

# Quaderni acp

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

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della  
**A**ssociazione **C**ulturale **P**ediatr  
[www.acp.it](http://www.acp.it) ISSN 2039-1374

## I bambini e il cinema



**marzo-aprile 2013 vol 20 n°2**

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

**La Rivista è indicizzata in SciVerse Scopus**

# Quaderni acp

Website: [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)  
March-April 2013; 20(2)

## 49 Editorial

Is the National Health Service (SSN) sustainable? The pessimism of intellect and the optimism of will  
*Giancarlo Biasini*

Rio Conference on sustainable development (Rio+20): the future we want  
*Angela Biolchini, Letizia Rabbone, Giacomo Toffol*

## 51 Formation at a distance

Acute otitis media: prevention, diagnosis and treatment. Family paediatrician or otolaryngologist?  
*Sergio Conti Nibali*

## 63 Research

The development of reading activities in developmental dyslexia: a longitudinal study  
*Veronica Savoia, Renzo Tucci, Anne Merella*

## 67 Mental health

Consensus Conference on Learning Disabilities and paediatricians  
*Angelo Spataro*

## 68 Telescope

What is the excess risk of cancer after CT scan in children?  
*Matteo Bruschetti, Luca A. Ramenghi*

## 71 Scenarios

Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections (PANDAS) and antibiotics: too many doubts for paediatricians!  
*Maria Francesca Siracusano, Costantino Panza*

## 74 Info

## 76 Community corner

Prevalence, persistence, sociodemographic correlations and severity of mental disorders (DSM-IV) in a sample of US adolescents  
*Red*

## 77 Personal accounts

Burning solid wastes: Valle d'Aosta says no to incineration in respect to EU directives  
*Marco Debernardi*

## 79 Appraisals

Violence against children with disabilities. A glance into the shadow  
*Enrico Valletta, Antonella Liverani*

## 84 The child and the legislation

Informed consent in children. General aspects and practical cases  
*Augusta Tognoni*

## 88 Vaccinacipi

Killing polio: where are we going?  
*Franco Giovanetti*

## 89 Farmacipi

Steroids, anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal complications: a call for a more rational prescription  
*Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani*

## 90 Informing parents

Child care attendance and recurrent infections  
*Antonella Brunelli, Stefania Manetti, Costantino Panza*

## 91 Movies

## 92 Book

## 94 Meeting synopsis

## 96 Letters

# Quaderni acp

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

## Direttore

Michele Gangemi

## Direttore responsabile

Franco Dessì

## Direttore editoriale ACP

Giancarlo Biasini

## Comitato editoriale

Antonella Brunelli  
Sergio Conti Nibali  
Luciano de Seta  
Stefania Manetti  
Costantino Panza  
Laura Reali  
Paolo Siani  
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: ufficiosoci@acp.it

### Stampa

Stilgraf  
viale Angeloni 407, 47521 Cesena  
Tel. 0547 610201, fax 0547 367147  
e-mail: info@stilgrafcesena.com

### Internet

La rivista aderisce agli obiettivi di diffusione gratuita on-line della letteratura medica ed è pubblicata per intero al sito web: [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)  
Redazione: [redazione@quaderniacp.it](mailto:redazione@quaderniacp.it)

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

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

## LA COPERTINA

Il monello (*The Kid*, 1921) di Charlie Chaplin. Il bambino è Jackie Coogan, 4 anni, figlio di Jak Coogan senior che nel film interpreta il ladro che nel dormitorio esplora le tasche di Charlot.

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

**Percorso di valutazione.** I lavori pervenuti vengono sottoposti alla valutazione della redazione e/o a revisori esterni che operano seguendo un format consolidato e validato. I revisori sono ciechi rispetto agli Autori degli articoli. Gli AA sono ciechi rispetto ai revisori. Per mantenere la cecità quando un articolo provenga da un componente della redazione il direttore, o un redattore da lui designato, provvede a trasferirlo a 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.

# Questo SSN è sostenibile? Il pessimismo della ragione e l'ottimismo della volontà

Giancarlo Biasini  
Direttore editoriale

Il ministro Balduzzi ha mantenuto gli impegni aggiornando, a fine 2012, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) e dichiarando che “anche nelle difficoltà economiche il nostro SSN si dimostra capace di risposte concrete”. Entrano nei LEA nuove malattie rare: le broncopneumopatie croniche ostruttive, le osteomieliti croniche, le patologie renali croniche, il rene policistico autosomico dominante, la sarcoidosi, la sindrome da talidomide (ma c'è già una legge sugli esiti da talidomide), l'analgia epidurale (le Regioni individuino le strutture) e le ludopatie (unica vera novità) con i diritti delle altre forme di dipendenze<sup>1</sup>. Le Regioni verificheranno l'appropriatezza e il controllo dei costi dell'assistenza specialistica ambulatoriale e valuteranno almeno il 5% (sic 5 per cento!) delle ricette. Il provvedimento sui LEA andrà all'esame dei prossimi Ministero dell'Economia e delle Commissioni parlamentari, e poi alla Conferenza Stato-Regioni. Nulla di rivoluzionario. Quando si parla di *appropriatezza* e di *controllo dei costi* a noi, inesauribili romantici, viene in mente il nostro “fare meglio con meno”<sup>2</sup> di 17 anni fa [1]. Dimostrammo che si poteva fare. Tornando ai LEA sia concesso osservare che nel momento attuale costituiscono un problema ben piccolo. Il problema vero è la “sostenibilità” del SSN. Il presidente della Repubblica ha detto più volte che il nostro SSN è una pietra miliare da salvaguardare, ma ha sollecitato a ragionare sulla sua sostenibilità, tenendo conto delle risorse disponibili e delle crescenti necessità assistenziali. E ha ricordato l'art. 32 della Costituzione che, letto per intero, recita: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e garantisce cure gratuite agli indigenti”. E partendo da ciò ha anche detto: “*Chi più ha più paghi*”. Qualche numero: il SSN dal 2012 al 2015 subirà un defianziamento di 35 miliardi, ordinati da Berlusconi-Tremonti-Monti. Quindi il problema non riguarda la sostenibilità futura del SSN, ma quella di adesso. Le regioni commissariate (23 milioni di ita-

liani) hanno accumulato un deficit di 33 miliardi su un totale italiano di 40. Dovranno essere pagati non più dallo Stato, ma dai cittadini delle regioni in deficit con tasse, tagli e ritardati pagamenti. Oggi la ASL 1 di Napoli rimborsa i fornitori dopo 1600 giorni dalla fornitura e perfino ospedali religiosi, un tempo solidissimi e protettissimi, come l'Istituto Dermatologico dell'Immacolata e il Gemelli a Roma, entrano in crisi. Tutti i cittadini hanno già cominciato a pagare: la spesa privata è in crescita esponenziale, e ciò significa che, già da ora, il SSN non basta più. Per i ticket i cittadini sborsano da 25 a 30 miliardi per anno. Il Censis ha calcolato che, di fatto, 9 milioni di persone sono già fuori dalla completa assistenza del SSN. Il problema della sostenibilità, dunque, non è di prospettiva (dai, ci penseremo!) ma è di oggi e crescerà con il maggior costo delle tecnologie e con l'età della popolazione. I sistemi sanitari in Europa sono pronti ad affrontare il problema della longevità e, insieme, della bassa fertilità? E ben vero che la nostra spesa sanitaria pro capite è inferiore di 1000 euro a quella tedesca e di 880 euro a quella francese, ma il confronto è azzardato se si pensa allo stato della nostra economia e a quello di Francia e Germania. È anche vero che qualcuno stima di recuperare i 70 miliardi/anno della corruzione e dei clientelismi per i quali le statistiche internazionali ci pongono impietosamente lontani dalle nazioni sorelle. Ma quando saranno recuperabili? Una protesi d'anca costa 2250 euro qui e 280 euro là. E che dire del clima all'interno delle aziende sanitarie/ospedaliere che non favorisce l'efficienza? Quel clima interno che, secondo Churchill, fa vincere le guerre? Di fronte a questa situazione c'è chi dice che possiamo innovare il sistema e governarlo. Speriamo, ma qual è stata la capacità innovatrice degli ultimi governi? I nuovi saranno così diversi? Che ne è stato dei costi standard e della informatizzazione del sistema, ancora una volta scritta nel recente decreto-sviluppo di Monti? Che ne sarà della narrazione di Balduzzi sul

territorio a H 24 senza risorse aggiuntive? E da quanti anni (dieci?) ci si racconta dello spostamento dell'equilibrio a favore delle cure extraospedaliere senza tenere conto che la riduzione dei posti letto (che l'ANAAO valuta in 70mila negli ultimi 10 anni) non ha portato a risultati apprezzabili sulla capacità assistenziale del territorio? E questa riduzione dei posti letto ha prodotto cambiamenti nei comportamenti opportunistici e distorsivi degli ospedali? Da quanto tempo (15 anni?) si parla dei Fondi integrativi per coprire una parte dei costi delle famiglie per l'assistenza ai non autosufficienti e alle cure non garantite dal SSN? Se queste spese dei privati fossero state messe a sistema attraverso i Fondi avrebbero potuto ridurre l'*out of pocket* degli italiani? E terremo conto del fatto che la Costituzione dichiara di dovere “garantire cure gratuite agli indigenti” e che è in seguito a questo dettato che il presidente Napolitano (uno di quei reazionari che vogliono la “sanità a due binari, uno per i ricchi e uno per i poveri”?) ha ricordato il “*chi più ha più paghi*”? Sembra che non si voglia prendere atto che i modelli sanitari si stanno, ovunque, dimostrando inadeguati rispetto ai progressi della medicina e alle trasformazioni sociali che tendono a escludere più che a includere. Difficile che si arrivi a una maggiore efficienza continuando a lavorare per pezze, toppe e rattoppi. Se c'è chi ha speranze da dare, oltre alle parole, dica come vuol fare. Noi, da sempre fanatici del SSN, siamo qui con il pessimismo della ragione e l'ottimismo della volontà. ♦

## Note

1. Sono eliminate: anemie emolitiche ereditarie, connettivite mista, immunodeficienze congenite e acquisite escluse HIV, malattie da deficit della coagulazione, poliarterite nodosa, sclerosi multipla progressiva.
2. “Best Care at Lower Cost” è la sfida lanciata dall'Obamacare.

## Bibliografia

- [1] Di Mario S, Iuli R, Macaluso A, et al. Qualità delle cure e costi in pediatria. Quaderni acp 1996; 3:8-13.

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

# Conferenza a Rio sullo sviluppo sostenibile "Rio+20": The future we want

Angela Biolchini, Letizia Rabbone, Giacomo Toffol  
ISDE Monza e Brianza, Pediatri per un mondo possibile

Dal 20 al 22 giugno 2012 a Rio de Janeiro si sono riuniti 50.000 delegati da tutti i Paesi del mondo per la Conferenza delle Nazioni Unite sullo sviluppo sostenibile, "Rio+20", a 20 anni di distanza dallo storico summit che aveva rappresentato la prima conferenza mondiale dei capi di stato sull'ambiente. L'ambizioso programma scaturito da quella storica riunione, che ha posto le basi, tra l'altro, per il Protocollo di Kyoto e per tutti i programmi di Agenda 21, è stato finora raggiunto in modo molto parziale, tanto da far affermare al Segretario generale dell'ONU Ban Ki-moon che "le sfide che l'umanità di trova ad affrontare sono sempre le stesse, ma più grandi".

Gli obiettivi principali del vertice di vent'anni fa sono infatti rimasti immutati: elevare la qualità della vita delle popolazioni più povere, migliorare la gestione e la protezione dell'ecosistema e assicurare un futuro migliore per tutti. Tuttavia, molti degli obiettivi non sono stati raggiunti, principalmente perché le priorità sociali (inclusa la salute), economiche e ambientali, non sono state integrate tra di loro.

L'intento di "Rio+20", il cui slogan era "The future we want" (<http://www.uncsd2012.org/thefuturewewant.html>), è stato quello di riaffermare la necessità di uno sviluppo sostenibile che coniughi, insieme, crescita economica, equilibrio sociale e protezione dell'ambiente. È stata firmata una Dichiarazione, messa a punto non solo dai governanti ma anche dalla società civile, dalle organizzazioni non governative e dagli esperti, che indica le linee guida comuni elencando diverse priorità, con l'auspicio che siano sviluppate nei prossimi decenni. Le principali aree tematiche oggetto della Dichiarazione sono state la lotta alla povertà, la salute delle popolazioni (considerata come preconditione, esito e indicatore di tutte e tre le dimensioni di uno sviluppo sostenibile), la sicurezza del cibo per tutti mediante un'agricoltura

sostenibile, l'incremento della disponibilità di risorse energetiche rinnovabili, la sicurezza e sostenibilità dei trasporti e dello sviluppo urbano, la protezione degli ecosistemi terrestri e della biodiversità, la lotta al cambiamento climatico e la riduzione dei rischi legati all'uso delle sostanze chimiche e alla gestione dei rifiuti.

È stato consolidato il mandato all'United Nations Environment Programme (UNEP, <http://www.unep.org/>) di coordinare tutte le iniziative volte a raggiungere questi obiettivi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che ha avuto un ruolo strategico nell'imposizione dell'esigenza di migliorare la salute umana come prerequisito a tutte le altre tematiche, e che è stata riconosciuta come agenzia leader su questo aspetto, ha riconfermato lo stretto legame tra salute, ambiente e sviluppo sostenibile. L'OMS ha, inoltre, ribadito come sia indispensabile indirizzare i progetti sulla salute in maniera mirata e con obiettivi comuni e precisi, tra cui la salute materno-infantile, la prevenzione e cura delle infezioni e la prevenzione delle patologie legate all'ambiente come tumori, obesità, malattie polmonari.

Per molti osservatori si tratta dell'ennesima occasione mancata per dare nuovo slancio alle politiche ambientali in direzione della tutela dell'ambiente e delle risorse globali. Secondo altri resta comunque positivo che il vertice si sia svolto.

Le dichiarazioni di intenti rinnovate oggi non risultano, infatti, peggiori di quelle di 20 anni fa e forse questo non era del tutto scontato, viste le dispute su ogni punto del testo che si sono protratte per mesi, in particolare per la contrarietà dei Paesi sviluppati a mettere a disposizione maggiori risorse finanziarie, come richiesto dai Paesi in via di sviluppo, i quali non intendono, dal canto loro, frenare la propria crescita economica con vincoli ambientali.

Infine, per la prima volta, è stata formalmente decisa la necessità d'identificare degli obiettivi di sviluppo sostenibile universalmente accettati (Sustainable Developmental Goals, SDG) che possano affiancarsi e prendere il posto dei Millennium Developmental Goals (MDG), che per il decennio 2005-2015 sono stati l'obiettivo primario per lo sviluppo della popolazione mondiale.

I MDG hanno segnato un metodo storico di mobilitazione globale per realizzare una serie di importanti priorità sociali in tutto il mondo. Con la trasformazione di queste priorità in otto obiettivi facilmente comprensibili e misurabili hanno contribuito a promuovere, a livello globale, la loro consapevolezza, permettendo notevoli progressi a molti Paesi. Inoltre per più di un decennio sono rimasti al centro dell'attenzione mondiale, dei dibattiti politici e delle pianificazioni politiche nazionali. Nonostante alcune gravi carenze, in particolare riguardo alla situazione dei Paesi e delle popolazioni più povere, vi è un sentimento diffuso tra i politici e la società civile che il progresso contro la povertà, la fame e le malattie sia stato notevole.

Proporre ora dei SDG crediamo possa essere una idea importante, per rafforzare l'esigenza crescente di uno sviluppo sostenibile per il mondo intero. Quasi tutte le società del mondo riconoscono infatti che esso debba passare attraverso uno sviluppo sociale, sanitario ed economico delle popolazioni e dell'ambiente, anche se finora non è stato concordato alcun consenso tra gli aspetti economici, sociali e ambientali. Un focus condiviso su questi obiettivi, come quello lanciato con la proposta dei SDG, può generare, grazie anche alla partecipazione della società civile, un ampio consenso su cui costruire. ACP e ISDE, forti anche della collaborazione in ambiente europeo con l'Health and Environment Alliance (HEAL, <http://www.env-health.org/>), sono pronte a partecipare e a sostenere questo lavoro. ♦

Per corrispondenza:  
Giacomo Toffol  
e-mail: [giacomo@giacomotoffol.191.it](mailto:giacomo@giacomotoffol.191.it)

# Otite media acuta: diagnosi, prevenzione e trattamento Pediatra di famiglia o otorinolaringoiatra?

Sergio Conti Nibali  
Pediatra di famiglia, Messina

## Introduzione

Il presente dossier tratta la patologia dell'otite media acuta (OMA) suddividendola in tre parti:

1. prevenzione e diagnosi;
2. trattamento farmacologico;
3. ruolo del pediatra di famiglia (pdf) e gestione del bambino con OMA.

L'OMA è seconda solo al raffreddore comune tra le malattie per le quali viene chiesta una consulenza al pdf. Il picco d'incidenza e la prevalenza sono compresi tra i 6 e i 20 mesi di età. L'OMA rientra nella diagnosi differenziale della febbre, rappresenta la causa più comune di prescrizione di farmaci antimicrobici ai bambini ed è il motivo principale per sottoporre un bambino piccolo a un intervento chirurgico: o a una timpanostomia o a un'adenoidectomia. Una caratteristica importante dell'OMA è la sua propensione a cronicizzare e recidivare. Quanto prima nella vita di un bambino si presenta il primo episodio, tanto peggiore sarà la sua prognosi in termini di frequenze di recidive, di gravità e di persistenza di effusione nell'orecchio medio (EOM). Una diagnosi precisa nei neonati e nei bambini molto piccoli è spesso difficile (tabella 1). I sintomi possono essere assenti o non evidenti, soprattutto nella prima infanzia e nelle fasi croniche della malattia. La membrana timpanica (MT) può essere oscurata da cerume, la cui rimozione può risultare ardua e richiedere tempo. Anomalie del timpano possono essere subdole e difficili da apprezzare. Queste difficoltà possono portare a sotto- e sovra-diagnosi.

Il significato dell'OMA in termini di salute del bambino e il metodo ottimale della sua gestione sono tuttora oggetto di controversie. Non c'è consenso sul rapporto rischio-beneficio dei trattamenti medici e chirurgici disponibili e sulla probabilità di conseguenze a lungo termine dell'OMA. Sebbene l'OMA possa essere responsabile di gravi complicazio-

**TABELLA 1: DEFINIZIONI DI OMA**

La diagnosi di OMA prevede l'esordio acuto di segni e sintomi, la presenza di essudato e di segni e sintomi d'infiammazione dell'orecchio medio.

La definizione include:

- l'insorgenza, in genere acuta, di segni e sintomi d'infiammazione dell'orecchio medio e di EOM;
- la presenza di EOM rilevata da uno o più dei seguenti segni:
  - rigonfiamento della MT,
  - limitata o assente mobilità della MT,
  - livelli idroaerei visibili sulla MT,
  - otorrea;
- la presenza di segni e sintomi d'infiammazione dell'orecchio medio indicata da:
  - chiaro eritema della MT oppure
  - inequivocabile otalgia.

*Da Subcommittee on Management of Acute Otitis Media: Diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics 2004;113:1451-65 (modificata).*

ni infettive, di danni all'orecchio medio e interno, all'udito e indirettamente alle abilità fonetiche, cognitive e dello sviluppo psicosociale, la maggior parte dei casi di OMA non è grave ed è autolimitantesi.

Il termine OMA indica che siamo di fronte a una patologia infettiva acuta a carico della/e membrana/e timpanica/e e delle cellule mastoidee che sono in continuità con la cavità dell'orecchio medio; quando si accompagna a effusione si parla di otite media essudativa (OME). L'OME è caratterizzata dalla presenza, a livello dell'orecchio medio, di materiale sieroso o mucoso, in assenza di un processo infiammatorio acuto. A differenza dei casi di OMA, i bambini con OME non presentano segni di dolore acuto, febbre o malessere.

Queste due varianti dell'otite media sono tra loro correlate: l'infezione acuta è spesso seguita da un'infiammazione residua e un'effusione che, a sua volta, predisporre il bambino a un'infezione ricorrente. L'OME causa un'ipoacusia trasmissiva di grado variabile e può persistere per più di tre mesi nel 10-25% dei casi.

## Epidemiologia

I fattori che vengono chiamati in causa per spiegare la ricorrenza dell'OMA sono numerosi. Ne faremo un breve cenno di seguito.

**Età.** Il rischio di sviluppare almeno un episodio di OMA è del 63-85% circa entro i 12 mesi e del 66-99% entro i 2 anni di età. La percentuale di giorni con OME durante il primo anno di vita varia dal 5% al 27% e durante il secondo anno dal 6% al 18%. Le frequenze più alte si hanno tra i 6 e i 20 mesi. Dopo i 2 anni di età, l'incidenza dell'OMA si abbassa progressivamente, sebbene la malattia rimanga relativamente comune negli anni della scuola materna. Il motivo più probabile dell'alta prevalenza in questa fascia di età è il fisiologico deficit immunologico e la non completa maturazione della struttura e delle funzioni delle tube di Eustachio.

**Sesso.** L'incidenza dell'OMA è maggiore nei maschi. Questi sono predominanti in quasi tutti i trials clinici che si occupano di terapia dell'OMA e hanno una prevalenza di ricorso a una soluzione chirurgica (timpanostomia, timpanoplastica,

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

formazione a distanza

adenoidectomia) molto superiore rispetto alle femmine. Questi dati testimoniano una maggiore predilezione e aggressività della patologia nei confronti del sesso maschile.

**Genetica.** Numerosi studi suggeriscono che l'OMA ha una componente ereditaria; esiste un più alto grado di concordanza tra gemelli monozigoti rispetto ai dizigoti.

**Livello socio-economico.** Lo stato di povertà è associato a un maggior numero e a una maggiore gravità dell'OMA, probabilmente conseguente ad affollamento, precarie condizioni igieniche, cattivo stato nutrizionale, limitato accesso ai servizi sanitari.

**Allattamento.** L'allattamento al seno è un fattore protettivo, specialmente nei bambini appartenenti a famiglie di basso livello socio-economico. Il motivo potrebbe dipendere dalle proprietà del latte materno piuttosto che dalla suzione al seno, visto che bambini con palatoschisi allattati con biberon contenente latte materno si ammalano di OMA molto di meno di quelli allattati con formula.

**Fumo.** Alcuni studi hanno dimostrato una correlazione tra nicotemia e prevalenza di OMA. Visto che il fumare a casa correla inversamente con il livello socio-economico, quest'ultimo potrebbe costituire un fattore confondente.

**Asilo.** L'assidua frequenza all'asilo nido e alla scuola materna costituisce, insieme al livello socio-economico dei genitori, il fattore di rischio più elevato per l'insorgenza dell'OMA.

**Stagionalità.** La prevalenza dell'OMA è nettamente più elevata nei mesi freddi ed è comparabile con quella delle infezioni delle vie respiratorie.

**Anomalie congenite.** L'OMA è molto frequente nei bambini con anomalie cranio-facciali, specialmente nella labio-palatoschisi, e con Sindrome di Down. La caratteristica comune di queste patologie è la disfunzione delle tube di Eustachio.

**Vaccinazione anti-pneumococcica.** Lo *Streptococcus pneumoniae* è il patogeno maggiormente identificato nei bambini con OMA. Tuttavia la protezione della vaccinazione è modesta, aggirandosi tra

il 6% e l'8%; un discreto effetto protettivo si ha nei confronti delle recidive e delle complicanze.

### Eziologia

Nella maggior parte dei casi di OMA è possibile isolare batteri patogeni. Sono tre gli agenti patogeni predominanti: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* non tipizzabile, e *Moraxella catarrhalis*. L'incidenza complessiva di questi microrganismi è cambiata con l'impiego diffuso del vaccino pneumococcico coniugato. Nei Paesi in cui il vaccino è utilizzato, l'*H. influenzae* non tipizzabile ha superato lo *S. pneumoniae* come patogeno più comune (40-50% dei casi). Lo *S. pneumoniae* rappresenta, ancora, un comune patogeno (30-50% casi), mentre la *M. catarrhalis* costituisce la maggior parte dei casi rimanenti. Più raramente si ritrova lo *Streptococcus* di gruppo A, lo *Staphylococcus aureus* e altri Gram-negativi. Lo *S. aureus* e gli altri Gram-negativi si trovano più comunemente nei neonati e nei bambini molto piccoli. Anche virus respiratori possono essere ritrovati nell'essudato da soli o, più comunemente, in associazione con i batteri patogeni; di questi virus, i rinovirus e il virus respiratorio sinciziale (VRS) si trovano più spesso; in questi casi l'OMA è una complicanza della bronchiolite. È incerto se i virus da soli possano causare l'OMA, o se il loro ruolo si limiti a gettare le basi per una sovrainfezione batterica, e forse anche ad amplificare il processo infiammatorio, interferendo con la risoluzione dell'infezione batterica. I virus hanno un impatto negativo sulla funzionalità delle tube di Eustachio, possono compromettere la funzione immunitaria locale, aumentare l'adesione batterica e possono influenzare la farmacocinetica riducendo l'efficacia dei farmaci antimicrobici. Gli agenti patogeni che si trovano nell'OMA sono presenti solo nel 30% dei casi di OME.

### Patogenesi

**Fattori anatomici.** I pazienti con significative anomalie cranio-facciali che riguardano la funzionalità delle tube di Eustachio hanno una maggiore incidenza di OMA. Inoltre, durante la patogenesi dell'OMA la tuba di Eustachio dimostra una diminuita efficacia nella ventilazione

dell'orecchio medio. In circostanze normali la tuba di Eustachio è passivamente chiusa e viene aperta dalla contrazione del muscolo tensore del velo palatino. Per quanto riguarda l'orecchio medio, la tuba ha tre funzioni principali: ventilazione, protezione e clearance.

La mucosa dell'orecchio medio dipende dall'erogazione continua di aria dal nasofaringe fornita dalle tube di Eustachio. L'interruzione di questo processo ventilatorio in seguito a ostruzione tubarica avvia una risposta infiammatoria secretoria, compromette il sistema di trasporto mucociliare e provoca versamento di liquido nella cavità timpanica. Le misurazioni della funzionalità delle tube di Eustachio hanno dimostrato che la funzione delle tube non è ottimale durante gli episodi di OMA. Ostruzioni delle tube di Eustachio possono derivare da un blocco extraluminale da parte del tessuto ipertrofico adenoideo, o da ostruzione endotimpanica da edema infiammatorio della mucosa tubarica, più comunemente come conseguenza di un'infezione virale del tratto respiratorio superiore.

La progressiva riduzione della compliance della parete tubarica con l'aumentare dell'età può spiegare il progressivo declino della presenza di OMA con la crescita dei bambini. Le funzioni di protezione e la clearance delle tube di Eustachio possono essere coinvolte nella patogenesi dell'OMA. Così, se la tuba di Eustachio è beante potrebbe non riuscire a proteggere l'orecchio medio dal reflusso delle secrezioni infettive provenienti dal rinofaringe, mentre la compromissione della funzione della clearance mucociliare potrebbe contribuire sia alla creazione che alla persistenza dell'infezione. La minore lunghezza e l'orientamento più orizzontale delle tube nei neonati e nei bambini possono aumentare la probabilità di reflusso dal rinofaringe e non permettere un ottimale drenaggio gravitazionale passivo attraverso le tube di Eustachio.

In particolari popolazioni di pazienti con anomalie cranio-facciali esiste una maggiore incidenza di OMA, che è stata associata con l'anormale funzionalità delle tube di Eustachio.

Nei bambini con palatoschisi, dove l'OMA è un reperto universale, il fattore principale alla base dell'infiammazione cronica dell'orecchio medio sembra es-

sera la compromissione del meccanismo di apertura della tuba di Eustachio. Un altro fattore patogenetico è il possibile difettoso funzionamento del meccanismo a valvola del velofaringe, che può provocare problemi aerodinamici e idrodinamici al nasofaringe e alle porzioni prossimali delle tube di Eustachio. Nei bambini affetti da altre anomalie cranio-facciali e da Sindrome di Down, l'alta prevalenza di OMA è stata attribuita anche ad anomalie strutturali e/o funzionali delle tube di Eustachio.

**Fattori legati all'ospite.** L'efficacia del sistema immunitario di un bambino in risposta ai batteri e ai virus durante la prima infanzia è probabilmente il fattore più importante nel determinare quali bambini saranno inclini alle otiti. Un deficit di IgA e carenze selettive delle sottoclassi IgG possono essere alla base di OMA ricorrenti e in associazione con infezioni persistenti delle basse vie respiratorie. Tuttavia i bambini con OMA ricorrenti, che non sono associate a infezioni persistenti in altri siti, hanno raramente un deficit immunologico facilmente identificabile.

**Patogeni virali.** Anche se l'OMA si può contrarre e può persistere in assenza di un'evidente infezione del tratto respiratorio, molti, se non la maggior parte, degli episodi iniziano con un'infezione virale o batterica del tratto respiratorio superiore. In uno studio su bambini che frequentavano l'asilo, l'OMA è stata osservata in circa il 30-40% dei bambini con malattia respiratoria causata da VRS, da virus influenzali o da adenovirus, e in circa il 10-15% dei bambini con malattia respiratoria causata da virus parainfluenzali, rinovirus o enterovirus. L'infezione virale del tratto respiratorio superiore porta al rilascio di citochine e mediatori infiammatori, alcuni dei quali possono causare una disfunzione delle tube di Eustachio. I virus respiratori possono anche favorire la colonizzazione batterica del nasofaringe e compromettere le difese immunitarie contro l'infezione batterica.

**Allergia.** Le prove che l'allergia respiratoria sia l'agente eziologico principale dell'OMA non sono convincenti; tuttavia, nei bambini con entrambe le condizioni, è possibile che l'otite sia aggravata dall'allergia.

Il profilo di rischio e le interazioni ospite-patogeno giocano un ruolo importante nella patogenesi dell'OMA. Alcuni eventi, come le alterazioni della clearance mucociliare attraverso la ripetuta esposizione virale all'asilo o l'esposizione al fumo di tabacco, possono far pendere la bilancia della patogenesi verso agenti patogeni meno virulenti.

Bambini con frequente vicinanza ad altri bambini hanno un aumentato rischio sia di colonizzazione batterica del nasofaringe che di OMA con resistenze agli antimicrobici che rendono il trattamento più difficile e una patologia prolungata più probabile.

### Manifestazioni cliniche

I sintomi dell'OMA sono variabili, soprattutto nei neonati e nei bambini piccoli. In questi ultimi, il dolore all'orecchio può portare a irritabilità o a disturbi del sonno o delle abitudini alimentari; occasionalmente possono piangere e tirarsi l'orecchio, ma questo sintomo ha una bassa sensibilità e specificità. Ci può essere febbre. La rottura della membrana timpanica (MT) con otorrea purulenta è rara. Si possono anche avere sintomi sistemici e sintomi associati alle infezioni delle alte vie respiratorie; a volte l'OMA può essere asintomatica. L'OME spesso non è accompagnata da disturbi evidenti e si può manifestare solo con perdita dell'udito, che può presentarsi con cambiamenti nel pattern del linguaggio, ma spesso passa inosservato, specie se unilaterale o di lieve entità, soprattutto nei bambini più piccoli. A volte può manifestarsi con difficoltà di equilibrio o con una sensazione di orecchio tappato.

### Esame del timpano

**Otoscoopia.** Può essere utilizzato un otoscopio tradizionale o uno pneumatico. L'esame dell'orecchio nei bambini piccoli è una procedura relativamente invasiva per la frequente mancanza di cooperazione. Con l'otoscopio pneumatico migliora la capacità di una diagnosi accurata di OMA; difatti, osservando il grado di mobilità della MT, si può stimare la presenza di liquido nell'orecchio medio, che è un segno distintivo sia di OMA che di OME. Con entrambi i tipi di otoscopio, è essenziale un'ottima illuminazione per un'adeguata visualizzazione della MT.

**Caratteristiche della MT.** Le caratteristiche principali da osservare sono la superficie, il colore, la trasparenza, gli eventuali cambiamenti strutturali e la mobilità.

Normalmente il contorno della MT è leggermente concavo; un rigonfiamento, o viceversa, una retrazione costituiscono un'anomalia.

Il colore normale della MT è grigio perlaceo; l'eritema può essere un segno d'inflammatione o infezione, ma, specie se non intenso, può derivare dal pianto; un biancore della membrana può derivare da cicatrici o dalla presenza di liquido nella cavità dell'orecchio medio; il liquido può dare anche una colorazione ambra, giallo pallido o, raramente, bluastra. Normalmente, la MT è traslucida, sebbene un certo grado di opacità può essere normale nel primo mese di vita; in seguito, denota opacizzazione o cicatrici o, più comunemente, una sottostante effusione. I cambiamenti strutturali sono cicatrici, perforazioni, tasche di retrazione e il colesteatoma, complicazione grave dell'OMA.

Di tutte le caratteristiche della MT, la mobilità è la più sensibile e specifica per determinare la presenza o assenza di effusione dell'orecchio medio (EOM). La mobilità non è un fenomeno tutto-o-niente, anche se la totale assenza di mobilità, in assenza di una perforazione della MT, è quasi sempre indicativa di EOM.

### Diagnosi

Per una diagnosi certa di OMA devono essere presenti tutti i seguenti elementi: 1) sintomi recenti e acuti, 2) presenza di EOM e 3) segni e sintomi di inflammatione dell'orecchio medio, quali l'eritema della MT o l'otalgia (*tabella 1*).

Uno schema semplificato di diagnosi differenziale stabilisce che si può porre con ragionevole certezza la diagnosi di OMA quando un bambino presenta un'otalgia recente e clinicamente importante, e la MT mostra segni marcati di arrossamento e un chiaro rigonfiamento. Distinguere un'OMA da un'OME è, nella gran parte dei casi, semplice, anche se una può evolvere verso l'altra senza una netta differenziazione nell'obiettività; qualsiasi schema per distinguere le due patologie è in qualche misura arbitrario. In un'epoca di crescente resistenza batterica, distinguere tra OMA e OME è importante per

determinare il trattamento, perché l'OME, in assenza d'infezione acuta, non richiede terapia antibiotica. Un'otorrea purulenta di recente insorgenza è indicativa di OMA, e quindi la difficoltà a distinguere clinicamente un'OMA da un'OME è limitata ai casi in cui l'otorrea non è presente. Sia l'OMA senza otorrea che l'OME sono accompagnate da EOM, vale a dire la presenza di almeno due delle tre anomalie della MT: colorazione bianca, gialla, ambra o (raramente) blu; opacizzazione diversa rispetto a quella causata da cicatrici e mobilità ridotta o assente. In alternativa nell'OME possono essere visibili, dietro la MT, sia livelli idroarei che bolle d'aria con piccole quantità di liquido, una condizione spesso indicativa d'imminente risoluzione. Per supportare una diagnosi di OMA piuttosto che di OME in un bambino con EOM, andrebbe valorizzato il rigonfiamento della MT, con o senza eritema, o, come minimo, l'EOM deve essere accompagnato da un'otalgia clinicamente importante (per es. dolore resistente all'analgescico). A meno che non sia intenso, l'eritema da solo è insufficiente, perché può dipendere dal pianto.

Nell'OMA il martello può non essere visualizzato e la MT può assomigliare a una ciambella senza foro, ma con una depressione centrale (figura 1).

La miringite bollosa è un segno di OMA; in questo caso sulla MT possono essere visualizzate delle bolle emorragiche o sierose; a volte può essere presente una sola bolla tanto grande che può essere scambiata per il rigonfiamento dell'intera MT. Pochi giorni dopo l'insorgenza, il rigonfiamento della membrana può diminuire, anche nel caso in cui l'infezione sia ancora presente. Nell'OME il rigonfiamento della MT è assente o lieve; oppure la membrana può essere retratta (figura 2); l'eritema è assente o lieve.

Nei bambini con EOM senza rigonfiamento della MT, la presenza di una chiara otalgia è di solito indicativa di OMA. La timpanometria o impedenzometria acustica è un semplice test rapido e non invasivo che, se eseguito correttamente, offre prove oggettive della presenza o assenza di EOM. Il timpanogramma fornisce informazioni sulla MT equivalenti alla sua mobilità percepita visivamente durante il test pneumatico. Qualsiasi cosa che tende a irrigidire la MT, come

**FIGURA 1: MT NELL'OMA. IL MARTELLINO NON È VISUALIZZABILE, E LA MT SI PRESENTA ERITEMATOSA E CON UNA DEPRESSIONE CENTRALE**

Da: Kliegman RM, et al. Nelson Textbook of Pediatrics, Saunders 19<sup>a</sup> ed. 2008, Fig. 639-2, p. 2203



**FIGURA 2: MT NELL'OME. IN QUESTO CASO IL RIGONFIAMENTO DELLA MT È LIEVE; LA MEMBRANA È RETRATTA; L'ERITEMA È LIEVE**

Da: Kliegman RM, et al. Nelson Textbook of Pediatrics, Saunders 19<sup>a</sup> ed. 2008, Fig. 639-3, p. 2204





cicatrici o liquido nell'orecchio medio, ne riduce la compliance, che viene registrata come un appiattimento della curva del timpanogramma. Nel soggetto normale il picco di compliance del timpanogramma nel bambino è in media di 100 mm di H<sub>2</sub>O, con un range che va da 60 a 150 mm di H<sub>2</sub>O (curva A). Un timpanogramma piatto (curva B) si verifica in caso di mancanza di mobilità della MT in presenza di un versamento nel cavo timpanico: questo è il reperto tipico riscontrato nelle otiti medie. Il timpanogramma di tipo C, invece, ha un picco di compliance incentrato sulle pressioni negative, dovuto alla presenza di una depressione permanente nell'orecchio medio causata da una disfunzione tubarica. Anche se la timpanometria è molto sensibile nel rilevare l'EOM, i suoi limiti sono la collaborazione del paziente, l'abilità dell'operatore e l'età del bambino, con risultati meno affidabili nei bambini molto piccoli. L'uso della timpanometria può essere utile nello screening ambulatoriale, ovviando alla necessità di ricorrere a un esame con l'otoscopio pneumatico. La timpanometria può essere utilizzata anche per aiutare a confermare, affinare o chiarire risultati non chiari all'otoscopia e per convalidare diagnosi otoscopiche di EOM.

È importante sottolineare che, anche se la timpanometria è in grado di predire la probabilità di EOM, non può distinguere l'effusione dovuta a OME da quella dell'OMA.

### Trattamento

**Gestione dell'OMA.** Le Linee Guida della Società Italiana di Pediatria (SIP) (tabella 2) suggeriscono un pronto utilizzo della terapia antibiotica solo nei bambini di età inferiore ai 6 mesi o nei bambini di età compresa tra 6 e 24 mesi con diagnosi di otite certa (criteri clinici e otoscopici). Sopra questa età è sempre consigliata la vigile attesa tranne che nelle forme di otite grave bilaterale. In Italia oltre l'80% delle otiti viene trattata con antibiotici, a dimostrazione che la vigile attesa non viene applicata nella routine ambulatoriale, sebbene uno studio multicentrico italiano dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) abbia evidenziato come la strategia della vigile attesa di 48-72 ore possa essere attuata in bambini di età maggiore di 1 anno, con la

**TABELLA 2: RACCOMANDAZIONI SECONDO LA SIP (MODIFICATE)**

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

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

**TABELLA 3: INDICAZIONI PER IL TRATTAMENTO DELL'OMA SECONDO L'ACP**

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

**TABELLA 4: RACCOMANDAZIONI SECONDO L'AAP (MODIFICATE). CRITERI PER LA PRONTA TERAPIA ANTIBIOTICA O PER LA VIGILE ATTESA NEI BAMBINI CON OMA**

Età	Diagnosi certa	Diagnosi non certa
Età < 6 mesi	Terapia antibiotica	Terapia antibiotica
Età 6-24 mesi	Terapia antibiotica	Terapia antibiotica se malattia severa; vigile attesa* se malattia non severa
Età > 24 mesi	Terapia antibiotica se malattia severa; vigile attesa* se malattia non severa	Vigile attesa*

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

sola esclusione dei casi associati a otorrea o a OMA ricorrente (tabella 3). Secondo l'American Academy of Pediatrics (AAP) il ricorso alla vigile attesa deve essere preso seriamente in considerazione anche per i tassi crescenti di resistenza batterica agli antibiotici. In Paesi come l'Olanda, dove l'uso di antibiotici per l'OMA è molto meno comune, i tassi di resistenza antimicrobica per i patogeni

principali dell'OMA sono sostanzialmente inferiori a quelli di Paesi che abitualmente trattano l'OMA sin dal suo esordio con gli antibiotici. L'aspetto più importante di queste Linee Guida è che deve essere garantito un attento follow-up del paziente per valutare una mancata risoluzione spontanea o un peggioramento dei sintomi, e anche che i pazienti devono avere a disposizione adeguati

TABELLA 5: ANTIBIOTICI DA UTILIZZARE NELL'OMA

Temperatura ≥ 39 °C e/o otalgia severa	Trattamento antibiotico immediato		Trattamento antibiotico dopo fallimento della vigile attesa		Trattamento antibiotico dopo fallimento di un precedente trattamento antibiotico	
	Raccomandato	In caso di allergia alla penicillina	Raccomandato	In caso di allergia alla penicillina	Raccomandato	In caso di allergia alla penicillina
<b>No</b>	Amoxicillina, 80-90 mg/kg/die	Cefuroxime Cefpodoxime Azitromicina Claritromicina	Amoxicillina, 80-90 mg/kg/die	Cefuroxime Cefpodoxime Azitromicina Claritromicina	Amoxicillina- Clavulanato, 90 mg/kg/die di amoxicillina e 6,4 mg/kg/die di clavulanato	Ceftriaxone Clindamicina
<b>Sì</b>	Amoxicillina- Clavulanato, 90 mg/kg/die di amoxicillina e 6,4 mg/kg/die di clavulanato	Ceftriaxone	Amoxicillina- Clavulanato, 90 mg/kg/die di amoxicillina e 6,4 mg/kg/die di clavulanato	Ceftriaxone	Ceftriaxone	Timpanocentesi clindamicina

Fonte: Subcommittee on Management of Acute Otitis Media: Diagnosis and management of acute otitis media, Pediatrics 2004;113:1451-65 (modificata)

farmaci analgesici (paracetamolo o ibuprofene) durante il periodo di osservazione. Secondo l'AAP nella vigile attesa (48-72 ore) dei pazienti con OMA devono essere prese in considerazione la certezza della diagnosi, l'età del paziente e la gravità della malattia; per i pazienti più piccoli con un'età inferiore a 2 anni, l'AAP raccomanda di trattare tutti al momento della diagnosi certa; i pazienti molto piccoli, < 6 mesi, devono essere trattati con antibiotico anche nei casi di presunti episodi di OMA a causa del potenziale significativo aumento delle complicazioni infettive (tabella 4).

La terapia antibiotica immediata è anche raccomandata nei bambini tra i 6 e i 24 mesi che hanno una diagnosi di OMA dubbia, ma una manifestazione grave della malattia, definita come temperatura > 39 °C, otalgia significativa o aspetto tossico. I bambini in questa fascia di età con diagnosi dubbia e malattia non grave possono essere osservati per un periodo di due-tre giorni con un attento follow-up. Nei bambini di età superiore ai 2 anni l'osservazione potrebbe essere considerata in tutti gli episodi di OMA non grave o nei casi di diagnosi dubbia.

**Resistenze batteriche.** I soggetti più a rischio di ospitare batteri resistenti sono quelli di età inferiore ai 2 anni, che frequentano l'asilo o che hanno ricevuto di recente un trattamento antibiotico. Lo sviluppo di ceppi batterici resistenti e la

loro rapida diffusione sono stati promossi e facilitati da una pressione selettiva derivante dall'uso estensivo degli antibiotici, impiegati nei bambini soprattutto nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Molti ceppi di ciascuno dei batteri patogeni, che causano comunemente l'OMA, sono resistenti agli antibiotici abitualmente utilizzati. Sebbene i tassi di resistenza agli antimicrobici varino da Paese a Paese, negli Stati Uniti circa il 40% dei ceppi di *H. influenzae* non tipizzabile e quasi tutti i ceppi di *M. catarrhalis* sono resistenti all'ampicillina e all'amoxicillina. Nella maggior parte dei casi la resistenza è attribuibile alla produzione di β-lattamasi e può essere superata combinando l'amoxicillina con un inibitore della β-lattamasi (clavulanato), oppure utilizzando un antibiotico β-lattamasi stabile. Ceppi occasionali di *H. influenzae* non tipizzabile che non producono β-lattamasi sono resistenti alle aminopenicilline e ad altri antibiotici β-lattamici a causa delle alterazioni nelle loro proteine leganti la penicillina.

Negli Stati Uniti circa il 50% dei ceppi di *S. pneumoniae* non è sensibile alla penicillina. Una maggiore incidenza di resistenza si ritrova nei bambini che frequentano l'asilo nido. La resistenza dello *S. pneumoniae* alle penicilline e ad altri antibiotici β-lattamici non è mediata dalla β-lattamasi, ma da alterazioni alle proteine leganti la penicillina. Ci sono

almeno sei proteine note leganti la penicillina e il grado di resistenza aumenta in risposta al numero di alterazioni di queste proteine. Questo meccanismo di resistenza può essere superato se si ottengono concentrazioni più elevate di β-lattamici nel sito di infezione per un intervallo di tempo sufficiente. Molti ceppi di *S. pneumoniae* penicillina-resistenti sono resistenti anche ad altri farmaci antimicrobici, compresi i sulfamidici, i macrolidi e le cefalosporine. In generale, all'aumentare della resistenza alla penicillina aumenta anche la resistenza ad altre classi di antibiotici.

La resistenza ai macrolidi, inclusa azitromicina e claritromicina, da parte dello *S. pneumoniae* è aumentata rapidamente, rendendo questi farmaci molto meno efficaci nel trattamento dell'OMA. A differenza della resistenza ai β-lattamici, la resistenza ai macrolidi non può essere superata aumentando il dosaggio.

#### Trattamento antibiotico di prima scelta.

L'amoxicillina rimane il farmaco di prima scelta per l'OMA non complicata per sicurezza, efficacia, palatabilità e basso costo (tabella 5). L'amoxicillina è il più efficace degli antibiotici orali disponibili nei confronti dei ceppi di *S. pneumoniae* sia sensibili che non sensibili alla penicillina. Aumentando la dose da 40-45 a 80-90 mg/kg/die in genere aumenta l'efficacia. Il dosaggio più alto deve essere

utilizzato in particolare nei bambini di età inferiore a 2 anni, nei bambini che hanno recentemente ricevuto un trattamento con farmaci  $\beta$ -lattamici e nei bambini che frequentano l'asilo per la maggiore probabilità d'infezione con ceppi di *S. pneumoniae* non sensibili. Un limite dell'amoxicillina è che può essere inattivato dalle  $\beta$ -lattamasi prodotte da molti ceppi di *H. influenzae* non tipizzabile e dalla maggior parte dei ceppi di *M. catarrhalis*. I dati epidemiologici dimostrano un aumento complessivo della frequenza di *H. influenzae* come patogeno primario nell'OMA in seguito all'utilizzo diffuso del vaccino pneumococcico coniugato nei bambini piccoli. Gli episodi di OMA causati da questi patogeni spesso si risolvono spontaneamente. In caso di allergia alle penicilline l'alternativa di prima scelta è una cefalosporina (cefuroxime, cefpodoxime). In caso di eventuale allergia alle cefalosporine, o per problemi legati alla palatabilità o alla modalità di somministrazione, un'alternativa adeguata può essere rappresentata dall'azitromicina.

**Durata del trattamento.** La durata del trattamento dell'OMA è storicamente fissata a 10 giorni e la maggior parte degli studi, che hanno esaminato l'efficacia del trattamento antibiotico nell'OMA, ha utilizzato questa durata come punto di riferimento. Studi di confronto con un ciclo breve di trattamento suggeriscono che questo si rivela spesso inadeguato, in particolare nei bambini con meno di 2 anni di età. Il trattamento per periodi più brevi, di 3-5 giorni, può essere indicato, invece, per i bambini con episodi lievi che migliorano rapidamente: in questi casi, tuttavia, la vigile attesa può essere spesso l'intervento preferito. Un trattamento per più di 10 giorni può essere prescritto a bambini molto piccoli o con episodi gravi o che hanno una storia di precedenti episodi problematici.

**Follow-up.** Gli obiettivi principali del follow-up sono: valutare l'esito del trattamento e differenziare una risposta inadeguata al trattamento da una recidiva precoce. L'intervallo necessario per il follow-up deve essere personalizzato. Un follow-up di pochi giorni è consigliabile nel bambino piccolo, con un episodio grave o in un bambino di qualsiasi età con otalgia ingravescente. Un follow-up

entro due settimane è opportuno per un bambino che ha avuto recidive frequenti; la MT è probabile che non abbia ancora un aspetto normale, ma un miglioramento sostanziale dovrebbe essere evidente. Un bambino con un episodio sporadico di OMA e un tempestivo miglioramento dei sintomi non necessita di follow-up. La presenza continua di EOM dopo un episodio di OMA non è un'indicazione per ulteriori trattamenti antibiotici.

**Risposta insoddisfacente al trattamento di prima scelta.** La risoluzione dell'OMA dipende sia dall'eradicazione del germe responsabile dell'infezione che dal restaurarsi di una normale ventilazione nell'orecchio medio. I fattori che contribuiscono alla risposta insoddisfacente al trattamento di prima scelta, oltre alla mancata efficacia dell'antibiotico utilizzato, sono la scarsa compliance al trattamento, la presenza di infezioni virali concomitanti o intercorrenti, una persistente disfunzione della tuba di Eustachio, una reinfezione da altro sito o la presenza di agenti patogeni non completamente debellati nell'orecchio medio e le difese dell'ospite, immature o compromesse. Nonostante questi numerosi fattori, il passaggio a un farmaco alternativo di seconda scelta è ragionevole quando ci troviamo di fronte a un insoddisfacente miglioramento dei sintomi o della membrana timpanica, o quando persiste una secrezione nasale purulenta. Possono essere utilizzati farmaci di seconda scelta anche quando l'OMA si presenta in un bambino già in trattamento antibiotico, o in un bambino immunocompromesso o con sintomi gravi, la cui precedente esperienza con un'OMA è stata problematica.

**Trattamento di seconda scelta.** È disponibile una serie di farmaci di seconda scelta alternativi (tabella 5), che dovrebbero essere efficaci contro i ceppi di *H. influenzae* e *M. catarrhalis* produttori di  $\beta$ -lattamasi, e contro i ceppi sensibili e soprattutto non sensibili di *S. pneumoniae*. Solo tre agenti antimicrobici soddisfano questi requisiti: amoxicillina-clavulanato, acetossietilcefuroxime e ceftriaxone. Alte dosi di amoxicillina-acido clavulanico sono particolarmente adatte come trattamento di seconda scelta in quanto alte dosi di amoxicillina (80-90 mg/kg/die) sono efficaci contro la maggior parte dei ceppi di *S. pneumoniae* e

l'aggiunta di acido clavulanico amplia lo spettro antibatterico dell'amoxicillina in quanto include i batteri produttori di  $\beta$ -lattamasi. La diarrea, specialmente nei neonati e nei bambini piccoli, è un effetto collaterale abbastanza frequente, ma di solito non è tanto grave da richiedere l'interruzione del trattamento. Sia il cefuroxime che il ceftriaxone hanno importanti limitazioni per l'utilizzo nei bambini piccoli.

La sospensione di cefuroxime non è gradevole, per cui la compliance è bassa. Per il trattamento con ceftriaxone occorre tenere presenti sia il dolore da puntura che il costo. Tuttavia, l'uso del ceftriaxone è appropriato nei casi più gravi di OMA, quando il trattamento per via orale non è possibile, o in casi molto selezionati, in seguito al fallimento del trattamento con farmaci somministrati per bocca di seconda scelta, o in presenza di *S. pneumoniae* altamente resistente. La claritromicina e l'azitromicina hanno solo una limitata attività contro ceppi di *S. pneumoniae* non sensibili e contro ceppi di *H. influenzae* produttori di  $\beta$ -lattamasi. L'uso del macrolide sembra, tra l'altro, causare un aumento dei tassi di resistenza ai macrolidi da *Streptococcus* di gruppo A e da *S. pneumoniae*.

La clindamicina è attiva contro la maggior parte dei ceppi di *S. pneumoniae*, compresi ceppi resistenti, ma non è attiva contro l'*H. influenzae* e la *M. catarrhalis*; dovrebbe quindi essere riservata ai pazienti noti per avere avuto infezioni causate da pneumococchi non sensibili alla penicillina. Gli agenti antimicrobici restanti, che sono stati tradizionalmente utilizzati nella gestione dell'OMA, hanno una tale mancanza di efficacia contro gli organismi resistenti che il loro utilizzo raramente giustifica i loro potenziali effetti collaterali. Tra questi farmaci vanno inclusi il cefprozil, il cefaclor, il cefixime, il TMP-SMZ e l'eritromicina. Il cefpodoxime ha dimostrato un'efficacia ragionevole in alcuni studi, ma è generalmente mal tollerato a causa della sua scarsa palatabilità.

### Gestione dell'OME

La persistenza di EOM per circa tre mesi dopo un episodio di OMA viene considerata nella norma. La gestione dell'OME dipende dalla comprensione della sua storia naturale e dalle sue possibili com-

plicanze e sequele. La maggior parte dei casi di OME si risolve senza trattamento entro tre mesi. Quando un EOM persiste più di tre mesi, deve essere preso in considerazione un trattamento (OME persistente).

Anche se l'ipoacusia deve essere considerata di primaria importanza, l'OME provoca una serie di altre difficoltà che dovrebbero essere tenute a mente. Queste includono la predisposizione all'OMA ricorrente (tre o più episodi di otite nel corso dei mesi invernali, o cinque episodi in un anno), il dolore, i disturbi di equilibrio e il tinnito. Inoltre, sequele a lungo termine associate all'OME sono le alterazioni patologiche dell'orecchio medio quali l'atelettasia della MT, la formazione di tasche di retrazione, la formazione di un colesteatoma e l'ipoacusia trasmissiva e neurosensoriale. Tra i possibili effetti negativi a lungo termine sono inclusi i disturbi del linguaggio, i disturbi cognitivi e quelli dello sviluppo psicosociale, anche se gli studi che supportano tali associazioni sono non conclusivi. I bambini con OME persistente meritano, tuttavia, un'attenta valutazione audiologica, dello sviluppo psicomotorio e del linguaggio, e un'attenzione particolare per l'elevato tasso di OMA ricorrenti.

### Trattamento medico

Un trattamento antimicrobico di routine per l'OME è generalmente sconsigliato soprattutto a causa del beneficio a breve termine e per il contributo allo sviluppo di resistenze batteriche. Al contrario, il trattamento deve essere limitato ai casi in cui vi sia evidenza d'infezione batterica nelle vie respiratorie superiori o nell'orecchio medio. A questo scopo dovrebbe essere utilizzato il farmaco, maggiormente efficace, a disposizione, come raccomandato per l'OMA. L'efficacia dei corticosteroidi nel trattamento dell'OME è probabilmente di breve termine. Il rapporto rischio/beneficio depone, tuttavia, contro il loro uso. Gli antistaminici, i decongestionanti e i mucolitici, usati singolarmente o in associazione, non sono efficaci. La gestione farmacologica di un'eventuale allergia con antistaminici può risultare utile nei bambini con OME problematica, anche se i dati a supporto non sono significativi. L'insufflazione della tuba di Eustachio non ha dimostrato efficacia a lungo termine.

**Miringotomia e inserimento di tubi endotimpanici.** Quando un'OME persiste, nonostante un ampio periodo di vigile attesa, in genere tre-sei mesi in bambini con effusione unilaterale, può essere giustificato prendere in considerazione un intervento chirurgico per l'inserimento di tubi endotimpanici. La miringotomia da sola, senza l'inserimento di un tubo, permette la fuoriuscita dell'effusione dall'orecchio medio e talvolta può essere efficace, ma spesso l'incisione si rimargina prima che la mucosa dell'orecchio medio ritorni alla normalità e il versamento si può riformare.

L'inserimento di un tubo endotimpanico offre il vantaggio che la ventilazione dell'orecchio medio si mantiene finché il tubo rimane in posizione e funzionante, circa dodici-sedici mesi in media, e a volte può contribuire a una ripresa della capacità uditiva; ne possono limitare l'efficacia occasionali episodi di ostruzione del lume del tubo o una sua prematura estrusione. Tuttavia il posizionamento di tubi è generalmente molto efficace nella risoluzione dell'OME.

Poiché l'OME persistente spesso si risolve spontaneamente durante i mesi estivi, è consigliabile la vigile attesa aspettando la stagione estiva.

### Complicazioni dell'OMA

La maggior parte delle complicanze dell'OMA consiste nella diffusione dell'infezione alle strutture adiacenti, o lo sviluppo di cronicità, o entrambi. Le complicanze suppurative sono relativamente rare nei bambini che vivono in Paesi sviluppati, ma non di rado si verificano in bambini svantaggiati cui l'accesso alle cure mediche è limitato. Le complicazioni dell'OMA possono essere divise in intratemporali e intracraniche.

**Complicazioni intratemporali.** Si tratta di complicazioni che si sviluppano all'interno dell'osso temporale. Queste complicazioni includono dermatiti, perforazione della membrana timpanica, otite media cronica suppurativa (OMCS), mastoidite, perdita dell'udito, paralisi del nervo facciale, colesteatoma e labirintite.

**Dermatite infettiva.** È un'infezione della cute del condotto uditivo esterno derivante dalla contaminazione da secrezione purulenta dall'orecchio medio. La

pelle è spesso eritematosa, edematosa e tesa. Il trattamento consiste in una corretta igiene in combinazione con antimicrobici sistemici e gocce auricolari.

**Perforazione della MT.** La rottura della MT può avvenire sia in seguito a episodi di OMA che di OME. Sebbene il danno alla MT da questi episodi generalmente si risolve spontaneamente, in un piccolo numero di casi si possono sviluppare perforazioni croniche e queste richiedono un intervento chirurgico.

**Otite media cronica suppurativa (OMCS).** L'OMCS consiste nella persistenza di un'infezione nell'orecchio medio con conseguente otorrea attraverso una perforazione della MT. La malattia comincia con un episodio di OMA con rottura della membrana. Le cellule mastoidee sono sempre coinvolte. I microrganismi eziologici più comuni sono *P. aeruginosa* e *S. aureus*, ma possono essere implicati anche i patogeni tipici dell'OMA. Il trattamento deve essere guidato dai risultati dell'indagine microbiologica.

**Mastoidite acuta.** In pratica tutti i casi di OMA sono accompagnati da una mastoidite perché c'è sempre un'inflammazione delle cellule pneumatiche della mastoide. Tuttavia, all'inizio del decorso della malattia, segni o sintomi d'infezione mastoidea sono presenti, ma il processo infiammatorio è, di solito, facilmente reversibile, insieme con l'OMA, in risposta al trattamento antimicrobico. Un'eventuale diffusione dell'infezione al periostio sovrastante, ma senza il coinvolgimento del tessuto osseo, costituisce una mastoidite acuta con periostite. In questi casi i segni di una mastoidite sono solitamente presenti, compresi l'inflammazione nella zona retroauricolare e lo spostamento del padiglione inferiormente e anteriormente.

Il trattamento con antibiotici per via parenterale (eventualmente associato a una miringotomia), se istituito tempestivamente, di solito fornisce una risoluzione soddisfacente. Nell'osteite acuta della mastoide o mastoidite coalescente, l'infezione progredisce ulteriormente e causa la distruzione delle trabecole ossee della mastoide. I classici segni e sintomi della mastoidite sono di solito, ma non sempre, presenti. Nella petrosite acuta l'infezione si è ulteriormente estesa e ha

coinvolto la porzione petrosa dell'osso temporale. Il dolore agli occhi è un sintomo di riconoscimento importante ed è causato dall'infiammazione della branca oftalmica del V nervo cranico. Una paralisi del VI nervo cranico è una possibile successiva estensione dell'infiammazione che suggerisce un'ulteriore espansione del processo infettivo lungo la base cranica. La Sindrome di Gradenigo è la triade suppurativa costituita da OMA, paralisi del muscolo retto esterno e dolore nell'orbita omolaterale. Raramente, l'infezione mastoidea va oltre l'osso temporale e raggiunge la muscolatura del collo, portando a un ascesso al collo, definito ascesso di Bezold.

Nel caso si sospetti o venga diagnosticata clinicamente una mastoidite, dovrebbe essere eseguita una TAC delle ossa temporali per chiarire la natura e l'estensione della malattia. Una distruzione ossea della mastoide deve essere differenziata dalla semplice opacizzazione delle cellule pneumatiche, che si trova spesso nei casi non complicati di OMA. I microrganismi più comuni responsabili della mastoidite acuta sono *S. pneumoniae* e *H. influenzae* non tipizzabile. *P. aeruginosa* è anche un agente causale, principalmente in pazienti con OMCS. I bambini con mastoidite acuta richiedono generalmente un trattamento antibiotico per endovena e a volte la mastoidectomia, ma il tipo di intervento dipende dall'entità del processo patologico.

Da quando le tecniche di imaging sono diventate più comuni i casi di mastoidite sono diagnosticati più frequentemente. Per quanto possibile, la scelta dell'antibiotico dovrebbe essere guidata dai risultati di un esame microbiologico.

**Paralisi del facciale.** Il nervo facciale, nel suo tragitto attraverso l'orecchio medio e la mastoide, può essere interessato dal processo infettivo.

La paralisi del facciale come complicanza di OMA è un evento raro e si risolve spesso dopo l'avvio della terapia antibiotica parenterale. Tuttavia, la paralisi facciale in presenza di un'OMA richiede attenzione in quanto un'infezione prolungata può provocare lo sviluppo di una paralisi del facciale permanente, che può avere un effetto devastante su un bambino. Se una paralisi facciale si sviluppa in un bambino con mastoidite o con OMCS, dovrebbe

essere eseguita con urgenza una mastoidectomia.

**Colesteatoma.** Il colesteatoma è una formazione simil-cistica nell'orecchio medio, caratterizzata da epitelio squamoso stratificato e contenente epitelio desquamato e/o cheratina. Il colesteatoma si sviluppa più spesso come complicanza di un'otite media cronica di lunga data. La condizione può anche svilupparsi da una tasca di retrazione profonda della MT o come conseguenza di una perforazione traumatica della MT.

I colesteatomi tendono a espandersi progressivamente, causando un riassorbimento osseo; spesso si estendono nella cavità mastoidea e, se l'espansione è intracranica, si possono avere conseguenze potenzialmente letali.

Il colesteatoma si associa comunemente a un'otorrea cronica in un paziente con una storia di malattia dell'orecchio precedente. Il colesteatoma deve essere sospettato all'otoscopia se si vede un'area di retrazione della MT o una perforazione con detriti biancastri. La posizione più comune per lo sviluppo di colesteatoma è nella porzione superiore della MT (*pars flaccida*). La maggior parte dei pazienti presenta anche un'ipoacusia trasmissiva. Quando si sospetta un colesteatoma, il paziente dovrebbe, immediatamente, essere inviato in consulenza dall'otorinolaringoiatra.

Un ritardo nel riconoscimento e nel trattamento può avere importanti conseguenze a lungo termine, quali la necessità di un intervento chirurgico più invasivo, la perdita permanente dell'udito, lesioni del nervo facciale, un danno labirintico con disturbi dell'equilibrio e l'estensione intracranica. Il trattamento indicato per il colesteatoma è l'intervento chirurgico.

**Labirintite.** Si verifica comunemente come esito della diffusione dell'infezione dall'orecchio medio e/o dalla mastoide all'orecchio interno. La causa più comune è data da un colesteatoma o da una OMCS.

I sintomi comprendono vertigini, tinnito, nausea, vomito, perdita di udito e nistagmo. Il trattamento è indirizzato alla condizione di base e deve essere effettuato tempestivamente per preservare la funzione dell'orecchio interno e prevenire la diffusione di infezioni.

**Complicazioni intracraniche.** La meningite, l'ascesso epidurale e subdurale, l'encefalite focale, l'ascesso cerebrale, la trombosi del seno sigmoideo e l'idrocefalo sono possibili complicanze di un'infezione acuta o cronica dell'orecchio medio e della mastoide, a causa di un'estensione diretta o di una diffusione ematogena o per una tromboflebite. In un bambino con infezione dell'orecchio medio la presenza di un qualsiasi sintomo sistemico, come per esempio un'importante impennata della temperatura con mal di testa, estrema letargia o la presenza di qualsiasi segno d'interessamento del sistema nervoso centrale, deve indurre il sospetto di una complicanza intracranica; in questo caso deve essere eseguita una puntura lombare solo dopo che gli studi di imaging abbiano stabilito l'assenza di effetto massa o di idrocefalo. Oltre all'esame del liquido cerebrospinale, la coltura dell'essudato dell'orecchio medio ottenuto mediante timpanocentesi può identificare l'agente patogeno, contribuendo, in tal modo, a orientare la scelta dell'antibiototerapia; per consentire il drenaggio dell'orecchio medio deve essere eseguita anche una miringotomia.

È preferibile anche il posizionamento di un drenaggio endotimpanico per consentire la decompressione continua dell'"infezione sotto pressione", che è l'evento scatenante che porta alla diffusione dell'infezione intracranica. Il trattamento delle complicanze intracraniche dell'OMA, dunque, deve essere intrapreso con estrema urgenza.

**Trombosi del seno sigmoideo.** Può essere complicata dalla diffusione di trombi infetti con conseguenti infarti settici in vari organi; fortunatamente questa complicanza è estremamente rara.

**Idrocefalo.** È una forma di *pseudotumor cerebri* ed è una complicanza rara che consiste in un aumento della pressione intracranica, senza dilatazione dei ventricoli cerebrali; si verifica in conseguenza di un'OMA o di un'otite media cronica o di una mastoidite. La condizione è comunemente associata a una trombosi del seno laterale e si ritiene che sia causata da ostruzione da parte di un trombo venoso intracranico nel collo, che produce un aumento della pressione venosa

cerebrale e un conseguente aumento della pressione del liquido cerebrospinale. I sintomi sono quelli di un aumento della pressione intracranica; altri possono comprendere la paralisi di uno o entrambi i muscoli retti laterali e il papilledema. La risonanza magnetica può confermare la diagnosi.

Il trattamento include l'uso di antimicrobici e di farmaci, come l'acetazolamide o la furosemide, che riducono la pressione intracranica, la mastoidectomia, ripetute punture lombari e lo shunt ventricolo-peritoneale. Se non trattato, l'idrocefalo può causare la perdita della vista secondaria ad atrofia ottica.

*Sequela fisica.* Le sequela fisiche dell'OMA consistono in anomalie strutturali dell'orecchio medio. Nella maggior parte dei casi questi postumi sono conseguenze di infezioni gravi, ma possono anche manifestarsi in seguito a un'OME di lunga durata.

*Timpanosclerosi.* In questa condizione morbosa la MT si presenta con placche biancastre e nodulari, dovute a ialinizzazione con deposizione di cristalli di calcio e fosfato. Raramente vi può essere una perdita dell'udito. Nei Paesi sviluppati la causa più comune di timpanosclerosi è l'inserimento di un tubo endotimpanico.

*Atelettasia.* L'atelettasia della MT si manifesta con una retrazione grave della MT dovuta all'elevata pressione negativa nell'orecchio medio o alla perdita di rigidità e al prollasso mediale della membrana come conseguenza di una lunga retrazione o di una infiammazione grave o cronica. Una tasca di retrazione è una zona localizzata di atelettasia.

L'atelettasia è spesso transitoria e di solito accompagnata da sintomi, ma una tasca profonda di retrazione può comportare l'erosione degli ossicini e un'otite adesiva, e può fungere da nido per la formazione di un colesteatoma. I pazienti con un'atelettasia persistente e con tasche di retrazione devono essere inviati a un otorinolaringoiatra.

*OMA adesiva.* È causata da una proliferazione di tessuto fibroso nella mucosa dell'orecchio medio, che può, a sua volta, provocare gravi retrazioni della MT, ipoacusia trasmissiva, compromissione della mobilità degli ossicini e colesteato-

ma. La perdita dell'udito può essere suscettibile di correzione chirurgica.

*Granuloma di colesterolo.* È una rara condizione in cui la MT può presentarsi di colore blu scuro a causa di liquido di questo colore nell'orecchio medio. I granulomi di colesterolo sono cisti, rare e benigne, dell'osso temporale; contengono fluidi, lipidi e cristalli di colesterolo circondati da un rivestimento fibroso e generalmente necessitano della rimozione chirurgica. Questa lesione richiede la diagnosi differenziale con la colorazione bluastrea dell'orecchio medio, che raramente può anche svilupparsi in pazienti con la comune OME.

*Perforazione cronica.* Si può sviluppare raramente dopo la rottura spontanea della MT durante un episodio di OMA, ma più comunemente risulta come sequela di una OMCS o come esito di una mancata chiusura della MT dopo estrusione di un tubo endotimpanico. Le perforazioni croniche sono generalmente accompagnate da ipoacusia trasmissiva. Si consiglia sempre la riparazione chirurgica di una perforazione cronica della MT per ripristinare l'udito, prevenire le infezioni e la formazione di un colesteatoma.

*Perdita permanente dell'udito.* Può derivare da una qualsiasi delle condizioni appena descritte. Raramente, la perdita permanente neurosensoriale può verificarsi in associazione con un'OMA o con un'otite media cronica, in seguito alla diffusione dell'infiammazione attraverso la membrana della finestra rotonda o come conseguenza di una labirintite suppurativa.

*Possibili postumi sullo sviluppo.* Una perdita permanente dell'udito nei bambini ha un impatto negativo significativo sullo sviluppo, in particolare del linguaggio. La misura in cui l'OMA incide sullo sviluppo a lungo termine nei bambini è difficile da valutare e l'esito degli studi finora condotti è contrastante. L'impatto sullo sviluppo è più probabile essere significativo nei bambini che hanno maggiori livelli di perdita dell'udito, in quelli in cui la perdita dell'udito è durata lunghi periodi di tempo, nei casi in cui è stata bilaterale e in quei bambini che hanno difficoltà di sviluppo o altri fattori di rischio per ritardo di sviluppo.

## Prevenzione

Le misure generali di prevenzione dell'OMA consistono nell'allattamento al seno, nella vaccinazione pneumococcica e nell'evitare, per quanto possibile, il contatto con persone che presentano infezione delle vie respiratorie e l'esposizione al fumo di tabacco.

Il vaccino coniugato pneumococcico eptavalente ha ridotto il numero complessivo di episodi di OMA di circa il 6-8%, con una riduzione del 57% degli episodi serotipo-specifici. Riduzioni del 9-23% si hanno nei bambini con storia di episodi ricorrenti e una riduzione del 20% in bambini sottoposti a inserimento del tubo endotimpanico.

Nei bambini che hanno sviluppato frequenti episodi di OMA, la profilassi antimicrobica con dosi sub-terapeutiche di una penicillina è stata utilizzata in passato per fornire una protezione. Tuttavia, a causa dell'insorgenza di una maggiore incidenza di microrganismi resistenti, il rischio della profilassi antimicrobica sembra superare i benefici, in particolare per i bambini che frequentano l'asilo nido, che sono ad aumentato rischio di colonizzazione con *S. pneumoniae* resistente.

Nei bambini con OME persistente, diversi studi hanno dimostrato che l'inserimento di un tubo endotimpanico è efficace nel ridurre i tempi di permanenza di EOM, migliorando i livelli acustici, ma anche riducendo il tasso di ricorrenza di OMA. Nei bambini con OMA, gli studi hanno rivelato che i tubi endotimpanici sono molto efficaci nel ridurre il tasso di OMA ricorrenti nei pazienti, almeno nei primi sei mesi dopo l'inserzione.

In definitiva, il modo migliore per gestire il singolo bambino affetto da OMA ricorrenti dipende da una serie di fattori, tra cui la gravità degli episodi, il profilo di rischio, la tolleranza della terapia antibiotica, la valutazione dell'udito, le preferenze dei genitori, la salute globale del bambino e il suo sviluppo.

L'adenoidectomia è efficace in una certa misura nel ridurre il rischio di recidive successive sia di OMA che di OME. L'efficacia sembra essere indipendente dalle dimensioni delle adenoidi e deriva probabilmente dalla rimozione del focolaio d'infezione nel nasofaringe e dall'impatto sulla funzionalità delle tube di Eustachio dell'infiammazione cronica. ♦

**Bibliografia consultata**

- American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2004;113:1451-65. doi: 10.1542/peds.113.5.1451.
- American Academy of Family Physicians, American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media with Effusion. Otitis media with effusion. *Pediatrics* 2004;113:1412-29.
- Asher E, Dagan R, Greenberg D, et al. Persistence of pathogens despite clinical improvement in antibiotic-treated acute otitis media is associated with clinical and bacteriologic relapse. *Pediatr Infect Dis J* 2008;27:296-300.
- Bales CB, Sobol S, Wetmore R, Elden LM. Lateral sinus Thrombosis as a Complication of Otitis Media: 10-Year Experience at the Children's Hospital of Philadelphia. *Pediatrics* 2009;123(2):709-13. doi:10.1542/peds.2008-0280.
- Barkai G, Leibovitz E, Givon Lavi N, Dagan R. Potential contribution by nontypable *Haemophilus influenzae* in protracted and recurrent acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2009;28(6):466-70.
- Bauchner H, Marchant CD, Bisbee A, et al. Effectiveness of Centers for Disease Control and Prevention recommendations for outcomes of acute otitis media. *Pediatrics* 2006;117(4):1009-17.
- Berkun Y, Nir-Paz R, Ami AB, et al. Acute otitis media in the first two months of life: characteristics and diagnostic difficulties. *Arch Dis Child* 2008;93(8):690-4. doi: 10.1136/adc.2007.127522. Epub 2008 Mar 12.
- Bhattacharyya N, Shapiro NL. Air quality improvement and the prevalence of frequent ear infections in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2010;142(2):242-6. doi: 10.1016/j.otohns.2009.10.052.
- Block SL, Hedrick J, Harrison CJ, et al. Community-wide vaccination with the heptavalent pneumococcal conjugate significantly alters the microbiology of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23(9):829-33.
- Bluestone CD. Definitions, terminology, and classification. In: Rosenfeld RM, Bluestone CD. Evidence-based otitis media, 2th ed. Hamilton, Ontario: BC Decker Inc, 2008:120-35.
- Bolt P, Barnett P, Babl FE, Sharwood LN. Topical lignocaine for pain relief in acute otitis media: results of a double-blind placebo-controlled randomised trial. *Arch Dis Child* 2008;93(1):40-4.
- Brook I, Gober AE. Bacteriology of spontaneously draining acute otitis media in children before and after the introduction of pneumococcal vaccination. *Pediatr Infect Dis J* 2009;28(7):640-2. doi: 10.1097/INF.0b013e3181975221.
- Brouwer CN, Maillé AR, Rovers MM, et al. Effect of pneumococcal vaccination on quality of life in children with recurrent otitis media: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2005;115(2):273-9.
- Canafax DM, Yuan Z, Chonmaitree T, et al. Amoxicillin middle ear fluid penetration and pharmacokinetics in children with acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1988;17(2):149-56.
- Casey JR, Pichichero ME. Changes in frequency and pathogens causing acute otitis media in 1995-2003. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23(9):824-8.
- Casey JR, Adlowitz DG, Pichichero ME. New patterns in the otopathogens causing acute otitis media six to eight years after introduction of pneumococcal conjugate vaccine. *Pediatr Infect Dis J* 2010;29(4):304-9. doi: 10.1097/INF.0b013e3181c1bc48.
- Clegg AJ, Loveman E, Gospodarevskaya E, et al. The safety and effectiveness of different methods of earwax removal: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2010;14(28):1. doi: 10.3310/hta14280.
- Coco A, Vernacchio L, Horst M, Anderson A. Management of acute otitis media after publication of the 2004 AAP and AAFP clinical practice guideline. *Pediatrics* 2010;125(2):214-20. doi: 10.1542/peds.2009-1115. Epub 2010 Jan 25.
- Coker TR, Chan LS, Newberry SJ, et al. Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children: a systemic review. *JAMA* 2010;304(19):2161-9. doi: 10.1001/jama.2010.1651.
- Dagan R, Schneider S, Givon-Lavi N, et al. Failure to achieve early bacterial eradication increases clinical failure rate in acute otitis media in young children. *Pediatr Infect Dis J* 2008;27(3):200-6. doi: 10.1097/INF.0b013e31815c1b1d.
- Fallon RM, Kuti JL, Doern GV, et al. Pharmacodynamic target attainment of oral beta-lactams for the empiric treatment of acute otitis media in children. *Paediatr Drugs* 2008;10(5):329-35.
- Garbutt J, Rosenbloom I, Wu J, Storch GA. Empiric first-line antibiotic treatment of acute otitis in the era of the heptavalent pneumococcal conjugate vaccine. *Pediatrics* 2006;117(6):e1087-94.
- Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD000219.
- Grossman Z, Silverman BG, Porter B, Miron D. Implementing the delayed antibiotic therapy approach significantly reduced antibiotics consumption in Israeli children with first documented acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2010;29(7):595-9.
- Guillemot D, Carbon C, Balkau B, et al. Low dosage and long treatment duration of beta-lactam: risk factors for carriage of penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae*. *JAMA* 1998;279(5):365-70.
- Haggard M. Insertion of ventilation (tympanostomy) tubes for otitis media with effusion. *BMJ* 2008;337:a1535. doi: 10.1136/bmj.a1535.
- Hall-Stoodley L, Hu FZ, Gieske A, et al. Direct detection of bacterial biofilms on the middle-ear mucosa of children with chronic otitis media. *JAMA* 2006;296(2):202-11. doi: 10.1001/jama.296.2.202.
- Hammaren-Malmi S, Saxen H, Tarkkanen J, Mattila PS. Adenoidectomy does not significantly reduce the incidence of otitis media in conjunction with the insertion of tympanostomy tubes in children who are younger than 4 years: a randomized trial. *Pediatrics* 2005;116:185-9.
- Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. *N Engl J Med* 2011;364(2):105-15. doi: 10.1056/NEJMoa0912254.
- Isaacson G. Diagnosis of pediatric cholesteatoma. *Pediatrics* 2007;120(3):603-8.
- Kadhim AL, Spilsbury K, Semmens JB, et al. Adenoidectomy for middle ear effusion: a study of 50,000 children over 24 years. *Laryngoscope* 2007;117(3):427-33.
- Kalu SU, Ataya RS, McCormick DP, et al. Clinical spectrum of acute otitis media complicating upper respiratory tract viral infection. *Pediatr Infect Dis J* 2011;30(2):95-9. doi: 10.1097/INF.0b013e3181f253d5.
- Kaur R, Adlowitz DG, Casey JR, et al. Simultaneous assay for four bacterial species including *Alloicoccus otitidis* using multiplex-PCR in children with culture negative acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2010;29(8):741-5. doi: 10.1097/INF.0b013e3181d9e639.
- Kerschner JE. Bench and bedside advances in otitis media. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;16(6):543-7.
- Klein JO. Microbiologic efficacy of antibacterial drugs for acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1993;12(12):973-5.
- Idem. Is acute otitis media a treatable disease? *N Engl J Med* 2011;364(2):168-9. doi: 10.1056/NEJMe1009121.
- Koch A, Homøe P, Pipper C, et al. Chronic suppurative otitis media in a birth cohort of children in Greenland: population-based study of incidence and risk factors. *Pediatr Infect Dis J* 2011;30(1):25-9. doi: 10.1097/INF.0b013e3181efaa11.
- Koopman L, Hoes AW, Glasziou PP, et al. Antibiotic therapy to prevent the development of asymptomatic middle ear effusion in children with acute otitis media: a meta-analysis of individual patient data. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;134(2):128-32. doi: 10.1001/archoto.2007.3.
- Kozyrskyj A, Klassen TP, Moffatt M, Harvey K. Short-course antibiotics for acute otitis media. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(9):CD001095. doi: 10.1002/14651858.CD001095.pub2.
- Laine MK, Tähtinen PA, Ruuskanen O, et al. Symptoms or symptom-based scores cannot predict acute otitis media at otitis-prone age. *Pediatrics* 2010;125(5):e1154-61. doi: 10.1542/peds.2009-2689.
- Le Monnier A, Jamet A, Carbone E, et al. *Fusobacterium necrophorum* middle ear infections in children and related complications: report of 25 cases and literature review. *Pediatr Infect Dis J* 2008;27(7):613-7. doi: 10.1097/INF.0b013e318169035e.
- Leibovitz E, Asher E, Piglansky L, et al. Is bilateral acute otitis media clinically different than unilateral acute otitis media? *Pediatr Infect Dis J* 2007;26(7):589-92.
- Leibovitz E, Serebro M, Givon-Levi N, et al. Epidemiologic and microbiologic characteristics of culture-positive spontaneous otorrhea in children with acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2009;28(5):381-4. doi: 10.1097/INF.0b013e318194e783.
- Le Saux N, Gaboury I, Baird M, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled noninferiority trial of amoxicillin for clinically diagnosed acute otitis media in children 6 months to 5 years of age. *CMAJ* 2005;172(3):335-41.
- Longo G, Barbi E. Amoxicillin dosage. *Pediatrics* 2002;110(1):195.
- Longo G. Le linee guida della SIP e dell'AAP sull'otite media acuta. Commenti "sul campo" di un bravo pediatra di famiglia e di un esperto di lungo corso. *Medico e Bambino* 2011;30(3):175-9.
- Mandel EM, Doyle WJ, Winther B, Alper CM. The incidence, prevalence and burden of OM in unselected children aged 1-8 years followed by weekly otoscopy through the "common cold" season. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008;72(4):491-9. doi: 10.1016/j.ijporl.2007.12.008. Epub 2008 Feb 12.

- Marchetti F, Ronfani L, Conti Nibali S, Tamburlini G for the Italian Study Group on Acute Otitis Media. Delayed prescription may reduce the use of antibiotics for acute otitis media: a prospective observational study in primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159(7):679-84.
- Marchisio P, Principi N, Bellussi L (coordinatori). *Otite Media Acuta: dalla diagnosi alla prevenzione. Linee Guida della Società Italiana di Pediatria*, 2010. <http://www.sip.it/documenti/otite.pdf>.
- McCormick DP, Chandler SM, Chonmaitree T. Laterality of acute otitis media: different clinical and microbiologic characteristics. *Pediatr Infect Dis J* 2007;26(7):583-8.
- Moro ML, Marchi M, Gagliotti C, et al. Why do paediatricians prescribe antibiotics? Results of an Italian regional project. *BMC Pediatr* 2009;9:69. doi: 10.1186/1471-2431-9-69.
- Newman DH, Spiro DM, Grubbs, et al. Letters to editor. *N Engl J Med* 2011;364:1775-9. doi: 10.1056/NEJMc1102207.
- Noel GJ, Blumer JL, Pichichero ME, et al. A randomized comparative study of levofloxacin versus amoxicillin/clavulanate for treatment of infants and young children with recurrent or persistent acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2008;27(6):483-9. doi: 10.1097/INF.0b013e318168d2cb.
- Ongkasuwan J, Valdez TA, Hulten KG, et al. Pneumococcal mastoiditis in children and the emergence of multidrug-resistant serotype 19A isolates. *Pediatrics* 2008;122(1):34-9. doi: 10.1542/peds.2007-2703.
- Paradise JL, Feldman HM, Campbell TF, et al. Tympanostomy tubes and developmental outcomes at 9 to 11 years of age. *N Engl J Med* 2007;356(3):248-61.
- Pichichero ME, Casey JR. Emergence of a multiresistant serotype 19A pneumococcal strain not included in the 7-valent conjugate vaccine as an otopathogen in children. *JAMA* 2007;298(15):1772-8.
- Pichichero ME, Casey JR, Hoberman A, Schwartz R. Pathogens causing recurrent and difficult-to-treat acute otitis media, 2003-2006. *Clin Pediatr (Phila)* 2008;47(9):901-6. doi: 10.1177/00099-22808319966. Epub 2008 Jun 16.
- Porat N, Amit U, Givon-Lavi N, et al. Increasing importance of multidrug-resistant serotype 6A *Streptococcus pneumoniae* clones in acute otitis media in southern Israel. *Pediatr Infect Dis J* 2010;29(2):126-30. doi: 10.1097/INF.0b013e3181b78e6e.
- Purzycki A, Thompson E, Argenta L, David L. Incidence of otitis media in children with deformational plagiocephaly. *J Craniofac Surg* 2009;20(5):1407-11. doi: 10.1097/SCS.0b013e3181aee369.
- Roland PS, Smith TL, Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: cerumen impaction. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;139(3):S1-S21. doi: 10.1016/j.otohns.2008.06.026
- Rosenfeld RM, Culpepper L, Doyle KJ, et al. Clinical practice guideline: Otitis media with effusion. *Otolaryngol head neck surg* 2004;130(Suppl 5):S95-S118.
- Rothman R, Owens T, Simel DL. Does this child have acute otitis media? *JAMA* 2003;290(12):1633-40.
- Rovers MM. The burden of otitis media. *Vaccine* 2008;26(Suppl 7):G2-4. doi: 10.1016/j.vaccine.2008.11.005.
- Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet* 2006;368(9545):1429-35.
- Rovers MM, Schilder AG, Zielhuis GA, Rosenfeld RM. Otitis media. *Lancet* 2004;363(9407):465-73.
- Schutzman SA, Petrycki S, Fleisher GR. Bacteremia with otitis media. *Pediatrics* 1991;87(1):48-53.
- Shaikh N, Hoberman A, Paradise JL, et al. Development and preliminary evaluation of a parent-reported outcome instrument for clinical trials in acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2009;28(1):5-8. doi: 10.1097/INF.0b013e318185a387.
- Shaikh N, Hoberman A, Paradise JL, et al. Responsiveness and construct validity of a symptom scale for acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2009;28(1):9-12. doi: 10.1097/INF.0b013e318185a3a0.
- Siegel RM. Acute otitis media guidelines, antibiotic use, and shared medical decision-making. *Pediatrics* 2010;125(2):384-6. doi: 10.1542/peds.2009-3208. Epub 2010 Jan 25.
- Sox CM, Finkelstein JA, Yin R, et al. Trends in otitis media treatment failure and relapse. *Pediatrics* 2008;121(4):674-9. doi: 10.1542/peds.2007-1565.
- Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, et al. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. *N Engl J Med* 2011;364(2):116-26. doi: 10.1056/NEJMoa1007174.
- Thanaviratnanich S, Laopaiboon M, Vatanasapt P. Once or twice daily versus three times daily amoxicillin with or without clavulanate for the treatment of acute otitis media. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;4:CD004975. doi: 10.1002/14651858.CD00-4975.pub2.
- Thompson PL, Gilbert RE, Long PF, et al. Effect of antibiotics for otitis media on mastoiditis in children: a retrospective cohort study using the United Kingdom general practice research database. *Pediatrics* 2009;123(2):424-30. doi: 10.1542/peds.2007-3349.
- van der Veen EL, Rovers MM, Albers FWJ, et al. Effectiveness of trimethoprim/sulfamethoxazole for children with chronic active otitis media: a randomized, placebo-controlled trial. *Pediatrics* 2007;119(5):897-904. doi: 10.1542/peds.2006-2787.
- Wald ER, Mason EO Jr, Bradley JS, et al. US Pediatric Multicenter Pneumococcal Surveillance Group. Acute otitis media caused by *Streptococcus pneumoniae* in children's hospitals between 1994 and 1997. *Pediatr Infect Dis J* 2001;20(1):34-9.
- Williamson I, Bengt S, Barton S, et al. Topical intranasal corticosteroids in 4-11 year old children with persistent bilateral otitis media with effusion in primary care: double blind randomised placebo controlled trial. *BMJ* 2009; 339: b4984. doi: 10.1136/bmj.b4984.
- Witsell DL, Stewart MG, Monsell EM, et al. The Cooperative Outcomes Group for ENT: a multicenter prospective cohort study on the outcomes of tympanostomy tubes for children with otitis media. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132(2):180-8.

## I LIBRI PER NATI PER LEGGERE

Una piccola notizia utile e forse poco nota per chi volesse acquistare libri, depliant o segnalibri per il progetto NpL: i libri e gli altri materiali che si acquistano per l'ambulatorio, la sala di attesa, o anche per i lettori volontari, sono deducibili a scopi fiscali.

Ricordiamo ai nostri lettori che i libri del catalogo NpL (<http://www.natiperleggere.it/index.php?id=20>), selezionati da esperti del settore, sono acquistabili a prezzi molto contenuti, grazie agli accordi con le case editrici, per un minimo di 50 copie per titolo a un costo unitario che varia da 3 a 3,50 euro.

Eventuali richieste di copie singole possono essere inviate alla Segreteria nazionale che le distribuisce al prezzo di 5 euro cad. I libri sono stati selezionati dai cataloghi editoriali considerando le diverse esigenze del bambino in rapporto all'età e a diversi elementi quali la leggibilità delle immagini e della storia.

Pertanto, sia per i costi dei libri e dei materiali di NpL che sono già di per sé contenuti, sia per la loro deducibilità, è possibile creare una piccola bibliotechina in ambulatorio con una spesa molto limitata.

Un motivo in più per promuovere Nati per Leggere.



# Lo sviluppo dell'attività di lettura nella dislessia evolutiva: uno studio longitudinale

Veronica Savoia, Renzo Tucci, Anne Merella

Centro di Riferimento Regione per i Disturbi di Apprendimento, ULSS20 Verona

## Abstract

*The development of reading activities in developmental dyslexia: a longitudinal study*

**Objectives** Aim of the study is to examine the evolution of reading skills in children with developmental dyslexia (DE).

**Materials and methods** For each child of the research sample different cognitive tests starting from the third grade of primary school to third grade of secondary school have been analyzed. These evaluations have been compared with normative data and with data from longitudinal studies.

**Results** Reading speed shows an increase in time for all the tests analyzed, although remaining deficient in respect to the average expectations in all the classes investigated. Reading improves and the percentages of errors reduces almost to normative values. Comprehension shows instead a decrease of about 4%.

**Conclusions** Results confirm data produced by Italian scientific research: there are more difficulties in reading skills in respect to correctness in the reading process and there is a reduction in the comprehension tests.

Quaderni acp 2013; 20(2): 63-66

**Key words** Developmental dyslexia

**Obiettivi** Scopo dello studio è quello di esaminare l'evoluzione dell'abilità di lettura in bambini con la dislessia evolutiva (DE).

**Strumenti e metodi** Per ogni bambino del campione di ricerca sono state analizzate le valutazioni delle prove cognitive nell'arco evolutivo che va dalla terza classe di scuola primaria alla terza classe di scuola secondaria di primo grado: prove di valutazione della lettura del brano MT, prove delle parole e delle non-parole SJT nei due parametri di accuratezza e velocità. Si sono considerate, inoltre, le prove di comprensione del brano MT per approfondire gli andamenti medi per ogni classe. Le valutazioni del campione di bambini dislessici sono state, poi, confrontate con i dati normativi e con i dati emersi negli studi longitudinali presenti nella letteratura scientifica.

**Risultati** La velocità di decodifica di lettura mostra un incremento nel tempo per tutte le prove considerate, pur rimanendo deficitaria rispetto alle medie attese in tutte le classi indagate. La correttezza di lettura migliora notevolmente e le percentuali di errori tendono ad avvicinarsi ai valori normativi. La prova di comprensione evidenzia, invece, un calo di prestazione pari al 4% nel corso dell'arco evolutivo considerato.

**Conclusioni** I risultati emersi confermano i dati prodotti dalla ricerca scientifica italiana, che evidenzia difficoltà maggiori nel parametro di velocità rispetto a quello di correttezza nel processo di lettura e un peggioramento nella prestazione in prove di comprensione di brano.

**Parole chiave** Dislessia evolutiva

## Introduzione

*Cos'è la dislessia evolutiva?*

La dislessia evolutiva (DE) viene definita come una disabilità specifica dell'apprendimento di origine neurobiologica, che si caratterizza per la difficoltà di effettuare una lettura accurata e fluente in termini di velocità e correttezza; tale difficoltà si ripercuote, nella maggioran-

za dei casi, sulla comprensione del testo. Le evidenze emerse dagli studi longitudinali finora effettuati su campioni di bambini con DE confermano tutte la permanenza di una differenza significativa nelle abilità di lettura, che si evidenzia in tutto l'arco evolutivo, tra le prestazioni medie normative e quelle di bambini con un disturbo specifico della lettura. La maggior parte degli studiosi concorda,

infatti, nel ritenere che i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) tendono a persistere nell'arco della vita e a costituire un fattore di vulnerabilità per l'individuo colpito. Essendo nondimeno disturbi evolutivi, tendono a migliorare spontaneamente col progredire del tempo [2-9-10]. Dall'analisi di campioni di bambini dislessici è stato evidenziato un incremento nell'abilità di lettura, in media di 0,3 sill/sec per anno scolastico nella lettura del brano, pari quindi circa alla metà di quello osservato nei normolettori, confermando l'esistenza di un miglioramento, anche se considerevolmente inferiore rispetto a quello dei soggetti appartenenti al gruppo di controllo [9-10]. Gli studi mostrano, inoltre, che il progresso è correlato al livello di gravità rilevato in età infantile; tendono infatti a migliorare maggiormente i dislessici medio-lievi rispetto ai dislessici severi [8]. È stato, inoltre, messo in luce come avvenga un significativo miglioramento nel parametro della correttezza di lettura che, maggiormente rispetto a quanto si osserva per la velocità, tende ad avvicinarsi ai valori normativi [8-9-10]. Per quanto riguarda invece la comprensione del testo, emerge un numero considerevole di bambini che peggiora progressivamente dalla terza classe primaria fino alla terza classe secondaria di primo grado [2-9].

Le Raccomandazioni cliniche sui DSA del PARCC (2011), a cui si è arrivati attraverso la Consensus Conference del 2007, indicano che per definire il profilo di lettura è auspicabile utilizzare diverse prove di valutazione. Solitamente, per approdare a una diagnosi di DE, vengono usate almeno la lettura del brano, *Parole e non Parole*, e la prova di comprensione del testo, oltre che altre prove specifiche e sul funzionamento generale.

## Obiettivi

La ricerca compiuta vuole fornire ulteriori conoscenze sull'evoluzione dell'abilità di lettura nel disturbo dislessico in

Per corrispondenza:  
Veronica Savoia  
e-mail: veronicasavoia@hotmail.it

un campione di soggetti italiani esposti a un sistema ortografico regolare: infatti è stato analizzato l'andamento dell'evoluzione dello sviluppo della comprensione del testo e della decodifica, nei parametri di velocità e correttezza di lettura del brano, di liste di parole e di non parole.

In particolare questo studio cerca di rispondere principalmente a due quesiti:

- come evolve l'abilità di lettura nei bambini italiani con diagnosi di dislessia dalla terza classe di scuola primaria alla terza classe di scuola secondaria di primo grado?
- Come varia la distanza tra lettori tipici e dislessici nel corso del tempo?

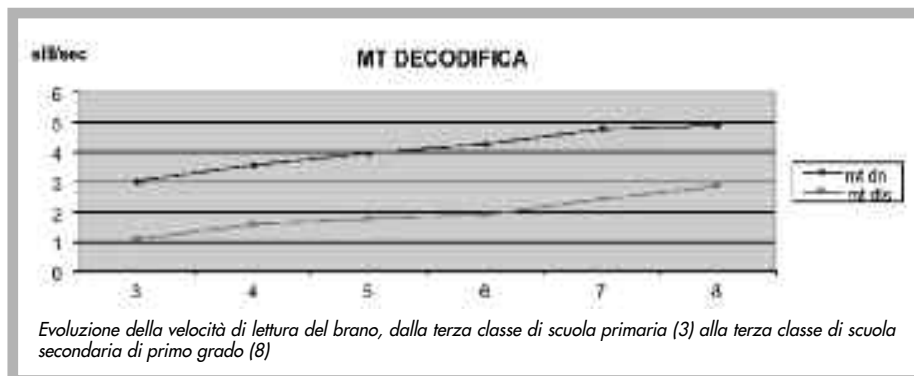
### Strumenti e metodi

Il campione preso in esame è composto da 67 bambini (tra cui 43 maschi e 25 femmine, in un rapporto di 1,7:1) che per la prima volta sono stati diagnosticati dislessici al CRSDA di Verona secondo i criteri delle classificazioni internazionali: "discrepanza" tra abilità di lettura deficitaria rispetto alle medie attese per età e/o classe frequentata e intelligenza generale (adeguata per l'età cronologica). I bambini esaminati, in seguito alla diagnosi ricevuta, sono stati presi in carico dal Centro di Verona e la maggior parte di loro ha partecipato a differenti percorsi riabilitativi. Il trattamento è avvenuto soprattutto nella fascia di scuola primaria: 34 bambini di classe terza, 28 di classe quarta, 3 di prima classe di scuola secondaria di primo grado, 1 di seconda classe di scuola secondaria di primo grado, 0 nella classe terza di scuola secondaria di primo grado. I dati relativi alla tipologia e durata dei trattamenti sono però frammentari e questo non ha permesso di ricostruire con precisione il percorso riabilitativo seguito da ogni bambino dislessico e di poter operare una distinzione tra bambini trattati e non trattati nell'analisi dei dati.

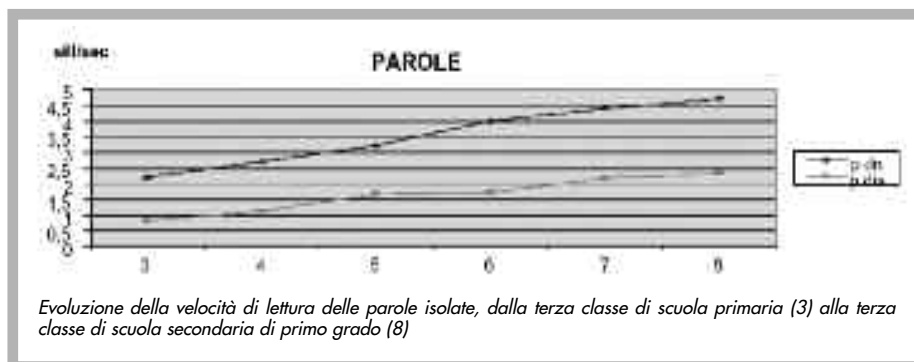
Gli strumenti utilizzati e dai cui derivano i dati analizzati sono:

- WISC-R per la valutazione del funzionamento intellettivo;
- lettura del brano delle prove MT (Cornoldi e Colpo, 1981; 1995);
- lista di parole e di non parole della "Batteria per la valutazione della dislessia e disortografia evolutiva" (Sartori, Job e Tressoldi, 1995);

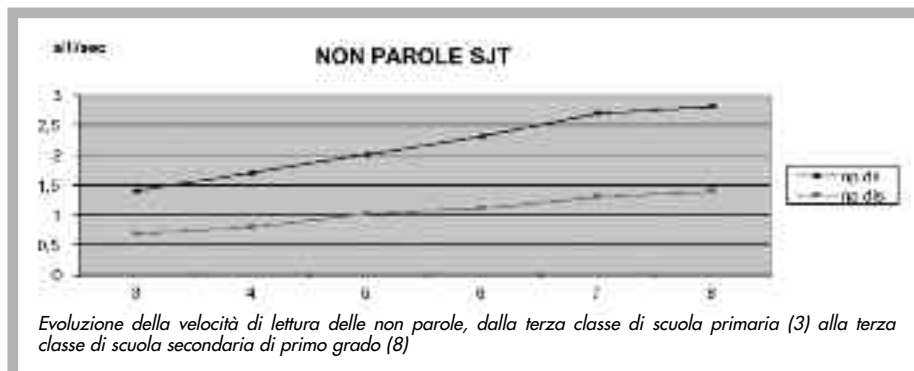
**FIGURA 1**



**FIGURA 2**



**FIGURA 3**



- prova di comprensione del testo del gruppo MT (Cornoldi e Colpo, 1981; 1995).

I dati raccolti hanno permesso di condurre un'analisi di tipo longitudinale per l'arco evolutivo che va dalla terza classe di scuola primaria alla terza classe di scuola secondaria di primo grado, considerando le prestazioni di lettura di ciascun bambino in base alla classe frequentata e operando un confronto con i dati normativi.

### Risultati

#### Velocità di decodifica

Nella velocità di lettura permane una significatività clinica comparando le prestazioni medie normative e quelle che si riferiscono a bambini con dislessia, per l'intero arco evolutivo che è stato preso in considerazione. Le *figure 1, 2 e 3* mostrano il confronto dell'evoluzione dei tempi di lettura, espressi in sillabe al secondo, tra i soggetti con diagnosi di DE (DIS) e i valori normativi di riferi-

mento (DN). Al termine della classe terza di scuola secondaria di primo grado, i valori medi della velocità di lettura del brano MT del gruppo normativo raggiungono le 4,9 sillabe/sec, mentre le prestazioni dei bambini dislessici mostrano una velocità di lettura pari a 2,8 sillabe/sec, evidenziando un andamento costante del gap esistente tra dislessici e lettori tipici. Nelle prove di lettura di *Parole e non Parole* si può osservare un aumento del divario al crescere dell'età tra normolettori e bambini dislessici.

Nella prova di lettura di parole, infatti, i lettori tipici raggiungono 4,7 sillabe/sec, mentre i lettori con DE arrivano a una velocità media di 2,3 sillabe/sec; la prestazione della lettura di non parole raggiunge mediamente una velocità di 2,8 sillabe/sec nei lettori abili, contro una velocità media di 1,3 sillabe/sec nei lettori dislessici.

I bambini con diagnosi di DE nel terzo anno della scuola secondaria di primo grado, pur migliorando nel corso del tempo, non raggiungono mai il livello dei bambini lettori tipici e le loro prestazioni risultano simili a quelle che i lettori tipici hanno in terza primaria.

### Correttezza di decodifica

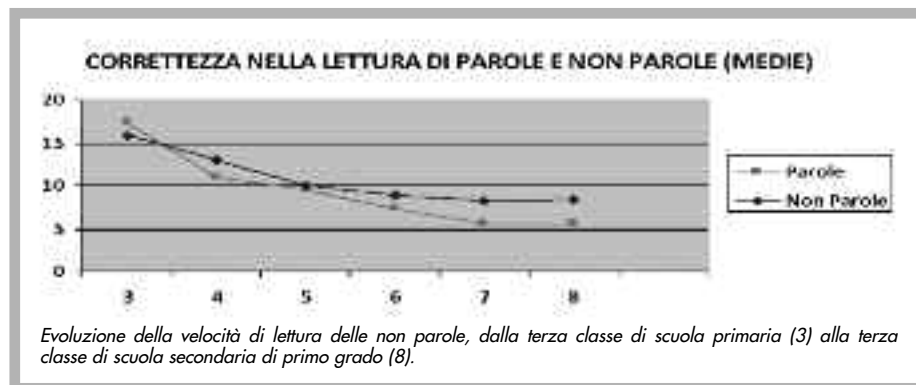
Al crescere della scolarità la correttezza della lettura di *Parole e non Parole* migliora, pur rimanendo gli errori maggiori rispetto a quelli attesi. Dal confronto del campione di bambini con DE e i dati normativi si osserva come la correttezza nella decodifica tenda a migliorare nel tempo e il divario tra bambini dislessici e lettori tipici diminuisce sia nella lettura di parole sia nella lettura di non parole (figura 4). Nelle parole i bambini dislessici, al termine della scuola secondaria di primo grado, raggiungono i livelli di terza primaria dei lettori tipici (circa il 5%); nelle non parole gli errori dei dislessici in terza classe secondaria di primo grado risultano maggiori di quelli commessi in terza primaria dai lettori tipici (18% vs 11,8%).

Le difficoltà maggiori si evidenziano quindi nella lettura di non parole, dove permane il numero maggiore di errori commessi.

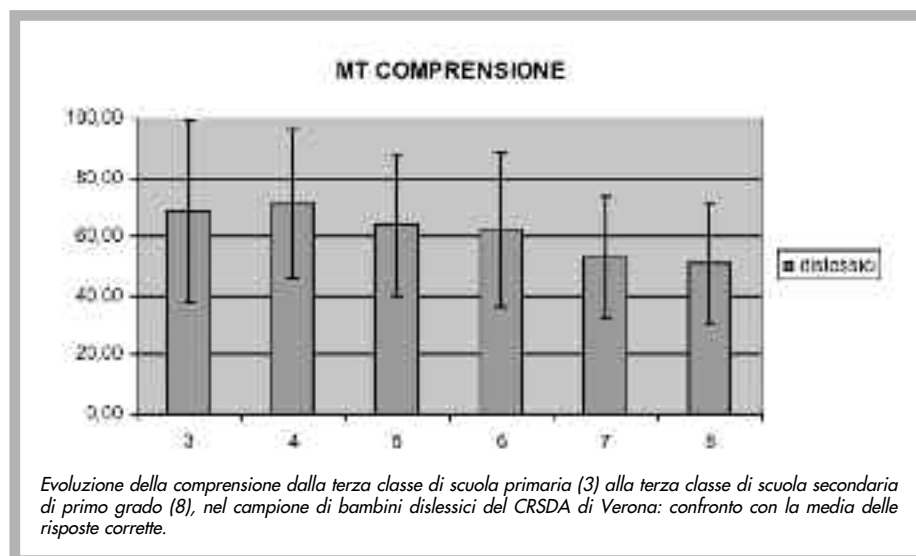
### Comprensione del testo

L'abilità di comprensione evidenzia mediamente un peggioramento signifi-

**FIGURA 4**



**FIGURA 5**



tivo nei bambini con dislessia al crescere della scolarità, ma con un'ampia variabilità tra gli individui.

La figura 5 mostra l'andamento di tale abilità nel gruppo di bambini con DE, a confronto con le medie delle risposte nelle prove somministrate. Pur mostrando una grande variabilità dei dati, è interessante notare come, al crescere della scolarità, la prestazione dei dislessici peggiori: nella classe terza di scuola primaria i bambini che mostravano un'adeguata comprensione del testo sono mediamente circa il 70%, mentre al termine della scuola secondaria di primo grado diventano mediamente la metà (il 50%).

Semberebbe quindi che i bambini con DE complessivamente diventino meno abili nella comprensione del testo rispetto a quanto atteso.

### Conclusioni e sviluppi futuri

Dai risultati ottenuti è possibile fare interessanti considerazioni.

La DE si presenta come un disturbo persistente nell'arco evolutivo della scolarità obbligatoria; i bambini migliorano la lettura in termini assoluti, nonostante la loro abilità permanga lontana da quella attesa e confrontata con i soggetti appaiati per scolarità.

L'abilità di decodifica migliora negli anni, sia in rapidità che in correttezza, tuttavia la correttezza mostra un progresso maggiore rispetto alla velocità e per questo gli individui dislessici italiani possono essere descritti come lettori lenti, ma sostanzialmente corretti. Probabilmente la correttezza nella lettura in lingue trasparenti come l'italiano incide meno, tuttavia resta da valutare caso per caso quanto questa incida sulla compren-

sione del testo scritto o sulla lettura di una seconda lingua. Anche la variabilità rispetto alle medie supporta l'idea di analizzare caso per caso le difficoltà in correttezza, soprattutto negli anni della scuola primaria. Rispetto all'abilità di comprensione, si registra mediamente un peggioramento significativo nei bambini con dislessia al crescere della scolarità, ma non in tutti. Questo effetto potrebbe dipendere dall'incapacità di tali bambini nell'attivare delle strategie-compito specifiche, relative all'abilità di comprensione che invece i lettori tipici hanno sviluppato. L'abilità di comprensione del testo, vista la ricaduta che nello studio ricopre, andrebbe monitorata nel tempo poiché una parte dei ragazzi, che alle scuole primarie ottengono prestazioni adeguate, è destinata nel tempo a peggiorare. Potrebbe risultare utile, soprattutto durante le scuole di secondo grado, affiancare al lavoro di abilitazione della tecnica di lettura, anche un lavoro mirato alla comprensione del testo in sé, oltre che al metodo di studio personalizzato e all'aiuto che alcune misure compensative o strategie, come la sintesi vocale, apportano.

La maggior parte dei bambini dislessici del nostro campione di ricerca è stata sottoposta a un percorso riabilitativo con lo scopo di migliorare le abilità di decodifica di lettura. Al contrario, lo studio condotto da Tressoldi e coll. ha svolto la ricerca su un campione di bambini con diagnosi di DE, i quali non avevano mai condotto alcuna tipologia di riabilitazione specifica [11].

Una possibile spiegazione, seppur parziale, del raggiungimento delle medesime evidenze risiede nella differente tipologia dei trattamenti che circa dieci anni

fa venivano erogati in Italia (che la tecnologia permetteva) e che abilitavano prevalentemente la correttezza sillabica e/o lessicale e meno la velocità; tuttavia il quesito rimane aperto. ♦

#### Bibliografia

- [1] APA. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 2002.
- [2] Campanini S, Battafarano R, Iozzino R. Evoluzione naturale della lettura del brano, delle liste di parole e non parole e della comprensione del testo in dislessici mai trattati. *Dislessia* 2010;7:165-79.
- [3] AID. Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento. Raccomandazioni per la pratica clinica definite con il metodo della Consensus Conference. Montecatini, 22-23 settembre 2006; Milano, 26 gennaio 2007, www.aiditalia.org.
- [4] Consensus Conference. Disturbi Specifici dell'Apprendimento. Roma, 6-7 dicembre 2010.
- [5] Cornoldi C (a cura di). Difficoltà e disturbi dell'apprendimento. Bologna: il Mulino, 2007.
- [6] Francis DJ, Shaywitz SE, Stuebing KKBA, Fletcher JM. Development lag versus deficit models of reading disability: A longitudinal individual growth curves analysis. *J Educ Psychol* 1996; 88:13-7.
- [7] Hatcher J, Snowling MJ, Griffiths YM. Cognitive assessment of dyslexic students in higher education. *Br J Educ Psychol* 2002;72(Pt 1):119-33.
- [8] Klicpera C, Shabmann A. Do German-speaking children have a change to overcome reading and spelling difficulties? A longitudinal survey from the second until the eighth grade. *Europ J Psychol Educ* 1993;8:301-23.
- [9] Lami L, Palmieri A, Solimando MC, Pizzoli C. Evoluzione del profilo di lettura nella dislessia. Studio longitudinale su un gruppo di dislessici divenuti giovani adulti. *Dislessia* 2008;5:7-17.
- [10] Stella G, Faggella M, Tressoldi PE. La dislessia evolutiva lungo l'arco della scolarità obbligatoria. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* 2001; 68:27-41.
- [11] Tressoldi PE, Stella G, Faggella M. The development of reading speed in Italians with dyslexia: a Longitudinal Study. *J learn disabil* 2001;34(5):67-78.
- [12] Tressoldi P. Evoluzione della lettura e della scrittura dalla seconda elementare alla terza media. *Età Evolutiva* 1996;53:43-55.

## UNA COMUNICAZIONE IMPORTANTE ANCHE PER TUTTI NOI

Dal 9 febbraio 2013  
l'Istituto di Ricerche  
Farmacologiche "Mario Negri"  
è IRCCS a tutti gli effetti.

Riferimento di pubblicazione:  
*Gazzetta Ufficiale*  
n. 34, 9 febbraio 2013, p. 17

Egregio prof. Garattini,  
abbiamo appreso con immenso piacere che l'Istituto Mario Negri è diventato un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Una buona notizia per l'Istituto, ovviamente, ma anche per l'intera comunità scientifica italiana. Un bel segnale per il nostro Paese che premia chi è davvero meritevole. La collaborazione tra l'ACP e il Mario Negri è antica e il recente progetto di ricerca ENBe finanziato dall'AIFA ne è l'ultima testimonianza. Per questo motivo siamo particolarmente felici e siamo certi che continueremo a lavorare al vostro fianco sempre con più entusiasmo e professionalità. *Ad maiora!*

Dott. Paolo Siani  
Presidente ACP

21 febbraio 2013

## NO COMMENT

In un mondo che si tinge molto, troppo, di egoismo, una piccola, straordinaria notizia di generosità ci conforta.

Un uomo, un pastore della Val d'Ossola, Walter Bevilacqua, 68 anni, da tempo è in dialisi, ma continua a lavorare.

Dopo una lunga attesa per il trapianto dei reni arriva il giorno in cui questo può realizzarsi. Ma lui rinuncia: non ha figli e quindi decide di non accettare il trapianto, di lasciare quei reni a chi magari ha bambini, una famiglia, a chi è più giovane.

Si è fatto da parte, pur sapendo che il prezzo era la vita.

Ci ha fatto sentire il sapore dell'altruismo.

# La Consensus Conference sui "disturbi specifici dell'apprendimento" (DSA) e il pediatra

Intervista a Cristiano Termine

Neuropsichiatra infantile, Università degli Studi dell'Insubria, Varese; membro del Comitato tecnico scientifico della Consensus Conference del 2011

La Consensus Conference sui Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) è stata pubblicata nel giugno 2011. Nonostante il notevole numero di studi su questo argomento, esistono ancora oggi incertezze e rimane ancora non ben definito il ruolo del pediatra nel campo della dislessia.

**Parole chiave** Disturbi specifici apprendimento. Dislessia. DSA

## Quando deve essere formulata la diagnosi di dislessia?

La diagnosi di dislessia può essere posta a partire dal termine del secondo anno della scuola primaria, quando è ormai completato il ciclo dell'istruzione formale al codice scritto. È lecito intervenire anche prima, quando il bambino frequenta la prima classe della scuola primaria, se il sospetto di un DSA è abbastanza fondato, applicando misure e strumenti specifici. L'età minima per porre la diagnosi di dislessia evolutiva è a partire dalla fine del terzo anno della scuola primaria, ma valgono le medesime considerazioni espresse per la diagnosi di dislessia relativamente alla necessità di mettere in atto le misure necessarie prima della conferma diagnostica.

## I DSA, in età prescolare, sono preceduti da "fattori di rischio" la cui individuazione e trattamento precoci – affermano gli Autori della Consensus – "riducono l'entità del disturbo". Quali sono i "fattori di rischio"?

Per fattore di rischio s'intende una specifica condizione che risulta statisticamente associata a uno stato e che pertanto si ritiene possa concorrere alla sua patogenesi, favorirne lo sviluppo o accelerarne il decorso. Numerosi fattori di rischio sono stati indagati per la loro potenziale associazione con lo sviluppo di DSA. Tra essi, il più importante sembra essere il disturbo del linguaggio. Gli Autori della Consensus definiscono "bambini a rischio" i "bambini che all'età di 5 anni cadono sotto il 10° centile in più di una prova di sviluppo del linguaggio e che mantengono questo livello di prestazione a 8 anni". Numerosi studi dimostrano che esiste una correlazione tra disturbo del linguaggio e sviluppo di un disturbo della lettura. Secondo le prove disponibili, il rischio di sviluppare una dislessia, nei bambini che presentano all'età di 5 anni un disturbo di linguaggio che permane fino all'età di 8 anni, risulta essere circa 6 volte superiore a quello del gruppo di controllo.

Per corrispondenza:

Angelo Spataro

e-mail: spataro.angelo@alice.it

## Naturalmente non si deve aspettare l'età di 5 anni per iniziare un trattamento riabilitativo. Quando deve essere iniziato?

I bambini con disturbo del linguaggio dovrebbero essere avviati a un trattamento riabilitativo a partire dai 3 anni d'età, epoca in cui la maggior parte della popolazione infantile è in grado di gestire in maniera ottimale il linguaggio nelle sue diverse componenti (fonologia, lessico e morfosintassi).

## Il trattamento precoce migliora la prognosi?

Il trattamento precoce dei DSA migliora certamente la prognosi. Tuttavia è necessario considerare che essa migliora ulteriormente anche grazie a una precoce individuazione e trattamento dei fattori di rischio, come per esempio i disturbi del linguaggio. È di fondamentale importanza, inoltre, l'adattamento del contesto educativo e scolastico mediante misure compensative e dispensative nel caso di persistenza del disturbo (uso del computer con correttore ortografico, uso della calcolatrice, non fare leggere ad alta voce ecc.).

## Ritornando al capitolo "fattori di rischio", di che cosa deve tenere conto il pediatra nelle fasi precoci dello sviluppo del linguaggio?

Costituisce un possibile indicatore di rischio di DSA, soprattutto in presenza di un'anamnesi familiare positiva, la presenza di ritardi nello sviluppo del linguaggio e di distorsioni fonologiche a 3 anni di età: la persistenza della *sillaba piana* (consonante più vocale), per cui il bambino pronuncia *pota* per *porta*, *pada* per *spada*; la persistenza di *metatesi* e cioè dell'inversione dell'ordine delle sillabe per cui dice *poto* invece di *topo*; la presenza di un ridotto bagaglio lessicale e sintattico-grammaticale. Tali difficoltà devono essere rilevate dal pediatra nel corso dei periodici bilanci di salute, direttamente o su segnalazione da parte dei genitori e/o degli insegnanti della scuola dell'infanzia. La persistenza nel tempo delle difficoltà sopraindicate è un criterio per la segnalazione e l'invio ai servizi sanitari dell'età evolutiva per un approfondimento.

## La Consensus Conference del 2011 dà poco rilievo alla figura del pediatra

La prima Consensus Conference del 2007 aveva chiaramente sottolineato che le difficoltà nelle competenze comunicativo-linguistiche, motorio-prassiche, uditive e visuospatiali devono essere rilevate dal pediatra nel corso dei periodici bilanci di salute, al fine d'indirizzare i genitori ad approfondimenti specifici. Ma una relazione causale tra le difficoltà motorio-prassiche, uditive e visuospatiali e i DSA non è stata mai chiaramente dimostrata. Gli Autori della Consensus del 2011 affermano, invece, che numerosi studi dimostrano che esiste una correlazione tra disturbo del linguaggio e sviluppo del DSA. Gli Autori sostengono, inoltre, che il "pediatra, alla luce dei dati anamnestici, accoglie i segnali di difficoltà scolastiche riportate dalla famiglia e la indirizza agli approfondimenti specialistici". Quali sono questi segnali? Certamente la *lentezza esecutiva* nella lettura e/o nella scrittura e/o nel calcolo, rappresenta un indicatore significativo. A metà della seconda classe della scuola primaria un bambino con una velocità di lettura inferiore a 0,7 sillabe/sec (-2DS), ottenuta facendo leggere a scuola un brano standardizzato (per es. brani MT di Cornoldi-Colpo), è da considerare a rischio e deve essere rivalutato a breve termine. Nel caso di persistenza della *lentezza*, il bambino deve essere inviato a un centro di riferimento.

## Il pediatra deve soltanto fare riferimento a quanto detto dai genitori o deve anche sottoporre il bambino a prove di lettura, scrittura e calcolo?

Il pediatra dovrà certo fare riferimento a quanto detto dai genitori ed eventualmente dagli insegnanti, anche se spesso né gli uni né gli altri forniscono dati attendibili. Per indagare sulle capacità di lettura, scrittura e calcolo risulta indispensabile la somministrazione di test standardizzati, procedura per cui è necessario un training specifico, aspetto che attualmente limita la possibilità che sia il pediatra a occuparsi direttamente e in prima persona dei DSA. Il riscontro di una lentezza nella lettura (< 0,7 sillabe/sec) a metà della seconda classe della scuola primaria, ottenuta facendo leggere per alcuni minuti un brano tratto da un libro di lettura del bambino, potrebbe consentire al pediatra di formulare un sospetto di disturbo di letto-scrittura e potrebbe rappresentare l'occasione per instaurare un dialogo con la famiglia e con gli insegnanti riguardo all'andamento scolastico del bambino. ♦

# Quanto aumenta il rischio di sviluppare un tumore nei bambini esposti a esame TC?

Matteo Bruschetti, Luca A. Ramenghi

Unità di Terapia Intensiva Neonatale, Istituto G. Gaslini, Genova

Recensione dell'articolo: Pearce MS, Salotti JA, Little MP, et al. Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study. *Lancet* 2012;380(9840):499-505. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60815-0.

## Abstract

### What is the excess risk of cancer after CT scan in children?

Recently *The Lancet* published a study in which a positive association between radiation dose from CT scan and leukemia and brain tumor was found. Data came from this retrospective cohort study in UK of almost 180,000 patients younger than 22 years of age without previous cancer diagnoses who were first examined with CT in some National Health Service (NHS) centres. Follow-up for leukemia began 2 years after the first CT and for brain cancer 5 years after the first CT in order to avoid inclusion of CT scans related to cancer diagnosis. A positive association between radiation dose from CT scans and leukemia and brain cancer was found. Compared with patients who received a dose of less than 5 mGy, leukemia incidence was about three times higher in patients who received a cumulative dose of at least 30 mGy and for brain cancer in patients who received a dose of 50-74 mGy. Since these cancers are relatively rare, the cumulative absolute risks are small. Nevertheless, although clinical benefits should outweigh the small absolute risks, radiation doses from CT scans ought to be kept as low as possible and alternative procedures, which do not involve ionizing radiation, should be taken in consideration if appropriate.

Quaderni acp 2013; 20(2): 68-70

**Keywords** Leukaemia. Brain cancer. Ionizing radiation. CT scans

Un recente studio pubblicato su *The Lancet* trova un'associazione positiva tra esposizione a radiazioni ionizzanti da esame TC e incidenza di tumore negli anni successivi. I dati sono stati raccolti in uno studio di coorte retrospettivo in Gran Bretagna su quasi 180.000 soggetti di età inferiore a 22 anni seguiti al follow-up tramite il database del Sistema sanitario nazionale (NHS). I casi di leucemia entro due anni dalla TC o di tumore cerebrale entro cinque anni sono stati esclusi dall'analisi per ridurre la possibilità d'includere pazienti che erano stati sottoposti all'esame per un sospetto di cancro. È stato riscontrato un effetto dose-risposta, con aumento del rischio di tumore all'aumentare della dose di radiazioni. In confronto a una dose inferiore a 5 mGy, l'incidenza di tumore era circa tre volte maggiore, sia per leucemia nei soggetti esposti a una dose cumulativa di almeno 30 mGy che per tumore cerebrale nei soggetti esposti a una dose di 50-74 mGy. Sebbene l'aumento di rischio vada valutato nel contesto dell'incidenza di cancro nella popolazione generale, i dati dello studio di Pearce e coll. ribadiscono l'importanza di ridurre l'esposizione a radiazioni da TC, diminuendo e ottimizzando la dose somministrata e aumentando l'appropriatezza del ricorso all'esame.

**Parole chiave** Leucemia. Tumore cerebrale. Radiazioni ionizzanti. Scansioni

## Descrizione dello studio

Le prime stime di valutazione del rischio di tumore in bambini sottoposti a TC pediatriche si sono basate sulla popolazione vittima delle bombe atomiche in Giappone [1].

Infatti è stato calcolato che le decine di migliaia di sopravvissuti che si trovava-

no a qualche chilometro di distanza furono esposti a dosi comparabili a quelle delle radiazioni ionizzanti della TC e negli anni successivi presentarono un aumentato rischio di sviluppare una forma tumorale.

Al fine di studiare in modo più preciso il rischio associato all'esame TC, negli

ultimi anni sono stati pianificati oltre dieci studi di coorte in popolazioni pediatriche. Tra questi, quello con la popolazione pediatrica maggiore è l'Epidemiological Study to Quantify Risks for Paediatric Computerized Tomography and to Optimise Doses (EPI-CT), uno studio multicentrico europeo che tra il 1984 e il 2005 ha arruolato oltre un milione di soggetti di età inferiore a 21 anni; nel 2016 saranno disponibili i dati del follow-up. Gli altri studi di coorte sono ancora in fase di raccolta dati, a eccezione del lavoro recentemente pubblicato dal gruppo di Pearce, condotto su quasi 180.000 pazienti di età inferiore a 22 anni sottoposti a scansione TC tra il 1985 e il 2002 [2]. Dagli 81 ospedali del Regno Unito partecipanti allo studio sono stati raccolti dati anagrafici e caratteristiche dell'esame TC eseguito per ciascun paziente, mentre dal registro centrale del Sistema sanitario nazionale (NHSC) sono stati estratti: incidenza di cancro, mortalità e persi al follow-up, dal 1985 al 2008.

Il NHSC è un sistema computerizzato che raccoglie la documentazione di ogni persona iscritta con un medico di medicina generale (general practitioner). Gli Autori riportano la distribuzione dei casi per differenti fattori, tra cui sesso, fascia di età, numero di scansioni e intervallo di tempo dalla prima scansione. Circa due terzi (64%) degli oltre 280.000 esami TC sono stati eseguiti sul distretto cerebrale, mentre il 9% è stato effettuato su addome/pelvi e il 7% sul torace. Le dosi di radiazioni assorbite a livello del cervello e del midollo osseo rosso sono state stimate sulla base delle modalità tipiche di settaggio dell'apparecchiatura TC nel Regno Unito rilevate in un'indagine eseguita tra il 1989 e il 2003 e utilizzando alcune simulazioni matematiche della quantità di dose assorbita per età e sesso.

Per corrispondenza:  
Luca A. Ramenghi  
e-mail: [luccaramenghi@ospedale-gaslini.ge.it](mailto:luccaramenghi@ospedale-gaslini.ge.it)

telescopio

## Presentazione dei risultati principali

Dall'analisi dei dati pubblicati emerge un'associazione significativa tra rischio di tumore e dose di radiazioni rilasciate dalla scansione TC a livello d'organo o di tessuto: il rischio di leucemia è associato alla dose rilasciata al midollo osseo rosso ( $p < 0,01$ ) mentre il rischio per tumore cerebrale è associato – ancora più fortemente – alla dose rilasciata al tessuto cerebrale ( $p < 0,001$ ). Questo effetto dose-dipendente è ben visibile nella figura mostrata dagli Autori; per esempio, rispetto a dosi inferiori a 5 mGy (milliGray) una dose media al cervello di 50 mGy raddoppia il rischio di tumore cerebrale, mentre una dose di 100 mGy lo triplica. Molti fattori determinano la dose di radiazioni che è assorbita da una scansione TC: età, sesso, tipologia e anche anno dell'esame, per via dell'introduzione d'impostazioni tecniche specifiche per età a partire dal 2001. Per questo motivo gli Autori, come abbiamo visto, hanno utilizzato un modello per stimare la dose assorbita a livello di cervello e midollo osseo [3]. Per rendere i numeri più vicini al contesto clinico, 2-3 TC cerebrali corrispondono a una dose di 60 mGy irradiati a livello del cervello.

Una TC cerebrale eseguita nella prima decade di vita sarebbe responsabile, nei primi 10 anni dopo la scansione, di un caso di leucemia e di uno di tumore cerebrale ogni 10.000 bambini esposti. Se si considera, invece, il rischio nell'arco dell'intera vita, da una TC cerebrale deriverebbe un caso in più di un qualsiasi tumore su 1000 per i bambini sotto i 5 anni di età, e di un caso in più su 2000 per i ragazzi di 15 anni. Per i tumori cerebrali, gli Autori riportano un aumentato rischio relativo all'aumentare dell'età dei soggetti esposti. Invece, per la leucemia l'effetto dose-risposta non varia per età all'esposizione, intervallo di tempo dall'esposizione, sesso o altre variabili rilevate.

## Valutazione metodologica

L'articolo di Pearce e coll. è stato giustamente oggetto di molta attenzione, in quanto è il primo studio che presenta una coorte così ampia di soggetti esposti a TC [2]. Trattandosi di uno studio retrospettivo è più difficile dimostrare, con un

## TABELLA

Origine	Dose effettiva stimata (mGy)
Radiazione naturale di background	3 mGy/anno
Volo aereo	0,04 mGy
Rx torace (una proiezione)	fino 0,01 mGy
Rx torace (doppia proiezione)	fino a 0,1 mGy
TC cerebrale	fino a 2 mGy
TC torace	fino a 3 mGy
TC addome	fino a 5 mGy

*Adattata da www.imagegently.org*

## Box

L'eccesso di rischio è definito come la differenza tra la percentuale dei soggetti che hanno sviluppato una particolare malattia (per esempio tumore cerebrale) dopo esposizione a un fattore di rischio specifico (per esempio TC cerebrale) e la percentuale di soggetti con quella stessa malattia senza essere stati esposti (alla TC cerebrale).

Il rischio relativo, invece, indica di quante volte aumenta il rischio nei soggetti esposti alle radiazioni a confronto di quelli non esposti.

Nel lavoro di Pearce e coll. viene anche utilizzata la misura "Excess Relative Risk" (ERR), cioè rischio relativo in eccesso. Essa è equivalente al valore del rischio relativo meno uno, e indica l'aumento di rischio relativo associato all'esposizione a radiazioni da TC.

### Cosa aggiunge questo studio a quanto già noto

L'esposizione a radiazioni ionizzanti da TC nei bambini è associata a un rischio aumentato di sviluppare una neoplasia negli anni successivi. L'organo o tessuto esposto determina la localizzazione del tumore e vi è un effetto dose-risposta tra dose somministrata e rischio aggiuntivo di neoplasia. L'aumentato rischio per cancro è basso se messo in relazione al rischio della popolazione generale di essere affetta da una forma tumorale nell'arco della vita.

disegno di questo tipo, la presenza di relazioni causa-effetto.

Sono stati opportunamente esclusi i casi in cui la scansione TC era stata eseguita nei due anni precedenti alla diagnosi di leucemia e nei cinque anni prima della diagnosi di tumore cerebrale, al fine di ridurre il rischio d'includere pazienti che avevano eseguito l'esame per un sospetto di cancro e limitare, quindi, il cosiddetto "bias by indication".

L'aumento di rischio riportato dagli Autori è molto piccolo se posto in relazione al rischio di avere un tumore nella popolazione generale, che è pari a circa il 30%. Inoltre, il rischio di tumore indotto da TC è basso se messo in relazione al potenziale beneficio dell'esame radiologico quando questo è clinicamente giustificato.

La dose assorbita di radiazioni varia in base a diversi fattori, tra cui età, sesso,

parte del corpo studiata. Pertanto gli Autori hanno estrapolato una stima della dose assorbita (*tabella*). Un aspetto non trascurabile è l'anno in cui è stata eseguita la scansione TC; negli anni '90, infatti, la dose di radiazioni era circa due-tre volte maggiore, perché si usavano raramente impostazioni tecniche specifiche per l'età.

La durata del follow-up dei pazienti è in media di 10 anni (massimo di 23 anni): troppo breve per poter studiare molti tipi di tumore, come rilevato in altri studi con follow-up a distanza di 30-40 anni. Per esempio, fino al 90% dei tumori cerebrali indotti da radiazioni sono diagnosticabili solo dopo un periodo di tempo superiore ai 10 anni [4]. Pertanto l'eccesso di rischio di tumore cerebrale riportato da Pearce e coll. passerebbe da 1 su 10.000 a distanza di 10 anni a 1 su 1000 nell'arco della vita. L'aspetto della dura-

ta del follow-up assume un'importanza ancora maggiore per altre forme tumorali, perché leucemia e tumori cerebrali hanno tempi di latenza brevi nei bambini irradiati.

Un'ulteriore perplessità su quanto riportato da Pearce e coll. sorge relativamente alla dose per il midollo osseo rosso da scansione TC; tale dose viene espressa con un numero esatto per età e sesso. Si tratta, quindi, di una rilevante approssimazione, che potrebbe aver contribuito alla mancanza di associazione, per la leucemia, tra la dose somministrata e l'età all'esposizione o l'intervallo di tempo dall'esposizione. Altri studi hanno infatti indicato un minor rischio all'esposizione con l'avanzare dell'età, per una riduzione della dose per milliamperesecondo e dell'unità dose [1].

Infine, non viene tenuto in considerazione l'errore nel calcolo della dose per organo. Ne consegue che, poiché la precisione della stima della dose da TC può variare fino al 45%, ciò può aver influito sui risultati relativi all'eccesso di rischio riferiti nel lavoro (*box*). Inoltre, come anche gli stessi Autori sottolineano, trattandosi di una indagine in cui l'esposizione è stata valutata retrospettivamente, non è stato possibile basarsi sulla dose effettiva associata alle scansioni TC; ciò ha reso più difficile il confronto tra protocolli di acquisizione e contesto clinico.

### Cosa si sa d'altro dalla letteratura

Gli Autori riportano che l'effetto dose-risposta per la leucemia non varia con l'età all'esposizione. Dai dati disponibili in letteratura, tuttavia, è noto che la quantità e la distribuzione del midollo osseo rosso cambiano sostanzialmente nell'infanzia, fino a concentrarsi gradualmente in alcuni distretti in età adulta [5]. Inoltre, la variazione nella densità del midollo può alterare in modo significativo l'accuratezza della stima età – dipendente dalla dose di radiazione al midollo osseo rosso [6]. In particolare, la

densità ossea fisica altera la dose al midollo osseo rosso in modo significativo, portando a una stima in eccesso del 28% quando si utilizza la dose dell'intero osso come surrogato di quella per il midollo rosso.

Dati interessanti emergono, poi, dagli studi sul rischio di cancro in bambini dopo esposizione a radiazioni durante la vita intrauterina. Una dose di 10 mGy al feto causerebbe un eccesso di rischio di cancro nell'infanzia di circa il 6% per Sievert [7].

### Conclusioni

Non è più sostenibile la posizione secondo cui i rischi da TC sono troppo bassi per poter essere rilevati o potrebbero essere inesistenti, come affermato nel 2011 dall'American Association of Physicist in Medicine [8]. È altresì importante sottolineare che questo rischio è piccolo; quindi, se l'esame TC è indicato, i benefici superano notevolmente i rischi.

Il concetto secondo cui si dovrebbe usare la minor dose possibile di radiazioni è stato espresso già nel 2001 dalla Società di Radiologia Pediatrica statunitense con l'acronimo di ALARA: "As Low As Reasonable Achievable" [9]. Più recentemente, nel 2007, la Image Gently Campaign ([www.imagegently.org](http://www.imagegently.org)) ha approfondito il concetto ALARA, fornendo linee guida per ridurre l'esposizione a radiazioni e assicurare nello stesso tempo la più alta qualità delle immagini [10].

Sembra che fino al 50% degli esami la TC potrebbe essere evitata oppure sostituita con altre tecniche di diagnostica per immagini; quindi l'appropriatezza, in tali casi, è relativa ai diversi fattori che entrano in gioco [11]. La disponibilità e l'utilizzo di altre metodiche diagnostiche di riconosciuta validità, la propensione e la competenza professionale ad analizzare esami già eseguiti (si pensi allo scarso numero di radiologi "puramente" pediatrici) e il percorso fatto dai vari specialisti che prendono la decisione finale sul tipo

di esame da effettuare (si pensi, per esempio, a chi deve dare l'indicazione a un esame neuroradiologico in caso di cefalea) sono tutte variabili che possono contribuire a raggiungere il giusto rigore dell'approccio clinico-diagnostico, che molto spesso manca, specialmente in condizioni di urgenza. ♦

### Bibliografia

- [1] Brenner DJ, Elliston CD, Hall EJ, Berdon W. Estimated risks of radiation-induced fatal cancer from pediatric CT. *AJR Am J Roentgenol* 2001;176(2):289-96.
- [2] Pearce MS, Salotti JA, Little MP, et al. Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study. *Lancet* 2012;380(9840):499-505. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60815-0.
- [3] Kim KP, Berrington de Gonzalez A, et al. Development of a database of organ doses for pediatric and young adult CT scans in the United Kingdom. *Radiat Prot Dosim* 2012;150(4):415-6; published online Jan 6. doi:10.1093/rpd/ncr429.
- [4] Ron E, Modan B, Boice JD Jr, et al. Tumors of the brain and nervous system after radiotherapy in childhood. *N Engl J Med* 1988;319(16):1033-9.
- [5] Cristy M. Active bone marrow distribution as a function of age in humans. *Phys Med Biol* 1981;26(3):389-400.
- [6] Zhang Y, Yan Y, Nath R, et al. Personalized estimation of dose to red bone marrow and the associated leukaemia risk attributable to pelvic kilovoltage cone beam computed tomography scans in image-guided radiotherapy. *Phys Med Biol* 2012;57(14):4599-612.
- [7] Doll R, Wakeford R. Risk of childhood cancer from fetal irradiation. *Br J Radiol* 1997;70:130-9.
- [8] AAPM. Position Statement on Radiation Risks from Medical Imaging Procedures <http://www.aapm.org/org/policies/details.asp?id=318&type=PP>.
- [9] The ALARA (as low as reasonable achievable) concept in pediatric CT intelligent dose reduction. Multidisciplinary conference organized by the Society of Pediatric Radiology. August 18-19, 2001. *Pediatr Radiol* 2002;32(4):217-313.
- [10] Strauss KJ, Goske MJ, Kaste SC, et al. Image gently: Ten steps you can take to optimize image quality and lower CT dose for pediatric patients. *AJR Am J Roentgenol* 2010;194(4):868-73. doi: 10.2214/AJR.09.4091.
- [11] Malone J, Guleria R, Craven C, et al. Justification of diagnostic medical exposures: some practical issues. Report of an International Atomic Energy Agency Consultation. *Br J Radiol* 2012;85(1013):523-38. doi: 10.1259/bjr/42893576.



# PANDAS e terapia antibiotica: quanti dubbi per il pediatra!

Maria Francesca Siracusano\*, Costantino Panza\*\*

\*Pediatra di famiglia, ASP Messina; \*\*Pediatra di famiglia, ASL Reggio Emilia

## Abstract

### *Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections (PANDAS) and antibiotics: too many doubts for paediatricians!*

*Is a diagnosis of PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections) correct in a 8 year old child with tic disorders that seem related to a Streptococcal infection? Is an antibiotic prescription correct? The consulted scientific literature concludes that in absence of better knowledge regarding PANDAS and with no definite evidences linking a streptococcal infection to the exacerbation of neuropsychiatric symptoms, antibiotic prescription is not recommended and a definite diagnosis is not possible.*

Quaderni acp 2013; 20(2): 71-73

**Key words** PANDAS. Streptococcal infections. Tic

*A un bambino di 8 anni che presenta tic che sembrano essere in relazione con un'infezione da Streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBEA), è corretto porre diagnosi di Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections (PANDAS) e prescrivere terapia antibiotica? La letteratura consultata conclude che in assenza di conoscenze migliori sulla PANDAS, ed evidenze definitive che colleghino l'infezione da SBEA alla esacerbazione dei sintomi neuropsichiatrici, la diagnosi di PANDAS è incerta e l'uso di antibiotico non è raccomandato.*

**Parole chiave** PANDAS. Autoimmunità. Infezioni streptococciche. Tic

## Scenario

Un bimbo di 8 anni, Mario, viene portato in studio per l'insorgenza di sintomatologia ticcosa caratterizzata da ammiccamento e flessione del collo, che sono accentuati da circa sei mesi tanto da preoccupare anche le insegnanti. L'anamnesi evidenzia, nel passato inverno, tre episodi di flogosi delle alte vie aeree con trattamento antibiotico in un caso. L'esame obiettivo rileva tonsille ipertrofiche. Dopo un colloquio con la mamma e il bambino, che svela il loro disagio per i tic, decido di richiedere una consulenza al servizio di Neuropsichiatria infantile per un approfondimento diagnostico dei sintomi neuropsichiatrici. Su richiesta del centro, Mario esegue esami ematochimici che evidenziano un TAS di circa 600 U e indici di flogosi negativi. Un tampone faringeo risulta negativo. Il neuropsichiatra ha richiesto una consulenza da un reumatologo e, alla fine di questo percorso diagnostico, è stata fatta diagnosi di PANDAS ed è stato prescritto trattamento con amoxicillina + acido clavulanico per dieci giorni, pur in assen-

za di anamnesi per episodi recenti di tonsillite. È corretta la diagnosi di PANDAS e, se lo è, la terapia con antibiotico è efficace sulla remissione dei sintomi neurologici?

## Background

L'insorgenza in un bambino sano di sintomi acuti e improvvisi costituiti da tic (*tabella 1*) o altri movimenti abnormi crea al pediatra molti problemi diagnostici e terapeutici. Si definisce PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections) l'associazione di un gruppo di disturbi neuropsichiatrici (tic e Sindrome di Tourette) con le infezioni da *Streptococco beta-emolitico* di gruppo A (SBEA) in cui s'ipotizza una produzione di anticorpi in risposta all'infezione streptococcica che cross-reagiscono con il tessuto cerebrale con un meccanismo simile alla risposta autoimmune ritenuta responsabile della corea di Sydenham [1]. Questa ipotesi non è suffragata da identificazione dei presunti autoanticorpi [1]. Per fare diagnosi di PANDAS è ne-

cessario che siano presenti i 5 criteri descritti da Swedo e coll. [2] riportati in *tabella 2*. La difficoltà di diagnosticare la PANDAS, fatta eccezione per quei bambini in cui l'insorgenza esplosiva di tic è simultanea a un'infezione da SBEA, sta nel fatto che sono ancora da definire sia l'intervallo di tempo tra l'infezione e l'insorgenza dei sintomi (da uno a sei mesi) sia l'associazione con lo SBEA che deve essere documentata dall'incremento del titolo anticorpale entro alcune settimane dalla comparsa dei sintomi neurologici [3]. Una recente infezione da SBEA può essere accertata sierologicamente attraverso la valutazione di due dosaggi a distanza di tempo di anticorpi specifici streptolisina O o Dnase B: infatti questi anticorpi iniziano a salire tra i sette-quattordici giorni dall'inizio della malattia infettiva, raggiungendo il picco in tre-quattro settimane [4].

Il trattamento della PANDAS prevede terapia antibiotica per l'infezione da *Streptococco*, una profilassi antibiotica come per la malattia reumatica così come sono state proposte immunoterapie a causa della presunta eziologia immunitaria [1]. In una recente review, Singer analizza le problematiche dei criteri diagnostici di PANDAS, e ne mette in evidenza i limiti che riguardano i criteri di diagnosi corretta d'infezione da SBEA, la necessità di associazione temporale tra l'infezione streptococcica e l'insorgenza di PANDAS, l'associazione tra infezione e recrudescenza dei sintomi neuropsichiatrici, l'efficacia della terapia antibiotica nel controllo della sintomatologia neuropsichiatrica [5]. Altri virus o batteri (*Herpes simple*, *Varicella zoster*, *Mycoplasma pneumoniae*, virus del raffreddore comune) vengono indicati come causa scatenante dei disordini neuropsichiatrici con meccanismo autoimmune [6-8].

## La domanda

In un bambino con disturbi neuropsichiatrici autoimmuni associati a infe-

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

zione streptococcica [POPOLAZIONE] la terapia con antibiotici [INTERVENTO] è efficace nella risoluzione dei disturbi neuropsichiatrici [OUTCOME]?

### Strategia di 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. Dal 2010 PANDAS è inserito nel MeSH (come *supplementary concept* senza essere compreso nella struttura gerarchica ad albero) con il termine, appunto, di Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections. Con la striscia “*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections*” [Supplementary Concept] AND “*Anti-Bacterial Agents*” [Mesh] si trovano due articoli, di cui uno pertinente [9]. La striscia “*Tic Disorders*” [Mesh] AND “*Streptococcal infections*” [Mesh] inserendo come filtro la data di pubblicazione negli ultimi cinque anni trova trentuno articoli. Ne seleziono tre [10-12].

### Risultati

Lo studio di Tan e coll. è una revisione non sistematica della letteratura sulla PANDAS; prende in considerazione gli articoli che riguardano la correttezza della diagnosi e della terapia [9]. Gli articoli selezionati sono gli stessi analizzati in questo scenario [10-12]. Gli Autori concludono che, in assenza di conoscenze migliori sulla PANDAS ed evidenze definitive che colleghino l'infezione da SBEA alla esacerbazione dei sintomi neuropsichiatrici, la diagnosi di questi disturbi e l'uso di antibiotico non sono raccomandati.

L'articolo di Leckman e coll. è uno studio prospettico longitudinale in cieco, svolto nell'arco di quattro anni (2002-2006), con l'obiettivo di determinare l'associazione temporanea tra nuove infezioni da SBEA ed esacerbazione dei sintomi neuropsichiatrici in bambini che soddisfano i criteri diagnostici per PANDAS [10]. Viene reclutato un gruppo di 31 bambini con diagnosi di PANDAS e confrontato con 53 bambini affetti da Sindrome di Tourette e tic che non rispettano i criteri PANDAS e seguiti per un periodo di

**TABELLA 1: DEFINIZIONE DI TIC**

Movimento, o vocalizzazione, improvviso, rapido, ricorrente, aritmico, stereotipato, avvertito come irresistibile ma che può essere soppresso per lunghi periodi e che diminuisce notevolmente durante il sonno. Coinvolge i muscoli di faccia, collo, spalle, tronco e mani. Semplice (ammiccamento, tic del collo, tic delle spalle e tosse) o complesso (movimenti del volto e grooming behaviors). I tic vocali possono essere semplici (schiarire la gola, grugnire, annusare, abbaiare) e complessi (coprolalia, palilalia – ripetizione di parole – ed ecolalia – ripetizione di parole dette al paziente). I tic transitori (motori o vocali) sono presenti per un periodo di almeno quattro settimane e di meno di un anno. La Sindrome di Tourette è caratterizzata da multipli tic motori e uno o più tic vocali presenti contemporaneamente.

Da: Nelson Textbook of Pediatrics. 19<sup>a</sup> Edition [1]

**TABELLA 2: CRITERI DI DEFINIZIONE DI PANDAS**

- 1) Insorgenza in età prepuberale, tra 3 e 12 anni
- 2) Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), tic o entrambi
- 3) Insorgenza “esplosiva” dei sintomi e fasi improvvise di esacerbazioni e remissioni
- 4) Relazione temporale tra le esacerbazioni dei sintomi con le infezioni con SBEA
- 5) Presenza di sintomi neuropsichiatrici (tic, iperattività, movimenti coreiformi) durante i periodi di riesacerbazione

Da: Swedo SE, et al. *Am J Psychiatry* 1998;155:264-71 [2]

#### Aspetti clinici da evidenziare

- La PANDAS è un'associazione di sintomi
- La fisiopatologia è incerta
- La diagnosi di infezione streptococcica deve essere certa e basata sull'incremento del titolo anticorpale
- La diagnosi di PANDAS deve essere posta quando i criteri di Swedo sono strettamente rispettati
- In assenza d'infezione streptococcica documentata la terapia con antibiotico non è indicata

venticinque mesi. Viene fatta una valutazione clinica della severità dei sintomi ed eseguiti esami di laboratorio (tampone faringeo e titolo anticorpale) a intervalli regolari e in ogni caso di ricomparsa dei sintomi. La positività del tampone e l'aumento dei titoli anticorpali vengono considerati indicativi d'infezione da SBEA. I risultati non rilevano correlazioni tra nuove infezioni da SBEA o esacerbazioni dei sintomi nei due gruppi; solo in 6 casi sul totale di 51 pazienti (12%) del gruppo non PANDAS, a una nuova infezione da SBEA documentata segue, entro due mesi, l'esacerbazione dei tic. Gli Autori concludono che lo studio non fornisce evidenze per un'associazione temporale tra infezione da SBEA e compar-

sa o esacerbazione di tic nella popolazione di bambini che soddisfano i criteri pubblicati per la diagnosi di PANDAS [10].

Lo studio osservazionale retrospettivo di Murphy e coll. ha l'obiettivo d'identificare elementi clinici associati alla PANDAS [11]. Vengono reclutati 109 pazienti con tic, di età compresa tra 4 e 17 anni; vengono esaminati la storia familiare e clinica, e revisionate le cartelle cliniche; vengono effettuati un esame obiettivo e la misurazione dei livelli di anticorpi antistreptococco con tre antigeni diversi. Uno degli Autori assegna i partecipanti a un gruppo PANDAS (41) o a un gruppo non PANDAS (68) in base alla rispondenza ai criteri di Swedo. La ricerca di

tre anticorpi (TAS, anti-desossiribonucleasi e anti-A-carboidrate) è stata effettuata in 99 pazienti con un prelievo. Per quanto riguarda la frequenza di item clinici, i risultati riportati mostrano nei pazienti con PANDAS rispetto ai controlli: insorgenza drammatica dei sintomi neuropsichiatrici (70% vs 56%;  $p < 0,05$ ), definitiva remissione (75% vs 62%;  $p < 0,05$ ); remissione dei sintomi neuropsichiatrici in seguito a terapia antibiotica (29% vs 15,6%;  $p < 0,001$ ); innalzamento del titolo di antistreptolisina O (23/39 vs 22/60;  $p < 0,03$ ). L'Autore confuta che lo studio ha i limiti metodologici degli studi retrospettivi che riguardano la soggettività della valutazione della rispondenza ai criteri della PANDAS e l'accuratezza dei sintomi riferiti dai genitori (*recall bias*). Inoltre, l'obiettivo dello studio di dimostrare come criterio per la diagnosi di PANDAS l'assetto immunitario dei pazienti è disatteso in quanto un solo prelievo non valuta l'aumento del titolo anticorpale rispetto a un valore base. Lo studio retrospettivo osservazionale di Gabbay e coll., arruola tutti i bambini consecutivamente valutati presso il Child Study Center (CDC) di New York, dal 2001 al 2005, e 11 bambini con diagnosi di PANDAS in follow up seguiti in modo prospettico e i loro 11 controlli [12]. In totale 176 bambini e adolescenti con tic e Sindrome di Tourette, ad alcuni dei quali è stata formulata diagnosi di PANDAS, in due diversi setting, uno di cure primarie e un centro specializzato (CDC). L'obiettivo è di valutare l'appropriatezza della diagnosi e di determinare il tasso di trattamento antibiotico non giustificato nei pazienti affetti da tic ma senza infezione da SBEA accertata. Lo studio dimostra che nel setting delle cure primarie un maggior numero di pazienti riceve una diagnosi di PANDAS rispetto al centro specializzato: 31 (17,6%) vs 19 (10,8%);  $p < 0,03$ . Dei 31 casi con diagnosi di PANDAS effettuata sul territorio, in 19 (61,3% falsi positivi) la diagnosi non aveva rispettato tutti i criteri

diagnostici previsti, come ad esempio una sola titolazione anticorpale o fatta diagnosi anche senza alcun esame. A 27 (87%) dei 31 pazienti viene prescritto un trattamento antibiotico, in 22 casi (82%) senza alcuna evidenza d'infezione streptococcica; 12 bambini ricevono terapia antibiotica come profilassi per più di quattro anni. Nel setting delle cure primarie, a 12 pazienti viene posta diagnosi di PANDAS in accordo con i criteri clinici (veri positivi); tutti ricevono terapia antibiotica, nel 67% senza identificazione clinica d'infezione. Anche questo studio presenta i limiti metodologici degli studi retrospettivi e una bassa numerosità del campione; tuttavia gli Autori sottolineano una eccessiva diagnosi di PANDAS senza piena rispondenza ai criteri diagnostici e un ricorso eccessivo alla terapia antibiotica.

### Conclusioni

L'esistenza della PANDAS come un'unica entità clinica è ancora dibattuta, e la temporale associazione con l'infezione da SBEA e l'esacerbazione dei sintomi neuropsichiatrici sono a tutt'oggi non provate. I risultati positivi sull'efficacia dell'uso dell'antibiotico sui sintomi sono basati su pochi studi e su un campione poco numeroso. L'uso dell'antibiotico con l'obiettivo di determinare una remissione della sintomatologia neuropsichiatrica non è supportato da prove di efficacia e non è consigliato.

La diagnosi di PANDAS deve essere posta nei casi in cui i criteri di Swedo siano strettamente osservati [2]. Nel caso di Mario, neuropsichiatra e reumatologo hanno diagnosticato la PANDAS e prescritto un ciclo di dieci giorni di terapia antibiotica, in presenza di sintomi di tic e positività di titolo antistreptolisinico, ma in assenza di infezione streptococcica documentata da tampone positivo e senza il riconoscimento di un titolo anticorpale in salita. Ho discusso con la madre e le ho spiegato che, in assenza di associazione temporale con una infezio-

ne streptococcica accuratamente diagnosticata, era impossibile fare diagnosi di PANDAS, e che la terapia antibiotica non era indicata. La madre ha accettato di non effettuare la terapia. ♦

### Bibliografia

- [1] Robert M, Kliegman MD, Bonita MD, et al. Nelson textbook of Pediatrics, 19<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Saunders-Elsevier, 2011.
- [2] Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychiatry* 1998;155(2):264-71.
- [3] Kurlan R, Kaplan EL. The pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection (PANDAS) etiology for tics and obsessive-compulsive symptoms: hypothesis or entity? Practical considerations for the clinician. *Pediatrics* 2004;113(4):883-6.
- [4] Wessels MR. Clinical practice. Streptococcal pharyngitis. *N Engl J Med* 2011;364(7):648-55.
- [5] Singer HS, Gilbert DL, Wolf DS, et al. Moving from PANDAS to CANS. *J Pediatr* 2012;160(5):725-31. doi: 10.1016/j.jpeds.2011.11.040.
- [6] Dale RC, Church AJ, Heyman I. Striatal encephalitis after *Varicella zoster* infection complicated by Tourettism. *Mov Disord* 2003;18(12):1554-6.
- [7] Hoekstra PJ, Manson WL, Steenhuis MP, et al. Association of common cold with exacerbations in pediatric but not adult patients with tic disorder: a prospective longitudinal study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005;15(2):285-92.
- [8] Müller N, Riedel M, Blendinger C, et al. *Mycoplasma pneumoniae* infection and Tourette's syndrome. *Psychiatry Res* 2004;129(2):119-25.
- [9] Tan J, Smith CH, Goldman RD. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections. *Can Fam Physician* 2012;58(9):957-9.
- [10] Leckman JF, King RA, Gilbert DL, et al. Streptococcal upper respiratory tract infections and exacerbations of tic and obsessive-compulsive symptoms: a prospective longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50(2):108-18.e3. doi: 10.1016/j.jaac.2010.10.011.
- [11] Murphy TK, Storch EA, Lewin AB, et al. Clinical factors associated with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections. *J Pediatr* 2012;160:314-9.
- [12] Gabbay V, Coffey BJ, Babb JS, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with *Streptococcus*: comparison of diagnosis and treatment in the community and at a specialty clinic. *Pediatrics* 2008;122(2):273-8. doi: 10.1542/peds.2007-1307.

# info: notizie

## Diritti delle madri lavoratrici

In occasione della Giornata mondiale per l'eliminazione della violenza contro le donne (25 novembre), l'International Labour Organization (ILO) ha pubblicato delle Linee Guida per l'implementazione delle politiche aziendali di protezione della maternità. Il tema della maternità e della protezione delle lavoratrici madri e non, è tornato nel dibattito socio-politico italiano all'indomani della ratifica della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. La connessione fra la tematica della violenza sulle donne lavoratrici e la tutela della maternità è particolarmente evidente e ha ripercussioni anche sui bilanci aziendali, costretti a piegarsi a risarcimenti milionari nei processi per discriminazione. Con l'avanzare della crisi economica, le denunce per discriminazione sul lavoro di donne in gravidanza o neomamme sono aumentate del 35% in USA, portando i risarcimenti alla somma record di 150 milioni di dollari.

In Italia, l'ILO rileva che sono 800.000 le lavoratrici che hanno dichiarato di essere state costrette a dimettersi per poter portare avanti una gravidanza o di aver firmato in anticipo lettere di dimissioni prive di data, al momento del loro reclutamento in azienda, in vista dell'eventualità di una gravidanza.

Oltre al tema della discriminazione, l'ILO non manca di sottolineare le carenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro delle donne in gravidanza in ogni parte del mondo, spesso esposte a sostanze chimiche pericolose che potrebbero danneggiare il feto, o spesso costrette a pesanti turni notturni.

Le Linee Guida proposte dall'ILO intendono, quindi, aiutare le associazioni, i ministeri, i lavoratori e le organizzazioni dei datori di lavoro a rafforzare ed estendere la tutela della maternità per le donne al lavoro, nell'ottica di preservare la salute della madre e del suo futuro bambino e per garantire la sicurezza economica delle gestanti e delle loro famiglie. Ciò può essere ottenuto attraverso diversi strumenti, quali il congedo di maternità, prestazioni mediche, la tutela della

salute nei luoghi di lavoro, la tutela del lavoro e la non discriminazione, il favorire l'allattamento al seno al lavoro. Non si tratta solo di un aiuto alle donne, poiché la protezione della maternità ha inevitabili ripercussioni in termini di costi-benefici per le aziende che, se da un lato possono evitare cali di produttività e cause per discriminazione, dall'altro possono correttamente fidelizzare e valorizzare le forze lavoro più valide.

## Violazioni del Codice sui social network

Segnaliamo un articolo pubblicato sul *Journal of Human Lactation* (2012;28:400-6) perché mostra come il Codice internazionale sia sistematicamente violato da produttori e distributori di sostituti del latte materno sui cosiddetti social network (Facebook, YouTube, blogs ecc.). L'Autrice ha esplorato quelli più popolari negli USA; ha cercato sui siti esplorati la presenza delle 11 marche di latte artificiale commercializzate negli USA. Ha scoperto che tutte le ditte produttrici erano presenti sui social media, attraverso link interattivi dai siti internet delle ditte, mediante applicazioni da scaricare sul cellulare, con video e addirittura con finanziamenti e sponsorizzazioni su blogs rivolti a genitori. Tutte queste presenze sono mirate a promuovere l'uso dei prodotti e si tratta ovviamente di violazioni del Codice internazionale, come del resto Ibfan Italia aveva denunciato nell'ultima edizione de *Il Codice Violato*. L'Autrice conclude raccomandando che di queste nuove forme di marketing si occupi l'Assemblea Mondiale della Salute con un'apposita risoluzione.

## Comitato ONU, eletti i nuovi membri

Il 18 dicembre 2012, a New York, sono stati nominati i nuovi componenti del Comitato che monitora l'applicazione della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Il Comitato ONU è composto da 18 esperti indipendenti che vengono eletti a titolo personale, secondo un criterio di equa ripartizione geografica e in considerazione dei principali ordinamenti giuridici, per un periodo di quattro anni. I 9 nuovi eletti entreranno a far parte del Comitato ONU il 23 marzo 2013. L'Italia sarà rappresen-

tata dalla psicologa e psicoterapeuta Maria Rita Parsi.

## Trattamento con l'ormone somatotropo in Italia

Nel novembre 2012 presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si è svolto il IV Convegno su "Il trattamento con l'ormone somatotropo in Italia". L'ISS su incarico dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha istituito il Registro nazionale degli assuntori dell'ormone della crescita (RNOC) al fine di monitorare la prescrizione di tale ormone entro il territorio nazionale. La terapia con ormone somatotropo rientra fra le prescrizioni per cui sono previste precise indicazioni diagnostiche periodicamente aggiornate come Note AIFA.

Attualmente la prescrizione con ormone della crescita sintetico (rhGH) è regolata dalla Nota 39, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* il 18 novembre 2010. Il Convegno ha affrontato temi relativi ad appropriatezza della prescrizione, costi e valutazione dei trattamenti, e ha offerto un ampio spazio alla discussione sulle attività delle Commissioni regionali istituite per governare il trattamento con rhGH. Nella prima sessione sono stati presentati i dati relativi al numero e alla distribuzione di soggetti inseriti nel RNOC.

Dalle prime analisi dei dati emerge un quadro eterogeneo per regione in termini di numerosità di casi in terapia segnalati al Registro così come di partecipazione da parte dei singoli medici sul territorio nazionale. Nella fattispecie, a due anni dal suo avvio, il numero dei soggetti inseriti nel Registro nazionale è ancora lontano dalle attese. Nella sessione dedicata alle riflessioni sui contenuti della Nota 39 sono stati affrontati temi specifici sulla possibilità di proporre un nuovo aggiornamento alle indicazioni prescrittive al fine di: a) accogliere in terapia soggetti portatori di alterazione del gene SHOX (short stature homeobox gene); b) includere indicazioni utili alla valutazione del periodo di transizione.

Nel corso della terza e ultima sessione della mattinata è stato affrontato il tema del costo per il trattamento con rhGH. Dal quadro presentato risulta una difficoltà metodologica nell'uniformare un

# sulla salute

approccio valutativo standard per i diversi casi in trattamento. Le patologie che allo stato attuale sembrano beneficiare della terapia con somatropina sono eterogenee e non per tutte il costo della terapia può solamente essere espresso in centimetri guadagnati. Una maggiore capacità nella valutazione del miglioramento della qualità della vita sembra essere il miglior investimento da perseguire.

Nel pomeriggio infine è stato dato ampio spazio ai rappresentanti delle singole regioni affinché rispondessero al quesito posto nel programma: "Le commissioni regionali per il GH: modalità per il monitoraggio dell'aderenza alla normativa e/o controllo della spesa".

Dalla sessione è emerso un quadro complessivo molto variegato che si caratterizza da regioni più virtuose, che hanno attivato una commissione regionale e, in contesti limitati, anche un Registro di supporto alle attività di valutazione, ad altre che, per loro esplicita dichiarazione, non hanno ancora attivato la commissione regionale (come richiesto dalla Nota 39) e sembrano essere ancora lontane dalla capacità di governare in modo efficiente le problematiche relative ad appropriatezza e sicurezza del trattamento con rhGH. A distanza di quattro anni dal primo Convegno su "Il trattamento con l'ormone somatotropo in Italia", la diffusione a macchia di leopardo del coinvolgimento intorno alle problematiche etiche, cliniche ed economiche del trattamento con rhGH evidenzia, ancora una volta, le contraddizioni tra la dichiarazione dei principi nel voler perseguire una maggiore efficacia, efficienza e risparmio economico e la volontà di collaborare al fine di perseguirli. Dal confronto emerge però anche un aspetto positivo: la dichiarata volontà da parte delle regioni più "virtuose" a essere disponibili a collaborare e a condividere esperienza e strumenti per ridurre le disuguaglianze tra le diverse regioni italiane.

## Una nuova iniziativa del BMJ sugli studi non pubblicati

Il *BMJ* del 12 gennaio 2013 rende nota un'iniziativa unitaria con Sense About Science, James Lind Alliance, *Bad Pharma* di Ben Goldacre, Cochrane Colla-

boration e altri. Il progetto è a favore dei pazienti che si sottopongono volontariamente ai rischi di una sperimentazione. Essi devono avere la certezza che lo studio giungerà a pubblicazione, prima di dare il loro assenso, qualunque siano i risultati ottenuti. I pazienti potranno, se lo desiderano, essere messi a conoscenza dei risultati dello studio cui hanno partecipato.

Tale campagna è abbinata a una petizione (<http://www.alltrials.net/>) che ha lo scopo di aumentare la pressione sui ricercatori, i finanziatori e le istituzioni perché si muovano in tal senso. Questa nuova iniziativa si aggiunge alle precedenti, quali la registrazione degli studi su [www.ClinicalTrials.gov](http://www.ClinicalTrials.gov), la pubblicazione anche in forma minima dei risultati raggiunti, la dichiarazione piena dei conflitti d'interesse e la libera consultazione di tutti i dati clinici. Quest'ultimo è un aspetto molto caro al *BMJ* dopo l'apertura della campagna (open data campaign) sulla richiesta dei dati mancanti sul *Tamiflu*. Si è arrivati al paradosso che il Sistema sanitario britannico, nel 2009, ha incamerato scorte di *Tamiflu* per 620 milioni di euro, anche se i dati finora pubblicati e resi noti da Roche non giustificano un'efficacia migliore del placebo o del paracetamolo.

Nel suo ultimo libro Ben Goldacre ha illustrato, con dovizia di esempi, i meccanismi con cui si alterano le evidenze sui farmaci non pubblicando gli studi sfavorevoli o modificandone il disegno per poi diffondendoli come favorevoli. Senza stimoli adeguati dei comitati etici, delle istituzioni accademiche e di un congruo stanziamento di risorse, sarà difficile che i ricercatori si adeguino e cambino il loro modo di agire. Iain Chalmers, responsabile della James Lind Alliance, e Fiona Godlee, editor del *BMJ*, illustrano in un editoriale l'importanza di rendere noti i risultati ai pazienti: la non pubblicazione è negazione del progresso scientifico, tradisce la fiducia dei volontari, altera le evidenze con una ricaduta negativa sulle decisioni cliniche.

Chalmers è stato il primo a lanciare l'allarme sul problema nel lontano 1985 scrivendo sul *BMJ* che era ora di mettere fuori legge il termine "negative trial"; non esistono studi positivi o negativi, ma solo risultati, tutti egualmente utili al

progresso della scienza. Da allora numerose altre ricerche hanno confermato questo grave bias che porta la responsabilità di molti soggetti, sicuramente *in primis* dell'industria, ma non solo. Dato l'obbligo di registrazione dei trial, è facile, oggi, stimare che almeno la metà non giunge mai a pubblicazione, più facilmente quelli finanziati dall'industria. Tutti ricordano le accorate parole di Alessandro Liberati che proprio dalle pagine del *BMJ* accusava i ricercatori di comportarsi come farfalle che volano di fiore in fiore, senza portare a termine la ricerca intrapresa.

Lo stesso Liberati, solo due mesi prima di morire di mieloma, forniva i dati di una ricerca intensa e infruttuosa sulla sua malattia, scrivendo a *The Lancet* come spesso i ricercatori siano mossi più dai loro interessi personali che dal desiderio di soddisfare le aspettative dei pazienti. Anche le riviste mediche hanno le loro colpe, poiché pubblicano, con maggiore facilità, studi con risultati positivi, ma le responsabilità maggiori ricadono sugli Autori e gli sponsor.

La Dichiarazione di Helsinki non lascia dubbi interpretativi: "Gli Autori hanno il dovere di rendere pubblici i risultati della loro ricerca su soggetti umani [...] i risultati positivi e quelli negativi vanno egualmente pubblicati". Senza un'iniziativa concreta Autori, comitati etici, istituzioni accademiche e finanziatori, che condividono le responsabilità della ricerca, non si prenderanno la briga di modificare lo *status quo*. Un passo concreto lo ha fatto il National Institute of Health britannico, vincolando una parte del finanziamento delle ricerche alla loro effettiva pubblicazione e ottenendo così il successo nel 98% dei casi.

I pazienti vanno invitati a negare l'assenso se non vi è certezza di pubblicazione dei dati.

Sul sito [www.testingtreatments.org](http://www.testingtreatments.org) si elencano 10 regole per una ricerca migliore; al punto 8 Chalmers invita i volontari a firmare il consenso solo a tre condizioni: a) che il protocollo sia registrato e disponibile; b) che il protocollo sia innovativo e non una replica di quanto già noto; c) che esista assicurazione scritta riguardo alla pubblicazione dei risultati e alla possibilità di poterne ricevere copia. (Fonte: Nograziepagio)

# Prevalenza, persistenza, correlazioni sociodemografiche e severità dei disturbi mentali (DSM-IV) in un campione di adolescenti nordamericani

**Parole chiave** Adolescenti. Epidemiologia. Disturbi mentali

È stato studiato un campione rappresentativo di oltre diecimila giovani attraverso un colloquio strutturato all'adolescente e un questionario rivolto al genitore per valutare l'epidemiologia dei disturbi mentali. Le diagnosi, basate sul DSM-IV, includevano disturbi dell'umore, ansia, comportamento, alimentazione e abuso di o dipendenza da sostanze come alcol o droghe. La prevalenza di disturbi è risultata essere del 40,3% a un anno e del

23,4% a trenta giorni dall'intervista, con i disturbi di ansia al primo posto, seguiti da disturbi di comportamento, umore e abuso di sostanze. Un confronto tra le prevalenze nei periodi considerati ha indicato come la persistenza sia dovuta più a episodi ricorrenti che a cronicità. I disturbi definiti lievi sono il 58,2%, la prevalenza di disturbi gravi è risultata essere dell'8%: disturbi del comportamento nel 54,5% dei casi, seguiti da disturbi dell'umore (31,4%), ansietà (10,9%) e abuso di sostanze (1,9%), con una presenza di comorbidità del 63,5%.

\*Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(4):372-80.

\*\*Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, et al. Severity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(4):381-9.

**LO PSICHIATRA.** L'adolescenza è una fase della vita, caratterizzata da vissuti di trasformazione e di perdita. La trasformazione è quella del corpo che cambia e diventa sessualizzato. La perdita è correlata all'abbandono della dimensione infantile precedentemente vissuta che implica una prima, fisiologica esperienza di "lutto". Per definizione, quindi, la psicopatologia adolescenziale è un fenomeno in divenire e la diagnosi in adolescenza non può che essere "mobile", con la funzione di aiutarci a pensare più che essere la descrizione di un esito patologico. L'ansia è un sintomo aspecifico che può essere connesso a strutture patologiche diverse, così come far parte di un'evoluzione normale. Questo ne giustifica la maggior prevalenza, così come i disturbi del comportamento e dell'umore, alimentati gli uni dalla tendenza all'agitazione tipica degli adolescenti, gli altri dalla progressiva consapevolezza del naturale funzionamento bipolare della mente, particolarmente manifesto in questa fase. In adolescenza appare più corretto parlare di sintomi "mobili" (compresi gli abusi di sostanze) che di sindromi vere e proprie. Il nostro lavoro e quello di altri addetti ai lavori rimane quello di cogliere il senso di questi movimenti, non solo nel tentativo di ridurre i picchi di sofferenza, ma piuttosto per dare voce a quelle emozioni conflittuali che solo attraverso i sintomi possono essere espresse.

Federico Tonioni, Roma  
f.tonioni@alice.it

**IL PEDIATRA.** In Italia, il V Rapporto sulla Salute del Bambino (2005) deprecava scarsità di rilevazioni e carenze assistenziali. Lo studio PRISMA (Progetto Salute Mentale Adolescenti 10-14 anni, 2008) ha trovato circa l'8% di disturbi mentali conclamati. L'epidemiologia della salute mentale - Toscana 2011 riporta che il 30% dei residenti in trattamento nei centri di salute mentale è rappresentato da minori con una prevalenza e incidenza doppie rispetto agli adulti. Lo studio EDIT 2011 ha rilevato un distress psichico elevato nel 17,5% all'età di 14-19 anni. La salute mentale in adolescenza è una drammatica realtà anche nel nostro Paese. Permangono carenze assistenziali con difficoltà di prevenzione, diagnosi precoce e "management", sia in ospedale che sul territorio. Si devono, pertanto, acquisire o rafforzare "nuove competenze", anche mediante percorsi multiprofessionali e multidimensionali, investendo in formazione e ricerca, effettuando scelte motivate dai dati epidemiologici oltre a proporre modelli e valori di riferimento meno favorevoli il disagio giovanile. Lo sviluppo di teorie di coesione tra uomo e ambiente (per esempio www.decrecita.it) potrebbe promuovere identità giovanili meno fragili di quelle attuali.

Silvano Bertelloni  
(coordinatore "Commissione Adolescenza", SIRP), Pisa  
s.bertelloni@ao-pisa.toscana.it

**LE ASSISTENTI SANITARIE.** La nostra esperienza all'interno del Progetto di educazione alla salute denominato "Self-help" ci vede impegnate nell'ascolto di tredicenni, che frequentano le scuole secondarie di primo grado, in uno o due incontri. Ci sembra che i nostri preadolescenti siano più seguiti dalle famiglie e dagli insegnanti rispetto a quelli americani. In una piccola percentuale di casi incontriamo ragazzi già inviati allo psicologo o al neuropsichiatra per problematiche preesistenti in famiglia, per disturbi comportamentali e/o dell'attenzione o per affidi e adozioni.

Non sappiamo se questi adolescenti andranno incontro a una cronicizzazione del problema e diventeranno adulti con disturbi psichiatrici; più spesso nelle nostre consulenze-colloquio emergono situazioni di disagio emotivo legate ai contrasti che i ragazzi hanno con i genitori e il gruppo dei pari. Le emozioni che vivono sono veramente intense tuttavia i disagi relazionali, nella maggior parte dei casi, risultano transitori. Un altro aspetto importante è quello dell'immigrazione.

Spesso ci troviamo a constatare che nelle scuole esistono "discriminazioni", con ragazzi immigrati isolati dal gruppo, in difficoltà, specialmente quando la lingua rappresenta uno scoglio. Il lavoro di accoglienza nei colloqui in queste situazioni diventa ancor più difficile e importante.

Infermiere e Assistenti sanitarie Pediatria di Comunità  
Cesena  
ped.comunita@ausl.cesena.emr.it

**L'INSEGNANTE.** I problemi mentali durante l'infanzia e l'adolescenza non riguardano solo ed esclusivamente la sfera medico-sanitaria, ma anche quella educativo-didattica. Siano essi di carattere emotivo o comportamentali, dal deficit dell'attenzione ai disturbi dell'alimentazione, vanno direttamente a incidere sull'apprendimento e sullo stare bene a scuola. Una segnalazione attenta e precoce da parte degli operatori della scuola può essere prerequisito importante per una diagnosi precoce e un altrettanto precoce intervento volto a migliorare la qualità di vita dell'adolescente in difficoltà. Se io sono docente correttamente informata e formata sulla tematica posso essere, allora, anche in grado di attivare le strategie più adeguate ed efficaci nei confronti dei ragazzi disturbati e posso anche promuovere progetti e iniziative di prevenzione. Il docente diventa un punto di ascolto e di riferimento di grande valenza per l'adolescente che necessita d'interventi e strategie speciali.

Cinzia Casacci  
(insegnante scuola secondaria di primo grado), Schio (VC)  
cinzia.casacci@istruzione.it

# Bruciare i rifiuti: la Valle d'Aosta dice di no all'incenerimento nel rispetto della Direttiva UE

Marco Debernardi

Pediatra di famiglia, ACP Ovest Valle d'Aosta

## Abstract

**Burning solid wastes: Valle d'Aosta says no to incineration in respect to EU directives**

*EU invites state members to a correct management of municipal solid wastes through a hierarchy of actions: reduction, recovery, reuse and recycling considering them as post-consumer materials. In respect to EU directives Valle d'Aosta has chosen to ban waste incineration with a popular law approved through a referendum sponsored by citizens and doctors attentive to health environment.*

Quaderni acp 2013; 20(2): 77-78

**Key words** Incinerators. Pollution. Paediatricians

L'Unione Europea (UE) invita gli Stati membri a una corretta gestione dei rifiuti urbani indicando una gerarchia di azioni che, in ordine di priorità, prevede la riduzione, il recupero, il riutilizzo e il riciclaggio di essi, considerandoli materiali post-consumo da valorizzare al meglio. Nel rispetto della Direttiva UE, la Valle d'Aosta ha scelto di bandire l'incenerimento dei rifiuti con una legge di iniziativa popolare approvata mediante referendum propositivo alla cui riuscita ha contribuito un movimento trasversale di cittadinanza attiva sostenuto da medici attenti al tema salute-ambiente.

**Parole chiave** Inceneritori. Inquinamento. Pediatri

## Premessa

La Valle d'Aosta è una vallata alpina, un grande corridoio chiuso dalle montagne più alte d'Europa dove per quasi un terzo dell'anno, specie durante i mesi invernali, si determina un ristagno d'aria a causa del fenomeno climatico dell'inversione termica, con persistenza assai prolungata d'inquinanti (del traffico, del riscaldamento, dell'industria siderurgica del capoluogo regionale) negli strati bassi dell'atmosfera, a cui consegue anche un loro deposito al suolo.

La vallata centrale ospita quasi due terzi della popolazione valdostana. Qui hanno sede attività agricole (frutteti, vigneti, produzioni biologiche di ortaggi e frutti di bosco, pascolo), zootecniche (bovini, ovini, apicoltura), casearie (formaggi di montagna, la fontina in particolare) molto importanti per l'economia locale. Date le criticità ambientali accennate, la decisione di costruire un impianto di pirogassificazione non avrebbe potuto che aggravare la situazione di rischio per la salute di persone e animali già reale attualmente, oltre che produrre un danno

d'immagine a una regione dall'indiscutibile vocazione turistica.

## Un referendum propositivo

Nel mese di novembre 2012 i cittadini della Regione sono stati chiamati a esprimersi mediante referendum propositivo – istituto giuridico presente solamente in Valle d'Aosta e in Trentino-Alto Adige – su un articolo di legge d'iniziativa popolare che bandisce il ricorso a qualsivoglia trattamento a caldo dei rifiuti per orientare la politica di Regione e Comunità montane alla corretta gestione di essi mediante soli trattamenti a freddo.

A questa determinazione estrema si è giunti dopo più di un lustro di tentativi infruttuosi di persuadere l'Amministrazione regionale a prendere in considerazione scenari alternativi al trattamento a caldo dei rifiuti, già praticati in altre realtà "buone riciclatrici" di pianura e di montagna molto simili alla Valle d'Aosta.

L'iniziativa è stata sottoscritta a tempo di record da più di 7000 residenti (la Regione conta circa 128.000 abitanti e per

la legge regionale sarebbero bastate 5000 firme) attraverso banchetti e gazebo organizzati su tutto il territorio da un Comitato civico nato nel 2010, costituito da amministratori locali, cooperative, gruppi di acquisto solidale e di cittadinanza attiva più o meno organizzati, alla cui azione si è aggiunta quella di alcuni movimenti e partiti politici durante la campagna referendaria.

La Commissione regionale per i procedimenti referendari si è espressa positivamente per l'ammissibilità della proposta, individuando come *ratio principale* di essa non già la tutela esclusiva dell'ambiente ma quella della *salute dei cittadini* che in esso vivono.

Domenica 18 novembre 2012 si sono recati alle urne 50.909 cittadini, pari al 48,92% (*quorum previsto dalla Legge regionale: 45%*) degli aventi diritto.

Ha risposto "Sì" alla legge di iniziativa popolare il 94,02%, "No" il 5,98%.

Pertanto sulla base dell'art. 14, comma 2, della legge RAVdA 19/2003 che disciplina il referendum propositivo, la *proposta di legge che vieta per il futuro ogni trattamento a caldo dei rifiuti* nella nostra Regione è stata approvata e pubblicata sul Bollettino Ufficiale VdA.

## Il documento dei medici e il loro ruolo nella campagna referendaria

Un movimento trasversale di cittadini attivi, ciascuno con le proprie competenze e disponibilità, servendosi anche di uno strumento potente come il web, è riuscito nell'intento d'indirizzare la politica regionale dei rifiuti verso una gestione più sobria – i costi dovrebbero contenersi in circa un terzo dei 225 milioni di euro stimati per la costruzione di un pirogassificatore – e più rispettosa della salute.

Oltre al lavoro di sensibilizzazione della popolazione da parte del Comitato civico, cruciale è stata l'opera di affiancamento di alcuni medici, tra cui pediatri e

Per corrispondenza:  
Marco Debernardi  
e-mail: [debern24@marcodebernardi.191.it](mailto:debern24@marcodebernardi.191.it)

oncologi sensibili al tema salute-ambiente e in particolare ai danni da incenerimento, che ha portato alla redazione di un dossier, presentato e ufficializzato da alcuni di noi all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (OMCeO) della Valle d'Aosta nell'agosto 2012 [1]. Nella premessa si fa riferimento all'art. 5 del nostro Codice deontologico: "Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora *quale determinante più importante della salute dei cittadini*. A tale fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile per l'utilizzo appropriato delle risorse naturali anche *allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile...*".

Analizzata una consistente bibliografia tratta da alcuni documenti relativi all'argomento, il rapporto conclude che "la *prevenzione primaria è l'unica strada possibile* per salvaguardare la nostra salute, quella dei nostri figli e dei nostri nipoti, e che nessun rischio per la salute è accettabile qualora sia totalmente evitabile" [2-6]. Per questo motivo s'invitano gli amministratori ad adottare il "principio di precauzione", cioè il "principio generale del diritto comunitario che fa obbligo alle autorità competenti di adottare provvedimenti appropriati al fine di prevenire taluni rischi potenziali per la sanità pubblica, per la sicurezza e per l'ambiente, facendo prevalere le esigenze connesse alla protezione di tali interessi sugli interessi economici".

Hanno contribuito al successo della campagna referendaria l'impegno diretto di molti pediatri che hanno scritto, incontrato e parlato alla gente insieme con alcuni colleghi di medicina generale, oncologi e assistenti sanitari, recandosi in buona parte dei 74 Comuni della Valle

d'Aosta; il sostegno dei gruppi nazionali ACP "Pediatri per un Mondo Possibile" e ISDE Italia; il testamento spirituale contenuto nell'ultimo impareggiabile editoriale di *Medico e Bambino* scritto da papà Panizon (Dio non paga il sabato. *Medico e Bambino* 2012;31:48-5) ed entrato nelle case di tantissime famiglie valdostane.

### Conclusione

La nostra Regione al momento non separa ancora la frazione organica (che rappresenta il 20-30% dei rifiuti prodotti in ogni comunità) e la conferisce in discarica, raggiungendo il risultato poco esaltante di poco più del 40% di raccolta differenziata, a fronte di un 65% che la legge nazionale imporrebbe di raggiungere (obiettivo già previsto nel 2012). Essa potrà sanare questo ritardo se cittadini ed eletti cresceranno ancora nella consapevolezza e nell'attenzione al tema della gestione comunitaria dei rifiuti.

Certamente la campagna referendaria è servita anche a questo.

Non abbiamo molto da inventare al riguardo; dobbiamo solamente imitare realtà esemplari italiane che hanno già deciso di orientarsi, come da direttive dell'UE, al trattamento a freddo dell'immondizia prodotta. La corretta gestione di essa si esprime nel rispetto della gerarchia delle azioni che, in ordine di priorità, prevede la riduzione, il recupero, il riutilizzo e il riciclaggio dei materiali di cui è composta. Un salto culturale di portata storica: *considerare i rifiuti non come schifozze di cui disfarsi, bruciandole o sotterrando, ma come risorse preziose, cioè come materiali post-consumo da valorizzare al meglio*. Le materie prime e seconde della Terra, infatti, non sono infinite ma, al contrario, sempre più limi-

tate e difficili da reperire in natura e sul mercato e con costi vieppiù crescenti. Non possono essere sprecate. ♦

**Il presente articolo è stato condiviso dal gruppo ACP Ovest Valle d'Aosta i cui componenti:**

- M. Bechaz, C. Bertone, A. Bobbio, L. Peano: *Pediatri ospedalieri*;
  - C. Benedetti: *Pediatra di Comunità*;
  - M. Debernardi, G. Durero, E. Gerace, D. Guttuso, D. Sambarino: *Pediatri di famiglia*;
  - M. Marmo: *Caposala Neonatologia*;
  - S. Perego: *Assistente sanitaria*;
  - G. Voltolin: *Neuropsichiatra infantile*
- dichiarano assenza di conflitti d'interesse.**

### Bibliografia

- [1] Incenerimento e Salute. Aosta, 26 agosto 2012. [omceoosta.altervista.org/2012/pirogassificatore/vallevirtuosa.pdf](http://omceoosta.altervista.org/2012/pirogassificatore/vallevirtuosa.pdf).
- [2] Incenerimento dei rifiuti ed effetti sulla salute. 4° Rapporto della Società Britannica di Medicina Ecologica. Seconda edizione giugno 2008. [noinceineritoretto.altervista.org/studi\\_certificati/4rapporto\\_2008.pdf](http://noinceineritoretto.altervista.org/studi_certificati/4rapporto_2008.pdf).
- [3] ISDE Italia. Dossier per Autorità dello Stato, Magistrati e Giornalisti: Danni alla salute umana provenienti dall'incenerimento dei rifiuti. Dicembre 2009. [cgervaldera.it/sections/Documenti/03\\_Varie/Documento\\_per\\_Autorita.pdf](http://cgervaldera.it/sections/Documenti/03_Varie/Documento_per_Autorita.pdf).
- [4] Ridolfi R (Ed.). Progetto Ambiente e Tumori. Milano: Aiom, giugno 2011. [aiom.it/area+pubblica/area+medica/prodotti+scientifici/position+pape r/Progetto+Ambiente+e+Tumori/1,999,0](http://aiom.it/area+pubblica/area+medica/prodotti+scientifici/position+pape r/Progetto+Ambiente+e+Tumori/1,999,0).
- [5] Association pour la Recherche Thérapeutique Anti-Cancéreuse. Expertise nationale concernant les alternatives à l'incinération et aux décharges: aspects environnementaux, sanitaires et socio-économiques. Septembre 2007. [napoliassise.it/flora/-RapportIncineration.pdf](http://napoliassise.it/flora/-RapportIncineration.pdf).
- [6] Fabre P, Daniau C, Gorja S, et al. Étude d'incidence des cancers à proximité des usines d'incinération d'ordures ménagères Synthèse. Institut de Veille Sanitaire, mars 2008. [www.invs.sante.fr/publications/2008/rapport\\_uiom/synthese\\_uiom.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/rapport_uiom/synthese_uiom.pdf).



# La violenza sul bambino disabile. Uno sguardo nell'ombra

Enrico Valletta\*, Antonella Liverani\*\*

\*Dipartimento materno-infantile; \*\*Dipartimento di Salute Mentale, Ospedale "G.B. Morgagni - L. Pierantoni", AUSL di Forlì

## Abstract

### *Violence against children with disabilities. A glance into the shadow*

*Violence in disabled children is underestimated even if, according to recent scientific data, far from being negligible. Disability itself is condition that predisposes the child at risk of abuse or physical and psychological violence. Disabled children are highly dependent from their family, care givers or health professionals and they have difficulties in interpreting the environment and in communicating their own experiences and needs. These limitations can significantly enhance the risk level. Paediatricians and health professionals must be aware of this and take care of these children considering that rights and protection must be absolutely convergent.*

*Quaderni acp 2013; 20(2): 79-83*

**Key words** *Violence. Maltreatment. Child abuse. Neglect. Disability. Handicap*

*Il tema del maltrattamento nel bambino disabile è molto probabilmente sottovalutato, nonostante rappresenti, stando ai dati anche recentemente emersi in letteratura, un fenomeno tutt'altro che trascurabile. La disabilità sembra essere in sé una condizione che predispone il bambino al rischio di abuso o di violenza fisica e psicologica. L'accresciuta dipendenza che il bambino disabile ha nei confronti di chi, familiare o operatore professionale, si prende cura di lui e la difficoltà nell'interpretare l'ambiente che lo circonda e a comunicare le proprie esperienze e vissuti danno un'evidente misura di questo rischio. Pediatri e operatori sanitari non debbono essere miopi di fronte a questo tema poiché nei confronti di questi bambini cure, diritti e tutela debbono essere assolutamente convergenti.*

**Parole chiave** *Violenza. Maltrattamento. Abuso. Trascuratezza. Disabilità. Handicap*

*"... e l'uomo nero gioca  
e questo gioco quanto dura  
forse dopo questo gioco  
avrò meno paura".*

Luciano Ligabue

*Quando mi vieni a prendere?*  
(Dendermonde 23/01/09) (live 2010)

È possibile che un bambino disabile sia oggetto di violenza, di maltrattamento o, più semplicemente, di deliberata trascuratezza? È difficile pensarlo, è quasi un pensiero che rifiuta di essere pensato. E forse è un errore. Per sgomberare il campo dai malintesi, occorre dire che ciascuno di noi, nella propria attività professionale, si confronta quotidianamente con persone appartenenti ai più diversi strati sociali, con nuclei familiari variamente e variabilmente composti, con bambini affetti da malattie acute lievi o patologie croniche gravissime. Ed è proprio di fronte alle situazioni cliniche più disabilitanti che spesso restiamo colpiti

dall'affetto, dalla dedizione e dall'instancabile accudimento con i quali famiglie e operatori sanitari si accostano e accompagnano questi bambini. Eppure, talora può non essere così: approfittando anche di una disabilità che rende più indifesi, la violenza, nelle sue molteplici forme, trova modo di esercitarsi anche nei confronti di questi bambini. Se a qualcuno di noi fosse accaduto di avere questo dubbio o se lo avesse sperimentato di persona, potrà trovarne conferma nei risultati di una metanalisi che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha commissionato a un gruppo di ricercatori britannici [1]. E allora, forse, conviene porsi qualche domanda.

### **Esiste e che dimensioni ha il fenomeno della violenza sui bambini disabili?**

Un primo tentativo di far emergere il tema della violenza sui bambini disabili

dal vasto mondo dell'abuso infantile lo dobbiamo a una revisione sistematica britannica del 2006 [2]. Da un'analisi di quarant'anni di letteratura (1966-2006) e di una cinquantina di lavori, gli Autori finiscono con il prendere in esame quattro ricerche: due studi di popolazione e due su coorti non selezionate.

L'obiettivo non è tanto quello di dimostrare che un bambino disabile può essere vittima di maltrattamento – nozione già acquisita da numerose segnalazioni in piccoli gruppi selezionati – quanto di verificare l'ipotesi che una variabile inerente alle vittime – la disabilità – possa predisporre all'abuso infantile. Era importante anzitutto definire cosa si intendesse per *disabilità* e cosa per *abuso*. Le definizioni scelte dagli Autori sono riportate nella *tabella 1*.

I quattro studi sono, in realtà, di qualità variabile, non omogenei nelle definizioni di disabilità e abuso e così poco confrontabili tra loro da impedire qualsiasi tentativo di metanalisi. Tuttavia alcune indicazioni prendono forma: i bambini affetti da alcuni tipi di disabilità sembrano a più elevato rischio di maltrattamento; il rischio è più evidente in presenza di problemi psicologici e nei disturbi del comportamento e dell'apprendimento; i bambini con paralisi cerebrale hanno la tendenza a essere più frequentemente vittime di violenza fisica e d'incuria. Se ci limitassimo a considerare, tra i quattro, lo studio di maggiore peso numerico (quasi 120.000 bambini valutati retrospettivamente tra il 1983 e il 2001 in Gran Bretagna), vedremmo che gli *odds ratio* relativi al rischio di abuso di qualsiasi tipo vanno da 1,8 per la paralisi cerebrale a 7,6 per i disturbi del comportamento, da 3 per i disturbi del linguaggio a 4,4 per i disturbi psichici [3].

Le conclusioni sono peraltro ancora molto prudenti e si ammette che, in assenza di forti evidenze, non c'è motivo sufficiente per ritenere che la condizione di disabilità renda un bambino più vulnerabile nei confronti dell'abuso o dell'in-

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

curia. Dagli studi fino allora condotti non era chiaro, inoltre, quanto il verificarsi di un maltrattamento potesse, a sua volta, determinare o favorire l'insorgenza di una condizione di disabilità psichica.

La recente revisione sistematica finanziata dall'OMS prende spunto da un'osservazione fatta dal medesimo gruppo di ricercatori in una popolazione adulta: i disabili sono a maggior rischio di subire violenza rispetto a chi disabile non è [4]. Partendo da qui e dando voce alla persistente impressione che lo stesso accada anche tra i bambini e gli adolescenti, Jones e coll. tentano nuovamente una sintesi quantitativa della letteratura con l'obiettivo d'identificare i limiti delle attuali conoscenze e d'indicare ulteriori possibili linee di ricerca [1].

Anche per loro il primo problema è cercare di rendere omogenea la letteratura quanto a definizioni di disabilità e di violenza (tabella 1). I 16 studi selezionati (nessuno di loro raggiunge la massima valutazione di qualità) provengono tutti dagli USA e dall'Europa. Il dato complessivo di prevalenza parla del 27% (range 5-68%) di violenza nei bambini disabili, del 20% (4-68%) per la violenza fisica, del 18% per la violenza psicologica e del 10% per l'incuria. Il 21% dei bambini con deficit mentale/intellettuale è soggetto a violenza e l'11% di quelli con deficit fisico subisce violenza sessuale.

Il rischio di violenza fisica in un bambino disabile è quasi quadruplicato (OR 3,6) rispetto a un bambino non disabile, è triplicato per quanto riguarda la violenza sessuale (OR 2,9) ed è di 4-5 volte più elevato per quanto riguarda la violenza emotiva (OR 4,4) e l'incuria (OR 4,6). Il rischio per i disabili mentali è un po' più elevato che per gli altri tipi di disabilità (tabella 2).

Un'analisi di questo tipo, su questo tema, non può che essere gravata da svariati limiti metodologici: l'incerta direzione del rapporto causa-effetto (è la disabilità che sollecita l'abuso o è l'abuso che favorisce l'insorgere di una disabilità psicologica o comportamentale?), la variabilità delle definizioni di disabilità e dei metodi per misurare la violenza, la mancanza di studi di popolazione e l'incostante attenzione ai fattori confondenti sono solo alcuni dei *bias* possibili.

**TABELLA 1: DEFINIZIONI DI DISABILITÀ E ABUSO**

<p>Govindshenoy e Spencer [2]</p> <p><b>Disabilità</b></p> <p>Coesistenza di due criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. sospetto di ritardo mentale, sordità, difficoltà di linguaggio, riduzione della vista o cecità, grave disturbo emotivo, problematica ortopedica, altro problema di salute, disturbi specifici dell'apprendimento o disabilità multiple.</li> <li>2. conseguente limitazione funzionale in una o più attività quotidiane, incluse motilità, espressione verbale dei propri bisogni, autonomia di vita, capacità di autosostentamento economico.</li> </ol>	<p>Jones e coll. [1]</p> <p><b>Disabilità</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualsiasi disabilità (5 studi, 12.608 bambini).</li> <li>• Malattia mentale (4 studi, 5360 bambini): depressione, ansia, stress post-traumatico, disturbi emotivi o del comportamento.</li> <li>• Deficit intellettuale (5 studi, 4192 bambini): disturbi dell'apprendimento, autismo, ADHD, S. di Asperger.</li> <li>• Disabilità mentale/intellettuale (4 studi, 503 bambini): coesistenza delle due precedenti o altro non meglio specificato.</li> <li>• Deficit fisico (4 studi, 521 bambini): paralisi cerebrale, distrofia muscolare, disturbi della mobilità o della coordinazione, poliomielite.</li> <li>• Deficit sensoriale (2 studi, 1765 bambini): disturbo uditivo, visivo o del linguaggio.</li> <li>• Deficit multipli (1 studio, 500 bambini): due o più deficit (intellettuali, fisici o sensoriali) evidenti alla nascita o poco dopo.</li> </ul>
<p><b>Abuso</b></p> <p>Danno fisico e mentale, abuso sessuale, incuria, maltrattamento ai danni di un minore (&lt; 18 anni) da parte di una persona che è responsabile della salute del bambino, in circostanze che indichino che la salute e il benessere del bambino siano danneggiati o minacciati.</p>	<p><b>Violenza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisica (11 studi, 5306 bambini)</li> <li>• Sessuale (15 studi, 14.675 bambini)</li> <li>• Emotiva (6 studi, 4384 bambini)</li> <li>• Incuria (6 studi, 4669 bambini)</li> <li>• Qualsiasi tipo (8 studi, 8740 bambini)</li> </ul>

In un'estesa revisione critica e metodologica dell'argomento, Sullivan ben illustra le differenze nei possibili *setting* di rilevazione del fenomeno (ospedali, scuole, organi giudiziari, servizi sociali) così come nei contesti nei quali viene rilevata la violenza sul disabile (nelle mura domestiche, in comunità e nella scuola, negli istituti) o nelle forme più o meno palesi con le quali essa può manifestarsi (costrizione o punizioni fisiche, limitazione in spazi chiusi, sedazione farmacologica, bullismo) [5]. Nonostante questo, l'impressione che la disabilità possa costituire un fattore di rischio di maltrattamento per il bambino ne esce rafforzata.

**Perché la disabilità è un fattore di rischio?**

I motivi sono molti e neppure troppo difficili da comprendere. Spesso la disabilità di un bambino sottopone la famiglia a un carico emotivo, psicologico, fisico, economico e sociale molto elevato. Non tutte e non sempre le persone che si prendono cura di questi bambini sono in grado di reggerne il peso al meglio e per un periodo di tempo indefinito.

Un ambiente culturalmente o socialmente disagiato, lo scarso supporto della rete sociale o assistenziale, la ridotta capacità di accedere ai servizi sanitari, o anche semplicemente l'inadeguatezza nel com-

prendere i bisogni del bambino e nel dare le risposte più corrette, sono elementi che possono tradursi in maltrattamento. I bambini con problemi motori, non adeguatamente assistiti, sono più esposti a cadute, lesioni e fratture e, d'altra parte, la necessità di contenerli li espone al rischio di essere costretti fisicamente o sovratrattati farmacologicamente.

L'incapacità a rispettare le regole, a "comportarsi bene", l'iperattività, l'aggressività – manifestazioni che possono accompagnare i disturbi psichici e del comportamento – rendono più probabili i provvedimenti punitivi anche fisici, l'isolamento o l'umiliazione. Essere accuditi solo dai familiari piuttosto che da più figure, anche professionali, può essere un vantaggio perché riduce le possibilità e le occasioni di abuso, ma può essere controproducente se la violenza si esprime all'interno delle mura domestiche e il bambino non ha contatti con altri che possano raccogliergli i segni o interpretarne le richieste di aiuto.

Infine, la condizione di dipendenza fisica e psicologica che caratterizza, in maniera a volte drammatica, l'esistenza di questi bambini, la difficoltà nell'interpretare correttamente gli atteggiamenti anche intrusivi delle persone che hanno cura di loro e la difficoltà di comunicare efficacemente il proprio vissuto al mondo circostante sono elementi sostanziali che determinano isolamento e che rendono più complessi il sospetto e la rilevazione dell'abuso. In estrema sintesi, un bambino disabile non solo è più esposto al rischio di maltrattamento, ma avrà anche maggiore difficoltà nell'attirare l'attenzione su di sé qualora ne sia vittima.

### Le istituzioni pubbliche sono consapevoli della situazione?

Fuori dai confini dell'Italia la risposta sembra affermativa. L'American Academy of Pediatrics pubblica nel 2007 un rapporto del *Committee on Child Abuse and Neglect and Council on Children with Disabilities* statunitense: il 7,3% di tutte le violenze sui bambini, segnalate in 36 Stati degli USA nel 2004, riguarda un disabile e si ritiene che il dato sia ampiamente sottostimato [6].

Nel Nebraska, i dati raccolti in 35 servizi di assistenza all'infanzia indicano che il 14,1% dei bambini, nei quali è stato accertato il maltrattamento, è affetto da

**TABELLA 2: SINTESI DEI RISULTATI DELLA METANALISI DI JONES E COLL. [1]**

Studi inclusi	16 (1990-2010)
Numero pazienti con disabilità	18.374
Età (anni)	0-21
Provenienza	USA, UK, Svezia, Finlandia, Spagna, Israele
<hr/>	
Prevalenza compl. di violenza in disabilità:	27%
fisica	20%
sessuale	8,9-14%
emotiva	18%
trascuratezza/incuria	10%
Violenza in disabilità mentale:	21%
fisica	27%
sessuale	15%
emotiva	27%
trascuratezza/incuria	8%
Violenza in disabilità fisica:	
sessuale	11%
<hr/>	
Rischio compl. di violenza in disabilità (OR):	3,7%
fisica	3,6-4,05%
sessuale	2,9%
emotiva	4,4%
trascuratezza/incuria	4,6%
Rischio di violenza in disabilità mentale:	4,3%
fisica	3,1%
sessuale	4,6%
emotiva	4,3%

una o più disabilità [7]. In Israele il Ministero del Lavoro e degli Affari sociali riporta che su oltre 40.000 indagini per abuso, condotte negli anni 1998-2004, l'11% riguardava bambini disabili e l'1,2% bambini con disabilità grave [8]. Il rischio di maltrattamento era particolarmente elevato per i bambini con più grave disabilità, per i maschi rispetto alle femmine e per la fascia di età da 3 a 6 anni. Organizzazioni internazionali come l'OMS/UNICEF e Save the Children hanno ripetutamente sottolineato la particolare situazione di rischio nella quale si trovano i bambini disabili nei confronti della violenza in tutto il mondo [9-10]. Anche il Consiglio d'Europa ha dedicato ampio spazio all'argomento nell'ambito della campagna "1 in 5" volta a contrastare la violenza sessuale sui bambini [11-12].

In Italia, alla mancanza di numeri certi sui bambini affetti da disabilità (soprattutto in età prescolare) consegue l'im-

possibilità di definire in termini epidemiologici il fenomeno del maltrattamento. Lo stesso Gruppo CRC Italia, nel suo 2° Rapporto sull'applicazione della Convenzione sui Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, affronta solo marginalmente il problema, limitandosi a segnalare che il 7% delle vittime di comportamenti violenti a scuola è costituito da bambini disabili [13]. Più recentemente (2012) il 5° Rapporto di aggiornamento del Gruppo CRC, pur richiamando l'attenzione sui diritti dei bambini disabili, non tocca più specificamente il tema della violenza e anche il documento del Ministero della Salute (2010) sull'abuso sessuale nei bambini prepuberi ignora il tema della disabilità [14]. La dettagliata Consensus della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) segnala la disabilità fisica e/o psichica tra i fattori di rischio, ma trascura di approfondire l'argomento [15].

Questo, più o meno, è quanto oggi ufficialmente disponibile nella nostra realtà. Un'analisi condotta su articoli di stampa italiani dal 1987 al 1997 indica che il maltrattamento fisico è il più frequente (39% dei casi), seguito dalla trascuratezza (33%) e dall'abuso sessuale (28%). In poco meno della metà dei casi (44%) i responsabili sono i familiari con atti prevalentemente di trascuratezza (83%). Il maltrattamento fisico avviene più frequentemente (57%) all'interno di un istituto, mentre l'abuso sessuale sarebbe addebitabile nel 60% dei casi a estranei e nel 40% a personale d'istituto (tabella 3) [16]. Non può non colpire, in particolare, la rilevanza del fenomeno del maltrattamento nell'ambiente familiare come segno estremo di un disagio di lacerante gravità.

### Gli operatori sanitari sono consapevoli del fenomeno?

La letteratura medico-legale e forense è ricca di suggerimenti e norme di comportamento per gli operatori sanitari e giudiziari, volti a favorire la rilevazione dell'abuso e l'approccio al bambino maltrattato. Il nostro obiettivo non è certamente quello di richiamarli in questo breve scritto. Ci sembra importante, invece, rilevare che il tema della violenza sul bambino disabile richiede agli operatori competenze, sensibilità e tecniche comunicative e interpretative del tutto peculiari [15]. Forse è anche per questo che il problema fatica a emergere dall'ombra e non è affatto scontato che infermieri e pediatri siano adeguatamente preparati per questo difficile compito [5-17].

E, come detto all'inizio, il primo passo nella consapevolezza è proprio ammettere dentro di noi che questo può accadere ai bambini disabili innanzitutto, e poi anche a noi che li vediamo. La ricerca in questo campo è difficile ma non impossibile e non è comunque un valido motivo perché non sia affrontata. Le tecniche di rilevazione debbono essere particolari come particolare è il target di popolazione al quale si rivolgono e particolare è il tipo di evento che si va a indagare [5]. Occorre che i ricercatori abbiano accesso ai dati relativi a questo argomento, ma prima di tutto che i dati siano raccolti ed elaborati. Un malinteso senso della privacy può finire con il proteggere in

**TABELLA 3: DATI ITALIANI SUL MALTRATTAMENTO IN BAMBINI DISABILI IN RELAZIONE AL RESPONSABILE DEL REATO** [16]

Tipo di violenza	Familiari	Personale d'istituto	Estranei
Sessuale	0%	40%	60%
Fisica	29%	57%	14%
Trascuratezza/incuria	83%	17%	0%

prima istanza coloro che esercitano la violenza sui disabili piuttosto che i disabili stessi.

### Non essere miopi. Prevenire e tutelare

Vale la pena fare un'ultima riflessione sulla variabile *disabilità* come fattore che può predisporre all'abuso infantile e può elevare il rischio di maltrattamento. Nel momento in cui devono fare i conti con una realtà che si discosta così violentemente dall'immaginario di avere un bambino sano, nei genitori si apre una profonda ferita narcisistica rispetto alla possibilità di poter godere di gratificazioni e investimenti che l'essere genitore comporta.

Le aspettative, i desideri, i progetti si scontrano con le incertezze, le delusioni, la paura e la desolazione che si aprono come sfondo di una realtà assolutamente divergente e amara. La consapevolezza di avere un figlio disabile porta con sé un profondo senso di angoscia, d'impotenza, di vergogna e, non ultimo, di colpa. Un groviglio emozionale che necessita di essere compreso, accolto e accompagnato per evitare che possa tradursi in una rabbia narcisistica che potrebbe essere espressa e sollevata anche in forme diverse di maltrattamento. E, come detto, questo può esprimersi con le modalità più diverse e nessun contesto va escluso: famiglia, scuola, centri educativi, spazi ricreativi, fino al contesto sociale che si apre all'estraneità.

Per gli operatori sanitari diventa, allora, di fondamentale rilievo avere una visione globale e completa non solo dei bisogni di cura, ma anche dei contesti e dello stile di vita di quel bambino e della sua famiglia. È un approccio che non deve avere prioritariamente una valenza indagatoria, ma piuttosto preventiva affinché si possano elaborare un sostegno, un contenimento e un accompagnamento. La soggettività di ogni individuo ha dirit-

to di esprimersi in tutte le sue potenzialità e con un bambino disabile si alza, certamente, il rischio di confrontarsi con situazioni anche spiacevoli, come quando lo sforzo è teso ai processi di autonomia, al riconoscerli competenze di socializzazione e di apertura a esperienze esterne.

Consideriamo quanto possa essere difficile per un bambino, a maggior ragione se disabile, fare i conti con il senso di fiducia, di affidamento e di comprensione di cosa sia giusto e ingiusto. La capacità di adattamento del bambino a volte maschera una massiccia difesa compiacente in cui si baratta "il subire" con un profondo bisogno di essere accettato. Altresì, può avere i contorni del maltrattamento qualsiasi approccio di iperprotezione che risponda al bisogno di contenere le paure fantasmatiche e non sempre reali di chi si prende cura del bambino disabile, nel momento in cui lo espone a contesti esterni.

È un terreno delicatissimo, dove non c'è spazio per alcuna forma di miopia e dove cure, diritti e tutela sono assolutamente convergenti. Alle figure sanitarie, quindi, il difficile compito di un'accortezza preventiva che sappia cogliere qualunque traccia o segnale che, attraverso i limiti della propria disabilità, il bambino ci manda. ♦

*Siamo grati a Michele Gangemi per gli utili suggerimenti bibliografici.*

#### Bibliografia

- [1] Jones L, Bellis MA, Wood S, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* 2012;380(9845):899-907. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60692-8.
- [2] Govindshenoy M, Spencer N. Abuse of the disabled child: a systematic review of population-based studies. *Child Care Health Dev* 2007; 33(5):552-8.
- [3] Spencer N, Devereux E, Wallace A, et al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population based study. *Pediatrics* 2005;116(3):609-13.

## SERGIO NORDIO ERA UNO DI NOI

[4] Huges K, Bellis MA, Jone L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* 2012;379(9826):1621-9. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61851-5.

[5] Sullivan PM. Violence exposure among children with disabilities. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2009;12(2):196-216. doi: 10.1007/s10567-009-0056-1.

[6] Hibbard RA, Desch LW, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities. Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics* 2007;119(5):1018-25.

[7] Sullivan P, Cork PM. Developmental Disabilities Training Project. Omaha, NE: Center for Abused Children with Disabilities, Boys Town National Research Hospital, Nebraska Department of Health and Human Services, 1996.

[8] Hershkowitz I, Lamb ME, Horowitz D. Victimization of children with disabilities. *Am J Orthopsychiatry* 2007;77(4):629-35. doi: 10.1037/0002-9432.77.4.629.

[9] Pinheiro PS. World Report on Violence against Children. WHO/UNICEF/OHCHR, 2005.

[10] Lansdown G. See me, Hear me. A guide to using the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities to promote the rights of children. Save the Children Fund, 2009.

[11] Brown H. Safeguarding adults and children with disabilities against abuse. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2000. [http://www.coe.int/t/e/social\\_cohesion/soc-sp/Abuse%20\\_E%20in%20color.pdf](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Abuse%20_E%20in%20color.pdf).

[12] Brown H. Sexual abuse of children with disabilities. Canterbury Christ Church University, United Kingdom. <http://www.coe.int/t/dg3/children/1in5/Source/PublicationSexualViolence/Brown.pdf>.

[13] Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC). I Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 2009.

[14] Giolito MR, Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia. Ministero della Salute. L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed., 2010.

[15] Gruppo di lavoro SINPIA sugli abusi in età evolutiva. Linee guida in tema di abuso sui minori. Revisione approvata in CD SINPIA il 15 febbraio 2007. <http://www.sinpia.eu/atom/allegato/154.pdf>.

[16] Molinari E. La violenza contro i portatori di disabilità: analisi di articoli del "Corriere della Sera" dal 1987 al 1997. Maltrattamento e abuso all'infanzia 2000;2:47-62.

[17] Koetting C, Fitzpatrick JJ, Lewin L, Kilanski J. Nurse practitioner knowledge of child sexual abuse in children with cognitive disabilities. *J Forensic Nurs* 2012;8(2):72-80. doi: 10.1111/j.1939-3938.2011.01129.x.

Sergio Nordio ci ha lasciato improvvisamente, silenziosamente e senza far parlare di sé. È stato il terzo presidente dell'ACP. Ne ha incarnato lo spirito più profondo nella conciliazione tra innovazione assistenziale e confronto con culture, saperi, linguaggi, visioni della società e della medicina, molteplici e diversi, non disponibili ad accettare l'ipersemplificazione che tanto spesso caratterizza l'interpretazione e la comprensione del mondo e del vivente. La teoria della complessità faceva da sfondo e informava di sé il suo pensiero. Egli, rifiutando la comoda posizione del disimpegno che frequentemente il rifarsi a questa teoria induce, ha avuto un'attenzione costante a trovare le risposte giuste per la pratica dell'agire umano, un modo per percorrere il cammino del saper fare non disgiunto dal saper essere.

Era una persona riservata e non incline al culto della personalità, nonostante abbia ricoperto importanti posizioni nel mondo accademico e scientifico italiano, tra cui, cito a memoria, quelle di professore ordinario presso l'Università di Trieste, di direttore scientifico dell'Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo" a Trieste, di componente del Comitato Nazionale di Bioetica. L'impegno che egli profuse proprio nelle attività del Comitato di Bioetica si concretizzò in titoli quali *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, *Bioetica con l'infanzia*, *Trapianti di organi nell'infanzia*, *Venire al mondo*. Ricordo ancora l'intensa esperienza da me vissuta in prima persona per la stesura di un altro elaborato dedicato a *Infanzia e ambiente*, pubblicato nel 1998 e per il quale mi fu, da lui, chiesto di approntare un contributo sul tema delle disuguaglianze. La Neonatologia italiana ha avuto in lui uno dei suoi maestri fondatori, fin dai primi anni '70, quando questa disciplina, che allora costituiva una novità, cominciava a diffondersi nelle università e nei più importanti ospedali. Mentre però l'attenzione dei più era rivolta allo sviluppo delle tecniche di assistenza intensiva, egli vi associava l'esigenza che al neonato, anche al grande prematuro, non venissero negati i legami, le relazioni, gli affetti precoci che costituiscono, fin dalla nascita, la base indispensabile per la costruzione della persona e della rete di accoglienza intorno al nuovo essere venuto al mondo.

Nordio aveva anche compreso che ogni modifica, ogni miglioramento, ogni uso costruttivo delle capacità intellettuali devono passare attraverso un processo di formazione efficace nel trovare le risposte adeguate ai problemi che via via si presentano, anticipando, in un certo senso il concetto di "appropriateness" delle decisioni cliniche in relazione alla peculiarità e individualità del paziente. Ecco allora, invece delle lezioni frontali, la proposta degli atelier didattici, una forma circolare del sapere e della ricerca di soluzioni che utilizza l'arte dialettica del rimando invece di quella unidirezionale della trasmissione di nozioni; da essa derivano e diventano fatti concreti il saper fare e il saper essere. Nel convegno del 1994 "Epidemiologia della Disuguaglianza nell'Infanzia", alla cui organizzazione Nordio contribuì in modo determinante, egli trattò di "Formazione e verifica della qualità professionale come criterio di equità" e volle rimarcare che è dalle riflessioni che si passa ai comportamenti, quelli giusti e buoni, e che bisogna dare significato alle conoscenze: metacoscienza, quindi, nella misura in cui ci si prende carico della globalità del problema, anche partecipando ai turbamenti che provoca.

Vorrei ricordare la breve e intensa esperienza della rivista *Crescita* con le sue stesse parole, citando dall'editoriale dell'ultimo numero pubblicato, nel dicembre 1986: *"Tutto iniziò a una riunione dell'Associazione Culturale Pediatri, dove fu proposto di fondare una rivista a impostazione medico-sociale. Potrebbe dirigerla Nordio. Io non ero presente a quella riunione, ma accettai l'offerta grato e con entusiasmo. Sebbene con qualche timore, anche perché le precedenti iniziative editoriali dell'associazione avevano avuto tutte successo"*. Io credo che anche *Crescita* l'abbia avuto, nonostante i suoi poco meno di quattro anni di vita sembrino indicare il contrario. Si trattò di un laboratorio, di una fucina del pensiero. I contributi erano di medici di varie discipline, pediatri in particolare; ma non solo, anche di psicologi, filosofi, antropologi, sociologi, pedagogisti ecc. L'esperienza finì, molto probabilmente, come lo stesso Nordio ebbe a dire, perché si palesò da parte di molti l'attesa di una riflessione sulla cultura in un certo senso "prefabbricata", cosa che certamente la rivista non poteva soddisfare se non andando contro i suoi stessi principi ispiratori e accettando l'impossibile, cioè che si possa prefabbricare una riflessione.

Entrai in contatto con lui per la prima volta nella seconda metà degli anni '70, quando il centro di Neonatologia di Trieste e quello di Napoli, dove io allora lavoravo, erano coinvolti, insieme ad altri, nel Progetto di medicina preventiva perinatale del CNR, la prima ricerca policentrica ostetrico-pediatrica effettuata in Italia. Si parlava di epidemiologia, di valutazione delle cure, di indicatori che non fossero solo mortalità e frequenza di esiti ma riguardassero anche le procedure, in primo luogo quelle riguardanti la "care" e l'allattamento materno. Furono l'attenzione e il valore dati a questi aspetti a convincere Nordio stesso a impegnare il suo ospedale, che intanto era diventato un istituto di ricerca, a supportare altre due iniziative, le prime, a quei tempi, nel loro genere: la pubblicazione della Guida alla raccolta e alla elaborazione di dati perinatali, edita nel 1987 dal Pensiero Scientifico Editore, e la promozione dell'Indagine multicentrica italiana sui neonati di peso alla nascita molto basso, primo esempio nel nostro Paese di una ricerca collaborativa fra centri di Neonatologia con raccolta sistematica di dati perinatali e con follow-up a 2 anni.

Termino questo breve ricordo della figura e dell'opera di Sergio Nordio citando quanto scriveva nella presentazione alla Guida: *"Di fronte alla complessità, o si rimane paralizzati o la si affronta trovando un punto di attacco su cui prendere decisioni. Presa una decisione se ne valutano gli effetti, pronti a scegliere un altro punto di attacco. Questo è discorso epistemologico. In essenza è indiscutibilmente il discorso epidemiologico, se per epidemiologia s'intende un metodo flessibile con cui risolvere e moltiplicare problemi, un'attitudine a convivere con le subentranti incertezze"*.

Continuiamo a fare tesoro di questi insegnamenti!

Carlo Corchia

# Il consenso informato del minore. Aspetti generali e casi pratici

Augusta Tognoni  
Magistrato

## Abstract

### *Informed consent in children. General aspects and practical cases*

*A parent is not the sole guarantor of the health of the child, a personal right provided for in Articles 13 and 32 of the Constitution. The child by national and international conventions should be informed, heard, and "must" participate in the co-decision making process regarding medical treatment. Informed consent in his profound meaning is a doctor-parent-child "therapeutic alliance". Information to the child should be given in respect of the person. Evaluating the patient's qualities within the specific experience of illness and suffering in his social and family context is a highly responsible task for the doctor and the psychologist. They should be able to help the child to express a free consent in specific psycho-emotional conditions. The legislator can, in specific situations with adolescents, permit the patient to express his right without the intervention of parents. In conflicting situations the intervention of Judicial Authority can be requested.*

Quaderni acp 2013; 20(2): 84-87

**Key words** Child. Informed consent. Self-determination

Il genitore non è l'esclusivo garante della salute del figlio, diritto personalissimo previsto dagli artt. 13 e 32 della Costituzione. Il minore, soggetto di diritto, alla luce delle norme nazionali e delle convenzioni internazionali, "deve" essere informato, ascoltato, "deve" partecipare-collaborare all'interno del processo decisionale per il trattamento terapeutico, così da costruire un "sentire insieme", che sta alla base dell'"alleanza terapeutica" medico-genitori-paziente minore, che è il senso profondo del consenso informato. L'informazione al minore deve essere attuata come dovere derivante dal rispetto della persona. È compito di alta responsabilità del medico curante e dello psicologo, che sarà accanto al minore, valutare le qualità soggettive del paziente con quel determinato vissuto di malattia e di sofferenza, in quel determinato contesto familiare e sociale, per apprezzarne la maturità e la capacità di manifestare un libero consenso in quelle particolari condizioni psicoemotive. Il legislatore prevede, in alcuni casi, la possibilità per l'adolescente di esercitare personalmente il proprio diritto alla salute senza l'intervento dei genitori. Nelle situazioni di conflitto tra medico-genitori-elo paziente minore è opportuna la segnalazione del caso all'autorità giudiziaria.

**Parole chiave** Bambino. Consenso informato. Autodeterminazione

Il tema è complesso e sfaccettato con profili giuridici, medici, etici, sociali, morali. Quali sono i limiti ai poteri di rappresentanza dei genitori in tema del diritto personalissimo alla salute del figlio? Quale valore si deve attribuire all'autodeterminazione del minore? Chi decide quando i genitori e/o il minore-paziente non accettano la proposta del medico? Il minore-paziente? Il genitore esercente la potestà? Il medico? Il giudice?

In ambito sanitario persiste la visione adultocentrica, nel senso che l'esperienza di malattia e i problemi del minore di fronte alla sofferenza sono riservati agli adulti; i pensieri, le paure, i dubbi, le

richieste di informazioni del minore in merito alla sua malattia sono avvertiti con disagio dal genitore e dal medico; c'è una tendenza alla rimozione, al diniego della soggettività del bambino di fronte alla malattia per paura dell'adulto stesso o per desiderio di protezione.

È pacifico, peraltro, che le norme di diritto interno (artt. 2, 3, 13, 32 della Costituzione) e le Convenzioni internazionali – specificamente la Convenzione di New York del 1989 (artt. 12, 13), la Convenzione europea di Strasburgo per l'esercizio dei Diritti dei minori del 1996 (artt. 3, 6, 19), la Convenzione di Oviedo del 4 aprile 1997 con riguardo all'appli-

cazione della biologia e della medicina (art. 6), la Carta fondamentale dei Diritti dell'Unione Europea proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000 (art. 24); la UN Resolution on the rights of the child (detta anche Omnibus Resolution) adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite – sanciscano il diritto del minore di essere ascoltato, di esprimere la propria opinione e di essere coinvolto in tutte le situazioni che lo riguardano, e sottolineino che gli Stati devono promuovere, favorire e sostenere la partecipazione dei minori a qualsiasi livello.

## La potestà del genitore e l'autodeterminazione del minore

Il minore è soggetto di diritti e di libertà personali; il riconoscimento del minore come soggetto di diritto evidenzia il rapporto dinamico tra autorità-potestà dei genitori, intesa come diritto-dovere degli stessi, e libertà dei figli, con il corollario che il genitore non è il garante esclusivo della salute del figlio, diritto personalissimo stabilito dalla Costituzione con riferimento agli artt. 13 ("La libertà personale è inviolabile") e 32 ("La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"). Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge [...]. Il minore "deve" essere informato, "deve" essere coinvolto nel processo di "co-decisione" con il medico e l'esercente la potestà, "deve" esprimere il proprio consenso.

Il consenso informato traduce e sintetizza i principi costituzionali di libertà e autodeterminazione (artt. 13 e 32 della Costituzione) e deve essere considerato uno strumento all'interno della relazione terapeutica, non già un fine etico-giuridico-sociale. Il consenso informato è finalizzato a una "decisione condivisa" tra "volontà concorrenti" (medico-paziente, minore-genitore) per realizzare "l'allean-

Per corrispondenza:  
Augusta Tognoni  
e-mail: [augusta.tognoni@gmail.com](mailto:augusta.tognoni@gmail.com)

il bambino e la legge

za terapeutica” che è la forma ottimale di “cura” in ambito sanitario. Con l’avvertenza che il consenso presuppone un’informazione da parte del medico chiara, esauriente, adeguata all’età, al livello cognitivo (“capacità di discernimento”, espressione usata nelle norme, non meglio definita in letteratura medica-psicologica-giuridica), alla personalità del paziente, soggetto debole, proposta con sensibilità, comprensione, rispetto, con le modalità di tempo e di luogo ritenute le più opportune, con la presenza in alcuni casi dello psicologo.

Fermo il principio di autodeterminazione del minore, si discute sul valore giuridico da attribuire alla manifestazione di volontà del medesimo; si discute cioè se il consenso informato prestato dal minore, dotato di capacità naturale, con capacità di discernimento, sia requisito sufficiente per l’esercizio del trattamento sanitario, più precisamente se il “minore-malato” sia in grado di esprimere un consenso accettabilmente libero e autonomo e, in ipotesi positiva, a quale età e se sia legittimo gravarlo di scelte spesso drammatiche.

Il Comitato nazionale per la bioetica, sensibile alle difficoltà che comporta il consenso informato in pediatria, avverte: “Si può dire che è diverso il modo di pensare il consenso informato in pediatria per le indubbie impronte che riceve dalla conoscenza e dalla percezione della realtà dei bambini e degli adolescenti, del loro sviluppo nell’ambiente, del loro modo di appartenere al mondo, del modo in cui sono i genitori ad appartenervi e dal cogliere le loro comunicazioni verbali e analogiche, attese, richieste, proposte”. È compito delicato del medico e dello psicologo (nei casi più impegnativi è opportuno la sua presenza) capire se “quel” bambino, “quello” adolescente siano in grado di fronteggiare un’adeguata informazione e di manifestare un’autentica volontà in “quel” determinato momento, con la considerazione essenziale (attinta dalla psicologia) che la malattia è un fatto che comporta una compartecipazione affettiva, una sofferenza condivisa con una prevalente componente psicologica che può interferire profondamente con l’autenticità della persona.

*Il minore-adolescente può esercitare, personalmente, il proprio diritto alla salute senza l’intervento del genitore nei casi espressamente previsti dalla legge.*

L’art. 95 della legge 22 dicembre 1975 n. 685 (sulla disciplina delle sostanze stupefacenti e psicotrope e sulla prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza) riconosce la possibilità di chiunque faccia uso personale non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope di chiedere ai presidi sanitari locali di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e a interventi terapeutici e riabilitativi (comma 1 prima parte); al comma 2 precisa che, qualora si tratti di persona di minore età o incapace di intendere e di volere, la richiesta d’intervento può essere fatta personalmente dall’interessato. La norma è stata recepita nel Testo unico della legge in materia di stupefacenti approvato con Dpr 9 ottobre 1990 n. 309.

L’art. 120 stabilisce che il minore può chiedere personalmente ai presidi sanitari locali accertamenti diagnostici, interventi terapeutici e riabilitativi; solo nel caso in cui il medico accerti l’incapacità dell’interessato di comprendere il significato dell’accertamento o del trattamento da praticare, nonché le possibili conseguenze, l’intervento richiede necessariamente il consenso dei genitori. Con il corollario che, nel caso di contrasto tra la volontà del tossicodipendente minore e la volontà dell’esercente la potestà, si procede al trattamento solo su richiesta del minore.

*La volontà del minore è valorizzata dalla legge 27 maggio 1978 n. 194 sulla interruzione della gravidanza.*

L’art. 2 prevede la possibilità per i minori di richiedere la somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile, escludendo ogni ingerenza dei genitori in una sfera che, pur involgendo il diritto all’integrità fisica, è ritenuta esclusivamente di pertinenza della ragazza; in caso di contrasto con la volontà del genitore, prevale la volontà della minore.

L’art. 12 stabilisce, quale criterio generale per l’interruzione della gravidanza da parte di donna avente età inferiore ai 18 anni, l’assenso di chi esercita la potestà o tutela; tuttavia nei primi 90 giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà, oppure qualora queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri difformi, il giudice tutelare, sulla base della relazione medica trasmessagli dagli organi sanitari, “sentita la donna e tenuto conto della sua volontà” può autorizzarla, con atto non soggetto a reclamo, a decidere l’interruzione della gravidanza.

La Corte costituzionale con sentenza 19 luglio 2012 n. 196 ha sottolineato/esplacitato che il provvedimento di “autorizzazione a decidere” del giudice tutelare ha contenuto “unicamente d’integrazione della volontà della minore per i vincoli gravanti sulla sua capacità di agire” e rimane quindi “esterno alla procedura di riscontro, nel concreto, dei parametri previsti dal legislatore per poter procedere all’interruzione gravidica”; sicché, “una volta che i disposti accertamenti siano identificati quale antecedente specifico e presupposto di carattere tecnico, al magistrato non sarebbe possibile discostarsene”; “il compito del giudice tutelare di autorizzazione a decidere non può configurarsi come potestà co-decisionale, la decisione essendo rimessa soltanto alla responsabilità della donna”.

*Conflitto medico-genitori-paziente minore.*

L’alleanza terapeutica è la sintesi del principio di autodeterminazione del minore e di beneficiabilità per il suo superiore esclusivo interesse; è la soluzione che riflette la competenza scientifica e la sensibilità del medico, la stima, la fiducia e la gratitudine del paziente. Sono questi valori che costituiscono l’orgoglio del ruolo alla luce del giuramento ipocratico, che stabilisce il dovere del medico di agire solo per il bene del paziente.

*I casi di contrasto tra la volontà del minore e/o del genitore e la proposta di trattamento terapeutico del medico.*

È interessante valutare le soluzioni e i criteri di bilanciamento che il vigente ordinamento giuridico offre e che il giudice è chiamato ad applicare. La casistica è ampia.

Agevole è la decisione che riguarda le situazioni in cui il trattamento medico-chirurgico osteggiato dai legali rappresentanti del minore si configura come "necessario e indifferibile".

L'esempio paradigmatico è il rifiuto da parte dei genitori, per motivi religiosi (testimoni di Geova), a sottoporre il figlio minore a emotrasfusione atta a garantire, con elevato grado di certezza, la sopravvivenza e una buona qualità di vita. In questo caso s'impone la segnalazione da parte del medico all'autorità giudiziaria che sospende la potestà parentale e consente il trattamento, con l'avvertenza che il medico deve, nel rispetto delle convinzioni religiose dei genitori, valutare la possibilità di terapie alternative efficaci nell'interesse del minore.

Frequenti sono le situazioni di adolescenti (14-16 anni) anoressici o con problemi psicologici importanti all'interno di famiglie spesso problematiche, non gestibili dal medico, che deve segnalare il caso al Tribunale per i minorenni. Il giudice può disporre il trasferimento coattivo del minore in una struttura socio-assistenziale diversa dalla famiglia; provvedimento certamente lacerante e sproporzionato per il minore quando i comportamenti dei legali rappresentanti non sono connotati da elementi di particolare disvalore giuridico e sociale. Sono i casi che rientrano in quell'area grigia in cui l'interesse e gli effetti benefici sulla salute del minore, che il provvedimento limitativo della potestà parentale potrebbe arrecare, sono oscurati da sofferenze fisiche e psicorelazionali importanti, connesse alle cure.

Il giudice, nell'ottica di trovare un bilanciamento tra vantaggi e svantaggi per il minore, può ritenere più opportuno un intervento volto a ottenere un coinvolgimento reale della famiglia attraverso l'attivazione dei servizi socio-assistenziali-psicologici (*box 1*).

In alcune situazioni la divergenza di orientamento tra medici-genitori-minore riguarda modelli diagnostico-terapeutici

### Box 1

La madre di una ragazza di 14 anni, affetta da una grave malattia per la quale i medici ritengono necessaria l'alimentazione parenterale, presente assiduamente in ospedale per assistere la figlia, non condivide la decisione e si oppone all'intervento. Il medico responsabile del reparto in cui la ragazza è ricoverata, preso atto che la posizione della madre è irremovibile, informa il Tribunale per i minorenni della situazione. Il giudice convoca e ascolta le parti: il rapporto madre-figlia è disturbato e ambivalente, il padre è privo di autorità; anche il rapporto madre-medico curante è ambivalente, sospeso tra collaborazione e rivalità; il giudice incarica un'assistente sociale di contattare la ragazza in ospedale. Dal colloquio risulta evidente da un lato il desiderio della paziente che la degenza finisca al più presto anche ricorrendo all'intervento pesante proposto, dall'altro un senso di lealtà verso la madre che la induce a rifiutare la terapia. Il Tribunale autorizza le cure senza il consenso dei genitori e dispone che il servizio sociale si prenda cura della ragazza e costituisca un interlocutore al di fuori dell'ambito familiare al fine di sostenere la stessa e favorire le sue potenzialità di autonomia. Anche la madre viene aiutata con un sostegno psicoterapeutico atto a capire che la ragione del suo rifiuto all'intervento era motivata dalla difficile accettazione sia della malattia della figlia, sia della sua crescita e della conseguente naturale separazione da lei.

diversi, ma senza una sostanziale discrepanza in termini di efficacia. In questi casi si discute se sia giustificato l'intervento del Tribunale, in quanto il giudice minorile può intervenire per evitare attività pregiudizievoli al minore, ma non può imporre una sua scelta perché la ritiene migliore rispetto a quella dei genitori. Con la conseguenza che, quando si discute di due metodi di cura alternativi, ma parimenti validi e consolidati, ovvero quando il trattamento non è indispensabile o presenta rischi pari o superiori alla malattia che s'intende curare, la scelta-decisione dei genitori e/o del minore non può essere superata dal provvedimento del giudice.

Ben diversa è la situazione in cui la terapia alternativa opposta dai genitori (che rivendicano il diritto alla libertà come attributo della potestà genitoriale) al trattamento terapeutico proposto dal medico non è riconosciuta né valida né efficace secondo i parametri consolidati della comunità scientifica; in tali situazioni il medico non può esimersi dal coinvolgere l'autorità giudiziaria.

Offrono spunti di riflessione i casi riguardanti l'oncologia pediatrica, discussi nei Tribunali per i minorenni e nelle Corti d'Appello nel periodo della tormentata vicenda politico-sanitaria della Multiterapia Di Bella (MDB) negli

anni 1998, 1999, 2000 (tuttora vi è qualche segnalazione).

I casi descritti (*box 2*) si prestano a riflessioni su vari temi di rilevanza bioetica, quali il confronto tra bene della vita e bene della qualità della vita, la liceità della sperimentazione clinica e terapeutica sui minorenni, il rapporto tra potestà genitoriale e libertà educativa.

### Conclusioni

Le peculiarità del consenso in pediatria si articolano su due livelli: sensibilità e professionalità del medico nel comprendere la capacità dei genitori a decidere, e responsabilità del medico e dei genitori nel valutare la "capacità di discernimento" e, quindi, la volontà del bambino e dell'adolescente.

Non vi sono indicazioni codificate in letteratura in ordine all'età per il coinvolgimento del minore. Il Comitato nazionale per la bioetica sottolinea la necessità della conoscenza dello sviluppo cognitivo del minore con riferimento alla concezione piagetiana sull'evoluzione del pensiero (da quello pre-operazionale a quello concreto operativo, a quello formale operativo: fino a 6 anni le decisioni sono guidate da un pensiero limitato alle personali esperienze operative, fantasioso, magico; dopo i 7 anni il bambino esplora le proprie motivazioni e le



## Box 2

Bambino di 9 anni, colpito da osteosarcoma osteoblastico: il programma terapeutico prevede un trattamento chemioterapico, seguito da amputazione della gamba, con prognosi di sopravvivenza a 5 anni dalla scoperta del male pari al 60%, condizionata all'osservanza del programma terapeutico e con esclusione della possibilità di guarigione. Il Tribunale per i minorenni limita in via temporanea e urgente la potestà dei genitori. La Corte d'Appello revoca il provvedimento del Tribunale argomentando che: a) la possibilità di sopravvivenza è ridottissima, quasi aleatoria e andrebbe comunque verificata in concreto, in relazione alle condizioni fisiche precarie del bambino, che male tollerebbe la chemio; b) la comparazione tra il trattamento ufficiale e la MDB porta a un giudizio di sostanziale equivalenza: né l'una né l'altra servono; c) il minore respinge la terapia – l'intervento del resto sarebbe per lui devastante – e al momento è tranquillo, perché si fida dei suoi genitori, in quanto cercano di allontanare da lui il male; 4) non c'è conflitto di interessi, anzi genitori e figlio sono accomunati dallo stesso interesse, e pertanto "non si provvede alla limitazione della potestà genitoriale".

Bambina di 10 anni, affetta da leucemia linfoblastica acuta di tipo B: il protocollo seguito dall'Associazione Italiana Ematologia-Oncologia Pediatrica (AIEOP) dà ottimi risultati e assicura una probabilità di guarigione dell'80%; i genitori, preoccupati degli effetti diretti e collaterali della chemioterapia, optano per la MDB. Il Tribunale compara il protocollo AIEOP con la MDB e, motivando con il rischio di vita derivante dalla sospensione del trattamento e con l'indimostrata efficacia della MDB, ordina la prosecuzione della terapia. Il provvedimento è confermato dalla Corte d'Appello. Nella fase di esecuzione del provvedimento (ordine della Corte di prosecuzione della terapia), il Tribunale, reinvestito della questione per l'opposizione dei genitori e della bambina, dispone consulenza medico-legale-psicologica per valutare lo stato psicoemotivo della minore e

la possibilità di attuare in via coatta la chemioterapia, "valutato il grado di dissenso della bambina". Il giudice demanda ai periti anche il sondaggio sulla ricostituibilità del rapporto di fiducia e di alleanza terapeutica che consenta la ripresa della terapia. La consulenza conclude per la non attuabilità del trattamento coattivo. Il Tribunale archivia con un provvedimento che sottolinea "la mancanza di strumenti attuativi per assicurare alla bambina il diritto a ricevere una terapia che deriva dall'evidenza della ricerca scientifica".

Bambina di 9 anni, affetta da leucemia linfoblastica acuta con buone probabilità di guarigione (70%) condizionata alla puntuale esecuzione-realizzazione, per due anni, del protocollo terapeutico AIEOP 9502, riconosciuto dalla medicina ufficiale. Il programma viene interrotto per iniziativa dei genitori che sperimentano la MDB con conseguente modifica *in peius* del quadro prognostico (probabilità di guarigione pari al 30% e incertezza di sopravvivenza). Il Tribunale interviene dopo l'interruzione e non provvede alla limitazione della potestà genitoriale per i seguenti motivi: a) incertezza della prognosi quanto a probabilità di guarigione e a tempo di sopravvivenza; b) mancanza dei presupposti per il provvedimento limitativo in quanto "non è stato lasciato il certo per l'incerto", la decisione dei genitori non è influenzata da motivi ideologici, non è stata rilevata inadeguatezza, né negligenza nella loro condotta; c) la bambina è in grado di comprendere, almeno in parte, la dimensione del problema che l'affligge e, comunque, la chemioterapia l'ha fisicamente segnata e condiziona la sua vita sociale; d) la bambina rifiuta il trattamento sanitario; la sua volontà deve essere valutata in relazione all'art. 6 della Convenzione europea di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina. Con la conseguenza che sono a confronto il principio di autonomia e quello di beneficenza: far prevalere il secondo, e quindi imporre coattivamente una terapia, equivale a violare l'art. 32 della Costituzione.

confronta con ciò che altri dicono o fanno; a 12 anni inizia il pensiero ipotetico, critico, astratto sulle cose, sugli eventi futuri, sui rapporti di causa ed effetto). Ne deriva che il consenso è concepibile tra i 7 e i 10/12 anni e da considerare però con quello dei genitori. In età adolescenziale, quando il pensiero diventa progressivamente autonomo, si può ipo-

tizzare l'età limite (14 anni) per prospettare un valido consenso informato.

Il consenso informato non è un dato staccato dalla relazione medico-paziente, indipendente dagli eventi anteriori e posteriori alla manifestazione di volontà, bensì è un momento paradigmatico per definire la qualità della relazione paziente-curante: quel minore deve sentirsi accolto

e compreso nei suoi vissuti con tanto spazio per l'ascolto. Il minore deve essere coinvolto nel processo terapeutico, ma non può essere caricato di una responsabilità superiore alle sue forze e costretto a operare scelte che potrebbero essere causa di lacerazioni difficilmente assorbibili; il coinvolgimento non può diventare richiesta di "corresponsabilità". ♦

# A che punto siamo nel processo di eradicazione della polio?

Franco Giovanetti

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

Tra la fine del 2012 e le prime settimane del 2013 alcuni sanguinosi attentati hanno colpito gli operatori sanitari impegnati nelle campagne vaccinali antipolio in Pakistan e in Nigeria. A causa di questi eventi, per la prima volta dopo molti anni, i media hanno indirizzato la loro attenzione verso la polio e gli sforzi per la sua eradicazione, come testimonia la copertina del primo numero del 2013 della rivista *Time*, dal titolo *Killing Polio* [1]. A che punto siamo circa il processo di eradicazione? Un'importante novità proviene dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che ha recentemente deciso di modificare la sua strategia globale, sinora basata sul vaccino vivo orale trivalente di Sabin (OPV - Oral Polio Vaccine). Sarà adottata una schedula mista, che include sia un OPV bivalente, contenente solo i tipi 1 e 3 del Poliovirus, sia il vaccino parenterale inattivato (IPV - Inactivated Polio Vaccine), contenente tutti e tre i tipi virali [2]. Naturalmente i Paesi sviluppati, che da tempo sono passati all'IPV, continueranno a usare solo quest'ultimo.

Si possono individuare due ragioni fondamentali alla base di questa decisione. La prima è che il poliovirus selvaggio di tipo 2 è stato eliminato a livello mondiale nel 1999. La seconda è che in varie parti del mondo i poliovirus originati dall'OPV (soprattutto il tipo 2) hanno determinato piccoli focolai di poliomielite paralitica. Com'è noto l'OPV si replica nell'intestino, determinando un'efficace risposta immunitaria. Durante la sua replicazione nel tratto intestinale, il virus vaccinale può andare incontro a cambiamenti genetici tali da renderlo neurovirulento come il virus selvaggio. Di conseguenza, il virus vaccinale eccezionalmente è in grado di determinare una poliomielite paralitica nel soggetto vaccinato e nei suoi contatti suscettibili, giacché viene escreto con le feci. Da tempo erano noti i rarissimi casi di VAPP (Paralisi associata al vaccino polio) che si possono verificare nei vaccinati con OPV; tuttavia solo in anni recenti si è

visto che, in determinate circostanze, i poliovirus vaccino-derivati sono in grado di circolare nella popolazione comportandosi in modo simile ai poliovirus selvaggi e causando episodi epidemici. Il primo evento di questo genere si è verificato nel 2000 nell'isola di Hispaniola, ma altri episodi sono stati rilevati negli anni successivi in vari Paesi in via di sviluppo [3-4]. È emersa, quindi, la necessità di cambiare strategia. La scelta dell'OMS fa seguito a una semplice constatazione: continuare a immettere nella popolazione l'OPV di tipo 2 dopo la scomparsa del corrispondente virus naturale rischierebbe di far ritardare il processo di eradicazione della polio anziché renderlo più agevole. Al contrario, l'uso combinato dell'OPV bivalente e dell'IPV trivalente nei Paesi che sinora hanno utilizzato il solo OPV trivalente dovrebbe facilitare l'ultimo tratto del cammino verso l'eradicazione. Come ha dichiarato l'esperto dell'OMS Bruce Aylward, *"ci siamo resi conto che non dobbiamo solo eradicare il poliovirus selvaggio, ma dobbiamo anche eradicare il virus derivato dal vaccino"*.

Quali sono le circostanze che permettono l'emergenza dei virus virulenti vaccino-derivati? Ne sono state individuate tre: a) un'insufficiente copertura vaccinale con OPV, che determina sacche di soggetti suscettibili all'interno delle quali i poliovirus possono circolare attivamente; b) alcune condizioni ambientali favorevoli alla diffusione dei poliovirus (scarsa igiene, sovraffollamento e tutte le situazioni che generalmente favoriscono la diffusione delle malattie a trasmissione oro-fecale); c) l'assenza di circolazione del corrispondente tipo di poliovirus selvaggio (come accade per il tipo 2) [4]. Le aree a maggior rischio di emergenza dei virus virulenti vaccino-derivati sono quindi caratterizzate da una insufficiente copertura vaccinale, dall'assenza di poliovirus selvaggi che possano competere con i poliovirus vaccino-derivati e da tutte le condizioni epidemiologiche che da sempre hanno favorito l'ampia diffusione dei poliovirus.

Funzionerà la nuova strategia? Verosimilmente sì, se sarà applicata in tutti i Paesi per cui è stata messa a punto, e se saranno raggiunte elevate coperture vac-

cinale. Sfortunatamente due grandi ostacoli si intravedono: uno è di tipo economico, l'altro è politico. Per quanto riguarda il primo, la domanda è: sarà sostenibile economicamente lo sforzo dei Paesi in via di sviluppo di dotarsi dell'IPV, molto più costoso dell'OPV? L'ostacolo politico riguarda invece l'attività di contrasto delle campagne antipolio da parte dei Talebani in Pakistan e da parte degli antivaccinisti in Nigeria, i quali descrivono la vaccinazione antipolio come parte di una cospirazione occidentale contro l'Islam. L'OMS ha indicato la strada, ma altri dovranno cercare di rimuovere gli ostacoli. ♦

**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] Kluger J. Killing Polio. *Time Magazine* 2013; 181(1).
- [2] World Health Organization. Meeting of the strategic Advisory Group of Experts on immunization, November 2012 - conclusions and recommendations. *WER* 2012;87(1):1-16.
- [3] Kew O, Morris-Glasgow V, Landaverde M, et al. Outbreak of Poliomyelitis in Hispaniola Associated with Circulating Type 1 Vaccine-Derived Poliovirus. *Science* 2002;296:356-9. doi: 10.1126/science.1068284
- [4] Sutter RW, Kew OM, Cochi SL, Aylward RB. Poliovirus vaccine-live. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA (Eds). *Vaccines*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2012.

Per corrispondenza:

Franco Giovanetti

e-mail: giovanetti58@alice.it

# Steroidi, antinfiammatori e tossicità gastrointestinale: una buona ragione per prescriverli solo quando necessario

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani

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

*Un farmacipi insolito, che nasce da alcune riflessioni fatte dopo le dichiarazioni (in seguito rettificate) del presidente del Consiglio (lo è ancora, al momento in cui scrivo), Mario Monti, sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN) del 27 novembre 2012: "Il nostro Sistema Sanitario Nazionale, di cui andiamo fieri, potrebbe non essere garantito se non si individuano nuove modalità di finanziamento". Le riflessioni che propongo prendono spunto da due termini oggi molto in voga.*

## Farmaci e lesioni gastrointestinali nei bambini: un segnale d'allarme

Steroidi orali e antinfiammatori non steroidei (FANS) sono associati a un maggior rischio di complicanze a livello del tratto gastrointestinale superiore.

È quanto osservato in uno studio caso-controllo coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità che ha coinvolto i Pronto Soccorsi di otto ospedali italiani. È stata confrontata l'esposizione a farmaci nelle tre settimane precedenti in 486 bambini ricoverati per ematemesi, melena o lesioni gastrointestinali confermate all'endoscopia versus 1930 bambini ricoverati per disturbi neurologici (per es. convulsioni non febbrili).

Il 72% dei bambini con lesioni gastroentero-duodenali era stato esposto in precedenza a farmaci versus il 54% dei controlli. In particolare, è risultata maggiore l'esposizione a steroidi orali e a farmaci FANS, con odds ratio rispettivamente di 2,9 (IC 95%: 1,7-4,8) e di 2,9 (IC 95%: 2,1-4,0). Un aumento del rischio è stato inoltre osservato per gli antibiotici (OR 2,3; IC 95%: 1,8-3,1) Nella maggior parte dei casi la terapia con steroidi o FANS era di breve durata, con una mediana di tre giorni.

Per quanto il rischio di lesioni gastroentero-intestinali nei bambini sia basso (gli Autori stimano 2,4 casi ogni 10.000 accessi in Pronto Soccorso), quanto osservato in questo studio multicentrico dovrebbe stimolare a un uso più razionale di FANS e steroidi, spesso prescritti in maniera inappropriata.

*Bianciotto M, Chiappini E, Raffaldi I, et al. Drug use and upper gastrointestinal complications in children: a case-control study. Arch Dis Child 2013;98(3):218-21. doi: 10.1136/archdischild-2012-302100. Epub 2012 Dec 21.*

## Il ruolo del paracetamolo endovena (ev) nei neonati nel dolore post-operatorio

Il trattamento adeguato del dolore post-operatorio mediante farmaci oppioidi nei

neonati e bambini molto piccoli può essere limitato dalla comparsa di depressione respiratoria.

Per tale motivo, un gruppo di neonatologi di Rotterdam ha condotto uno studio clinico randomizzato in doppio cieco per stabilire l'efficacia del paracetamolo ev nel ridurre la dose cumulativa di morfina necessaria a controllare il dolore post-operatorio (chirurgia maggiore non cardiaca) in bambini di età inferiore a un anno. 71 bambini sono stati sottoposti ad anestesia standardizzata durante l'intervento e un bolo di morfina (100 µg/kg). È stato somministrato trenta minuti prima della fine dell'intervento. Successivamente i bambini sono stati randomizzati al gruppo d'intervento (paracetamolo ev 30 mg/kg in 4 dosi giornaliere) o al trattamento standard con morfina (più infusione di placebo 4 volte al giorno). In entrambi i gruppi venivano somministrati boli di morfina come farmaco *rescue* in caso di dolore.

L'end-point primario dello studio era la riduzione clinicamente significativa (> 30%) della morfina somministrata per il controllo del dolore nelle 48 ore di follow-up in seguito all'intervento. La dose cumulativa di morfina somministrata al gruppo di intervento è stata inferiore del 66% (IC 95%: 34-109) a quella del gruppo di controllo. Non sono state osservate differenze significative nella percentuale di eventi avversi tra il gruppo di trattamento (27,3%) e quello di controllo (34,2%); odds ratio 0,9 (IC 95%: 0,3-2,6). I livelli di analgesia raggiunti in entrambi i gruppi sono stati i medesimi.

I risultati suggeriscono che il paracetamolo intermittente ev riduce significativamente la dose cumulativa di morfina necessaria per il dolore post-operatorio in bambini di età inferiore a un anno e può rappresentare un'utile opzione terapeutica.

*Ceelie I, de Wildt SN, van Dijk M, et al. Effect of intravenous paracetamol on postoperative morphine requirements in neonates and infants undergoing major noncardiac surgery: a randomized controlled trial. JAMA 2013;309(2):149-54. doi: 10.1001/jama.2012.148050.*

## Farmaci biologici, vaccini e dati sull'uso pediatrico

Per la maggior parte dei farmaci biologici approvati negli Stati Uniti negli ultimi quindici anni i foglietti illustrativi riportano informazioni riguardanti l'uso in pediatria, e sono disponibili studi clinici pediatrici. È quanto emerge da uno studio effettuato nel 2011 dall'Institute of Medicine (IOM), per conto della Food and Drug Administration (FDA), con lo scopo d'individuare i farmaci biologici approvati per l'uso pediatrico e/o studiati nei bambini.

L'analisi ha riguardato 96 farmaci biologici e 55 vaccini, autorizzati dalla FDA tra il 1997 e il 2010 e commercializzati a partire dal 2010, di cui sono stati analizzati i foglietti illustrativi per verificare se riportassero informazioni riguardanti l'uso pediatrico (indicazioni d'uso approvate, dati di studi clinici pediatrici, ed eventi avversi segnalati). Per questi prodotti è stato, inoltre, consultato il registro internazionale degli studi clinici (ClinicalTrials.gov).

Il 49% dei farmaci biologici era registrato per l'uso in pediatria, mentre per il 10% gli stampati riportavano dati di farmacocinetica e/o risultati di studi clinici pediatrici, anche se il farmaco non era autorizzato per l'uso nei bambini. Inoltre, per l'85% dei farmaci biologici era disponibile almeno uno studio pediatrico completato, in corso o pianificato. Solo 3 dei 55 vaccini (5%) non erano approvati all'uso in pediatria o non erano stati studiati in età pediatrica: 2 di questi erano destinati all'uso nella popolazione (un vaccino anti-adenovirus e un vaccino anti-antrace, destinati ai membri dell'esercito).

Anche se per la maggioranza dei farmaci biologici sono disponibili informazioni inerenti all'uso pediatrico, gli incentivi pubblici potrebbero incoraggiare ulteriori studi clinici per comprendere meglio il meccanismo d'azione e le condizioni di utilizzo di questi prodotti nei bambini.

*Field MJ, Ellinger LK, Boat TF. IOM Review of FDA-Approved Biologics Labeled or Studied for Pediatric Use. Pediatrics 2013;131(2):328-35.*

Per corrispondenza:

Antonio Clavenna

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

# Asilo nido e malattie ricorrenti

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

\*Direttore del Distretto ASL, Cesena; \*\*Pediatria di famiglia, Piano di Sorrento (Napoli);

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

Molti studi dimostrano che i bambini che frequentano l'asilo nido si ammalano più frequentemente di raffreddore, otiti e gastroenteriti virali (diarrea, vomito e febbre). Un bambino che si ammala frequentemente, a volte anche ogni settimana, desta preoccupazione per il suo stato di salute.

*"È stato sempre un bambino forte, non si è mai ammalato! Da quando va al nido è sempre raffreddato e ha avuto due otiti con febbre [...] temo che l'asilo non sia adeguato, ho paura che si indebolisca e diventi un bambino fragile".*

## Tutti questi virus possono essere dannosi per la salute?

In effetti molti studi negli ultimi anni hanno dimostrato che i bambini che frequentano l'asilo nido si ammalano di meno quando poi andranno alla scuola dell'infanzia e alla scuola elementare. Ci sono varie ragioni che ci spiegano il perché succede questo. Un motivo è che i bambini, che frequentano asili nido dove ci sono tanti altri bambini, hanno l'opportunità di venire a contatto con molteplici virus e quindi tante e diverse infezioni; questo è un fenomeno normale che consente al sistema immunitario di fortificarsi ed essere pronto, poi, a combattere virus diversi.

Un secondo motivo è che sembrerebbe esserci un periodo di maggiore sensibilità nei primi anni di vita: studi scientifici hanno dimostrato che andare all'asilo nido prima dei 2 anni e mezzo, in un asilo dove ci sono tanti bambini (almeno più di sei-otto), protegge verso future infezioni. I bambini che invece vanno a scuola più tardi, dopo i 2 anni e mezzo, sembrano non avere questo beneficio da grandi. Quindi non c'è motivo di preoccuparsi. Essere esposti a più virus non crea danni alla salute.

Frequentare l'asilo stando a contatto con tanti bambini fa sì che il sistema immunitario sia esposto a tante varietà di virus e anche a forme diverse dello stesso virus.

In questo modo le difese immunitarie del tuo bambino diventano più abili e capaci di difenderlo.

Per corrispondenza:  
Stefania Manetti  
e-mail: [doc.manetti@gmail.com](mailto:doc.manetti@gmail.com)

## Queste infezioni si possono prevenire? Se sì, con quali medicine?

Le malattie virali come il raffreddore, le otiti e le gastroenteriti hanno un decorso abbastanza breve, generalmente meno di sette giorni. Non ci sono farmaci in grado di ridurre la durata e il decorso di queste malattie; ci sono farmaci che possono ridurre il dolore o la febbre e quindi possono far stare i bambini un po' meglio in attesa che la malattia passi.

Gli antibiotici non servono a far guarire prima, anzi non sono indicati perché sono farmaci utili a combattere le malattie batteriche e non quelle virali come il raffreddore, la tosse, la gastroenterite. Quindi, in queste situazioni sono farmaci non appropriati, ma non solo: pensate che l'uso frequente di antibiotici può far sì che ci si "abitu" e quando sarà necessario usare l'antibiotico per combattere una infezione batterica potremo avere difficoltà a trovarne uno efficace.

A volte l'otite può richiedere l'uso di un antibiotico; questo dipende da tanti fattori che solo il tuo pediatra può valutare. Spesso è necessario semplicemente far passare uno o due giorni e rivalutare il problema.

## Il mio bambino da quando va all'asilo prende non solo raffreddore e febbre ma spesso anche l'otite. Perché i bambini prendono spesso l'otite quando sono raffreddati?

Le otiti sono molto frequenti nei bambini specie nei primi anni di vita: il 90% dei bambini dai 6 mesi ai 4 anni ha avuto un episodio di otite. Ci sono vari tipi di otite: le più frequenti si manifestano in corso di raffreddori o malattie virali e si chiamano otiti medie perché interessano la parte media dell'orecchio, quella che sta dietro alla membrana del timpano:

1. **l'otite media acuta (OMA)** che si presenta con dolore e febbre, spesso con sintomi di raffreddore e tosse;
2. **l'otite media con effusione (OME):** si presenta con liquido nell'orecchio e

### FILASDROGGA DEL RAVVREDDORE

#### Versione col naso chiuso

*Vilasdrogga del ravvreddore,  
gol daso ghe gola, la vebbre ghe sale  
(se bassa i dreddaddo ghiabiabo il doddore)*

#### Versione col naso libero

*Filastrocca del raffreddore,  
col naso che cola, la febbre che sale  
(se passa i trentotto chiamiamo il dottore).*

sensazione di orecchio chiuso o a volte difficoltà a sentire; spesso ci sono sintomi recenti di raffreddore e tosse o di malattia virale in atto. Circa il 90% dei bambini tra i 6 mesi e i 4 anni ha un episodio di OME.

**Se hai dei dubbi o il tuo bambino ha meno di 6 mesi e pensi che possa avere un'otite devi consultare il pediatra.**

## Cosa posso fare per evitare che il mio bambino si ammali di otite?

Diversi studi scientifici hanno evidenziato che avere in casa qualcuno che fuma aumenta di tre volte il rischio di otite. Il modo migliore per prevenire una infezione all'orecchio del tuo bambino è smettere di fumare, decisione saggia per la salute di entrambi. Anche se il tuo bambino ha già sofferto di otite, smettere di fumare può ridurre o evitare altri episodi di otite.

L'allattamento al seno protegge dalle otiti: dunque, allattando il tuo bambino, gli dai una protezione in più.

La vaccinazione antipneumococcica sembra avere un effetto protettivo anche se modesto, e solo nei bambini con otiti ricorrenti.

## Cosa posso fare per evitare che il mio bambino si ammali frequentemente andando all'asilo nido?

Insegna al tuo bambino il lavaggio delle mani, da fare spesso durante la giornata. Rispetta il calendario delle vaccinazioni raccomandate.

Nella scelta dell'asilo nido assicurati che ci sia la possibilità di trascorrere del tempo all'aperto e che il personale sia consapevole dell'importanza del lavaggio delle mani. Non utilizzare farmaci inutili: l'attesa è spesso la medicina migliore e quella meno dannosa.

**Consulta il tuo pediatra se hai bisogno di aiuto.**

### Per ulteriori informazioni

<http://www.healthychildren.org/>

<http://www.uppa.it/ricerca.php?rand=1361290070&cerca=otiti> ♦

informazioni per genitori

# Il primo film saudita diretto da una donna. *La bicicletta verde*

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

In un sobborgo di Riyadh, la capitale dell'Arabia Saudita, una ragazzina sogna. Si chiama Wadjda, frequenta la scuola femminile come tutte le sue coetanee, ha una bella casa, dei genitori che le vogliono bene, l'amichetto Abdullah che le fa la corte, ma non è felice. Apparentemente la sua tristezza sembra dipendere dal fatto che, pur essendo intelligente, non ama molto lo studio e la lettura del *Corano*. In realtà, altre cose disturbano le sue giornate: il rapporto non idilliaco tra i suoi genitori, la cafonaggine dell'autista che porta al lavoro sua madre, i continui richiami della direttrice della scuola, le ferree usanze che la costringono a non parlare con gli uomini, a non calzare scarpe colorate e a coprirsi la testa con il velo nero.

Trova la voglia d'impegnarsi il giorno in cui, per strada prima e in un negozio dopo, vede una bella bicicletta verde. Venirne in possesso, diventa il suo sogno. I soldi per comprarla ci sarebbero, ma a casa tira una brutta aria: il padre, intenzionato ad avere il figlio maschio che la moglie non ha saputo dargli, sta per unirsi a un'altra donna e a poco servono i tentativi della madre che cerca di farsi sempre più bella e attraente per tenerlo stretto a sé. Per raggranellare la somma necessaria all'acquisto della bicicletta, Wadjda è, pertanto, costretta a fare affidamento su se stessa: vende braccialetti colorati alle amiche, spilla denaro ad Abdullah, fa da corriere a giovani innamorati. Piccoli espedienti che le procurano guadagni del tutto insufficienti. L'occasione propizia arriva quando, a scuola, viene indetta una gara di memorizzazione e di recitazione di versi del *Corano*, con premio in denaro. La poco attenta e svogliata Wadjda diventa, allora, una ragazza "convertita" ed esemplare. Vince la gara, ma avendo dichiarato apertamente che è sua intenzione comprare con quei soldi la tanto desiderata bicicletta, vede sfumare il suo sogno. Sarà sua madre, delusa quanto lei, a venirle incontro e a farla pedalare libera e felice prima che svanisca del tutto la

sua adolescenza. Raccontato così, *La bicicletta verde* potrebbe sembrare – probabilmente proprio per la bicicletta inserita nel titolo – un filmetto nato dallo studio del nostro neorealismo (*Ladri di biciclette*) o dall'ammirazione per i fratelli Dardenne (*Il ragazzo con la bicicletta*). Siamo fuori strada. È ad altre scuole e ad altri registi che bisogna accostarlo: *Sognando Beckham* di Gurinder Chada, *Il palloncino bianco* di Jafar Panhai, *La mela* di Samira Makhmalbaf, *Water* di Deepa Mehta, *Osama* di Siddiq Barmak. Film, insomma, che non narrano solo la condizione di subalternità della donna nei confronti degli uomini, ma anche le difficoltà della crescita delle bambine. E non è per caso che nel nostro Paese ha ottenuto il patrocinio di Amnesty Italia. Ci sono, è vero, sequenze che si soffermano sulla normalità del rapporto genitori-figli, o sul candido gioco affettivo tra ragazzini della stessa età, ma si tratta di parentesi che svaniscono di colpo quando subentrano i severi moniti delle *sure*. Il peccato e il diavolo sono costantemente in agguato e la prudenza suggerisce di non lasciare aperte le pagine del *Corano*, di evitare che si creino spazi tra le ragazze in preghiera, di non mettere lo smalto sulle unghie delle mani e dei piedi, di non parlare con gli uomini e di non esporsi nemmeno ai loro sguardi nei giochi all'aria aperta.

Un film, ovviamente, non può esaurire un argomento così complesso che comporta rimandi storici, culturali e religiosi. Ma niente impedisce di avviare la discussione sulla forza e sull'importanza delle immagini. Con due annotazioni non di poco conto: *La bicicletta verde* è il primo film girato interamente in Arabia Saudita ed è anche il primo film saudita a essere diretto da una donna. E bisogna riconoscere che Haifaa Al-Mansour ha avuto un bel coraggio ad avventurarsi in questa fatica se è vero, come è vero, che per le riprese in esterno si è dovuta addirittura nascondere in un furgone. Se non è consentito a una bambina di andare in bicicletta, figurarsi se potesse essere consentito a una donna di andare in giro con una cinpresa in mano. Film, pertanto, completamente al femminile che non condanna solo gli uomini volutamente lasciati in ombra – sui tetti delle case a

fare i muratori, in recinti a discutere di politica, nelle stanze da pranzo a fare onore a prelibati piatti preparati dalle mogli –, ma anche le donne tradizionaliste e fanatiche che sembrano rassegnate al loro destino. Sapendo che in Arabia Saudita non esistono sale cinematografiche, sarebbe lecito pensare alla inutilità di questo film. Ma Haifaa Al-Mansour ha trasfuso nella piccola protagonista una buona dose del suo coraggio. Il verde della bicicletta è anche il colore di una speranza che le donne possono alimentare solo facendo leva sulla loro forza interiore. In questa piccola vicenda che si segue a tratti come un documentario, si torna a respirare solo alla fine, quando la macchina da presa pedina Wadjda finalmente felice in sella alla sua bici. Nella sfida con Abdullah siamo di parte e tifiamo per lei. Che bello vederla vincitrice, procedere da sola, lasciarsi alle spalle le viuzze del suo quartiere e sbucare in una larga e più animata strada. ♦



*La bicicletta verde*

(Titolo originale: *Wadjda*)

Regia: Haifaa Al-Mansour

Con: Reem Abdullah, Waad Mohammed, Abdullrahman Alghohani, Ahd Kame, Sultan Al Assaf

Arabia Saudita, Germania, 2012

Durata: 100', col.

Per corrispondenza:

Italo Spada

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

# Libri: occasioni per una

## Giovanni Falcone spiegato a un figlio



**Luigi Garlando**  
*Per questo mi chiamo Giovanni*  
Rizzoli, 2004  
pp. 154, euro 10

Un'amica siciliana (chi altri sennò?) mi ha fatto conoscere questa insolita versione della vita di Giovanni Falcone, vista attraverso il racconto di un padre che cerca di spiegare al figlio decenne i principi per i quali l'uomo e il magistrato vissero e morirono. Difficile, credo, scrivere qualcosa che già non sia stato scritto su Falcone e, naturalmente, su Borsellino, perché quello che non è ancora stato scritto probabilmente è perché non ci è dato di conoscere. E non sappiamo se mai ci sarà dato. Ma il racconto di quello che sappiamo è già più che sufficiente perché un padre, che ha visto da vicino "il mostro", ne è stato vittima e, alla fine, a suo modo, lo ha sconfitto, trovi le parole per spiegare al proprio figlio il senso della vita e della morte di un uomo che ha segnato un solco nell'esistenza di molti altri uomini. Anche il figlio sta facendo esperienza del "mostro" nella sua piccola realtà scolastica che è fatta di un pizzo da pagare (le figurine dei calciatori) al compagno prevaricatore, di tentativi di estorsione (le mance), di violenza (l'amico che viene spinto giù dalle scale della scuola) e di omertà (*nun lu sacciu*, non lo so, non ho visto). E allora, nel racconto del padre, Falcone bambino – che amava Zorro e gli altri supereroi del suo tempo – diventa, a poco a poco, esempio accessibile e plausibile agli occhi del figlio attraverso esperienze molto simili a quelle che egli stesso sta vivendo. Il passaggio dal Falcone bambino al Falcone magistrato, al Falcone vittima del "polipone nero che abbraccia la Sicilia" è graduale e dà il senso di un impegno da cui "deriva un bene maggiore perché collettivo". E in questo, l'impegno del bambino nel denunciare i piccoli (grandi) soprusi a cui assiste e di cui è vittima acquisisce un valore paragonabile a quello del tenace uomo di legge che un poco alla volta egli impara a conoscere. Al termine del racconto, dopo avere visto e toccato le testimonianze dell'epilogo, il figlio riemergerà consapevole della storia di Falcone, della storia del proprio padre e, soprattutto, di se stesso. Giovanni è il suo nome e, ci viene detto, è nato il giorno della morte dell'altro Giovanni. La finzione e la realtà si fondono e si confondono perché, come afferma l'Autore "[...] dal 23 maggio

1992 tutti ci chiamiamo Giovanni [...]". Qualche anno fa ho conosciuto un ragazzino che si chiamava Carlo Alberto. Quando ho chiesto ai genitori, giusto per iniziare a conoscerci, l'origine di un nome così raro, il padre mi disse di essere carabiniere e di avere operato in anni passati, nel Nord Italia, agli ordini di Carlo Alberto Dalla Chiesa. Due anni dopo l'assassinio del Generale nasceva il giovane Carlo Alberto. La testimonianza di un impegno può farsi strada anche attraverso i piccoli fatti della vita di ogni giorno.

Enrico Valletta

## Guardare negli occhi la paura



**Paola Natalicchio**  
*Il Regno di Op. Storie incredibili dei bambini invincibili di Oncologia Pediatrica*  
Introduzione di Concita De Gregorio  
Ed. La Meridiana, 2012  
pp. 212, euro 15

Sono pochi, per fortuna, i bambini con una neoplasia che ciascuno di noi, pediatri di famiglia (pdf), ha in carico. La letteratura dice che sono circa 1500 all'anno, pari a 168 casi per milione. In Italia il tasso di tumori infantili è più elevato di quello europeo (che si attesta a 140 per milione) con un incremento annuale che fino al 2002 era il maggiore (2% annuo), ma in rallentamento nel triennio 2003-2005. Sono pochi questi bambini, eppure ciascuno di noi, pediatri territoriali, si ricorda bene, anzi benissimo, i suoi casi; ogni leucemia, ogni linfoma, ogni neuroblastoma, ogni rhabdomyosarcoma, ogni forma tumorale ha un nome, con quel volto stampato in quell'istante come su una Polaroid, e ha una famiglia, con gli occhi di quei genitori così diversi da tutti gli altri genitori che affollano i nostri studi. Ogni neoplasia infantile inizia la sua storia sempre allo stesso modo: gonfia d'incredulità, di angoscia, smarrimento, paura, come un temporale estivo, dove nuvole scure sporcano il cielo e sparano fulmini e lampi, quasi per ferire. Improvvisamente questi bambini con le loro famiglie passano dalle nostre fragili mani a quelle forti e sicure dei colleghi ospedalieri per proseguire su una strada completamente diversa da quella di tutti gli altri bambini. Ne perdiamo le tracce per poi ritrovarle al telefono in occasione di una prescrizione o di un consiglio. Questa strada, dapprima inevitabilmente erta, difficile, faticosa, è quella che passa nel Regno di Op e diventa qualcosa di eccezionale e di

coinvolgente. Le parole della mamma di Angelo ci prendono per mano, con dolcezza, e ci accompagnano in questo luogo terribile e sorprendente, stringendoci più forte nei momenti di tristezza, accarezzandoci per non sentirci soli. Si va avanti perché si deve andare avanti: i giorni, le notti, le terapie, i medici, le TAC, i parenti, le infermiere, gli altri bambini, le feste, i giochi. I bambini si trasformano nel Regno di Op e noi con loro. Noi pdf siamo con loro, anche solo per ascoltare e imparare. Sono i nostri bambini con le loro mamme e i loro papà. E sono bambini e genitori incredibili, eccezionali e invincibili.

Federico Marolla

## L'amore, la sofferenza



**Mariapia Veladiano**  
*Il tempo è un dio breve*  
Giulio Einaudi editore, 2012  
pp. 225, euro 17

Mariapia Veladiano, laureata in filosofia e teologia, affronta in questo suo secondo romanzo, con passione e competenza, i temi dell'amore, dei conflitti familiari, della sofferenza e della morte. Li sviluppa utilizzando un linguaggio ricco, profondo e allo stesso tempo semplice, con molte frasi brevi e dialoghi spesso concisi che lasciano emergere personaggi di grande spessore. Ma perché questo libro dovrebbe interessare particolarmente un pediatra, oltre che perché è un gran libro, e perché, come tutti, anche i pediatri sono mortali e come molti si fanno domande sul significato della vita? Perché in questo romanzo compaiono descritte, con gli occhi e i sentimenti della madre, malattie per noi usuali e a volte un po' banalizzate come una dermatite atopica e una crisi epilettica. E perché si presenta, a un certo punto, la necessità di comunicare a un bambino la notizia della malattia inguaribile e mortale da cui è affetta la madre. È il dialogo fra lei, il nuovo compagno e il figlio possono, credo, risultare utili a un pediatra più di tanti corsi di aggiornamento e formazione. Il tutto in 225 splendide pagine, che contengono la depressione e il lutto ma anche i piaceri del gioco, delle escursioni in montagna, delle riflessioni, del contatto fisico e dell'amore, per le persone e per le cose belle della vita, come traspare dalla copertina scelta; oltre e soprattutto le eterne domande su Dio e sulla fede.

Giovanni Garrone

# buona lettura

«I lettori sono personaggi immaginari creati dalla fantasia degli scrittori».

Achille Campanile

## Se fosse successo a me?



**Giovanni Garrone**  
*Il sapore delle ciliegie*  
Antigone Edizioni  
pp. 103, euro 15

Ho ricevuto in dono dall'Autore (pediatra di famiglia dell'ACPO) questo che è il suo primo romanzo. L'impellenza dettata dalla curiosità, legata al fatto di conoscere Giovanni Garrone, curiosità che avrebbe anche potuto essere per lo stesso motivo benevola a priori, è diventata rapidissimamente la piacevolezza di seguire il percorso scandito dall'Autore stesso attraverso il "gusto" e il "piacere estetico" delle ciliegie. Ho cominciato a leggerlo ad alta voce insieme a mio marito: i primi capitoli ci hanno fatto rivivere esperienze ed emozioni legate a una infanzia vissuta negli stessi anni di Garrone oltre che alla stessa latitudine. Poi ci siamo resi conto che da un certo punto in avanti era necessaria una lettura individuale: la mia è continuata quasi tutta d'un fiato (salvo poi tornare a leggere con calma alcune parti), mio marito ha centellinato un capitolo alla volta. Il libro dipana il filo della narrazione con capitoli brevi, dai titoli accattivanti, e conduce il lettore, dapprima, dolcemente, lungo la storia di infanzia e adolescenza per poi assumere la tensione di un libro giallo in cui si percepisce un evento estremamente significativo per il protagonista e per il resto della storia, che viene svelato solo dopo alcuni capitoli, e infine, svelato e risolto l'incidente, conduce per mano il lettore all'interno di riflessioni etico-filosofiche. È una mano ferma, non tremebonda, non mistificatrice, che non blandisce. Quello dei primi capitoli è uno stile in qualche modo pittorico, che evoca in alcune parti scene tratteggiate ad acquerello, lievi, dai contorni soffici, quasi degli spunti perché il lettore definisca i propri contorni in scene analoghe che fanno parte del suo vissuto. Sono suggerimenti. Sono semi per un dialogo tra lettore e Autore e tra lettori diversi. Sono un modo per far sentire quanto possano essere simili le nostre storie e quanto invece siano poi diverse. Ma tra le delicate tinte dell'acquerello compare, sempre, un piccolo tratto dai riflessi scuri/oscuri. In altri capitoli la ricchezza dei dettagli descrittivi ci avvicina a piccoli quadri fiamminghi, ricchi di particolari cesellati con una precisione tale da riportare il lettore nel suo

ruolo di spettatore. È un po' come se il lettore fosse accompagnato in un viaggio che parte da terreni comuni, passa attraverso spazi più personali dell'Autore per essere, poi, introdotto ben all'interno della vita dell'Autore/protagonista fino a chiedersi come avrebbe reagito se fosse successo a lui.

Paola Ghiotti

## Effetti collaterali dell'industria farmaceutica



**Ben Goldacre**  
*Bad Pharma.*  
Come  
le aziende farmaceutiche  
ingannano i medici  
e danneggiano i pazienti  
HarperCollins  
Publishers, 2012  
pp. 448, euro 15,82

Il sottotitolo è già un programma "come le aziende farmaceutiche ingannano i medici e danneggiano i pazienti". Un libro-inchiesta che continua a stupire con le sue rivelazioni, sapendo che non si tratta di fiction né tantomeno di fantasy, ma di realtà minuziosamente documentata, con 34 pagine di note bibliografiche puntuali e aggiornate! In un recente editoriale apparso sul *BMJ*, Fiona Godlee cita una delle frasi più significative del libro: "L'industria del Farmaco ha prodotto nel mondo negli ultimi cinquant'anni innovazioni sconvolgenti, salvando innumerevoli vite umane, ma tutto ciò non giustifica che si nascondano i dati, si ingannino i medici, si danneggino i pazienti". In 6 capitoli Goldacre traccia un panorama ben poco rassicurante, iniziando con i dati spariti (*missing data*), cioè tutte le informazioni scientifiche che vengono più o meno volutamente alienate, facendo giungere a pubblicazione solo studi favorevoli ai farmaci testati, minimizzandone, quando non sottacendo, gli effetti collaterali. Questo modo di agire mina la credibilità della medicina basata sulle evidenze, dal momento che non conosciamo eventuali aspetti sfavorevoli di un farmaco. *Missing data* è forse il capitolo più sconvolgente, che presenta la vicenda di farmaci, tutt'ora in uso, come il *Tamiflu* (antivirale, antinfluenzale) del quale sono ancora secretati la maggior parte dei dati di efficacia, anche se Stati Uniti e Unione Europea ne hanno acquistato scorte per miliardi di dollari. Si parla degli *SSRI*, che per le forme non gravi di depressione possono avere una validità terapeutica simile al placebo. È il caso della *Reboxetina*, la cui efficacia è stata di fatto cancellata dagli studi negativi, resi

noti alla comunità scientifica solo dopo un'azione giudiziaria. Un altro capitolo affronta il tema delle Agenzie del Farmaco, quali FDA (Stati Uniti) ed EMA (Unione Europea), che dovrebbero vigilare sul corretto utilizzo dei dati scientifici. Vengono definite esplicitamente *bad regulators*, poiché spesso conniventi con le Aziende farmaceutiche nel tenere segreti i dati sensibili, rapide nell'approvare farmaci ma lente quando si tratta di ritirarli perché dannosi per la collettività, come insegnano le vicende di *Vioxx* e *Avandia*.

Si parla degli RCT, indispensabili per l'approvazione di un farmaco, definiti senza mezzi termini *bad trials*, quando sono sapientemente programmati per ottenere solo risultati favorevoli. Commissionati in genere alle CRO (*Contract Research Organization*), non vengono affidati, come sarebbe più logico, a un singolo team, ma per così dire spezzettati tra ospedali e università, spesso al di fuori degli USA, magari in Cina, Africa, Russia, Romania. Questa suddivisione impedisce ai singoli ricercatori di conoscere e valutare con completezza il farmaco testato, anche per quanto riguarda gli effetti negativi. Alla fine i dati raccolti vengono elaborati e riorganizzati in modo tale da fornire risultati il più possibile favorevoli alle aspettative dello sponsor. Nel capitolo dedicato al marketing si affronta il problema dei *ghost writers*, degli RCT commissionati dall'Industria a ricercatori che non appariranno mai come i veri autori. Gli studi verranno invece pubblicati con la firma di personaggi accademici, che non hanno partecipato alla raccolta dei dati, ma ne sosterranno la veridicità con il prestigio del loro cognome.

Si parla della pubblicità diretta dei farmaci, dell'enormità delle somme impiegate per il marketing, il doppio di quanto investito in ricerca e sviluppo. Si analizza la costruzione passo per passo del successo di un farmaco che deve diventare un *blockbuster*. Si spiega come siano essenziali al marketing i *key opinion leader*, pagati profumatamente per far passare il messaggio pubblicitario mascherato da informazione scientifica, di come vengono addestrati i rappresentanti del farmaco per modificare l'attitudine prescrittiva dei medici. Alla fine di ogni capitolo una nota di speranza: alcuni brevi suggerimenti sul da farsi (*what can be done?*) mostrano come si possa uscire da questa palude in maniera positiva. In conclusione un libro che si legge con interesse, che svela, per dirla con l'Autore, "gli effetti collaterali dell'industria farmaceutica", un libro scritto con taglio giornalistico, con linguaggio semplice, comprensibile anche ai non addetti ai lavori.

Giovanni Peronato

## Accogliere, affiancare, facilitare: la pediatria di Marina

Monfalcone, 20 ottobre 2012, una giornata difficile da dimenticare per diversi motivi: per la presenza forte, raramente espressa verbalmente ma sempre pensata in tutto lo scorrere dei diversi temi, di due amici, che per molti di noi erano stati anche maestri: Marina Spaccini, a cui l'incontro era stato dedicato, e Franco Panizon, che ci aveva lasciato pochi giorni prima; per la costruzione condivisa dell'incontro, con l'apporto di tanti pediatri in fase organizzativa, soprattutto con una fittissima corrispondenza collettiva; per l'ennesima dimostrazione che si può veramente fare formazione in modo utile e allo stesso tempo con soddisfazione e con pochissime risorse finanziarie; per la larga partecipazione all'incontro, sia in termini numerici sia per la diversità delle professioni e delle competenze che hanno reso l'evento vivace e produttivo di cultura; per lo stile narrativo che ha caratterizzato molti interventi (anche una madre "arrabbiata" ha trovato un suo senso in questo contesto).

Avevamo dovuto fare una scelta, non facile, sui temi possibili, sulle tante modalità che avevano caratterizzato il modo di fare pediatria, e non solo, di Marina. Così abbiamo cominciato con l'accoglienza, che era la sua qualità peculiare: Silvana Quadrino ci ha dato un assaggio (di più non era possibile nei tempi a disposizione) su cosa significhi la nascita di un nuovo bambino per la mamma e per il contesto familiare, soffermandosi poi un po' di più su come il pediatra possa inserirsi positivamente in queste dinamiche o come possa, invece, mettere in atto barriere a una relazione di aiuto.

Alessandro Amaddeo, specializzando in pediatria, ha esemplificato i suggerimenti della Quadrino raccontando il suo vissuto di accoglienza di un neonato "difficile", insieme a Marina, all'inizio del suo percorso formativo. E tre pediatri di famiglia (Anna Macaluso, Daniela Lizzi e Antonella Ulliana) hanno espresso le loro considerazioni sul come mettere in pratica in ambulatorio queste modalità relazionali, a partire dal sostegno dell'allattamento al seno (progetto "ambulatorio

amico del bambino"), ma non fermandosi solo a questo obiettivo.

Anche nella seconda sessione (il bambino con bisogni speciali) una notevole attenzione è stata posta al sostegno della famiglia, con l'esperienza di una pediatra (Paola Materassi) alle prese con una gestione particolarmente difficile. La presentazione è stata "addolcita" dai disegni di Adriano Gon, preparati specificamente per questo caso. E poi Antonella Brunelli ha raccontato come a Cesena sia stata pensata e realizzata una soluzione istituzionale per rendere più vivibile la vita delle famiglie di questi bambini.

Nella terza sessione è stato affrontato l'argomento del lavoro del pediatra con i bambini di altri Paesi, con tutte le implicazioni culturali e di difficile collaborazione con le istituzioni locali: in Africa (Giorgio Pellis), ad Haiti per l'emergenza terremoto (Eleonora Biasotto) e in un villaggio sulle montagne nepalesi (Isabelle Robieux). Gli interrogativi emersi sarebbero stati tanti e il tempo a disposizione ha permesso solo di toccarne una parte senza arrivare a conclusioni, ammesso che queste fossero possibili considerando la complessità del tema.

Al termine di questa giornata ci siamo impegnati a fare, almeno annualmente, un incontro di approfondimento, su questi e altri argomenti vissuti da Marina, con un desiderio di condivisione per il quale ci sentiamo impegnati a prendere nelle nostre mani il suo testimone.

*ACP Friuli Venezia Giulia*

## Newsletter: leggere e ragionare sulla letteratura

Da ormai otto anni, per iniziativa dell'ACP in collaborazione con il Centro per la Salute del Bambino e con il Servizio di Epidemiologia dell'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste, è attivo un servizio di sorveglianza della letteratura pediatrica, il cui scopo principale è quello di fornire al pediatra di famiglia o ospedaliero uno strumento di aggiornamento semplice grazie ad articoli scientifici rilevanti per la sua pratica clinica, commentati criticamente.

In questi anni, i diversi gruppi di lettura strutturati a Milano, Verona, Vicenza, Asolo, Bassano, Venezia hanno individuato mensilmente da due indici, rispettivamente di una rivista generale e di una pediatrica, una serie di articoli, potenzialmente rilevanti, che sono stati valutati rispetto alla loro qualità metodologica e discussi in gruppo nel corso di una riunione mensile.

Da settembre 2011, all'interno dell'ACP è emerso il bisogno di approfondire e perfezionare le conoscenze teoriche necessarie per saper leggere, autonomamente, gli studi pubblicati su argomenti pediatrici. Per tale ragione, nel corso del 2012, sono stati impostati cinque moduli didattici, svoltisi in maniera itinerante presso le sedi dei gruppi di lettura "storici" (Milano, Verona, Vicenza, Treviso). In ogni modulo si è data, al gruppo della città ospitante, la possibilità di svolgere la propria riunione di lettura sotto la guida di R. Buzzetti e L. Ronfani e in presenza dei partecipanti al percorso formativo. Nell'ambito dei singoli incontri sono state segnalate positività e criticità nella conduzione del gruppo e nella stesura della scheda relativa all'articolo prescelto. Ai partecipanti al corso (due per ogni gruppo di lettura) è stata, inoltre, dedicata una sessione intera per un focus metodologico (disegni di studio, misure di outcomes, tecniche di analisi statistica).

"Le evidenze" della letteratura hanno un ruolo preminente nelle decisioni cliniche: leggere e ragionare sulla letteratura è stato utile per apprendere come convertire il bisogno d'informazione (diagnosi, prognosi, terapia) in una domanda che consenta una soluzione al problema (PICO, PEO), e per capire come ricercare le migliori evidenze per rispondere alle domande formulate. Gli strumenti a disposizione del clinico sono notevoli (Clinical Evidence, Cochrane, Medline) e solo la loro conoscenza consente di saperli sfruttare pienamente.

I partecipanti al percorso formativo hanno potuto valutare criticamente le evidenze dal punto di vista di validità, impatto e applicabilità, e integrare la valutazione critica con le proprie competenze cliniche. Leggere un articolo non è solo leggerne l'abstract o le conclusioni. Significa saper individuare, oltre le righe, se quel setting riproduca la realtà



clinica quotidiana, e sapere riconoscere la presenza di bias e fattori confondenti che ne disturbano le conclusioni.

*Naire Sansotta*

## La Sanità tra ragione e passione. Da Alessandro Liberati 6 lezioni per i prossimi anni

“Sei parole non bastano per raccontare una vita”. Inizia così la presentazione del Convegno dedicato alla figura di Alessandro Liberati, a Bologna, il 14 dicembre 2012, che anche ACP ha patrocinato. *Leggerezza, rapidità, esattezza, visibilità, molteplicità e coerenza* sono le sei parole, scelte da Italo Calvino per le sue *Lezioni americane*.

Queste parole “vogliono evocare lo spirito che ha contraddistinto” la vita di Alessandro Liberati, una vita breve ma intensa e densa di esperienze, scomparso prematuramente nel gennaio 2012. Al Convegno hanno partecipato, assorto e attente, 500 persone, che hanno potuto ascoltare scienziati e ricercatori di livello internazionale accomunati dall’amicizia per Alessandro e dall’interesse per la ricerca in sanità. Così H. Thornton, dell’Università di Leicester, sullo sfondo di uno splendido dipinto di Giotto, ha parlato di *leggerezza* intesa come un valore e non come un difetto, per liberare la ricerca dagli orpelli inutili: essere leggeri, cioè semplici e diretti, anche di fronte a temi complessi, senza zavorre ideologiche.

Il tema è stato ripreso da A. Cerioli (Lega Italiana Lotta contro l’AIDS), che ha sottolineato come Alessandro abbia fornito sostegno tecnico ed emotivo anche ai malati di AIDS, unendo le sue competenze professionali al suo vissuto personale di malato di mieloma. La *rapidità* è la parola presentata da R. Grilli (Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna) e di cui hanno parlato, sullo sfondo di uno splendido Tiziano, R. Smith, past editor del *BMJ*, un vero show-man, Luciana Ballini (Agenzia sanitaria e sociale, Regione Emilia-Romagna) e Gianni Tognoni (Consorzio “Negri Sud”, Chieti).

La rapidità è quella che dovrebbero avere le risposte ai temi essenziali che la ricer-

ca offre ai suoi interlocutori, per essere tempestiva e rilevante, con una qualche possibilità di incidere sui processi decisionali. L’*esattezza* è la parola introdotta da R. D’Amico, intesa come bisogno umano di certezze, rappresentate anche da risposte “esatte” alle nostre domande di cittadini, di clinici, di pazienti; bisogno che si scontra con l’intrinseca incertezza probabilistica delle risposte della ricerca e con le tante incertezze determinate per disegno da una cattiva ricerca o da una ricerca assente. Ne hanno parlato un affascinante sir I. Chalmers, coordinatore della J. Lind Initiative, seguito da S. Panico (Università di Napoli) e C. Perucci (Agenas, Roma), che hanno mescolato le loro competenze al loro affetto per l’amico scomparso. La *visibilità* è la parola presentata da M. Davoli (Centro Cochrane italiano).

Della necessità di rendere visibili problemi, prospettive e punti di vista, che sono sistematicamente trascurati e omessi dalla ricerca dominante, hanno parlato con competenza e passione G. Domenighetti, (Comunicazione ed Economia sanitaria, Università della Svizzera italiana), Nicola Magrini (Agenzia sanitaria e sociale, Regione Emilia-Romagna), M. Bellone e R. Satolli (Zadig, Milano). La *molteplicità* è la parola introdotta da L. De Fiore (Il pensiero Scientifico ed.), quella delle competenze, dei ruoli e delle passioni, che devono convergere, per poter raggiungere gli obiettivi desiderati. La ricerca come impresa condivisa, dove l’essere “metodologo” significa offrire il supporto che consente alle tante soggettività di esprimersi in modo coordinato per giungere a una sintesi possibile. Ne hanno parlato R. Smith, A. Addis (Agenzia sanitaria e sociale, Regione Emilia-Romagna), M. Bonati (Istituto “Mario Negri”, Milano) e A. Stefanini (Università di Bologna), col sottofondo musicale John Cage e sullo sfondo quadri dei migliori astrattisti del ’900. L’ultima parola, la *coerenza*, è stata introdotta da R. Saracci sulle note di Mahler. La parola probabilmente più importante, per molti aspetti “conclusiva”, la più adatta per ricordare Alessandro Liberati e per rammentare alle istituzioni cosa è necessario tenere presente per il futuro della ricerca italiana. Il Ministro della Salute Balduzzi è intervenuto e ha ascoltato.

*Laura Reali*

## XXV Congresso Nazionale ACP

### OGNUNO AL SUO LAVORO PER IL BAMBINO E LA SUA FAMIGLIA

Monza, Urban Center Binario 7  
10-12 ottobre 2013

#### Programma preliminare

#### Giovedì 10 ottobre

*C’è un lavoro comune  
da Torino a Monza*

L’ambulatorio di secondo livello: il modello del bambino con Sindrome di Down

*Le storie, le evidenze e le nuove conoscenze. La ricerca. Quali modalità di risposta ai bisogni di patologie croniche e/o disabilitanti*

Gli specializzandi ci insegnano  
*5 casi in 15 minuti*

L’adolescente e il disagio psichico

*Le storie. La crisi psichiatrica acuta: le criticità nella pratica e nelle modalità d’intervento. Il contesto ambientale in cui la realtà clinica si esprime. Strategie e buone pratiche possibili*

#### Venerdì 11 ottobre

*Un compito per ciascuno  
Esperienze*

ENBe. Efficacia del beclometasone versus placebo nella profilassi del wheezing virale in età prescolare

*I risultati e la storia di un percorso di ricerca attiva nella pediatria delle cure primarie*

*“Valutazione neuroevolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio 0-3 anni”.  
Un progetto in atto.*

*La ricaduta locale del documento di consenso e di indirizzo 2012: percorsi di formazione possibili*

Il Progetto “Lattanti al bivio” e la Finestra di tolleranza

La rottura della tolleranza nella patologia autoimmune e l’induzione della tolleranza nella medicina trapiantologica

Il progetto di formazione a distanza di *Quaderni acp*

#### Sabato 12 ottobre

*Ognuno al suo lavoro*

*Sapere per saper fare  
Come si legge/cosa ci dice un emocromo  
Il pediatra e i segni di allarme nel bambino con tumore*

Pediatra e ambiente

*L’impegno per la promozione della salute*

Un progetto per gli specializzandi, a partire dalla rubrica “Lo specializzando” di *Quaderni acp*

*Le esperienze del pediatra in formazione e quale pediatria nei Paesi con limitate risorse*

### I libri non sono cure

Le ultime richieste pervenute alla lista di “Nati per Leggere” mi inducono a una riflessione generale su libri, lettura e bambini. Mi riferisco a quelle che, più o meno dichiaratamente, sottendono il desiderio di trovare nei suggerimenti di lettura una storia-ricetta, un “libro-cura”. La lettura viene intesa come una sorta di addestramento a come è giusto e corretto comportarsi. Alla letteratura si affida il compito di essere foriera di buoni insegnamenti, di buoni sentimenti e buoni comportamenti, di lenire sofferenze e malesseri... e, naturalmente, le si richiede, inoltre, di essere efficace. Se un bambino sembra modificare il proprio comportamento rispetto a cosa ci aspettiamo da lui dopo una lettura forzosamente istruttiva, di solito è perché è stufo di sentirci “predicare” in tutti i modi, anche attraverso le storie. Possibile che non siamo capaci di riappropriarci del nostro ruolo educativo, di ascolto, di capacità di rendere con il nostro esempio i nostri figli forti e sicuri di fronte alla vita? Dai libri, dai bei libri, i bambini come gli adulti sanno autonomamente trovare e cogliere ciò di cui hanno bisogno: che siano un sollievo, una riflessione, una nuova visione delle cose, un diverso punto di vista, un’alternativa, ma anche la conferma di ciò che si pensava, oppure, all’opposto, una smentita. È tempo di affidarci serenamente alla lettura di tanti libri. Se un bambino viene a contatto con una grande varietà di libri e storie (naturalmente anche poesie e filastrocche, libri di divulgazione...) e viene esposto con regolarità alla lettura ad alta voce da parte dell’adulto, non servirà cercare proprio quel libro che “gli farà tanto bene”, anzi probabilmente sarà

lui/lei a chiedere un libro in particolare da leggere più e più volte perché in quello c’è ciò di cui ha bisogno.

Leggere ai bambini significa dare loro la nostra incondizionata ed esclusiva attenzione, e non è poco. È molto. È tantissimo. Soprattutto in quelle occasioni in cui i bambini stanno male e hanno urgente bisogno di sentire che c’è qualcuno che li ama e si dedica loro. La lettura permette questo. Non chiediamole di più.

Certo, ci sono letture che “fanno sempre bene”: sono quelle storie che ci strappano un sorriso, o una risata, oppure ci raccontano di eroi alle prese con difficoltà da superare (le fiabe). Dedichiamoci a queste letture, con serenità e senza aspettative. Facciamo un grande dono ai nostri bambini in ogni momento del loro percorso, regaliamo loro delle belle storie. Preoccupiamoci solo di questo: che siano belle.

Maria Lunelli

*Durante l’estate è arrivato in ambulatorio un mio piccolo paziente di circa 2 anni e di corsa si è diretto verso lo scaffale dei libri dicendo: “Quel liblo con il serpente che diventa un elefante non lo tlovo... È molto?”. Dopo poco mi sono ricordata del libro che lui invece ricordava precisamente nei dettagli: Indovina chi?, che è nei top ten tra i miei pazientini. Gli ho risposto che il libro si era rotto e che me ne sarebbe arrivato a breve un altro. “Ma allola non è molto, è solo in ospedale?”... “Sì – gli ho risposto – tra pochi giorni tornerà guarito”. Leggere a un bambino è questo: donare un piacere, spesso una risata attraverso un bel libro, condividere un momento di benessere, trasmettere la passione. Quello che in effetti fanno anche i lettori*

*adulti: si legge, non ci sono motivazioni universali, ognuno ha la sua, tutte sono giuste, qualcuno legge e basta. Tuttavia, come dice Maria Lunelli, spessissimo e sempre più frequentemente la lista NpL è piena di richieste di libri per risolvere o dare suggerimenti ai problemi più svariati: come levare il ciuccio, come rispondere a un bambino che deve superare il lutto, come comportarsi con un bimbo che mostra aggressività... Nei libri queste risposte non ci sono, o quanto meno il libro non dovrebbe avere questa valenza educativa che, come giustamente dice Maria, andrebbe a discapito del piacere del leggere tanti bei libri. Ma bisogna pure dire che, anche al di fuori della lista, spesso nei nostri ambulatori arrivano queste richieste da parte di genitori, educatori, nonni. Ad essi dovremo rispondere come ci suggerisce Maria Lunelli: “Leggere ai bambini significa dare loro la nostra incondizionata ed esclusiva attenzione, e non è poco. È molto. È tantissimo”. Queste richieste esprimono il bisogno di rispondere a un problema; oggi più di prima pochi adulti hanno la consapevolezza che, attraverso l’esempio e l’autonomia, un bambino impara e cresce. Allora si potrebbe anche rispondere, a seconda del contesto e del momento, suggerendo qualche bel libro da leggere, semmai più di uno, e sottolineando, tuttavia, che la risposta non verrà dal libro bensì dalla persona la quale, leggendo quel libro con il bambino, dedicherà a lui un’attenzione totalizzante. È questo che gli rimarrà dentro e gli consentirà, poi, di darsi delle risposte.*

*“Nei libri che ricordiamo c’è tutta la sostanza di quelli che abbiamo dimenticato” (E. Canetti).*

Stefania Manetti



## Editoriale

- 49 Questo SSN è sostenibile? Il pessimismo della ragione e l'ottimismo della volontà  
*Giancarlo Biasini*
- 50 Conferenza a Rio sullo sviluppo sostenibile "Rio+20": The future we want  
*Angela Biolchini, Letizia Rabbone, Giacomo Toffol*

## Formazione a distanza

- 51 Otite media acuta: diagnosi, prevenzione e trattamento. Pediatra di famiglia o otorinolaringoiatra?  
*Sergio Conti Nibali*

## Ricerca

- 63 Lo sviluppo dell'attività di lettura nella dislessia evolutiva: uno studio longitudinale  
*Veronica Savoia, Renzo Tucci, Anne Merella*

## Salute mentale

- 67 La *Consensus Conference* sui "disturbi specifici dell'apprendimento" (DSA) e il pediatra  
*Angelo Spataro (a cura di)*

## Telescopio

- 68 Quanto aumenta il rischio di sviluppare un tumore nei bambini esposti a esame TC?  
*Matteo Bruschetti, Luca A. Ramenghi*

## Scenari

- 71 PANDAS e terapia antibiotica: quanti dubbi per il pediatra!  
*Maria Francesca Siracusano, Costantino Panza*

## Info

- 74 Diritti delle madri lavoratrici
- 74 Violazioni del Codice sui social network
- 74 Comitato ONU, eletti i nuovi membri
- 74 Trattamento con l'ormone somatotropo in Italia
- 75 Una nuova iniziativa del *BMJ* sugli studi non pubblicati

## L'angolo della comunità

- 76 Prevalenza, persistenza, correlazioni sociodemografiche e severità dei disturbi mentali (DSM-IV) in un campione di adolescenti nordamericani  
*Red*

## Esperienze

- 77 Bruciare i rifiuti: la Valle d'Aosta dice di no all'incenerimento nel rispetto della Direttiva UE  
*Marco Debernardi*

## Il punto su

- 79 La violenza sul bambino disabile. Uno sguardo nell'ombra  
*Enrico Valletta, Antonella Liverani*

## Il bambino e la legge

- 84 Il consenso informato del minore. Aspetti generali e casi pratici  
*Augusta Tognoni*

## Vaccinacipi

- 88 A che punto siamo nel processo di eradicazione della polio?  
*Franco Giovanetti*

## Farmacipi

- 89 Steroidi, antinfiammatori e tossicità gastrointestinale: una buona ragione per prescriverli solo quando necessario  
*Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani*

## Informazioni per genitori

- 90 Asilo nido e malattie ricorrenti  
*Antonella Brunelli, Stefania Manetti, Costantino Panza*

## Film

- 91 Il primo film saudita diretto da una donna. *La bicicletta verde*  
*Italo Spada*

## Libri

- 92 Per questo mi chiamo Giovanni  
*di Luigi Garlando*
- 92 Il Regno di Op *di Paola Natalicchio*
- 92 Il tempo è un dio breve *di Mariapia Veladiano*
- 93 Il sapore delle ciliegie *di Giovanni Garrone*
- 93 Bad Pharma *di Ben Goldacre*

## Congressi controllo

- 94 Accogliere, affiancare, facilitare: la pediatria di Marina  
*ACP Friuli Venezia Giulia*
- 94 Newsletter: leggere e ragionare sulla letteratura  
*Naire Sansotta*
- 95 La Sanità tra ragione e passione. Da Alessandro Liberati 6 lezioni per i prossimi anni  
*Laura Reali*

## Lettere

- 96 I libri non sono cure  
*Maria Lunelli*

### 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](http://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](http://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@csbnlus.org](mailto:info@csbnlus.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](http://www.acp.it).