imparare come si manifesta e si cura una malaria o una tbc o altro, ma anche capire perché una mamma porta il suo bambino solo quando è in fin di vita e non si accorge prima che c'è qualcosa che non va, capire il significato della medicina tradizionale per un africano, capire perché una mamma non fa mai domande e dice sempre "sì" senza sapere di cosa si stia parlando, capire il significato della morte e perché un obito, vale a dire un funerale, dura diversi giorni e una fami-

glia si indebita per organizzarlo. Conoscere e cercare di capire. Nell'ottobre 2007 sono tornata alla "Divina" per implementare un progetto di cura e prevenzione della malnutrizione infantile. I primi quattro mesi ho lavorato nel reparto di pediatria, poi ho iniziato a lavorare nei centri di salute, i loro ambulatori di base. Qui, oltre a identificare i bambini con marasma o kwashiorkor da trasferire al centro nutrizionale terapeutico dell'ospedale, ho iniziato a fare formazione sulla malnutrizione agli infermieri e, insieme a loro, alle mamme: alimentazione, allattamento al seno e così via. Purtroppo moltissime mamme introducono nella dieta dei loro bimbi cibi solidi, essenzialmente farine, già a uno-due mesi. Perché? Perché per sopravvivere la madre è costretta ad andare nei mercati o a girovagare per le strade vendendo verdura, frutta, abiti, scarpe, ciabatte, bottiglie di acqua, fazzoletti di carta: di tutto. E i padri/mariti? O non ci sono e se ne sono andati, o ci sono ma sarebbe meglio che non ci fossero perché bevono e picchiano; oppure hanno più famiglie da mantenere. Dunque la mamma va a vendere e il bambino con chi sta? Finché è piccolo la madre se lo porta dietro, sulla schiena, ma spesso, a 7-8 mesi, resta a casa, accudito, se va bene, dalla nonna. Quando anche la nonna lavora, cioè vende, allora non resta che la sorellina/fratellino maggiore: 7, 8, 10 anni. La malnutrizione non è solo una questione di scarse risorse, ma anche di cattiva gestione delle poche risorse.

Spesso è problema di ignoranza: la madre che vede il proprio figlio dimagrire, pensa che il bambino sia malato, ma non mette in relazione il dimagrimento con l'alimentazione, quantitativa e qualitativa. *Cassua* viene chiamata questa malattia: è il bambino che non cresce e che, come ogni malato, va curato con un trattamento.

Trattamento che, all'inizio, è quasi sempre tradizionale. Prima di accedere all'ospedale, le mamme vanno dal *curandeiro*, il medico tradizionale, e spesso i risultati sono disastrosi. Dopo quasi cinque anni mi rendo sempre più conto di quanto sia complesso il problema della malnutrizione. Se si trattasse solo di povertà, di scarse risorse economiche, la soluzione, tutto sommato, sarebbe sem-

plice. Ma, oltre alla mancanza di istruzione, il più delle volte entrano in gioco dinamiche sociali e familiari che non conosciamo e che è difficile, per noi occidentali, comprendere a fondo.

Il rischio che corriamo, come cooperanti e volontari, è quello di semplificare, di dare per scontato che la nostra visione della realtà sia l'unica e quella giusta. È quello di giudicare una mamma che non segue le indicazioni come una madre inadeguata e disinteressata al benessere del proprio figlio. E il nostro giudizio, più o meno consapevole, si traduce in incomprendimento e rimproveri. Difficilmente facciamo lo sforzo di andare oltre l'apparenza, anche perché non è semplice. Le mamme con cui ho a che fare ogni giorno non sono mamme espansive. Sono cresciute durante gli anni della guerra, prive di stimoli, di istruzione (a volte nemmeno conoscono la propria età), abituate a fare ciò che veniva loro detto, inconsapevoli della loro dignità e del loro valore. Dunque, di fronte a una divisa che per loro rappresenta l'autorità, medico o infermiere non importa, cercano semplicemente di compiacere; e se non capiscono non chiedono. E così s'impara che una delle cose più difficili è spiegare come somministrare un farmaco. Il bambino torna al controllo e si scopre che la terapia è stata data in modo sbagliato: una compressa invece di mezza o viceversa, due volte al giorno anziché tre, per tre giorni anziché sette. Anche in questi casi non è sempre facile capire il perché. Non ha capito? Ha perduto le compresse? Le ha date anche al fratellino che nel frattempo si è ammalato anche lui? Dopo due giorni ha visto sparire la febbre e ha sospeso la terapia? E tante altre ipotesi. Allora forse si capisce il perché del fallimento di tanti progetti, fatti a tavolino in occidente e calati dall'alto. E qui si apre un altro capitolo che è tutta un'altra storia, ma non è meno importante: perché e come nascono i progetti. In questi anni, qualcosa ho capito di questa realtà ma tanto ancora mi risulta incomprensibile, a volte difficilmente accettabile. Mi succede ancora di perdere la pazienza con i pazienti, salvo poi pentirmi e chiedermi che diritto abbia di spazientirmi con chi dalla vita ha avuto forse un decimo delle opportunità che ho avuto io. ♦

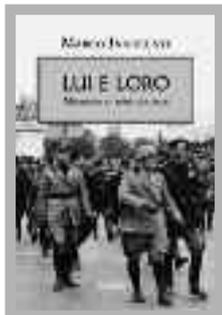
Per corrispondenza:

Magda Lonardi

e-mail: magdalonardi@gmail.com

Libri: occasioni per una

La classe politica di Mussolini: i gerarchi



Mario Innocenti
LUI E LORO
Mussolini
e i suoi gerarchi
Mursia, 2012
pp. 316, euro 17

La storia del fascismo è anche la storia degli uomini che lo hanno ideato e gestito. Ma il racconto si è fermato sulla persona di Mussolini: lui il capo, lui l'espressione personale del regime. In realtà non è andata così.

Attorno a Mussolini c'era una classe dirigente che con lui ha "fatto" il fascismo. Alcuni di questi, il più eminente fu Dino Grandi, hanno contribuito a metterlo in atto e poi lo hanno fatto cadere nel luglio del 1943. Buona parte di quella classe dirigente (i gerarchi) non era professionalmente cattiva, non era disonesta e aveva il senso dello Stato. C'erano alcuni talenti, spesso fatti fuori per l'invidia del loro capo. Dino Grandi era uomo di ampia visione internazionale, nemico dell'alleanza con la Germania, ma non gli fu concesso di guidare la politica estera, affidata a Galeazzo Ciano, più elegante, snob e da copertina che intelligente, e che pagherà con la vita il suo ultimo scatto di orgoglio. Italo Balbo, inventore dell'aeronautica italiana, silurato proprio per il suo successo e che protesse gli ebrei della sua Ferrara.

Giuseppe Bottai, il più colto e il più intelligente dei gerarchi, che raccolse e incantò la giovane cultura del momento; giovani che finiranno nell'antifascismo, mentre lui volle "espiare" i suoi errori nella legione straniera. Anche Alessandro Pavolini, uomo colto ed eccellente scrittore, inviato del *Corriere della sera*, nel fascismo mantenne un suo decoro. Poi sconvolto dall'arresto di Mussolini, lui intellettuale aristocratico, si cala la maschera feroce e frenetica dei giorni di Salò. In uno scontro con i partigiani Pavolini viene ferito. Poi non fugge

come il suo Duce, ma combatte e viene catturato. Achille Starace, l'incolto, scattante, teatrale scudiero che ogni sabato volle fare marciare gli italiani e che vietò di inamidare il colletto della camicia nera provocando, per questo e altro, una selva di barzellette.

Liquidato da Mussolini che, stanco, ordina "di buttarlo giù dalle scale", finisce in povertà. Non ha nulla a che fare con Salò e dai fascisti viene arrestato. A Milano quando tutto è finito, il 28 aprile 1945 viene riconosciuto, processato e fucilato davanti al corpo di Mussolini, appeso a testa in giù in Piazzale Loreto. Questa la prima fila una classe dirigente, tutta con caratteristiche di donnaioli, ma – dice Innocenti – "più affidabile di quella attuale"! Poi ci sono i gregari. Farinacci, capopopolo violento e profittatore ed emarginato quando la piazza non serviva più. Sarà fucilato a Vimercate il giorno stesso di Mussolini.

Poi Renato Ricci (Opera Nazionale Balilla: colonie, preventori e vaccinazioni), Muti (una medaglia d'oro, dieci d'argento), Federzoni, Graziani e altri. Una fetta di storia patria purtroppo ignota ai più che Mario Innocenti, giornalista che si è occupato di raccontare gli anni '40, ci fa sfilare davanti agli occhi. Nella storia di queste persone c'è un pezzo di storia d'Italia. Meglio conoscerla.

Giancarlo Biasini

Un dolore indescrivibile con le parole



Anna Pace
e **Monica Maccaferri**
La vocalità nell'abuso.
Dallo svelamento
all'armonizzazione
del sé
Reggimenti, 2011
pp. 116, euro 22

Desidero segnalare questa breve lettura, non perché siamo di fronte a un saggio con un buon editing, ma perché ci troviamo di fronte a un libro esperienziale,

scritto da una psicologa e da una musicoterapeuta.

È il racconto di una di quelle vicende da cui tutti noi vogliamo allontanarci, una storia che ci rifiutiamo di ascoltare e non vogliamo sentir ripetere. Storia umana d'infinita tristezza e dolore, senza spazio e senza via d'uscita, insomma, una storia di angoscia: una bambina violentata all'interno delle mura familiari. Abuso, infine, svelato e così la psicoterapia può avere inizio.

Tuttavia, questo cucciolo non riesce a esprimere l'indicibile suo dolore. Manca il collante che ogni psicoterapia deve avere: la parola.

Ed è così che questa bambina piena di un dolore inesprimibile viene accolta da una musicoterapeuta che le offre la possibilità di raccontare il sentimento più buio e nascosto attraverso la musica (non quella musica che pervade passivamente quelle orecchie imbevute di auricolari) come atto creativo personale.

La bambina inizia a fare musica e in questo atto riesce, poco alla volta, a esprimere, per la prima volta, il suo sentimento più profondo.

Solo dopo l'appoggio terapeutico della musica la psicologa riesce a riavvicinarsi alla bambina e a proseguire la terapia basata sulla parola.

Poco di scientifico in tutto questo? Ormai sappiamo che la musica è un universale umano in riferimento alla descrizione delle emozioni (Fritz T, et al., *Universal Recognition of Three Basic Emotions in Music*, *Current Biology* 2009;19:573), e anche che chi fa musica è più abile nel riconoscimento delle emozioni nel linguaggio parlato (Strait DL, et al. *Musical experience and neural efficiency: effects of training on subcortical processing of vocal expressions of emotion*. *Eur J Neurosci* 2009;29:661).

Una vicenda ai margini di quel mondo che siamo soliti rappresentarci nella nostra mente.

Una tragedia di cieca violenza ma allo stesso tempo un'esperienza dove si riesce a vedere un riscatto operato da due brave terapeute e dalla forza della musica.

Costantino Panza

buona lettura

L'evaporazione del padre



Massimo Recalcati
Cosa resta del padre?
La paternità
nell'epoca ipermoderna
 Raffaello Cortina
 Editore, 2011
 pp. 189, euro 14

Ho partecipato a un seminario di Massimo Recalcati, psicoanalista lacaniano e direttore dell'Istituto di Psicoanalisi Applicata, organizzato a Forlì dalle amiche Catherine Hamon e Viviana Venturi. Da uditore non professionale ne ho apprezzato, come sempre succede ascoltando persone di reale spessore, la capacità di rendere accessibili concetti e complesse elaborazioni del pensiero nutrendo con le parole ulteriori pensieri, avvicinando e, appunto, seminando. Il tema dell'incontro e del suo ultimo libro è il ruolo del padre o, meglio, quello che resta del ruolo del padre in un contesto storico che sembra sancirne "l'evaporazione" (termine ripetutamente utilizzato), la perdita dello status di *pater familias*, di detentore simbolico della legge. Il compito del padre, provo a mia volta a semplificare, dovrebbe essere quello di trasmettere la legge, il senso del limite, l'impossibilità di godere illimitatamente, ma senza reprimere la possibilità di desiderare, senza uccidere il desiderio. In termini psicoanalitici il padre "... è colui che sa far valere la legge dell'interdizione dell'incesto facilitando il processo di separazione del figlio dalle sue origini" assicurandogli la possibilità "di avventurarsi verso l'assunzione singolare del proprio desiderio". Il padre è colui che, nella rappresentazione edipica, è l'agente della castrazione che, impedendo e introducendo il limite al godimento incestuoso della Cosa materna, di fatto stabilisce l'impossibilità del godimento illimitato che è tomba del desiderio e definisce, al tempo medesimo, la condizione dell'esistenza del desiderio stesso. Ma la figura del padre, ci avverte Recalcati, è nient'affatto monolitica bensì complessa e ambivalente perché in fondo il padre è stato, a sua volta, figlio e porta su di sé i segni della castrazione. Ed ecco che a

rappresentare i due estremi abbiamo, da una parte, il padre guerriero Ettore che, nell'Iliade, prima dello scontro finale con Achille, saluta per l'ultima volta il figlio Astianatte e per far questo si toglie l'elmo per consentirgli di riconoscere in lui il padre reale e affettuoso prima di accingersi ad assolvere al proprio compito di cittadino e di capo militare. Dall'altra, la descrizione che Freud stesso fa del proprio padre Jakob il quale, costretto a cedere il passo sul marciapiede perché ebreo, accetta l'umiliazione senza nemmeno un moto di ribellione. È l'esempio del passaggio dal "padre ideale" all'evaporazione della figura paterna come "ideale". Altri esempi di padre tratti dalla letteratura (Franz Kafka, Gad Lerner) dalle Sacre Scritture e dalla religione contribuiscono a delineare la contraddittorietà delle possibili figure paterne e talora le loro derive autoritarie nell'eterno tentativo di trovare un equilibrio tra incarnazione della legge e trasmissione del desiderio. Perché la legge è soprattutto dono, dono della possibilità del desiderio all'interno di un limite che richiede il rispetto dell'impossibile e del non conoscibile, che non consente il godimento immediato e prossimo ma indirizza verso approdi più lontani e differiti. Contesti storici diversi come i totalitarismi della prima metà del Novecento o la contestazione giovanile degli anni Sessanta hanno determinato profondi mutamenti e indebolimenti della figura paterna, mentre il capitalismo ha fatto balenare il miraggio del "godimento immediato come unica forma di dovere". Non resta, quindi, che affrontare la realtà in termini di metamorfosi della famiglia, di "tenuta" nel conflitto intergenerazionale e di genitorialità, fondata sulla trasmissione del desiderio e sulla testimonianza di come si possa esistere senza cadere nel baratro. La testimonianza, ultima risorsa di una paternità ormai evaporata, è analizzata in maniera avvincente, anche per noi profani, nell'ultima parte del libro attraverso l'analisi di tre opere letterarie apparentemente assai diverse tra loro: *Patrimonio*. Una storia vera di Philip Roth, *La strada* di Cormac McCarthy e *Gran Torino* di Clint Eastwood. Fortissime storie di padri e della loro testimonianza al di fuori dell'Ideale. Un libro che vale la pena leggere, e poi rileggere.

Enrico Valletta

«Non esistono libri morali o immorali, come la maggioranza crede. I libri sono scritti bene, o scritti male. Questo è tutto».

Oscar Wilde

Il mondo salvato dai ragazzini?



Michela Murgia
L'incontro
 Einaudi, 2012
 pp. 103, euro 10

È il fitto racconto delle estati di Maurizio, ospite dei nonni, e dei suoi amici, Franco e Giulio, che abitano fissi in un paesino della Sardegna chiamato Crabras (evidente allusione al vero paese in cui la scrittrice è nata).

Il racconto è inventato, ma l'Autrice vorrebbe che fosse vero; forse per questo lo ambienta nel suo falso-vero paese. È la storia della crescita dei ragazzi fra danni, incendi, avventure e solidarietà attorno a una piccola chiesa e al suo parroco, don Marras. Ma a un certo punto le solidarietà si interrompono. Don Marras ha un rivale, il vescovo gli dà retta e nasce una nuova parrocchia che spacca, in ogni senso, la comunità del paese in due fazioni. Arriva la guerra, si rompono le processioni tradizionali, ma si spacca anche la comunità di Maurizio, Franco e Giulio. Franco da una parte, Maurizio e Giulio dall'altra a fare i chierichetti. Non più giochi comuni, non più viaggi nell'intrico della "foresta" attorno allo stagno, non più pesca comune, non più danni fatti insieme. Ma nel caso di Crabras la pace tornerà e gli artefici saranno i ragazzi legati di nuovo dalla ritrovata unità del gruppo. E non ci sarà bisogno di discorsi per riunirsi, ma solo di uno sguardo per ritrovare quel *noi* che era mancato.

È un racconto talvolta comico e sorridente, ma insieme profondo, e che allude semplicemente alla capacità dei ragazzi di trascinare gli adulti e di essere collante della comunità. Il mondo salvato dai ragazzini come nel titolo di Elsa Morante?

Giancarlo Biasini

Bibite, succhi di frutta, tisane e altro

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

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

Non solo i dolci, le merendine, le caramelle, i biscotti e i gelati contengono zucchero ma anche le bibite, i succhi di frutta, le bevande energetiche, le tisane ecc. Negli ultimi anni il consumo di queste bevande è molto aumentato e spesso anche nel primo anno di vita vengono offerte ai bambini in sostituzione dell'acqua.

Un succo di frutta è come mangiare un frutto?

“Mio figlio mangia comunque la frutta perché beve molti succhi, sono più pratici e veloci...”.

Molti pensano che bere un succo sia la stessa cosa che mangiarlo, cerchiamo di capire perché non è così:

- i succhi e le bevande a base di frutta sono pastorizzati e quindi non hanno le sostanze nutritive e le vitamine della frutta fresca;
- la frutta fresca è inoltre ricca di fibre importanti e necessarie che i succhi non hanno;
- “bere il frutto” per praticità o per velocità non fa bene perché si consumano rapidamente tante calorie e si mangia meno frutta fresca.

Oggi sappiamo che mangiare almeno 5 volte nella giornata frutta e verdure fresche di stagione è un modo efficace per crescere sani e ridurre il rischio di avere malattie serie come il cancro, l'infarto e l'ictus.

I succhi o le bevande possono essere davvero dannosi per i denti?

Sì, i succhi sono dannosi anche per i denti. Può essere comodo dare un succo al tuo bambino al posto di un frutto fresco da mangiare, specialmente per consolarlo o per alimentarlo, ma oggi sappiamo bene che bere queste bevande favorisce molto le carie, che provocano, poi, tante infezioni alla bocca con difficoltà a masticare. Ciò può portare a una cattiva alimentazione.

Il succo di frutta è utile in caso di diarrea?

Se c'è diarrea occorre idratarsi, cioè ingerire più liquidi e sali, e sono necessarie bevande particolari chiamate soluzioni reidratanti.

Queste soluzioni contengono sali minerali e zuccheri in particolari concentrazioni, utili per rimettere nel nostro corpo i liquidi persi con la diarrea.

Quindi è sbagliato dare bevande zuccherate come i succhi di frutta perché in questo caso gli zuccheri possono far peggiorare la diarrea.

Il mio bambino pesa troppo, posso dargli il succo di frutta?

Il problema dei bimbi in sovrappeso è oramai molto diffuso in Italia dove 1 bambino su 3 ha troppi chili addosso. Essere in sovrappeso favorisce tante malattie come il diabete, la pressione alta, l'aumento dei grassi nel sangue e di conseguenza l'infarto e altre malattie delle arterie da adulto. Pensa che anche il diabete chiamato di tipo 2, che un tempo colpiva solo le persone grandi, oggi è diffuso anche nei giovani, proprio per l'eccesso di peso. Molti organi, con il sovrappeso, vengono danneggiati, dal cuore al rene, alla vista e agli organi sessuali.

Studi scientifici ci dicono che eliminare una bibita zuccherata al giorno migliora i livelli di insulina e di zuccheri nel nostro sangue. Consumare invece una bibita zuccherata tutti i giorni porta alla pressione alta, all'aumento della glicemia, alla obesità addominale, cioè all'aumento della circonferenza della vita che è un fattore di rischio importante per tante malattie.

Il consumo costante di bibite zuccherate, inoltre, riduce la presenza del colesterolo buono (colesterolo HDL), una sostanza utile per proteggere le nostre arterie.

L'obesità non è legata solo al consumo di bibite zuccherate, ma esse rappresentano nei bambini e negli adolescenti una fonte importante di zuccheri aggiunti alla dieta giornaliera. Una lattina di coca cola contiene, per esempio, circa 12 cucchiaini di zucchero. Le bibite zuccherate non provocano immediatamente un senso di sazietà, ma inducono verso un nuovo consumo prima che l'organismo si senta sazio. All'opposto, è stato dimostrato che l'uso di acqua del rubinetto come normale bevanda dissetante sia un efficace comportamento per ridurre il rischio di sovrappeso in età pediatrica.

Considera che il tuo bambino imparerà ad alimentarsi in base a quelli che sono i tuoi stili

Filastrocca

*Bocca che beve, becco che batte
bava di Luna, bevi il mio latte
burro di stelle, quanto mi piaci
bocca di bimbo di babbo di baci*

Bruno Tognolini

alimentari, imparerà quindi a bere acqua per dissetarsi se questa è l'abitudine in casa.

Un decalogo

Ecco quindi alcune regole per l'utilizzo dei succhi e bevande zuccherate:

1. I succhi di frutta non devono essere introdotti nella dieta prima dei 6 mesi perché non offrono alcun beneficio nutritivo.
2. Nei primi 6 mesi di vita il latte materno da solo è l'alimento migliore.
3. I succhi di frutta non offrono benefici nutritivi nemmeno in bambini oltre i 6 mesi, quando si comincia l'introduzione di altri alimenti oltre al latte. Essi non sono un sostituto della frutta.
4. Se diamo succhi o bevande prima di andare a letto, il rischio di carie dentaria è alto.
5. Se è proprio necessario dare una bevanda diversa dall'acqua, non bisogna superare i 120 ml (meno di 1 bicchiere) al giorno per bambini da 1 a 6 anni e i 220 ml (1 bicchiere circa) al giorno per soggetti da 7 a 18 anni.
6. I bambini devono essere incoraggiati a mangiare la frutta intera di stagione, a masticare e a variare il consumo di frutta e verdure.
7. Il momento del pasto dovrebbe essere una esperienza piacevole anche per favorire lo sviluppo del gusto.
8. Il succo di frutta o un'altra bevanda non vanno dati per il trattamento della disidratazione o della diarrea perché possono peggiorarne i sintomi.
9. I succhi di frutta possono provocare ipernutrizione (obesità) o cattiva nutrizione.
10. I succhi di frutta possono provocare diarrea, flatulenza (aria in eccesso), distensione addominale e carie dentaria.

Se hai dei dubbi sull'alimentazione del tuo bambino chiedi al tuo pediatra. ♦

Riferimenti bibliografici

AAP. Committee on Nutrition. The Use and Misuse of Fruit Juice. Pediatrics 2001;107:1210.
Moreno M. Advice for Patients. Arch Pediatr Adolesc Med 2009;163:400.
OKKIO alla salute: <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Per corrispondenza:
Stefania Manetti
doc.manetti@gmail.com

informazioni per genitori

Il piccolo ladro derubato d'affetto

Sister

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

Sotto e sopra non indicano solo luoghi, ma anche modi di vivere, stati d'animo, situazioni sociali, posizioni economiche, condizioni psicologiche.

Lo sa bene Simon (Kacey Mottet Klein), un ragazzino svizzero di 12 anni che vive in una valle ai piedi di una stazione sciistica alpina. È orfano (almeno così dice) e non può fidarsi di sua sorella Louise (Léa Seydoux), tanto affascinante quanto sbandata, che si lascia sfuggire, senza troppo rammarico, il lavoro e gli amanti. Per mandare avanti la baracca, Simon è diventato il capofamiglia e ha intrapreso un'attività stagionale sufficientemente redditizia: prende la funivia, si confonde tra i turisti, ruba tutto quello che trova, nasconde gli oggetti più ingombranti in luoghi sicuri, riprende la funivia, ridiscende a valle, rivende la refurtiva ad amici e sconosciuti, ritorna adolescente. Due vite, insomma: una di sotto, nella valle proletaria, grigia e triste; l'altra di sopra, nello splendore delle nevi, dove i ricchi turisti vanno a divertirsi e di certo non si mettono a piangere se non ritrovano più panini, occhiali, guanti, caschi e sci. Simon non è un Robin Hood che ruba ai ricchi per dare ai poveri, ma un uomo in miniatura costretto dalla vita ad abbandonare i giochi per dedicarsi al commercio.

Grava su di lui non tanto il rimorso per le azioni illecite che compie con sistematica professionalità, quanto la presenza dell'instabile e poco affettuosa sorella. Non è bello rivelare il colpo di scena che fa di Simon una vittima, ma si ha la sensazione che questo bel film non raggiungerà una vasta platea. E allora, facendo torto ai pochi che avranno la possibilità di vederlo, ma appagando la legittima curiosità di chi legge, sveliamo il segreto: la *sister* di Simon è, in realtà, la ragazza madre che malvolentieri l'ha messo al mondo. Prima di rubare agli altri e di diventare cinico e bugiardo, pertanto, Simon è stato derubato dell'affetto

di Louise. La speranza è tutta racchiusa nel simbolismo della sequenza finale dove figlio e madre, pur sapendo che la frattura tra di loro è così grave che, probabilmente, non si sanerà mai, si cercano reciprocamente. C'è più di un legame tra questo secondo film di Ursula Meier, premiato con l'*Orso d'argento* a Berlino 2012, e *Home*, che nel 2008 costituì il suo felice debutto dietro la macchina da presa. In quel film la regista franco-svizzera narrava la vicenda vagamente surreale di una tranquilla famiglia che, sconvolta da un evento esterno e inatteso, sfiora la tragedia.

La vita ai margini della società, la solitudine interiore, la valenza metaforica dei luoghi, il barlume di speranza nella scena finale sono presenti anche in *Sister*, un film che, a sentire la stessa regista, ha radici nei suoi ricordi d'infanzia. "*Sono cresciuta in Svizzera ai piedi del Massiccio del Giura e spesso salivo alla stazione sciistica. Un giorno, quando avevo l'età più o meno di Simon (il personaggio principale del film) delle persone mi avevano detto che bisognava diffidare di un ragazzino, perché era un ladro. Qualcosa in lui m'intrigava, se ne stava sempre per conto suo, sciava molto male eppure affrontava piste pericolose. La figura di questo piccolo ladro rimase un mistero per me, ma colpì in modo indelebile la mia immaginazione*". Vedere, tuttavia, in Simon un ladruncolo che ruba solo oggetti costosi ai ricchi, significa avere di lui una visione superficiale e incompleta. Egli ruba anche un po' della loro felicità e, in un momento di particolare indigenza affettiva, tenta il colpo grosso: rubare anche l'amore materno di una dolce e affascinante turista. Resterà solo, in cima a una montagna svuotata di uomini e cose, e solo allora, per la prima volta in lacrime, lo vedremo veramente bambino.

Nel suo continuo oscillare tra l'alto e il basso, con la sola funivia a fare da collegamento, *Sister* (forse sarebbe stato meglio lasciare il titolo originale: *Il ragazzo visto dall'alto*) mette a confronto anche il mondo degli adulti con quello dei bambini. Lo fa presentando una

Svizzera inedita, ben lontana da quella delle banche e della cioccolata; lo fa con uno stile asciutto che fa parlare i luoghi, con la ripetizione ciclica dei gesti e delle situazioni, con la tecnica del pedinamento che sa tanto di neorealismo, dando importanza anche a ciò che non viene espressamente mostrato.

L'accostamento al cinema dei fratelli Dardenne è d'obbligo. La stessa Meier non ne fa mistero e precisa che non è per caso che il produttore sia Denis Freyd, lo stesso dei registi belgi. È troppo presto per pronosticarle un luminoso avvenire; ma che questa giovane regista sia sulla buona strada non c'è alcun dubbio.



Sister (Titolo originale: *L'enfant d'en haut*)

Regia: Ursula Meier

Con: Léa Seydoux, Kacey Mottet Klein, Martin Compston, Gillian Anderson, Jean-François Stévenin, Gabin Lefebvre

Francia, Svizzera, 2012

Durata: 97', col.

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@alice.it

Il riordino delle cure primarie. Per continuare la riflessione

Caro Direttore,

prendo spunto dall'argomento affrontato nell'articolo di fondo della rivista *Quaderni acp* di marzo-aprile da poco pubblicato, e riguardante il pediatra solo per bambini da 0 a 6 anni.

Non entro nel merito dell'argomento dell'articolo, condivisibile e meritevole di approfondimento, ma affronto solo la questione accennata dell'interminabile diatriba tra pediatri di famiglia (PdF) e colleghi ospedalieri (di solito ridotta esclusivamente a confronto-scontro su base salariale), e sulle mille ipotesi avanzate circa la fantomatica integrazione ospedale-territorio.

Nell'ASL di Bassano del Grappa, da circa sette anni, è in atto una collaborazione tra ospedale e territorio, nata per volontà di alcuni PdF e alcuni colleghi ospedalieri. Inizialmente ostacolata da entrambe le parti (alcuni), successivamente, su libera adesione, si è iniziato a dare una mano ai pediatri dell'ospedale con la presenza, in alcuni periodi critici, di alcuni di noi, in ambulatorio divisionale o delle urgenze del Reparto. Tale collaborazione avviene esclusivamente nei giorni prefestivi e festivi (turni di tre ore al mattino e tre al pomeriggio), quando è presente un solo collega ospedaliero in reparto, ed esclusivamente al di fuori della convenzione pediatrica e in un rapporto libero professionale.

Una bella esperienza, concepita prima ancora di altre iniziative analoghe nate e poi finite, ma che continua ancora, sia pure con alcune persistenti sacche di dubbi sia tra alcuni ospedalieri che tra alcuni di noi PdF. Personalmente, ma anche ad altri che continuano a collaborare, mi sembra una bella iniziativa e mi auguro si arrivi anche a poter discutere con i colleghi ospedalieri l'iter di ricoveri dei propri pazienti.

Ma chissà quante diffidenze si dovranno affrontare, da una parte e dall'altra. Comunque sia, come dimostra questa esperienza, se si vuole qualcosa si può fare, perché sarebbe ora di cambiare qualcosa, ma di fatto e non solo, sempre e solo con parole e parole.

Giovanni Meneghetti

Caro Direttore,

è in corso nelle società scientifiche, nelle organizzazioni sindacali e a livello politico il dibattito in merito al riordino delle cure pediatriche. Anche la nostra ACP, già impegnata con il suo Direttivo verso una possibile formulazione di un documento comune con la SIP, nei prossimi mesi proporrà all'attenzione di tutti una propria proposta da condividere a ottobre in occasione del Congresso Nazionale di Torino. Il nostro gruppo locale, avviata una riflessione al suo interno, vuole contribuire alla discussione sulle cure primarie territoriali partendo dalla propria esperienza concreta e anche nella consapevolezza che la nostra Associazione è formata in grandissima parte da pediatri di famiglia (PdF).

Punto fondamentale e irrinunciabile del nostro ruolo e della nostra presenza è lo stretto rapporto personale e di fiducia con la famiglia che, a nostro parere, può garantire un adeguato intervento individualizzato: la necessaria riorganizzazione dei PdF in unità territoriali (residenziali? funzionali?) deve garantire che l'atto sanitario sia assicurato non impersonalmente dalla struttura e dalla sua organizzazione, ma piuttosto dal PdF in un facilitato e ricercato rapporto diretto con il bambino e i suoi genitori.

Ci sentiamo ben rappresentati e in sintonia con il documento predisposto al riguardo da SiMPeF, la nostra nuova realtà sindacale lombarda di PdF, nell'ambito del tavolo tecnico per il riordino delle cure primarie. In quel documento la figura del pediatra viene presentata, nella sua specifica funzione e operatività, come effettiva risorsa del SSN e perno centrale dell'assistenza pediatrica da valorizzare ulteriormente. Nella proposta SiMPeF si introducono "a completamento delle attuali forme associative, unità funzionali di cure pediatriche distrettuali che raggruppano a livello di distretto tutti i PdF" con un coordinamento assicurato da loro rappresentanti; tale organizzazione ha le caratteristiche di conciliare il rapporto di libera scelta degli assistiti e l'autonomia professionale dei PdF e delle loro forme associative, con l'esigenza di un livello di collegamento e integrazione sia con il territorio sia con l'ospedale (www.simpef.it/ftp/La_Pediatria_di_famiglia_nel_riordino_delle_cure_primarie_13032012.PdF).

Nel modello lombardo il PdF, che ha una responsabilità personale nei confronti dei propri pazienti, accetta di essere "misurato" nel suo operato a partire dall'impiego di strumenti integrati e condivisi con la parte pubblica: dieci bilanci di salute raccomandati, destinati alla valutazione dello stato di salute e alla promozione dello sviluppo del bambino; l'utilizzo di self-help diagnostico per un'appropriata gestione della patologia acuta (RADT, stick urine, PCR, conta leucocitaria e altro); i bilanci di salute al cronico con self-help di secondo livello (prick test, spirometria, pulsossimetria, plicometria, audiometria, impedenzometria, scoliometria), volto a implementare la capacità di gestione della patologia cronica (specie le più frequenti, quali l'asma bronchiale e l'obesità). Imporre modelli organizzativi improntati alla semplice copertura oraria del servizio rischia, perciò, di mortificare il circuito di miglioramento continuo della professionalità di ogni PdF così impostata.

Tema caldo del dibattito è anche quello della continuità assistenziale nella sua sottintesa, un po' da tutti, inderogabile necessità; da tempo la pediatria di famiglia (non solo quella lombarda) ha dato ampie dimostrazioni, con la pediatria in gruppo e in associazione, di efficaci ed efficienti risposte; le proposte complessive SiMPeF al riguardo (assistenza pediatrica nell'arco delle dodici ore dal lunedì al venerdì, il raccordo con la continuità assistenziale anche di tipo formativo) ci sembrano diano ragionevoli ed equilibrati indirizzi operativi con precise assunzioni di responsabilità.

Da più parti viene ipotizzata una continuità assistenziale pediatrica di ventiquattr'ore per sette giorni: consapevoli che il tavolo politico-sindacale avrà un ruolo rilevante anche a questo proposito, riteniamo opportuno che la nostra Associazione abbia la forza culturale (e sociale e politica) di affermare che l'attuale non continuità assistenziale non è oggi il vero problema dell'assistenza pediatrica, che aumentando l'offerta si ha di certo un aumento dell'utilizzo improprio dei servizi disponibili, che l'abnorme accesso ai PS pediatrici può essere ragionevolmente e drasticamente contenuto con una solida educazione della popolazione al corretto utilizzo dei servizi. Questa azione educativa deve

essere svolta sia a livello sanitario sia a livello politico-sociale: dal PdF promuovendo un corretto e adeguato riconoscimento del bisogno e della sua inderogabilità; a livello ospedaliero nell'appropriatezza e non automaticamente risposta a esso; a livello politico-amministrativo attraverso provvedimenti, anche impopolari, decisi e realistici (ossia adeguati alla disponibilità di risorse) nell'offerta dei servizi, per disincentivarne l'uso improprio. Non si può ragionevolmente pensare di rispondere a una domanda tendenzialmente infinita da parte dell'utenza senza fare nulla per educarla e contenerla, ma anzi giustificandola.

Queste nostre riflessioni presentano alcune positive e significative convergenze, sia negli obiettivi sia nelle proposte operative, con quelle del Gruppo regionale "area pediatrica" dell'Emilia-Romagna, in riferimento alle quali ACP si appresta a proporre ai gruppi locali e a tutti i soci un proprio documento: base e auspicio per un sereno e ponderato confronto.

Mario Narducci
con il Direttivo ACPM

Giovanni Meneghetti e Mario Narducci entrano nel dibattito che è in corso nelle società scientifiche, nelle organizzazioni sindacali e a livello politico in merito al riordino delle cure pediatriche con due lettere di cui condividiamo i contenuti e che servono a chiarire i problemi e a trovare soluzioni.

Si tratta, infatti, di trovare soluzioni, in un momento di crisi come quello che stiamo vivendo, in cui il Governo ha iniziato a ragionare sulla possibilità di ridurre l'assistenza pediatrica da 0 a 6 anni (anche perché attualmente a 6 anni si può scegliere di passare con il medico di medicina generale).

ACP è assolutamente convinta che il pediatra ha un ruolo insostituibile come garante della salute nella fascia di età 0-14 anni, e forse anche oltre per non lasciar fuori gli adolescenti.

E per salvaguardare l'area pediatrica, intesa come sede di confronto e integrazione tra tutti i professionisti che si occupano della salute e del benessere dei bambini e delle loro famiglie, sta provando a ipotizzare nuove e più efficaci forme organizzative assistenziali che tengano conto di una vera integrazione tra

ospedale e territorio. Dunque ci fa molto piacere la lettera di Giovanni Meneghetti che riporta un'esperienza concreta e realizzata, mi par di capire con soddisfazione di tutti, pediatri di famiglia e pediatri ospedalieri.

Mario Narducci conosce bene lo sforzo che il Direttivo nazionale ACP sta portando avanti in questi mesi, prima per arrivare a un documento congiunto con la Società Italiana di Pediatria (che non è andato a buon fine non per nostra volontà), e ora con la realizzazione di un documento nostro che Franco Mazzini, referente regionale dell'Emilia-Romagna, sta mettendo a punto insieme al Direttivo nazionale.

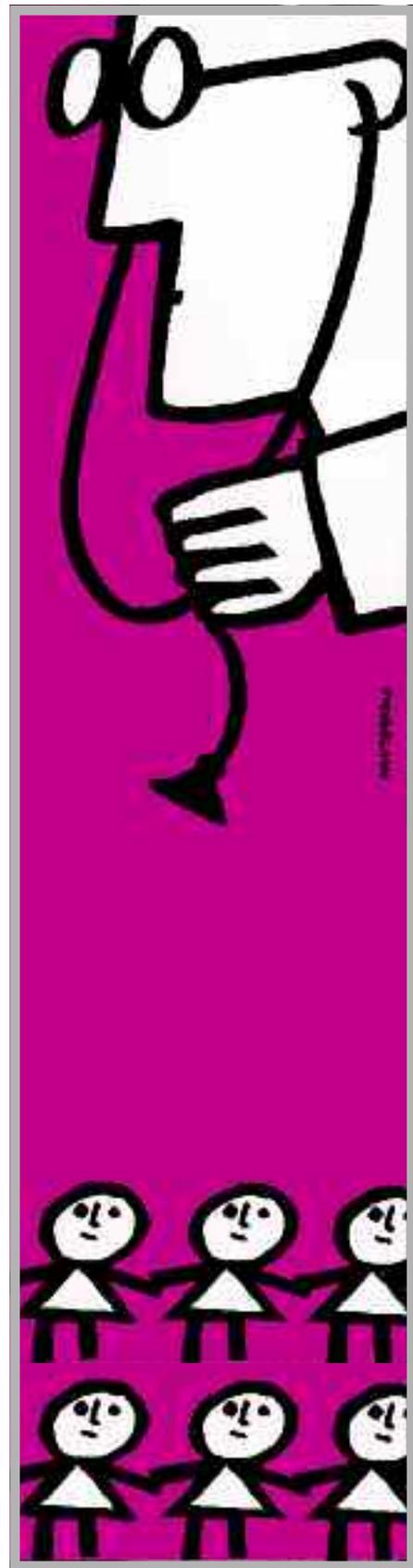
Mario scrive che l'abnorme accesso ai Pronto Soccorso (PS) pediatrici può essere ragionevolmente e drasticamente contenuto con una solida educazione della popolazione al corretto utilizzo dei servizi. Questa è la sacrosanta verità ma bisogna iniziare a farla davvero questa educazione perché i PS ospedalieri sono sempre più pieni di bambini che non hanno quasi nulla, e soprattutto nei giorni festivi.

Il punto centrale secondo noi, però, è la trasformazione della pediatria di famiglia, promuovendo sempre più la pediatria di gruppo, con ambulatori aperti più tempo (dodici ore al giorno e sei giorni alla settimana?), con un'adeguata assistenza infermieristica per i problemi di puericultura ed educazione sanitaria, in modo da alleggerire la pressione sul medico anche risolvendo al telefono alcuni problemi semplici. Valorizzando, come scrive Mario, la figura del pediatra nella sua specifica funzione e operatività, come effettiva risorsa del SSN e perno centrale dell'assistenza pediatrica.

Infine, pensiamo che, quando si parla di riordino delle cure primarie, non si può non affrontare anche il riordino della pediatria ospedaliera, tenendo conto non solo delle esigenze dei pediatri ma anche di quelle dei bambini e delle loro famiglie.

Al Congresso di Torino dell'11-13 ottobre prossimo abbiamo previsto un tempo adeguato durante l'assemblea dei soci per poter parlare con calma anche di questo. Un ulteriore buon motivo per venire a Torino.

Paolo Siani



I software gestionali per medici: strumenti del marketing farmaceutico?

Caro Direttore,

ho apprezzato molto la pubblicazione dell'articolo del collega Giustetto sul software gestionale per medici, che avevo già letto alla fine dello scorso anno su "Dialogo sui farmaci" e che aveva suscitato in me un tale interesse tanto da approfondire il problema da un punto di vista strettamente tecnico-informatico.

Ho analizzato il flusso di informazioni, sia in entrata che in uscita dal mio computer, durante l'uso del programma "Infantia" (CompuGroup), per valutare la presenza di possibili scambi di dati con il server dell'azienda produttrice.

Effettivamente ho "scoperto" alcune cose che vale la pena porre all'attenzione di tutti.

Quando viene installato per la prima volta il programma sul nostro computer viene creata una cartella "nascosta" (per chi non lo sapesse una cartella nascosta è una cartella non visibile durante l'uso normale), chiamata Intermedix (guarda caso è il nome della società produttrice di cui si parla nell'articolo), al cui interno è contenuto uno "script" (una sequenza di istruzioni che viene interpretata o portata a termine dal programma principale), che viene eseguito durante le nostre prescrizioni e che provvede a determinare il tipo di "informazione medica" nella finestra dell'"Information Channel", in base ai farmaci da noi scelti. Per esempio: se stiamo prescrivendo una amoxicillina protetta di un'azienda diversa da quella di cui dobbiamo ricevere l'informazione, nella finestra dell'I.C. compare il nome del prodotto di quella azienda sponsor e dopo pochi secondi anche di qualcos'altro inerente alla nostra prescrizione (classicamente probiotici, nel caso dell'antibiotico).

L'analisi dello script mostra anche altre curiosità:

- se si tenta di cancellare la cartella incriminata, essa viene rapidamente rimpiazzata, come uno zombie;

- ogni giorno avviene un collegamento al server di CompuGroup per controllare l'aggiornamento delle ditte che fanno "informazione" e l'integrità dello script;

- se veniamo riconosciuti come medici dell'Emilia-Romagna, ci viene risparmiata l'"informazione" (chissà perché!).

Ho chiesto, per due volte, alla ditta produttrice del software di non voler ricevere questo tipo di informazioni, facendo presente di aver comprato un software gestionale e non d'informazione medica; mi è stato detto che sarei stato contattato per risolvere il problema. Non ho avuto alcuna notizia fino a oggi.

In realtà è abbastanza facile bypassare il problema, modificando lo script, così da non ricevere più (almeno per il momento) informazioni. Se qualcuno è interessato, mi scriva.

Un altro aspetto, al di là del mero marketing farmaceutico, è però il controllo ossessivo sui tempi di utilizzo del software: le nostre software houses sanno esattamente a che ora siamo in studio, potendo disporre così di una mappa della nostra presenza sul territorio.

Vorrei far presente che tale controllo, quasi sicuramente, viene messo in atto anche da un altro software gestionale pediatrico molto diffuso, che fa capo a Cegedim, ma che io non uso, il quale effettua un controllo sia sull'apertura che sulla chiusura del programma (quindi, verosimile ora di entrata e di uscita dallo studio). Di questo mi sono accorto mesi fa, aiutando un collega durante l'installazione del programma. Premetto di non essere assolutamente contrario alla valutazione del nostro operato, ma fornire, senza consenso, questi dati a terzi non mi sembra né indicato, né corretto, visto il modo con cui vengono raccolti.

Un'ultima precisazione fondamentale: non esistono, per le mie conoscenze attuali, prelievi non autorizzati di informazioni. Ti ringrazio.

Alfonso Salerno

Le informazioni fornite dal collega Salerno sono molto interessanti, in quan-

to svelano, descrivendoli tecnicamente, i meccanismi con i quali Intermedix mette in atto la sua affermazione: "Poiché conosciamo le abitudini professionali dei medici fino ai minimi dettagli, siamo in grado di integrare i 'comunicati intelligenti' dell'industria farmaceutica nel flusso di lavoro quotidiano del medico". Approfitto di questo breve commento per fornire alcuni aggiornamenti sul tema.

Nel febbraio 2012 CompuGroup ha acquisito EffePiEffe (della quale dichiara 8000 installazioni raggiungendo in questo modo, in Italia, un totale di 20.000 medici serviti, con i vari marchi). Il dibattito tra i medici sui rischi dell'informatica e, ancor più, della telematica sanitaria si è fatto vivace a partire da una severa critica alla trasmissione dei dati sensibili svolta, a proposito del Patient Summary, da Franco Delzotti, MMG a Verona e precursore dell'informatica medica, sul numero di settembre 2011 della rivista QQ (<http://rivista-qq.org/archivio-index/archivio-anno-2011/>). La Fimmg, nel maggio scorso, ha elaborato un decalogo sulle caratteristiche che dovrebbero avere i software gestionali, dal titolo "Dieci richieste a produttori e regioni" (http://www.medweb.it/cs/Satellite?c=Articolo&childpage_name=MedWeb%2FLayout&-cid=1322688405684&p=1263985641426&packedargs=Ricerca%3Dtrue&page_name=MedWebWrapper).

La regola n. 9 recita: "Il gestionale non deve presentare condizionamenti per l'attività intellettuale del medico. In questi casi non è ammissibile alcuna opzione di default e il gestionale deve garantire una scelta libera e parimenti accessibile tra tutte le diverse alternative".

Dunque, sul tema della promozione dei farmaci veicolata dai software, l'attenzione sta aumentando.

Date l'estrema delicatezza e sensibilità del tema, perché non chiedere a un ente regolatore (l'AIFA, per esempio) d'intervenire e d'indicare, almeno per la parte che riguarda la prescrizione, standard e criteri di compatibilità ai quali le software houses siano tenute ad attenersi?

Guido Giustetto

Editoriale

193 I perché di una ricandidatura *Paolo Siani*

194 La ricerca nelle cure primarie
ENBe: che cosa stiamo imparando
Federica Zanetto

Ricerca

195 Rendiamo più accoglienti i nostri ospedali
Filippo Festini, Paolo Siani, Sofia Bisogni, et al.

199 ANTONIO CAO, lo scienziato che non trascurò
la clinica

200 Come conversano i bambini a 12, 18 e 24 mesi?
*Serena Bonifacio, Luigi Girolametto,
Mariangela Bruno*

Research letters

204 Sessione Comunicazioni orali al XXIII Congresso
Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri
Red

Salute pubblica

207 Standard italiani per la cura dell'obesità
Maurizio Iaia

Telescopio

208 Esiti a distanza della prematurità e frazione
attribuibile di popolazione, ovvero ciò
che non ci dicono il rischio relativo e l'*odds ratio*
Carlo Corchia

Info

- 212 Pubblicità ingannevole:
definitiva la sanzione contro Milte Italia
- 212 Presentazione del 5° Rapporto Gruppo CRC
- 212 CNR - Adolescenti e sostanze psicotrope:
italiani nella 'top ten'
- 213 L'offerta comunale di asili nido e altri servizi
socio-educativi per la prima infanzia

"Narrative" e dintorni

214 Storie di piccoli bambini e di grandi uomini
Raffaele D'Errico

Il caso che insegna

216 Un morbillo neonatale
Natale Maresca

L'angolo della comunità

218 Relazione tra modello di divezzamento,
Body Max Index e la preferenza di alimenti
in bambini in età prescolare
Red

Il punto su

219 Dietro l'iceberg, il pack:
la terra inesplorata della *gluten sensitivity*
Enrico Valletta, Martina Fornaro

222 ALFREDO PISACANE, un pediatra amico di cui
non dimenticare la lezione umana e professionale

Per un mondo possibile

223 Impatto sulla salute infantile
degli Inquinanti Organici Persistenti
*Angela Biolchini, Giusi De Gaspari,
Aurelio Nova, Letizia Rabbone*

Educazione in medicina

224 Il sistema di Educazione Continua in Medicina:
le novità dell'Accordo Stato-Regioni
del 19 aprile 2012 *Maria Paola Bacchielli*

Il bambino e la legge

227 L'ascolto del minore, parte offesa
di abuso sessuale *Augusta Tognoni*

Vaccinacipi

231 Dal PCV7 al PCV13:
molte speranze, alcune cautele
Rosario Cavallo

Farmacipi

232 Negli Stati Uniti e in Francia
diminuiscono le prescrizioni di antibiotici
ai bambini, e in Italia?
*Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra,
Daniele Piovani*

Pediatri fra due mondi

233 Da Chiari all'Angola della malnutrizione infantile
Magda Lonardi

Libri

- 234 Lui e loro. Mussolini e i suoi gerarchi
di Mario Innocenti
- 234 La vocalità nell'abuso. Dallo svelamento
all'armonizzazione del sé
di Anna Pace e Monica Maccaferri
- 235 Cosa resta del padre?
La paternità nell'epoca ipermoderna
di Massimo Recalcati
- 235 L'incontro *di Michela Murgia*

Informazioni per genitori

236 Bibite, succhi di frutta, tisane e altro
*Antonella Brunelli, Stefania Manetti,
Costantino Panza*

Film

237 Il piccolo ladro derubato d'affetto *Sister
Italo Spada*

Lettere

- 238 Il riordino delle cure primarie. Per continuare
la riflessione *Giovanni Meneghetti*
- 240 I software gestionali per medici:
strumenti del marketing farmaceutico?
Alfonso Salerno

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.