

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



La redazione di "Quaderni acp" augura ai lettori, alle loro famiglie e alle famiglie dei loro assistiti, un Felice 2013



novembre-dicembre 2012 vol 19 n°6

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
November-December 2012; 19(6)

241 Editorial

The choices of the Decree
of the Minister of Health Balduzzi

Giancarlo Biasini

Prescribing by active ingredients: not only a saving

Sergio Conti Nibali

24th ACP National Congress. Proposals and challenges

Paolo Siani

246 Public health

UNICEF Italy and breastfeeding promotion

*Elise M. Chapin, Rosellina Cosentino, Leonardo Speri,
Maria Enrica Bettinelli*

Wait lists and times in pediatrics:

are children and paediatricians interested?

Enrico Valletta, Martina Fornaro, Giovanna La Fauci

256 Mental health

Observing movements in the first months of life

Massimo Soldateschi

257 Telescope

Are antidepressant drugs really useful in the treatment
of autism spectrum disorders?

Pietro Panei

260 Info

262 Scenarios

What is the impact of non violent video games
on children's health?

Maria Francesca Siracusano, Costantino Panza

265 Around Narration

The prevention of eating disorders comes from the mother

Paola Cremonese, Giuliana Gola, Donata Luzzati

268 Learning from a case

Pinworms and appendicitis: cause or coincidence?

Costantino Panza

272 Personal accounts

Children and parents in conflict.

A proposal for a multi-disciplinary training

Patrizia Elli, Ambrogina Pirola, Federica Zanetto

274 Appraisals

Antibiotic treatment for appendicitis:
much ado about nothing?

Enrico Valletta, Francesco S. Camoglio

278 Forasustainableworld

Schools and cities in movement.

Sustainable mobility, health and active citizenship

Raffaella Mulato

282 Vaccinacipi

Pertussis at the time of acellular vaccine

Red

284 Farmacipi

Drugs and children: a persistent gap between
disease burden and clinical trials

*Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra,
Daniele Piovani*

285 Movies

286 Book

288 Index (2012)

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 Montiferru 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@quaderniacp.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 piccolo malato", Albert Samuel Anker (1831-1910), olio su tela.
Collocazione non indicata.

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

Le scelte del Decreto Balduzzi e il rapporto di fiducia

Giancarlo Biasini
Direttore editoriale

Mentre i più importanti sindacati dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS) hanno approvato, con dichiarata convinzione, le scelte del Decreto Balduzzi, una indagine demoscopica di Health Monitor CompuGroup Italia su un congruo numero di medici (vedi **box**) svolta a metà settembre si è dimostrata molto fredda sulla scelta delle forme aggregative – le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) – e del loro coordinamento. Il segretario della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG) ha sottovalutato l'inchiesta dicendo che “la categoria è stata bombardata da informazioni non precise messe in giro da chi ha interesse a demolire il Progetto”. Sembra, quindi, evidente che all'interno della categoria vi sia chi ha interesse a demolire tale Progetto. Questo non è un buon segnale, perché è innegabile che a livello periferico ci siano dubbi su una modifica del modo di fare assistenza. Non è un buon segnale perché, nella storia sindacale del nostro Paese, ci sono molti esempi di fratture fra rappresentanti e rappresentati che hanno portato problemi ai sindacati e guai al Paese, per usare un giudizio di Giuseppe Di Vittorio che è stato a lungo leader della CGIL. Uno dei temi su cui c'è incertezza riguarda il rapporto di fiducia, sul quale c'è stato anche un richiamo da parte di Wonca Italia che non è certo un'associazione che abbia dimostrato nel passato funzioni ritardanti nella evoluzione della medicina in Europa. Il Wonca sostiene che un modello in cui “il cittadino può rivolgersi presso strutture territoriali in qualunque momento, consultando uno dei MMG o dei PLS disponibili, ottenendo prestazioni diagnostiche in tempo reale [...] potrebbe erodere il rapporto fiduciario e la continuità delle cure”. A me pare che nella medicina ospedaliera sia successo qualcosa del genere. C'era una volta un medico di reparto che si occupava di una corsia di cui sapeva tutto e al quale si rivolgevano i genitori; oggi c'è il medico di turno del mattino, del pomeriggio e della notte, per tutti i bambini del reparto, che prende la cartella per rispondere ai genitori. Sembra evidente

che se il Decreto Balduzzi sta nel solco della medicina di famiglia, queste preoccupazioni debbano essere tenute presenti: la organizzazione delle UCCP deve salvaguardare il principio e non è francamente difficile trovare la chiave per garantirlo. Anche il documento del Direttivo dell'ACP indica chiaramente che “nell'ambito delle cure primarie il rapporto medico-paziente-famiglia è personale e basato sulla fiducia reciproca e sulla libera scelta dei genitori”. Il Decreto, quindi, deve chiaramente affrontare questo aspetto. Scrivo “il Decreto” perché la categoria dei MMG/PLS è l'unica in Italia ad avere tre (!!!) distinti livelli di negoziazione sindacale: Stato, Regione, ASL che operano con tempi e razionalità profondamente differenti e talora in contraddizione fra di loro. L'aspetto della fiducia alla base del rapporto medico-famiglia non è quindi rimandabile a convenzioni o ad accordi locali stipulati a livello di ASL. Sarebbe una specie di storia del cavolo e della pecora.

Ancora una riflessione sulla risposta alla domanda: “Ritiene utili le aggregazioni multiprofessionali per integrare le diverse professionalità nell'assistenza territoriale?”. Il 53% degli interrogati ha risposto “sì”. Riguarda questo anche, nel termine “multiprofessionale”, l'accettazione del personale con laurea infermieristica? Speriamo che sia così poiché il successo del sistema è legato anche alla volontà di lavorare in équipe con questi nuovi laureati lasciando a costoro tutto ciò che istituzionalmente la laurea attribuisce loro con il rispetto, non solo delle competenze

assistenziali, ma anche della loro autonomia professionale. Un altro problema che i medici intervistati affrontano non ritenendolo, molto ragionevolmente, possibile, almeno in tempi brevi, è l'assistenza delle UCCP per 24 ore (vedi **box**) anche perché gli 1,8 miliardi riservati a questa avventura per i soli MMG sono stati giudicati dalle Regioni del tutto campati per aria. Se ci trasferiamo al campo pediatrico qui possiamo togliere l'inciso “almeno in tempi brevi”. Dato il numero dei pediatri formati per anno il solo obiettivo possibile è l'assistenza per 12 ore. Il problema dell'assistenza ai bambini per le altre 12 ore non potrà che essere affidato ai medici della continuità assistenziale, che pure fanno parte della UCCP, formati per l'urgenza pediatrica e con la possibilità di condividere la banca dati e quindi la storia clinica del bambino di cui si affronta il problema.

Un tema non sfiorato dal Decreto è quello della valutazione. Non può accadere che le nuove forme organizzative rimangano senza alcun tentativo di valutazione come è successo per quelle finora esistenti per cui se ci si chiede a quali risultati abbia portato la istituzione della pediatria di libera scelta si debba ricorrere a tutta una serie di outcome surrogate che non ci hanno mai portato da alcuna parte. Ci sovrasta l'esempio di venti anni di bilanci di salute che avrebbero potuto darci una storia longitudinale della salute della popolazione infantile italiana e che giacciono, con qualche (quante?) eccezione, preda dei topi in dimenticati corridoi regionali. ♦

BOX: INDAGINE SU UN CAMPIONE DI 1591 MMG E DI 419 PLS

- Il 40% non ritiene utili le forme aggregative (FA).
- Il 57% non crede che le FA siano essenziali nel riordino delle cure primarie.
- Il 57% non vuole il medico coordinatore delle FA.
- Il 40% non vuole il distretto come sede di riferimento per le cure primarie.
- L'85% non ritiene fattibile in tempi brevi l'H24.
- Il 70% non ritiene che le FA possano fare fronte a una riduzione dei posti letto.

Health Monitor CompuGroup Italia da Il Sole 24ORE Sanità n. 18 del 24 settembre 2012

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini
e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

editoriale

Prescrivere per principio attivo: un risparmio, ma non solo

Sergio Conti Nibali

Pediatra di famiglia, ACP dello Stretto di Messina

Nell'agosto 2012 è entrato in vigore il Decreto del Governo che obbliga i medici a prescrivere i farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) indicando il nome del principio attivo invece del nome commerciale. L'obiettivo del Governo è uno solo, il risparmio: per il cittadino (che non sarà obbligato a pagare il costo della "firma") e per il SSN (il marketing costa: la ipotetica progressiva sparizione delle "firme" porterebbe a una diminuzione del costo dei farmaci).

Da molto tempo e da più parti s'invocava la richiesta di prescrizione per principio attivo attraverso la Denominazione Comune Internazionale (DCI) per motivi "culturali" [1-4].

La DCI delle sostanze farmaceutiche è stata concepita una sessantina di anni fa, sotto l'egida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per servire da linguaggio comune all'insieme dei professionisti della Sanità e dei pazienti nel mondo intero.

Prescrivere con la DCI ha l'obiettivo di restituire, sia al medico che al farmacista, il rispettivo ruolo nella scelta del trattamento terapeutico e della sua attuazione. È l'occasione, per il medico, di interessarsi all'essenza del suo compito, ossia la diagnosi e la strategia terapeutica, e di concentrare la sua attenzione sulle buone pratiche del prescrivere.

Prescrivere con la DCI permette, inoltre, di liberarsi dalle campagne promozionali delle case farmaceutiche. Se con l'attuazione del Decreto si arriverà a diminuire la circolazione di mezzi di informazione redatti con il nome commerciale e si preferirà un'informazione che permetta di confrontare bene i farmaci sulla base di un ragionamento in termini di DCI, i medici, i farmacisti e gli altri professionisti della Sanità potranno acquisire una conoscenza più solida sulle strategie terapeutiche esistenti.

Bisogna tuttavia considerare che, in certi casi e specialmente nella gestione dei pazienti anziani e/o con patologie croniche, prescrivere con la DCI può presen-

tare alcuni inconvenienti, per cui occorre certamente distinguere i trattamenti a breve e a lungo termine, prendere in esame gli eccipienti con effetto potenzialmente dannoso. A volte, ma raramente, la mancanza di bioequivalenza può far correre un rischio clinico e un cambiamento nell'aspetto del farmaco rischia di mettere in crisi il paziente, per cui occorre anche prendere in considerazione le sue scelte.

Pur sottoponendo a debita analisi questi ultimi aspetti, non possiamo che accogliere con estrema soddisfazione tale "rivoluzione", che poi rivoluzione non è, dal momento che è ormai da più parti la modalità prescrittiva più seguita: in Gran Bretagna più dell'80% dei farmaci venduti non è "firmato", negli USA il 75%. Eppure (ma, a dire il vero, ce lo aspettavamo) è già partita una forte opposizione al provvedimento, che purtroppo coinvolge anche alcune sigle di organizzazioni professionali di medici, e che cerca il favore dell'opinione pubblica diffondendo informazioni non vere.

– *Non è vero* che "il medico è obbligato a prescrivere il farmaco generico"; i farmaci cosiddetti "generici" (ma che in realtà si chiamano "equivalenti") non essendo "firmati" prendono il nome dal principio attivo, ma il medico, scrivendo sulla ricetta il nome del principio attivo, lascia libero il paziente di acquistare il prodotto che preferisce.

– *Non è vero* che "i farmaci equivalenti hanno un'efficacia inferiore a quella dei farmaci firmati"; per essere commercializzato qualunque prodotto farmaceutico deve subire un processo di autorizzazione severo, che è esattamente lo stesso sia per i farmaci "firmati" sia per quelli che non lo sono. È vero che ci possono essere piccole differenze (in più o in meno) nell'efficacia di ciascun prodotto, ma sono tollerate solo se ininfluenti da un punto di vista terapeutico e possono riguardare tutti i prodotti (firmati e non firmati):

il minor prezzo dei farmaci equivalenti dipende solo dalla minimizzazione delle spese di marketing.

– *Non è vero* che "i farmaci equivalenti possono contenere eccipienti potenzialmente allergizzanti"; è vero che gli eccipienti contenuti nei farmaci equivalenti possono essere diversi da quelli contenuti nei farmaci "firmati", ma non si capisce perché i pazienti dovrebbero essere più facilmente allergici agli uni piuttosto che agli altri.

Una ricerca in pediatria ambulatoriale del 2007 ha confermato la fattibilità della prescrizione per DCI in quel setting; la prescrizione con la DCI è stata accettata dai genitori e dai farmacisti, che solo poche volte hanno chiesto spiegazioni al pediatra, senza tuttavia mai rifiutare la ricetta; i pazienti hanno sempre ricevuto il principio attivo che il pediatra aveva prescritto [5].

Attendiamo con grande interesse e curiosità le ricadute che il Decreto produrrà nel prossimo futuro; speriamo possa produrre non solo un risparmio per il SSN (comunque auspicabile), ma anche un cambiamento culturale nell'approccio a una prescrizione farmaceutica basata sempre di più su prove di efficacia e nell'interesse esclusivo del paziente. ♦

Bibliografia

[1] Redazionale. Prescrivere con la Denominazione Comune Internazionale (DCI) dei farmaci. Quaderni acp 2006;13:180-3.

[2] Conti Nibali S, et al. Prescrizione per principio attivo. Dialogo sui farmaci 2006;6:283-5.

[3] Font M. Una questione di... principio. Perché prescrivere e dispensare per DCI. Ricerca & Pratica 2006;22:108-13.

[4] http://www.nograziepagio.it/nuova_pagina_7.htm.

[5] Conti Nibali S, et al. La prescrizione per DCI in Pediatria ambulatoriale. Studio di fattibilità. Quaderni acp 2007;14:46-7.

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

editoriale

Il 24° Congresso nazionale ACP

Proposte e sfide

Paolo Siani
Presidente ACP

Una bella novità: raccontare casi clinici a più voci, coinvolgendo cioè tutti i professionisti che si occupano di bambini; bambini in TIN e quindi neonatologi e pediatri di famiglia (pdf) che li accolgono alla dimissione; bambini a rischio psicosociale e quindi pediatri di comunità, assistenti sociali, volontari; bambini acondroplastici e quindi bioeticisti.

Al 24° Congresso nazionale ACP abbiamo voluto richiamare l'attenzione su un nuovo modo di fare il pediatra oggi, con il bisogno e la necessità di un continuo dialogo con le scienze sociali ed educative per una piena comprensione dello stato di salute del bambino. Perché ancora oggi nascere in un certo quartiere o in famiglie a rischio psicosociale determina gravi disparità nella salute dei bambini, come ha spiegato Ivo Picotto, coordinatore del Gruppo ACP Nord-Ovest, che ha aperto il Congresso e che, ripercorrendo la storia dell'impegno dell'Associazione a livello territoriale in oltre trent'anni di attività, ha sottolineato la necessità di passare dal prendersi cura del bambino a una cultura dell'accoglienza, in cui ogni piccolo paziente è una storia a sé, da affrontare nel contesto in cui le condizioni patologiche si sviluppano.

Questo è stato il "core" del 24° Congresso nazionale ACP, che si è svolto a Torino dall'11 al 13 ottobre u.s. con la partecipazione di oltre 250 iscritti, e che i colleghi del Gruppo ACP Nord-Ovest hanno organizzato alla perfezione, con la cura dei minimi particolari.

L'apertura del Congresso è stata affidata, a sorpresa, a don Luigi Ciotti, Presidente di "Libera" e fondatore del Gruppo "Abele" di Torino, che ha invitato i pediatri a essere consapevoli che la scienza e la capacità tecnica non esauriscono il ruolo e la responsabilità del medico, richiamando la politica a investire maggiormente nel sociale. Abbandonare le politiche sociali significa creare le condizioni per un peggioramento del quadro sanitario, aumentando l'esclusione di chi è già a rischio. Infine il forte richiamo all'eti-

ca della responsabilità che si misura nei comportamenti pubblici e nell'impegno di ogni professionista.

Anche quest'anno, organizzato senza sponsor, il Congresso nazionale ha mostrato un'Associazione viva e ben presente nel territorio nazionale.

Molto apprezzate le relazioni di Beppe Magazzù sul percorso decisionale e di Andrea Biondi sulle cellule staminali, che hanno aperto con la massima puntualità le sessioni di venerdì e sabato.

Gianni Tognoni, che da un po' non partecipava al nostro Congresso nazionale, ha ribadito quello di cui spesso si discute in ACP: da una ventina d'anni in Italia assistiamo alla trasformazione della salute da un'area di diritto a una voce dei bilanci pubblici, secondo regole aziendali. Questo determina un impoverimento del diritto alle cure e della libertà del medico che deve disporre delle cure secondo logiche di risparmio e di rimborsabilità, con il rischio che il diritto universale alla salute si trasformi nel diritto del più forte, ossia di chi può pagare. Anche in Europa, ci ha detto Giorgio Tamburlini, si registra un quadro generale di peggioramento delle aree della cronicità, con il rischio di un arretramento delle condizioni di salute per la prima volta dal dopoguerra. Insufficienti gli investimenti pubblici e permanente il gap tra bisogni e risposte nell'ambito della salute mentale, oltre al cronicizzarsi degli abusi sui minori: per fare fronte a queste emergenze occorrono una precoce presa in carico dei bambini e un investimento più deciso nelle politiche sociali e di salute pubblica.

Le sfide di domani riguardano le malattie rare, la salute mentale e tutta la sfera degli abusi psico-fisici sui minori. Su questo si dovrà lavorare e su questi temi si dovranno formare le nuove generazioni di pediatri.

Alta la partecipazione dei soci all'assemblea (120 i soci presenti), come al solito molto vivace con la presentazione della revisione del codice di autoregolamentazione nei confronti dell'industria e del

documento sulla riorganizzazione dell'area pediatrica. La presentazione del bilancio sociale, che potrete consultare sul sito dell'Associazione, affidata al Presidente, al Tesoriere e al Revisore dei conti, è stata apprezzata da tutti i presenti. Accolta con piacere anche la proposta del professor Fabio Sereni, già Presidente ACP, di finanziare con un bando pubblico una ricerca ACP. La proposta è stata ripresa in assemblea anche da un altro *past president* ACP presente a Torino, il professor Marcello Orzalesi.

Sono state rinnovate le cariche sociali con l'elezione del Presidente e di nuovi 4 consiglieri. Per la prima volta siede nel Direttivo nazionale una specializzanda in pediatria, a dimostrazione dell'interesse ACP per gli specializzandi (vedi **box**).

Nel corso di un "apericena" elegante ed essenziale all'interno di uno splendido palazzo, sede del circolo dei lettori, il ricordo davvero emozionante di Liliana Pomi, affidato al professor Biasini.

Ma già a Torino arrivavano notizie molto preoccupanti sulla salute del professor Panizon, e tutti noi abbiamo sperato in un miracolo, perché tutti eravamo davvero convinti che Franco Panizon non potesse abbandonarci mai. ♦

	voti
<i>Presidente:</i>	
Paolo Siani (ospedaliero)	216
<i>Revisore dei conti:</i>	
Arturo Alberti (pdf)	201
<i>Consiglieri eletti:</i>	
Gherardo Rapisardi (osp.)	159
Carla Berardi (pdf)	150
Naire Sansotta (spec.)	96
Manuela Orrù (pdf)	71
<i>Consiglieri non eletti:</i>	
Pierangela Rana	69
Daniela Lizzi	58
Sergio Zarrilli	19
Voti in sede:	117
Per posta:	141
Totale votanti:	258

Per corrispondenza:
Paolo Siani
e-mail: p.siani@santobonopausilipon.it

Franco Panizon era unico

Vorrei saper scrivere come Franco era capace per poter meglio parlare di lui ed esprimere il mio dolore per aver perso un amico di una vita.

Franco Panizon era unico, come non ce ne sarà più uno nella Pediatria italiana. Unico per carisma, unico per cultura, unico anche per sincerità e per disponibilità.

Unico per carisma. Era in tutto e per tutto l'opposto del professore universitario "barone vecchio stile", che incuteva rispetto per la sua posizione accademica, e sempre comunicava il suo sapere *ex cathedra*. Panizon, invece, insegnava sempre, anche quando non teneva lezioni o faceva conferenze, anche quando non visitava in corsia l'ammalato con gli specializzandi, mettendosi sempre sullo stesso piano di chi lo ascoltava. Così trasmetteva la sua verità, cui sempre credeva fino in fondo. Per il suo carisma, per il suo modo di vivere la professione era divenuto il vero referente di un largo settore della Pediatria che oggi, con termine limitativo, viene definita "di famiglia".

Unico per cultura. Non intendo solo cultura medica, anche se è indubbio che nell'epoca della specializzazione lui era un'eccezione. Di nulla era specialista ma sapeva affrontare con cognizione le patologie pediatriche più disparate. Era anche unico per cultura umanistica. In quanto, quasi paradossalmente, era simile ai grandi medici del remoto passato, che quando eccelleverano non erano mai solo clinici, ma erano anche letterati o filosofi. Aveva una straordinaria sensibilità artistica e si era formato anche un'eccezionale cultura, soprattutto per la pittura e la scultura classica. Ricordo con commozione una visita con lui, tanti anni orsono nelle pause di un congresso, alla Pinacoteca del Castello di Verona, durante la quale mi fece vedere e apprezzare in alcuni capolavori (in particolare una Sacra Famiglia attribuita al Mantegna) ciò che i miei occhi non avrebbero mai visto! Tutti sanno che Franco dipingeva e soprattutto disegnava, quando era in vena, in maniera straordinaria. Mia moglie e io siamo orgogliosi e gelosi di conservare nelle nostre case forse la più importante collezione dei suoi disegni.

Franco era sincero nel senso più compiuto del termine, tanto da sacrificare alcune volte alla sincerità la salvaguardia del buon rapporto tra amici. Molti anni fa io stesso ricevetti da lui, a seguito di un suo giudizio forse

impulsivo, una dolorosa ferita poi guarita per l'affetto fraterno che ci univa.

Franco non conosceva la volgare ambizione carrieristica: nulla era più lontano dal suo modo di agire e di pensare. In pensione, e non più Direttore di Clinica, non esitò, anche quando le sue condizioni di salute non erano ottimali, ad andare prima in Afghanistan e poi in Africa a visitare e a curare bambini, senza alcun ruolo direttivo, ma solo per il desiderio di essere "utile". Ma molto prima, ancora Direttore al "Burlo Garofolo" aveva pianificato un intervento organico e continuativo in Angola. Ho condiviso con Franco le illusioni e le speranze del periodo "eroico" della nostra vita accademica quando, soprattutto con *Prospettive in Pediatria*, cercavamo, insieme ad Antonio Cao, Calogero Vullo, Gennaro Sansone, Sergio Nordio, Giovanni Bucci e altri amici, di diffondere una nuova modalità di intendere la cultura pediatrica, e di dire la nostra sui problemi fondamentali concernenti il rapporto tra pediatria e società. I commenti conclusivi di Franco Panizon alle "Tavole Rotonde" di *Prospettive* sono stati esemplari, per la sua capacità, che ha poi sempre conservato, di andare diritto all'essenziale dei problemi.

Non sempre, con Franco, mi sono trovato d'accordo riguardo alla sua visione della pediatria, ma sempre ho ammirato la sua passione e la sua capacità di trasmettere cultura. *Medico e Bambino* è la sua più preziosa eredità culturale. Sono certo che i suoi allievi la conserveranno come lui avrebbe desiderato.

Fabio Sereni

Mi è difficile scrivere di Lui. Ne farò un ricordo lontano. Lavoravo con Rino Vullo da un anno. Era l'autunno del 1963. Lui era venuto a trovare il suo vecchio amico. Venne con noi a vedere la radiografia di un rachide: forse una mucopolisaccaridosi. Ebbi la prima impressione di ciò che sapeva e di come lo insegnava.

Mi prese per un orecchio, non me lo aspettavo, mi portò davanti al diascopio e mi mostrò con semplicità tutto ciò che si poteva vedere. Poi, nel nostro piccolo laboratorio, guardavo il vetrino forse di una leucemia e non trovavo molto. Si affacciò all'oculare e mi disse: "Guarda alle 12". Non vidi granché. "Riguarda, che lo vedi"; lesse nel mio viso, prese una matita e disegnò il quadro. Lo vidi. "Macaco, ha un nucleolo come un cocomero!".

Poi al microscopio passò il midollo della mucopolisaccaridosi alla ricerca di granulazioni rossastre che aveva studiato e che non trovò. Una didattica semplificata, un po' goliardica, da fratello maggiore.

Gli anni passarono: nel 1970 cominciai, con Lui e altri 100, l'avventura dell'ACP. Un altro passo: esportare la didattica nei convegni. Era già nato, per iniziativa di Fabio Sereni, *Prospettive in Pediatria* con i convegni di Saint Vincent all'Hotel Billia. Una formazione alta. Lui e Vullo cominciarono a pensare alla "territorializzazione" della formazione: "Bisogna occuparsi della cultura pediatrica 'media'" scrisse Rino a Fabio.

Nacquero, nel 1972, le Giornate Mediche Cesenati. Massima semplificazione: inizio secco alle 9, una sola giornata, micro-tassa per la colazione (Lire 3000, poi 10.000), tempi rigidi, solo temi che toccano tutti, fine alle 18. Qui la Sua presenza fu costante, ma vi "debuttarono" i giovani: Agosti e Mastella (1974), Bouquet



Congresso nazionale a Napoli 2005
Durante la rappresentazione dei Gufi dell'ACP



La torta del 30° compleanno dell'ACP

(1975), Longo e Pocecco (1976), Masera (1977), Tamburlini (1978), Ventura (1980), Fontana (1984). Temi ancora validi oggi. Ricordarli può servire a capire l'ampiezza del campo in cui si lavorava.

Nel 1976 la pseudopatologia, nel 1979 i disordini dell'apprendimento, nel 1980 la semplificazione delle cure, un suo amore, nel 1981 l'adolescente, nel 1982 la patologia di passaggio dal bambino all'adulto, nel 1983 l'abuso di farmaci, nel 1984 i *misteri*, cioè le cose che non si capivano e si capiscono ancora poco (dalle coliche gassose alla stomatite ricorrente), nel 1989 il self management del malato cronico. Intanto il pubblico cresceva e si dovette passare dalla sala convegni a un teatro. I temi portano il Suo stile; nascevano un po' a Trieste (la semplificazione ci raggiungeva con un vassoio di biscotti alle due), un po' a Milano e un po' a Ferrara.

Da Pasquale Alcaro, frequentatore inossidabile di quei convegni, nacque Copanello. Lo schema funzionava e generò Perugia e Tabiano. La territorializzazione era compiuta. Chi aveva iniziato poteva riposarsi? Lui disse di sì. Intanto si era passati dalla diffusione della cultura orale a quella scritta: era nato *Medico e Bambino* e nacquero i suoi tascabili semplici e completi, editorialmente perfetti nonostante il disordine con cui inviava le cose. Da Presidente dell'ACP pensò alla organizzazione. Si cominciò nel 1985. "Sei uomo di numeri" disse e spinse per la "Ipotesi per una organizzazione dell'assistenza pediatrica" che uscì dopo 3 anni su *Medico e Bambino* (1988; 7:183-94). Il resto lo avete vissuto come me e per tutto quanto ci ha dato ci abbracciamo ringraziandolo.

Giancarlo Biasini

Quando ci siamo trovati per ricordarlo, ieri, nell'aula magna del "Burlo Garofolo", tutti noi, allievi antichi e nuovi, medici e infermieri, genitori, c'eravate anche voi tutti, pediatri italiani. Già più di 1000 messaggi erano arrivati nella posta dell'uno o dell'altro, per ricordarlo. L'incontro non è stato celebrativo, ma una serie di ricordi e aneddoti. Ovviamente, trattandosi di lui, delle sue mitiche sfuriate, delle sue parole sorprendenti e fuori schema, delle sue prese di posizione contro corrente e mai di maniera, ci sono stati più sorrisi che lacrime. Era vivissimo dentro di noi. E ci resterà.

Era una delle persone più intelligenti da me incontrate. Unità a una memoria eccezionale e a una formidabile intuizione, da artista qual era, questa intelligenza ne

faceva un clinico straordinario e un altrettanto straordinario didatta. Ricordo ancora alcune delle sue lezioni: l'essenziale trasmesso in modo tale da essere introiettato per sempre. Una formidabile capacità di cogliere e trasmettere il senso, il nocciolo delle cose, ecco cosa aveva. Non a caso era anche un grande disegnatore, capace di cogliere l'anima delle cose. Molto schietto e poco diplomatico, ci teneva a piacere, ma mai l'ho visto tentare di compiacere.

Ricordare quanto ha fatto Franco Panizon può servire per i più giovani. Ha cambiato il modo di concepire le cure al bambino. Assieme a Sergio Nordio, presso il "Burlo Garofolo", negli anni Settanta e Ottanta, ha aperto i reparti ai genitori, senza limiti. Ha istituito, con l'esempio quotidiano, la pratica di parlare ai genitori, di spiegare tutto, di star loro vicino. Con il day hospital, con una clinica essenziale quanto rilevante, con una disponibilità continua alla consulenza per medici di famiglia e ospedalieri, ha ridotto i tempi di degenza al minimo indispensabile. Ha rivoluzionato il modo di fare aggiornamento, rendendolo pratico, vicino alle cose, interattivo, coinvolgente e, certamente, libero da conflitti d'interesse. Ma, anche qui, mai per posizione preconcetta, perché ogni volta avesse un suo senso, una sua misura, non scontata. Ha fondato *Medico e Bambino*, è stato tra i fondatori



dell'ACP, ha scritto libri di pediatria e di vita, ha disegnato cogliendo il senso e la poesia e la bellezza delle cose. Non ha mai sistemato nessuno di noi. Come una volta, molti anni fa, mi disse: "È importante che vi sentiate liberi". Era certo sicuro di sé, ma poi diceva, ci diceva spesso: "Sto imparando da ciascuno di voi". L'ultima volta che l'ho visto, mi ha chiesto se avessi letto il suo ultimo articolo, per *Medico e Bambino*, su dove va il mondo: "Leggilo e sappimi dire". Glielo dirò, chissà quando. Mi capiterà, come a volte è accaduto, di non essere totalmente d'accordo con lui. Glielo dirò, come sempre ho fatto, perché questo voleva, anche se magari, sul momento, gli faceva male.

Soprattutto, e più di tutto, come tutti voi sapete bene, ha interpretato e ha trasmesso una visione dell'essere medico piena, umanistica, sociale, politica in senso alto, o se preferite etica, ma soprattutto critica, libera, intelligente, non preconstituita. Ci ha aiutato a trovarne il senso, che non è solo il senso di una professione.

Nessuno di noi, suoi allievi più "antichi", può riprenderne del tutto le orme. Ma tutti assieme sì, crediamo di potercela fare, assieme a tutti voi. Se resteremo liberi, liberi di pensare.

Giorgio Tamburlini

L'UNICEF Italia e la promozione dell'allattamento materno

Lo sviluppo del Programma "Insieme per l'Allattamento: Ospedali & Comunità Amici dei Bambini"

Elise M. Chapin*, Rosellina Casentino*, Leonardo Speri**, Maria Enrica Bettinelli*

*Task Force BFHI/BFCI, Comitato Italiano per l'UNICEF; **Servizio Promozione ed Educazione alla Salute, Azienda ULSS 20 di Verona;

*Settore Materno-Infantile, Area Progetti Strategici, Ricerca e Sviluppo, Direzione Generale, ASL di Milano

Abstract

UNICEF Italy and breastfeeding promotion. The development of the program Together for Breastfeeding: Baby Friendly Hospitals and Communities

The Baby Friendly Initiatives promoted by the Italian National Committee for UNICEF are aimed at protecting, promoting and supporting breastfeeding, which is recognized as a goal in a number of national and regional health plans. From the launch of the Baby Friendly Hospital Initiative at the beginning of the '90s, to that of the Baby Friendly Community Initiative in 2007, to the revision and integration of the two into a single initiative in Italy in 2009, this program has grown and become so robust that it is part of health promotion programs, which makes breastfeeding one of the top-ranking health objectives for mothers and babies everywhere. This article looks at salient moments in the development of the initiatives both internationally and in Italy.

Quaderni acp 2012; 19(6): 246-249

Key words Breastfeeding, Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), Baby Friendly Community Initiative (BFCI)

L'iniziativa "Ospedali & Comunità Amici dei Bambini", promossa dal Comitato Italiano per l'UNICEF, mira alla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno, riconosciuto come una priorità di salute nei vari piani sanitari nazionali e regionali. Dalla nascita dell'iniziativa "Ospedali Amici dei Bambini" all'inizio degli anni Novanta al lancio in Italia della "Comunità Amica dei Bambini" nel 2007, alla revisione e integrazione dei due Progetti in un'unica iniziativa italiana nel 2009, questo programma è cresciuto e si è rafforzato fino a diventare parte di programmi di promozione della salute, ponendo l'allattamento ai primi posti tra gli obiettivi di salute per le madri e i bambini di tutto il mondo. Questo articolo delinea i momenti salienti dello sviluppo di questa iniziativa internazionale e la sua diffusione sul territorio italiano.

Parole chiave Allattamento, Ospedale Amico dei Bambini (BFHI), Comunità Amica dei Bambini (BFCI)

Introduzione

L'allattamento materno è la modalità normale con cui alimentare i bambini ed è lo standard ormai universalmente riconosciuto per misurare la crescita e lo sviluppo ottimale di ogni bambino nel mondo. Si tratta di un atto complesso, risultante da una serie di determinanti ed è un diritto della "coppia" madre-bambino sancito nell'art. 24 della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza [1]. La Strategia Globale raccomanda un allattamento esclusivo fino a 6 mesi e la prosecuzione con il latte materno, anche dopo l'introduzione di un'alimentazione complementare, fino a 2 anni

e oltre [2]. Tra le strategie proposte a livello dei sistemi sanitari, una delle più efficaci nell'aumentare il tasso di avvio, la durata nelle prime settimane dopo il parto e l'esclusività dopo la dimissione ospedaliera è l'iniziativa "Ospedale Amico dei Bambini" (BFHI = Baby Friendly Hospital Initiative), che si basa sull'applicazione di 10 Passi insieme al rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno (Codice) [3].

Uno dei programmi complementari, promettenti e più sfidanti è quello che declina i 10 Passi della BFHI nei servizi sanitari territoriali: la Comunità Amica dei

Bambini per l'Allattamento Materno (BFCI = Baby Friendly Community Initiative). Oggi nel mondo, dopo oltre venti anni di lavoro, più di 150 Paesi adottano gli strumenti di valutazione della BFHI/BFCI e sono stati riconosciuti oltre 23.000 punti nascita e diverse comunità. In Italia, dal lancio nazionale della BFHI nel 2000, sono a oggi 23 gli ospedali riconosciuti, pari al 4% dei nati, e una ASL, quella di Milano, riconosciuta come prima BFCI in Italia nel 2011.

I contenuti dell'iniziativa UNICEF "Insieme per l'Allattamento" sono attualmente inseriti tra le priorità della bozza del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, del Programma "Guadagnare Salute", e nelle "Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno" oltre che in vari piani regionali. Nella BFHI/BFCI è spiccata l'attenzione al sostegno della genitorialità, che mette il programma in linea con altri progetti mirati alla crescita in salute, come "GenitoriPiù" (www.genitoripiu.it). Questo articolo delinea i momenti salienti dello sviluppo di questa iniziativa internazionale e la sua diffusione sul territorio italiano.

La storia

La BFHI è nata in seguito alla Dichiarazione congiunta dell'OMS/UNICEF del 1989 in cui veniva sottolineata l'importanza dei servizi per la maternità e venivano elencati 10 Passi utili alla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento [4]. Un anno dopo, l'applicazione dei 10 Passi divenne uno degli obiettivi operativi della Dichiarazione degli Innocenti e nel 1991-92 avvenne il lancio ufficiale della BFHI da parte

Per corrispondenza:

Elise M. Chapin

e-mail: e.chapin@unicef.it

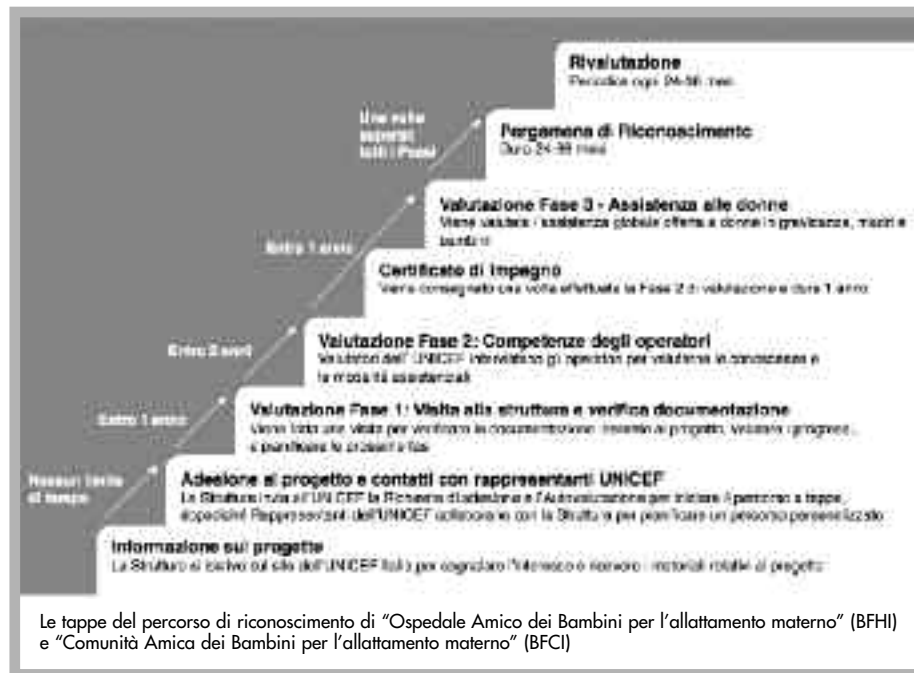
salute pubblica

dell'OMS e dell'UNICEF [5]. In Italia venne adottata dal Comitato Italiano per l'UNICEF nel 2000 con il primo corso di formazione per valutatori della BFHI. I primi ospedali ricevettero il riconoscimento nel 2001. L'anno successivo i primi ospedali crearono la Rete italiana dei BFHI che coinvolse anche alcune organizzazioni non governative. Questa Rete si è rivelata un punto di forza nella promozione e nel sostegno del programma e organizza ogni anno un incontro aperto al pubblico. Con il crescere del numero di ospedali interessati alla BFHI, è stato organizzato un secondo corso di formazione per valutatori nella primavera del 2003 e un terzo nel 2011.

Nel febbraio 2006 il Comitato italiano ha istituito, affidandone all'ASL di Milano il coordinamento, un gruppo di lavoro composto da operatori di diverse professionalità, impegnati in iniziative a favore dell'allattamento materno in strutture o servizi socio-sanitari territoriali di alcune regioni italiane (Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Marche, Sardegna, Toscana). Il mandato del gruppo è stato quello di estendere anche sul territorio i criteri previsti dalla BFHI, in analogia ad altre realtà internazionali. Nel 2007 questo lavoro è stato presentato pubblicamente al Convegno "La Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno e il Sostegno della genitorialità", tenutosi a Milano, durante il quale è stata lanciata la BFCI a livello nazionale. I 7 Passi, simili a quelli del Progetto "Seven Point Plan" sviluppato dall'UNICEF UK in Gran Bretagna e poi diffuso in altri Paesi (Canada, Australia, Nuova Zelanda, Ghana), formano le basi dell'iniziativa [6-7].

Dal 2009 i due Progetti BFHI e BFCI vengono promossi dall'UNICEF in modo integrato come l'iniziativa "Insieme per l'Allattamento: Ospedali & Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno". Obiettivo essenziale di questo progetto è creare una "cultura dell'allattamento", nel contesto di una "cultura dei diritti dell'infanzia". Questa visione integrata dell'iniziativa a sostegno dell'allattamento materno ha segnato un altro cambiamento fondamentale nel programma: non più un'unica valutazione finale, ma l'inaugurazione di un percorso a tappe (figura 1), basato sul

FIGURA 1: LE TAPPE DEL PERCORSO DI RICONOSCIMENTO DI "OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI PER L'ALLATTAMENTO MATERNO" (BFHI) E "COMUNITÀ AMICA DEI BAMBINI PER L'ALLATTAMENTO MATERNO" (BFCI)



modello dell'UNICEF UK e volto ad aumentare la fattibilità.

Il percorso per diventare BFCI con un'autovalutazione: la struttura si valuta rispetto alla compliance agli Standard per le Buone Pratiche [8-9]. Questa autovalutazione iniziale porta a un'analisi delle pratiche che incoraggiano o ostacolano l'allattamento materno e successivamente alle azioni necessarie per effettuare questi cambiamenti, seguendo la sequenza AAA (Autovalutazione, Analisi, Azione) in analogia con lo sviluppo di altri programmi UNICEF. La struttura utilizza questo piano di azione per organizzare gli interventi necessari in ognuna delle 3 fasi.

Le tappe di valutazione partono nella Fase 1 dalla preparazione dei documenti necessari come una politica aziendale e vari protocolli inerenti all'alimentazione infantile, per proseguire nella Fase 2 con interviste agli operatori impegnati nel percorso nascita e concludersi nella Fase 3 con interviste alle donne in gravidanza e alle madri per valutare se l'assistenza offerta rispecchia gli standard delle buone pratiche.

Una volta ottenuto il riconoscimento, ogni anno, le strutture devono fare un monitoraggio dell'attuazione della politica

aziendale, un'autovalutazione e raccogliere dati sui tassi dell'allattamento. Il riconoscimento dura dai 24 ai 36 mesi, dopodiché l'UNICEF prevede una visita di rivalutazione dove i requisiti sono gli stessi della valutazione, ma in un'unica visita. UNICEF Italia ha inserito in questo percorso di valutazione a tappe anche un tutor, che accompagna la struttura nell'arco del percorso. Nella Fase di valutazione 1 convalida la documentazione e il piano di lavoro della struttura e valuta la compliance della struttura ai requisiti previsti per le Fasi 2 e 3 di valutazione. Importanti si sono rivelati, per il raggiungimento dell'obiettivo e la verifica prima della valutazione, gli audit agli operatori per valutare le conoscenze e le competenze pratiche e i questionari alle madri per valutare le loro conoscenze/competenze rispetto agli standard. Tutte le fasi del programma sono supportate da materiale documentale che è disponibile online (www.unicef.it/allattamento_materiali). A sostegno degli interventi previsti da parte dell'UNICEF le strutture riconoscono un contributo per le spese sostenute e per il sostegno del Progetto pari a euro 12.000 per il percorso iniziale e di euro 5500 per la rivalutazione.

Sempre nel 2009, a livello internazionale l'OMS e l'UNICEF pubblicarono una revisione dei 10 Passi che rispecchiò i cambiamenti nelle conoscenze di base sul ruolo essenziale dell'allattamento al seno nel nutrire il neonato e il bambino [10]. Si possono riassumere le modifiche nei Passi (*box*) come segue:

- ▶ Passo 1 – Il Codice Internazionale è stato incorporato dal Passo 1, inserito in un passo separato e anche integrato nel corso delle 20 ore, come parte vitale dell'iniziativa, invece di essere una sorta di appendice ai materiali originali [11].
- ▶ Passo 2 – Il corso di formazione è ora di 20 ore, invece di 18 e include un maggiore numero di ore di pratica clinica supervisionata (4 ore e mezza vs 3). Consapevoli che un corso da solo non può trasformare una struttura, ma può aiutare a costruire le fondamenta comuni per il cambiamento, vengono introdotti livelli variabili di formazione per gli operatori: dedicati, coinvolti e informati. I dedicati devono fare il corso delle 20 ore, i coinvolti devono conoscere la teoria, ma non la parte pratica, mentre gli informati devono fare un corso di orientamento alla politica aziendale.
- ▶ Passo 4 – Il passo è stato reinterpretato alla luce delle scoperte sull'importanza del contatto precoce: mettere i bambini a contatto pelle a pelle con le loro madri immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora. Incoraggiare le madri a riconoscere quando i loro bambini sono pronti per essere allattati al seno e offrire aiuto se necessario.
- ▶ Passo 6 – Sono state indicate le ragioni mediche accettabili per l'uso di sostituti del latte materno che esaminano non solo le controindicazioni permanenti, ma anche quelle temporanee, o quelle che richiedono una parziale, non totale integrazione [12]. Inoltre è stata ampliata l'attenzione rivolta a una madre che non vuole o non può allattare, definendo le informazioni necessarie sulla preparazione, somministrazione e conservazione dei sostituti del latte che devono essere basate sulle evidenze scientifiche aggiornate e indipendenti da interessi commerciali.

BOX: I PASSI DELL'INIZIATIVA "INSIEME PER L'ALLATTAMENTO: OSPEDALI & COMUNITÀ AMICI DEI BAMBINI"

Ospedale Amico dei Bambini per l'allattamento materno (BFHI)

1. Definire una politica aziendale e dei protocolli scritti per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale sanitario.
2. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo.
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno.
4. Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario.
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati.
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica.
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrono insieme ventiquattr'ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale.
8. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento.
9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento.
10. Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.

Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno (BFCL)

1. Definire una politica aziendale per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale.
2. Formare tutto il personale per attuare la politica aziendale.
3. Informare tutte le donne in gravidanza e le loro famiglie sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno.
4. Sostenere le madri e proteggere l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno.
5. Promuovere l'allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi compiuti, l'introduzione di adeguati alimenti complementari oltre i 6 mesi e l'allattamento al seno prolungato.
6. Creare ambienti accoglienti per favorire la pratica dell'allattamento al seno.
7. Promuovere la collaborazione tra il personale sanitario, i gruppi di sostegno e la comunità locale.

In entrambe le iniziative le strutture devono, inoltre, garantire il rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive pertinenti Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità.

- ▶ Passo 8 – Si concentra sull'insegnamento alle madri a riconoscere i segnali di fame e non semplicemente ad aspettare che il bambino pianga.
- ▶ Passo Codice – Il rispetto del Codice è diventato un passo a sé stante. Tutti gli operatori dovrebbero conoscere e promuovere la piena attuazione del Codice per colmare la disinformazione

sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini, purtroppo ancora diffusa, e per porre fine alla distribuzione gratuita e a basso costo dei sostituti del latte materno nelle strutture sanitarie.

- ▶ Passo Cure Amiche – In Italia, dal 1° gennaio 2012 sono diventate obbligatorie le Cure Amiche della Madre che permettono alle donne di essere

più protagoniste del momento del travaglio e parto. La promozione di un modello di cura della maternità che riconosca l'importanza di proteggere la madre da interferenze inutili e dannose durante e immediatamente dopo la nascita sembra ormai fondamentale.

Gli allegati sono stati anche aggiornati per includere un questionario per le madri che le strutture possono usare per ottenere un anonimo feedback e degli audit per gli operatori.

I progetti attuali

Oltre al ciclo continuo di valutazioni e rivalutazioni che vede impegnati ospedali e comunità su tutto il territorio, sia la BFHI sia la BFCI sono oggetto di progetti a livello nazionale e regionale. La BFHI è oggetto del Progetto nazionale di promozione dell'allattamento al seno in ospedale finanziato dal Centro Controllo per le Malattie (CCM) e coordinato dal Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Il progetto CCM vede impegnati 10 Ospedali di 5 Regioni (Sicilia, Lazio, Marche, Veneto e ASL di Milano) nel percorso BFHI con l'obiettivo di completare la Fase 2, ossia la valutazione degli operatori entro marzo 2013. Come parte di questo progetto, sono stati sviluppati opuscoli sull'allattamento e sulla preparazione dei sostituti del latte materno, un sito web e una locandina. Tramite una collaborazione fra ULSS 20 di Verona, UNICEF e ASL Milano, è stata sviluppata una versione sintetica multilingue della politica aziendale, requisito per la Fase 2.

In maniera analoga, la Regione Veneto ha intrapreso un Progetto di promozione della BFHI che coinvolge 22 dei 42 punti nascita pubblici dove nasce quasi il 72% dei bambini nel Veneto. Il Progetto ha avuto l'avvio formale nel 2011 e si prefigge come obiettivo di accompagnare le strutture nel percorso fino al superamento della Fase 2. A livello nazionale altre Regioni hanno inserito la promozione dell'allattamento nei Piani regionali per la prevenzione.

La BFCI è protagonista di un Progetto di ricerca "Baby Friendly Community Initiative e allattamento al seno esclusivo: uno studio controllato multicentrico" promosso dall'UNICEF Italia, insieme all'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste e all'ASL di Milano. Questa ricerca mira a valutare l'impatto della BFCI sui tassi dell'allattamento e coinvolge 18 Distretti socio-sanitari per verificare se l'applicazione dei 7 Passi e della BFCI sia in grado di promuovere buone pratiche a sostegno delle madri e dei bambini e aumentare il tasso di allattamento esclusivo ai 6 mesi compiuti. Il Progetto è iniziato nel 2009 e si concluderà nella primavera del 2013.

Un passo peculiare della BFCI è il Passo 6: "creare ambienti accoglienti nella comunità sia all'interno della struttura sanitaria sia nei luoghi pubblici". È nata così l'idea della realizzazione dei Baby Pit Stop (BPS), luoghi accoglienti gratuiti dove la madre che allatta si possa sentire la benvenuta e dove siano garantiti accoglienza, riserbo e discrezione (il tutto monitorato dall'associazione Baby-Consumers). Uno degli sviluppi futuri della BFCI prevede la diffusione delle Buone Pratiche negli ambulatori dei pdf.

Conclusioni

Da quando è stata introdotta, oltre venti anni fa, l'iniziativa "Ospedali & Comunità Amici dei Bambini" ha stimolato l'interesse nella protezione, promozione e sostegno dell'allattamento e più in generale del sostegno alla genitorialità. Gli standard per le buone pratiche dell'UNICEF Italia contengono alcune indicazioni di base che contribuiscono a creare nel sistema sanitario una nuova attenzione e un terreno culturale favorevole, e che sono già di grande aiuto perché vengano fornite alle mamme e alle loro famiglie informazioni omogenee e corrette, dal concepimento alla nascita e per i primi anni di vita. ♦

Si ringraziano tutti i componenti della Task Force BFHI/BFCI, i tutor/valuta-

tori UNICEF e gli operatori e i volontari impegnati nella promozione della BFHI/BFCI.

Le idee espresse sono quelle degli Autori e non riflettono necessariamente la politica o le opinioni dell'UNICEF.

Gli Autori dichiarano assenza di conflitti di interesse.

Bibliografia

- [1] UNICEF. Convenzione sui Diritti dell'Infanzia. New York: UNICEF, 1989.
- [2] Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF. La Strategia Globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità, 2002.
- [3] Organizzazione Mondiale della Sanità. Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità, 1981.
- [4] Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF. L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità. Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF. Roma: UNICEF Italia, 1989.
- [5] UNICEF, Organizzazione Mondiale della Sanità. Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. Ginevra: UNICEF/OMS, 1990.
- [6] UNICEF UK Baby Friendly Initiative. The Seven Point Plan for Sustaining Breastfeeding in the Community. Revised, September 2008 ed. London: UNICEF UK Baby Friendly Initiative, 2008.
- [7] Bettinelli ME, Chapin EM, Cattaneo A. Establishing the Baby-Friendly Community Initiative in Italy: Development, Strategy, and Implementation. *J Hum Lact* 2012;28(3):297-303.
- [8] UNICEF Italia. Standard per le Buone Pratiche per gli Ospedali: iniziativa Ospedali & Comunità Amici dei Bambini. Roma: UNICEF Italia, 2009.
- [9] UNICEF Italia. Standard per le Buone Pratiche per le Comunità: iniziativa Ospedali & Comunità Amici dei Bambini. Roma: UNICEF Italia, 2009.
- [10] World Health Organization, UNICEF, Wellstart International. Baby-Friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1, Background and implementation. Ginevra: World Health Organization and UNICEF, 2009.
- [11] Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini, riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure: Sezione 3. Promozione e sostegno dell'Allattamento al Seno in un "Ospedale Amico dei Bambini" – Un corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: OMS e UNICEF, 2009.
- [12] Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF. Ragioni mediche accettabili per l'uso di sostituti del latte materno. Roma: UNICEF Italia, 2009.

Liste e tempi di attesa per le prestazioni in Pediatria: i bambini e i pediatri sono interessati?

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

Abstract

Wait lists and times in pediatrics: are children and paediatricians interested?

Prolonged wait times for care are a well known problem in public funded health care systems. People often perceive that the time they wait for specialist consultation, diagnostic investigation or surgical treatment is disproportionately long and they fear about a possible detrimental effect on their health status. Several theoretical and practical models have been proposed to manage such a phenomenon, essentially based on prioritizing criteria that allow to establish for each procedure who should be treated with higher priority and in which maximum target time. This is especially true for adult medicine even if interesting experiences in paediatric practice have been developed in some countries. In Italy, wait lists are increasingly monitored by public health authorities but the specific attention to prioritizing criteria or access targets for pediatric or mixed adult-pediatric services is still lacking. More data are needed on the reality of pediatric wait lists to achieve the goals of effective equity, accountability and transparency and to help future policies in pediatric health.

Quaderni acp 2012; 19(6): 250-255

Key words Wait time. Wait list. Priority. Target time. Governance

Il problema delle liste e dei tempi di attesa per accedere alle prestazioni è ben conosciuto e accomuna i Sistemi sanitari sostenuti da fondi pubblici. I pazienti hanno spesso la sensazione che i tempi di attesa per una visita specialistica, un'indagine diagnostica o un intervento chirurgico siano eccessivamente lunghi e temono che tale attesa influisca negativamente sulla loro salute. I modelli proposti per affrontare il problema prevedono l'elaborazione di criteri di prioritizzazione che consentano di stabilire chi debba essere trattato con precedenza ed entro quale tempo massimo. I riferimenti della letteratura sono prevalentemente alla medicina dell'adulto, anche se ci sono limitate esperienze in alcune specialità pediatriche. In Italia, le dinamiche relative alle liste di attesa sono monitorate dal Sistema sanitario pubblico, ma vi è ancora scarsa attenzione verso la gestione e il monitoraggio delle liste di attesa per le prestazioni pediatriche o per quelle condivise tra adulti e bambini. Occorre raccogliere più dati in questo ambito per garantire equità, giustificabilità e trasparenza e come supporto alle scelte future in tema di assistenza pediatrica.

Parole chiave Tempi di attesa. Liste di attesa. Priorità. Tempo limite. Governo

Un recente fascicolo della rivista *Politiche Sanitarie* è dedicato al tema dei tempi delle liste di attesa visto attraverso alcuni modelli teorici e sperimentazioni italiane ed estere con riferimento, esplicito o implicito, per lo più alla medicina dell'adulto [1].

Se si esclude l'ambito ben presidiato dei trapianti d'organo, l'attenzione alle prestazioni specialistiche pediatriche viene quasi esclusivamente dai Paesi anglosassoni e dal Canada ed è sostanzialmente limitata ai settori della neuropsichiatria e della chirurgia pediatrica. Qualche considerazione interessante sulla formazione e

disponibilità di sub-specialisti pediatri, anche in prospettiva, proviene dagli USA.

In realtà, anche da noi i pediatri, i genitori e gli specialisti si confrontano quotidianamente con il problema dell'attesa per una consulenza, un accertamento diagnostico o un intervento chirurgico. Quali sono i problemi oggettivi e le percezioni sull'attesa? I modelli da adottare sono gli stessi dell'adulto? Occorre pensare a percorsi dedicati? È sufficiente lasciare che domanda e offerta si equilibrino localmente, magari con il supporto del privato?

Tempi di attesa, priorità e governo della domanda

Il governo delle liste di attesa per le prestazioni erogate dal Sistema sanitario pubblico rappresenta un problema con il quale le politiche sanitarie dei Paesi sviluppati si confrontano ormai da anni. Tipicamente vengono identificati tre tempi di attesa: per accedere a una visita specialistica, per ottenere un test diagnostico e per accedere a un trattamento chirurgico in elezione [2]. In presenza di risorse necessariamente limitate, il Sistema è caratterizzato da un eccesso di domanda rispetto all'offerta. L'Italia, insieme ad Australia, Canada, Danimarca, Finlandia, Irlanda, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Norvegia, Spagna, Svezia e Gran Bretagna, è tra i Paesi che hanno un problema di gestione delle liste chirurgiche con tempi di attesa ritenuti lunghi.

Le liste di attesa tra domanda e offerta di servizi

I determinanti economici e organizzativi alla base del fenomeno sono numerosi, ampiamente studiati e dibattuti in letteratura. L'entità della spesa sanitaria, l'offerta di strutture (posti letto) e di personale (medici) e l'adozione di sistemi incentivanti per ospedali e medici avrebbero un effetto positivo nel ridurre i tempi di attesa [3]. D'altra parte, i tempi di attesa sono comunemente utilizzati come un "costo" per il paziente in grado di tenere in equilibrio il mercato della domanda e dell'offerta sanitaria. È presumibile che un aumento di tali tempi riduca la domanda di prestazioni perché gli utenti rinunciano ai trattamenti che ritengono meno necessari o perché si rivolgono al settore privato, ma anche che, allo stesso tempo, possa determinare un incremento dell'offerta inducendo manager e personale ad allocare risorse aggiuntive o a lavorare più intensamente per far fronte alla domanda. L'incremento dell'offerta, a sua volta, rischia d'incrementare liste e tempi di attesa per alcune prestazioni con

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

salute pubblica

elevata attesa [4]. In realtà, secondo alcuni, il Sistema sembrerebbe piuttosto “inelastico” sia nei confronti delle liste di attesa (aumentando il tempo di attesa del 10%, la domanda si riduce solo dell’1-2%) sia nei confronti dell’introduzione dei ticket (riduzione del 3%).

Al di là delle posizioni ideologiche, la coesistenza di un’alternativa privata a pagamento accanto al Sistema pubblico è senz’altro un elemento che complica i modelli teorici di governo della domanda e dell’offerta, ma di cui si deve tenere conto – e non in termini necessariamente negativi – avendo come obiettivo-guida l’equità e l’efficienza nell’erogazione dei servizi. Così, Rebba e Rizzi, al termine di una complessa simulazione in un contesto misto pubblico-privato, suggeriscono che “... la presenza di un’alternativa privata a prezzo pieno sembra consentire di migliorare il benessere sociale e l’equità nei livelli di salute quando l’offerta pubblica è limitata da un vincolo di bilancio ed è caratterizzata da tempi di attesa più lunghi rispetto al privato” [5]. Concludendo che una maggiore equità ed efficienza del Sistema pubblico possono essere ottenute attraverso l’introduzione di un ticket corretto con esenzioni per reddito e stato di salute, stabilendo parametri di appropriatezza per l’accesso alle prestazioni ma, soprattutto, identificando criteri di priorità per l’inserimento nelle liste d’attesa.

Il sistema delle priorità: decidere e verificare insieme

Già da alcuni anni, esperienze canadesi, neozelandesi e italiane hanno dimostrato che un accettabile governo delle liste di attesa può essere ottenuto mediante modelli di “prioritizzazione” o di triage che, basandosi sull’utilizzo di score multipli, parole chiave cliniche o categorie di priorità clinica identificano per ciascun paziente il grado di urgenza (quindi di priorità) e i tempi massimi entro i quali deve essere erogata la prestazione (diagnostica, specialistica o chirurgica) [4]. In Italia il problema dell’accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali a fini diagnostici è percepito come maggiormente rilevante rispetto ai tempi di attesa per un intervento chirurgico. All’interno dell’Accordo Stato-Regioni dell’11 luglio 2002 erano contenute le indicazioni per individuare i criteri di

priorità di accesso ad alcune prestazioni garantite dai LEA con forte raccomandazione a presidiare le dimensioni di appropriatezza, tempo massimo di attesa, monitoraggio dei percorsi e comunicazione e informazione dei cittadini.

La patologia oncologica, le prestazioni ambulatoriali di radiologia, oculistica, cardiologia ed endoscopia digestiva e l’accesso per ricovero venivano ritenuti ambiti e prestazioni di interesse nazionale. Più recentemente, il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 ha identificato un certo numero di prestazioni diagnostiche e chirurgiche sul cui andamento esercitare il monitoraggio relativamente alle classi di priorità B (entro 10 gg) e D (entro 30 gg per le visite ed entro 60 gg per le prestazioni strumentali) [6].

Sul tema dei tempi e delle liste di attesa, nel 2009, la Società Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria (SIQuAS) ha diffuso alcune raccomandazioni di comportamento che riportiamo nella **tabella 1** [7].

In questo settore, ha avuto buona risonanza un’esperienza ormai decennale condotta dall’Azienda sanitaria della Provincia di Trento (Aps), costruita sul modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) che identificano 5 categorie di priorità clinica sulla base delle quali il medico che prescrive una prestazione stabilisce a priori il tempo di attesa ritenuto adeguato per quel paziente (max 3, 10, 30 gg, senza limite massimo, prestazione di controllo o follow-up) [8]. L’esperienza si è caratterizzata in particolare per il coinvolgimento attivo dei medici di Medicina generale e degli specialisti in un’attività condivisa di pianificazione e monitoraggio dei percorsi che ha messo a confronto permanente gli agenti della domanda e quelli dell’offerta. La partecipazione consapevole degli utenti ai diversi passaggi dei processi decisionali ha contribuito a garantire lo sviluppo e la tenuta del sistema. Tra gli effetti positivi secondari sembra emergere una riduzione del 35% degli invii “urgenti” al Pronto Soccorso [9].

Qual è il “giusto tempo di attesa” per una prestazione?

Evidentemente dare tutto a tutti e subito sarebbe la risposta migliore se le risorse disponibili fossero infinite. Ma non è

così purtroppo e, quindi, occorre arrivare a dare tutto (il possibile) a tutti in tempi differenziati, dando maggiore priorità ai casi che richiedono maggiore tempestività di intervento e concentrazione di risorse. È il concetto della “prioritizzazione” sulla base di categorie di accesso alle prestazioni che tengano conto non solo degli elementi clinici, ma anche di importanti variabili psico-sociali. La condivisione dei criteri adottati allargata agli operatori, la loro trasparenza, il rispetto dei tempi stabiliti e il monitoraggio degli aspetti quantitativi e organizzativo-gestionali sono la prima garanzia di successo per qualsiasi strategia scelta. Se dal punto di vista del paziente la percezione dell’attesa accettabile è comprensibilmente soggettiva, occorre puntare a una sempre maggiore alleanza dei cittadini sull’importanza di utilizzare i modelli delle priorità per riuscire a garantire a ciascuno cure di alto livello secondo la necessità individuale [7].

L’attesa in chirurgia pediatrica

Quanto è opportuno che un bambino attenda prima di ottenere una consulenza specialistica, un accertamento diagnostico appena complesso o un trattamento chirurgico? La logica risposta prevederebbe un sistema di priorità analogo a quelli visti per l’adulto, ma evidentemente i ragionamenti debbono essere diversi e in questo si avverte la carenza di letteratura specifica.

Lo stesso report 2011 del Fraser Institute Canadese, istituto di ricerca tra i più attenti al problema dei tempi di attesa, analizza approfonditamente la situazione nelle 10 province canadesi relativamente a 12 specialità mediche e chirurgiche, ma non considera la situazione interna alle specialità pediatriche [10]. Tuttavia, sempre per analogia con la prevalente esperienza chirurgica nell’adulto, il Canada si distingue per un progetto dedicato ai tempi d’attesa in chirurgia pediatrica (“The Canadian Paediatric Surgical Wait Times project”) che dal 2006 ha coinvolto in uno sforzo collaborativo i 15 centri universitari canadesi responsabili della totalità degli interventi di chirurgia pediatrica del Paese [11]. Individuati due intervalli d’attesa (W1 = tempo che intercorre dall’invio allo specialista alla visita dello specialista; W2 = tempo dalla decisione dell’intervento all’intervento

TABELLA 1: DECALOGO DI RACCOMANDAZIONI SU TEMPI E LISTE DI ATTESA SECONDO LA SIQuAS [7] E POSSIBILI DECLINAZIONI PRATICHE ATTINENTI AL MONDO PEDIATRICO

Raccomandazioni SIQuAS	Possibili declinazioni in Pediatria
Differenziare le liste di attesa sulla base delle priorità cliniche e non sull'ordine di presentazione dei richiedenti. Non concentrarsi sui tempi massimi, ma sul dare maggiore priorità e meno attesa ai pazienti con maggior bisogno.	Società scientifiche e SSN dovrebbero identificare criteri di priorità per le principali sub-specialità pediatriche sulla base dei quali assicurare maggiore tempestività nelle prestazioni in presenza di più urgenti bisogni di salute. In alcuni contesti clinici come, per esempio, i disturbi neurocomportamentali, personale non medico formato a indirizzare l'utente verso il servizio più appropriato alla sua necessità può esercitare un'utile funzione di triage promuovendo l'appropriato uso delle risorse.
Coinvolgere i cittadini nella definizione e nell'applicazione di priorità cliniche, favorendo la comprensione dell'importanza dell'equità dell'accesso differenziato in base al bisogno. Ridurre in poco tempo le liste di attesa può produrre effetti distorti. È preferibile un approccio di coinvolgimento progressivo e partecipativo delle parti interessate.	Le scelte sui criteri di priorità clinica vanno rese trasparenti, esplicite e, soprattutto, condivise con gli utenti (i genitori) e le associazioni che li rappresentano. La condivisione della necessità di un sistema di prioritizzazione renderà la percezione dell'attesa più equilibrata. Alcune esperienze della medicina dell'adulto suggeriscono che il processo può essere lungo e graduale.
In assenza di dati scientifici certi sul risultato clinico finale, la validazione dei criteri di attribuzione di priorità dovrebbe essere condotta con processi di verifica della concordanza dei giudizi dei clinici sulle priorità.	L'esperienza pediatrica nella definizione dei criteri di prioritizzazione è scarsa, riferibile quasi esclusivamente a contesti sanitari diversi da quello italiano e pertanto non meramente trasferibile alla nostra realtà. Occorre che l'area pediatrica, nelle sue diverse articolazioni in livelli e competenze specifici, si confronti in un percorso comune di elaborazione e validazione dei criteri. I prescrittori (pediatri delle cure primarie) e gli erogatori (specialisti pediatri, specialisti dei servizi) sono chiamati a stabilire regole condivise.
Oltre alle priorità cliniche sulle singole prestazioni, occorre sviluppare e diffondere appropriati percorsi diagnostico-terapeutici.	È il tema dell'appropriato utilizzo delle risorse che richiede l'elaborazione di percorsi territorio-ospedale (e viceversa) che limitino l'eccessivo uso dei servizi e consentano l'erogazione della giusta cura, al giusto paziente nei giusti tempi. L'incombente crisi di risorse professionali pediatriche rende questo tema particolarmente attuale.
Garantire la tempestività dell'accesso alla refertazione delle prestazioni diagnostiche.	Le potenzialità informatiche rendono già possibile l'acquisizione in tempi brevissimi dei referti da parte di tutti gli interessati (medici e pazienti). Investire in questa direzione è compito dei livelli organizzativi del SSN in ambito regionale e aziendale. Il tempo che intercorre tra l'erogazione della prestazione e l'acquisizione del referto è realmente un "tempo perso" che va eliminato.
L'utilizzo dei sistemi di prioritizzazione va rafforzato con azioni di premio/sanzione su aziende ed erogatori. Prevedere l'allocazione di maggiori risorse per l'implementazione di modelli basati sulle priorità.	Siamo nell'ambito delle scelte strategiche di politica sanitaria e di allocazione di risorse che competono ai livelli amministrativi centrali. Esperienze britanniche indicano che il fenomeno delle liste di attesa è positivamente influenzato dall'applicazione di incentivazioni o sanzioni anche gravi (<i>targets and terror</i>) per i manager sanitari pubblici incaricati del governo di questo settore [20].
Centralizzare e informatizzare gli strumenti di prenotazione delle prestazioni per garantire ai cittadini trasparenza e verificabilità.	Le liste di attesa per le visite specialistiche pediatriche sono spesso gestite in maniera autonoma e poco trasparente dagli specialisti stessi, secondo criteri di priorità spesso inesistenti o comunque non condivisi tra prescrittori ed erogatori della prestazione. Centralizzare le liste presso CUP in grado di operare a livello aziendale o, meglio, provinciale o di area vasta è il primo passo verso la trasparenza. L'informatica lo consente già da oggi. Va anche affrontato il problema delle liste "miste" nelle quali bambini e adulti competono per le medesime prestazioni. Analogamente a quanto avviene nei Pronti Soccorso generali, è ragionevole attendersi corsie e criteri di priorità differenziati per bambini e adulti.
Garantire il monitoraggio di tempi e liste di attesa con feedback costante e periodico ai prescrittori e agli erogatori.	La verifica periodica del raggiungimento degli obiettivi sui tempi d'attesa, la validità dei criteri di priorità definiti e il rispetto dei target concordati sono parte fondamentale di tutto il processo, per la medicina dell'adulto come per la pediatria. E neppure deve essere trascurato l'aspetto comunicativo-informativo nei confronti degli utenti.
Garantire la qualità della documentazione.	Chiarezza e completezza nel quesito diagnostico e nella refertazione evitano inutili dispersioni di tempo.

stesso), analizzata una casistica di circa 85.000 interventi di chirurgia pediatrica e identificato un elenco di 867 diagnosi, il gruppo di lavoro ha assegnato per ciascun intervento una classe di priorità (secondo una classificazione in 6 livelli) associata a un tempo di attesa specifico per ciascuna classe (da "entro 24 ore" a "entro 12 mesi"). Ne è emerso che oltre il 90% dei pazienti veniva operato entro i sei mesi d'attesa, ma che il 27% (15-45% a seconda della specialità chirurgica) dei bambini veniva operato oltre il termine massimo stabilito.

Gli interventi di odontoiatria, oculistica, chirurgia plastica (labio-palatoschisi) e chirurgia oncologica avevano la maggiore percentuale di ritardo nella prestazione. Analogo approccio al problema è stato sviluppato nel Distretto canadese dell'Ontario, dove è stato richiesto ai 5 centri di chirurgia pediatrica di elaborare indicazioni *evidence-based* nei confronti di W1 e W2 nell'ambito di 10 discipline chirurgiche pediatriche [12].

Adottando un criterio classificativo in 7 livelli (da "entro 24 ore" a "entro 18 mesi") sono stati stabiliti i tempi W1 e W2 per 574 diagnosi codificate. Grazie ad analisi di questo tipo, il Sistema sanitario canadese, tra i più avanzati al mondo in tema di governo delle liste di attesa, è stato in grado di dotarsi di strumenti efficaci di valutazione delle performance in termini di rispetto dei tempi di attesa che fossero inclusivi di tutto il percorso che porta il bambino dal proprio pediatra fino alla consulenza specialistica e all'eventuale intervento chirurgico.

La scelta originale dell'approccio è stata quella di categorizzare le diagnosi e non le procedure come avviene tipicamente nella prioritizzazione delle liste chirurgiche per gli adulti. Strumenti e dati come questi possono influenzare strategie di politica sanitaria, scelte organizzative locali, allocazione di fondi e risorse in un ambito come quello pediatrico storicamente povero di elementi di conoscenza del fenomeno.

La conseguente revisione della casistica odontoiatrica del SickKids di Toronto ha consentito di abbattere la lista di attesa da 600 a 200 pazienti e di passare dal 70% di bambini con tempo di attesa eccessivo a un pressoché assoluto rispetto dei tetti di attesa stabiliti [11].

L'attesa in riabilitazione neuromotoria

Come gestire le liste di attesa di accesso ai centri di abilitazione e riabilitazione per i bambini con disturbi dello sviluppo neuromotorio? È un tema molto delicato per un gran numero di genitori, consape-

voli dell'importanza di un intervento precoce e dell'esistenza di alcune finestre temporali rilevanti per lo sviluppo del bambino, che crea ulteriore apprensione in contesti familiari già duramente provati dalla malattia. Ancora una volta è la Sanità canadese a porsi il problema partendo da qualche semplice osservazione epidemiologica [13].

Nell'area di Montreal l'attesa media per ottenere una prestazione riabilitativa era di 4-5 mesi e la metà dei bambini in lista attendeva più di 7-11 mesi a seconda della prestazione richiesta. Liste di attesa troppo lunghe in questi servizi possono essere demoralizzanti per gli operatori che vi lavorano e scoraggiare i pediatri dal richiederne l'intervento. In realtà la complessità degli approcci ri-abilitativi e la molteplicità di situazioni cliniche che portano alla richiesta di accesso rendono difficile stabilire i "giusti" tempi di attesa così come l'appropriatezza degli invii e l'efficacia degli interventi nella quasi totale assenza di pratiche basate sull'evidenza. Di conseguenza, le informazioni che giungono agli utenti sono talora contrastanti e la percezione di una scarsa tempestività della presa in carico finisce con il prevalere nel giudizio complessivo sull'assistenza ricevuta.

La definizione di percorsi per la presa in carico di bambini con disturbi dello spettro autistico ha consentito, nel British Columbia, di abbattere l'attesa per la prima valutazione diagnostica da 12-18 mesi a meno di 6 mesi. In Gran Bretagna, trattamenti di gruppo, piuttosto che individuali, per i disturbi del linguaggio e programmi di training parentale hanno ridotto i tempi delle consulenze diagnostiche da 4 mesi a 4-6 settimane e da 12 mesi a 3-4 mesi per il trattamento. Nel South Carolina, l'impiego di infermieri o assistenti sociali formati per una iniziale valutazione delle problematiche dello sviluppo e del comportamento ha ridotto i tempi d'attesa da 6 mesi a meno di 1 mese.

Occorre innanzitutto oggettivare le esigenze dei pazienti, guidarli attraverso percorsi di presa in carico appropriati, efficaci e sostenibili, cercando di capire cosa sia giusto fare, per chi e in quali tempi. Come sempre, anche qui tutto sembra giocare su un'esatta conoscenza della realtà e dei fenomeni e su un'utilizzo flessibile delle risorse disponibili.

L'attesa nelle sub-specialità pediatriche: programmare la formazione per governare il fenomeno

Là dove non esistono criteri di prioritizzazione, dare un giudizio sulla correttezza dei tempi d'attesa in una determinata

lista non ha molto senso. E l'assenza di questi criteri è pressoché totale nel mondo della pediatria. Così, un'attesa mediana di 111 giorni per una visita nefrologica in un centro di riferimento dell'Ontario appare senz'altro lunga, ma potrebbe essere accettabile per un'enuresi o totalmente inaccettabile per una macroematuria [14]. I nefrologi pediatri canadesi hanno, quindi, sviluppato un sistema di triage in 6 livelli con tetti massimi di attesa dichiarati ed è stato possibile realizzare che oltre a un'attesa mediana di 73 (range 0-193) giorni per ottenere la consulenza, il 36% dei bambini superava il tempo d'attesa assegnatogli [15]. Un terzo di loro lo superava di oltre il 20% e questo ritardo era da attribuirsi otto volte su dieci a carenze di spazi fisici ambulatoriali o a tempi morti di segreteria.

Una politica sanitaria che voglia davvero farsi carico dell'esistenza di un livello specialistico pediatrico (e quindi della possibilità di erogare le relative prestazioni) non può non riflettere sulla formazione dei sub-specialisti pediatri in una prospettiva di lungo termine. Questo è evidentemente possibile solo se il sistema ha il controllo dei percorsi attraverso i quali un pediatra può diventare sub-specialista.

È quanto avviene negli USA, dove la qualifica di sub-specialista si ottiene attraverso la certificazione ufficiale di uno dei 16 "American Board of Pediatrics" riconosciuti e che prevede un iter di formazione nella disciplina specifica [16]. Situazione ben diversa da quella italiana che non richiede necessariamente una certificazione né un iter di formazione definito per il pediatra che opera nella maggior parte delle discipline specialistiche pediatriche (fatta eccezione per la chirurgia pediatrica e la neuropsichiatria infantile). La possibilità di attivare gli indirizzi specialistici all'interno delle Scuole di Specialità in Pediatria si è realizzata incostantemente e a macchia di leopardo nelle diverse sedi e non è mai diventata criterio ufficialmente discriminante per l'esercizio della disciplina specialistica.

Ne risulta la sostanziale impossibilità di definire quantità e livelli dell'offerta in termini di sub-specialisti pediatri (operanti dentro e fuori il SSN) e, quindi, di esercitare un effettivo governo del fenomeno su scala nazionale o regionale. Numeri alla mano, emerge che negli USA esiste una sproporzione tra il numero relativo di sub-specialisti pediatri (13/100.000 pazienti 0-19 anni) e dell'adulto (36/100.000 pazienti >19 anni) con enormi differenze nelle diverse aree del Paese e nelle zone urbane rispetto a quelle suburbane e rurali. La percezione dei pediatri delle cure primarie è di una si-

gnificativa carenza di specialisti pediatri in diverse discipline tra cui neuropsichiatria, dermatologia, reumatologia, endocrinologia e gastroenterologia (tabella 2) [17-18]. Probabilmente anche i pediatri di famiglia (pdf) italiani potrebbero riconoscersi in alcune delle valutazioni dei colleghi statunitensi. Le strategie per rafforzare, qualificare e razionalizzare l'offerta sub-specialistica pediatrica sono naturalmente molto differenti negli USA rispetto all'Italia ed è qui sufficiente sottolineare che verosimilmente il problema esiste qui come là. Una proficua convergenza di interessi tra società scientifiche pediatriche e scuole di formazione universitaria potrebbe avviare un importante percorso di programmazione in questo senso. Quanti sub-specialisti pediatri occorrono per ciascuna disciplina? Formati dove e come? Distribuiti sul territorio con quali criteri? Sono domande che, forse, è venuto il momento di porsi.

Liste di attesa in Pediatria: farsi carico del problema?

Lo stato di attesa è, in fondo, una dimensione dell'essere; il tempo dell'attesa è spesso soltanto una dimensione dell'organizzazione. L'attesa che riguarda la salute ha una rilevanza intuitibile nel momento in cui investe non solo la sfera psicologica ma, soprattutto, quando incide su un percorso diagnostico-terapeutico che deve tenere conto della tempestività degli interventi e della possibile evoluzione della malattia. L'attesa in Pediatria amplifica ed esaspera qualsiasi considerazione. Alcuni Sistemi sanitari, come quello canadese, hanno posto il tema dei tempi di attesa ai livelli più alti delle loro priorità, non solo per la medicina dell'adulto, ma anche – e giustamente – per la Pediatria. Il servizio pubblico deve porsi il problema non solo dell'universalità ed equità dell'accesso, ma anche della prioritizzazione sulla base dell'urgenza degli interventi e della trasparenza dei criteri con i quali vengono definiti i tempi delle prestazioni. In Italia c'è una crescente attenzione generale al fenomeno, ma non ancora sufficientemente centrata sulle esigenze specifiche del bambino. Non c'è dubbio che gli ambiti più delicati (trapianti, chirurgia pediatrica ad altissima specializzazione) siano rigidamente presidiati e regolamentati. Quello che sembra monitorato in maniera non anco-

TABELLA 2: PERCEZIONE DI UN NUMERO INSUFFICIENTE DI SUB-SPECIALISTI PEDIATRI SECONDO 590 PEDIATRI DELLE CURE PRIMARIE APPARTENENTI ALL'“AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS” [18]

Sub-specialità pediatrica	Giudizio di numero insufficiente (% di pediatri di cure primarie)
Psichiatria	95,8
Dermatologia	81,6
Reumatologia	68,2
Neurologia	66,7
Adolescentologia	64,2
Endocrinologia	58,8
Gastroenterologia	54,5
Pediatria d'urgenza	49,2
Nefrologia	48,1
Genetica	45,1
Pneumologia	41,7
Infettivologia	36,1
Allergo-immunologia	33,0
Terapia intensiva	23,9
Emato-oncologia	20,8
Cardiologia	17,3
Neonatologia	5,5

ra soddisfacente è il vasto mondo delle consulenze specialistiche e delle prestazioni diagnostiche, soprattutto là dove – ed è forse la maggioranza delle situazioni – il bambino deve competere nelle stesse liste d'attesa dell'adulto. In questi casi non siamo certi che ovunque esistano corsie differenziate che, pesate le diverse esigenze di adulti e bambini, traggano le dovute conseguenze in termini di priorità clinica. Prendendo spunto dal già citato “decalogo” della SIQuAS è possibile immaginare alcuni livelli di intervento possibili, in area pediatrica, su questo tema (tabella 1).

La diffusione ai cittadini delle informazioni sulle liste di attesa tramite i siti web delle Agenzie Sanitarie Regionali e delle AUSL è senz'altro migliorata. Un'indagine dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) pubblicata nel 2011 mostra che nel 2009 il 34% dei siti web esplorati forniva dati su tempi e liste di attesa con un incremento dell'11-12% rispetto alle precedenti rilevazioni del 2005-2007 [19]. Alla fine del 2010, quasi la metà (47,9%) dei cittadini italiani aveva la possibilità, accedendo al sito web della propria regione, di ottenere indicazioni sui tempi di attesa di alcune prestazioni sanitarie erogate nella pro-

pria regione. Si tratta di prestazioni diagnostiche e visite specialistiche, più raramente di interventi chirurgici e procedure invasive, e comunque sempre di dati aggregati che non distinguono tra popolazione adulta e pediatrica. Solo nei siti web di alcuni ospedali pediatrici come il “Burlo Garofolo”, il “Meyer” e il “Bambino Gesù” è possibile reperire informazioni più o meno dettagliate sui tempi di attesa per le singole sub-specialità pediatriche in uno sforzo di monitoraggio e di trasparenza nei confronti degli utenti.

Il periodo storico spinge a una riduzione delle risorse, il numero dei pediatri (e quindi anche di sub-specialisti pediatri) è destinato a ridursi, la programmazione sulla formazione dei futuri specialisti appare incerta e i bambini potrebbero trovarsi sempre più a condividere con gli adulti servizi e prestazioni specialistiche comuni.

Forse è venuto il momento d'immaginare un sistema di priorità con definizione di tempi differenziati di erogazioni dei servizi anche per la Pediatria, che sia condiviso tra specialisti, pdf e centri di prenotazione attraverso percorsi concordati. Anche di questo dovrà occuparsi, nel prossimo futuro, la Pediatria italiana, anzitutto raccogliendo dati di attività

che, a oggi, mancano o sono del tutto frammentari, per dare un servizio migliore e per darlo prima a chi ha più bisogno, con maggiore appropriatezza e trasparenza per tutti. ♦

Bibliografia

- [1] Editoriale. Governare i tempi di attesa e le priorità in sanità. *Politiche Sanitarie* 2012;13:1-3.
- [2] Siciliani L. Domanda e offerta di servizi sanitari, priorità e tempi di attesa. *Politiche Sanitarie* 2012;13:4-9.
- [3] Siciliani L, Hurst J. Explaining waiting-time variations for elective surgery across OECD countries. *OECD Economic Studies* 2004;38:95-123.
- [4] Mariotti G, Liva C. L'esperienza dei raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) per ridurre i tempi di attesa in base alle priorità cliniche. *SIMG* 2006; 3:18-20.
- [5] Rebba V, Rizzi D. Ticket e gestione delle liste di attesa per una prestazione specialistica ambulatoriale pubblica in presenza di un'alternativa privata: un modello *agent-based*. *Politiche Sanitarie* 2012;13:19-30.
- [6] Ministero della Salute. Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012. Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1571_allegato.pdf.
- [7] Mariotti G. Consiglio Direttivo SIQuAS. Raccomandazioni su tempi e liste di attesa. *QA* 2009; 19:129-34.
- [8] Mariotti G, Monterosso M. Priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali: l'esperienza della Provincia di Trento. *Politiche Sanitarie* 2012;13:39-47.
- [9] Mariotti G. Raggruppamenti di attesa omogenei. *CARE* 2005;1:21-4.
- [10] Barua B, Rovere M, Skinner BJ. Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada, 2011 Report. *Studies in Health Policy*. Fraser Institute, 2011. www.fraserinstitute.org.
- [11] Wright JG, Menaker RJ, the Canadian Paediatric Surgical Wait Times Study Group. Waiting for children's surgery in Canada: the Canadian Paediatric Surgical Wait Times project. *CMAJ* 2011;183:e559-64.
- [12] Wright JG, Li K, Seguin C, et al. Development of pediatric wait time access targets. *Can J Surg* 2011;54:107-10.
- [13] Miller AR, Armstrong RW, Mâsse LC, et al. Waiting for child developmental and rehabilitation services: an overview of issues and needs. *Dev Med Child Neurol* 2008;50:815-21.
- [14] Filler G, Sutandar M, Poulin D. Waiting times in a tertiary paediatric nephrology clinic. *J Paediatr Child Health* 2007;12:15-8.
- [15] Radina M, Sharma AP, Yasin A, Filler G. Adherence to waiting-time targets for pediatric nephrology clinic referrals. *Pediatr Nephrol* 2010; 25:311-6.
- [16] Jewett EA, Anderson MR, Gilchrist GS. The pediatric subspecialty workforce: public policy and forces for change. *Pediatrics* 2005;116:1192-202.
- [17] Bale JF, Currey M, Larson R, et al. The child neurology workforce study: pediatrician access and satisfaction. *J Pediatr* 2009;154:602-6.
- [18] Pletcher BA, Rimsza ME, Cull WL, et al. Primary care pediatricians' satisfaction with subspecialty care, perceived supply, and barriers to care. *J Pediatr* 2010;156:1011-5.
- [19] Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). I tempi di attesa nei siti web di Regioni e Aziende Sanitarie: la prospettiva del cittadino. Luglio 2011. [http://www.agenas.it/agenas_pdf/Rapporto_siti_web_e_tempi_di_attesa_\(2\).pdf](http://www.agenas.it/agenas_pdf/Rapporto_siti_web_e_tempi_di_attesa_(2).pdf).
- [20] Propper C, Sutton M, Whitnall C, Windmeijer F. Did "targets and terror" reduce waiting times in England for hospital care? *The B.E. Journal of Economic Analysis and Policy* 2008;8:Article 5. Download at: www.bris.ac.uk/Depts/CMPO/workingpapers/wp179pdf.

TABIANO XXII – 15-16 febbraio 2013 IL MESTIERE DEL PEDIATRA

Venerdì 15 febbraio

DA TRIESTE, PER COMINCIARE

- ore 9 Sessione del mattino
Curare l'acne (*I. Berti, Trieste*)
Lattanti al bivio (*G. Longo, Trieste*)
Schiene dritte e storte (*M. Carbone, Trieste*)
- ore 11,30 Sessioni parallele
Piccole tumefazioni (sotto)cutanee: che fare? (*I. Berti*)
I farmaci dell'asma: dalle linee guida al quotidiano (*G. Longo*)
Ortopedia pediatrica: attualità (*M. Carbone*)

NPI E GENETISTI PER NOI PEDIATRI

- Liber scriptus (incipit)* (*C. Panza, Parma*)
Il disturbo ossessivo-compulsivo (*S. Cuva, Roma*)
QI basso (*C. Calzone, Matera*)
Quali competenze per il PLS (*F. Ciotti, Cesena*)
Guida pratica alle sindromi (*A. Selicorni, Milano*)
Liber scriptus (amen) (*C. Panza, Parma*)

ore 18,30-20 SESSIONI PARALLELE

- I problemi di sviluppo nell'ambulatorio del PLS: difficoltà e opportunità (*F. Ciotti*)

NPI blob (*C. Calzone*)

Riconoscere le sindromi (*A. Selicorni*)

- ore 20,30 Cena musicale "V. Canepa & M. Zecca"

Sabato 16 febbraio

TRE CONSIGLI PER FARE BENE IL NOSTRO MESTIERE

- ore 9 Sessione del mattino
Leggere un articolo (anche) tra le righe (*L. Brusadin, Pordenone; C. Martelli, Milano*)
Cosa mettere in borsa per l'urgenza (*E. Barbi, Trieste*)
Il pediatra e il bene ostinato (*L. Peratoner, Trieste*)

ore 11,30 QUALE PEDIATRIA PER LE CURE PRIMARIE

- Tavola rotonda:
Intervengono G. C. Biasini, F. Mazzini, P. Siani
- ore 12,45 Cosa abbiamo imparato
- ore 13 Chiusura dei lavori

Segreteria organizzativa:

TERME DI SALSOMAGGIORE E TABIANO
Tel. 0524 56 55 23
info@grandhoteltermaestro.it

Osservare il movimento nel neonato e nel bambino nei primi mesi di vita

Uno strumento di semeiotica neurologica utile per i bilanci di salute del pediatra di famiglia?

Intervista di Massimo Soldateschi

Pediatra di famiglia, ACP Toscana, gruppo ACP "Salute mentale"

L'osservazione della motricità spontanea, o meglio dei General Movement (GM), come indicatore di salute del neonato e del bambino nei primi mesi di vita, è stata standardizzata nei suoi parametri clinici fondamentali alle diverse età e il suo valore per la diagnosi e la prognosi di disturbi del sistema nervoso è stato validato da numerosi lavori scientifici. L'osservazione dei GM è un utile strumento di semeiotica per il pediatra? Quando e come deve essere applicato? L'intervista è al professor Giovanni Cioni, Ordinario di Neuropsichiatria Infantile a Pisa e Direttore Scientifico dell'IRCCS "Stella Maris".

Parole chiave General Movement. Bilanci di Salute. Pediatra

Che cosa si valuta con questa metodica? Il pediatra di famiglia (pdf) cosa deve osservare nella motricità spontanea e a quale età?

I GM sono movimenti spontanei del feto, del neonato e del bambino di pochi mesi, presenti continuamente in veglia e nel sonno attivo. I criteri con cui questi movimenti vengono valutati sono molto semplici. A tutte le età si deve valutare se i GM siano complessi, variabili e fluenti, o al contrario lenti, monotoni, caotici o rigidi. Nelle prime 6-9 settimane di vita sono di tipo rotatorio e a largo raggio; durante il secondo mese (età corretta se pretermine) i GM diventano più fini e a raggio stretto, arrotondati ed eleganti (movimenti *fidgety*).

Ci sono delle età più sensibili in cui valutare la motricità spontanea? L'esame richiede molto tempo?

Questa semeiotica si può utilizzare dalla nascita fino ai 5-6 mesi di età (età corretta se pretermine) e di fatto richiede pochissimi minuti, in genere all'inizio dell'esame obiettivo. Il suo valore è maggiore se utilizzata longitudinalmente, con almeno una valutazione nei primi 2 mesi e una intorno ai 3-4 mesi. La letteratura ci dice che quest'ultima età è fondamentale per la valutazione dello sviluppo neuropsichico del bambino.

La tecnica è utile soltanto per bambini che presentano fattori di rischio (nati pretermine, nati con danni cerebrali) che sono in un follow-up specialistico o anche in bambini senza alcun rischio particolare?

La tecnica è stata creata e standardizzata inizialmente per il follow-up del neonato a rischio, ma può essere molto utile anche per i bambini normali o che hanno minime

Per corrispondenza:

Massimo Soldateschi

e-mail: massimo.soldateschi@alice.it

condizioni di rischio come per esempio lievi alterazioni ecografiche cerebrali.

Nella diagnosi e nella prognosi dei disturbi neurologici nei primi anni di vita oggi le neuroimmagini (ecografia e RM) sono indagini strumentali che forniscono dati molto attendibili. Alla luce di questo, la semeiotica neurologica classica e l'osservazione dei GM possono ancora avere un ruolo diagnostico e prognostico rilevante?

Non c'è dubbio che le neuroimmagini sono importanti ma la valutazione clinica resta indispensabile. Molti studi documentano che è proprio l'integrazione tra i due approcci che aumenta e migliora sensibilità e specificità. È utile e possibile eseguire un esame RM dell'encefalo solo una o pochissime volte, mentre la valutazione neurologica è indispensabile per documentare l'evoluzione dei segni e può essere eseguita a ogni controllo durante i bilanci di salute. Sugeriamo sempre di valutare prima la motricità spontanea e poi di completare l'esame con gli altri item dell'esame obiettivo e neurologico (quali la risposta agli stimoli, l'acquisizione delle tappe posturo-motorie, il tono muscolare ecc.).

Si afferma che la valutazione dei GM è importante per predire un futuro disturbo motorio, specie una paralisi cerebrale. Ma è anche utile per predire altri disturbi neuropsichici del bambino?

Vi sono sempre più studi in letteratura che indicano che valutare la qualità del movimento nei GM e altri pattern nella motricità spontanea può essere importante anche per predire altri tipi di disturbi, come le disabilità intellettive o alcune sindromi genetiche rare. Generalmente questi bambini hanno un repertorio motorio stereotipato con riduzione della variabilità del movimento.

È difficile imparare questa metodica di valutazione? Un pdf ha più difficoltà rispetto a uno specialista?

Per certi versi il pediatra di libera scelta è avvantaggiato, perché ha una vasta espe-

rienza con lo sviluppo normale o, come oggi si dice, "tipico" del bambino. È certo comunque che, come per ogni tecnica, anche per questa bisogna imparare bene "cosa e come" osservare nel movimento. Esistono molti manuali, alcuni corredati di CD, moltissimi articoli, alcuni anche in italiano, ma certamente il modo migliore per apprendere questa tecnica è quello di frequentare uno dei corsi specifici che si tengono per l'apprendimento di questa metodica (vedi nota a piè pagina: "Per saperne di più").

La tecnica di cui abbiamo parlato è uno strumento molto utile per la diagnosi precoce dei disturbi del sistema nervoso. Perché è importante la diagnosi precoce?

Nel caso di bambini inseriti in follow-up specialistici per grave prematurità o altro, formulare la diagnosi o almeno il sospetto diagnostico di un disturbo neuropsichico è fondamentale per riservare le limitate risorse specialistiche a chi ne ha veramente bisogno. Lo specialista deciderà per ulteriori accertamenti e per l'inizio di un trattamento riabilitativo tempestivo. A questo proposito la ricerca scientifica offre evidenze chiare, anche nei modelli animali dei disturbi congeniti del sistema nervoso, che un trattamento riabilitativo precoce è in grado di cambiare e mitigare la storia naturale e le conseguenze più gravi a distanza di una lesione o di un danno genetico del sistema nervoso. Una diagnosi mancata o ritardata toglie al bambino questa possibilità.

"Per saperne di più"

Manuale con CD didattico: Einspieler, C, Prechtl, Heinz FR, Bos. Arend F. Prechtl's Method on the Qualitative Assessment of General Movements in Preterm, Term and Young Infants. Cambridge: University Press, Mac Keith Press 2008.

Informazioni sul metodo e su tutti i corsi di formazione nel mondo: <http://www.general-movements-trust.info>.

Corsi dell'IRCCS "Stella Maris" di Pisa: <http://www.inpe.unipi.it>.

Corsi del Centro Brazelton di Firenze: <http://www.meyer.it>. ♦

Gli antidepressivi sono davvero utili per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico?

Pietro Panei

Dipartimento del Farmaco, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Recensione dell'articolo: Carrasco M, Volkmar FR, Bloch MH. Pharmacologic Treatment of Repetitive Behaviors in Autism Spectrum Disorders: Evidence of Publication Bias. *Pediatrics* 2012; 129: e1301-10.

Abstract

Are antidepressant drugs really useful in the treatment of autism spectrum disorders?

A recent study published in Pediatrics has examined the efficacy of antidepressant drugs (SRI) for the treatment of repetitive behaviors (RRBs) in autism spectrum disorders (ASD). The Authors have done a meta-analysis of clinical trials to determine the true effectiveness of these drugs in the treatment of RRBs in population affected by ASD. In this paper we analyze the results of the meta-analysis, the method used, and the influence of publication bias on conclusions. A small effect of antidepressant agents was observed but this effect is probably due to a publication bias of unfavorable trial results.

Quaderni acp 2012; 19(6): 257-259

Key words Antidepressant agents. Autism. Meta-analysis. Pervasive child development disorders. Publication bias

In uno studio pubblicato di recente su Pediatrics è stata presa in esame l'efficacia dei farmaci antidepressivi nel trattamento dei comportamenti ripetitivi in soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico (ASD). Gli Autori dello studio hanno condotto una meta-analisi dei trials clinici per determinare la reale efficacia degli antidepressivi nel trattamento dei comportamenti ripetitivi di soggetti autistici. In questa recensione vengono analizzati i risultati della meta-analisi, il metodo usato e l'influenza del publication bias sulle conclusioni. L'efficacia, peraltro modesta, degli antidepressivi è probabilmente legata a un vizio di pubblicazione dei risultati favorevoli e sfavorevoli dei trials.

Parole chiave Farmaci antidepressivi. Autismo. Meta-analisi. Disturbi pervasivi dello sviluppo. Publication bias

I disturbi dello spettro autistico (ASD) sono una costellazione di patologie che include l'autismo, la Sindrome di Asperger, la Sindrome di Rett e altre minori. Essi sono caratterizzati da alterazioni della socialità dell'individuo, della capacità e modalità di comunicazione e da comportamenti ripetitivi coattivi. La prevalenza è intorno allo 0,7%: "Considerata la somiglianza tra alcuni comportamenti ripetitivi caratteristici degli ASD e quelli del disordine ossessivo-compulsivo (OCD), numerosi Autori hanno ipotizzato che sintomi sovrapponibili avrebbero risposto agli stessi farmaci, innanzitutto antidepressivi, in particolare agli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRIs) e a un antidepressivo triciclico (TCA)" [1]. Questo postulato è alla base dell'uso degli antidepressivi nel trattamento della sintomatologia dell'ASD. Per valutare

l'efficacia di questa categoria terapeutica nel mitigare i comportamenti ripetitivi dei bambini con ASD sono stati condotti vari studi clinici randomizzati che però non hanno contribuito a chiarire in modo definitivo l'incertezza in materia. Gli Autori dell'articolo recensito hanno condotto una meta-analisi degli studi clinici controllati e randomizzati sugli antidepressivi nel trattamento dei comportamenti compulsivi e ripetitivi dell'ASD. Sono state esaminate le variabili che potrebbero influire sull'efficacia dei farmaci, quali dosaggio e tipo di antidepressivo, la struttura della popolazione affetta da ASD, le modalità di valutazione dei comportamenti ripetitivi compulsivi (RRBs). Due revisori hanno condotto su *PubMed* una ricerca dei clinical trials randomizzati. È stata fatta anche una ricerca su www.clinicaltrials.gov per individuare gli RCTs non pubblicati. Gli

studi individuati sono stati inclusi nella meta-analisi se: a) randomizzati, in doppio cieco, con placebo; b) il trattamento farmacologico era di almeno quattro settimane; c) veniva misurato l'effetto del trattamento sulla gravità degli RRBs e dei comportamenti ossessivo-compulsivi; d) i pazienti arruolati avevano diagnosi di ASD. Negli studi sono state utilizzate la Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale modificata per i disturbi pervasivi dello sviluppo, la Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale basata sull'età del paziente e la Aberrant Behavior Checklist. L'outcome primario della meta-analisi è rappresentato dal miglioramento medio nei comportamenti ripetitivi ottenuto calcolando la differenza media standardizzata (SMD) dei punteggi rilevati con le scale di valutazione con e senza terapia farmacologica. Inoltre, nell'analisi secondaria sono stati fatti vari approfondimenti per sotto-gruppi ed è stata condotta anche una meta-regressione per valutare l'associazione tra efficacia degli antidepressivi e dosaggio del farmaco, durata del trial, qualità dello studio, dimensione del campione.

Risultati

La ricerca ha permesso di identificare quindici studi potenzialmente eleggibili per la meta-analisi. Un ulteriore esame ha portato all'esclusione di quattro studi perché uno era una meta-analisi, due erano studi non randomizzati e uno era la versione in inglese di un report già pubblicato in giapponese. Dei rimanenti undici studi ne sono stati esclusi cinque: quattro erano trials non pubblicati di cui non è stato possibile contattare gli sperimentatori e uno non valutava l'effetto del farmaco sui movimenti ripetitivi. Nella meta-analisi, quindi, sono stati inclusi sei trials, cinque dei quali pubblicati e uno no. I farmaci studiati erano tre

Per corrispondenza:

Pietro Panei

e-mail: pietro.panei@iss.it

SSRIs (Fluvoxamina, Fluoxetina, Citalopram) e un antidepressivo triciclico (Clomipramina). I pazienti avevano un'età compresa tra 8 e 22 anni.

Degli studi inclusi nella meta-analisi tre trials pubblicati mostrano un beneficio degli antidepressivi nel trattamento dell'ASD. Gli altri due trials pubblicati e quello non pubblicato non riportano alcun beneficio attribuibile al trattamento. Complessivamente, i sei trials, con 365 pazienti inclusi nella meta-analisi, mostrano una lieve efficacia nel ridurre i comportamenti ripetitivi e compulsivi: SMD 0,22 (IC 0,07-0,37; z score = 2,87; $p < 0,005$). L'efficacia è maggiore se alla meta-analisi viene applicato un modello a effetti random: SMD = 0,37 (IC 0,06-0,68; z score = 2,87; $p = 0,018$). L'attenzione degli Autori è stata, però, attratta dai 5 studi non pubblicati, sebbene fossero stati completati: potevano rappresentare un potenziale bias. Infatti, sia il test di regressione di Egger (intercetta = 4,5; IC 2,3-6,7; $t = 6,6$; $p = 0,007$) che la regressione della dimensione campionaria verso il trial effect size dimostrano la presenza di bias di pubblicazione ($\beta = -0,005$; IC -0,008, -0,001; z score = -2,8; $p = 0,004$). Inserendo nella meta-analisi gli studi non pubblicati non si osserva più un beneficio significativo nell'uso degli antidepressivi per il trattamento dei comportamenti compulsivi e ripetitivi dello spettro autistico: SMD = 0,12 (IC -0,02, -0,27).

L'analisi stratificata per sottogruppi non evidenzia differenze significative tra i singoli antidepressivi, sia nei quattro trials che hanno testato gli SSRIs che nei due che hanno valutato la Clomipramina. Complessivamente, il test per le differenze tra gruppi dà i seguenti valori: $Q = 0,25$, $df = 1$, $p = 0,62$. Un trial ha testato la Fluoxetina, trovando un modesto beneficio sui movimenti compulsivi ripetitivi: SMD = 0,32 (IC 0,0-0,64; $t = 1,94$; $p = 0,05$). Il trial con la Fluvoxamina ha evidenziato una buona efficacia terapeutica: SMD = 1,04 (IC 0,41-1,67; $t = 3,25$; $p = 0,00$).

La risposta terapeutica è risultata correlata in modo significativo alla dose: $\beta = 0,0038$ (IC 0,0012-0,0064; $t = 2,84$; $p < 0,005$). Una correlazione borderline è stata invece riscontrata tra età del paziente e risposta terapeutica: $\beta = 0,03$ (IC 0,0008-0,0530; $t = 1,90$; $p = 0,05761$).

Gli Autori hanno inoltre trovato una correlazione significativa tra la qualità metodologica dello studio e l'efficacia degli antidepressivi: i trials di scarsa qualità riportano una maggior efficacia del trattamento farmacologico.

È stato valutato anche l'impatto del metodo di analisi sui risultati (*intention to treat vs per protocol analysis*) e non sono state trovate differenze significative nella valutazione di efficacia dei trattamenti con i due metodi. Non ci sono differenze attribuibili al disegno dello studio confrontando gli studi con disegno a gruppi paralleli con quelli crossover. Infine, la durata dei trials non ha influito sull'efficacia del trattamento.

Valutazione metodologica

Il titolo del lavoro non corrisponde esattamente al contenuto che è invece un aspetto particolare della farmacoterapia dell'ASD basata sull'uso degli antidepressivi. Il rationale per l'uso degli antidepressivi nei soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico si basa sulla presenza di una sintomatologia simile in due entità nosologiche differenti tra loro: l'ASD e il disturbo ossessivo-compulsivo. È un assunto debole perché lo stesso sintomo può essere espressione di meccanismi patogenetici profondamente differenti.

L'uso degli antidepressivi per controllare alcuni sintomi dell'ASD è tuttavia invalso nella pratica clinica. Per valutarne l'efficacia è stata condotta una meta-analisi che include sei trials, uno dei quali non pubblicato. La decisione di eseguire una meta-analisi degli studi effettuati è opportuna tanto più in questo caso in cui il rationale per la terapia con antidepressivi è debole e la sua efficacia, negli studi disponibili, piuttosto bassa. Gli Autori sono coscienti che la numerosità degli studi inclusi e dei pazienti arruolati rappresenta un limite e pone il problema dell'affidabilità dei risultati. Tenendo conto di queste limitazioni, bisogna riconoscere agli Autori di aver condotto correttamente la meta-analisi e di essersi posti il problema della validità dei suoi risultati.

Questo li ha portati a indagare il potenziale effetto degli studi non pubblicati e non inclusi nella meta-analisi, e a individuare la distorsione nei risultati causata da un errore sistematico (*bias*), rappre-

sentato dalla pubblicazione solo di alcuni trials. Pertanto il risultato inizialmente favorevole all'uso degli antidepressivi è tale solo perché i dati sfavorevoli non sono stati pubblicati. Il *publication bias* è un frequente, e spesso misconosciuto, errore sistematico; spesso, infatti, gli studi con risultati "negativi" non vengono pubblicati per scelta degli sperimentatori o dei comitati editoriali delle riviste scientifiche.

Cosa ci dice la letteratura al riguardo

L'uso di farmaci psicotropi nei disturbi dello spettro autistico è oggetto di vari studi clinici. Le categorie di farmaci più utilizzate sono gli antipsicotici e gli antidepressivi con una prevalenza degli SSRIs. Gli antipsicotici mostrano una maggior efficacia degli antidepressivi nel controllo dei movimenti compulsivi ripetitivi ma l'incidenza di eventi avversi ne limita l'uso ai pazienti più gravi [2-3]. In particolare, gli antipsicotici di seconda generazione (Risperidone, Olanzapina, Quetiapina, Ziprasidone, Aripiprazolo) sono utilizzati nei soggetti affetti da ASD associati a disturbo bipolare [4]. Il ricorso a farmaci psicotropi (prevalentemente stimolanti, neurolettici, antidepressivi) è maggiore nelle fasce di popolazione di basso livello culturale e socio-economico e nelle aree depresse [5-6].

Il farmaco, quindi, è anche, in queste situazioni, un sostituto economico d'interventi più complessi e dispendiosi quali le terapie psichiatriche e comportamentali. Il trattamento farmacologico è focalizzato sostanzialmente ad alleviare la sintomatologia e si basa su un approccio empirico con scarsi riscontri in dati scientificamente validi [7].

Gli ASD, inoltre, si associano spesso ad altre patologie psichiche: disturbo bipolare, disturbo ossessivo-compulsivo e altri [8-9]. I farmaci, migliorando il quadro clinico della comorbilità, determinano un miglioramento complessivo delle condizioni del paziente e rendono meno problematica la sua gestione quotidiana [10]. I lavori esaminati indicano generalmente una modesta efficacia del trattamento farmacologico nell'autismo. Un trial pubblicato non molti anni addietro riporta l'efficacia della Fluoxetina nel controllo dei comportamenti ripetitivi dell'autismo; si tratta però di un dato in

contraddizione con altri lavori sugli SSRIs e che necessita di ulteriori studi [11-13]. Sul trattamento farmacologico dei disturbi dello spettro autistico ci sono tre revisioni sistematiche della Cochrane Collaboration: sugli antidepressivi triciclici, sugli SSRIs e sull'Aripiprazolo [12-14]. Entrambe le revisioni sugli antidepressivi concludono che non ci sono evidenze di efficacia; l'Aripiprazolo, invece, sulla base dei risultati di due trials randomizzati, sembra essere efficace nel trattamento di alcuni aspetti del comportamento di bambini affetti da ASD.

Conclusioni

Basandoci sulle conclusioni della Cochrane Collaboration, possiamo affermare che l'uso di farmaci psicotropi per il trattamento di bambini e adolescenti affetti da ASD è problematico, non essendo supportato da evidenze scientifiche robuste ed esponendo, peraltro, il paziente al rischio di eventi avversi di varia gravità. In particolare gli antidepressivi, triciclici e SSRIs, sono del tutto privi di efficacia mentre gli antipsicotici, innanzitutto l'Aripiprazolo, sembrano avere una modesta utilità.

Gli antidepressivi sono stati accreditati come scelta terapeutica valida sulla base di pochi studi affetti, tra l'altro, da lacune metodologiche. Il bias di pubblicazione ha avuto un ruolo importante nel distorcere le meta-analisi fatte su questi studi, come anche il lavoro, qui recensito, ha evidenziato.

L'uso di varie categorie di psicofarmaci (stimolanti, antidepressivi, neurolettici, antipsicotici) è spesso un rimedio "compassionevole" nella gestione complessa dei pazienti con ASD. Peraltro le patologie in comorbilità possono trarre un beneficio dall'uso di questi farmaci. I disturbi dello spettro autistico sono un raggruppamento di entità nosologiche,

molto probabilmente a genesi multifattoriale, di cui non si conoscono ancora bene i meccanismi eziopatogenetici e la storia naturale. È chiaro che in questa situazione, caratterizzata dalla scarsità di opzioni terapeutiche, ogni possibile novità alimenta speranze ed entusiasmi. Tuttavia, compito del clinico è di mantenere un ragionevole grado di separazione tra sfera razionale ed emotiva che gli permetta di scegliere con spirito critico, sulla base delle evidenze disponibili, l'opzione terapeutica più appropriata per il paziente di cui si fa carico. In particolare egli dovrà essere di supporto ai genitori nella gestione quotidiana del figlio con ASD, aiutandoli ad acquisire consapevolezza del fatto che non ci sono "scorciatoie terapeutiche" né rimedi "miracolosi".

Alla luce di queste considerazioni possiamo concludere accettando la raccomandazione contenuta nella Linea Guida dell'Istituto Superiore di Sanità sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti: *"L'utilizzo degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) non è raccomandato per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini. La decisione sull'utilizzo degli SSRI per indicazioni cliniche prestabilite che possono presentarsi in concomitanza con l'autismo, come per esempio il disturbo ossessivo-compulsivo e la depressione, dovrebbe essere presa caso per caso"* [15]. ♦

Bibliografia

- [1] Nicholas JS, Carpenter LA, King LB, et al. Completeness of case ascertainment for surveillance of autism spectrum disorders using the autism developmental disabilities monitoring network methodology. *Disabil Health J* 2012 Jul;5(3): 185-9. Epub 2012 May 2.
 [2] Poustka L, Banaschewski T, Poustka F. Psychopharmacology of autism spectrum disorders. *Nervenarzt* 2011;82:582-9.

[3] McPheeters ML, Warren Z, Sathe N, et al. A systematic review of medical treatments for children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2011; 127:e1312-21. Epub 2011 Apr 4.

[4] Joshi G, Biederman J, Wozniak J, et al. Response to second generation antipsychotics in youth with comorbid bipolar disorder and autism spectrum disorder. *CNS Neurosci Ther* 2012; 18:28-33. doi: 10.1111/j.1755-5949.2010.00219.x. Epub 2010 Nov 29.

[5] Rosenberg RE, Mandell DS, Farmer JE, et al. Psychotropic medication use among children with autism spectrum disorders enrolled in a national registry, 2007-2008. *J Autism Dev Disord* 2010; 40:342-51.

[6] De Ocampo AC, Jacobs JM. Medical management of autism. *J S C Med Assoc* 2006;102:274-6.

[7] King BH, Bostic JQ. An update on pharmacologic treatments for autism spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2006;15: 161-75.

[8] Memari A, Ziaee V, Mirfazeli F, Kordi R. Investigation of autism comorbidities and associations in a school-based community sample. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2012 May;25(2):84-90.

[9] Kohane IS, McMurry A, et al. The co-morbidity burden of children and young adults with autism spectrum disorders. *PLoS One* 2012;7(4):e33224. Epub 2012 Apr 12.

[10] Kaplan G, McCracken JT. Psychopharmacology of autism spectrum disorders. *Pediatr Clin North Am* 2012;59:175-87.

[11] Hollander E, Phillips A, Chaplin W, et al. A placebo controlled crossover trial of liquid fluoxetine on repetitive behaviors in childhood and adolescent autism. *Neuropsychopharmacology* 2005; 30:582-9.

[12] Hurwitz R, Blackmore R, Hazell P, et al. Tricyclic antidepressants for autism spectrum disorders (ASD) in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, Issue 3. Art. No.: CD008372. doi:10.1002/14651858.CD008372.-pub2.

[13] Williams K, Wheeler DM, Silove N, Hazell P. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 8. Art. No.: CD004677. doi: 10.1002/14651858.CD004677.pub2.

[14] Ching H, Pringsheim T. Aripiprazole for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 2012, Issue 5. Art. No.: CD009043. doi: 10.1002/14651858.CD009043.pub2.

[15] Sistema Nazionale per le Linee Guida/ISS. Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti. http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_autismo_def.pdf.

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 documen-

tazione da presentare dovranno pervenire in versione elettronica entro e non oltre il 31 gennaio 2013 a npl-premio@uib.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 cerimonia di premiazione si svolgerà **lunedì 20 maggio 2013**, in occasione del XXVI Salone Internazionale del Libro di Torino.

info: notizie

Big Food: una serie di articoli su *PLoS Medicine*

Big Food come Big Pharma. Un conglomerato di imprese multinazionali che controllano il mercato degli alimenti, così come Big Pharma controlla quello dei farmaci. E come, potremmo aggiungere, Big Tobacco controlla quello delle sigarette, Big Alcohol quello delle bevande alcoliche e Big Drink quello delle bevande gassate. Ma tabacco e alcol fanno decisamente male, e potremmo farne a meno. I farmaci possono far bene, pur se con qualche punto interrogativo, ma di molti potremmo farne a meno. Del cibo non possiamo fare a meno, non possiamo non alimentarci; ma ciò che mangiamo è direttamente correlato al nostro stato di salute. Da qui l'interesse della rivista *PLoS Medicine* (<http://www.ploscollections.org/home.action>), una rivista *open access* che permette di scaricare gli articoli con i testi completi e di leggerli e diffonderli gratuitamente.

Perché *PLoS Medicine* s'interessa di Big Food e vi dedica sette articoli? Perché viviamo in un mondo dove un miliardo di persone soffre la fame e, ironia della sorte, due miliardi sono obesi o sovrappeso. Perché dirigenti e consulenti di Big Food sono presenti in tutti i consessi nazionali e globali dove si disegnano politiche per la salute. Perché Big Food finanzia e sponsorizza ricerca e sviluppo in salute e nutrizione, con un grande impatto sulle politiche di cui sopra. Perché molte multinazionali degli alimenti e delle bevande si stanno riposizionando sul mercato come imprese per la nutrizione e la salute. Perché in tutto ciò vi sono evidenti conflitti d'interesse.

Il progetto Children's Living Centers

Il Centro per la Salute del Bambino (CSB) è promotore di un Progetto che ha l'obiettivo di dare una formazione di base agli operatori che operano nei centri per bambini abbandonati del Camerun. Ha ricevuto un finanziamento dai fondi della legge per la cooperazione della Regione Friuli Venezia Giulia e da un donatore privato per un totale di 30.000

euro in due anni. Il Progetto è giunto a conclusione con l'ultimo corso per operatori delle imprese sociali e la conferenza di chiusura, che si sono tenuti a giugno a Buea, la capitale della regione del South West Camerun.

Tale Progetto ha avuto un esito certamente positivo: ha formato più di 60 operatori in tre diverse aree: salute e nutrizione dei bambini, cure per lo sviluppo e gli aspetti psico-sociali, gestione della piccola impresa sociale. Nessuno tra gli operatori aveva mai ricevuto una formazione di alcun tipo. L'entusiasmo suscitato ha fatto sì che altri 8 centri si sono uniti ai 10 che erano stati inizialmente programmati.

Il problema dei bambini abbandonati in Camerun (e altrove) è in aumento, a causa di diversi fattori quali la povertà che impedisce ad alcuni anche di avere il minimo per la sopravvivenza, la perdita della struttura di famiglia estesa/villaggio che si prendeva cura di tutti, alcune credenze legate alle circostanze della nascita (per esempio: concomitanza con eventi luttuosi), la non accettazione (e l'inesistenza di servizi di supporto) delle disabilità ecc. Si stima che siano circa 3000 i bambini abbandonati nella regione in cui si è sviluppato il Progetto. I destinatari dell'iniziativa sono piccole istituzioni che accolgono dai 10 ai 100 bambini e che fanno prendersene cura offrendo non solo rifugio ma anche cure adeguate, affetto, stimolazione, scolarizzazione e, come avviene in alcuni di questi (i più strutturati come l'HOTPEC, primo partner locale), avvio a un mestiere come falegname, carpentiere, panettiere, che rappresentano allo stato la miglior cosa che si possa fare. Il Progetto ha anche attivato un sito, svolto attività di sensibilizzazione tramite radio e altri media, coinvolto l'assessorato locale alle politiche sociali (collaborativo nei fatti, ma con risorse proprie pari a zero...) e anche il Ministero, affinché si sviluppi una regolamentazione per l'accreditamento di questi centri.

La formazione è stata svolta da locali sotto la supervisione del CSB quanto a contenuti e materiali e, nel caso dello sviluppo delle cure psico-sociali, da REPPSI, un gruppo sudafricano che opera in molti Paesi e che possiede un

ottimo *know how* nel settore. Un buon indicatore del successo del Progetto è che le 18 entità hanno deciso di costituirsi in associazione per promuovere attività di lobbying presso le autorità pubbliche, continuare nello scambio di esperienze e notizie e raccolta fondi. Attualmente il CSB spera di poter dare continuità nel sostegno a questo Progetto e si sta adoperando per il reperimento di altri finanziamenti. È in atto una seria e rigorosa valutazione degli esiti del Progetto con una tesi di laurea magistrale.

Nuova sigla rappresentativa per i pediatri di famiglia (pdf)

Dopo molti anni finisce il duopolio sindacale per la pediatria di libera scelta, rappresentata finora da Fimp e da Cipe. La Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC) ha infatti certificato la rappresentatività per l'area pediatrica anche al Sindacato dei Medici Italiani (Smi) e all'Unione Nazionale Pediatri (Unp), che hanno dato vita alla sigla SMI-UNP (Federazione Pediatri).

Soddisfazione da parte del Segretario Generale dello Smi, Salvo Cali, e del Presidente della Unp, Antonio De Novellis: "Abbiamo dato voce (e rappresentanza giuridica) a tutti quei pediatri - affermano - che in questi anni hanno chiesto e continuano a chiedere un nuovo soggetto sindacale che tuteli davvero la categoria e valorizzi l'area della pediatria italiana, fiore all'occhiello del SSN.

Più organizzazioni sono rappresentative, più sana e chiara è la dialettica sindacale. Si rompe, finalmente, un duopolio e siamo sicuri che ciò consentirà l'apertura di un processo di rinnovamento anche negli altri sindacati". Vedremo...

Allattamento al seno in Emilia-Romagna: indagine 2011

È stata presentata su *SaPeRiDoc* la sesta edizione del rapporto sulla prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna (<http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/694>).

L'Emilia-Romagna è fra le poche regioni in Italia a rilevare sistematicamente la

sulla salute

prevalenza di allattamento al seno. L'indagine regionale sull'allattamento viene realizzata dal 1999 con cadenza triennale a cura del Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari dell'Assessorato Sanità e Politiche sociali in collaborazione con l'Associazione Pediatria di Comunità (APeC).

L'indagine consiste in uno studio di prevalenza su un campione di lattanti le cui abitudini alimentari vengono indagate, al momento della prima e seconda vaccinazione, tramite un questionario breve proposto alla madre. Tutti i centri vaccinali della Regione vengono coinvolti. Nella ricerca sono utilizzate le definizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per identificare le categorie di allattamento al seno:

- allattamento al seno *esclusivo*: quando nessun altro liquido o solido è dato al bambino; il bambino ha ricevuto latte materno o latte materno spremuto o latte materno di banca, oltre eventualmente a vitamine, sali minerali, farmaci;
- allattamento al seno *predominante*: quando il bambino, oltre a latte materno o latte materno spremuto o latte materno di banca, ha ricevuto altri liquidi (acqua, tè, tisane, succhi di frutta), oltre eventualmente a vitamine, sali minerali, farmaci;
- allattamento al seno *complementare*: quando il bambino ha ricevuto anche latte artificiale o cibi solidi;
- *nessun allattamento*: quando il bambino non ha ricevuto latte materno o latte materno spremuto o latte materno di banca.

La somma delle due categorie "allattamento esclusivo" e "predominante" rappresenta la quota di allattamento al seno "completo". L'intervista utilizza un *recall period* di 24 ore, si chiede cioè all'intervistata come sia stato nutrito il bambino nelle 24 ore precedenti l'intervista.

Sono stati raccolti, tramite questionario, i dati relativi a 7362 lattanti: i questionari analizzati per lo studio dell'alimentazione dei lattanti a 3 mesi (prima vaccinazione) e a 5 mesi (seconda vaccinazione) sono stati 6065. In estrema sintesi questi sono i risultati:

- dal 1999 al 2011 la prevalenza di allattamento al seno *completo* è aumentata, dal 52% al 55% a 3 mesi e dal 23% al 37% a 5 mesi;
- la prevalenza di allattamento *esclusivo* è cresciuta, dal 35% al 48% a 3 mesi e dal 16% al 30% a 5 mesi;
- la prevalenza di bambini *non allattati* (alimentazione artificiale) è in calo, dal 28% al 24% a 3 mesi e dal 40% al 33% a 5 mesi;
- l'aumento nella percentuale di allattamento *completo* si è registrato sia nelle donne italiane sia in quelle straniere, con maggiore evidenza in queste ultime;
- le donne straniere ricorrono all'alimentazione artificiale meno frequentemente rispetto alle italiane: 15% vs 28% a 3 mesi e 22% vs 37% a 5 mesi;
- si registrano differenze del tasso di allattamento nelle aziende della Regione; la prevalenza di allattamento completo a 3 mesi varia da un minimo di 42% a un massimo di 64%, mentre l'allattamento completo a 5 mesi è compreso fra il 28% e il 45%.

Nella ricerca viene riportato che:

- il 28% delle donne intervistate è di nazionalità straniera, dato in aumento (era 12,5% nel 2002, quando questa informazione venne raccolta per la prima volta);
- il 37% delle donne intervistate ha riferito di aver frequentato un corso di accompagnamento alla nascita (dato in aumento rispetto alla rilevazione precedente), con una differenza (46% delle donne italiane e 14% delle donne straniere) legata alla nazionalità.

Dichiarazione di conflitto di interesse sul Corriere

Da ottobre il *Corriere Salute* e *Corriere.it/salute* introdurranno una nuova "voce" in alcuni articoli. Si tratta di una dichiarazione da parte degli intervistati di eventuali "conflitti d'interesse" relativi al tema sul quale vengono interpellati. Questa iniziativa, secondo Luigi Ripamonti che annuncia la novità, altro non è che il tentativo di fare propria una

consuetudine che si è affermata ormai da anni nelle riviste scientifiche, sulle quali gli autori di una ricerca, oppure gli estensori di un commento o di un editoriale, sono tenuti a dichiarare apertamente e in modo dettagliato se hanno ricevuto finanziamenti (per sperimentazioni, consulenze o altro) da attori economici con interessi nell'oggetto del loro studio o del loro commento.

Si tratta solo di una dimostrazione di trasparenza, in genere, fra l'altro, molto ben accolta soprattutto dai ricercatori di maggior livello. Uno scienziato che non ha alcun timore a dichiarare di aver condotto uno studio grazie al finanziamento (del resto quasi sempre indispensabile) di un'industria, sa bene di esporsi a uno scrutinio particolarmente severo del proprio operato e quindi dà prova di essere molto sicuro dell'inattaccabilità dei propri metodi e dei propri risultati.

E proprio per questo è giudicato affidabile dalla comunità scientifica. Lo stesso (e a maggior ragione) vale per commenti ed editoriali. Insomma, nel mondo scientifico serio non è considerato un "peccato" avere conflitti d'interesse, bensì, normale e, di fatto, inevitabile. Il "peccato", casomai, è nascondersi.

Il *Corriere della Sera* non è una rivista scientifica, tuttavia riteniamo che, almeno per alcuni dei servizi delle pagine di salute, su temi particolarmente delicati o controversi, chiedere agli esperti interpellati questa "autocertificazione" possa rappresentare un marchio di trasparenza e di garanzia in più anche per i nostri lettori. Sappiamo bene, purtroppo, che la dichiarazione dei conflitti è solo un primo passo e che non necessariamente dà garanzia sull'esito; ma non può che far piacere notare che almeno il primo passo viene richiesto anche dalla stampa non scientifica.

Qual è l'impatto dei videogiochi non violenti sulla salute dei bambini?

Maria Francesca Siracusano*, Costantino Panza**

*Pediatria di famiglia, Messina; **Pediatria di famiglia, Sant'Ilario d'Enza (RE)

Abstract

What is the impact of non violent video games on children's health?

The parents of a 10 year old child are concerned about the impact of video games on their child's health. Primary and secondary literature are investigated in order to search for evidences regarding the use of video games on health. Evidences suggest that video games before sleep can produce sleep disorders and could be an indicator of pathological gambling, a nosological entity to be defined.

Quaderni acp 2012; 19(6): 262-264

Key words Children. Adolescent. Video game. Adverse effect

I genitori di un bambino di 10 anni sono preoccupati per l'utilizzo da parte del ragazzo dei videogiochi che ritengono dannosi per la sua salute. Lo scenario indaga la letteratura primaria e secondaria alla ricerca di prove sul danno alla salute provocato dall'utilizzo di questo passatempo. Dall'analisi della letteratura si evince che l'uso dei videogiochi prima di dormire può provocare disturbi del sonno e può essere l'indicatore di un gioco patologico, entità nosologica in corso di definizione.

Parole chiave Bambini. Adolescenti. Videogiochi. Effetti avversi

Scenario

In ambulatorio viene Ugo, 10 anni, per il consueto bilancio di salute. Mamma e papà stanno discutendo sull'utilizzo eccessivo dei videogiochi. "Mio marito pensa che gli faccia male, che possa dargli problemi, se lo vede giocare la sera protesta perché pensa che poi dorma poco". E il padre: "Ma è questo il modo di divertirsi d'estate? Vorrei che stesse all'aria aperta, invece di rinchiuersi in casa a giocare ai videogiochi insieme agli amici. Quanto tempo possono stare a giocare senza che sia pericoloso? Posso fare qualcosa per evitare che diventi un problema più grosso?". È possibile riconoscere quando un'attività come questa rimane nel ludico e quando, invece, diventa una patologia? E se il videogioco fa male, quali sono i danni per la salute in relazione a questo tipo di gioco? I consigli che do ai miei pazienti – non superare le 2 ore di gioco, non giocare la sera, utilizzare il tempo per altre attività come la lettura, non avere apparecchi televisivi e computer in camera da letto – sono basati su linee guida prodotte dall'Accademia Americana di Pediatria sull'educazione all'uso dei media [1]. L'argomento merita un approfondimento e si decide d'interrogare la letteratura.

Background

Nonostante i videogiochi siano molto diffusi tra bambini e ragazzi, non esistono molte conoscenze circa l'effetto dell'uso prolungato di videogiochi sui bambini in buono stato di salute. Un editoriale, pubblicato su *BMJ* già nel 2005, sostiene che le ricerche in questo campo sono state eccessivamente semplificate e che gli effetti dei videogiochi meriterebbero di essere considerati nella loro complessità [2]. Dai diari compilati da un campione rappresentativo di 1491 ragazzi e ragazze di età compresa tra i 10 e i 19 anni, in cui è registrato il tempo dedicato ai videogiochi da soli, con amici, con genitori, e quello speso in altre attività (compiti a casa, lettura, sport) si evince che il 36% del campione è costituito da giocatori, con una rilevante differenza tra maschi (80%) e femmine [3]. La differenza di genere si ritrova ancora per il tempo dedicato al gioco, maggiore nei maschi, sia nei giorni infrasettimanali che nei weekend. Le femmine non giocatrici (media [SD] 30,82 [68,98]) spendono più tempo a fare i compiti delle femmine giocatrici e dei maschi non giocatori e giocatori ($p = 0,02$). I maschi, per ogni ora giocata nei giorni feriali, dedicano 2 minuti in meno alla lettura e poiché il tempo totale è in media di 8 mi-

nuti, questo costituisce un decremento del 30%. Tra i giocatori, senza differenza di genere, il tempo dedicato al gioco da soli correla negativamente con il tempo speso con amici e genitori in altre attività.

Questi dati non correlano con i risultati accademici e non provano che se gli adolescenti non giocassero utilizzerebbero più tempo per la lettura o per fare compiti. Una recente indagine su un campione di oltre 4000 adolescenti ha rilevato che il 4,9% di questi (5,8% maschi, 3,0% femmine) prova un irresistibile desiderio di giocare, sperimenta una crescente tensione che può essere alleviata solo continuando a giocare e infine non riesce nei tentativi d'interrompere questo tipo di esperienza [4].

Tale particolare modalità d'uso dei videogiochi è definita gioco patologico ed è equiparata a un vero e proprio stato di dipendenza venendo, così, a essere classificata tra i disordini del controllo degli impulsi o come gioco d'azzardo patologico, entità nosologica, quest'ultima, che nel prossimo DSM V sarà classificata tra le dipendenze, come comportamento di dipendenza psicologica simile alla dipendenza da droghe, nicotina e alcol e sostenuto biochimicamente dal rilascio di dopamina [4-7]. I videogiochi hanno delle applicazioni innovative in medicina e hanno mostrato benefici in alcuni particolari setting clinici. Bambini sottoposti a chemioterapia che utilizzano i videogiochi hanno un maggior controllo pressorio e ricorrono a un minor uso di analgesici; videogiochi sono stati utilizzati in programmi volti a sviluppare abilità sociali e spaziali in bambini con severe disabilità e problemi di apprendimento quali l'autismo e nel deficit di attenzione [8-10].

Giocatori esperti possono acquisire migliori competenze visuo-spaziali e maggiore capacità di attenzione richieste per poter avanzare di livello nel gioco [4]. Accanto a queste evidenze, esiste un crescente numero di segnalazioni di effetti

Per corrispondenza:
 Maria Francesca Siracusano
 e-mail: marsirac@tin.it

scenari

TABELLA 1: IMPATTO DEI VIDEOGIOCHI SUL SONNO IN BAMBINI E ADOLESCENTI

Studio	Pazienti	Intervento	Esito	Risultati
Dworak et al. Trial sperimentale Cross-over	11 maschi Età media: 13,45 ± 1,04 anni	Ore 18-19 Basale (prima di intervento o controllo) Utilizzo: 60 min di videogioco (Tempo 1) Visione di film in DVD (Tempo 2)	Alterazione del sonno misurata tramite polisonnografia	Incremento SOL* Basale: 10,83±8,33 min Videogioco: 32,50± 25,67min $p < 0,05$
Weaver et al. Trial sperimentale Cross-over	13 maschi Età media: 16,6 ± 1,1 anni	Ore 18-19 Condizione sperimentale Utilizzo videogioco attivo Controllo: visione passiva di film in DVD	Alterazione del sonno misurata tramite polisonnografia	Incremento SOL* DVD mediana = 3 min Videogioco: mediana = 7,5 min Lattulosio 25/42 (60%) $p = 0,01$

*Sleep Onset Latency: tempo latenza dell'addormentamento

negativi come il rischio di convulsioni in individui con epilessia fotosensibile [11]. Inoltre sono riportati casi di allucinazioni, dolori muscolari e articolari; e, come per tutti i media, l'uso prolungato dei videogiochi è stato correlato all'obesità [12].

La domanda

In un **bambino** [POPOLAZIONE] l'**esposizione ai videogiochi** [INTERVENTO] ha **effetti negativi sulla salute e sul comportamento** [OUTCOME]?

Ricerca

La ricerca in *Cochrane libraries* e *Clinical Evidence* non rileva meta-analisi o revisioni sistematiche. La ricerca bibliografica è stata condotta sulla banca dati *Medline*, come ogni pediatra può fare nel proprio ambulatorio. Impostiamo quindi una strategia di ricerca per trovare studi primari sugli effetti dei videogiochi in bambini sani, eliminando solo la patologia sicuramente correlata. La striscia di ricerca usata è ("**Child**" [Mesh] AND "**Video Games/adverse effects**" [Mesh] NOT "**Seizures**" [Mesh] NOT "**Epilepsy**" [Mesh]) e dà esito a 51 articoli. Escludendo gli studi su adolescenti con comportamenti antisociali, gli articoli riguardanti sia l'uso di altri social media che i videogiochi violenti che non sono argomento di questo scenario, dopo aver letto gli abstract e i full text degli articoli disponibili, valutiamo tre articoli sugli effetti dei videogiochi sul sonno [13-15], di cui uno è uno scenario di *Archimedes* [13], e un articolo [16] che riguarda il videogioco patologico.

Risultati

L'ipotesi che bambini e adolescenti, che giocano con i videogiochi prima di addormentarsi, abbiano disturbi del sonno è giustificata dalla natura interattiva del gioco, in particolare dal fatto che la "sopravvivenza" del giocatore dipende dalla sua rapidità ed efficacia a rispondere allo stimolo. Gli studi di Dworak e di Weaver hanno investigato la capacità dei videogiochi di aumentare il periodo di latenza dell'inizio del sonno (Sleep Onset Latency, SOL) rispetto alla visione di un film in DVD, misurato tramite la polisonnografia in una popolazione di bambini e adolescenti [14-15]. La **tabella 1** illustra i due studi. Lo studio di Dworak trova un significativo aumento del ritardo dell'addormentamento, una modificazione degli stadi del sonno con un significativo aumento del tempo di sonno allo stadio 2 ($p < 0,05$), e un decremento del periodo onde lente ($p < 0,05$) [14]. Lo studio di Weaver conferma solo un aumento del ritardo dell'addormentamento che, pur se significativo statisticamente (dati espressi in mediane), presenta un effetto non clinicamente rilevante e inoltre non trova differenze negli stadi del sonno [15]. Una osservazione interessante di questa ricerca è che mentre nessun giocatore mostra sonnolenza o si addormenta, questo invece accade ad alcuni degli spettatori del film.

Infine, lo studio di Gentile, condotto su una popolazione di Singapore di circa 3000 bambini di classi primarie e secondarie di cinque scuole, seguiti longitudinalmente per due anni, allo scopo d'identificare fattori di rischio (indicati

come ore di gioco, competenze sociali, impulsività, ansietà, depressione, qualità delle relazioni sociali) ed eventuali fattori protettivi nello sviluppo del gioco cosiddetto patologico, così come precedentemente definito [16]. I questionari sono stati somministrati dagli insegnanti in tre tempi differenti (tempo 1: all'arruolamento; tempo 2: a 12 mesi; tempo 3: a 24 mesi). Circa il 9% dei bambini giocatori ha un comportamento di gioco patologico e mostra almeno cinque sintomi del DSM IV (**tabella 2**).

I maschi sono significativamente più numerosi delle femmine (tempo 1: M 12,0%; F 4,6%; tempo 2: M 11,2%; F 2,6%; tempo 3: M 9,2%; F 3,3%; totale $p < 0,001$). Tra i ragazzi giocatori patologici al tempo 1, l'84% lo è ancora al tempo 2, il che indica che essere giocatori patologici non è una condizione transitoria. Lo studio individua i seguenti fattori di rischio per il gioco patologico: durata del gioco (maggiore di 31 ore/settimana rispetto alla media di 19 ore/settimana dei giocatori non patologici), minori competenze sociali e di empatia, un maggior grado di impulsività e scarse capacità di controllo delle emozioni. Scarse performance scolastiche, disturbi internalizzati come ansietà e depressione sono successivi all'esperienza di gioco patologico e, secondo il parere degli Autori, possono esserne una comorbilità o una conseguenza.

Conclusioni

Il mondo dei videogiochi è molto complesso e spesso le ricerche non riescono a valutare tutte le numerose variabili (salute fisica, relazioni sociali, relazioni fami-

TABELLA 2: CRITERI DIAGNOSTICI PER GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (DSM IV)**A. Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattivo, come indicato da cinque (o più) dei seguenti punti:**

1. è eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (per es., è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare);
2. ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata;
3. ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo;
4. è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
5. gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (per es., sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione);
6. dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincontrando le proprie perdite);
7. mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
8. ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto, o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo;
9. ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;
10. fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

B. Il comportamento di gioco d'azzardo non è meglio attribuibile a un episodio maniacale.

liari, rendimento scolastico) che possono essere strettamente correlate a esso [5]. L'utilizzo dei videogiochi non violenti non provoca esiti misurabili a esclusione di disturbi del sonno.

Tuttavia l'utilizzo dei videogiochi può essere considerato patologico in una piccola ma non trascurabile parte della popolazione pediatrica. In questo caso devono essere identificati i fattori di

rischio e impostato un progetto terapeutico. La risposta da dare ai genitori di Ugo è che il tempo libero con i bambini non dovrebbe essere utilizzato con un uso prolungato di videogiochi, ma bisogna proporre anche altre attività ricreative come la lettura e i giochi condivisi con amici e genitori, e stare attenti a riconoscere, se presente, un comportamento di dipendenza dal videogioco. ♦

Bibliografia

- [1] Strasburger VC. Media Education. *Pediatrics* 2010;126:1012-7.
- [2] Griffiths M. Video games and health. *BMJ* 2005;331:122-3.
- [3] Cummings HM, Vandewater EA. Relation of adolescent video game play to time spent in other activities. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:684-9.
- [4] Desai RA, Krishnan-Sarin S, Cavallo D, et al. Video-Gaming among high school students: health correlates, gender, differences, and problematic gaming. *Pediatrics* 2010;126:e1414-24.
- [5] Gentile DA. The multiple dimension of video game effects. *Child Dev Persp* 2011;5:75-81.
- [6] <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- [7] Koeppe MJ, Gunn RN, Lawrence AD, et al. Evidence for striatal dopamine release during a video game. *Nature* 1998;393:266-7.
- [8] Vasterling J, Jenkins RA, Tope DM, Burish TG. Cognitive distraction and relaxation training for the control of side effects due to cancer chemotherapy. *J Behav Med* 1993;16:65-80.
- [9] Horn E, Jones HA, Hamlett C. An investigation of the feasibility of a video game system for developing scanning and selection skills. *Journal for the Association for People With Severe Handicaps* 1991;16:108-15.
- [10] Kappes BM, Thompson DL. Biofeedback vs video games: Effects on impulsivity, locus of control and self-concept with incarcerated individuals. *J Clin Psychol* 1985;41:698-706.
- [11] Maeda Y, Kurokawa T, Sakamoto K, et al. Electroclinical study of video-game epilepsy. *Dev Med Child Neurol* 1990;32:493-500.
- [12] Strasburger VC. Children, adolescents, obesity, and the media. *Pediatrics* 2011;128:201-8.
- [13] Kevitiyagala D, Finlay F, Baverstock A. Question 1. What is the impact of computer games on sleep in children? *Arch Dis Child* 2011;96:894-5.
- [14] Dworak M, Schierl T, Bruns T, et al. Impact of singular excessive computer game and television exposure on sleep patterns and memory performance of school-aged children. *Pediatrics* 2007;120:978-85.
- [15] Weaver E, Gradisar M, Dohnt H, et al. The effect of presleep video-game playing on adolescent sleep. *J Clin Sleep Med* 2010;15:184-9.
- [16] Gentile DA, Choo H, Liau A, et al. Pathological video game use among youths: a two year longitudinal study. *Pediatrics* 2011;127:e 319-29.

ARGONAUTI XIV**L'APPRODO ALLA TERRA DELLE SIRENE****12-13 aprile 2013, Sorrento (NA)**

Anche quest'anno ci saranno sessioni monotematiche di approfondimento con molto spazio per la discussione. Si parlerà di "Farmaci e Allattamento", "Fibrosi cistica", "Promozione della salute mentale", con casi clinici ed esperti. Vi aspettiamo numerosi a Sorrento. Per informazioni:

New Congress 0039-081-8780564

web: <http://www.newcongress.it>e-mail: info@newcongress.it**A MANI FERME: la campagna di "Save the Children" per dire NO alle punizioni fisiche contro i bambini**

"Save the Children - Italia" a marzo 2012 ha lanciato la campagna "A MANI FERME. Per dire NO alle punizioni fisiche contro i bambini". Essa ha come obiettivo la protezione dei minori dalle punizioni fisiche e dalle altre forme di punizioni umilianti e degradanti in tutti i contesti, compreso quello familiare, attraverso la promozione della genitorialità positiva e la realizzazione di azioni di sensibilizzazione rivolte a referenti istituzionali, genitori e pediatri. In particolare è stata realizzata una *Guida pratica alla genitorialità positiva*, in cui vengono illustrati gli elementi che sono alla base di un buon rapporto genitori-figli e in cui si spiega come possono essere utilizzati per risolvere in modo costruttivo le situazioni conflittuali che emergono nell'ambito del contesto familiare. Non propone delle "ricette" che i genitori devono seguire per risolvere situazioni specifiche, ma piuttosto li aiuta a riflettere sul loro comportamento e a comprendere meglio quello dei figli/e. Tutti i materiali della campagna sono disponibili su www.savethechildren.it/amaniferme.

La prevenzione dei disturbi alimentari passa attraverso la mamma

Paola Cremonese, Giuliana Gola, Donata Luzzati

ARP, Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica, Milano, Servizio Disturbi Alimentari

Abstract

The prevention of eating disorders comes from the mother

From the beginning of life psychic and physical factors are inseparable in eating experiences: a breastfed child receives from his mother not only food but also her moods. The event of eating becomes an important indicator of the quality of a relationship: the paediatrician has a privileged position from which the emotional component can be observed and the first signs of disturbances can be caught. A conversation with the mother can become a precious occasion for activating a "consideration place" regarding these arguments.

Quaderni acp 2012; 19(6): 265-267

Key words Breastfeeding. Eating disorders. Prevention. Emotional factors

Nell'esperienza alimentare, fin dall'inizio della vita, i fattori psichici e i fattori fisici sono inseparabili: il bambino allattato dalla sua mamma riceve cibo insieme con gli stati d'animo che questa prova. La vicenda alimentare si configura come un indicatore importante della qualità della relazione: il pediatra occupa uno spazio privilegiato da cui osservare la componente emotiva e cogliere alcuni segnali precoci di disturbo. Il colloquio con la mamma può diventare un'occasione preziosa per attivare "un laboratorio di riflessione" su questi temi.

Parole chiave Allattamento. Disturbi alimentari. Prevenzione. Fattori emotivi

Mangiare è un'esperienza apparentemente semplice, ma in realtà molto complessa: oltre alla biochimica, coinvolge istinti, emozioni e affetti.

Nell'uomo, come nell'animale, il cibo ha un importante valore sociale, perché mangiare cose buone produce rapidamente un senso di benessere e placa l'aggressività. Per questo motivo in tutte le civiltà si è ritualizzata l'offerta di cibo come base della socializzazione: s'invitano a un pranzo gli amici, ma si affrontano a tavola anche i nemici, nel tentativo di rabbonirli.

In tutto il mondo, un pranzo speciale accompagna le feste importanti, i riti e le tappe della vita.

Il cibo è la più primitiva e la più appagante fonte di piacere, ed è un'esperienza in cui i fattori psichici e fisici sono inseparabili: il bambino allattato dalla sua mamma riceve cibo insieme con l'affetto e gli stati d'animo che questa prova. Le neuroscienze hanno dimostrato che il neonato è in grado di cogliere e padroneggiare emozioni anche complesse: grazie alla raffinata "paletta visiva" della sua retina, dotata di recettori particolari, il neonato coglie le sfumature espressive

del volto di chi lo tiene in braccio. Tale capacità (che si estingue tra i 6 e i 9 mesi) lo rende molto sensibile agli stati emotivi della mamma, soprattutto se questa lo guarda negli occhi mentre lo allatta.

La qualità di questa prima esperienza di vita costituisce la base dei sentimenti di sicurezza e di fiducia del bambino, che condizioneranno il suo atteggiamento nei confronti di se stesso, delle relazioni e del mondo.

Lo stile alimentare di ognuno di noi ha dunque un'origine antica: nasce all'inizio della nostra storia e resta legato a queste esperienze precoci. Più avanti, nel corso della vita, l'impulso a mangiare, o a non mangiare, resterà strettamente connesso agli stati d'animo: nei momenti critici, infatti, tutti noi sperimentiamo una tendenza a mangiare di più o di meno del nostro standard.

I disturbi del comportamento alimentare si diffondono come una sorta di epidemia nel mondo occidentale dagli anni Settanta, e negli anni Novanta escono dalla nicchia dei Paesi del benessere.

L'anoressia esprime una contraddizione cruciale della nostra cultura, che vede

un'inquietante contiguità tra la magrezza patologica e la normalità. È ormai integrata l'accezione che "magro è sano e bello" (anzi, magrissimo è meglio), e che l'attività motoria, anche esasperata, fa sempre bene, fin dalla più tenera età.

Il disturbo alimentare è rinforzato dall'euforia: essa ha basi biochimiche, nella chetosi prodotta dal digiuno, e psicologiche, nell'eccitante senso di potere che si prova nel controllo restrittivo sul cibo.

L'Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica (ARP) di Milano ha dato vita da tempo a un gruppo di lavoro clinico e di ricerca dedicato ai disturbi del comportamento alimentare.

Gli psicologi e gli psichiatri che vi partecipano hanno indagato le dinamiche psicologiche che si instaurano nelle fasi più precoci della relazione tra madre e bambino, con particolare riguardo alla qualità delle emozioni messe in gioco. L'osservazione di questi aspetti si realizza in colloqui focalizzati alla ricostruzione dei percorsi emotivi, e aiuta a chiarire l'origine dell'immagine che il figlio (spesso "figlia") ha di sé, dei sentimenti evocati dal proprio corpo e dal cibo.

Si è rilevato che svolgere con la mamma un'accurata inchiesta anamnestica sui primi anni di vita del suo bambino, con particolare riguardo alle vicende legate ai pasti, aiuta a chiarire il tipo di relazione che si è instaurato tra loro.

Tale lavoro di sperimentazione clinica e di ricerca ha portato a teorizzare una lettura del disturbo del comportamento alimentare come l'effetto di problematiche relazionali molto precoci, che si mantengono poi nel tempo.

In particolare, nelle prime fasi di vita si può produrre una sorta di "tragico equivoco", vale a dire una situazione relazionale disfunzionale, in cui madre e figlio (o figlio) s'influenzano reciprocamente, trasmettendosi stati d'animo negativi legati al corpo e al cibo.

L'origine delle difficoltà può essere varia: a volte è interna alla nicchia relazionale madre-bambino; altre volte, in-

Per corrispondenza:

Donata Luzzati

e-mail: donaluz@tiscali.it

“narrative” e dintorni

vece, è legata a problematiche esterne, inerenti al mondo degli adulti.

Riguardo all'interazione madre-bambino può accadere che la mamma si senta serena, o irritata, o intimorita. La mamma può provare stati d'animo molto diversi: per come è andata la gravidanza, per come è stato il parto, per ciò che le evoca l'aspetto del bambino (è grasso o magro, è bello o brutto, assomiglia tutto alla nonna o al papà ecc.) e per come si comporta (è tranquillo o agitato, sorridente o urlante, vorace o inappetente ecc.).

Il neonato percepisce tutto ciò che avviene intorno a lui e reagisce con le sole risorse che ha a disposizione: mangiare di più o di meno, dormire o non dormire, piangere o sorridere. Queste reazioni possono, "circolarmente", avere effetti diversi sulla mamma, che a sua volta avvicinerà il bambino con animo tranquillo o perturbato.

Alcune mamme affrontano serenamente i mutevoli comportamenti del loro bambino, altre reagiscono con molta ansia, altre ancora usano il cibo come premio o punizione, o anche come calmante, a erogazione continua.

Riguardo al mondo degli adulti molti e diversi motivi possono rendere i genitori apprensivi, arrabbiati, preoccupati o tristi: le crisi coniugali ma anche la semplice insicurezza, i disaccordi sulle questioni educative, oppure vicende personali, come malattie, lutti, o anche problemi di lavoro o di carriera. Tali stati d'animo spesso coinvolgono la coppia e a volte l'intera famiglia.

Accade dunque che le problematiche più diverse invadano i confini del rapporto tra la mamma e il suo bambino.

Il ruolo del pediatra

Il pediatra è direttamente coinvolto in questa realtà e ha la possibilità di rilevare un disagio o di effettuare la diagnosi di un disturbo, scegliendo di raccogliere un'anamnesi mirata, oppure di esplorare le varie tematiche via via che ne ha l'occasione.

Ciò è possibile se l'attenzione del medico non è centrata solo sulle vicende strettamente sanitarie, e solo sul bambino, ma è estesa anche alla mamma, con un interesse diagnostico rivolto alla diade madre-bambino, alla relazione in atto, agli stati d'animo prevalenti e alle vicende pregresse della famiglia riguardo al cibo e ai pasti.

BOX 1: LA BUONA COMUNICAZIONE IN AMBITO ALIMENTARE: UNA GUIDA DA UTILIZZARE NEL COLLOQUIO CON LA MAMMA

Informazioni generali

1. Approfondire se la madre abbia aspettative realistiche o idealizzate circa il suo ruolo: quali siano le sue "credenze" in merito all'essere una "buona madre"; sostenerla nelle sue competenze materne, specifiche per ogni donna.
2. Conoscere la cultura alimentare familiare e le consuetudini nutrizionali delle persone significative che si occupano del bambino (per es. affinità o divergenze nutrizionali in famiglia, abitudini culturali).
3. Individuare nella madre e nel bambino i segnali di un'alimentazione efficace (per es. come avviene, con quale frequenza, la qualità emotiva dell'ambiente familiare ecc.).
4. Fornire informazioni e/o consigli preventivi per affrontare difficoltà alimentari (per es. quando capita che il bambino non ha fame, comprenderne il motivo senza subito preoccuparsene); accogliere le più comuni domande e problematiche durante l'allattamento, lo svezzamento e l'inserimento dei cibi solidi.
5. Individuare i fattori di rischio, nella madre e nel bambino, che possano reciprocamente influenzare la capacità di mantenere una nutrizione adeguata (per es. ipernutrizione da parte della madre; richiesta continua, insaziabile di cibo da parte del bambino; rifiuto immotivato e persistente di alimentarsi).
6. Approfondire con la madre il tema della fame fisiologica del bambino e della sua adeguata regolazione: i segnali di fame e/o sazietà riconosciuti, accolti e soddisfatti in una circolarità positiva.

Aree da esplorare in caso di difficoltà alimentari

1. Stile materno di regolazione del benessere generale del bambino e del suo aumento di peso nelle diverse tappe evolutive.
2. Condizioni di disagio materno (per es. ansia, depressione, disturbi alimentari pregressi).
3. Manifestazioni di sentimenti di sfiducia (per es. convincimenti d'incompetenza, eccessivo coinvolgimento ecc.).
4. Difficoltà di gestione del ruolo genitoriale: esplorare le esperienze educative della madre – come figlia – e quanto queste influenzino in modo rigido il suo comportamento (importanza dei passaggi transgenerazionali).
5. Temperamento "difficile" del bambino (per es. piange molto, dorme poco, difficile da trattare perché iperattivo e/o ritirato).
6. Stress psicosociali, relazioni croniche disfunzionali che aumentano la fragilità della madre, e/o eventi acuti a livello familiare (per es. separazioni, lutti, trasferimenti, problemi economici ecc.).

Il nuovo nucleo familiare ha il difficile compito d'integrare le tradizioni alimentari e di accudimento delle due famiglie d'origine: se si debba allattare al seno, se a richiesta o a orari stabiliti, e per quanti mesi o anni; se si debba lasciar piangere il bambino o tenerlo in braccio finché si addormenta; se il piatto vada lasciato pulito, anche quando la pappa non piace.

Che cosa può fare il pediatra?

Per comprendere ciò che accade nella diade madre-bambino, un primo elemento da focalizzare è la sensazione che quella mamma suscita nel medico: è percepita come una mamma serena, oppure

apprensiva o turbata? Sarà questa la prima "diagnosi a pelle" di cui il pediatra deve imparare a fidarsi, e che darà il tono di fondo al suo colloquio con quella mamma.

Un pensiero importante riguarda "l'idea che lei ha del suo essere mamma": ogni donna ha un modello mentale di come dovrebbe essere una buona mamma. È molto utile capire se "quella mamma" si senta adeguata a questo modello, in che cosa eventualmente si critichi o si rimproveri e se si senta approvata o giudicata dalle persone che la circondano. Va dunque indagato e capito il vissuto rispetto alla maternità e andrebbero ridi-

mensionate le idealizzazioni così comuni per cui “la maternità è facile e meravigliosa, l’istinto materno è una guida forte e sicura”. Si può chiarire invece che essere mamma è complicato e non produce quell’effetto magico che forse ci si aspettava.

Occorre lasciare le idealizzazioni fuori dalla porta, per andare a vedere che cosa suscita in quella mamma, nel concreto della sua esperienza, accudire e nutrire il proprio bambino.

In particolare, il momento dell’allattamento è un momento molto delicato e può evocare nella madre sensazioni intense e contraddittorie, a volte disturbanti, che possono innescare anche sentimenti di colpa e di rifiuto.

Occorre capire quanto la mamma immagini che il suo bambino debba mangiare per stare bene: come e chi decida quanto e quando, se sia libera di avere una sua idea, oppure se sia condizionata da un “romanzo familiare” a proposito del cibo.

Esistono famiglie in cui si parla solo di cibo; già dal mattino, appena alzati, si domanda: “Che cosa si mangia oggi?”, e poi ognuno va per la sua strada. Oppure famiglie “ascetiche”, in cui di cibo non si parla: nessuno è interessato a fare la spesa, cucinare, ritrovarsi insieme per mangiare. A volte, su questi temi, c’è buona sintonia tra le famiglie d’origine dei due genitori; altre volte è presente, al riguardo, un conflitto profondo.

L’attenzione che suggeriamo verso alcuni aspetti emotivi e relazionali (*box 1*) comporta indubbiamente che il pediatra dedichi un certo tempo al colloquio con la mamma: ciò può apparire impegnativo ma sarà tempo risparmiato nel percorso di cura degli anni successivi.

L’individuazione di segnali precoci di disturbi della relazione alimentare può anche semplicemente restare sullo sfondo dell’azione del pediatra e aiutarlo a riconoscere le situazioni più a rischio,

Box 2

L’Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica (ARP - www.arpmilano.it) è una struttura ambulatoriale che lavora nell’ambito della salute psichica, ove svolge attività diagnostica, terapeutica, di ricerca e di formazione professionale.

La Struttura si articola in diversi servizi, ciascuno costituito da un gruppo di professionisti con esperienza specifica.

Il Servizio Disturbi Alimentari, di cui fanno parte le Autrici di questo articolo, si occupa di difficoltà alimentari in pazienti adolescenti o adulti: la ricostruzione anamnestica con i pazienti e con le loro madri delle vicende infantili, e in particolare delle abitudini alimentari nel primo anno di vita, ha portato a individuare una specifica rilevanza della qualità e delle caratteristiche di questi eventi rispetto allo sviluppo di una difficoltà legata all’alimentazione in anni successivi.

Il pediatra può avere un ruolo importante nel campo della prevenzione dei disturbi alimentari in adolescenza e in età adulta.

che possono poi essere inviate a un esperto per un approfondimento.

La premessa necessaria è che il pediatra e la mamma possano aprire un’area d’interesse su questi temi, e siano curiosi di esplorarli insieme. Il colloquio diventa allora per il pediatra un momento prezioso per attivare “un laboratorio di riflessione” in cui si collabora per avventurarsi nel territorio degli stati d’animo. Con l’idea che la vicenda alimentare ha radici lontane nel rapporto fra madre e bambino (così come nel rapporto che ognuno di noi ha con il cibo) e si configura come uno degli indicatori sulla qualità della loro interazione.

È questa traccia che rende possibile l’utilizzo di una specifica metodologia osservativa e d’intervento con la madre e con il figlio (o con la figlia, ormai adolescenti, o adulti) con difficoltà alimentari, al fine di verificare se un chiarimento clinico, focalizzato sulle emozioni in gioco nella loro relazione, possa produrre un cambiamento (*box 2*). ♦

Bibliografia di riferimento

Blissett J, Farrow C. Predictors of maternal control of feeding at 1 and 2 years of age. *Int J Obesity* 2007;31:1520-6.

Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, et al. Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *J Am Acad Child Psy* 2000;39:743-51.

Davies WH, Satter E, Berlin KS, et al. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *J Fam Psychol* 2006;20:409-17.

Dunn J, O’ Connor TG, Cheng H. Children’s responses to conflict between their different parents: mothers, stepfathers, nonresident fathers, and nonresident stepmothers. *J Clin Child Adolesc* 2005;34:223-34.

Francis L, Hofer S, Birch L. Predictors of maternal child-feeding style: maternal and child characteristics. *Appetite* 2001;37:231-43.

Harley KM. Maternal symptoms of stress, depression, and anxiety are related to nonresponsive feeding styles in a statewide sample of WIC participants. *J Nutr* 2008;138:799-805.

Linscheid TR, Budd KS, Rasnake LT. Pediatric feeding problems. In: Roberts (Ed). *Handbook of pediatric psychology*. NY: Guilford Press, 2003, 3rd ed.

Micali N, Simonoff E, Treasure J. Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr* 2009;154:55-60.

Nicholls D. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008;18:17-30.

Satter E. The feeding relationship: problems and interventions. *Women Health* 2004;40:19-34.

Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, et al. The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *J Child Psychol Psych* 2007;48:62-70.

Le Autrici dichiarano assenza di conflitti di interesse.

Ossiuri e appendicite acuta: causa o caso?

Costantino Panza

Pediatra di famiglia, Sant'Ilario d'Enza (RE)

Abstract

Pinworms and appendicitis: cause or coincidence?

The case of a 10 year old child with suggestive symptoms of appendicitis but with a pathologist evaluation of the appendices positive for the presence of pinworms is reported. The relationship and causation between acute appendicitis and pinworm are discussed.

Quaderni acp 2012; 19(6): 268-271

Key words Appendicitis. Pinworm

È descritto il caso di un bambino di 10 anni che ha presentato una sintomatologia suggestiva di appendicite acuta la quale, al riscontro anatomico-patologico dell'appendice, ha rivelato la presenza di ossiuri nel lume appendicolare. Vengono discussi i rapporti tra appendicite acuta e ossiuriasi e se tra i due eventi vi possa essere o meno un rapporto di causalità.

Parole chiave Appendicite acuta. *Enterobius vermicularis*

La storia

Ugo è un ragazzo di 10 anni che una sera presenta un dolore addominale a insorgenza improvvisa in fossa iliaca destra. Il dolore non è forte ma continuo, senza particolari poussées e non è associato a vomito. Per la persistenza della sintomatologia dolorosa il mattino successivo il papà lo accompagna al Pronto Soccorso (PS), preoccupato perché il bambino ha presentato due brevi episodi lipotimici. In PS l'addome si presenta dolente elettivamente in fossa iliaca destra con Blumberg positivo; le condizioni generali sono buone e l'ultima evacuazione di feci normoconformate si è verificata la sera precedente. La TC è di 37,3 °C; i globuli bianchi (GB) risultano 8,17x1000/mm³, di cui 69,8% di neutrofili, la proteina C reattiva (PCR) è di 0,8 mg/dl, AST 22 U/l, ALT 29 U/l. Il chirurgo consiglia intervento di appendicectomia che viene praticata in giornata con follow up privo di eventi significativi al di fuori di modesto e transitorio rialzo febbrile in seconda giornata. Viene somministrata terapia con ampicillina-acido clavulanico ev fino alla dimissione in quinta giornata con diagnosi di appendicite acuta.

Dopo qualche giorno dalla dimissione giunge il referto istologico: "appendice cecale di cm 8 di lunghezza, di calibro regolare; la superficie sierosa è liscia e lucente. Diagnosi istologica: appendicite

acuta catarrale; si segnala la presenza di *Enterobius vermicularis* (EV) nel lume appendicolare".

Si prescrive terapia con mebendazolo 100 mg in dose unica da ripetere dopo due settimane.

La diagnosi

La storia del bambino e l'esame anatomico-patologico pongono alcuni interrogativi:

1. un dolore addominale al quadrante inferiore destro senza febbre, con Blumberg positivo, una PCR e globuli bianchi non elevati, erano sufficienti a diagnosticare un'appendicite acuta?
2. La presenza di EV nel lume cecale poteva, da sola, aver provocato il dolore in fossa iliaca dx e il risentimento peritoneale?
3. Oppure, la presenza di EV nell'appendice cecale era indipendente dalla sintomatologia dolorosa addominale presentata dal bambino, essendo di solito considerato un abitante asintomatico dell'intestino?
4. Infine, e soprattutto, che cosa ha avuto il ragazzo?

Non è agevole in questo caso porre una diagnosi di certezza. Il reperto anatomico-patologico di "appendicite catarrale", in assenza di segni clinici e di laboratorio

probanti, non sarebbe sufficiente a porre diagnosi certa di appendicite acuta. D'altronde il riscontro di ossiuri nel lume appendicolare non basta da solo a spiegare la sintomatologia dolorosa addominale. E forse ancor meno, la diagnosi di appendicite da ossiuriasi. Resta una terza ipotesi, forse la più banale ma possibile, e cioè che il ragazzo abbia avuto un dolore addominale di natura colitica, ipotesi che potrebbe essere suffragata dalle brevi crisi lipotimiche che non trovano spiegazione né con l'appendicite acuta né con l'ossiuriasi. D'altro canto i dati di fatto obiettivi e incontrovertibili sono i reperti anatomico-patologici e cioè l'appendicite catarrale e gli ossiuri nel lume appendicolare. È possibile un'appendicite acuta causata da ossiuri? O da soli gli ossiuri possono causare crisi dolorose addominali? Cioè a dire i due eventi sono concatenati causalmente o sono solo una coincidenza e basta?

La letteratura sui rapporti tra l'appendicite acuta e l'ossiuriasi appendicolare non è particolarmente ricca e le conclusioni non sono univoche (box). La diagnosi di appendicite acuta in pediatria non sempre è agevole. Il percorso diagnostico deve evitare da una parte un'appendicectomia negativa e dall'altra il rischio di una peritonite, evento direttamente proporzionale alla durata dei sintomi.

Nonostante le indagini biomorali e di imaging a nostra disposizione, non sempre si può arrivare a una certezza diagnostica. Inoltre è presente in letteratura un'apprezzabile casistica di appendicectomie negative in età pediatrica associate alla presenza di enterobiasi nel lume appendicolare. Un'infestazione da EV può causare un dolore addominale acuto in fossa iliaca destra che simula un'appendicite acuta oppure può essere associata a un dolore addominale ricorrente in fossa iliaca destra (la cosiddetta "appendicite cronica").

In conclusione, l'interrogativo posto nel titolo "causa o caso?" resta difficile da

Per corrispondenza:
Costantino Panza
e-mail: costpan@tin.it

il caso che insegna

sciogliere anche se il dato anatomico-patologico di “appendicite catarrale” indurrebbe a propendere per “un’iniziale appendicite acuta in bambino affetto da ossiuriasi”.

Commento

L'appendicite acuta è la più frequente emergenza addominale, anche se l'incidenza negli ultimi settant'anni è in calo; è più frequente nell'età 10-20 anni, con i maschi più colpiti rispetto alle femmine in un rapporto 1,4/1 [1]. Gli elementi di valutazione sono soprattutto clinici: dolore colico periombelicale, spesso seguito da vomito, migrazione del dolore che diviene fisso in fossa iliaca destra e infine febbre. Marcata inappetenza, nausea, segno di Blumberg, segno dello psoas sono altri sintomi e segni che accompagnano la patologia [1]. L'età del paziente e la posizione dell'appendice possono influenzare la presentazione clinica, anche se il sintomo più affidabile è il dolore che migra dalla regione periombelicale al quadrante inferiore destro (rapporto di verosimiglianza positivo 2,1; IC 95%: 1,6-2,6) [2].

La valutazione della PCR e dei GB può offrire ulteriori indicazioni. Un ampio studio in un dipartimento di emergenza pediatrica ha rilevato che, in caso di dolore addominale acuto, una conta elevata di GB con polimorfonucleati > 75% presenta una discreta sensibilità (79%) e un'alta specificità (94%) nell'indicare un'appendicite acuta in tutte le età pediatriche. Più precisamente, nel sottogruppo di età 4-11,9 anni, la conta dei GB aveva una sensibilità del 71% e una specificità del 72%; se i GB erano normali o bassi il valore predittivo negativo era del 89,5%. Nei soli pazienti con appendicite la presenza di elevati livelli di GB associati a valori di polimorfonucleati > 75% dava una sensibilità del 47% e una specificità del 94% con un rapporto di verosimiglianza di 9,8 [3].

In uno studio osservazionale prospettico su 209 bambini accolti in un dipartimento di emergenza per dolore addominale con sospetto di appendicite acuta, i valori di PCR uguali o maggiori a 3 mg/dl hanno offerto una sensibilità del 70% (IC 95%: 60-79%) e una specificità del 65% (IC 95%: 53-75%). Se associati a una conta di GB > 12x1000/mm³ la sensibilità è del 42% (IC 95%: 33-51%) e la

Box

L'*Enterobius vermicularis* è un parassita intestinale dell'uomo da migliaia di anni. Uova del parassita sono state trovate in feci umane datate oltre settemila anni fa. La specie umana è l'unico ospite naturale del parassita; cani e gatti non sono ospiti del parassita e pertanto non possono trasmettere l'infezione all'uomo. Le uova di dimensioni microscopiche (30-60 µ) si trovano sulle unghie umane, abiti, polvere, giochi, asciugamani e altri oggetti contaminati. Subito dopo l'ingestione, le uova si schiudono nello stomaco permettendo alle larve di muoversi, serpeggiando, arrivando fino al cieco dove maturano fino a diventare lunghe un centimetro. Le adulte gravide di notte migrano in regione perianale dove depongono fino a 11.000 uova che rimangono infettive all'interno di una casa fino a 2-3 settimane. Il ciclo di vita di un ossiuro è di uno o due mesi. Il parassita è considerato essenzialmente innocuo: nella maggior parte dei casi può causare solo prurito anale o prurito vulvare. Tuttavia, occasionalmente la presenza di EV è stata associata a ileocolite, fistola enterocutanea, infezione delle vie urinarie, ascesso mesenterico e salpingite.

L'infezione, sebbene presente a ogni età e in ogni ceto sociale, è più frequente tra i bambini di 5-14 anni. Oltre il 50% dei bambini e dei loro familiari hanno la probabilità di essere infettati. Quando si visualizza il verme in regione perianale, più facilmente dopo due-tre ore dall'addormentamento del bambino, la diagnosi è sicura. Raramente si ritrovano uova nelle feci umane, per cui è sconsigliato eseguire uno studio del materiale fecale, mentre uno scotch test eseguito al risveglio prima della toilette ripetuto per tre giorni consecutivi può essere di ausilio nella diagnosi. Un'eosinofilia è rara in presenza di enterobiosi. Non sono presenti test sierologici per questa parassitosi così come non è presente un'immunità umorale.

I farmaci di scelta sono il mebendazolo, il pyrantel pamoato e l'albendazolo somministrati in singola dose con ripetizione della somministrazione dopo 14 giorni.

Da: Red Book 2009 [11] e *Pediatr Surg Int* 2004;20:372 [12].

specificità del 91% (IC 95%: 86-97%) [4]. Viceversa, valori bassi di polimorfonucleati, di GB e di PCR indicano una scarsa probabilità per appendicite acuta (valore predittivo positivo di 0,05) [2]. Per ridurre i tempi di diagnosi (dopo le prime 36 ore dall'inizio della sintomatologia la percentuale di perforazione varia da 16 a 36% con un aumento del 5% per ognuna delle successive 12 ore) o in caso di sintomatologia dubbia e per ridurre le percentuali di appendicectomie negative sono stati proposti degli score che utilizzano un punteggio associato a sintomi o segni.

Mentre il punteggio di Alvarado è il più impiegato nell'adulto, in età pediatrica il più utilizzato è il *Pediatrics Appendicitis Score* (PAS). Il PAS si basa su un algoritmo diagnostico elaborato in una coorte di 1170 bambini di età compresa tra 4 e 15 anni. In due coorti prospettive studiate, un PAS di 6 o più ha evidenziato una sensibilità del 77-88% e una specificità del 50-65%, rendendolo in pratica poco utilizzabile come strumento nella diagnosi di appendicite acuta [5].

Per migliorare l'accuratezza diagnostica e ridurre conseguentemente la percentua-

le di appendicectomie negative sono utilizzati studi d'imaging come la TAC o l'ecografia [6-7]. Dal loro iniziale impiego nella diagnosi di appendicite acuta i tassi di appendicectomie negative si sono abbassati in modo drammatico. Attualmente negli USA l'utilizzo della TAC è in riduzione mentre l'utilizzo dell'eco è in aumento dal 2007 [10]. Al presente, nonostante la migliore sensibilità e specificità della TAC, le più frequenti raccomandazioni sono di considerare come primo approccio l'ecografia, seguita dalla TAC solo se il risultato dell'ecografia non è conclusivo [9].

Enterobiosi (ossiuriasi)

Il nematode intestinale EV è un parassita asintomatico dell'intestino (box). Poiché l'infestazione è endemica, si potrebbero occasionalmente trovare tracce del parassita in occasione di appendicectomie per appendicite acuta o per altri tipi d'intervento chirurgico addominale. I risultati di alcuni studi osservazionali, raccolti attraverso una ricerca su *Medline* associando i termini Mesh “Appendicitis” e “Enterobiasis” con il termine booleano AND, sono riportati in tabella [12-18].

TABELLA: STUDI OSSERVAZIONALI SU ASSOCIAZIONE TRA APPENDICITE ACUTA ED *ENTEROBIUS VERMICULARIS*

	N. pz. con EV (*)	N. pz. (**)	età (anni)	Caratteristiche pz appendicectomizzati con infestazione da EV	Conclusioni degli Autori
Arca MJ et al. <i>Pediatr Surg Int</i> 2004;20:372 [12]	21 (1,4)	1549	8,2 (e.m.)	15/21 sintomatici; di questi: 4/15 con istologia negativa e neutrofilia assente; 6/21 appendicectomie in pz asintomatici associate ad altro intervento chirurgico.	L'infestazione da EV ha causato appendicite acuta, appendicite cronica e rottura dell'appendice ma è stato trovato anche in pazienti asintomatici. È imperativo che i pazienti con infestazione da EV ricevano un appropriato trattamento antielmintico per evitare il rischio di appendicectomia.
Ariyathenam AV et al. <i>Int J Surg</i> 2010;8:466 [13]	13 (2,6)	498	15 (e.m.)	12/13 con dolore fossa iliaca, nausea/vomito, anoressia; assenza di elevazione di PCR, GB, neutrofilia ed eosinofilia. Istologia negativa per infiammazione.	Il chirurgo dovrebbe considerare la diagnosi differenziale con una infestazione da EV quando rimuove un'appendice macroscopicamente non infiammata e prestare le necessarie precauzioni per il rischio di una contaminazione peritoneale.
Aydin O. <i>Diagn Pathol</i> 2007;2:16 [14]	4 (2,1)	190	8 - 30	Le 4 appendicectomie in presenza di EV non presentavano infiammazione acuta all'istologia ma infiltrato eosinofilo; Blumberg sempre presente.	L'appendicectomia aperta o laparoscopica dovrebbe essere attuata con cautela se l'appendice non è visibilmente infiammata per la possibilità di una infestazione di EV nel lume appendicolare.
Ramezani MA et al. <i>Southeast Asian J Trop Med Public Health</i> 2007;38:20 [15]	144 (2,9)	5048	24,8±13,2	76/144 presentavano infiammazione acuta all'istologia mentre 68/144 presentavano istologia normale.	Il parassita non è direttamente coinvolto nel processo infiammatorio ma la sua presenza provoca irritazione producendo sintomi appendicolari, tuttavia l'infestazione di EV raramente causa appendicite.
Akbulut S et al. <i>World J Gastroenterol</i> 2011;17:1961 [16]	37 (0,7)	5262	32,2±15,1	12/37 presentavano segni istologici di infiammazione e 25/37 presentavano istologia normale.	I pazienti appendicectomizzati affetti da EV dovrebbero ricevere un trattamento antiparassitario in quanto l'appendicectomia è la conseguenza e non la causa del disturbo. L'esame istopatologico è sempre necessario anche quando l'esame macroscopico è normale.
Sodergren MH et al. <i>Scand J Gastroenterol</i> 2009;44:457 [17]	18 (1,5)	1150	8 - 30	2/18 presentavano infiammazione appendicolare con GB > 19.000/mmc; 16/18 presentavano appendice normale all'istologia; 10/18 avevano presentato precedente dolore addominale 2 sett-5 mesi prima.	La presenza di EV nell'appendice dovrebbe essere considerata nella diagnosi differenziale di pazienti con dolore ricorrente in fossa iliaca dx ma non hanno un aumento significativo di globuli bianchi o punteggio di Alvarado alto.
Sah SP et al. <i>Trop Doct</i> 2006;36:160 [18]	9 (1,62)	624	15 (e.m.)	6/9 presentavano istologia negativa. Sul totale di 624 appendicectomie, le negative erano 71, di cui 6 (8,4%) presentavano EV.	La presenza di EV nel lume dell'appendice può produrre sintomi di appendicite, ma le caratteristiche cliniche sono indipendenti dai reperti istologici.
Totale	237 (1,65)	14321			

(*) tra parentesi in percentuale; (**) totale dei pazienti appendicectomizzati

Tutti gli studi selezionati raccolgono casistiche ospedaliere e valutano i casi di appendicectomia in un determinato periodo confrontando l'analisi anatomopatologica e la sintomatologia presentata dai pazienti. Le casistiche chirurgiche associano la presenza del parassita con una sintomatologia dolorosa tipica (dolore in

fossa iliaca destra, contrattura muscolare, Blumberg positivo), spesso accompagnata a una scarsa elevazione della PCR e dei neutrofili; inoltre, nella maggior

fossa iliaca destra, contrattura muscolare, Blumberg positivo), spesso accompagnata a una scarsa elevazione della PCR e dei neutrofili; inoltre, nella maggior

parte dei casi d'infestazione vi è un'assenza di alterazioni anatomopatologiche tipiche della flogosi acuta dell'appendice cecale. Alcune casistiche inoltre segnalano che, nelle appendicectomie per via laparoscopica, nel caso di infestazione da EV del lume cecale, vi è il rischio di una disseminazione del parassita nella cavità peritoneale con la possibilità di una diffusione mesenterica [12-14].

Dal caso e dalla letteratura abbiamo imparato che:

- la diagnosi di appendicite acuta in pediatria non sempre è agevole: esiste la possibilità, anche se rara, che essa possa essere causata da un'infestazione da EV;
- un'infestazione da EV può causare un dolore addominale acuto in fossa iliaca destra che simula un'appendicite acuta, oppure può essere associata a un dolore addominale ricorrente in fossa iliaca destra (la cosiddetta "appendicite cronica");
- la diagnosi di enterobiasi necessita di un adeguato trattamento con mebendazolo o altro antelmintico: non sempre l'infestazione rimane innocua;
- la possibilità di un'infestazione da EV nel lume cecale deve portare il chirurgo alla consapevolezza del rischio d'inseminazione del parassita sulla superficie mesenterica durante un'appendicectomia soprattutto se l'aspetto dell'appendice è normale. ♦

Bibliografia

- [1] Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. *BMJ* 2006;333:530-4.
- [2] Andersson REB. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *Br J Surg* 2004;91:28-37.
- [3] Wang LT, Prentiss KA, Simon JZ, et al. The use of white blood cell count and left shift in the diagnosis of appendicitis in children. *Pediatr Emerg Care* 2007;23:69-76.
- [4] Kwan KJ, Nager AL. Diagnosing pediatric appendicitis: usefulness of laboratory markers. *Am J Emerg Med* 2010;28:1009-15.
- [5] Humes DJ, Simpson J. Clinical Presentation of Acute Appendicitis: Clinical Signs – Laboratory Findings – Clinical Scores, Alvarado Score and Derivate Scores. In: Keyzer C, Gevenois PA (Eds.). *Imaging of Acute Appendicitis in Adults and Children*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2011.
- [6] Doria AS, Moineddin R, Kellenberger CJ, et al. US or CT for diagnosis of appendicitis in children and adults? A meta-analysis. *Radiology* 2006;241:83-94.
- [7] Garcia K, Hernanz-Schulman M, Bennett DL, et al. Suspected appendicitis in children: diagnostic importance of normal abdominopelvic CT findings with nonvisualized appendix. *Radiology* 2009;50:531-7.
- [8] Raja AS, Wright C, Sodickson AD, et al. PhD-Negative Appendectomy Rate in the Era of CT: An 18-year Perspective. *Radiology* 2010;256:460-5.
- [9] Bachur RG, Hennelly K, Callahan MJ, et al. Diagnostic Imaging and Negative Appendectomy Rates in Children: Effects of Age and Gender. *Pediatrics* 2012;129:877-84.
- [10] Bachur RG, Hennelly K, Callahan MJ, et al. Advanced Radiologic Imaging for Pediatric Appendicitis, 2005-2009: Trends and Outcomes. *J Pediatr* 2012;160:1034-8.
- [11] American Academy of Pediatrics. Respiratory syncytial virus. In: *Red Book 2009. Report of the Committee on Infectious Diseases*. 28th Edition. Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS (Eds). Elk Grove Village, IL, USA 2009:560-9.
- [12] Arca MJ, Gates RL, Groner JI, et al. Clinical manifestations of appendiceal pinworms in children: an institutional experience and a review of the literature. *Pediatr Surg Int* 2004;20:372-5.
- [13] Ariyathenam AV, Nachimuthu S, Tang TY, et al. *Enterobius vermicularis* infestation of the appendix and management at the time of laparoscopic appendectomy-Case series and literature review. *Int J Surg* 2010;8(6):466-9.
- [14] Aydin O. Incidental parasitic infestations in surgically removed appendices. *Diagn Pathol* 2007;2:16.
- [15] Ramezani MA, Dehghani MR. Relationship between *Enterobius vermicularis* and the incidence of acute appendicitis Southeast Asian. *J Trop Med Public Health* 2007;38:20-3.
- [16] Akbulut S, Tas M, Sogutcu N, et al. Unusual histopathological findings in appendectomy specimens: A retrospective analysis and literature review. *World J Gastroenterol* 2011;17:1961-70.
- [17] Sodergren MH, Jethwa P, Wilkinson S, et al. Presenting features of *Enterobius vermicularis* in the vermiform appendix. *Scand J Gastroenterol* 2009;44:457-61.
- [18] Sah SP, Bhadani PP. *Enterobius vermicularis* causing symptoms of appendicitis in Nepal. *Trop Doct* 2006;36:160-3.

ENBE

Efficacia del beclometasone vs placebo nella profilassi del wheezing virale in età prescolare

Lo stato dell'arte

Il 2 ottobre 2012 si è chiuso lo studio clinico controllato randomizzato vs placebo che vuole valutare sicurezza ed efficacia d'impiego del beclometasone nella prevenzione del wheezing in bambini con infezioni virali delle vie aeree superiori. Dei 525 bambini arruolati 507 hanno concluso lo studio. 18 sono drop out; tra questi 4 sono usciti prima della visita di fine intervento e 14 prima della visita di fine follow up. Lo studio, avviato nell'ottobre 2010, ha coinvolto 40 pediatri di famiglia operanti in 9 ASL che, per distribuzione geografica e contesto, sono rappresentative del panorama nazionale. Setting e popolazione coinvolta sono espressione della pratica clinica routinaria in pediatria del territorio. È in corso l'analisi dei dati relativi ai diversi esiti misurati nella fase d'intervento e nella fase osservazionale dello studio: un percorso di ricerca attiva che, a partire da un problema corrente in pediatria delle cure primarie, vuole migliorare la capacità di lettura del pediatra rispetto alle informazioni scientifiche disponibili e accrescere la sua attenzione verso bisogni rilevanti della salute del bambino.

Bambini e genitori in conflitto. Una proposta di formazione multidisciplinare

Patrizia Elli, Ambrogina Pirola, Federica Zanetto
ACP Milano e Provincia

Abstract

Children and parents in conflict. A proposal for a multi-disciplinary training

Some ACPM paediatricians and two influential members of psychology and law had several meetings regarding increasing problems caused to children by their conflicting parents. It seems necessary to offer paediatricians further legal and psychological knowledge and good communication skills in order to better manage difficult situations derived from separation and divorce.

Quaderni acp 2012; 19(6): 272-273

Key words *Conflicting parents. Child health. Multi-disciplinary training*

Dal confronto tra alcuni pediatri dell'ACP di Milano (ACPM) e due autorevoli esponenti della psicologia e della giurisprudenza sull'incremento di problematiche presentate dai bambini figli di genitori in conflitto, e da un successivo incontro di condivisione con pediatri di famiglia (pdf), ospedalieri e specializzandi presso l'Università "Milano Bicocca" sono emerse domande, criticità e bisogni formativi specifici. Ne deriva la necessità di offrire al pediatra elementi di conoscenza in campo giuridico e psicologico e di promuovere una formazione alla comunicazione di qualità in situazioni difficili quali la conflittualità familiare.

Parole chiave *Conflitto genitori. Salute del bambino. Formazione multidisciplinare*

«Siamo cresciuti come dentro le fotografie. Scivolando lentamente verso i bordi, non più al centro dell'inquadratura ma di lato, gli occhi arrossati dal flash, sorpresi per caso durante una gita scolastica, un compleanno festeggiato controvoglia, un'occasione dove avremmo preferito non essere pur di non finire così, in secondo piano e tranciati a metà, proprio noi, un tempo perfettamente definiti e interi».

(Armanini E.,
Storia naturale di una famiglia)

Introduzione

La promozione e la tutela della salute in età infantile esigono un confronto continuo con i bisogni veri del bambino e della sua famiglia, in parte mutati anche a causa del cambiamento delle relazioni familiari. In Italia sono 1,4 milioni i figli coinvolti in separazioni e divorzi negli ultimi dieci anni [1].

Il 7 luglio 2011 l'ISTAT ha pubblicato il rapporto "Separazioni e divorzi in Italia": ai 150.000 bambini ogni anno coinvolti si aggiungono i tanti che vivono in famiglie solo apparentemente unite, ma in realtà profondamente disgregate [2]. Le difficoltà della famiglia e in particolare la maggiore conflittualità fra coniugi, fonte di forte dolore e sofferenza che

coinvolge tutto il sistema familiare, sono eventi critici, da monitorare attentamente per le possibili ricadute negative sul processo di crescita del bambino e sulla sua salute psicologica [3].

I pediatri, sempre più alle prese nell'esperienza quotidiana con questo problema (come confermato dal trend in aumento dei dati ISTAT), possono giocare un ruolo più attivo nei confronti di bambini coinvolti in situazioni difficili dove spesso sintomi organici esprimono quanto non trova rappresentazione nel pensiero o comunicazione nella parola? Partendo da questi dati e da queste considerazioni, alcuni pediatri di famiglia (pdf) in ambito ACPM hanno

provato ad avviare un confronto con due autorevoli e qualificati esponenti della psicologia e della giurisprudenza per cercare di capire meglio, anche in un'ottica di integrazione tra diverse competenze, il ruolo del pediatra nell'ambito dei possibili interventi preventivi in presenza di conflittualità familiare. Gli incontri, che si sono protratti per oltre un anno, hanno permesso di delineare un quadro generale dei diversi aspetti del problema nei differenti contesti (cosa succede nell'ambulatorio del pdf, dallo psicologo, con il mediatore familiare, dal magistrato).

A questa prima parte di approfondimento teorico è seguito un incontro di condivisione presso l'Università "Milano Bicocca" con pdf, ospedalieri e specializzandi: ne sono emersi domande, criticità e bisogni formativi specifici su alcuni aspetti cruciali rispetto alla presenza di un pediatra più preparato e parte attiva della rete di sostegno al bambino e ai genitori (AAP Pediatrics).

Oltre il sintomo, ma fin dove?

Cefalea, dolori addominali ricorrenti, arresto della crescita, disturbi alimentari, enuresi, riacutizzazione di patologie croniche quali asma e dermatite atopica, difficoltà relazionali (scuola, sport, tempo libero), comparsa di tic, scarso rendimento scolastico, cambiamenti di umore sono motivi frequenti di richiesta di visita pediatrica. Spesso considerati in prima battuta prevalentemente dal punto di vista somatico, possono anche esprimere una

- Dal 2007 al 2008: le separazioni sono aumentate del 3,4% e i divorzi del 7,3%.
- I figli coinvolti nelle separazioni sono stati 100.252 e nei divorzi 49.087. Di questi i *minorenni* sono 66.406 nelle separazioni e 25.495 nei divorzi (dati ISTAT 2007).
- Nel 2009 il 66,4% delle separazioni e il 60,7% dei divorzi hanno riguardato coppie con figli avuti durante il matrimonio.
- Fino al 2005 ha prevalso l'affidamento esclusivo dei figli minori alla madre.
- Nel 2006 la Legge 54/2006 ha introdotto l'istituto dell'affido condiviso dei figli minori come modalità ordinaria e ha avuto conseguenze evidenti: nel 2009 l'86,2% delle separazioni di coppie con figli ha previsto l'affido condiviso contro il 12,2% dei casi in cui i figli sono stati affidati esclusivamente alla madre.

<http://dati.istat.it/>

Per corrispondenza:
Patrizia Elli
e-mail: patriziaelli@virgilio.it

esperienze

situazione di disagio e nascondere una richiesta di aiuto da parte del bambino.

“Dottoressa, bisogna fare degli esami perché non ha mai avuto questi disturbi! (dolori addominali ricorrenti)”. “Ora la visita e poi decideremo... potrebbero non essere necessari”. “Certo, loro non hanno la colite come gli adulti!”. “Perché no?”. “Ma loro non hanno problemi, non hanno lo stress di noi adulti!”.

Un bambino di 6 anni presenta da diversi mesi “mal di testa”. Viene visitato più volte e sottoposto a qualche esame per escludere le patologie più importanti. La pediatra cerca di sondare con la mamma le possibili cause del sintomo presentato.

“C’è stato qualche evento di cui dobbiamo tenere conto?”.

“A scuola va volentieri, mi sembra tutto regolare... ah, non so se glielo avevo detto, ma io e mio marito ci siamo separati... ma è già passato un anno!”.

Non sempre i genitori si presentano entrambi alla visita. Spesso non vengono riferite le possibili connessioni fra il malessere del bambino e le modificazioni del sistema familiare, quando addirittura non vengono affatto percepite. Appartengono però all’area di intervento del pediatra, che deve essere in grado di mantenere la chiarezza del proprio ruolo e delle proprie competenze. Per non cadere in trappole relazionali, dare spazio a malintesi, compromettere la relazione di cura occorrono competenze che, non insite nel buon medico, né affidate all’istinto o all’attitudine dei singoli, possono essere insegnate e apprese.

Ascoltare i bambini...

Capita anche che i genitori riferiscano in ambulatorio episodi e comportamenti dei figli in loro presenza, senza che venga mai chiesta la loro versione dei fatti.

Mamma: “Non ha voluto andare da suo padre. Non posso costringerlo!”.

Pediatra (rivolgendosi a Leo): “Come mai non hai voluto passare il week-end con il papà?”.

Leo: “L’unico momento in cui posso vedere i miei amici è durante il week-end. Non ho voglia di lasciare la mia casa per stare solo con lui o con la nonna”.

Ascoltare i bambini, dare loro spazio, chiedere precisazioni e spiegazioni, restituisce loro un ruolo ed è quindi importante che ciò avvenga. Ne possono emergere richieste con risvolti sia sul piano psicologico che legale: ancora una volta il pediatra deve “attrezzarsi” per essere in grado di mantenere con molta attenzione la sua identità professionale e conoscere i limiti del proprio intervento.

Ascoltare anche il genitore...

ho bisogno di parlarle perché...

... siamo in un momento di crisi

... sono preoccupata per i miei figli

... non so come comportarmi...

Il pediatra diventa “sensore” di un problema che sta nascendo o di una difficoltà in atto. Saper delimitare il campo di azione agli aspetti che riguardano la salute e la crescita del bambino; essere consapevole che, anche in presenza di uno solo dei genitori, vanno raccolte informazioni sulle opinioni dell’assente in merito al problema trattato; capire prima con il genitore cosa si aspetta dal colloquio richiesto (possono non essere chiari ruoli e competenze dei singoli specialisti); ribadire il proprio ruolo di curante che non offre un’opinione personale o un consiglio, ma un intervento concreto e professionale che può prevedere anche l’invio ad altri professionisti o strutture qualificate (psicologo, mediatore, assistente sociale...); essere consapevoli che è sempre in agguato il rischio di un’alleanza e di una identificazione con uno dei genitori, e anche quello di essere utilizzato in modo improprio da parte del genitore: sono abilità e aspetti di tipo comunicativo da acquisire e possedere con una formazione specifica, accanto ad alcune conoscenze in ambito giuridico e psicologico.

Siamo in guerra...

I problemi all’interno della coppia spesso sfociano in una vera e propria guerra dove i campi di battaglia possono spesso anche essere le decisioni in merito alla salute dei figli.

“Da quando mio marito è andato via Riccardo è diventato ingestibile e anche la scuola mi ha chiamato per segnalarmi il problema e per suggerirmi di farlo valutare da un neuropsichiatra infantile”.

“Se non ricordo male Riccardo era piuttosto vivace anche prima, tanto che avevamo già parlato di una valutazione neuropsichiatrica”.

“Ha ragione, ma mio marito non è d’accordo. Il neuropsichiatra vuole che siamo presenti entrambi... posso insistere per una valutazione anche senza la sua presenza e il suo consenso?”.

“Sinceramente non saprei ma posso chiedere quale sia la procedura in questi casi specie dal punto di vista legale. Nel frattempo, se pensa che sia utile, potremmo incontrarci con suo marito per capire insieme le ragioni del suo rifiuto”.

Anche in questo caso il pediatra non può improvvisare. Può offrirsi come mediatore, negoziatore esterno in grado di ascoltare entrambi i contendenti e consapevole di non dovere entrare nella storia e nelle dispute della coppia, dove invece c’entra il bambino. Questo è il punto fermo, che il pediatra deve essere in grado di consolidare e ribadire ogni volta che gli è possibile, spostando l’attenzione su cosa è meglio fare per il benessere del bambino, fornendo tutte le informazioni professionali che possono far comprendere la bontà di una decisione (un accertamento diagnostico, una visita specialista,

una vaccinazione, una certificazione, l’assunzione di una terapia...) [4].

Non siamo soli, non lasciamoli soli...

Il pediatra non deve necessariamente dare risposte subito, né può fare tutto da solo: deve conoscere le risorse disponibili (consultori familiari, mediatori familiari, iniziative presenti sul territorio) e affiancare il percorso della famiglia monitorando e sostenendo l’intervento di altri operatori. Deve anche sapere che, quando in una famiglia qualcosa non funziona, gli adulti non sempre accettano un aiuto da parte dei servizi preposti per salvaguardare il benessere dei figli, e deve avere ben chiaro “chi fa cosa” (es. quando fare una segnalazione?, a chi?): ancora aspetti e domande da cui emerge fortemente la necessità di collaborazione, confronto e approfondimento con altri saperi e altre figure professionali coinvolte nelle situazioni di conflittualità familiare.

Conclusioni

I genitori in conflitto sono una realtà frequente e i disagi che tali situazioni creano nei figli assumono varie forme, per cui il pdf è spesso il primo professionista consultato. Il confronto tra le diverse competenze coinvolte nella gestione di tali situazioni ha portato un gruppo di pediatri alla consapevolezza di “quello che è difficile” nella individuazione precoce dei casi e nella definizione della propria area di intervento.

La formazione del pdf non prevede un percorso specifico in questo senso. Offrire al pediatra elementi di conoscenza in campo giuridico e psicologico e promuovere una formazione alla comunicazione di qualità in situazioni difficili, quali la conflittualità familiare, può rientrare tra le iniziative appropriate ed efficaci dei gruppi di lavoro operanti all’interno dell’ACP. ♦

Si ringraziano il prof. Giuseppe Masera (Clinica Pediatrica, Università “Milano Bicocca”, Fondazione MBBM Monza), il prof. Fulvio Scaparro (psicoterapeuta, direttore scientifico Associazione GeA - Genitori Ancora), la dott. Annamaria Caruso (magistrato, docente presso l’Università Cattolica del “Sacro Cuore”, Facoltà di Psicologia, Milano) per la disponibilità e la proficua collaborazione in tutto il percorso di approfondimento.

Bibliografia

[1] Associazione Matrimonialisti Italiani. www.ami-avvocati.it <http://dati.istat.it/>.

[2] <http://dati.istat.it>.

[3] Tanner JL. Parental Separation and Divorce: Can We Provide an Ounce of Prevention? *Pediatrics* 2002;110:1007-9.

[4] Quadrino S, Gangemi M. Meglio tenersi fuori dai giochi di famiglia. *Occhio Clinico Pediatra* 1998;8:33-5.

Curare l'appendicite con gli antibiotici: un po' di rumore per nulla?

Enrico Valletta*, Francesco S. Camoglio**

*UO di Pediatria, Ospedale "G.B. Morgagni-L. Pierantoni", AUSL di Forlì; **Chirurgia Pediatrica, Policlinico "G.B. Rossi", Università di Verona

Abstract

Antibiotic treatment for appendicitis: much ado about nothing?

Appendectomy has been the mainstay of treatment of acute appendicitis for a long time. Recent studies suggest that in uncomplicated acute appendicitis antibiotic treatment could be a suitable alternative to surgery. It would not significantly increase the risk of peritonitis and could avoid all unnecessary surgery-related morbidity. We offer a commented review of the most recent trials and of at least six systematic reviews or meta-analysis published in the last few months. In our opinion, available data regarding exclusive antibiotic treatment are not conclusive nor immediately applicable to paediatric patients.

Quaderni acp 2012; 19(6): 274-277

Key words Appendicitis. Appendectomy. Antibiotic therapy. Non inferiority trial. Surgery

L'appendicectomia è da sempre ritenuta il trattamento di scelta nell'appendicite acuta. Alcuni studi recenti suggeriscono che il semplice trattamento antibiotico potrebbe rappresentare una valida alternativa all'intervento nell'appendicite acuta non complicata. Intendiamo commentare sinteticamente i risultati di questi studi e di almeno sei revisioni sistematiche o metanalisi che sono state pubblicate nell'arco di pochi mesi. A nostro avviso, i dati disponibili non consentono di essere conclusivi sull'efficacia del solo approccio antibiotico e non sono immediatamente trasferibili al paziente pediatrico.

Parole chiave Appendicite. Appendicectomia. Terapia antibiotica. Studio di non-inferiorità. Chirurgia

L'appendicite acuta è argomento quasi inesauribile di discussione e ricerca. Patologia apparentemente ben nota che, da oltre cento anni, trova nel trattamento chirurgico la sua risoluzione, ha dovuto anch'essa piegarsi alle regole della medicina basata sulle evidenze e portare alla verifica le proprie consuetudini diagnostiche e terapeutiche. Tra gli aspetti più dibattuti, le modalità della diagnosi (clinica, di laboratorio, ecografica e/o tomografica), il tipo e la durata della terapia antibiotica come prevenzione e trattamento delle complicanze postchirurgiche e, infine, le tecniche chirurgiche stesse (laparotomia vs laparoscopia).

Negli ultimi anni un'altra questione ha prodotto alcuni lavori prospettici e di metanalisi di un certo interesse. Si tratta della possibilità di curare l'appendicite non complicata con la sola terapia antibiotica, con l'obiettivo di evitare l'intervento chirurgico e le sue possibili complicanze: quindi terapia medica non solo come "ponte" verso l'atto chirurgico, ma come vera e propria alternativa terapeutica

analoga a quanto avviene per la diverticolite, altro processo infettivo addominale.

L'occasione viene dalla pubblicazione su *BMJ* dell'ultima metanalisi sull'argomento e da un recente lavoro prospettico francese che mette a confronto, nell'appendicite non complicata, l'efficacia della terapia con amoxicillina-clavulanato e dell'appendicectomia [1-2].

Antibiotico "non inferiore" all'appendicectomia. È questo l'obiettivo?

Il lavoro di Vons e coll. affronta l'argomento in maniera originale prestandosi ad alcune considerazioni di metodo e di sostanza [2]. È uno studio aperto, multicentrico, randomizzato e controllato, condotto in adulti. I pazienti, con una diagnosi di appendicite acuta non complicata verificata con la TAC, erano assegnati casualmente a un trattamento con amoxicillina-clavulanato (3 g/die per 8-15 giorni) o all'intervento di appendicectomia in

urgenza. L'obiettivo era dimostrare la non-inferiorità dell'antibiotico rispetto alla chirurgia nel prevenire la peritonite entro 30 giorni dal trattamento, assumendo come tollerabile una minore efficacia dell'antibiotico tale per cui il limite superiore dell'intervallo di confidenza (IC 95%) delle differenze tra i due trattamenti fosse inferiore a 10 punti percentuali. In sintesi, non si puntava a dimostrare che il trattamento antibiotico mantenesse invariata o riducesse la frequenza delle possibili peritoniti, quanto a verificare che non ne causasse il 10% in più oltre a quelle attese con l'appendicectomia. Il risultato finale era in favore dell'appendicectomia con solo il 2% di peritoniti post-trattamento rispetto all'8% (differenza dei trattamenti 5,8%, IC 95% 0,3-12,1) con l'antibiotico, per il quale non era quindi possibile dimostrare la non-inferiorità. Nonostante il 68% dei pazienti trattati con antibiotico non abbia richiesto un'appendicectomia entro l'anno successivo, il 12% veniva operato entro un mese e un altro 29% tra un mese e un anno dal primo episodio. Nel 26% dei casi l'intervento era per appendicite acuta. Al di là del verdetto sfavorevole all'antibiotico e di alcune peculiarità dello studio – il sistematico utilizzo della TAC, il difficile confronto tra due trattamenti così diversi e l'utilizzo di un antibiotico a cui l'*E. coli* appare sempre più resistente – è il disegno di non-inferiorità a meritare qualche considerazione. In un commento all'articolo, i ricercatori del "Mario Negri" criticano la scelta del margine di non-inferiorità del 10% ritenendolo potenzialmente svantaggioso per il paziente [3-4]. Questo valore porta, infatti, ad accettare un rischio di peritonite cinque volte superiore a quello atteso (2%) per l'appendicectomia e quindi 100 casi di peritonite su 1000 pazienti trattati con antibiotico a fronte dei 20 casi prevedibili con la chirurgia. La differenza dell'IC 95% (0,3-12,1) ottenuto da Vons e coll. significa da 3 a 121 casi in

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

il punto su

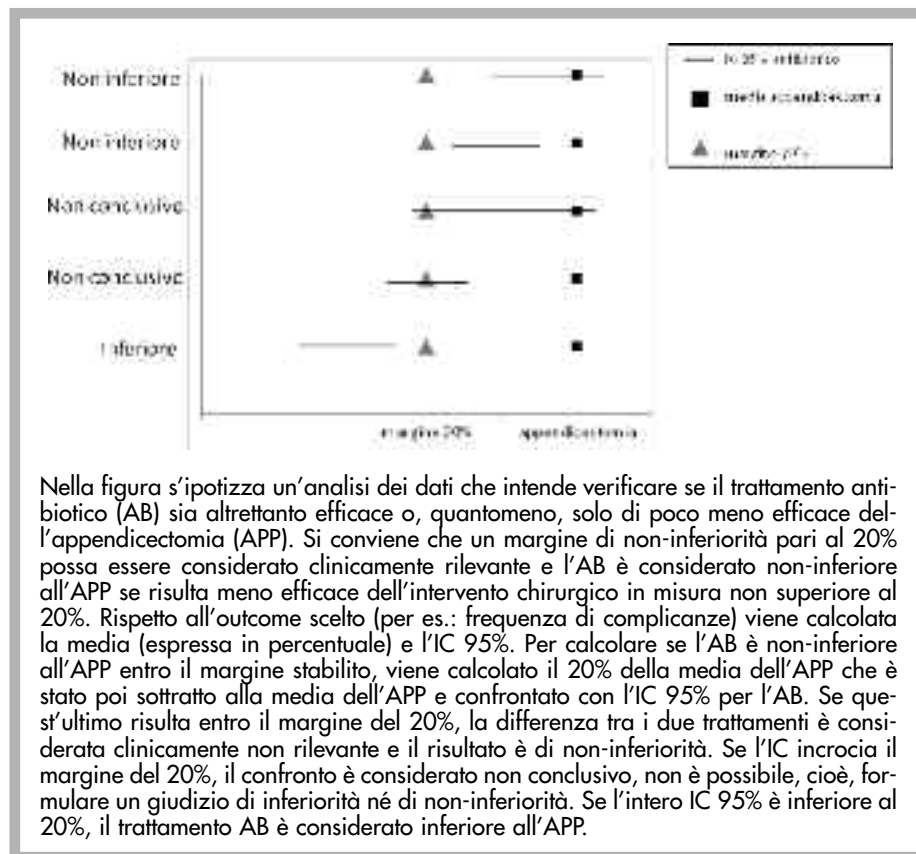
più di peritonite ogni 1000 pazienti posti in amoxicillina-clavulanato. Se il limite scelto per la non-inferiorità fosse stato addirittura il 15% come suggerito da Mason, l'antibiotico sarebbe stato giudicato una buona alternativa all'appendicectomia pur risultando, alla fine, peggiore (limite inferiore dell'IC 95% > 0,0) [5].

Le metanalisi

Tra il 2011 e il 2012 sono almeno sei i lavori che cercano di fare il punto sul confronto antibiotico vs appendicectomia in maniera sistematica. Fitzmaurice e coll., partendo da una precedente revisione del 2008 di Mason – che, pur basandosi su evidenze “scarse e di modesta qualità”, concludeva per l'efficacia dell'approccio antibiotico in circa il 70% dei casi – selezionano 13 lavori pertinenti di cui solo 4 RCT (tutti, tranne uno, condotti su pazienti adulti), 9 studi retrospettivi monocentrici e una review (quella di Mason, appunto) [6-7].

Pur non conducendo una vera e propria metanalisi, giudicano che non vi siano evidenze sufficienti per raccomandare l'utilizzo dell'antibiotico in alternativa alla chirurgia e ribadiscono il ruolo dell'appendicectomia come *gold standard* terapeutico. Liu e Fogg costruiscono la loro metanalisi su 6 lavori (1201 pazienti) focalizzandosi sulla percentuale di fallimenti dell'antibiotico (il 6,9%, range 5-11,8%, dei pazienti doveva ricorrere all'intervento entro 24-48 ore dall'inizio della terapia) e sul tasso di ricorrenza di appendicite 4-12 mesi dopo il termine dell'antibiotico (14,2%, range 5-35%) [8]. Nel 7,3% delle appendicectomie di prima istanza l'appendice risultava normale e le complicanze dell'approccio antibiotico erano del 31% (IC 95% 19-49), inferiori rispetto a quelle dell'appendicectomia. Considerando che fino al 35% dei casi l'appendicectomia risultava non necessaria (risoluzione spontanea o appendici normali), gli Autori ritenevano la scelta dell'antibiotico ragionevole e sicura nelle appendiciti non complicate pur considerando indispensabili ulteriori ricerche prospettiche di approfondimento. Sempre del 2011 è una *Cochrane Review* che affronta il problema secondo lo schema della non-inferiorità assumendo come clinicamente tollerabile un margine del 20% di differenza rispetto all'appendicectomia [9]. Cinque sono gli

BOX 1: SCHEMATIZZAZIONE DEL PRINCIPIO DI NON-INFERIORITÀ (MODIFICATO DA [9])



Nella figura s'ipotizza un'analisi dei dati che intende verificare se il trattamento antibiotico (AB) sia altrettanto efficace o, quantomeno, solo di poco meno efficace dell'appendicectomia (APP). Si conviene che un margine di non-inferiorità pari al 20% possa essere considerato clinicamente rilevante e l'AB è considerato non-inferiore all'APP se risulta meno efficace dell'intervento chirurgico in misura non superiore al 20%. Rispetto all'outcome scelto (per es.: frequenza di complicanze) viene calcolata la media (espressa in percentuale) e l'IC 95%. Per calcolare se l'AB è non-inferiore all'APP entro il margine stabilito, viene calcolato il 20% della media dell'APP che è stato poi sottratto alla media dell'APP e confrontato con l'IC 95% per l'AB. Se quest'ultimo risulta entro il margine del 20%, la differenza tra i due trattamenti è considerata clinicamente non rilevante e il risultato è di non-inferiorità. Se l'IC incrocia il margine del 20%, il confronto è considerato non conclusivo, non è possibile, cioè, formulare un giudizio di inferiorità né di non-inferiorità. Se l'intero IC 95% è inferiore al 20%, il trattamento AB è considerato inferiore all'APP.

studi considerati (uno di questi sarà successivamente ritirato per duplicazione di dati). Il trattamento antibiotico ancora una volta non supera in maniera conclusiva la prova della non-inferiorità rispetto all'appendicectomia, né per quanto riguarda la guarigione, né per il semplice verificarsi di complicanze maggiori. Gli stessi Autori s'interrogano sull'opportunità di accettare un margine del 20%, in altri termini di accettare che in 1 paziente su 5 il trattamento non sia efficace o sia causa di complicanze (*box 1*). La successiva metanalisi di Mason e coll. è decisamente a favore dell'appendicectomia, attribuendole l'8,5% dei fallimenti contro il 40,2% dell'antibiotico (OR 6,72; IC 95% 0,08-12,99; $p < 0,001$) [10]. Sempre del 2012 è la revisione sistematica di Varadhan e coll. che prende in considerazione 4 RCT già ampiamente utilizzati in alcune precedenti metanalisi, per un totale di 900 pazienti (470 relativi al trattamento antibiotico e 430 per quello chirurgico) [1]. Il trattamento conservativo si dimostrava efficace a un anno nel 63% dei casi con una significativa riduzione

del rischio di complicanze (infezione della ferita, perforazione, peritonite) che, a seconda dei criteri utilizzati, andava dal 31% al 39% rispetto all'appendicectomia. Tuttavia, il 20% dei pazienti trattati con antibiotico doveva essere successivamente appendicectomizzato e nel 20% di questi il quadro era di un'appendicite perforata o gangrenosa. L'efficacia del trattamento, la durata del ricovero e il rischio di sviluppare un'appendicite complicata erano comparabili nei due gruppi. Il giudizio degli Autori è positivo nei confronti dell'approccio con antibiotico che giudicano sicuro ed efficace senza apprezzabile incremento del rischio di perforazione. Nell'editoriale di commento alla metanalisi, Bakker solleva alcune critiche di metodo (giudizio di efficacia del trattamento per due approcci completamente diversi) e di sostanza (rischio inaccettabile di appendicectomia differita in caso di fallimento dell'antibiotico, consistente ricorrenza, 20%, di appendicite a un anno, necessità di eseguire una TAC in tutti i pazienti, possibilità di sottovalutare un coinvolgimento

annessiale nelle femmine con rischio futuro di ridotta fertilità: (3-5% delle donne con appendicite complicata), ritenendo ancora preferibile, per il momento e in attesa di ulteriori evidenze, l'approccio chirurgico [11]. Un ulteriore, recentissimo tentativo di sintesi della consueta letteratura disponibile risulta anch'esso non conclusivo [12].

Qualche commento

Sei metanalisi pubblicate nell'arco di nove mesi (ottobre 2011 - giugno 2012), costruite su un totale di otto lavori originali (considerandone da quattro a sette ciascuna), sono molte, forse troppe. Indicano l'attualità dell'argomento, ma anche la difficoltà di giungere a una conclusione univoca (tabella 1). L'argomento è evidentemente difficile da circoscrivere.

L'appendicite acuta è indicazione all'intervento da oltre un secolo; la tecnica chirurgica è ultraconsolidata (e mininvasiva con la laparoscopia), risolve il problema nella totalità dei casi, mette al sicuro dal rischio di perforazione (15-25%), ha un tasso contenuto di complicanze e soprattutto non pone il problema delle recidive. È oggettivamente difficile fare meglio e da qui nasce il tentativo di mostrare se non la superiorità almeno la non-inferiorità di un approccio alternativo. C'è da chiedersi chi accetterebbe un trattamento che, nella peggiore delle ipotesi, lo esporrebbe a un rischio maggiore della chirurgia per il semplice motivo che un margine di 10-20% di complicanze in più è ritenuto accettabile dai ricercatori. D'altra parte, l'appendicectomia è da sempre gravata dal problema delle appendici "bianche", interventi probabilmente evitabili che espongono il paziente a rischi superflui. In questi casi la precisione diagnostica è fondamentale: laddove si è utilizzata sistematicamente la TAC (sensibilità 100%, specificità 95%) la percentuale degli interventi su appendici indenni è stata inferiore (3%) rispetto al passato (10-15%) [2]. Esistono poi le appendici che "guariscono" spontaneamente (3,6-20%), anch'esse sottoposte impropriamente a intervento chirurgico [8].

I trials che hanno testato il trattamento antibiotico vs l'appendicectomia sono abbastanza disomogenei nell'iter diagnostico (solo Vons e coll. utilizzano siste-

TABELLA 1: SINTESI DELLE CONCLUSIONI DELLE METANALISI/REVISIONI SISTEMATICHE CITATE NEL TESTO

Autore	Conclusioni
Fitzmaurice [6]	L'appendicectomia resta il <i>gold standard</i> .
Liu [8]	L'antibiotico è approccio ragionevole e sicuro. Necessari ulteriori studi randomizzati e controllati.
Wilms [9]	L'antibiotico non può essere definito non-inferiore all'appendicectomia adottando il margine del 20% (confronto non conclusivo). L'appendicectomia resta il <i>gold standard</i> . Giustificati ulteriori studi randomizzati e controllati.
Mason [10]	L'antibiotico è associato a minori complicanze, grado di malattia e migliore controllo del dolore, ma risulta complessivamente meno efficace dell'appendicectomia per una più elevata frequenza di fallimento.
Varadhan [1]	L'antibiotico è efficace e sicuro e merita di essere considerato come primo approccio nell'appendicite non complicata.
Svensson [12]	Comparabile il grado di fallimento tra antibioticoterapia (necessità di intervento) e chirurgia (appendice "bianca"). Minori complicanze nel braccio trattato con antibiotico.

TABELLA 1: SINTESI DEI LAVORI ORIGINALI CONSIDERATI NELLE DIVERSE REVISIONI SISTEMATICHE O METANALISI

Autore	Popolazione studiata	Terapia antibiotica utilizzata
Eriksson [13]	40 pazienti >18 anni	Cefotaxime + finidazolo
Styrud [14]	252 pazienti >18 anni	Cefotaxime + finidazolo per 2 giorni; poi ofloxacin + finidazolo
Farahnak [15]	42 pazienti >6 anni	Gentamicina + metronidazolo; poi amoxicillina-clavulanato
Liu [16]	170 pazienti adulti	A discrezione del chirurgo
Hansson [17]	369 pazienti > 18 anni	Ciprofloxacina + metronidazolo
Malik [18] (studio ritirato)	80 pazienti >17 anni	Ciprofloxacina + metronidazolo
Turhan [19]	290 pazienti >13 anni	Ampicillina + gentamicina + metronidazolo
Vons [2]	239 pazienti >18 anni	Amoxicillina-clavulanato

maticamente la TAC), negli antibiotici utilizzati, nella scelta degli outcomes, nella frequenza del crossover dal trattamento antibiotico a quello chirurgico (quasi il 50% in uno studio) e, soprattutto, sono condotti quasi esclusivamente in pazienti adulti (tabella 2). I due approcci sono diversi come tipologia e rilevanza delle possibili complicanze, e la necessità di passare da un trattamento all'altro in caso di fallimento dell'antibiotico è un importante fattore di disturbo. Infine, chi è andato all'appendicectomia è stato, comunque, sottoposto a terapia antibiotica pre-postintervento come è ormai prassi acquisita. In alcuni studi sono state escluse, prudenzialmente, le femmine.

Resta, come dato grezzo, il fatto che il 44-85% dei pazienti trattati con l'antibiotico ha potuto evitare, in prima istanza, l'intervento e questo continua ad alimentare, ragionevolmente, le aspettative di una strategia alternativa all'appendicectomia.

In quale misura tutto questo riguarda il bambino?

La trasferibilità al bambino di quanto fin qui discusso non può essere immediata e i pochi dati pediatrici retrospettivi sono gravati da bias troppo consistenti per poter essere fruibili [12]. Il frequente uso dei chinolonici, negli studi su popolazioni adulte, potrebbe poi sollevare qualche

perplexità nell'eventuale impiego in età pediatrica. Un trial prospettico multicentrico simile a quelli condotti sull'adulto, volto a saggiare l'efficacia dell'antibiotico nel contenere l'evoluzione dell'appendicite acuta in peritonite e portare quindi a una guarigione senza ricorrere all'intervento chirurgico, è stato di recente proposto in alcuni centri europei, ma a oggi non si hanno risultati concreti su cui poter ragionare [13]. E non è detto che le certezze verranno a trials ultimati. Il punto critico è in buona parte diagnostico prima ancora che terapeutico. Al momento, nessuna delle indagini disponibili è in grado di fornire dettagli attendibili sul grado della flogosi appendicolare. Solamente lo studio anatomopatologico di un'appendice rimossa può distinguere con certezza un'appendice flemmonosa – che presumibilmente potrebbe veder spegnere la sua flogosi con terapia antibiotica – da un'appendice che, in preda a seppur limitati ma probabilmente irreversibili fenomeni di gangrena, avrà invece una quasi ineluttabile evoluzione verso la perforazione e dovrà quindi essere asportata. La TAC, pur con evidenti vantaggi rispetto all'ecografia (ha maggiore sensibilità e specificità e non è operatore-dipendente, particolare da non sottovalutare in una patologia da gestire in urgenza), trova scarsa applicazione nella diagnostica dell'appendicite acuta in età pediatrica. È infatti penalizzata dalla possibile necessità di sedazione, dall'elevata esposizione alle radiazioni, dall'utilizzo del mezzo di contrasto e da un rapporto costo-beneficio tuttora inferiore a quello dell'ecografia [14]. La riduzione dell'irradiazione con TAC di ultima generazione (2 mSv vs gli 8 mSv di una TAC convenzionale) rimuoverà forse alcune perplessità, ma i dati disponibili sono ancora scarsi e non riferibili all'età pediatrica [15].

Quand'anche si riesca a raggiungere un ragionevole sospetto di appendicite acuta non complicata in un bambino, mancano evidenze sufficienti a ritenere che un approccio puramente medico e conservativo sia percorribile in sicurezza. E pertanto l'obiettivo del pediatra e del chirurgo non può che essere quello di limitare al massimo i rischi di un'estensione del processo flogistico al cavo peritoneale: tale obiettivo è al momento raggiungibile solamente ricorrendo alla chirurgia [16-22].

E allora, almeno per il momento, un po' di rumore per nulla. ♦

Bibliografia

- [1] Varadhan KK, Neal KR, Lobo DN. Safety and efficacy of antibiotics compared with appendectomy for treatment of uncomplicated acute appendicitis: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2012;344:e2156.
- [2] Vons C, Barry C, Maitre S, et al. Amoxicillin plus clavulanic acid versus appendectomy for treatment of acute uncomplicated appendicitis: an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet* 2011;377:1573-9.
- [3] Banzi R, Torri V, Bertelè V, Garattini S. Antibiotics versus surgery for appendicitis. *Lancet* 2011;378:1067-8.
- [4] Garattini S, Bertelè V. Non-inferiority trial are unethical because they disregard patients' interests. *Lancet* 2007;370:1875-7.
- [5] Mason RJ. Appendicitis: is surgery the best option? *Lancet* 2011;377:1545-6.
- [6] Fitzmaurice GJ, McWilliams B, Hurreiz H, Epanomerikatis E. Antibiotics versus appendectomy in the management of acute appendicitis: a review of the current evidence. *Can J Surg* 2011; 54:307-14.
- [7] Mason RJ. Surgery for appendicitis: is it necessary? *Surg Infect (Larchmt)* 2008;9:481-8.
- [8] Liu K, Fogg L. Use of antibiotic alone for treatment of uncomplicated acute appendicitis: a systematic review and meta-analysis. *Surgery* 2011; 150:673-83.
- [9] Wilms IMHA, de Hoog DENM, de Visser DC, Janzing HMJ. Appendectomy versus antibiotic

treatment for acute appendicitis (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(11): CD008359.

[10] Mason RJ, Moazzez A, Sohn H, Katkhouda N. Meta-analysis of randomized trials comparing antibiotic therapy with appendectomy for acute uncomplicated (no abscess or phlegmon) appendicitis. *Surg Infect (Larchmt)* 2012;13:74-84.

[11] Bakker OJ. Should conservative treatment of appendicitis be first line? *BMJ* 2012;344:e2546.

[12] Svensson JF, Hall NJ, Eaton S, et al. A review of conservative treatment of acute appendicitis. *Eur J Pediatr Surg* 2012;22:185-94.

[13] Eriksson S, Granstrom L. Randomized controlled trial of appendectomy versus antibiotic therapy for acute appendicitis. *Br J Surg* 1995; 82:166-9.

[14] Styurd J, Eriksson S, Nilsson I, et al. Appendectomy versus antibiotic treatment in acute appendicitis. a prospective multicenter randomized controlled trial. *World J Surg* 2006;30:1033-7.

[15] Farahnak M, Talaei-Khoei M, Gorouhi F, et al. The Alvarado score and antibiotics therapy as a corporate protocol versus conventional clinical management: randomized controlled pilot study of approach to acute appendicitis. *Am J Emerg Med* 2007;25:850-2.

[16] Liu K, Ahanchi S, Pisaneschi M, et al. Can acute appendicitis be treated by antibiotics alone? *Am Surg* 2007;73:1161-5.

[17] Hansson J, Korner U, Khorram-Manesh A, et al. Randomized clinical trial of antibiotic therapy versus appendectomy as primary treatment of acute appendicitis in unselected patients. *Br J Surg* 2009;96:473-81.

[18] Malik AA, Bari SU. Conservative management of acute appendicitis. *J Gastrointest Surg* 2009;13:966-70 (articolo ritirato).

[19] Turhan AN, Kapan S, Kütüçü E, et al. Comparison of operative and non operative management of acute appendicitis. *Turk J Trauma Emerg Surg* 2009;15:459-62.

[20] Svensson JF. Conservative treatment of acute appendicitis in children (CONSAPP Pilot). NCT01572558. Available at: <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01572558>. Updated April 4, 2012.

[21] Wan MJ, Krahn M, Ungar WJ, et al. Acute appendicitis in young children: cost-effectiveness of US versus CT in diagnosis - A Markov decision analytic model. *Radiology* 2009;250:378-86.

[22] Kim K, Kim YH, Kim SY, et al. Low-dose abdominal CT for evaluating suspected appendicitis. *N Engl J Med* 2012;366:1596-605.

PER MALALA

Malala, ragazzina pachistana, colpita dai talebani il 9 ottobre scorso perché teneva il suo diario online sul quale difendeva il diritto delle ragazze a studiare. A 15 anni si può rischiare di morire per difendersi dalla ignoranza; due pallottole in testa, mirate proprio a ledere l'organo che ti consente di imparare, di studiare, di diventare una insegnante, una professoressa universitaria, o una poetessa, una scrittrice, un'artista, un dottore, un ingegnere, o tanto altro. Un diritto che ti viene negato "in partenza" già nell'utero nel momento

in cui la tua identità sessuale si dichiara. Un bel film del grande Monicelli si intitola "Speriamo che sia femmina", una frase impronunciabile in alcuni paesi di questo strano mondo dove si continua a discriminare, a offendere, a uccidere per questi motivi.

A Malala Yousafzai, che continua a lottare per vivere, auguriamo di farcela, e invitiamo tutti a scendere in una piazza virtuale, globale, per difendere la sua vita di quattordicenne e i suoi diritti di poter prendere in mano una penna e aprire un libro.

Scuola e città in movimento. Mobilità sostenibile, salute e cittadinanza attiva

Raffaella Mulato
Presidente Associazione onlus "Moving School 21"

Abstract

Schools and cities in movement. Sustainable mobility, health and active citizenship. Cities not easily accessible deny children the right to grow healthy, safe and independent. Home-school journeys are not only a good opportunity to encourage sustainable mobility, reduce CO₂, influence adults' life styles, but they also develop movement and cognitive skills. In addition they encourage the development of meaningful learning and participation in the redefinition of urban policies through the active involvement of citizens.

Quaderni acp 2012; 19(6): 278-281

Key words Movement. Health. Safety. Learning. Participation. Active citizenship

Città poco accessibili negano il diritto dei bambini di crescere sani, sicuri e autonomi. I tragitti casa-scuola costituiscono non solo una buona opportunità per favorire la mobilità sostenibile, ridurre la CO₂, influire sugli stili di vita negli adulti, ma anche per sviluppare competenze motorie e cognitive, per sviluppare apprendimenti significativi, per favorire la partecipazione e per ripensare alle politiche urbane con il coinvolgimento dei cittadini.

Parole chiave Movimento. Salute. Sicurezza. Apprendimento. Partecipazione. Cittadinanza attiva

Introduzione

“Nei Paesi dell’Unione Europea, circa il 70-80% della popolazione abita in ambiente urbano dove circa il 70-80% dei bambini e dei giovani troverà o non troverà buone condizioni evolutive a seconda che esso sia stato concepito tenendo conto o meno di loro” [1].

Forme e funzioni della città, a partire dagli anni Cinquanta, hanno influito sulla vita dei suoi abitanti, modificandola profondamente. Urbanisti e architetti hanno progettato città, quartieri, infrastrutture pensati per adulti, lavoratori, per lo più automobili, alimentando il traffico motorizzato e privato. In questo processo di scelte e trasformazioni urbane le esigenze di bambini e ragazzi e i loro diritti a un ambiente di vita sano e a una mobilità autonoma e sicura sono stati ignorati. Aree per il gioco e il movimento sono state circoscritte, recintate; gli spazi ancora liberi sono stati attrezzati per soddisfare i bisogni degli adulti.

La città a misura di automobile influisce anche sulle modalità di percorrenza dei tragitti casa-scuola: l’automobile viene ritenuta più sicura, rispetto all’andare a piedi o in bicicletta, percepiti come attività rischiose per i bambini. Ma le statistiche nazionali sugli incidenti stradali

raccontano una storia diversa. I minori infortunati nel 2010 in incidenti stradali sono stati 24.952, mentre 182 sono le vittime. Le ore più pericolose registrate sono quelle dell’entrata e dell’uscita da scuola. Critici risultano i dati sul comportamento in auto in presenza di figli minori di 12 anni: il 51% permette che si siedano sul sedile anteriore, il 33% non fa indossare sempre la cintura di sicurezza, solo il 20% usa il seggiolino. L’indagine conferma come la strada sia uno dei fattori di rischio più elevati: secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) gli incidenti stradali sono tra le principali cause di morte di bambini e adolescenti tra i 5 e i 19 anni [2-3].

La mancanza di esperienze attive e in autonomia nello spazio aperto comporta effetti negativi sulla salute e sulla sicurezza dei bambini: disturbi nello sviluppo psicofisico; diminuzione delle esperienze sociali e sensoriali; sovrappeso/obesità in aumento (38% dei bambini italiani) e patologie correlate; mancanza di coordinazione; mancanza di concentrazione; iperattività motoria [4-5]. Sono in aumento gli infortuni a scuola nella fascia infantile: 1 su 2 accade al Nord secondo dati statistici INAIL riferiti all’anno scolastico 2007-2008 (figura 1) [6].

Nel 2010 gli infortuni a scuola hanno coinvolto 98.429 studenti (nel 2009 erano 92.060). Cadute, urto di ostacoli, colpi subiti da altri bambini, sono, secondo i dati INAIL, le cause più ricorrenti degli infortuni, facilmente correlabili al mancato sviluppo di competenze motorie e di percezione di pericoli e relativi rischi. Secondo una ricerca di Gavin Sandercock, cardiologo dell’università di Essex, in dieci anni la forza delle braccia dei bambini è scesa del 26% [7]. Studi svolti in Germania hanno visto ridursi, nel tempo, le capacità di saltare, di stare in equilibrio, di correre. Queste carenze nello sviluppo rendono indispensabili provvedimenti eccezionali e costosi da parte delle autorità e delle aziende della salute.

Il movimento e il gioco sono importanti per la crescita dei bambini

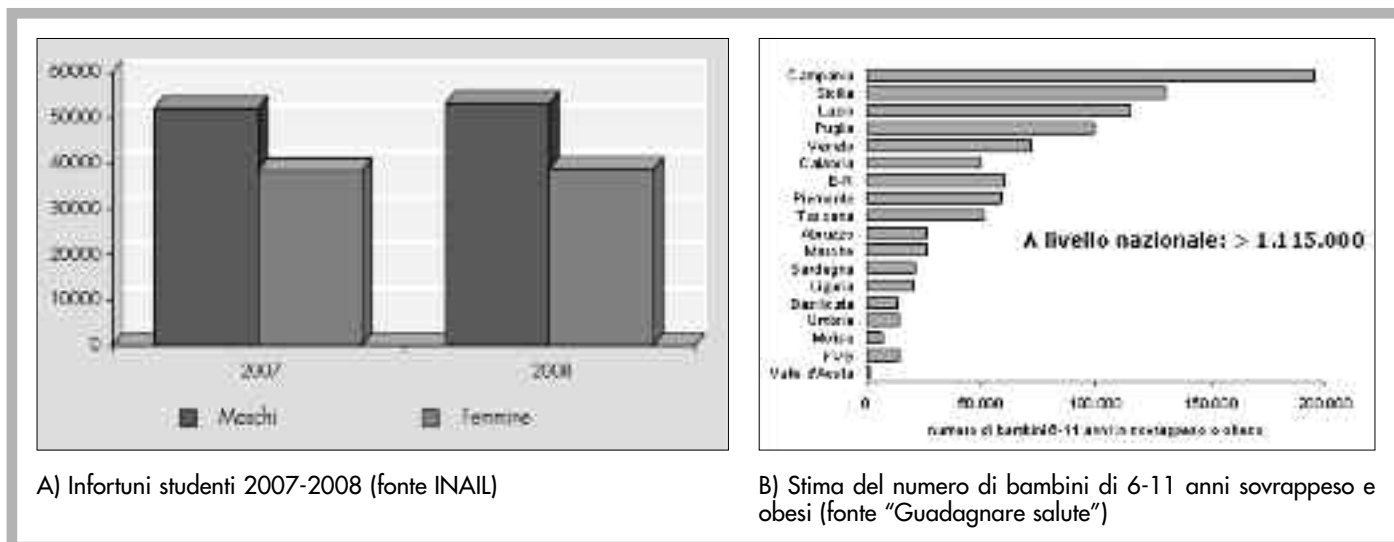
La mobilità dei bambini e la disponibilità di luoghi a loro accessibili per una crescita sana sono state sacrificate a favore di funzioni produttive e di un utilizzo economico. Questo modello di pianificazione è ancora dominante, con risultati ormai noti. Politici e tecnici sembrano non aver ancora capito quanto questo danneggi le possibilità naturali di sviluppo dei bambini e limiti, di fatto, il loro diritto di crescere.

Il tempo del gioco dei bambini si svolge sempre più nello spazio virtuale. La perdita di concretezza nel gioco e la carenza di stimoli nell’ambiente vissuto dai bambini portano a uno sviluppo limitato dei loro sensi, o addirittura alla loro atrofizzazione. Di conseguenza vengono compromesse le capacità di elaborazione per interiorizzare e utilizzare gli stimoli offerti dall’ambiente. Viene impedita anche la comprensione dell’ambiente e di quanto in esso si manifesta. “L’attività ludica influenza lo sviluppo del cervello e quello che s’impara nei giochi sociali di movimento in età prescolare aiuta a rispondere alle esperienze e all’ambiente nelle età successive. Un bambino che gioca poco rischia di non sviluppare a

Per corrispondenza:
Raffaella Mulato
e-mail: info@movingschool21.it

per un mondo possibile

FIGURA 1: A) INFORTUNI ANNO SCOLASTICO 2007/8 - B) BAMBINI OBESI 6-11 ANNI



pieno non solo le proprie potenzialità motorie, ma anche quelle cognitive” [8]. La scomparsa dei giochi in strada, sui marciapiedi, sulle piazze è resa evidente dalla mancanza di ogni loro traccia. Senza una cultura del gioco per strada non possono essere esercitate competenze sociali, interiorizzate regole; nessuna lite viene appianata senza aiuto esterno, nessun gioco viene più inventato o disegnato sul selciato. Molti luoghi dove si potrebbe giocare rimangono sconosciuti. Non vengono più esplorati percorsi nuovi, anche per le paure dei genitori. Ma “abitare la città” implica la possibilità di viverla, di percorrerla, di attraversarla a zigzag, di giocarci, di stabilire delle relazioni.

Uso dello spazio a scuola e in città

Il “paesaggio scolastico” è spesso desolato: cortili usati come parcheggi, privi di stimoli per il movimento, la socialità, la creatività, il gioco; le attrezzature installate, se presenti, sono stereotipate e forniscono occasioni di gioco ripetitive (scivolo, altalena); gli edifici scolastici risentono di una “rigidità” funzionale (aula, corridoi, laboratori ecc.), con spazi inutili o sottoutilizzati. Vi è uno scarso legame con il contesto: l’accessibilità è problematica e diventa difficile poter arrivare a scuola a piedi o in bicicletta. Le scuole sono “recinti chiusi”: dovrebbero preparare al mondo, alla vita “fuori”; si presentano invece come isole ben separate dalla città, oggetto misterioso dal quale ci si deve “difendere”.

Mappature dei percorsi casa-scuola disegnate dai bambini indicano lo spaesamento di coloro che vanno a scuola in auto: è evidente la mancanza di punti di riferimento, di luoghi conosciuti, appaiono ridotte le capacità di percezione e rappresentazione dello spazio. Viene limitata la possibilità di sviluppare competenze e conoscenze spendibili nel curriculum didattico (orientamento, matematica, geografia, convivenza civile, scienze). I responsabili della sicurezza nelle scuole tendono a stilare elenchi di cose che non si possono fare e spazi che non si possono utilizzare. Una posizione difensiva e cautelativa che, più che proteggere i bambini, protegge gli adulti dalle responsabilità che vengono loro assegnate dalla normativa vigente. Una normativa molto prescrittiva, non accompagnata da strumenti e risorse per rendere sicuri gli spazi e i bambini competenti nel saper fronteggiare i rischi.

La scuola ha una responsabilità importante che si “scontra” con modelli organizzativi e didattici che risentono di una storica rigidità – nonostante l’autonomia scolastica, che nell’ultimo decennio ha aperto a modelli più flessibili e contestualizzati – e di spazi scolastici inadeguati.

Scuola e territorio: i percorsi casa-scuola come opportunità per favorire la salute, l’apprendimento e il lavoro in rete

Fare della scuola e della città *ambienti educativi* capaci di sviluppare competen-

ze sociali e cittadinanza attiva è possibile. A una condizione: che si lavori in sinergia con le altre istituzioni che hanno competenze specifiche in ambito urbano, scolastico, sociale, ambientale e della salute [9-10].

Promuovere la mobilità pedonale e ciclabile dei bambini apre la possibilità di ripensare gli spazi del quartiere e della città per renderli più vivibili. Stabilire alleanze tra istituzioni, associazioni, cittadini, rende possibili interventi che altrimenti non lo sarebbero; lavorare insieme per obiettivi comuni alimenta il senso di appartenenza a una comunità “plurale” e la cura del luogo dove si vive. Esistono esperienze consolidate, progetti, buone pratiche in ambito nazionale e internazionale (box).

I siti segnalati hanno pubblicato esperienze, dossier e strumenti utili per conoscere le pratiche attivate, per avviare progetti, o per migliorare le iniziative intraprese.

Interessante anche l’esperienza in Provincia di Treviso, dove si stanno moltiplicando i percorsi casa-scuola a piedi e in bicicletta, come si è potuto rilevare attraverso il bando di concorso “La scuola va in città” promosso dall’amministrazione provinciale con la collaborazione scientifica dell’Associazione onlus “Moving School 21”. Il bando, giunto ora alla terza edizione, intende promuovere e premiare iniziative di mobilità sostenibile, secondo indicatori di tipo quantitativo e qualitativo:

Box

Associazione Camina
(<http://www.camina.it>)

CNR Istituto di Scienze
e Tecnologie della cognizione
(<http://www.cittadeibambini.org/>)

ABCittà
(<http://www.percorsicasascuola.it/>)

Associazione Piedibus
(<http://www.piedibus.it/>)

Ministero della Salute
(<http://prevenzione.ulss20.verona.it/ragazzingamba>)

PROGETTI EUROPEI

RoSaCe
Road Safety Cities in Europe
(<http://www.rosace-europe.net/>)

International Walk to School
(<http://www.iwalktoschool.org/>)

TABELLA 1: MODELLI DI EDUCAZIONE STRADALE A CONFRONTO

Educazione alla Sicurezza stradale secondo un approccio tradizionale	Promozione dell'Educazione attiva per strade sicure secondo l'approccio Road Safety Cities in Europe (RoSaCe)
<ul style="list-style-type: none"> - difensiva/reattiva - top down - apprendimento passivo; simulazioni piuttosto che esperienze in situazioni reali - normativa - focus sulla strada come spazio riservato al traffico automobilistico - rimuovere o ridurre il rischio - prevenire incidenti e ridurre incidenti legati alla velocità - impatto individuale sui comportamenti - informazione di base: sviluppo conoscenza regole e strategie - centrata sulla scuola e i bambini: relegata nel tempo scuola curricolare. 	<ul style="list-style-type: none"> - proattiva - partecipata - apprendimento attivo nella/della comunità - cultura e sensibilità locale - focus sulla via come spazio per l'interazione sociale e lo sviluppo di relazioni - comprensione e gestione dei rischi - migliorare la qualità della vita e garantire lo sviluppo e il benessere dei bambini; molti bambini in strada - sviluppo di una responsabilità sociale - processo basato: sviluppo di azioni competenti e appropriate - collaborazione scuola-comunità: trasversale, multi-attoriale, oltre il tempo scuola

Il modello "RoSaCe" è stato messo a punto nel Progetto europeo RoSaCe (cfr <http://www.rosace-europe.net/>)

TABELLA 2: PERCORSI CASA-SCUOLA A CONFRONTO

Percorsi casa-scuola "Piedibus" *

Obiettivo: fornire un servizio in condizioni protette ai bambini, allo scopo di favorire il movimento, ridurre il traffico e l'inquinamento.

Protagonisti: genitori, associazioni, ULSS, Enti locali.

Destinatari: bambini.

Ruoli: genitori volontari (guida "piedibus"), Comune (analisi, progettazione e sicurezza percorsi), ULSS (sensibilizzazione).

Azioni: *fase di preparazione:* accordi con ente locale, mobility manager, polizia municipale, monitoraggio provenienze e tipo di trasporto, definizione percorsi, progetto (piano spostamenti), realizzazione;

fase di attuazione: accompagnare.

Interventi: sicurezza stradale, marciapiedi, piste ciclabili, zone 30, segnaletica, semafori.

Risultati attesi: - modifica dei comportamenti
- riduzione del traffico (auto); sicurezza percorsi
- miglioramento accessibilità scuole
- cooperazione Ente locale

Percorsi casa-scuola "Scarpe blu"

Obiettivo: promuovere nei bambini movimento in autonomia, sicurezza, cittadinanza attiva, sviluppare competenze sociali, motorie e cognitive, auto-protezione, salute.

Protagonisti: insegnanti, genitori, bambini, ULSS, Enti locali, associazioni.

Destinatari: bambini, insegnanti, genitori, responsabili Comune, ...

Ruoli: bambini (guida con la "patente"), genitori (accompagnatori "in seconda linea"), insegnanti (didattica), Comune (ascolto, interazione, sicurezza percorsi), ULSS (sensibilizzazione, monitoraggio).

Azioni: *fase di preparazione:* partecipazione di tutti i protagonisti/destinatari (monitor provenienze, tipo di trasporto, percezione rischio e autonomia, analisi, rappresentazione, critica, simulazioni, accordi, progetto, realizzazione);
fase di attuazione: accompagnare, giocare, osservare, imparare facendo, insegnare, allargare il raggio degli spazi accessibili.

Interventi: sicurezza stradale, marciapiedi, piste ciclabili, zone 30, segnaletica, semafori, visibilità percorso, percorsi/città giocabili, accessibilità spazi pubblici.

Risultati attesi: - modifica dei comportamenti
- riduzione del traffico (auto); sicurezza percorsi
- cultura del gioco e cittadinanza attiva
- apprendimento e rendimento scolastico
- cooperazione Ente locale
- scuola-contesto: accesso, trasformazione spazi pubblici

* **Avvertenza** - La tabella va letta come sintesi semplificata che parte da un approccio diffuso; questo non significa che non vi siano progetti piedibus che sono andati ben oltre, e quello che si è configurato in avvio come un ottimo "servizio", si è trasformato in opportunità per praticare nuove regole d'interazione con l'ente locale, aprire i processi decisionali, sviluppare percorsi didattici, sperimentare la cittadinanza attiva.

- indagine preliminare e piano spostamenti casa-scuola;
- monitoraggio e valutazione del Progetto;
- inserimento nel Piano dell'offerta formativa;
- coinvolgimento di enti pubblici/associazioni presenti nel territorio (Comune, vigili, ULSS, genitori...);
- gestione dei percorsi: accordi formali tra scuola e istituzioni;
- creatività: originalità nello sviluppo del tema e nelle soluzioni progettuali;
- fruibilità: attenzione alle categorie deboli;
- partecipazione: bambini protagonisti attivi;
- azione: interventi realizzati rispetto a quelli proposti.

Il valore aggiunto è stato rilevato laddove l'impegno della scuola si è coniugato con l'apertura e l'accordo con gli enti locali, con le ULSS e con il tessuto associativo; si è avviato un processo di partecipazione attiva di tutte le componenti, inclusi i bambini; si è investito sul valore educativo e didattico delle attività esplorative, di analisi, di ideazione, di proposta, di realizzazione dei bambini. Il 22 settembre, in occasione della premiazione delle scuole vincitrici è stato sottoscritto un protocollo d'intesa tra Provincia, ULSS 7, 8 e 9, Conferenze dei Sindaci, Ufficio Scolastico Territoriale. L'esperienza di "La scuola va in città" è stata premiata come buona pratica nel corso della Conferenza dedicata alle scuole nell'incontro finale a Londra del Progetto europeo PIMMS Transfer sulla mobilità sostenibile, un partenariato di 15 Paesi cui ha partecipato la Provincia di Treviso (ottobre 2011).

“Scarpe blu”:

sviluppo di percorsi in autonomia integrati alla didattica

“Scarpe blu” nasce all'interno del Progetto “Moving School 21” (www.moving-school21.it) nell'ambito di una cooperazione europea realizzata tra il 2002 e il 2006 (2 programmi Erasmus e 1 Comenius). Si propone soprattutto d'integrare un utile servizio per la salute dei bambini e per l'ambiente con l'offerta formativa della scuola: l'ambiente urbano diviene un laboratorio, un'estensione dell'au-

la, dove fare esperienze, orientarsi, esplorare, misurare, rilevare, progettare. È piacevole vedere i “bus a piedi” nella città, lo è altrettanto osservare bambini che sono in grado di camminare in compagnia senza la guida dell'adulto, la cui presenza si fa più “silenziosa” e lieve. La strada, contrassegnata da tracce blu disegnate dai bambini, diventa anche terreno di gioco. Anche gli spazi del quartiere possono essere migliorati con l'aiuto dei bambini. La *tabella 1* rappresenta il modello RoSaCe - Road Safety Cities in Europe, che è stato condiviso e utilizzato per sviluppare il Progetto “Scarpe blu” (*tabella 2*).

È chiaro come la questione venga affrontata secondo una prospettiva diversa rispetto all'approccio tradizionale, ancora molto in uso, sulla base del quale vengono messe in atto strategie e azioni per “difendersi” da uno stato delle cose che sembra non trasformabile; di conseguenza si focalizza sulla conoscenza e il rispetto delle regole, sui pericoli da evitare (e quindi anche certe strade o certi mezzi per percorrerle); l'aspetto prescrittivo è dominante.

Il modello RoSaCe, al contrario, punta molto sulla trasformabilità e sul miglioramento dell'esistente, ripensa la funzione della strada, allarga lo sguardo sullo spazio pubblico e la comunità locale e sul “capitale sociale”. Attraverso la partecipazione si possono mettere in campo risorse e generare nuove soluzioni, nuovi apprendimenti. La scuola è parte di un sistema più ampio, con un ruolo vitale, attivo e aperto al territorio.

Per i bambini giocare e lavorare per uno scopo è molto coinvolgente: è come se si sopravanzassero di una testa, ovvero l'entusiasmo e la motivazione stimolano livelli di prestazione superiori alle attese, sul piano cognitivo, logico, espressivo, creativo [11].

“Moving School 21” prevede la progettazione di percorsi casa-scuola, caratterizzati anche attraverso l'individuazione di aree speciali di aggregazione dislocate lungo la strada. Andare a scuola a piedi deve essere un'esperienza stimolante; da queste considerazioni – venute dai bambini – nasce l'attenzione verso lo svolgersi degli itinerari e la decisione di attuare microinterventi *ad hoc*.

La realizzazione dei percorsi, che rappresentano esperienze di mobilità sostenibile e di cambiamento reale, prima di esse-

re vagliata dai tecnici comunali viene testata attraverso azioni di simulazione. Il quartiere viene ‘vestito’ da simboli e segnali disegnati dai bambini, che identificano non solo gli itinerari ma anche gli elementi significativi distribuiti nello spazio.

Conclusione

Il tema della mobilità si è rivelato centrale per affrontare la costellazione delle problematiche sociali, educative, urbane, della salute. “È diventato un tema-matrice nel quale ci si imbatte e con il quale si devono fare i conti per qualsiasi obiettivo culturale, sociale e formativo si voglia raggiungere. E quindi i percorsi casa-scuola sono un po' come un filo di Arianna che connette i molteplici aspetti della vita dei nostri ragazzi e chiama in causa tutta l'organizzazione della città” (V. Baruzzi, direttore scientifico CAMINA e comitato scientifico “Moving School 21”). Gli attori in gioco sono molti: in primo luogo i bambini e i ragazzi, le famiglie, la scuola, l'amministrazione locale, gli abitanti, l'ULSS, i pediatri. Un pediatra consapevole mette in gioco il suo carisma e la sua esperienza per dialogare con i genitori su quanto siano importanti la lettura, la narrazione, ma anche su quanto sia importante il movimento. Per vincere una scommessa che si gioca anche sul piano di un'adesione corale, comunitaria a questi progetti. ♦

Bibliografia

- [1] AA.VV. Kids on the move. Commissione Europea, Direzione Generale Ambiente, 2002:12.
- [2] ISTAT-ACI. Rapporto incidenti stradali. Novembre 2011.
- [3] ACI-Moige. Comunicato stampa 19 gennaio 2011.
- [4] Oliveira A, Oliveira Ferraris A. A piedi nudi nel verde. Firenze-Milano: Giunti, 2011.
- [5] Healy JM. Early Television Exposure and Subsequent Attention Problem in Children. *Pediatrics* 2004;113:917-8.
- [6] Dati INAIL, n. 7, luglio 2009, Roma.
- [7] Sandercock G, Cohen D, Voss C, et al. Ten-year secular changes in muscular fitness in English children. *Acta Paediatr* 2011 Oct;100(10):e175-7. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02318.x. Epub 2011 May 11.
- [8] Pini V. Basta TV e pc, largo al movimento. *La Repubblica* 19 luglio 2011.
- [9] Maternini G. Viabilità urbana e sicurezza dei bambini. *Quaderni acp* 2002;9:18-22.
- [10] Quadalti R, Capriotti MC. I percorsi sicuri casa-scuola. Nati per camminare. *Quaderni acp* 2005;12:246-8.
- [11] Vygotsky L. Il processo cognitivo. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.

La pertosse ai tempi del vaccino acellulare

Nelle popolazioni vaccinate si assiste, in questi anni, a un ritorno della pertosse. Il problema è di stretta attualità, come dimostra l'epidemia che si è registrata nel 2010 in California e che, nonostante una elevata copertura vaccinale, è stata la peggiore dal 1948, con migliaia di casi e numerosi decessi [1]. Sul *N Engl J Med* è stato recentemente pubblicato un lavoro che ha indagato la durata della protezione dopo la quinta dose di vaccino antipertosse acellulare (DTaP); il ciclo vaccinale previsto consta di tre dosi successive a 2-4-6 mesi, più una quarta dose tra 15 e 20 mesi e una quinta tra 4 e 7 anni [2]. I risultati del lavoro hanno dimostrato una evanescenza della protezione permettendo addirittura di quantificarla: ogni anno che passa dopo la quinta dose di DTaP aumenta del 42% il rischio di prendere la pertosse. Registrando una efficacia iniziale del 90%, dopo 5 anni i soggetti vaccinati avrebbero una probabilità di ammalarsi del 42% rispetto ai non vaccinati; considerando che gli studi di efficacia sui vaccini acellulari hanno evidenziato una efficacia massima dell'85% c'è da essere preoccupati [3]. Lo studio rileva anche che il picco d'incidenza dei casi di pertosse si è avuto nei soggetti di 8-11 anni vaccinati esclusivamente con vaccino acellulare, mentre l'incidenza precipita per i soggetti tra i 9 e i 15 anni che erano stati vaccinati col vaccino a cellula intera seppure da più tempo; questo (come i buoni risultati di protezione ottenuti durante il lungo periodo di utilizzo del vaccino a cellula intera) fa pensare a una persistenza di protezione molto maggiore da parte di questo vaccino.

Come fronteggiare questa situazione?

F. Giovanetti ci ricorda come sia "essenziale iniziare il ciclo vaccinale a partire dal compimento dei 2 mesi... rispettare i tempi dei richiami, a 5-6 anni e a 14-16 anni, utilizzando il vaccino difterite-tetano-pertosse acellulare a dosaggio ridotto (DTaP) [4]. Ignoriamo però i dati di copertura tra gli adolescenti italiani [5].

Si può proporre anche la cosiddetta strategia cocoon [6]. Nello stesso tempo, è indispensabile potenziare la sorveglianza con metodiche di laboratorio affidabili". Condividiamo pienamente tutto, ma resta una serie di dubbi: quale saranno la efficacia e la durata del DTaP? Aumenteranno gli effetti locali con le ripetute dosi di DTaP? E i costi? E le difficoltà organizzative in età in cui non sono previsti altri richiami vaccinali? E il rischio che la strategia cocoon lasci scoperte proprio quelle famiglie "a rischio sociale" più difficili da raggiungere?

La soluzione auspicata dagli Autori dell'articolo del *N Engl J Med* (alcuni dei quali confessano di ricevere compensi un po' da tutte le aziende del settore) è invece la produzione di un nuovo vaccino acellulare capace di produrre una immunità più duratura.

Cosa anche questa condivisibile, ma che permette l'insinuarsi di pensieri maliziosi su possibili conflitti d'interesse.

Su questo scenario vorrei fare alcune scomode considerazioni: lo studio ha "misurato" in un contesto reale l'efficacia deludente del vaccino acellulare, mentre quello a cellula intera sembra essere stato nettamente superiore. Ma perché il vaccino a cellula intera fu rimpiazzato da quello acellulare nonostante i buoni risultati riportati?

Sicuramente il vaccino non piaceva a pediatri e utenti perché molto reattogeno, ma occorreva anche certificare l'equivalenza o superiorità di efficacia dei nuovi vaccini.

Sul sito governativo del CDC a proposito dell'efficacia vaccinale del DTaP si legge che "when studied, the acellular pertussis vaccine was significantly more effective than whole-cell DTP" [7].

Ma siamo proprio sicuri che sia così?

La citata revisione Cochrane [3] ci aiuta a fare un esercizio di memoria storica:

1. L'efficacia assoluta attribuita al vaccino acellulare rispetto alla tosse convulsa varia dal 71% (Trollfors 1995) all'85% (Gustafsson 1996) mentre al vaccino a cellula intera è attribuita un'efficacia variabile dal 36% (Greco 1996) al 96% (Simondon 1997).
2. Negli studi che hanno confrontato l'efficacia relativa dell'acellulare ri-

spetto al vaccino a cellula intera si va invece da 0,25 (Greco 1996) a 2,42 (Simondon 1997), dove il rischio relativo < 1 indica superiorità dell'acellulare.

3. L'efficacia assoluta contro la pertosse è invece tra il 41% (AHGSPV 1988) e il 78% (Gustafsson 1996) per l'acellulare e tra il 23% (Greco 1996) e l'83% (PVSG 1998) per il vaccino a cellula intera. Un solo lavoro compara l'efficacia relativa vs la diagnosi di pertosse (Simondon 1997), il cui risultato è stato 1,54.
4. Il vaccino acellulare conferma invece di essere sicuramente meno reattivo di quello a cellula intera, soprattutto per quel che riguarda le reazioni "minori"; i cicli vaccinali interrotti a causa di reazioni al vaccino risultano essere di meno e presumibilmente (*likely*) si hanno meno episodi di convulsioni febbrili e di ipotonia-iporeattività nel corso del ciclo primario (ma non nei booster). Con entrambi i vaccini era *inesistente* il rischio di encefalopatia mentre era uguale il rischio di morte.

La conclusione della revisione è che non tutti i vaccini a cellula intera dimostravano la stessa efficacia (ma anche i vaccini acellulari dimostrano una grande variabilità e il miglior risultato del vaccino a cellula intera è superiore al miglior risultato dell'acellulare). Ve n'erano di molto poco efficaci (come quelli usati nello studio di Greco 1996 e di Gustafsson 1996) tanto da giungere alla ovvia conclusione che, a causa di questa variabilità, è difficile interpretare i risultati e che i vaccini acellulari sono più efficaci dei vaccini a cellule intere di bassa efficacia, ma possono essere meno efficaci di quelli ad alta efficacia (!).

Da notare che negli studi che hanno evidenziato una efficacia molto bassa del vaccino a cellula intera è stata usata una scheda vaccinale con tre dosi invece di quella usuale a quattro dosi [8-9].

In conclusione, si scelse di sostituire un vaccino, che aveva dato buona prova di efficacia sul campo, che smentiva i timori di essere causa di encefalopatie ma che aveva il difetto di essere reattogeno, con un altro di costo molto maggiore, meno

Per corrispondenza:

Red

e-mail: redazione@quaderniacp.it

reattogeno ma che aveva prove di efficacia dimostrata solo a breve termine e comunque non superiore.

Non ce la sentiamo di dire che sia necessario tornare al vaccino a cellula intera (attualmente oggi non disponibile) e siamo sicuri che questa ipotesi non verrà neppure presa in considerazione.

Ci piacerebbe però che l'inevitabile aggiustamento della strategia vaccinale fosse assunto da un Sistema che spieghi minuziosamente il perché delle sue scelte e che non lasci spazio alla insinuazione di pensieri maliziosi in quanto ben attento alla separazione dei ruoli e delle regole: da una parte il mondo delle aziende e delle loro ricerche che devono essere condotte in modo rigoroso, confrontando il nuovo prodotto col miglior competitor disponibile; dall'altra parte i controllori istituzionali che devono in totale

indipendenza verificare i dati per garantire scelte di politica vaccinale al di sopra di ogni sospetto.

L'esperienza californiana dimostra, una volta di più, quanto queste scelte siano delicate e difficili e come non sempre quello che sembra ovvio (come l'uso di un vaccino meno reattivo) si dimostrerà anche realmente utile ed efficace. L'insidia è sempre dietro l'angolo.

Rosario Cavallo

e-mail: rosario.cavallo.2qkp@alice.it

Bibliografia

- [1] <http://www.epicentro.iss.it/problemi/pertosse/pertosse.asp>.
 [2] Klein NP, Bartlett J, Rowhani-Rahbar A, Fireman B, Baxter R. Waning protection after fifth dose of acellular pertussis vaccine in children. *N Engl J Med* 2012;367:1012-9. doi: 10.1056/NEJ-Moa1200850.

[3] Zhang L, Prietsch SO, Axelsson I, Halperin SA. Acellular vaccines for preventing whooping cough in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(3): CD001478.

[4] Giovanetti F. La copertura vaccinale è alta, ma la *Bordetella pertussis* circola ancora. *Quaderni acp* 2011;18:175.

[5] Ministero della Salute. Malattie infettive e vaccinazioni. Coperture vaccinali. <http://www.salute.gov.it/malattieInfettive/malattieInfettive.jsp>.

[6] Healy CM, Rench MA, Baker CJ. Implementation of Cocooning against Pertussis in a High-Risk Population. *Clin Infect Dis* 2011;52:157-62.

[7] <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/pert.pdf>.

[8] Greco D, Salmaso S, Mastrantonio P, et al. A controlled trial of two acellular vaccines and one whole-cell vaccine against pertussis. Progetto Pertosse Working Group. *N Engl J Med* 1996;334:341-8.

[9] Gustafsson L, Hallander HO, Olin P, Reizenstein E, Storsaeter J. A controlled trial of a two-component acellular, a five-component acellular, and a whole-cell pertussis vaccine. *N Engl J Med* 1996; 334:349-55.

Un altro punto di vista...

I programmi di vaccinazione intrapresi da numerosi Stati a partire dagli anni Cinquanta hanno ridotto sia la morbilità sia la mortalità da *Bordetella pertussis*, con alterne vicende: sono esempi da manuale le severe epidemie conseguenti a periodi di diminuita accettazione del vaccino in Giappone, Regno Unito, Svezia e altrove [1].

L'andamento della pertosse in epoca pre-vaccinale era ciclico, con una costante elevata incidenza e picchi epidemici circa ogni due anni. Dopo l'introduzione della vaccinazione si è giunti a un buon controllo della malattia, con picchi epidemici molto meno pronunciati e intervalli interepidemici più lunghi. Si stima che nei Paesi sviluppati il tasso medio di riproduzione della pertosse (R_0), ossia quel numero che indica la contagiosità della malattia, sia intorno a 15. Si tratta di un livello alto, simile a quello del morbillo. In effetti, il morbillo è eliminabile se si raggiungono coperture pari almeno al 95%, in quanto il vaccino è molto efficace (95% dopo la prima dose, 99% dopo la seconda).

Al contrario, nessun vaccino della pertosse, né quello a cellula intera, né il vaccino acellulare, raggiunge un'efficacia così elevata. Inoltre i vaccini antipertosse proteggono più efficacemente dalla malattia che dall'infezione, per cui la *B. pertussis* può continuare a circolare (sebbene in modo ridotto) anche nelle comunità vaccinate. Infine, l'immunità verso la *B. pertussis*, sia naturale sia da vaccino, tende a diminuire nel tempo sino ad annullarsi, sicché l'obiettivo dell'eliminazione della pertosse non è attualmente raggiungibile.

È invece possibile giungere a un controllo della malattia, con una importante riduzione di morbilità e mortalità. La maggioranza dei Paesi sviluppati ha introdotto il vaccino acellulare, in quanto considerato più sicuro e di dimostrata efficacia, sulla base di vari trial clinici. Personalmente continuo a ritenere che sia stata una scelta giusta, nonostante gli ultimi dati indichino una riduzione della protezione nel tempo: ricordo molto bene la scarsa accettazione del vaccino a cellula intera sia tra i pediatri sia tra i genitori.

Non è quindi possibile tornare indietro. Penso che invece si dovrebbe guardare avanti: tenendo a mente ciò che sta accadendo negli Stati Uniti, dovremmo ridurre quel serbatoio di suscettibili che si sta accumulando tra gli adolescenti e gli adulti, e valutare la strategia cocoon [2]. Non vi sono ostacoli insormontabili, ma è necessaria una forte volontà da parte delle istituzioni e la sensibilizzazione della popolazione. Siamo ancora in tempo per evitare che l'esperienza degli Stati Uniti possa ripetersi anche da noi.

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

Bibliografia

- [1] Gangarosa EJ, Galazka AM, Wolfe CR, et al. Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: the untold story. *Lancet* 1998;351:356-61.
 [2] Healy CM, Rench MA, Baker CJ. Implementation of cocooning against pertussis in a high-risk population. *Clin Infect Dis* 2011;52:157-62.

Franco Giovanetti

e-mail: Giovanetti58@alice.it

Farmaci e bambini: persiste il divario tra carico di malattia e sperimentazione clinica

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani

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

Le sperimentazioni cliniche dei medicinali nei bambini rispetto a quelle degli adulti per le malattie a elevata prevalenza in pediatria

Per molti dei farmaci presenti sul mercato e comunemente utilizzati nei bambini non sono disponibili informazioni sull'efficacia e la sicurezza per l'uso pediatrico. Gli studi clinici condotti nei bambini sono ancora in numero limitato, per differenti ragioni: etiche, economiche (piccola dimensione del mercato e bassi profitti per le aziende farmaceutiche), bassa prevalenza di molte malattie pediatriche.

A tale proposito, uno studio ha valutato il numero e il tipo di sperimentazioni pediatriche, condotte tra il 2006 e il 2011 sia nei Paesi industrializzati che nei Paesi in via di sviluppo, e inserite nel registro "ClinicalTrials.gov", riguardanti farmaci per il trattamento di malattie ad alto peso in termini di anni persi per disabilità (*Disability Adjusted Life Years*, DALYs). Dallo studio emerge un divario tra il carico della malattia e la ricerca necessaria a supportare la pratica clinica in pediatria. Le cinque condizioni con più alto numero di DALYs tra i bambini nei Paesi industrializzati sono l'asma, la cefalea, la schizofrenia, il disordine bipolare e la depressione, mentre nei Paesi in via di sviluppo sono la malaria, la diarrea, le infezioni delle basse vie respiratorie, la depressione e l'AIDS. Sebbene il 60% del carico di malattia per queste condizioni riguardi i bambini, solo il 12% degli studi clinici farmacologici è di tipo pediatrico. La situazione è leggermente migliore nei Paesi maggiormente sviluppati, in cui la percentuale di DALYs pediatriche sul totale è del 21%, e quella degli studi è del 10%. Questo divario potrebbe essere correlato, in parte, alle fonti di finanziamento degli studi: il 59% di tutte le sperimentazioni cliniche pediatriche si basa su finanziamenti statali o di organizzazioni no-profit, al contrario, negli adulti la stessa percentuale è finanziata dall'industria farmaceutica. Non sono state osservate differenze per la proporzione di studi randomizzati tra adulti e bambini, mentre gli studi clinici pediatriche che hanno preso in considerazione anche la sicurezza d'uso del farmaco erano meno frequenti nei bambini che negli adulti (10,1% vs 16,9%, $p = .008$).

Per corrispondenza:

Antonio Clavenna

e-mail: antonio.clavenna@marionegri.it

I risultati di questo studio dimostrano che esistono ancora differenze nell'accesso alla sperimentazione dei farmaci tra bambini e adulti, soprattutto nei Paesi a risorse limitate, e che nonostante le iniziative intraprese da vari Paesi nell'identificare e incentivare lo sviluppo della ricerca farmacologica pediatrica, l'accesso e l'uso razionale dei farmaci nei bambini rappresentano ancora un problema irrisolto.

Bourgeois FT, et al. Pediatric versus adult drug trials for conditions with high pediatric disease burden. Pediatrics 2012;130:285-92.

L'identificazione dei farmaci e la percezione del rischio nel bambino

L'identificazione dei farmaci e la percezione del rischio a essi associato hanno un impatto importante sul comportamento che i bambini tengono rispetto ai medicinali stessi. Un recente studio inglese ha esplorato la capacità da parte di bambini di diverse età di identificare i farmaci e riconoscerne il potenziale pericolo.

A 182 bambini di età compresa tra i 4 e gli 11 anni è stato sottoposto un questionario contenente foto di alimenti e farmaci, chiedendo loro di indicare cosa le figure mostrassero e se l'oggetto rappresentato fosse positivo o negativo per la loro salute, oppure talvolta positivo e talvolta negativo ("fa bene"; "fa male"; "a volte fa bene, a volte fa male"). Mentre più del 98% dei bambini era stato in grado di identificare almeno 6 dei 7 alimenti, solo il 47% aveva identificato in maniera corretta almeno 6 foto di farmaci.

La correttezza dell'identificazione correleva significativamente con l'età dei bambini ($= 0,59$ $p < 0,001$). Una percentuale maggiore di bambini (86%) ha identificato correttamente come farmaci le capsule con doppia colorazione rispetto alle compresse bianche (71%). La percentuale di riconoscimento di queste ultime aumentava di 86 se nella foto era presente anche il blister. Le compresse rosa sono state riconosciute come farmaco solo nel 33% dei casi, mentre più spesso erano indicate come caramelle. Mentre i bambini più piccoli tendevano maggiormente a percepire positivamente i farmaci ("fanno bene"), nei più grandicelli aumentava la percentuale di quanti li percepivano come "a volte fanno bene, a volte fanno male", denotando una maggiore consapevolezza dei potenziali rischi.

Whitley B, et al. Healthy children's identification and risk perception of medicines in England. Res Social Adm Pharm 2012;8:478-83.

Codeina nel dolore post-operatorio: attenzione ai metabolizzatori ultra rapidi

La *Food and Drug Administration* (FDA) e l'*European Medicines Agency* (EMA) hanno iniziato una revisione del profilo rischi-benefici della codeina nei bambini come trattamento del dolore post-operatorio. Sono stati infatti segnalati alcuni casi letali di depressione respiratoria in bambini sottoposti a tonsillectomia o adenoidectomia per sindrome da apnee ostruttive nel sonno. Questi eventi si erano verificati in bambini risultati "metabolizzatori ultra rapidi" della codeina, con conseguente accumulo nel plasma di elevate concentrazioni di morfina.

È importante che gli operatori siano consapevoli di questo rischio, in particolare nei pazienti post-chirurgici a maggior rischio di depressione respiratoria (per esempio apnee ostruttive nel sonno). La FDA raccomanda particolare cautela nella prescrizione della codeina, consigliando la minima dose efficace e per la durata più breve possibile, preferendo la somministrazione al bisogno.

<http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm315627.htm?source=govdelivery>

http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/referrals/Codeine_containing_medical_products/human_referral_prac_000008.jsp&mid=WC0b01ac05805c516f

La Food and Drug Administration mette in guardia contro l'uso del sildenafil nei bambini con ipertensione arteriosa polmonare

La *Food and Drug Administration* (FDA) ha comunicato agli operatori sanitari che il sildenafil (Revatio®) non deve essere prescritto ai bambini tra 1 e 17 anni di età per il trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare.

Uno studio clinico a lungo termine ha infatti osservato un maggior rischio di morte nei bambini trattati con alte dosi di sildenafil rispetto a quanti assumevano basse dosi. Basse dosi di sildenafil non sono risultate efficaci nel migliorare la capacità di compiere esercizio fisico.

Negli Stati Uniti Revatio® è autorizzato per il trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare negli adulti ma non ha indicazione pediatrica. Al contrario, in Europa è indicato anche per i pazienti pediatriche di età 1-17 anni.

<http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm317743.htm?source=govdelivery>

Baci o schiaffi?

Monsieur Lazhar

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

Se pensate, dopo i primi 5 minuti, che *Monsieur Lazhar* sia un thriller, siete completamente fuori strada. Siete ugualmente fuori strada se, a un certo punto, cedete alla tentazione di paragonarlo a tanti altri film sulla scuola come, per esempio, *Essere e Avere* (2002) di Nicolas Philibert, o *La classe – Entre les murs* (2008) di Laurent Cantet. Non è nemmeno il caso di scomodare l'inavvicinabile Francois Truffaut de *I quattrocento colpi* (1959) e de *Gli anni in tasca* (1976). Siete fuori strada non perché tra i film citati e questo *Monsieur Lazhar* del quarantatreenne regista canadese Philippe Falardeau non ci siano accostamenti e/o richiami, ma semplicemente per non approdare all'incompleta lettura di un'opera che va oltre le pareti di un'aula e il perimetro di un istituto. Non è per caso, infatti, che l'atmosfera gelida e a tratti angosciosa del microcosmo scolastico, dove si incontrano e si scontrano sentimenti, didattiche, idee, psicologie e pedagogie, si ripulisca con una conclusiva fiaba ecologica che vede come protagonista un albero reso triste dalla cattiveria di chi ha vanificato i suoi sogni non lasciandogli vedere il miracolo della crisalide che sboccia in farfalla. Questa la vicenda. In una scuola elementare di Montreal, un bambino di 11 anni (Simon) fa la traumatica scoperta del corpo della sua maestra che pende dal soffitto dell'aula. Il plateale suicidio sconvolge l'intero istituto. Nella scuola in crisi, la Direttrice chiama a raccolta docenti, genitori e alunni, invita a superare lo shock, ricorre all'aiuto della psicologa, accetta come supplente Bachir Lazhar, un immigrato algerino di 55 anni che ha letto la notizia sul giornale e che dice di avere insegnato per 19 anni nel suo Paese. Il compito di *Monsieur Lazhar* non è semplice perché, pur avendo davanti bambini attenti, deve lottare su più fronti: l'eterogeneità del gruppo, un modello didattico non del tutto condiviso, la diffidenza di alcuni genitori, la presenza angosciosa del fantasma dell'impiccata. Come se non bastassero tutti questi problemi, Bachir si porta dentro un dramma personale che non riesce a confessare nemmeno a una collega a-

mica. In realtà, egli è un dissidente politico che rischia l'espulsione e il rimpatrio coatto; non ha mai insegnato, ma gestito un ristorante. L'intellettuale di casa era sua moglie, rimasta vittima con tutta la famiglia in una tragedia ad Algeri. Quando la sua storia viene fuori, la Direttrice della scuola, pressata da puritani genitori di alunni, è costretta a licenziarlo in tronco. Più della politica e della professionalità, hanno avuto il loro peso altre cose: la scelta di Bachir di fare intraprendere ai bambini un processo di guarigione scandito da dialoghi, dibattiti, letture, analisi e confessioni e lo scontro con genitori che, per sensi di colpa o per manifesta perdita di autorità, soccombono ai capricci dei figli e vivono (e fanno vivere) con il terrore della pedofilia. Nell'ultimo incontro, implorato da *Monsieur Lazhar* per non ripetere l'errore della maestra suicida di andarsene via senza salutare i suoi alunni, la fiaba finale. Non una di quelle scritte dagli alunni, ma quella dell'"autore Bachir Lazhar" che, per equità e giustizia, i bambini possono anche correggere. È la fiaba dell'albero e della crisalide che lascerebbe un sapore amaro all'intera vicenda se non fosse seguita dalla bella (e liberatoria) sequenza finale che, pudicamente e in campo lungo, segue l'abbraccio tra il maestro e la piccola Alice. La pioggia di premi e di riconoscimenti – tra i quali la nomination agli Oscar 2012 come migliore film straniero – sta ad avallare ancora una volta la tesi che per fare un bel film non occorrono necessariamente spese folli e grandi nomi. Girato quasi interamente all'interno di una scuola, con un attore comico e teatrale (Mohamed Fellag) poco conosciuto fuori dall'Algeria, con un gruppetto di bambini ben diretti e con la recitazione nel sangue, questo *Monsieur Lazhar* è un esemplare racconto dei nostri giorni che invita la scuola, la famiglia e la società a riflettere sulle difficoltà della crescita e sui metodi più adatti per fare uscire i bambini dalla crisalide dell'infanzia. La sequenza del consiglio di classe che vede i docenti perplessi e smarriti di fronte al grosso dilemma "punizioni sì/no?" e al pericolo di vedersi tacciati di pedofilia per innocenti carezze e abbracci, non è scenografica e di contorno; è il punto di domanda dell'intera vicenda. È per la piccata reazione di Simon che la maestra s'è uccisa, oppu-

re per la depressione che si portava appresso? Più in generale: a casa e a scuola, come comportarsi con i bambini? Baci o schiaffi? Era il tema di un convegno diretto a docenti e genitori in un istituto comprensivo romano. C'erano psicologi e pediatri, sociologi e psicoterapeuti. Ero stato invitato anch'io, ma solo per introdurre il dibattito tramite sequenze filmiche. Il mio compito doveva finire lì, ma quando le posizioni pro e contro le punizioni erano nette e la platea divisa in due, mi tirarono in ballo: "Lei che ne pensa?". Risposi che mi ero distratto e che, mentre gli altri parlavano, avevo spontaneamente ripescato ricordi della mia infanzia. Ero il più piccolo di quattro figli e il più monello di tutti. Mio padre mi minacciava a parole, ma mia madre mi riempiva di botte. Di giorno, però. La sera, quando credeva che dormissi, erano baci e carezze. Da adulto, ho benedetto più volte quella voce che incuteva paura e quella mano così dura e così dolce. ♦



Monsieur Lazhar

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

Regia: Philippe Falardeau

Con: Mohamed Fellag, Sophie Nélisse, Emilien Néron, Brigitte Poupart, Danielle Proulx, Louis Champagne, Francine Ruel, Jules Philip

Canada, 2011

Durata: 94', colori

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@alice.it

Libri: occasioni per una

Legati indissolubilmente dai ricordi



Alessandro Piperno
Inseparabili
Il fuoco amico dei ricordi
 Collana scrittori italiani
 e stranieri,
 Mondadori, febbraio 2012
 pp. 347, euro 20
 Disponibile
 anche in e-book

«Gli “inseparabili” sono una specie di pappagalli molto particolari... vivono tutta la vita assieme. Uno appiccicato all’altro. Poi, quando uno dei due muore, muore anche l’altro». Inseparabili come i fratelli Pontecorvo, Filippo e Samuel. Molto diversi l’uno dall’altro, quasi agli antipodi caratterialmente e nello stile di vita: Filippo preso solo da donne, cibo e fumetti e assolutamente disinteressato e non partecipa di tutto quello che lo circonda. Samuel, carriera lanciata nel mondo della finanza, determinato, brillante negli studi e di contro molto impacchiato con le donne.

Le loro vite e le loro storie si intrecciano, si confondono e comunque li legano sempre più.

C’è poi Rachel, la mamma che li vizia e li sevizia. Sullo sfondo, il “fuoco amico dei ricordi” che risalgono a un evento traumatico della loro infanzia e che li lega indissolubilmente fino alla fine del libro. *Inseparabili* è il secondo romanzo del dittico “Fuoco amico dei ricordi”, dopo *Persecuzione* del 2010, ma è assolutamente autonomo e indipendente dal primo libro.

Uno dei temi centrali di *Inseparabili* è quello del successo e della sconfitta: entrambi possono svolgere un effetto devastante sull’individuo e l’Autore lo dimostra nel corso della narrazione delle vicende dei due fratelli. Secondo tema è quello del devastante ruolo dei media nella vita moderna: è un *fil rouge* che accompagna tutta la storia della famiglia

Pontecorvo, dallo scandalo che si perde nell’infanzia di Filippo e Samuel al successo effimero di Filippo, a molto altro ancora. Altro non svelo. Perché vi consiglio questo libro? Perché Piperno scrive in maniera assolutamente piacevole e accattivante, tanto che il romanzo ha un pregio che è raro riscontrare nella letteratura italiana contemporanea: narra una storia che avvince fin dalla prima pagina e porta, malgrado le 347 pagine, a leggerlo tutto d’un fiato, in un paio di giorni o poco più. I personaggi sono molto ben descritti e la loro psicologia attentamente delineata, non mancano momenti ironici e la lettura è a tratti veramente emozionante. Di tutto questo me ne hanno dato conferma gli amici a cui l’ho consigliato. C’è poi un secondo aspetto, più personale. Ho avuto la fortuna questa primavera di essere stato segnalato e poi selezionato come “lettore forte” per la giuria del Premio “Strega 2012”. È stata una bellissima esperienza, anche se un po’ faticosa, dal momento che ho dovuto leggere in un mese ben 12 libri, molto di più delle mie capacità di “lettore forte”... ma fin dall’inizio Alessandro Piperno e *Inseparabili* sono stati i miei candidati per la vittoria e alla fine Piperno ce l’ha fatta anche se solo per un voto (il mio?) su Emanuele Trevi e il suo *Qualcosa di scritto*, un po’ autobiografia e un po’ biografia di Pierpaolo Pasolini.

Fabrizio Fusco

Serve la filosofia ai bambini?



**Andrea Scherini,
 M. Francesca Agnelli,
 Miryam Giargia**
Il pollo di Diogene
 Antigone,
 10 febbraio 2012
 pp. 157, euro 25

Primo di una serie, questo libro propone la conoscenza dei filosofi antichi a un pubblico al quale normalmente non si pensa quando si parla di filosofia. È infatti diretto ai bambini a partire dagli 8-9 anni sino ai 13-14. Il linguaggio è quello della favola che, per sua definizione, è una storia che contiene in forma fantastica un insegnamento o anche solo uno stimolo al pensiero libero, sul modello delle favole di Esopo. Ogni favola è illustrata in modo tale da stimolare la fantasia dei più piccoli, mentre per i più grandi o per gli adulti che vorranno leggerle insieme ai bambini sono disponibili brevissime introduzioni in cui si accenna al filosofo dalla cui opera è tratto il concetto presentato nella favola.

Da adulta che male ha studiato la filosofia ai tempi del liceo, mi sono avvicinata curiosa alla lettura di questo libro con una inconfessata e un po’ vergognosa speranza d’imparare. Tralasciando le mie capacità di apprendimento, ciò che più mi ha colpito è la versatilità di uso possibile: le favole così proposte sono “semi di pensiero”, sollecitazioni al ragionamento autonomo che può svilupparsi a partire dalla loro lettura e attraverso la condivisione con gli adulti, genitori o insegnanti che siano. Questo libro si presta, infatti, anche a essere utilizzato dagli insegnanti come lettura consigliata. Un’ultima considerazione: serve la filosofia ai bambini? Concordo con gli Autori nel rispondere affermativamente perché “la filosofia pone degli interrogativi a cui non sempre è possibile dare una risposta... può stimolare l’ingegno infantile almeno quanto può farlo un gioco creativo”. Vi invito quindi a lasciarvi trasportare in questo mondo di animali antropomorfizzati che, grazie alle loro osservazioni e ai loro ragionamenti complessi, aiutano il lettore a conoscere se stesso e il mondo che lo circonda, lo stimolano a porsi delle domande e a trovare delle risposte, fanno insomma i filosofi.

Patrizia Elli

buona lettura

Il bambino target dell'economia di mercato



Joel Bakan
Assalto all'infanzia
Feltrinelli, 2012
pp. 269, euro 14,45

Quando in libreria, nello scaffale delle novità, ho visto questo titolo, non conoscevo, confesso, né l'Autore né la sua precedente opera, *The Corporation*, che pure è stato un bestseller e da cui è stato tratto un film multipremiato.

Ovviamente ciò che mi ha attratto immediatamente è stato il titolo, *Assalto all'infanzia*, traduzione quasi letterale dall'inglese *Childhood under Siege* ("Infanzia sotto assedio"). Ho quindi guardato chi era l'Autore, per apprendere che Joel Bakan, di origini statunitensi, è professore di legge all'Università della British Columbia a Vancouver, Canada. Poi, dopo aver visto di chi era la prefazione (Chiara Saraceno), sono passato all'indice, dal quale, però, non mi è risultato immediatamente chiaro di che cosa si parlasse nei 10 capitoli.

Solo un titolo era per me comprensibile, "La ricerca del profitto", e lì mi sono rivolto a leggere qualche pagina, alle quali se ne sono aggiunte poi delle altre sparse qua e là. Alla fine sono uscito dalla libreria con un volume in più e le tasche un po' più leggere di quanto non avessi programmato. Ma la leggerezza si è trasformata in pienezza durante la lettura, nelle caldissime giornate dell'estate scorsa. Va detto subito che l'attenzione dell'Autore si concentra quasi esclusiva-

mente sulla realtà nordamericana, paradigma del liberismo e delle linee di tendenza dell'economia di mercato che hanno caratterizzato gli ultimi trent'anni della storia del mondo. Fra le numerosissime citazioni, alcune molto utili per chi volesse approfondire gli argomenti sul web, ve ne sono relativamente poche di articoli medico-scientifici.

Questo aspetto, tuttavia, non mi è apparso particolarmente rilevante, perché la scienza ufficiale contribuisce sì in maniera importante al sapere ma offre un quadro solo parziale dei fenomeni di trasformazione sociale e del loro impatto sulla salute delle persone. Nella lettura piana e agevole, facilitata da un'ottima traduzione italiana, e condita di storie vissute, si apprende che il bambino non è più investito solo di riflesso dal cosiddetto sviluppo, ma è lui stesso diventato target dell'economia di mercato, cioè delle *corporations* e della loro sfrenata ricerca del profitto.

Quindi il bambino come consumatore, di qualunque cosa, basti che per lui sia attraente, cioè divertente, e soprattutto che crei dipendenza. È quanto avviene con i video giochi accessibili via web. Menti raffinate hanno contribuito alla loro realizzazione e diffusione (che ultimamente si giova astutamente anche dei social networks), portando guadagni stratosferici alle proprie tasche e a quelle degli azionisti, ma condannando milioni di bambini a comportamenti compulsivi, messaggi di violenza, sesso e consumismo sfrenato.

Nel frattempo l'area medica e l'industria a essa collegata non sono state a guardare. Ad esempio, attraverso la ben studiata tecnica della creazione delle malattie, a una quota sempre crescente di bambini sono stati diagnosticati disturbi quali deficit di attenzione e iperattività, cui ha fatto seguito l'incremento del consumo di farmaci psicotropi. I meccanismi con cui l'industria del farmaco, con la com-

«Ai fanciulli si confà un certo genere di libri che hanno, sì, dell'estetica, ma contengono anche elementi umani, extraestetici, curiosità, avventura, azioni ardite».

Benedetto Croce
La letteratura della nuova Italia

plicità degli organi accademici e delle associazioni professionali, riesce a manipolare la ricerca medica e il mercato sono noti. Le *corporations* del farmaco violano anche, quasi sistematicamente, le norme sulla commercializzazione dei prodotti. Questi illeciti, quando scoperti, sono puniti negli USA con multe anche di svariate centinaia di migliaia di dollari. Ma queste "perdite" sono, in pratica, iscritte nel bilancio delle aziende perché esse rappresentano solo una piccola parte dei profitti che intanto l'industria ha realizzato.

Che dire poi della scuola? Secondo un ex rettore della prestigiosa Yale University "il potenziale di crescita dell'industria dell'educazione è incredibilmente vasto"; si tratta di un settore "più grande della difesa e dell'automobile", secondo solo a quello della sanità. Attacco al pensiero critico, standardizzazione della valutazione dei risultati attraverso l'uso diffuso di test (cavallo di Troia per promuovere il cosiddetto merito), presunto rigore, creazione delle "accademie della carriera" e diffusione di enti d'affari denominati *education management organizations* (EMO), rappresentano i capisaldi di questa politica aggressiva, sposata anche dal presidente Obama, che ha distribuito in giro un bel po' di milioni di dollari attraverso un programma denominato *Race to the Top*.

E poi inquinamento, sfruttamento legale del lavoro minorile nella civile British Columbia e tante altre cose ancora. Il messaggio finale di Bakan si riassume in poche parole: regolamentazione come espressione di libertà e di diritto di cittadinanza, riduzione dell'influenza del grande business sui governi, opposizione allo sfrenato lobbismo industriale e blocco del sistema di porte girevoli tra industria ed enti pubblici. E in Italia? Proviamo a pensarci. Buona lettura.

Carlo Corchia

INDICE DELLE RUBRICHE

Aggiornamento avanzato

Il soggiorno di sollievo per la gravissima disabilità	1	28	A. Brunelli, O. Amadori
La morte di un neonato in Terapia Intensiva Neonatale (TIN)	4	158	G. Colombo, V. Chiandotto

Angolo della comunità (I')

Parlare ai bambini pretermine in terapia intensiva neonatale favorisce le vocalizzazioni	3	113	Red
Relazione tra modello di divezzamento, Body Max Index e la preferenza di alimenti in bambini in età prescolare	5	218	Red

Bambino e la legge (il)

Ascolto del minore in sede civile nei procedimenti di separazione e divorzio	3	128	A. Tognoni
L'ascolto del minore, parte offesa di abuso sessuale	5	227	A. Tognoni

Caso che insegna (il)

Le reazioni acute gravi alla prima assunzione di latte vaccino non sono sempre dovute ad allergia IgE mediata	2	71	M. S. Sabbatino, et al.
Una vacanza a Ischia, una febbre persistente e una strana risposta alla terapia	4	166	C. Santoro, et al.
Un morbillone neonatale	5	216	N. Maresca
Ossiuri e appendicite acuta: causa o caso?	6	268	C. Panza

Congressi controluce

Uso razionale dei farmaci per i bambini e i loro genitori: un obiettivo dinamico e strategico	1	48	L. Reali
Ambiente e salute. La rivoluzione epidemica del XXI secolo	2	92	F. Zanetto
Le Giornate Italiane Mediche dell'Ambiente	2	92	A. M. Falasconi

Editoriale

18 anni e un centinaio di fascicoli	1	1	G. Biasini
Cambiare non per caso	1	2	M. Gangemi
Messaggi pubblicitari e alimentazione infantile	1	3	P. Siani, et al.
Pediatrati solo per i bambini fino a 6 anni? Parliamone	2	49	P. Siani, et al.
Buon compleanno <i>Medico e Bambino</i>	2	50	P. Alcaro
La crisi dell'OMS. Ci riguarda?	3	97	G. Tamburlini
Informazione indipendente sui farmaci: interessa a qualcuno?	3	98	A. Addis
Cosa c'entra la politica: il caso delle Linee Guida sull'autismo	3	99	L. Reali, M. Gangemi
Il nuovo Piano Nazionale Vaccini 2012-14: molte novità	3	100	P. Siani, R. Cavallo
La ricerca nelle cure primarie: è tempo di crisi?	4	145	G. Toffol
I perché di una ricandidatura	5	193	P. Siani
La ricerca nelle cure primarie ENBe: che cosa stiamo imparando	5	194	F. Zanetto
Le scelte del Decreto Balduzzi e il rapporto di fiducia	6	241	G. Biasini
Prescrivere per principio attivo: un risparmio, ma non solo	6	242	S. Conti Nibali
Il 24° Congresso nazionale ACP. Proposte e sfide	6	243	P. Siani

Educazione in medicina

Modelli di apprendimento e formazione del personale di cura	3	124	A. Lotti
Il sistema di Educazione Continua in Medicina: le novità dell'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012	5	224	M. P. Bacchielli

Esperienze

L'utilizzo della CHAT (Checklist for Autism in Toddlers): un'esperienza di integrazione tra Neuropsichiatria Infantile e Pediatri di Libera Scelta	2	74	M. Caldognetto, et al.
Ti racconto una storia, aiutami a capire! Pediatri e psicoterapeute allo stesso tavolo	3	114	A. Saletti, et al.
Bambini e genitori in conflitto. Una proposta di formazione multidisciplinare	6	272	P. Elli, et al.

Farmacipi

Bambini, malattie (più o meno) trascurate e accesso ai farmaci: cattive nuove e buone nuove	1	39	A. Clavenna, et al.
Psicofarmaci e bambini: il monitoraggio è essenziale	2	84	A. Clavenna, et al.
Antibiotici: a chi troppi e a chi... niente?	3	133	A. Clavenna, et al.
Cefalosporine per la faringotonsillite: una raccomandazione che lascia perplessi	4	180	A. Clavenna, et al.
Negli Stati Uniti e in Francia diminuiscono le prescrizioni di antibiotici ai bambini, e in Italia?	5	232	A. Clavenna, et al.

Farmaci e bambini: persiste il divario tra carico di malattia e sperimentazione clinica	6	285	A. Clavenna, et al.
---	---	-----	---------------------

Film

Essere padre con i propri limiti. <i>Scialla! (stai sereno)</i>	1	44	I. Spada
<i>Hugo Cabret</i> : il cinema è sogno	2	85	I. Spada
La cineterapia di <i>Amarcord</i> . Un ricordo di Tonino Guerra	3	137	I. Spada
Ogni bambino contiene già i germi dell'uomo che diventerà. <i>Il primo uomo</i>	4	184	I. Spada
Il piccolo ladro derubato d'affetto <i>Sister</i>	5	237	I. Spada
Baci o schiaffi? <i>Monsiur Lazhar</i>	6	285	I. Spada

Forum

La questione del taglio cesareo in Italia: uno sguardo sociale	1	8	G. Colombo
Il conflitto in sala parto: taglio cesareo e nascita per via naturale	2	57	P. Tarsitano
Diminuire la frequenza delle nascite con taglio cesareo si può: ecco come	3	102	C. Guarino
L'epidemia di tagli cesarei: contesto, appropriatezza e azioni	4	150	C. Corchia

Info

Inceneritori e malattie	1	22	Red
L'Italia ha il garante per l'infanzia e l'adolescenza ... finalmente!	1	22	Red
La spesa privata aumenta del triplo	1	22	Red
Un <i>Sunshine Act</i> per l'Europa?	1	23	Red
Futuri medici e "indignati" a caccia dei trucchi di Big Pharma	1	23	Red
L'UNICEF nomina l'ASL di Milano prima "Comunità amica dei bambini per l'allattamento materno"	2	66	Red
Dvd-video per l'Infanzia: aiutano il linguaggio?	2	66	Red
Approvate le nuove Linee Guida sui Minori della Cooperazione Italiana	2	66	Red
Per una medicina ecocompatibile	2	67	Red
Ritorno di Garattini all'AIFA	3	108	Red
Tentativi di suicidio negli adolescenti	3	108	Red
Le abitudini degli italiani alla lettura	3	109	Red
FDA: proposta per ridurre l'esposizione alle radiazioni da parte dei bambini	4	154	Red
Uno sguardo dietro le quinte della lobby dell'industria farmaceutica europea	4	154	Red
Personale sanitario, cervelli in fuga	4	155	Red
Pubblicità ingannevole: definitiva la sanzione contro Milte Italia	5	212	Red
Presentazione del 5° Rapporto Gruppo CRC	5	212	Red
CNR - Adolescenti e sostanze psicotrope: italiani nella 'top ten'	5	212	Red
L'offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia	5	213	Red
Big Food: una serie di articoli su <i>PLoS Medicine</i>	6	260	Red
Il progetto Children's Living Centers	6	260	Red
Allattamento al seno in Emilia-Romagna: indagine 2011	6	260	Red

Informazioni per genitori

Pannolini, quali scegliere?	1	40	E. Uga
Quando mamma o papà non ce la fanno più: la depressione <i>post partum</i>	2	88	A. Brunelli, et al.
0-12 mesi "Siamo sicuri?"	3	136	A. Brunelli, et al.
Proteggiamo i bambini dal sole	4	181	C. Panza, M. F. Siracusano
Bibite, succhi di frutta, tisane e altro	5	236	A. Brunelli, et al.

Lettere

Pediatrati fra due mondi. Un dialogo fra Fabio Sereni e Franco Panizon	2	94	F. Sereni
Ho un dolore a proposito dei bambini ricchi e poveri	2	95	A. Spataro
Pediatrati fino ai 18 anni?	3	143	F. Mazzini
Dove va l'area pediatrica?	3	143	A. Brunelli
Il problema del sonno del bambino	4	176	M. L. Tortorella, A. Bortolotti
Il riordino delle cure primarie. Per continuare la riflessione	5	238	P. Siani
I software gestionali per medici: strumenti del marketing farmaceutico?	5	240	G. Giustetto

Libri

Convesazione sulla famiglia	1	42	<i>F. Ciotti</i>
L'inizio del buio	1	42	<i>W. Veltroni</i>
Odore di chiuso	1	42	<i>M. Malvaldi</i>
Obesità infantile. Non solo questione di peso	1	43	<i>A. Pietrobelli</i>
Naturalmente intelligenti	1	43	<i>J. Medina</i>
Politiche sanitarie in Italia	2	86	<i>F. Taroni</i>
I disagi della maternità	2	86	<i>M. Zaccagnino</i>
L'arte di annacarsi	2	87	<i>R. Alajmo</i>
Pane e bugie	2	87	<i>D. Bressanini</i>
Crederci e conoscere	3	138	<i>C. M. Martini, I. Marino</i>
Mi è nato un papà. Anche i padri aspettano un figlio	3	138	<i>A. Volta</i>
Sotto il camice niente?	3	138	<i>L. Piermarini</i>
Psicologia dell'adolescenza	3	139	<i>A. Palmonari</i>
Niente è più intatto di un cuore spezzato	3	139	<i>V. De Angelis</i>
Parola di Bambino	4	182	<i>D. Pedrotti</i>
La nascita colora la vita. Azioni e progetti intorno al percorso nascita nel territorio forlivese	4	182	<i>Aa. Vv.</i>
Obbedienza e libertà	4	183	<i>V. Mancuso</i>
The Help	4	183	<i>K. Stockett</i>
Lui e loro. Mussolini e i suoi gerarchi	5	234	<i>M. Innocenti</i>
La vocalità nell'abuso. Dallo svelamento all'armonizzazione del sé	5	234	<i>A. Pace, M. Maccaferri</i>
Cosa resta del padre? La paternità nell'epoca ipermoderna	5	235	<i>M. Recalcati</i>
L'incontro	5	235	<i>M. Murgia</i>
Inseparabili. Il fuoco amico dei ricordi	6	286	<i>A. Piperno</i>
Il pollo di Diogene	6	286	<i>A. Scherini, M. F. Agnelli, M. Giargia</i>
Assalto all'infanzia	6	287	<i>J. Bakan</i>

Linee guida

Le linee guida dell'AAP sulle infezioni urinarie febbrili dei primi due anni di vita	1	11	<i>L. Peratorner</i>
--	---	----	----------------------

"Narrative" e dintorni

La Carta del sistema della tutela dei minori in ambito pediatrico	1	31	<i>M. Gangemi</i>
Il bello come terapia	1	33	<i>M. A. Acito</i>
Il modo migliore per avere dei piedi belli è non usarli	2	69	<i>C. Damiani</i>
Storia di trent'anni di un'assistente sociale in Emato-Oncologia pediatrica	4	162	<i>S. Pertici</i>
Storie di piccoli bambini e di grandi uomini	5	214	<i>R. D'Errico</i>
La prevenzione dei disturbi alimentari passa attraverso la mamma	6	265	<i>P. Cremonese, et al.</i>

Nati per Leggere

Leggere ad alta voce: una esperienza con i libri tattili illustrati	1	45	<i>L. Anfuso</i>
---	---	----	------------------

Offside

Conversazione di puericultura con Girolamo Mercuriale	3	140	<i>G.C. Cerasoli</i>
Se a sedici anni non conosci Gregor Samsa... I ragazzi e la lettura: un rapporto impossibile?	4	185	<i>R. Mantegazza</i>

Osservatorio internazionale

L'applicazione del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno	1	24	<i>P. Negri</i>
--	---	----	-----------------

Pediatrati fra due mondi

Rispondere ai bisogni così come li incontriamo	1	26	<i>A. Alberti</i>
In Uganda: un Paese comunque in cammino	2	82	<i>P. La Gamba</i>
In Africa per caso, poi per bisogno	3	134	<i>F. Panizon</i>
Bambini malnutriti a Luanda (2009-2011)	4	156	<i>L. Peratorner</i>
Da Chiari all'Angola della malnutrizione infantile	5	233	<i>M. Lonardi</i>

Perunmondopossibile

Amianto e salute dei bambini	2	81	<i>G. Toffol</i>
I prodotti plastici che vengono a contatto con i cibi possono essere pericolosi?	4	177	<i>G. Toffol</i>
Impatto sulla salute infantile degli inquinanti Organici Persistenti	5	223	<i>A. Biolchini, et al.</i>
Scuola e città in movimento. Mobilità sostenibile, salute e cittadinanza attiva	6	278	<i>R. Mulato</i>

Punto su (il)

Lo screening con pulsossimetria nel neonato per le gravi cardiopatie congenite	1	35	<i>A. Biasini, et al.</i>
È ufficiale: diagnosi di celiachia anche senza biopsia	2	77	<i>E. Valletta, M. Fornaro</i>
Valutazione neuroevolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio 0-3 anni	4	166	<i>Gruppo di lavoro multidisciplinare</i>
ACIP estende la vaccinazione anti-HPV ai ragazzi. E noi?	4	174	<i>S. Di Mario</i>
Dietro l'iceberg, il pack: la terra inesplorata della <i>gluten sensitivity</i>	5	219	<i>E. Valletta, M. Fornaro</i>
Curare l'appendicite con gli antibiotici: un po' di rumore per nulla?	6	274	<i>E. Valletta, F. S. Camoglio</i>

Ricerca

Fumo passivo e salute dei bambini: cosa succede a Piacenza	1	4	<i>R. Sacchetti, et al.</i>
Il reflusso gastroesofageo: come eravamo	2	52	<i>E. Valletta, et al.</i>
Valutazione dei bisogni formativi dei medici prescrittori in merito al rischio radiologico. Survey	4	146	<i>E. Mola, et al.</i>
Rendiamo più accoglienti i nostri ospedali	5	195	<i>F. Festini, et al.</i>
Come conversano i bambini a 12, 18 e 24 mesi?	5	200	<i>S. Bonifacio, et al.</i>

Rischio sociale

Bambini stranieri nell'ambulatorio del pediatra	1	14	<i>M. Bonomi</i>
Bambini stranieri a disagio psichico	1	17	<i>L. Tussi</i>

Salute mentale

Il disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività o ADHD. Il ruolo del pediatra	2	68	<i>A. Spataro</i>
Osservare il movimento nel neonato e nel bambino nei primi mesi di vita	6	256	<i>M. Soldateschi</i>

Salute pubblica

Farmaci a scuola: un diritto del bambino	2	60	<i>A. Di Martino</i>
I software gestionali per medici: strumenti del marketing farmaceutico?	2	63	<i>G. Giustetto</i>
Guida pratica al monitoraggio della CRC	3	105	<i>R. Campi</i>
I fondi pubblici per la ricerca	3	106	<i>L. Reali</i>
Intervista a Ignazio Marino	3	106	<i>L. Reali</i>
La Linea Guida <i>Il trattamento dei disturbi dello spettro acustico nei bambini e negli adolescenti, gli "Interventi precoci"</i>	4	153	<i>A. Spataro</i>
Standard italiani per la cura dell'obesità	5	207	<i>M. Iaia</i>
L'UNICEF Italia e la promozione dell'allattamento materno	6	246	<i>Elise M. Chapin, et al.</i>
Liste e tempi di attesa per le prestazioni in Pediatria: i bambini e i pediatri sono interessati?	6	250	<i>E. Valletta, et al.</i>

Saper fare

Quando riprendere la scuola dopo malattia?	3	117	<i>C. Panza</i>
--	---	-----	-----------------

Scenari

Stipsi funzionale cronica: polietilenglicole o lattulosio?	3	110	<i>M. F. Siracusano</i>
Qual è l'impatto dei videogiochi non violenti sulla salute dei bambini?	6	262	<i>M. F. Siracusano, C. Panza</i>

Specializzando (lo)

Il mondo degli specializzandi: temi, esperienze e prospettive	2	93	<i>N. Sansotta, et al.</i>
Si impara a proprie spese? (o a spese del paziente?)	4	192	<i>N. Sansotta, G. La Fauci</i>

Telescopio

Otite media acuta e antibioticoteraapia: oltre la vigile attesa?	1	19	<i>S. Costa, R. Conti Nibali</i>
Esiti a distanza della prematurità e frazione attribuibile di popolazione, ovvero ciò che non ci dicono il rischio relativo e l' <i>odds ratio</i>	5	208	<i>C. Corchia</i>
Gli antidepressivi sono davvero utili per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico?	6	257	<i>P. Pani</i>

Vaccinacipi

Vaccini influenzali: una conferma e uno sguardo futuro	1	38	<i>F. Giovanetti</i>
Morbillo e rosolia congenita: non basta deliberare	2	83	<i>R. Cavallo</i>
Il nuovo Piano Nazionale Vaccini 2012-14: lavori in corso	3	132	<i>F. Giovanetti</i>
Il vaccino MPR e l'autismo: "no evidence"	4	178	<i>F. Giovanetti</i>
Dal PCV7 al PCV13: molte speranze, alcune cautele	5	231	<i>R. Cavallo</i>
La pertosse ai tempi del vaccino acellulare	6	284	<i>R. Cavallo, F. Giovanetti</i>

INDICE ANALITICO

Abuso sessuale

L'ascolto del minore, parte offesa di abuso sessuale 5 227 A. Tognoni

ADHD

Cefalosporine per la faringotonsillite: una raccomandazione che lascia perplessi 4 180 A. Clavenna, et al.

Adolescenti

Qual è l'impatto dei videogiochi non violenti sulla salute dei bambini? 6 262 M. F. Siracusano, C. Panza

Alimentazione

Ti racconto una storia, aiutami a capire! Pediatri e psicoterapeute allo stesso tavolo 3 114 A. Saletti, et al.

La prevenzione dei disturbi alimentari passa attraverso la mamma 6 265 P. Cremonese, et al.

Allattamento

L'applicazione del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno 1 24 P. Negri

L'UNICEF Italia e la promozione dell'allattamento materno 6 246 Elise M. Chapin, et al.

La prevenzione dei disturbi alimentari passa attraverso la mamma 6 265 P. Cremonese, et al.

Allergia

Le reazioni acute gravi alla prima assunzione di latte vaccino non sono sempre dovute ad allergia IgE mediata 2 71 M. S. Sabbatino, et al.

Amianto

Amianto e salute dei bambini 2 81 G. Toffol

Amoxicillina

OMA e antibioticotterapia: oltre la vigile attesa? 1 19 S. Costa, R. Conti Nibali

Amoxicillina-clavulanato

OMA e antibioticotterapia: oltre la vigile attesa? 1 19 S. Costa, R. Conti Nibali

Antibiotici

Negli Stati Uniti e in Francia diminuiscono le prescrizioni di antibiotici ai bambini, e in Italia? 5 232 A. Clavenna, et al.

Antidepressivi

Gli antidepressivi sono davvero utili per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico? 6 257 P. Panei

Appendicite

Ossiuri e appendicite acuta: causa o caso? 6 268 C. Panza

Curare l'appendicite con gli antibiotici: un po' di rumore per nulla? 6 274 E. Valletta, F. S. Camoglio

Apprendimento

Modelli di apprendimento e formazione del personale di cura 3 124 A. Lotti

Appropriatezza

Diminuire la frequenza delle nascite con taglio cesareo si può: ecco come 3 102 C. Guarino

L'epidemia di tagli cesarei: contesto, appropriatezza e azioni 4 150 C. Corchia

Asma

Fumo passivo e salute dei bambini: cosa succede a Piacenza 1 4 R. Sacchetti, et al.

Autismo

L'utilizzo della CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) 2 74 M. Caldognetto, et al.

La Linea Guida Il trattamento dei disturbi dello spettro acustico nei bambini e negli adolescenti 4 153 A. Spataro

Il vaccino MPR e l'autismo: "no evidence" 4 178 F. Giovanetti

Gli antidepressivi sono davvero utili per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico? 6 257 P. Panei

Bias (Publication Bias)

Gli antidepressivi sono davvero utili per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico? 6 257 P. Panei

Bilanci di salute

Osservare il movimento nel neonato e nel bambino nei primi mesi di vita 6 256 M. Soldateschi

Bisfenolo

I prodotti plastici che vengono a contatto con i cibi possono essere pericolosi? 4 177 G. Toffol

BMI (Body Max Index)

Relazione tra modello di divezzamento, BMI e preferenza di alimenti in bambini in età prescolare 5 218 Red

Cardiopatie congenite

Lo screening con pulsossimetria nel neonato per le gravi cardiopatie congenite 1 35 A. Biasini, et al.

Cecità

Leggere ad alta voce: una esperienza con i libri tattili illustrati 1 45 L. Anfuso

Cefalosporine

Cefalosporine per la faringotonsillite: una raccomandazione che lascia perplessi 4 180 A. Clavenna, et al.

Celiachia

È ufficiale: diagnosi di celiachia anche senza biopsia 2 77 E. Valletta, M. Fornaro

Dietro l'iceberg, il pack: la terra inesplorata della *gluten sensitivity* 5 219 E. Valletta, M. Fornaro

Cesareo

La questione del taglio cesareo in Italia: uno sguardo sociale 1 8 G. Colombo

Diminuire la frequenza delle nascite con taglio cesareo si può: ecco come 3 102 C. Guarino

L'epidemia di tagli cesarei: contesto, appropriatezza e azioni 4 150 C. Corchia

CHAT

L'utilizzo della CHAT (Checklist for Autism in Toddlers): un'esperienza di integrazione tra Neuropsichiatria Infantile e Pediatri di Libera Scelta 2 74 M. Caldognetto, et al.

Cistouretragrafia minzionale

Le linee guida dell'AAP sulle infezioni urinarie febbrili dei primi due anni di vita 1 11 L. Peratorner

Comunicazione

Come conversano i bambini a 12, 18 e 24 mesi? 5 200 S. Bonifacio, et al.

Counselling

La Carta del sistema della tutela dei minori in ambito pediatrico 1 31 M. Gangemi

Cure palliative

Il soggiorno di sollievo per la gravissima disabilità 1 28 A. Brunelli, O. Amadori

DDT

Impatto sulla salute infantile degli Inquinanti Organici Persistenti 5 223 A. Biolchini, et al.

Diritti

La questione del taglio cesareo in Italia: uno sguardo sociale 1 8 G. Colombo

La Carta del sistema della tutela dei minori in ambito pediatrico 1 31 M. Gangemi

Farmaci a scuola: un diritto del bambino 2 60 A. Di Martino

Il modo migliore per avere dei piedi belli è non usarli 2 69 C. Damiani

Disabilità

Il soggiorno di sollievo per la gravissima disabilità 1 28 A. Brunelli, O. Amadori

Disturbi pervasivi dello sviluppo

L'utilizzo della CHAT (Checklist for Autism in Toddlers): un'esperienza di integrazione tra Neuropsichiatria Infantile e Pediatri di Libera Scelta 2 74 M. Caldognetto, et al.

Gli antidepressivi sono davvero utili per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico? 6 257 P. Panei

Divezzamento

Relazione tra modello di divezzamento, BMI e la preferenza di alimenti in bambini in età prescolare 5 218 Red

Divorzio

Ascolto del minore in sede civile nei procedimenti di separazione e divorzio 3 128 A. Tognoni

Ecografia

Le linee guida dell'AAP sulle infezioni urinarie febbrili dei primi due anni di vita 1 11 L. Peratorner

Educazione alla salute

Fumo passivo e salute dei bambini: cosa succede a Piacenza 1 4 R. Sacchetti, et al.

Educazione in medicina

Modelli di apprendimento e formazione del personale di cura 3 124 A. Lotti

Il sistema di Educazione Continua in Medicina: le novità dell'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012 5 224 M. P. Bacchielli

Emato-oncologia pediatrica

Storia di trent'anni di un'assistente sociale in Emato-Oncologia pediatrica 4 162 S. Pertici

Emicrania

Dietro l'iceberg, il pack: la terra inesplorata della *gluten sensitivity* 5 219 E. Valletta, M. Fornaro

Enterobius vermicularis

Ossiuri e appendicite acuta: causa o caso? 6 268 C. Panza

Esame delle urine

Le linee guida dell'AAP sulle infezioni urinarie febbrili dei primi due anni di vita 1 11 L. Peratorner

Eternit

Amianto e salute dei bambini 2 81 G. Toffol

Febbre

Una vacanza a Ischia, una febbre persistente e una strana risposta alla terapia 4 166 C. Santoro, et al.

Formazione

Ti racconto una storia, aiutami a capire! Pediatri e psicoterapeute allo stesso tavolo 3 114 A. Saletti, et al.

Bambini e genitori in conflitto. Una proposta di formazione multidisciplinare 6 272 P. Elli, et al.

Ftalati

I prodotti plastici che vengono a contatto con i cibi possono essere pericolosi? 4 177 G. Toffol

Fumo

Fumo passivo e salute dei bambini: cosa succede a Piacenza 1 4 R. Sacchetti, et al.

Genitori

Bambini e genitori in conflitto. Una proposta di formazione multidisciplinare 6 272 P. Elli, et al.

Glutine

Dietro l'iceberg, il pack: la terra inesplorata della *gluten sensitivity* 5 219 E. Valletta, M. Fornaro

Handicap

Il modo migliore per avere dei piedi belli è non usarli 2 69 C. Damiani

HLA

È ufficiale: diagnosi di celiachia anche senza biopsia 2 77 E. Valletta, M. Fornaro

IgE

Le reazioni acute gravi alla prima assunzione di latte vaccino non sono sempre dovute ad allergia IgE mediata 2 71 M. S. Sabbatino, et al.

Immigrazione

Ti racconto una storia, aiutami a capire! Pediatri e psicoterapeute allo stesso tavolo 3 114 A. Saletti, et al.

Immunità

Dietro l'iceberg, il pack: la terra inesplorata della *gluten sensitivity* 5 219 E. Valletta, M. Fornaro

Infezioni

Quando riprendere la scuola dopo malattia? 3 117 C. Panza

Influenza

Vaccini influenzali: una conferma e uno sguardo futuro 1 38 F. Giovanetti

Inquinanti

Impatto sulla salute infantile degli Inquinanti Organici Persistenti 5 223 A. Biolchini, et al.

Interventi precoci

La Linea Guida *Il trattamento dei disturbi dello spettro acustico nei bambini e negli adolescenti* 4 153 A. Spataro

Ivacaftor

Cefalosporine per la faringotonsillite: una raccomandazione che lascia perplessi 4 180 A. Clavenna, et al.

IVU

Le linee guida dell'AAP sulle infezioni urinarie febbrili dei primi due anni di vita 1 11 L. Peratorner

Lassativi

Stipsi funzionale cronica: polietilenglicole o lattulosio? 3 110 M. F. Siracusano

Latte vaccino

Le reazioni acute gravi alla prima assunzione di latte vaccino non sono sempre dovute ad allergia IgE mediata 2 71 M. S. Sabbatino, et al.

Leishmaniosi viscerale

Una vacanza a Ischia, una febbre persistente e una strana risposta alla terapia 4 166 C. Santoro, et al.

Lettura ad alta voce

Leggere ad alta voce: una esperienza con i libri tattili illustrati 1 45 L. Anfuso

Parlare ai bambini pretermine in terapia intensiva neonatale favorisce le vocalizzazioni 3 113 Red

Linee guida

Valutazione dei bisogni formativi dei medici prescrittori in merito al rischio radiologico. *Survey* 4 146 E. Mola, et al.

Linfoistocitosi

Una vacanza a Ischia, una febbre persistente e una strana risposta alla terapia 4 166 C. Santoro, et al.

Linguaggio

Come conversano i bambini a 12, 18 e 24 mesi? 5 200 S. Bonifacio, et al.

Liste di attesa

Liste e tempi di attesa per le prestazioni in Pediatria: i bambini e i pediatri sono interessati? 6 250 E. Valletta, et al.

Medical humanities

Il bello come terapia 1 33 M. A. Acito

Medicina narrativa

La Carta del sistema della tutela dei minori in ambito pediatrico 1 31 M. Gangemi

Mesotelioma

Amianto e salute dei bambini 2 81 G. Toffol

Migranti

Bambini stranieri nell'ambulatorio del pediatra 1 14 M. Bonomi

Bambini stranieri a disagio psichico 1 17 L. Tussi

Minori

Ascolto del minore in sede civile nei procedimenti di separazione e divorzio 3 128 A. Tognoni

L'ascolto del minore, parte offesa di abuso sessuale 5 227 A. Tognoni

Mobilità

Scuola e città in movimento. Mobilità sostenibile, salute e cittadinanza attiva 6 278 R. Mulato

Morbillo

Morbillo e rosolia congenita: non basta deliberare 2 83 R. Cavallo

Un morbillo neonatale 5 216 N. Maresca

Otite media acuta

OMA e antibioticotterapia: oltre la vigile attesa? 1 19 S. Costa, R. Conti Nibali

Penicillina

Cefalosporine per la faringotonsillite: una raccomandazione che lascia perplessi 4 180 A. Clavenna, et al.

Polietilenglicole

Stipsi funzionale cronica: polietilenglicole o lattulosio? 3 110 M. F. Siracusano

Prematurità

Parlare ai bambini pretermine in terapia intensiva neonatale favorisce le vocalizzazioni 3 113 Red

Esiti a distanza della prematurità e frazione attribuibile di popolazione, ovvero ciò che non ci dicono il rischio relativo e l'odds ratio 5 208 C. Corchia

Priorità

Liste e tempi di attesa per le prestazioni in Pediatria: i bambini e i pediatri sono interessati? 6 250 E. Valletta, et al.

Provider

Il sistema di Educazione Continua in Medicina: le novità dell'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012 5 224 M. P. Bacchielli

Pulsossimetria

Lo screening con pulsossimetria nel neonato per le gravi cardiopatie congenite 1 35 A. Biasini, et al.

Raccomandazioni

ACIP estende la vaccinazione anti-HPV ai ragazzi. E noi? 4 174 S. Di Mario

Reflusso gastroesofageo

Il reflusso gastroesofageo: come eravamo 2 52 E. Valletta, et al.

Resine termoplastiche

I prodotti plastici che vengono a contatto con i cibi possono essere pericolosi? 4 177 G. Toffol

Rischio radiologico

Valutazione dei bisogni formativi dei medici prescrittori in merito al rischio radiologico. Survey 4 146 E. Mola, et al.

Rosolia

Morbillo e rosolia congenita: non basta deliberare 2 83 R. Cavallo

Salute pubblica

Quando riprendere la scuola dopo malattia? 3 117 C. Panza

Screening

Lo screening con pulsossimetria nel neonato per le gravi cardiopatie congenite 1 35 A. Biasini, et al.

Scuola

Farmaci a scuola: un diritto del bambino 2 60 A. Di Martino

Amianto e salute dei bambini 2 81 G. Toffol

Storie di piccoli bambini e di grandi uomini 5 214 R. D'Errico

Quando riprendere la scuola dopo malattia? 3 117 C. Panza

Separazione

Ascolto del minore in sede civile nei procedimenti di separazione e divorzio 3 128 A. Tognoni

Servizio sociale

Storia di trent'anni di un'assistente sociale in Emato-Oncologia pediatrica 4 162 S. Pertici

Sindrome dell'intestino irritabile

Dietro l'iceberg, il pack: la terra inesplorata della *gluten sensitivity* 5 219 E. Valletta, M. Fornaro

Software gestionali

I software gestionali per medici: strumenti del marketing farmaceutico? 2 63 G. Giustetto

Soggiorno di sollievo

Il soggiorno di sollievo per la gravissima disabilità 1 28 A. Brunelli, O. Amadori

Stipsi

Stipsi funzionale cronica: polietilenglicole o lattulosio? 3 110 M. F. Siracusano

Studi di coorte

Esiti a distanza della prematurità e frazione attribuibile di popolazione, ovvero ciò che non ci dicono il rischio relativo e l'odds ratio 5 208 C. Corchia

Studio di non inferiorità

Curare l'appendicite con gli antibiotici: un po' di rumore per nulla? 6 274 E. Valletta, F. S. Camoglio

Tempi di attesa

Liste e tempi di attesa per le prestazioni in Pediatria: i bambini e i pediatri sono interessati? 6 250 E. Valletta, et al.

Terapia intensiva neonatale

Parlare ai bambini pretermine in terapia intensiva neonatale favorisce le vocalizzazioni 3 113 Red

La morte di un neonato in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) 4 158 G. Colombo, V. Chiandotto

Umanizzazione

Rendiamo più accoglienti i nostri ospedali 5 195 F. Festini, et al.

Urine

Le linee guida dell'AAP sulle infezioni urinarie febbrili dei primi due anni di vita 1 11 L. Peratorner

Vaccini

Vaccini influenzali: una conferma e uno sguardo futuro 1 38 F. Giovanetti

Il nuovo Piano Nazionale Vaccini 2012-14: lavori in corso 3 132 F. Giovanetti

ACIP estende la vaccinazione anti-HPV ai ragazzi. E noi? 4 174 S. Di Mario

Il vaccino MPR e l'autismo: "no evidence" 4 178 F. Giovanetti

Dal PCV7 al PCV13: molte speranze, alcune cautele 5 231 R. Cavallo

Videogiochi

Qual è l'impatto dei videogiochi non violenti sulla salute dei bambini? 6 262 M. F. Siracusano, C. Panza

Visita il blog di Quaderni acp: <http://quaderniacpmews.blogspot.com/> o <http://www.quaderniacp.it>. Nel blog trovi news, curiosità inattese, appuntamenti, libri e molto altro ancora. Puoi lasciare un commento su ciò che trovi scritto o sul Blog stesso. Ti puoi iscrivere per ricevere gli aggiornamenti direttamente nella tua casella di posta elettronica. Altre cose le imparerai frequentandolo.

Home | ACP.it | Chi siamo | Come iscriversi all'ACP | Contattaci stampa | Dicamo di noi | ACP su Facebook | Quaderni ACP (188)

QUADERNI ACP

Il mensile di informazione per i pediatri e i pediatri di famiglia dell'ACP

ARCHIVO BLOG

Archivio blog

POST PIU' POPOLARI

APPELLO DEI PEDIATRI ACP PER UN MONDO POSSIBILE
COMUNICATO STAMPA
scorri il comunicato APPELLO DEI PEDIATRI ACP PER UN MONDO POSSIBILE. Via politica: un diritto per noi e per i nostri figli.

COMUNICATO STAMPA L'ACP lancia il ricambio di Franco Parlani

COMUNICATO STAMPA Roma 16 agosto 2012. Associazione Culturale Pediatrica lancia la scomparsa di Franco Parlani, padre della pediatria.

Decreto Berlusconi, voto di fiducia: il logg
Via Ibersa, con fiducia, dell'Aula del Senato il decreto sarà. Il testo, approvato senza modificazione rispetto alla Camera, è legge. I sì sono stati 161 (1 no 45 e 29 gli astenuti). Dei 125 senatori del Pdl, in 9 hanno votato no alle fiducia sul decreto Senato, in 29 si sono astenuti e in 90 hanno decretato l'Aula. È questo il quadro che emerge dai tabulari delle votazioni in Aula. Nel Pd, invece, le assenze sono state 10 e un solo astenuto. Per l'Udc solo i due senatori delle Autonomie Cakkei e Palermi e Manfredi Pignatelli hanno votato contro. E 4 sono stati gli assenti, compreso il due senatori e vice Gaetano Andreotti ed Emilio Colombo. Continua a leggere...

Progetto "In vitro"
Roma, Sala Congressi Santa Maria - 18 luglio 2012. Per la prima volta in Italia una serie di 43 casi coordinati e di ampio respiro multidisciplinare.

Altri a governi a tutte le età
download l'App, dal Ministero per Territorio e Infrastrutture. Dopo 14 mila segnalazioni hanno scatenato l'attenzione su loro territorio "hotspot o black", l'accelerazione del ministero della Salute concepito.

Decreto Berlusconi, votata la fiducia: è legge

5 settembre

Via Ibersa, con fiducia, dell'Aula del Senato il decreto sarà. Il testo, approvato senza modificazione rispetto alla Camera, è legge. I sì sono stati 161 (1 no 45 e 29 gli astenuti). Dei 125 senatori del Pdl, in 9 hanno votato no alle fiducia sul decreto Senato, in 29 si sono astenuti e in 90 hanno decretato l'Aula. È questo il quadro che emerge dai tabulari delle votazioni in Aula. Nel Pd, invece, le assenze sono state 10 e un solo astenuto. Per l'Udc solo i due senatori delle Autonomie Cakkei e Palermi e Manfredi Pignatelli hanno votato contro. E 4 sono stati gli assenti, compreso i due senatori e vice Gaetano Andreotti ed Emilio Colombo. Continua a leggere...

Condividi su: Facebook, Twitter, LinkedIn, YouTube, Email

IL MINISTERO DELLA SALUTE VIETA L'USO DEI VACCINI ANTINFLUENZALI NOVARTIS

5 settembre

Il ministero della Salute e l'Anfa hanno deposto il divieto immediato e scoppio cautelativo e in attesa di ulteriori indagini dell'efficacia dei seguenti vaccini antinfluenzali:

- 1) Agrippal
- 2) Influpressi sub-unità
- 3) Influpressi sub-unità
- 4) Fluad

Continua a leggere...

Condividi su: Facebook, Twitter, LinkedIn, YouTube, Email

TUMORI INFANTILI: APPELLO DELL'AIOP PER UN MONITORAGGIO SULL'INCIDENZA NEI SITI INQUINATI

5 settembre

Purtroppo l'alta incidenza dei tumori infantili nei siti inquinati italiani per avere un monitoraggio il più possibile completo e la sua chiarezza sul rapporto tra cause e fattori ambientali. È l'appello lanciato dall'Associazione italiana di ematologia e oncologia pediatrica (Aieop). Una fotografia esatta dell'incidenza dei tumori infantili in Italia - spiega Fulvio Pella, presidente dell'Aieop - sarà possibile solo con l'attuazione di un Registro oncologico pediatrico nazionale. I tumori della leucemia (1) questa fascia di età nella città di Taranto non sono scomparsi.

Condividi su: Facebook, Twitter, LinkedIn, YouTube, Email

Seguici anche su:

Facebook, Twitter, LinkedIn, YouTube, Email

L'angolo del sondaggio

QUESTIONARIO ACP NELLA PREVENZIONE DEL DOLORE IN PEDIATRIA

Sei pronto a rispondere?

CONDONO L'APPELLO DEL MINISTERO "ARRIVALA PURA" SE IL RIFUGIO DA UTILE PER RAGGIUNGERE L'OBBIETTIVO

Si
No

Voto: **MAIUSCולה**

Sei stato o no? (2012) (Seleziona un'opzione) OK

CONDIVIDI LE CURE PRIMA E SECONDO IL DECRETO BERLUSCONI

Si
No

Voto: **MAIUSCולה**

Sei stato o no? (2012) (Seleziona un'opzione) OK

CONDIVIDI LE CURE PRIMA E SECONDO IL DECRETO BERLUSCONI

Si
No

Voto: **MAIUSCולה**

Sei stato o no? (2012) (Seleziona un'opzione) OK

TWITTER

Quaderni con Quaderniacp

Quaderniacp in ufficio per caso, poi per Giuseppe Franco Parlani quaderniacp.it/Archivio/2012/... #Parlani ha due mesi (18/08/2012) (18/08/2012) (18/08/2012)

Join the conversation

I NOSTRI VIDEO

Editoriale

- 241** Le scelte del Decreto Balduzzi e il rapporto di fiducia
Giancarlo Biasini
- 242** Prescrivere per principio attivo:
un risparmio, ma non solo
Sergio Conti Nibali
- 243** Il 24° Congresso nazionale ACP. Proposte e sfide
Paolo Siani

244 FRANCO PANIZON era unico

Salute pubblica

- 246** L'UNICEF Italia e la promozione
dell'allattamento materno
*Elise M. Chapin, Rosellina Cosentino,
Leonardo Speri, Maria Enrica Bettinelli*
- 250** Liste e tempi di attesa per le prestazioni
in Pediatria: i bambini e i pediatri sono interessati?
*Enrico Valletta, Martina Fornaro,
Giovanna La Fauci*

Salute mentale

- 256** Osservare il movimento nel neonato
e nel bambino nei primi mesi di vita
Massimo Soldateschi

Telescopio

- 257** Gli antidepressivi sono davvero utili
per il trattamento dei disturbi
dello spettro autistico?
Pietro Panei

Info

- 260** Big Food: una serie di articoli su *PLoS Medicine*
- 260** Il progetto Children's Living Centers
- 260** Nuova sigla rappresentativa
per i pediatri di famiglia (pdf)
- 260** Allattamento al seno in Emilia-Romagna:
indagine 2011
- 261** Dichiarazione di conflitto di interesse sul *Corriere*

Scenari

- 262** Qual è l'impatto dei videogiochi non violenti
sulla salute dei bambini?
Maria Francesco Siracusano, Costantino Panza

"Narrative" e dintorni

- 265** La prevenzione dei disturbi alimentari
passa attraverso la mamma
Paola Cremonese, Giuliana Gola, Donata Luzzati

Il caso che insegna

- 268** Ossiuri e appendicite acuta: causa o caso?
Costantino Panza

Esperienze

- 272** Bambini e genitori in conflitto. Una proposta
di formazione multidisciplinare
Patrizia Elli, Ambrogina Pirola, Federica Zanetto

Il punto su

- 274** Curare l'appendicite con gli antibiotici:
un po' di rumore per nulla?
Enrico Valletta, Francesco S. Camoglio

Per un mondo possibile

- 278** Scuola e città in movimento. Mobilità sostenibile,
salute e cittadinanza attiva
Raffaella Mulato

Vaccinacipi

- 282** La pertosse ai tempi del vaccino acellulare
Red

Farmacipi

- 284** Farmaci e bambini: persiste il divario
tra carico di malattia e sperimentazione clinica
*Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra,
Daniele Piovani*

Film

- 285** Baci o schiaffi? *Monsieur Lazhar*
Italo Spada

Libri

- 286** Inseparabili. Il fuoco amico dei ricordi
di Alessandro Piperno
- 286** Il pollo di Diogene
*di Andrea Scherini, M. Francesca Agnelli,
Myriam Giargia*
- 287** Assalto all'infanzia
di Joel Bakan

288 Indice delle rubriche

290 Indice analitico

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2013 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per gli infermieri e per i non sanitari. Il versamento può essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: - Associazione Culturale Pediatri, Via Monteferru, 6 - Narbolia (OR) (indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota) oppure con una delle altre modalità indicate sul sito www.acp.it alla pagina "Iscrizione". Se ci si iscrive per la prima volta occorre scaricare e compilare il modulo per la richiesta di adesione presente sul sito www.acp.it alla pagina "Iscrizione" e seguire le istruzioni in esso contenute oltre ad effettuare il versamento della quota come sopra indicato. Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista bimestrale *Quaderni acp*, la Newsletter mensile *Appunti di viaggio* e la Newsletter quadrimestrale *Fin da piccoli* del Centro per la Salute del Bambino richiedendola all'indirizzo info@csbonlus.org. Hanno anche diritto a uno sconto sulla iscrizione alla FAD dell'ACP alla quota agevolata di 50 euro anziché 150; 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. Gli iscritti possono usufruire di 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 informazione più completa visitare il sito www.acp.it.