

Quaderni acp

www.quaderniacp.it

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

I bambini e il cibo



luglio-agosto 2014 vol 21 n°4

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
July-August 2014; 21(4)

145 Editorial

15 years ago "Nati per Leggere" was born
Giancarlo Biasini

146 Formation at a distance (FAD)

Malignant and pseudotumor diseases of the bone in paediatric age: a clinical approach
Carmine Zoccali

154 Informing parents

Pains in the bones
Stefania Manetti, Costantino Panza, Antonella Brunelli

155 Research

Late-preterms: a group of infants at risk for cognitive developmental delay
Barbara Caravale, Gina Riccio, Carlo Corchia

162 Forum

Medically assisted procreation in Italy: where are we and where are we going?
Carlo Corchia

165 Public health

Breast feeding training within the BFHCI OMS-UNICEF Project: a critical reflection
Romana Prosperi Porta, Maria Antonietta Bosca

The new version of the self regulation commitment with industry of the Paediatric Cultural Association (ACP)
Paolo Siani, Carlo Corchia

172 Mental health

"Nati per Leggere" 15 years after
Angelo Spataro, Stefania Manetti

173 Update to practice

How do you read an hemogram and what it is able to say
Momcilo Jankovic

176 The child and the legislation

The rights of foreign minors: legal framework and judicial path
Augusta Tognoni

179 Farmacipi

The Italian Medicines Agency (AIFA) promotes the safe use of drugs in pregnancy and in children
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani

180 Learning from stories

Doctor, Alessandro has abdominal pain...
Sergio Davico, Paolo Fiammengo, Giovanni Garrone, et al.

185 Movies

186 Book

188 Born to read

"Nati per Leggere": the first 15 years
Stefania Manetti

Libraries for children: an adventurous story
Loretta Righetti

Quaderni acp

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

Presidente Paolo Siani

Direttore

Michele Gangemi
Direttore responsabile
Franco Dessì

Direttore editoriale

Giancarlo Biasini
Comitato editoriale
Antonella Brunelli
Sergio Conti Nibali
Luciano de Seta
Stefania Manetti
Costantino Panza
Laura Reali
Paolo Siani

Maria Francesca Siracusano
Maria Luisa Tortorella
Enrico Valletta
Federica Zanetto

Casi didattici

FAD - Laura Reali

Collaboratori

Francesco Ciotti
Giuseppe Cirillo
Antonio Clavenna
Carlo Corchia
Franco Giovanetti
Italo Spada

Organizzazione

Giovanna Benzi

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Indirizzi

Amministrazione

Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)
Tel. / Fax 078 57024

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

Redazione: redazione@quaderniacp.it

Programmazione Web

Gianni Piras

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

© ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI
ACP EDIZIONI NO PROFIT

LA COPERTINA

Bambini Veneziani, Antonio Ermolao Paoletti 1834-1912. Olio su tela. Collezione Privata.

NORME REDAZIONALI PER GLI AUTORI. I testi vanno inviati alla redazione via e-mail (redazione@quaderniacp.it) con la dichiarazione che il lavoro non è stato inviato contemporaneamente ad altra rivista.

Per il testo, utilizzare carta non intestata e carattere **Times New Roman corpo 12** senza corsivo; il **grassetto solo per i titoli**. Le pagine vanno numerate. Il titolo (italiano e inglese) deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo e sintetico. Può essere modificato dalla redazione. Vanno indicati l'Istituto/Ente di appartenenza e un indirizzo e-mail per la corrispondenza. Gli articoli vanno corredati da un riassunto in italiano e in inglese, ciascuno di non più di 1000 caratteri, spazi inclusi. La **traduzione di titolo** e riassunto può essere fatta, se richiesta, dalla redazione. Non devono essere indicate parole chiave.

- Negli **articoli di ricerca**, testo e riassunto vanno strutturati in **Obiettivi, Metodi, Risultati, Conclusioni**.
- I casi clinici per la rubrica "**Il caso che insegna**" vanno strutturati in: **La storia, Il percorso diagnostico, La diagnosi, Il decorso, Commento, Cosa abbiamo imparato**.
- **Tabelle e figure** vanno poste in pagine separate, una per pagina. Vanno numerate, titolate e richiamate nel testo in parentesi tonde, secondo l'ordine di citazione.
- **Scenari secondo Sakett, casi clinici ed esperienze** non devono superare i 12.000 caratteri, spazi inclusi, riassunti compresi, tabelle e figure escluse. Gli altri contributi non devono superare i 18.000 caratteri, spazi inclusi, compresi abstract e bibliografia. Casi particolari vanno discussi con la redazione. Le **lettere** non devono superare i 2500 caratteri, spazi inclusi; se di lunghezza superiore, possono essere ridotte dalla redazione.
- Le **voci bibliografiche** non devono superare il numero di 12, vanno indicate nel testo fra parentesi quadre e numerate seguendo l'ordine di citazione. Negli articoli della FAD la bibliografia va elencata in ordine alfabetico, senza numerazione.

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. Per i libri vanno citati gli Autori secondo l'indicazione di cui sopra, il titolo, l'editore, l'anno di edizione.

Esempio 2): Bonati M, Impicciatore P, Pandolfini C. La febbre e la tosse nel bambino. *Il Pensiero Scientifico*, 1998. Un singolo capitolo di un libro va citato con il nome dell'Autore del capitolo, inserito nella citazione del testo.

Esempio 3): Tsitoura C. Child abuse and neglect. In: Lingstrom B, Spencer N. *Social Pediatrics*. Oxford University Press, 2005.

Per qualsiasi ulteriore dettaglio si invita a fare riferimento a uno degli articoli già pubblicati sulla rivista.

- **Gli articoli** vengono sottoposti in maniera anonima alla valutazione di due o più revisori. La redazione trasmetterà agli autori il risultato della valutazione. 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. La sua eventuale esistenza non comporta necessariamente il rifiuto alla pubblicazione dell'articolo.



Vedi anche
pp. 172, 188, 189

Quindici anni fa nasceva "Nati per Leggere"

Giancarlo Biasini
Direttore editoriale

Quindici anni fa nel mese di novembre nasceva "Nati per Leggere". L'occasione merita forse qualche ricordo mai scritto. Nell'agosto 1991 R. Needleman, D.S. Morley e B. Zuckerman pubblicarono, su *American Journal of Diseases of Children*, un articolo dal titolo "Clinical based intervention to promote literacy. A pilot study". Gli Autori scrivevano che i pediatri avevano una grande opportunità per rompere il ciclo della povertà: suggerire ai genitori di leggere libri insieme ai loro bambini e con questo "improve the chances to become literate". Lessi l'articolo nel gennaio del 1992. Mi occupavo da tempo di povertà e di esclusione sociale nell'ASL nella quale lavoravo come responsabile del Materno-Infantile e, per qualche tempo, anche come coordinatore sanitario, ma era la prima volta che la sentivo collegare alla *literacy* della quale sapevo quasi nulla. Nella bibliografia dell'articolo ne trovai un altro di B. Zuckerman del 1988. Era da metà degli anni Ottanta che al City Hospital di Boston avevano cominciato la loro esperienza mettendo i libri, che venivano "rubati", nelle sale di attesa. Nelle sue successive visite in Italia il direttore medico del progetto "Reach Out and Read" (ROR), Perri Klass, ha raccontato questa straordinaria avventura. L'esperienza era affascinante, ma la conoscenza dello strumento "libro" da parte di noi pediatri era del tutto carente per affrontare una impresa del genere. Nel luglio 1997 lasciai l'ospedale per raggiunti limiti di età con questa sensazione di un tentativo non fatto. L'anno successivo comparve su *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* (1998;152:459-65) un altro articolo sullo stesso tema: "Evaluation of a Clinic-Based Program to Promote Book Sharing and Bedtime Routine Among Low-Income Urban Families With Young Children". Gli Autori erano P. High, M. Hopmann, L. La Gasse, H. Linn. Capii qualcosa di più: si parlava di "provision of children's developmentally appropriate books and educational materials". Quindi non solo libri, ma materiale educativo per pediatri e genitori. Un suggerimento venne dalla signora Forestan della Mondadori-ragazzi sulla utilità di un legame fra pediatri e bibliotecari. M. Forestan contattò Igino Poggiali, presidente della

AIB, e ci incontrammo nella tarda estate del 1999 a Cesena. Igino Poggiali dirigeva la biblioteca di Lugo di Romagna e fu facile fra due romagnoli intendersi rapidamente per provare a realizzare un progetto simile al ROR utilizzando un legame culturale e organizzativo fra pediatri e bibliotecari. Non ci nascondemmo le difficoltà di unire due professionalità così diverse e che fra di loro non avevano mai parlato. Subito si disse che bisognava partire dando un nome all'impresa. Rivedendo le sigle delle due maggiori Fondazioni americane che erano "Born to Read" dell'American Library Association e "ROR" dei pediatri del City Hospital, ci parve più comprensibile la prima anche se "Nati per Leggere" era affermazione assai audace nella storia evolutiva dell'uomo. "Reach Out and Read" più che inglese era slang difficilmente traducibile. Nel 1999 il Congresso nazionale dell'ACP (Assisi, 5-7 novembre) iniziò con una relazione di Rita Valentino Merletti dal titolo "Raccontare storie ai bambini". Parlò anche Igino Poggiali come presidente AIB. Si sedette a un tavolo vicino all'ingresso e per la prima volta pediatri e bibliotecari parlarono fra di loro; e non lo avevano mai fatto prima. Nella primavera del 2000 Salvo Fedele, Maria Grazia Lunetta e Caterina Lo Presti, pediatri palermitani, fecero visita a ROR a Boston per capire di più sui "children's developmentally appropriate books and educational materials". Racconta Salvo Fedele: "Visitammo quasi tutte le librerie di Boston; l'area dedicata ai bambini era sempre enorme e si sentiva l'influenza del ROR che peraltro si respirava quasi ovunque. Andai in ospedale e vidi con i miei occhi i volontari che leggevano libri ai bambini in attesa di essere visitati al Pronto Soccorso. L'ufficio del ROR era minuscolo, ma furono molto accoglienti". Anche io ero stato a Boston quando nulla sapevo di ROR e mi avevano impressionato le sue librerie: mi ero perso dentro Barnes & Noble. La visita al ROR fu estremamente produttiva per i materiali che da là ci giunsero. Quegli "educational materials" non avremmo mai potuto costruirli da soli e in questo siamo figli di ROR. Nell'autunno del 2000 Perri Klass, Medical Director del ROR, venne in Italia invitata da Salvo Fedele e

incontrò pediatri, bibliotecari e pubblico a Palermo, Cesena e Trieste. Subito dopo la visita di Perri Klass si fecero partire ricerche di fattibilità del Progetto a Palermo e Cesena: anche noi come Needleman avevamo bisogno di un "pilot study". A Palermo il Progetto si chiamò M.AT.IL.DA, denominazione che richiama il personaggio di Roald Dahl, ma che è anche l'acronimo di Medico ATTendi IL Dato, per sottolineare la necessità di avere sempre dati per valutare quel che si fa; e fu una caratteristica di NpL. Uno degli aspetti interessanti della prima sperimentazione palermitana era che una delle sedi di ricerca si trovava nel quartiere denominato Zen, dove neppure oggi c'è una biblioteca per ragazzi. A Cesena si chiamò "Nati per Leggere". La sede della nascita fu la Biblioteca ragazzi della Malatestiana di cui era responsabile Loretta Righetti, la quale ebbe il fiuto di capirne immediatamente le possibilità di sviluppo e la necessità di collaborazione con i pediatri. In quella Biblioteca nacque il primo logo del Progetto, disegnato da Vittorio Belli e a cui noi cesenati siamo affezionati. Da queste due indagini si ottennero, con il questionario BABAR (Before and After Books And Reading), i primi risultati sull'attitudine alla lettura in famiglia in due aree estremamente diverse. Le radici della possibilità di esistere di NpL stanno dunque in queste due ricerche, poi ripetute in altre nove sedi. La terza radice sta nel CSB, nato nel 1999 a Trieste. Il CSB, più che l'ACP, ci sembrava un buon modello, agile ed efficiente. Ho pensato più tardi che ci eravamo distaccati dal modello ROR che intendeva utilizzare la lettura per rompere il ciclo della povertà, come chiaramente indicava R. Needleman. Il suo target era la popolazione povera che affluiva al City Hospital di Boston e quello di P. High le "Low-Income Urban Families". Qualcosa che assomigliava allo Zen di Palermo. NpL scelse, invece, fin dall'inizio, di occuparsi di tutte le famiglie che affluivano agli ambulatori dei pediatri di famiglia. Un scelta che venne naturale per l'attività dei pediatri, ma sulla quale forse non riflettemmo abbastanza. ♦ Ringrazio Salvo Fedele per l'aiuto alla costruzione di eventi ai quali partecipò con grande impegno.

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

editoriale

Patologia tumorale e pseudotumorale dell'osso nell'età pediatrica: un approccio clinico

Carmine Zoccali

Specialista in Ortopedia e Traumatologia, Ortopedia Oncologica - Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma

Il tessuto osseo è una struttura complessa sia da un punto di vista strutturale che funzionale. Esso ha un ruolo di supporto e protezione degli organi, svolge un'azione metabolica per il mantenimento dell'omeostasi e ospita l'apparato emopoietico.

Durante l'accrescimento il metabolismo delle aree metafisarie è elevato, con una notevole attività mitotica; ciò espone tali zone a una maggiore possibilità di errori di replicazione e quindi alla patologia tumorale e pseudotumorale.

Volendo dare a questo scritto un'impronta diversa, più pratica rispetto a ciò che è possibile leggere in qualunque testo di ortopedia, viene capovolto il normale "ordine" con cui la medicina classica

tratta le patologie, partendo direttamente dal paziente.

Epidemiologia del primo incontro

Il paziente con sospetta patologia oncologica dell'apparato muscolo-scheletrico può giungere a osservazione pediatrica per diversi motivi:

- nella maggioranza dei casi perché una radiografia, eseguita a seguito di un trauma accidentale, ha evidenziato la presenza di una "lesione"; talora essa è riscontrata sull'arto controlaterale radiografato per comparazione;
- per la presenza di dolore localizzato, associato o meno a tumefazione. Il dolore, in assenza di trauma certo, è un sintomo di allarme. Una lesione

che non fa male con maggiore probabilità sarà biologicamente inattiva e di natura benigna; al contrario una lesione maligna è comunemente accompagnata da un intenso dolore;

- per la presenza di una tumefazione, associata o meno a dolore (consulenza specialistica immediata!).

Talvolta una neoformazione ossea può esordire direttamente con una frattura, ma questo è un caso con cui difficilmente il pediatra si dovrà confrontare, arrivando essa direttamente a osservazione specialistica ortopedica tramite Pronto Soccorso.

L'età e il sesso del paziente e il segmento osseo in questione sono indicativi (tabella 1):

TABELLA 1: ASPETTI CLINICO-EPIDEMIOLOGICI DELLE LESIONI PIÙ COMUNI INSORGENTI IN ETÀ PEDIATRICA

Lesione	Età di insorgenza (anni)	Sesso	Sedi più frequenti	Sintomatologia
Fibroma non ossificante	10-15 (30% degli adolescenti)	Lieve prevalenza nel sesso maschile	<ul style="list-style-type: none"> • Lesione eccentrica • Metafisi • Femore distale, tibia prossimale 	<ul style="list-style-type: none"> • Quasi sempre asintomatico • Raramente frattura patologica
Cisti ossea giovanile	5-15	M:F = 2:1	<ul style="list-style-type: none"> • Lesione centrale • Metafisi • Omero prossimale, femore prossimale 	<ul style="list-style-type: none"> • Spesso asintomatica • Frequentemente scoperta in seguito a frattura patologica • Può essere presente dismetria
Cisti aneurismatica	13-17	Lieve prevalenza nel sesso femminile	<ul style="list-style-type: none"> • Lesione eccentrica • Metafisi • Ossa lunghe (vertebre) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumefazione, dolore
Condroma	Tutte le età	M:F = 1:1	<ul style="list-style-type: none"> • Lesione centrale • Metafisi • Femore distale, omero prossimale, tibia prossimale 	<ul style="list-style-type: none"> • Quasi sempre asintomatico • In presenza di dolore necessita di approfondimento
Esostosi	10-20	M:F = 3:2	<ul style="list-style-type: none"> • Lesione periferica • Meta-diafisi • Femore distale, tibia prossimale 	<ul style="list-style-type: none"> • Asintomatica • Sintomi da compressione (tendiniti, neuriti ecc.)
Tumore a cellule giganti	10-30	F:M = 3:2	<ul style="list-style-type: none"> • Lesione eccentrica • Meta-epifisi • Femore distale, tibia prossimale 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumefazione, dolore
Osteosarcoma	15-19	Lieve prevalenza nel sesso maschile	<ul style="list-style-type: none"> • Posizione variabile • Metafisi • Femore distale, tibia prossimale, omero prossimale 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumefazione e dolore rapidamente evolutivi
Sarcoma di Ewing	10-20	Lieve prevalenza nel sesso maschile	<ul style="list-style-type: none"> • Posizione variabile • Diafisi delle ossa lunghe (ossa piatte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumefazione, dolore, sintomi sistemici

Per corrispondenza:
Carmine Zoccali
e-mail: carminezoccali@libero.it

formazione a distanza

- *La cisti ossea giovanile (figura 1)* è identificata principalmente tra i 5 e i 15 anni a carico della regione prossimale dell'omero, seguita dal femore prossimale, con una frequenza doppia nel sesso maschile rispetto al femminile; è indolente e di solito osservata in seguito a una frattura patologica. Talora è presente una dimetria in allungamento o più frequentemente in accorciamento rispetto all'arto controlaterale (figura 1).
- *La cisti aneurismatica* si localizza maggiormente a carico delle metafisi delle ossa lunghe, tuttavia la localizzazione vertebrale non è infrequente; colpisce tutte le età, ma più frequentemente tra i 13 e i 17 anni e con una leggera prevalenza del sesso femminile. È solitamente dolente e associata a tumefazione (figura 2).
- *L'esostosi solitaria* si manifesta solitamente nei periodi di forte accrescimento, principalmente durante la seconda decade, con maggiore frequenza nel sesso maschile (1.5:1) e nei segmenti ossei vicino al ginocchio. Di per sé non è una lesione dolorosa ma può creare sintomi da compressione delle strutture circostanti (tendini, muscoli, fasci neurovascolari); talora può essere notata in seguito a un importante dimagrimento (figura 3).
- *Il tumore a cellule giganti* è più frequente nella seconda e terza decade di vita, prevalentemente a carico del ginocchio (50% dei casi) e del sesso femminile (1.5:1); di solito dolente e più o meno associato a tumefazione (figura 4).
- *L'osteosarcoma* raramente insorge prima dei 5 anni, successivamente l'incidenza aumenta sino a raggiungere un picco tra i 15 e i 19 anni; si manifesta con tumefazione e dolore di solito rapidamente evolutivi; predilige l'area del ginocchio, con una lieve prevalenza nel sesso maschile (figura 5).
- *Il sarcoma di Ewing* è più frequente nella seconda decade di vita, ma il 20-30% dei casi insorge durante la prima decade, con una leggera prevalenza nel sesso maschile; è tipico delle diafisi delle ossa lunghe, ma la localizzazione alle ossa piatte non è infrequente; clinicamente è imprevedibile potendo manifestarsi anche con sintomi sistemici.

È necessario approfondire, sempre, il sintomo *dolore* quando presente; occorre valutarne le caratteristiche, le modalità d'insorgenza; se è spontaneo o insorto in seguito a un trauma; se è prevalentemente notturno e in tal caso se insorge sempre alla stessa ora e recede con l'assunzione di aspirina o altri FANS (tale eve-

nienza è orientativa per la diagnosi di osteoma osteoide); se è presente sia in clinostatismo che in ortostatismo (di solito un tumore causa dolore anche durante il riposo a letto). Se questo non dovesse essere presente, occorre comunque verificare la presenza di dolorabilità e compararla con l'arto controlaterale. In ogni caso un dolore insorto da più di quindici giorni è sospetto e va indagato.

La radiografia

Le lesioni dovranno sempre essere paragonate con eventuali esami precedenti; è necessario interrogare i genitori in merito alla loro esecuzione stressandone l'importanza: radiografie eseguite in Pronto Soccorso per una distorsione di ginocchio e mai ritirate o anche non direttamente correlate con l'area in questione possono divenire dirimenti; per esempio, talora le radiografie del torace visualizzano anche le teste degli omeri. Identificare lo stesso quadro radiologico anni prima permette, in linea di massima, di ipotizzare la natura benigna di una lesione; viceversa, la presenza di un quadro differente, in una radiografia recente, richiede attenta valutazione.

Nel caso in cui il paziente non sia provvisto di radiografia, essa va prescritta, resistendo spesso alla contrarietà dei genitori preoccupati per le radiazioni ionizzanti; occorre puntualizzare che i moderni appa-

recchi ne somministrano dosi minime e comunque il vantaggio legato a una diagnosi precoce potrebbe essere ben maggiore del rischio associato alle radiazioni (sempre meglio una radiografia inutile che un osteosarcoma non diagnosticato!). La radiografia dev'essere eseguita sempre in due proiezioni e la più ampia possibile, comprendendo l'intero segmento scheletrico se la sintomatologia è diafisa-

FIGURA 1: CISTI OSSEA GIOVANILE



È possibile notare la presenza di una frattura, talora stimolo esso stesso alla calcificazione della lesione. Nel riquadro piccolo, paziente con evidente dimetria delle braccia.

FIGURA 2: CISTI ANEURISMATICA



Si tratta di una lesione osteolitica metafisaria, eccentrica, con trabecolature al proprio interno delimitanti aree pseudocistiche; si noti che la corticale appare rigonfiata ma non erosa.

FIGURA 3: ESOSTOSI SOLITARIA DELL'OMERO



Lesione esofitica metafisaria.

FIGURA 4: TUMORE A CELLULE GIGANTI



Lesione osteolitica meta-epifisaria eccentrica a margini non ben definiti (assenza di orletto sclerotico).

FIGURA 5: OSTEOSARCOMA DI ALTO GRADO



Lesione a carattere misto, altamente distruttiva; è possibile riscontrare l'erosione della corticale e la reazione periosteale (triangolo di Codman evidenziato dalla freccia).

FIGURA 6: FIBROMA NON OSSIFICANTE DEL TERZO DISTALE DI TIBIA



La presenza dell'orletto sclerotico dà alla lesione un tipico aspetto benigno.

FIGURA 7: CONDROMA



Lesione metafisaria intraossea in cui è possibile notare la presenza di calcificazioni al proprio interno.

FIGURA 8: OSTEOSARCOMA DI ALTO GRADO



La RMN, eseguita su tutta l'articolazione in esame, evidenzia la presenza di una skip metastasis sul versante tibiale.

ria, l'intera articolazione, con almeno un terzo delle vicine diafisi, se la sintomatologia è articolare. Tale concetto è indicativo e dipende comunque dalla regione anatomica.

Nel caso in cui ci sia una tumefazione o il dolore sia importante, è buona precauzione prescrivere lo scarico al paziente al fine di diminuire il rischio di fratture patologiche, almeno nell'attesa che la radiografia sia eseguita.

L'osservazione della radiografia è sufficiente per fare diagnosi nella maggioranza dei casi. Gran parte delle malattie del tessuto scheletrico è di natura benigna e dotata di un aspetto caratteristico già alla radiologia convenzionale (tabella 2).

Cosa osservare?

- Dove si trova la lesione (diafisi, metafisi, epifisi, centrale o eccentrica): il fibroma non ossificante è di solito metafisario ed eccentrico (figura 6); una cisti giovanile è più frequentemente centrale (figura 1) mentre una cisti aneurismatica è per lo più eccentrica (figura 2).
- Le dimensioni della lesione: le lesioni di piccole dimensioni hanno maggiore probabilità di essere di natura benigna (non è vero il contrario!), inoltre difficilmente mettono a rischio la stabilità del segmento.
- I margini e il rapporto con la corticale: l'erosione della corticale è tipico segno di aggressività (figura 5). L'assottigliamento più o meno focale della corticale (scalloping) non è di per sé indice di malignità, riscontrandosi frequentemente in lesioni benigne quali l'encondroma, il fibroma condromixoide, il condroblastoma, la displasia fibrosa, il fibroma non ossificante.
- Presenza di reazione dell'osso circostante: l'orletto sclerotico (figura 6). Si tratta di un classico segno di benignità; è indice di una bassa velocità di crescita della lesione poiché l'organismo ha avuto il tempo di depositare sali di calcio "incarcerandola".
- Presenza di reazione del periostio: è uno dei segni più preoccupanti e indice di malignità; è associato a una patologia, di solito maligna, che ha oltrepassato la corticale entrando in contatto con il periostio. Le patologie più aggressive erodono velocemente anche la reazione periostale che può essere ancora visibile nelle porzioni più laterali dove assume una tipica forma triangolare (triangoli di Codman, figura 5 freccia).
- Presenza di aree rotondeggianti pluriconcamerate: si trovano solitamente in lesioni ossee di origine vascolare e possono avere aspetto diverso (figura 2). Quando tipiche, permettono di

ipotizzare la natura aneurismatica di una cisti; tuttavia possono essere presenti anche in lesioni maligne.

Proseguimento dell'iter diagnostico terapeutico

I quadri radiologici più frequenti: cosa fare...

Il proseguimento dell'iter diagnostico è, entro certi limiti, variabile e dipendente dal grado di conoscenza e di sicurezza che il pediatra ha delle malattie dell'apparato muscolo-scheletrico. In caso di dubbio, anche minimo, la consulenza specialistica va sempre prospettata.

1) Lesione di dimensioni variabili, metafisaria, a margini netti, orletto sclerotico, che può o meno assottigliare la corticale, asintomatica e diagnosticata accidentalmente (figura 6)

– Mantenere il paziente in follow-up strumentale. La radiografia è di riferimento, tuttavia la risonanza magnetica (RMN), anche senza contrasto, può essere necessaria in caso di lesioni non chiaramente identificabili alla radiologia tradizionale. Il primo controllo è solitamente eseguito a quaranta giorni, successivamente dopo tre mesi dal precedente, dopo sei mesi e dopo un anno. I fibromi ossificanti andrebbero sorvegliati sino a poco dopo la fine dell'accrescimento. Le lesioni benigne aspecifiche possono essere controllate progressivamente anche ogni due anni. Occorre sempre precisare al paziente che l'intervallo tra un controllo e l'altro è indicativo per cui, in caso di variazioni della sintomatologia, l'esame dovrà essere anticipato.

2) Lesione metafisaria, non interessante la corticale, con apparenti calcificazioni all'interno (figura 7)

– Con molta probabilità ci troviamo di fronte a un condroma, lesione benigna, solitamente indolente, scoperto per caso. Dev'essere controllato nel tempo poiché nell'1% dei casi circa degenera in condrosarcoma dopo la quinta decade di vita. Ci si comporta come nel caso precedente; tuttavia talvolta la radiografia non è sufficiente a visualizzare adeguatamente la lesione, per cui potrà essere necessario ricorrere alla RMN al fine di monitorare la lesione nel tempo.

3) Lesione metafisaria, eccentrica, osteolitica ma con trabecolature al proprio interno delimitanti aree pseudocistiche, con rigonfiamento della corticale che può apparire assottigliata ma non erosa (figura 2) oppure lesione dall'aspetto dubbio, dolente, o considerata a rischio di frattura (figura 4)

– Inviare il paziente a controllo specialistico;

– suggerire lo scarico dell'arto e la deambulazione con due bastoni antibrachiali se

la lesione è localizzata all'arto inferiore; – in caso l'Rx evidenzi un aspetto pluriconcamerato potrebbe essere utile richiedere una RMN con mezzo di contrasto (m.d.c.) prima della visita specialistica.

4) Lesione meta-epifisaria, che distrugge la midollare e la corticale ossea con un'ampia zona di transizione verso il tessuto sano (margini sfumati), reazione periostale periferica (triangoli di Codman), (figura 5)

– Inviare immediatamente il paziente a controllo specialistico; se possibile, contattare direttamente il centro ortopedico oncologico di riferimento;

– se si ha l'opportunità di eseguire al più presto la RMN e TC con m.d.c. potrebbe essere utile averle già a disposizione durante la visita specialistica, a condizione che questa non venga per tal motivo posticipata;

– approntare una terapia del dolore efficace (lo spasmo secondario può essere causa di frattura!);

– prescrivere immediatamente il divieto assoluto di carico dell'arto e se possibile un tutore.

Perché dare lo scarico?

Per ridurre il rischio di frattura.

La frattura è una delle principali complicanze delle lesioni ossee ed evento estremamente temuto poiché altera sensibilmente l'outcome del paziente. Nelle lesioni benigne la frattura potrebbe compromettere la ricostruzione, rendendo necessario il ricorso a innesti o protesi con relativa diminuzione della funzionalità.

Nelle lesioni maligne l'ematoma derivante porta alla contaminazione neoplastica dei tessuti vicini, rendendo spesso impossibile la chirurgia conservativa o comunque incrementando notevolmente il rischio di recidiva locale.

5) Lesione metafisaria esofitica (figura 3)

– Se localizzata agli arti e asintomatica, può essere seguita nel tempo, con prima radiografia di controllo dopo tre-quattro mesi; successivamente a sei, nove, dodici mesi l'una dall'altra. Occorre tenere presente che in caso di esostosi la crescita della lesione è la prassi; tuttavia una crescita eccessiva, la comparsa di segni di erosione o sintomi sono indicazione a visita specialistica. La RMN permette la misurazione del "cappuccio cartilagineo" che, quando superiore ai 2 cm di spessore, è indice di trasformazione maligna in condrosarcoma.

– Se localizzata al bacino o alla colonna vertebrale, inviare a consulenza specialistica in ogni caso.

Cosa non fare...

Prescrivere la scintigrafia! Nel caso in cui si sospetti una lesione benigna, la

TABELLA 2: ASPETTI DIAGNOSTICI E PRINCIPALI APPROCCI TERAPEUTICI. NELLA COLONNA "DIAGNOSI DIFFERENZIALE" LE LESIONI MENO FREQUENTI SONO TRA PARENTESI

Lesione	Aspetti radiologici	Diagnosi differenziale	Terapia più frequente
Fibroma non ossificante	Dimensioni variabili, metafisario, eccentrico, a margini netti, orletto sclerotico, che può o meno assottigliare la corticale. Le lesioni di dimensioni maggiori possono essere multiloculate.	<ul style="list-style-type: none"> • Osteoma osteoide • Fibroma condromixoide • Displasia fibrosa • Fibroma desmoplastico • (Cisti aneurismatica) 	<ul style="list-style-type: none"> • Osservazione • Intervento chirurgico di curettage e "riempimento" in caso di rischio di frattura
Cisti osseogiovanile	Lesione metafisaria, osteolitica, centrale. La corticale può essere assottigliata ma solitamente non interrotta.	<ul style="list-style-type: none"> • Cisti aneurismatica • Displasia fibrosa • (Osteosarcoma) 	<ul style="list-style-type: none"> • Osservazione • Infiltrazione con steroidi se francamente osteolitica • Intervento chirurgico di curettage e "riempimento" in caso di mancata risposta alla terapia infiltrativa • Immobilizzazione o intervento chirurgico in caso di frattura
Cisti aneurismatica	Lesione metafisaria, eccentrica, osteolitica ma con trabecolature al proprio interno delimitanti aree pseudocistiche, con rigonfiamento della corticale che può apparire assottigliata ma non erosa. Tuttavia, talora, l'aspetto può essere aggressivo e mimare un osteosarcoma.	<ul style="list-style-type: none"> • Osteosarcoma • Tumore a cellule giganti • Osteoblastoma • Displasia fibrosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Embolizzazione • Intervento chirurgico di curettage e "riempimento" in caso di impossibilità all'embolizzazione o in caso di scarso risultato
Condroma	Lesione metafisaria, non interessante la corticale, con apparenti calcificazioni all'interno.	<ul style="list-style-type: none"> • Displasia fibrosa • Infarto osseo • (Condrosarcoma) 	<ul style="list-style-type: none"> • Osservazione • Intervento chirurgico di resezione ampia in caso di trasformazione in condrosarcoma
Esostosi	Lesione esofitica, che si distacca nelle vicinanze delle metafisi, con un aspetto sessile o pedunculato. Tipicamente il canale midollare osseo si continua all'interno dell'esostosi. La RMN evidenzia il cappuccio cartilagineo.	<ul style="list-style-type: none"> • Condrosarcoma • Miosite ossificante iuxacorticale • (Osteosarcoma parostale) • (Proliferazione osteocondromatosa parostale bizzarra) • (Calcinosi tumorale) 	<ul style="list-style-type: none"> • Osservazione • Resezione in caso sia sintomatica
Tumore a cellule giganti	Lesione meta-epifisaria, osteolitica, solitamente eccentrica e omogenea. Può erodere la corticale con estensione nei tessuti molli.	<ul style="list-style-type: none"> • Osteosarcoma • Tumore bruno (iperparatiroidismo) • Condrioblastoma • Cisti aneurismatica • (Condrosarcoma a cellule chiare) 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervento chirurgico di curettage e "riempimento" • Resezione in casi particolari
Osteosarcoma	Lesione meta-epifisaria, che distrugge la midollare e la corticale ossea con un'ampia zona di transizione verso il tessuto sano (margini sfumati), reazione periostale periferica (triangoli di Codman).	<ul style="list-style-type: none"> • Cisti aneurismatica • Sarcoma di Ewing • (Osteomielite) 	<ul style="list-style-type: none"> • Chemioterapia neoadiuvante, intervento chirurgico di resezione ampia e ricostruzione, chemioterapia adiuvante
Sarcoma di Ewing	Lesione prevalentemente diafisaria, non omogenea, con possibile componente extraossea e importante reazione periostale (sfoglie di cipolla).	<ul style="list-style-type: none"> • Osteomielite • Osteosarcoma • Linfoma • Granuloma eosinofilo • Metastasi da neuroblastoma 	<ul style="list-style-type: none"> • Chemioterapia neoadiuvante, intervento chirurgico di resezione ampia e ricostruzione, chemioterapia adiuvante

scintigrafia è poco utile; purtroppo diverse lesioni benigne sono captanti alla scintigrafia per cui non modifica il programma diagnostico. È altresì vero che una scintigrafia negativa riduce il rischio che si possa trattare di una lesione maligna. Tuttavia, nel caso in cui si sospetti una malattia esostosante multipla, la richiesta di scintigrafia può essere effettuata dal pediatra. Tale patologia, genetica ed ereditaria, è caratterizzata dalla presenza di un numero variabile di esostosi, talora

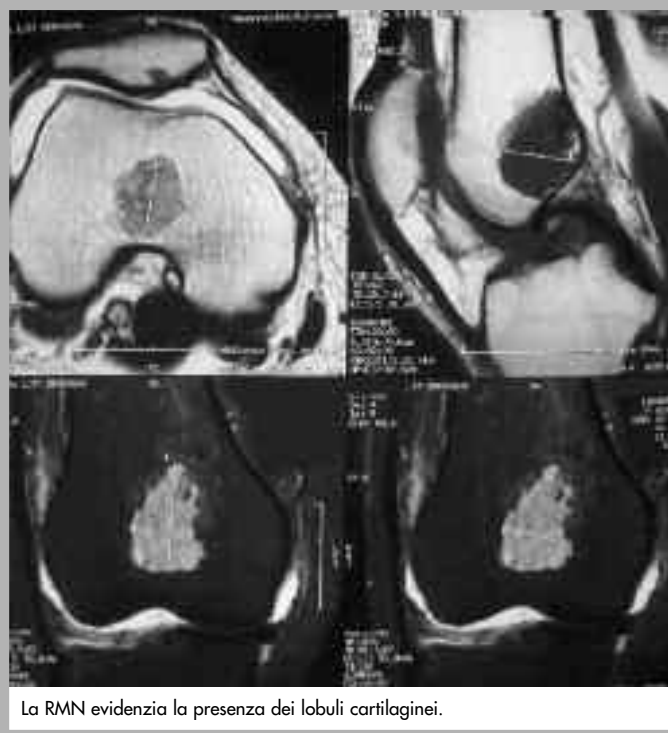
anche in zone difficili da indagare. La scintigrafia ne permette l'identificazione. La presenza di una sola esostosi, evento del resto comune, non è da considerarsi sospetta.

Le indagini di secondo livello

Nel caso in cui la lesione in questione sia verosimilmente benigna, le indagini di secondo livello nella maggioranza dei casi sono superflue. Nel caso in cui invece esista un dubbio diagnostico, diventa

no step obbligato anche in funzione di una possibile biopsia.

Nel caso di sospetto di lesione maligna, sia la RMN che la TC ci forniscono importanti informazioni. Esse tuttavia devono preferibilmente essere eseguite con m.d.c. e comprendere tutto il segmento osseo e/o l'articolazione in questione per comprendere meglio le dimensioni della lesione e identificare eventuali skip metastasis (una skip metastasis è una lesione ripetitiva all'interno dello stesso

FIGURA 9: CONDROMA DEL FEMORE DISTALE

La RMN evidenzia la presenza dei lobuli cartilaginei.

FIGURA 10: CISTI ANEURISMATICA DEL FEMORE PROSSIMALE

La RMN permette di evidenziare l'aspetto pluriconcamerato e la presenza di livelli fluidi.

segmento scheletrico o sull'altro capo articolare) (figura 8).

Le indagini di secondo livello, quali TC e RMN, vengono talora richieste senza m.d.c. nel follow-up di patologie già note.

La RMN

La RMN è molto importante sia in quanto indicativa per la diagnosi, sia come guida per la biopsia o successivamente per l'intervento chirurgico.

La captazione del mezzo di contrasto è un indice indiretto della vascolarizzazione e della cellularità della lesione stessa. Con i nuovi protocolli di studio della diffusione e perfusione del m.d.c. la RMN, detta funzionale, permette di ipotizzare, con una certa affidabilità, il potenziale benigno o maligno di una lesione.

Essa, inoltre, aiuta, come già detto, nell'individuazione della migliore zona da sottoporre a biopsia e che con maggiore probabilità sarà istologicamente informativa. La RMN è sensibile all'infiammazione e all'edema osseo, per cui identifica, talvolta sovrastimando, il confine intraosseo di un tumore, permettendo in questo modo una più sicura resezione; è inoltre indispensabile qualora si sospetti una compromissione intrarticolare.

Sebbene l'aspetto delle lesioni fibromatose sia del tutto aspecifico, esso è abbastanza caratteristico nelle lesioni condromatose (figura 9), e addirittura quasi dirimente nelle cisti aneurismatiche, dove identifica i cosiddetti "livelli" nel contesto di una lesione pluriconcamerata (figura 10). Tale aspetto caratteristico è dovuto alla precipitazione dell'emoside-

FIGURA 11: OSTEOSARCOMA DI ALTO GRADO DEL FEMORE DISTALE

La PET mostra le zone più calde, dotate cioè di un più elevato metabolismo e dove presumibilmente una biopsia avrà maggiore probabilità di fare diagnosi.

rina a seguito dell'azione gravitazionale; occorre tuttavia, qualora si sospetti una cisti aneurismatica, fare presente al tecnico che eseguirà l'esame, di mantenere supino il paziente per almeno venti minuti prima dell'esecuzione dello stesso, per permettere all'emosiderina di precipitare.

La TC

La TC, rispetto alla RMN, ha una maggiore risoluzione morfologica sull'osso

rispetto ai tessuti molli. Anche in questo caso la captazione del mezzo di contrasto è segno indiretto della vascolarizzazione e dell'attività biologica della lesione, oltre ovviamente a evidenziarne meglio i limiti rispetto al tessuto sano. Anche la TC come la RMN è in grado d'identificare i livelli idro-aerei delle cisti aneurismatiche. La TC total-body e la TC torace, in considerazione dell'elevata quantità di radiazioni che esse utilizzano, andrebbero richieste dallo specialista e dopo la dia-

gnosi di malignità. Unica possibile eccezione a questa regola è che l'imaging disponibile sia altamente suggestivo di lesione maligna, per cui tale richiesta potrebbe accelerare il proseguimento dell'iter terapeutico.

La PET

La PET con estensione agli arti (occorre che sia specificato, altrimenti l'esame ha la stessa estensione della TC total-body) è un esame specialistico, le cui indicazioni non sono completamente codificate. Essa fornisce informazioni dirette sul metabolismo della lesione, e indirettamente sulla sua natura; è anche utile per il chirurgo, per individuare l'area che, se biopsiata, può più facilmente permettere una diagnosi (figura 11).

Trova principale indicazione nella stadiazione della patologia maligna e nella valutazione della risposta alla terapia medica. Trattandosi di una metodica di diagnostica per immagini estremamente sensibile, va interpretata con cautela.

Il medico specialista: l'ortopedico oncologo

A questo punto è probabilmente venuto il suo turno. Occorre precisare purtroppo che, a seguito della rarità della patologia di base, solo pochi ortopedici "generali" hanno anche una formazione sull'oncologia dell'apparato muscolo-scheletrico per cui, soprattutto nel caso si sospetti una patologia impegnativa, occorre garantirsi di inviare il paziente a un centro di riferimento o comunque dove sia presente un ortopedico oncologo.

Il paziente, una volta giunto dall'ortopedico oncologo, è rivalutato, in base alla sua storia, alla clinica e all'imaging. In caso fosse necessario, saranno richieste nuove indagini strumentali, potrà essere espressa una diagnosi con relativa terapia o anche procedere a biopsia della lesione.

La biopsia

È forse l'aspetto più importante dell'iter diagnostico terapeutico.

In ortopedia oncologica trovano indicazione solo due tipi di biopsie: la biopsia con ago-trocar (preferibilmente 8G) e la biopsia incisionale. Quella con ago sottile è da evitare poiché il frustolo derivante non fornisce sufficienti informazioni sull'architettura tissutale.

Essa deve essere eseguita da mani esperte e possibilmente dallo stesso chirurgo che eseguirà l'eventuale successivo intervento. La biopsia difatti, per definizione, apre il tumore contaminando la via di accesso utilizzata. Essa, quindi, dovrà essere eseguita in corrispondenza dell'eventuale futura incisione affinché possa essere completamente rimossa en-bloc con il tumore.

Dev'essere il risultato di un compromesso tra la minore contaminazione possibile e la necessità di ottenere una sufficiente quantità di materiale per la diagnosi ed eventuali indagini supplementari. Occorre tuttavia fare sempre presente al paziente (in questo caso ai genitori) che anche la biopsia, pur correttamente eseguita, ha un certo grado d'incertezza; le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, difatti, non sono omogenee, per cui la diagnosi potrebbe essere diversa in funzione della zona biopsiata (ecco di nuovo il possibile ruolo guida della PET!), sicché il paziente potrebbe essere mantenuto in stretto follow-up clinico-strumentale anche in caso di biopsia negativa.

La diagnosi

Nel caso in cui si tratti di una lesione benigna, la comunicazione della diagnosi è liberatoria dell'ansia che ha investito paziente e genitori. In tal caso l'ortopedico potrà decidere di continuare con il follow-up specialistico o reinviarlo a follow-up pediatrico con opportune indicazioni. La comunicazione di una diagnosi di malignità è invece impegnativa. I centri di riferimento sono solitamente dotati di un supporto psicologico che aiuta soprattutto i parenti a superare lo shock iniziale e il rapido cambiamento di prospettive di cui la situazione necessita. Sebbene la legge imponga la comunicazione ai genitori, probabilmente è meglio rendere partecipe anche il paziente poiché un diverso comportamento porterebbe a perderne per sempre la fiducia. Ovviamente tale decisione va presa insieme ai genitori, tenendo conto anche del grado di maturità del paziente stesso.

La terapia

La terapia delle lesioni benigne

L'osservazione

È la principale "terapia" delle lesioni benigne. La maggioranza delle lesioni è metabolicamente inattiva e non richiede alcun intervento attivo ma semplicemente un follow-up clinico-strumentale basato, come già detto, principalmente sull'esame radiografico. La RMN diviene necessaria nel caso in cui la lesione non sia visibile alla radiografia (questo accade soprattutto per i condromi in età giovanile) o in caso di distretti complessi in cui la radiografia non abbia una definizione sufficiente (colonna vertebrale e bacino).

Orientativamente il timing dei controlli è a quaranta giorni, dopo tre mesi, sei mesi, nove mesi, dodici mesi, infine diciotto e ventiquattro mesi dal precedente. Variazioni sono possibili in funzione del caso specifico. Per esempio, la presenza di una lastra eseguita due anni prima che testimoni la stabilità della lesione ci autorizza a prescrivere il primo controllo a dodici mesi.

La radiologia interventistica

– Il riempimento mininvasivo della lesione: è indicato soprattutto in lesioni cistiche a rischio di frattura. Sono disponibili anche sostituti ossei bioattivi che, almeno teoricamente, dovrebbero andare incontro a un processo di rimodellamento e alla graduale sostituzione con l'osso dell'ospite.

– L'infiltrazione con steroidi: in caso di cisti ossee giovanili o in caso di granuloma eosinofilo. Tale procedura induce spesso la calcificazione della lesione; frequentemente occorre eseguirne più di una.

– L'embolizzazione: consiste nella chiusura, per via endovascolare mininvasiva, dei vasi arteriosi affluenti alla lesione. È di prima scelta nel trattamento della cisti aneurismatica e degli angiomi. Affinché possa essere eseguita, dovrà essere presente un vaso embolizzabile, altrimenti andranno prese in considerazione altre soluzioni.

– La termoablazione: consiste nella distruzione della lesione tramite la somministrazione di radiofrequenze attraverso un ago di forma variabile inserito al suo interno, sotto controllo TC. È di riferimento per il trattamento dell'osteoma osteoide e comunque di lesioni di piccole dimensioni. Il trattamento di lesioni superficiali può essere problematico per l'elevato rischio di necrosi cutanea come del resto il trattamento di lesioni vicine ai fasci vascolo-nervosi. Il trattamento di lesioni diverse quali l'osteoblastoma o il condroblastoma è da considerarsi al momento sperimentale.

– La crioterapia: di recente introduzione, presenta delle indicazioni simili alla termoablazione con radiofrequenze. Consiste nel congelamento della lesione tramite l'inserzione al suo interno di sonde nelle quali scorre azoto liquido. La crioterapia dovrebbe assicurare una maggiore omogeneità di trattamento con un limite tra la zona trattata e non trattata più netto.

– L'High Intensity Focused Ultrasound (HIFU) o Focused Ultra Sound (FUS): si tratta di una tecnica da poco introdotta nel trattamento delle malattie dell'apparato muscolo-scheletrico. Essa permette di concentrare in un punto, sotto guida RMN, gli ultrasuoni provenienti da diverse sorgenti. Sebbene sia ancora sperimentale, sono riportati buoni risultati nel trattamento dell'osteoma osteoide in sedi superficiali là dove la lesione non sia completamente indovata all'interno dell'osso.

La terapia chirurgica

– Il curettage: consiste nell'asportazione intraliesionale della lesione, tramite l'ausilio di curette. L'applicazione di adiuvanti locali può essere utile per ridurre il rischio di recidiva locale. Il curettage è indicato in caso di lesioni benigne metabolicamente attive, di fallimento dei trattamenti mininvasivi o nel caso in cui questi non siano tecnicamente eseguibili

(per es. cisti aneurismatica non responsabile all'embolizzazione o localizzata in territori non embolizzabili). Qualora si presenti un rischio di frattura, il curettage e il riempimento della cavità residua (borraggio) con innesti ossei autologhi o omologhi permettono a distanza di tempo un recupero pressoché totale della capacità di carico. A tal proposito il segmento osseo può essere stabilizzato con mezzi di sintesi che ne permettono un carico precoce ma che nel contempo aumentano il rischio di infezione e necessitano di un altro intervento per l'eventuale rimozione.

La terapia delle lesioni intermedie: il tumore a cellule giganti (TCG)

La terapia chirurgica

Il curettage è il gold-standard. L'applicazione di adiuvanti locali, quali il fenolo o l'azoto liquido, permette di ridurre la percentuale di recidiva dal 30% al 10%. Il riempimento del deficit osseo (borraggio) può essere effettuato con innesti ossei o con cemento; quest'ultimo permette una più facile identificazione delle recidive. Nei casi in cui non sia possibile mantenere la continuità ossea o il tumore si localizzi in sedi dove un'eventuale recidiva sia difficile da trattare, la resezione del segmento interessato (cioè l'asportazione della zona di osso che racchiude la malattia) e la successiva ricostruzione devono essere prese in considerazione.

La terapia medica

Da alcuni anni disponibile, è basata sull'assunzione di un anticorpo monoclonale analogo del RANK ligando, il Denosumab, farmaco già utilizzato per il trattamento dell'osteoporosi e per indurre la calcificazione delle metastasi. Il RANK ligando è un mediatore specifico membro della famiglia del Tumor Necrosis Factor che, prodotto dagli osteoblasti, si lega al proprio recettore (RANK) presente sugli osteoclasti, inducendone la maturazione e attivando il riassorbimento osseo. L'inibizione selettiva di questo processo a opera del Denosumab facilita la calcificazione. Sebbene tale terapia sia da considerarsi ancora sperimentale, i risultati preliminari sono incoraggianti; è tuttavia ancora riservata solo a casi particolari di recidive non operabili, ma si presuppone che nei prossimi anni possa avere ulteriori indicazioni.

La radiologia interventistica

È ancora da considerarsi "sperimentale"; tuttavia, risultati incoraggianti sono stati riscontrati nel trattamento delle piccole recidive monofocali dopo curettage.

La terapia delle lesioni maligne

L'approccio integrato multispecialistico è essenziale nel trattamento delle lesioni

maligne del tessuto muscolo-scheletrico. Sia l'osteosarcoma sia il sarcoma di Ewing necessitano di un trattamento complesso che può essere effettuato solo in centri di riferimento. Esso si avvale di una chemioterapia neoadiuvante, della durata di circa due mesi, seguita dal trattamento eradicante chirurgico e da una ricostruzione variabile e successivamente, a guarigione completa della ferita, dalla chemioterapia adiuvante della durata di circa sei mesi (ed eventuale radioterapia per il sarcoma di Ewing).

La chemioterapia

È basata sulla combinazione di diversi farmaci (methotrexate, cisplatino, adriamicina, ifosfamide, ciclofosfamide, etoposide, vincristina e dactinomicina) in numero, dosaggio e combinazioni differenti a seconda dell'istologia specifica, della stadiazione della malattia e del protocollo utilizzato. La maggioranza dei Centri di riferimento italiani aderisce al protocollo dell'Italian Sarcoma Group (ISG).

A seguito del rischio di sterilità associato alla chemioterapia, si consiglia la crioconservazione del seme e degli ovociti prima di iniziare il trattamento neoadiuvante.

La terapia chirurgica

Consiste nell'asportazione della lesione con un margine di tessuto sano circostante (resezione ampia). Tale principio, purtroppo, implica che la perdita di funzione associata all'asportazione di muscoli, tendini, legamenti e fasci neurovascolari possa essere importante e solo parzialmente compensata dalla ricostruzione.

La ricostruzione può essere eseguita con protesi artificiali modulari o con sistemi biologici. Le protesi per il paziente in accrescimento possono essere anche elongabili (meccanicamente o magneticamente) per compensare, almeno parzialmente, eventuali deficit di lunghezza dell'arto secondari all'asportazione delle cartilagini metafisarie; i sistemi di ricostruzione biologica si avvalgono invece di innesti massivi omoplastici, del perone autoplastico anastomizzato con i vasi del paziente al fine di assicurarne la vitalità e l'osteointegrazione. Le tecniche in realtà sono innumerevoli e comunque personalizzate sul paziente.

La radioterapia

Trova indicazione nel sarcoma di Ewing e come terapia palliativa nelle forme metastatiche.

La radiologia interventistica

A differenza di quanto accade per i tumori benigni, la radiologia interventistica e le tecniche mininvasive hanno un valore limitato nel trattamento della patologia maligna primitiva, assumendo un valore palliativo nelle forme metastatiche.

Il follow-up e il rischio di recidiva delle lesioni maligne

La disponibilità di nuovi farmaci e lo sviluppo di nuovi schemi chemioterapici hanno permesso negli ultimi venti anni un notevole aumento della sopravvivenza che nei casi di osteosarcoma degli arti, localizzato, responsivo alla chemioterapia, può raggiungere, in gruppi selezionati, il 70% a 5 anni. La presenza di metastasi polmonari fa scendere questa percentuale al 10% circa. La sopravvivenza in caso di sarcoma di Ewing è leggermente più bassa.

Tutti i tumori maligni dell'apparato muscolo-scheletrico possono manifestarsi con recidiva locale e/o con metastasi a distanza (prevalentemente polmonari) anche dopo molto tempo (sono stati documentati casi di metastasi polmonari da sarcoma di Ewing dopo venti anni dall'asportazione del tumore primitivo); il rischio diminuisce con il passare del tempo dall'asportazione del tumore primitivo.

I controlli sono solitamente effettuati, con variazioni dipendenti dall'istotipo e dal caso specifico, ogni tre-quattro mesi per i primi due anni, poi ogni quattro-sei fino al quinto anno, successivamente una volta l'anno, con TC torace o total-body e un esame diagnostico dell'area di pertinenza del tumore primitivo. Il follow-up è comunque integrato dalla saltuaria richiesta di PET total-body e scintigrafia ossea. Oltre al follow-up oncologico ne esiste uno meccanico, volto a valutare lo stato della ricostruzione, che prosegue per tutta la vita. ♦

Bibliografia di riferimento

- Abed R, Grimer R. Surgical modalities in the treatment of bone sarcoma in children. *Cancer Treat Rev* 2010;36(4):342-7. doi: 10.1016/j.ctrv.2010.02.010.
- Chakarun CJ, Forrester DM, Gottsegen CJ, et al. Giant cell tumor of bone: review, mimics, and new developments in treatment. *Radiographics* 2013; 33(1):197-211. doi: 10.1148/rg.331125089.
- Chi JH, Bydon A, Hsieh P, et al. Epidemiology and demographics for primary vertebral tumors. *Neurosurg Clin N Am* 2008;19(1):1-4.
- Erlemann R. Imaging and differential diagnosis of primary bone tumors and tumor-like lesions of the spine. *Eur J Radiol* 2006;58(1):48-67.
- Errani C, Traina F, Perna F, et al. Current concepts in the biopsy of musculoskeletal tumors. *ScientificWorldJournal* 2013;2013:538152. doi: 10.1155/2013/538152.
- Ma LD. Magnetic resonance imaging of musculoskeletal tumors: skeletal and soft tissue masses. *Curr Probl Diagn Radiol* 1999;28(2):29-62.
- Mangat KS, Jeys LM, Carter SR. Latest developments in limb-salvage surgery in osteosarcoma. *Expert Rev Anticancer Ther* 2011;11(2):205-15. doi: 10.1586/era.10.225.
- Mavrogenis AF, Papagelopoulos PJ, Coll-Mesa L, et al. Expandable tumor prostheses in children. *J BUON* 2012;17(1):9-15.
- Robbin MR, Murphey MD. Benign chondroid neoplasms of bone. *Semin Musculoskelet Radiol* 2000; 4(1):45-58.
- Turcotte RE. Giant cell tumor of bone. *Orthop Clin North Am* 2006;37(1):35-51.

I dolori delle ossa

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

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

Le ossa del nostro scheletro servono a proteggere gli organi e a sostenerci; inoltre il tessuto delle nostre ossa ha anche tante altre importanti funzioni. Pensate che al suo interno c'è il midollo osseo che produce gli elementi del nostro sangue. Si parla di apparato muscolo-scheletrico proprio perché le ossa e la muscolatura sono in stretta collaborazione tra di loro. È grazie a questo insieme perfetto di ossa e muscoli che riusciamo a camminare e a compiere i movimenti di tutti i giorni.

Alcuni bambini o bambine si lamentano di dolori alla muscolatura (gambe, braccia...); questi dolori sono spesso serali, prima di andare a letto; in alcuni casi possono manifestarsi durante la notte e svegliare il bambino. Spesso si parla di dolori di crescita, ma cerchiamo di capire se sono davvero dolori legati alla crescita delle ossa.

Anche se al momento la causa di questi dolori muscolari non è nota, sicuramente la crescita non ne è responsabile. Anche durante lo "scatto di crescita" del periodo dell'adolescenza, quando improvvisamente tutto cambia e in uno-due anni si cresce in modo sorprendente, ebbene anche in questi periodi di crescita rapida, la velocità di crescita è comunque tale da non giustificare la presenza di dolori. Quindi i "dolori di crescita" in realtà non sono legati alla crescita, non sono espressione di malattia e sono piuttosto frequenti, tanto che il 10-20% dei bambini dai 4 ai 12 anni si lamenta di questi dolori benigni notturni. Una volta consultato il pediatra che, sulla base della storia raccontata e della visita medica, stabilisce che si tratta di dolori benigni notturni, non bisogna fare altro, nessun esame né del sangue né radiologico perché non sono di alcun aiuto. La causa non si conosce: alcune volte possono essere scatenati da un trauma, da un virus o anche da uno stress psicologico. A volte il dolore può essere fonte di ansia per i genitori perché si ripete spesso di notte. Tranquillizzatevi, il dolore passerà da solo; a volte i massaggi possono essere utili, ma importante è mantenere la calma senza comunicare ansia al bambino.

Sono forme benigne che non lasciano conseguenze.

Alcune volte il dolore alle ossa o ai muscoli può essere dovuto a uno stress eccessivo durante l'attività fisica, al troppo esercizio. Pensate che i bambini non si sentono mai stanchi o affaticati durante il gioco e il divertimento, semplicemente perché sono troppo occupati e appassionati! Nel momento in cui poi la muscolatura si rilassa cominciano i dolori.

Nei bambini più sportivi, entusiasti di tutte le attività in movimento, nel tempo l'uso eccessivo delle stesse articolazioni può provocare problemi ai tendini o danni di altro tipo con dolori. In questi casi, se c'è dolore, occorre evitare di continuare l'attività fisica. Il trattamento di base in queste situazioni è definito con l'acronimo "RICE": Riposo, Ghiaccio (Ice), Compressione ed Elevazione.

In caso di dolori alle ossa cosa può fare un genitore?

Se il tuo bambino fa sport intensamente, organizza dei periodi di riposo e incoraggiarlo a partecipare a sport e attività fisiche diverse in modo da impegnare muscoli diversi ed evitare di stressare troppo intensamente la stessa muscolatura.

In caso di dolore, spesso un bagno caldo può essere utile, così come un massaggio. Una dose di paracetamolo o di ibuprofene, per un periodo limitato e sempre su consiglio del pediatra, può, in alcuni casi, alleviare il sintomo in fase acuta.

Quando il dolore deve preoccupare e bisogna quindi chiamare il pediatra?

Se il tuo bambino presenta uno di questi sintomi:

- dolore acuto, intenso, quando non c'è stato un trauma con eventuale frattura;
- un rigonfiamento che non regredisce o che peggiora nelle 24 ore dopo aver messo la parte a riposo, aver applicato il ghiaccio e sollevato la parte interessata, anche se non c'è dolore;
- dolore all'osso accompagnato da febbre;
- rigonfiamento del muscolo;

«Scheletro scheletro fatto di ossa,
dormi nel buio dentro una fossa.
Se vuoi uscire aspetti la notte
per combinarne di crude e di cotte.
Teschio che ride, cranio rotondo,
al posto dell'occhio c'è un buco profondo.
Ma se ti guardo senza tremare
vedo qualcosa che mi è familiare...
Scheletro scheletro fatto di ossa,
senza di te io non faccio una mossa.
Grande colonna di vertebre forti
che mi sostieni dovunque mi porti.
Scheletro scheletro, sai che ti dico?
Scheletro scheletro,
sei un buon amico».

Mela Cecchi, Filastrocca degli gnomi
e Tonio Carbonio per farsi amico uno scheletro,
Melevisione

- zoppia;
- la pelle, in corrispondenza del muscolo o dell'osso interessato, rossa, calda;
- urine scure dopo l'esercizio fisico (in questi casi fare riferimento al Pronto Soccorso);
- dolore persistente da più di 15 giorni;

in questi casi la visita dal pediatra di famiglia (PdF) è necessaria per approfondire il sintomo e capirne la causa. Il PdF può ritenere necessario fare eseguire una radiografia; spesso può essere utile paragonare le lastre radiografiche con qualche esame precedente, e per questo è importante conservare, nel tempo, gli esami radiografici anche se di zone diverse del corpo, perché possono essere di aiuto al medico nella diagnosi. Non abbiate timore di fare una radiografia se consigliata dal PdF; spesso sono necessarie due lastre per osservare le ossa in due proiezioni diverse. Con la radiografia si possono osservare molte cose delle ossa del nostro scheletro e nella maggior parte dei casi la radiografia consente di effettuare una diagnosi. Non abbiate timore delle radiazioni: il vostro pediatra vi saprà consigliare in maniera appropriata, senza prescrizioni eccessive di raggi, ma allo stesso tempo considerando la reale necessità di effettuare un esame radiografico. Se tuttavia con la radiografia non si riesce a fare una diagnosi potrebbe essere necessario avviare un approfondimento diagnostico, ossia fare altri esami, come una RMN o a volte una TAC o altri esami specialistici. In questi casi il pediatra ha necessità di richiedere la consulenza di uno specialista ortopedico che potrà, in accordo anche con voi genitori, condividere e delineare un percorso diagnostico. In caso di dubbi chiedete al vostro pediatra. ♦

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

informazioni per genitori

Late-preterm: un gruppo di neonati a rischio per disturbi dello sviluppo cognitivo

Revisione sistematica della letteratura e descrizione degli strumenti di valutazione

Barbara Caravale*, Gina Riccio**, Carlo Corchia***

*Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Università "La Sapienza", Roma; **Unità di Ricerca di Epidemiologia Perinatale, IRCCS-Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma; ***Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects and Prematurity, ICBD, Roma

Abstract

Late-preterms: a group of infants at risk for cognitive developmental delay. Systematic review and description of evaluation tools

Children born at 34-36 weeks' gestation are defined as late-preterms (LP); they are considered as being at risk for adverse cognitive outcomes compared to infants born at term. We performed an extensive search and systematic review of English language articles on the cognitive development of LP from the first year of life to school age, published between January 2006 and June 2013. General cognitive outcome, specific neuropsychological abilities and school performances were investigated. We selected the studies that had used standardized instruments for the evaluation. Nineteen studies were reviewed; eleven were on pre-school children and eight on school-age children. The results suggest that pre-school LP children reach a lower general cognitive level than term children, and perform worse when specific neuropsychological abilities are measured. At school age LP still reach a lower cognitive level and have more academic difficulties in comparison to term infants. The reasons for the lower cognitive performances of LP might be related to prematurity itself, but also to the causes of the preterm birth.

Quaderni acp 2014; 21(4): 155-161

Vengono definiti late-preterm (LP) o "pretermine tardivi" i bambini che nascono a 34-36 settimane di gestazione. I LP hanno un rischio aumentato, rispetto ai neonati a termine, di mortalità e morbosità in epoca neonatale e nelle età successive. Solo da pochi anni lo sviluppo cognitivo dei LP è stato oggetto di attenzione nella letteratura medica. Il presente studio è un'analisi sistematica dei lavori pubblicati in lingua inglese da gennaio 2006 a giugno 2013, aventi per oggetto lo sviluppo cognitivo e neuropsicologico dei LP dal primo anno di vita all'età scolare. Sono stati selezionati i lavori che utilizzavano scale di sviluppo e questionari standardizzati. Gli studi inclusi nella revisione sono 19, 11 dei quali in età prescolare e 8 in età scolare. I risultati indicano che in età prescolare i LP raggiungono un livello cognitivo mediamente più basso dei bambini nati a termine, in generale e in specifiche capacità cognitive. Anche in età scolare i LP hanno maggiori difficoltà nell'apprendimento rispetto ai bambini nati al termine della gravidanza. I motivi delle minori capacità dei LP possono essere legati alla prematurità in sé, ma anche alle cause che hanno provocato la nascita prima del termine.

Introduzione

Secondo stime recenti, i nati pretermine (< 37 settimane compiute di gestazione) sono ogni anno nel mondo, circa 15 milioni, 40 mila solo in Italia, pari a circa il 7% di tutte le nascite del nostro Paese [1-2]. Anche non considerando i parti gemellari e quelli derivanti da fecondazione assistita, per i quali il tasso di prematurità è molto alto (50% e 30% rispettivamente), negli ultimi anni in molte nazioni è stato segnalato un aumento delle nascite pretermine,

riguardante in particolare i bambini nati a 34-36 settimane compiute di gestazione, solitamente definiti "late-preterm" (LP), cioè pretermine tardivi [3-5].

Nella pratica clinica i LP vengono gestiti, nella maggioranza dei casi, come bambini nati a termine, per la somiglianza delle loro caratteristiche fisiche, perché ritenuti molto vicini alla maturità e perché l'essere nati qualche settimana prima è stato tradizionalmente considerato senza conseguenze per il loro stato di salute a breve e a

lungo termine [6]. Essi tuttavia sono affetti da maggiori problemi medici rispetto ai nati a termine, anche durante la degenza nei reparti di Neonatologia [7-8]. I LP presentano, infatti, un rischio più elevato di mortalità, sia nel primo mese che nel primo anno di vita, di insufficienza respiratoria grave, di emorragia intraventricolare e di paralisi cerebrale, oltre che di una serie di patologie di minore rilevanza; hanno anche un rischio maggiore di ricoveri ospedalieri ripetuti nei primi anni di vita, di malattie croniche e di limitazioni funzionali, con costi sociali ed economici elevati [9-11].

Fra gli esiti a distanza della prematurità vanno anche annoverate alcune condizioni che, a differenza di quelle che si manifestano chiaramente e non presentano grandi difficoltà a essere diagnosticate (per esempio gravi deficit neurologici e sensoriali), non sono sempre altrettanto evidenti e possono dare segni della loro presenza anche molto tempo dopo la nascita. Tra questi, gli sviluppi cognitivi, neuropsicologici e relazionale stanno ricevendo un'attenzione sempre maggiore, poiché possono condizionare l'apprendimento e il comportamento dei bambini in età scolare. Gli effetti della nascita a meno di 32 settimane di gestazione sullo sviluppo cognitivo a lungo termine sono ben documentati in letteratura. Molti studi hanno evidenziato, infatti, che la prematurità grave si associa ad abilità intellettive generali più povere e a deficit in alcune aree neuropsicologiche [12]. Al contrario, lo sviluppo cognitivo a lungo termine nei bambini LP ha iniziato a essere oggetto di ricerche e pubblicazioni solo da pochi anni.

Lo scopo del presente studio è stato quello di effettuare una ricerca sistematica e una revisione dei lavori pubblicati da gennaio 2006 a giugno 2013, aventi per oggetto lo sviluppo cognitivo e neuropsicologico dei LP. I risultati dei singoli studi vengono presentati insieme agli strumenti utilizzati nelle valutazioni e separatamente per età prescolare e scolare.

Per corrispondenza:
Barbara Caravale
e-mail: barbara.caravale@uniroma1.it

Metodi

Sono stati utilizzati tre motori di ricerca bibliografica: *PubMed*, *Cochrane Library* e *Scopus*. Abbiamo selezionato articoli originali pubblicati in riviste peer-reviewed in lingua inglese tra gennaio 2006 e giugno 2013. Le parole “late-preterm” or “34” or “35” or “36 week gestation” sono state associate con diversi termini di outcome quali “outcome”, “cognitive”, “motor”, “attention”, “language”, “school”, “education”. La stessa ricerca è stata effettuata utilizzando le parole “moderate preterm” per escludere che studi su tale popolazione non includessero anche bambini con età gestazionale di 34-36 settimane.

In questo articolo abbiamo selezionato gli studi sui LP che analizzavano lo sviluppo cognitivo dai primi anni a tutta l'età scolare, le funzioni cognitive specifiche (es. linguaggio, attenzione, memoria) o le abilità scolastiche. All'interno degli studi individuati in prima istanza sono stati ulteriormente selezionati solo quelli che avevano utilizzato, per i test di sviluppo cognitivo e/o per i questionari parentali, strumenti di valutazione standardizzati. Sono stati anche analizzati gli studi di revisione allo scopo di verificare l'eventuale inclusione degli articoli presi in esame e per ricercare ulteriori lavori non individuati dai motori di ricerca.

Su *PubMed* sono stati trovati 668 articoli, 16 dei quali erano strettamente inerenti alle tematiche prese in esame. Dalla *Cochrane Library* sono stati selezionati 65 articoli, 9 dei quali, pur non essendo tra quelli selezionati con la ricerca su *PubMed*, non rientravano comunque nei criteri presi in esame in questo articolo. La ricerca su *Scopus* ha prodotto 1005 articoli, di cui 778 erano ricerche originali e 227 revisioni della letteratura; 18 erano inerenti alle tematiche prese in esame, ma solo 2 non erano stati evidenziati dagli altri motori di ricerca. In totale, quindi, dall'analisi di più di 1600 articoli, ne abbiamo selezionato 18, 11 riguardanti lo sviluppo delle funzioni cognitive in età prescolare e 7 nell'età scolare. Per ognuno di tali articoli vengono presentati il primo Autore, l'anno di pubblicazione, il Paese di appartenenza del gruppo di studio, le caratteristiche e l'età dei bambini al momento della valutazione, i criteri di esclusione, il tipo di reclutamento, gli strumenti utilizzati e la sintesi dei risultati. A seconda dell'età gestazionale alla nascita i bambini sono stati definiti: molto pretermine (*very preterm infants*, VPI), moderatamente pretermine (*moderately preterms*, MP), pretermine tardivi (*late preterms*, LP), a termine precoci (*early term*, ET), e a termine (*full term*, FT). Gli intervalli di età gestazionale utilizzati dai vari Autori per queste definizioni non sono sempre uguali e vengono riportati nelle tabelle dei risultati.

Risultati

Sviluppo cognitivo in età prescolare

Gli studi sullo sviluppo cognitivo generale in età prescolare sono 7 e i loro risultati sono riportati nella *tabella 1*. Secondo tre ricerche i LP all'età di 2 anni presentano uno sviluppo cognitivo inferiore rispetto ai FT, anche se i punteggi mediamente non ricadono nel range solitamente utilizzato per indicare un ritardo di sviluppo [13-15]. Secondo Baron et al. sono a rischio più alto i LP ricoverati per qualsiasi motivo in terapia intensiva neonatale (TIN); il genere maschile, inoltre, è risultato un fattore di rischio aggiuntivo per un livello cognitivo basso a 3 anni [16]. Secondo un altro studio, anche negli anni successivi (dai 3 ai 7 anni) permangono differenze nelle capacità cognitive generali e in alcune abilità specifiche, come quelle dei prerequisiti dell'apprendimento; infatti i LP presentano un rischio aumentato, rispetto ai nati a termine, di raggiungere un punteggio inferiore a 1 DS in prove di abilità visuo-costruttiva a 5 anni e in prove di lettura a 7 anni [17]. Secondo altri due studi, invece, i LP raggiungono, a 12 e a 18 mesi di vita, un livello di sviluppo cognitivo adeguato, che si mantiene stabile fino a 5 anni [18-19].

Gli strumenti di valutazione

In 4 su 7 di questi studi è stata utilizzata la scala Bayley II o la sua forma breve Bayley Short Form-Research Edition, BSF-R [20-21]. La Bayley II è una scala di sviluppo a somministrazione individuale che valuta bambini da 1 a 42 mesi di vita. È costituita da due sottoscale: una cognitiva, che valuta lo sviluppo senso-motorio, l'esplorazione, la manipolazione, la formazione di concetti, la memoria e altri aspetti dello sviluppo cognitivo e che fornisce un indice chiamato Mental Development Index (MDI); una motoria, la quale valuta sia la motricità fine che quella grossolana e fornisce un indice denominato Psychomotor Developmental Index (PDI). In un altro studio sono state invece utilizzate le scale Griffiths, che misurano aspetti dello sviluppo intellettuale da 0 a 8 anni, largamente utilizzate in Europa [22]. In particolare, nei primi due anni di vita le scale Griffiths sono in grado di valutare lo sviluppo intellettuale dei bambini grazie alla loro articolazione in test finalizzati a indagare specifiche aree: locomotoria, personale-sociale, udito e linguaggio, coordinazione occhio-mano, performance. Sia le scale Bayley sia le Griffiths sono pubblicate in lingua italiana. Uno degli studi ha valutato le competenze cognitive attraverso le Differential Ability Scales (DAS), scale di intelligenza generale che permettono di ottenere un punteggio generale e punteggi specifici per abilità di ragionamento verbale, non verbale e spaziale [16]. Lo studio inglese, invece, ha utilizzato, come scala di sviluppo cognitivo, la British Ability Scale (BAS II) [23], scala di intelligenza generale verbale e non verbale creata per la valuta-

zione delle abilità e dei processi cognitivi in bambini dai 5 ai 18 anni di età [17]. Queste ultime due scale descritte non sono pubblicate in lingua italiana.

Abilità cognitive specifiche in età prescolare

Nella *tabella 2* sono riportati i 5 studi che hanno indagato le abilità cognitive specifiche in età prescolare (uno di essi è anche riportato in *tabella 1*). I risultati indicano che i LP non sembrano presentare maggiori difficoltà di attenzione rispetto ai coetanei nati a termine, valutate sia attraverso questionari per i genitori sia attraverso test diretti [24-25]. Al contrario, i LP ottengono prestazioni inferiori rispetto ai FT nella comprensione del linguaggio, nei prerequisiti della matematica e della letto-scrittura e nelle prove di integrazione visuo-spaziale [14, 26]. Per quanto riguarda le funzioni esecutive, i LP e i FT si comportano meglio degli ELBW nelle prove di memoria spaziale, ma non presentano differenze tra loro se non in compiti complessi di *working-memory* [24, 27]. Infine, i LP ricoverati in TIN ottengono punteggi mediamente inferiori rispetto ai FT nelle prove di attenzione visuo-spaziale e nella fluidità del linguaggio per nomi e verbi [24].

Gli strumenti di valutazione

Gli strumenti utilizzati per la valutazione di specifiche aree cognitive sono molteplici e spesso sono stati adattati da strumenti più complessi pensati per le età successive. Tra questi ricordiamo: **1)** il Visual Motor Integration Test (VMI), test “carta e matita”, che valuta le abilità di integrazione visiva e motoria, le abilità visive/percettive e quelle di coordinazione del tratto grafico in pazienti dai 3 ai 18 anni [28]; per l'esecuzione della prova si chiede al bambino di copiare delle figure geometriche, di riconoscerle tra figure simili e di riprodurle in una forma facilitata dalla presenza di punti guida; **2)** scale di Conners, questionari per i genitori e per gli insegnanti, che aiutano nella valutazione dei comportamenti problematici in età evolutiva; esse valutano, in particolare, la presenza di comportamenti oppositivi, la difficoltà di attenzione, l'iperattività, l'ansia, i problemi sociali e psicosomatici [29]. Tra gli strumenti più innovativi ricordiamo quello appositamente creato da Baron e coll. per lo studio delle funzioni esecutive [24]. Si tratta di un software per PC con *touch-screen*, che propone a bambini anche molto piccoli (3 anni) diverse prove; tra queste persino un gioco nel quale al bambino viene richiesto di toccare lo schermo solo quando appare, tra altri animali confondenti, un animaletto bersaglio, stabilito verbalmente e visivamente all'inizio del test.

Sviluppo cognitivo in età scolare e abilità accademiche

Nella *tabella 3* sono riportati i risultati dei 7 studi che hanno indagato lo sviluppo

TABELLA 1: STUDI RIGUARDANTI LO SVILUPPO COGNITIVO GENERALE DEI "LATE-PRETERM" (LP) IN ETÀ PRESCOLARE (LA LEGENDA DELLE ABBREVIAZIONI È RIPORTATA IN CALCE)

Autori e anno di pubblicazione	Paese	Caratterist. dei bambini studiati	Criteri di esclusione	Tipo di studio (reclutamento)	Età alla valutaz.	Strumenti di valutaz.	Risultati
Voigt et al., 2012 [13]	Germania	58 VPI (< 32 settimane di EG e/o < 1500 g), 88 MP e LP (≥ 32 settimane di EG e ≥ 1500 g) e 86 FT ≥ 38 settimane di EG e ≥ 2500 g	Bambini con malformazioni congenite maggiori, danni cerebrali, deficit neurologici, storia di abuso di sostanze in gravidanza, genitori non di madrelingua tedesca	Studio longitudinale su bambini nati in un singolo centro clinico universitario	2 anni	Bayley Scales of Infant Development II e batteria di test sulle capacità di auto-regolazione	MP e LP raggiungono mediamente un livello cognitivo inferiore ai FT (media ± DS 100,6 ± 11,3 vs 106,2 ± 8,9); MP e LP non mostrano deficit in compiti di autoregolazione
Nepomnyaschy et al., 2011 [14]	USA	400 LP (34-36 settimane di EG) e 5050 FT (37-41 settimane di EG)	Nati da gravidanze multiple, degenza dopo il parto > 3 giorni, malformazioni congenite maggiori, bambini senza dati di follow-up a 2 o a 4 anni	Studio prospettico longitudinale di coorte nazionale su bambini nati negli USA nel 2001	2 anni e 4 anni	Bayley Short Form-Research Edition, BSF-R. Diversi test e questionari per i genitori su linguaggio e prerequisiti dell'apprendimento	I LP hanno punteggi significativamente inferiori ai FT nel livello cognitivo globale, sia a 2 che a 4 anni
Woythaler et al., 2011 [15]	USA	1200 LP (34-36 settimane di EG) e 6300 FT (> 37 settimane di EG)	Malformazioni congenite maggiori, deficit neurosensoriali	Studio prospettico longitudinale di coorte nazionale su bambini nati negli USA nel 2001	2 anni	Bayley Scales of Infant Development II, punteggio MDI (Mental Development Index) e punteggio PDI (Psychomotor Developmental Index)	Anche controllando l'effetto dei fattori socio-economici e neonatali, i LP hanno un rischio aumentato di ritardo di sviluppo cognitivo (MDI < 70), con un OR 1,51, e motorio (PDI < 70), con un OR 1,56
Baron et al., 2011 [16]	USA	90 LP (35-36 settimane di EG) ricoverati in TIN (LP complicati), 28 LP "non complicati" e 100 FT (≥ 37 settimane di EG)	Malattie genetiche, deficit neurosensoriali, tumori cerebrali, madri non di madrelingua inglese	Studio retrospettivo di coorte di un singolo centro ospedaliero	3 anni	Differential Ability Scales II, test di intelligenza generale da cui si ottengono un punteggio generale (General Conceptual Ability, GCA) e punteggi specifici per ragionamento verbale, ragionamento non verbale e spaziale	Nessuno dei LP è al di sotto di 1 DS dalla media. Solo i LP ricoverati in TIN (LP complicati) ottengono punteggi significativamente inferiori ai FT nelle prove di GCA (media 105,9 vs 112,3), di ragionamento non verbale (101,5 vs 106,8) e spaziale (media 105,2 vs 111,5). Il genere maschile è un fattore di rischio aggiuntivo
Poulsen et al., 2013 [17]	UK	225 VPI (< 32 settimane di EG), 192 MP (32-33 settimane di EG); 1107 LP (34-36 settimane di EG), ET 3655 (37-38 settimane di EG), 12.540 FT (39-41 settimane di EG)	Disabilità grave, importanti disturbi del comportamento, non sufficiente padronanza della lingua inglese	Studio longitudinale di coorte nazionale su bambini nati in UK tra il 2000 e il 2002 e residenti in UK a 9 mesi di vita	3, 5 e 7 anni	Interviste, valutazioni dello sviluppo cognitivo: British Ability Scale (BAS II), scala di intelligenza generale verbale e non verbale (3, 5 e 7 anni); Bracken School Readiness Assessment (BSRA), valutazione delle abilità di pre-lettura (3 anni); Numeracy Skills test, per abilità di calcolo (7 anni)	I LP e i MP hanno dal 60 all'80% di probabilità in più di avere un punteggio inferiore a 1 DS nelle seguenti prove: BSRA a 3 anni e abilità spaziali e di lettura di parole (BAS II) a 5 e 7 anni. LP e ET ottengono prestazioni simili nella maggior parte delle prove
Romeo et al., 2012 [18]	Italia	62 LP (33-36 settimane di EG)	Malformazioni congenite maggiori, infezioni post-natali gravi, infezioni prenatali (corioamniotiche, TORCH), complicanze metaboliche ed ematologiche	Studio longitudinale su bambini nati in un singolo centro clinico universitario	12 mesi, 18 mesi e 5 anni	Bayley Scales of Infant Development II e Scala di Intelligenza WPPSI-R	Il 90% dei LP valutati mostra un MDI a 12 e 18 mesi e un QI a 5 anni nella norma

Morag et al., 2013 [19]	Israele	124 LP (34-35 settimane di EG) e 33 FT (37-41 settimane di EG)	Malattie genetiche, bambini senza dati di follow-up a 6 e a 12 mesi	Studio longitudinale su bambini nati in un singolo centro clinico	6 mesi e 12 mesi	Griffiths Mental Development Scales (GMDS) e Alberta Infant Motor Scale (motricità grossolana)	Quando si considera l'età corretta non si evidenziano differenze nello sviluppo a 6 e 12 mesi tra i LP e i FT
-------------------------	---------	--	---	---	------------------	--	---

EG: Età Gestazionale; VPI: Very Preterm Infants; MP: Moderately Preterms; LP: Late Preterms; ET: Early Terms; FT: Full Terms

TABELLA 2: STUDI RIGUARDANTI LO SVILUPPO DI SINGOLE ABILITÀ COGNITIVE DEI LP IN ETÀ PRESCOLARE (LA LEGENDA DELLE ABBREVIAZIONI È RIPORTATA IN CALCE)

Autori e anno di pubblicazione	Paese	Caratterist. dei bambini studiati	Criteri di esclusione	Tipo di studio (reclutamento)	Età alla valutaz.	Strumenti di valutaz.	Risultati
Baron et al., 2012 [24]	USA	52 ELBW, 196 LP (34-36 settimane di EG) e 121 FT (≥ 37 settimane di EG)	Malattie genetiche, deficit neuro-sensoriali, tumori cerebrali, bambini con scarsa padronanza della lingua inglese	Studio retrospettivo di coorte di un singolo centro ospedaliero	3 anni	Quattro prove di abilità di memoria di lavoro (working memory, WM) e di inibizione della risposta (funzioni esecutive) valutate attraverso un programma per PC touch-screen	I LP raggiungono prestazioni inferiori rispetto ai FT per numero di errori di omissione (es. non indicare l'animale target in un compito di riconoscimento) ma solo nelle prove più complesse, mentre gli ELBW commettono errori anche in quelle più semplici
Talge et al., 2012 [25]	USA	152 LP (34-36 settimane di EG) e 610 FT (≥ 37 settimane di EG)	Madri che non avevano aderito alla richiesta di partecipare a studi di follow-up; bambini con diagnosi di autismo o ritardo cognitivo	Studio di coorte su donne seguite in epoca neonatale in 52 centri clinici di uno Stato	Tra i 3 e i 9 anni	Questionari per i genitori sull'attenzione e l'iperattività (scale di Conners, versione ridotta)	Nell'insieme i LP non manifestano alti livelli di problemi di attenzione e iperattività rispetto ai coetanei nati a termine
Nepomnyaschy et al., 2011 [14]	USA	400 LP (34-36 settimane di EG) e 5050 FT (37-41 settimane di EG)	Nati da gravidanze multiple, degenza dopo il parto > 3 giorni, malformazioni congenite maggiori, bambini senza dati di follow-up a 2 o a 4 anni	Studio prospettico longitudinale di coorte nazionale su bambini nati negli USA nel 2001	2 anni e 4 anni	Diversi test e questionari per i genitori su linguaggio e prerequisiti dell'apprendimento	A 2 e 4 anni i LP raggiungono punteggi mediamente inferiori ai FT in diverse abilità: sviluppo cognitivo globale (media ± DS = 50,3 ± 10,0 vs 48,9 ± 10,0 a 2 anni), nel linguaggio a 2 e a 4 anni (es. vocabolario a 2 anni: 29,4 ± 11,7 vs 28,0 ± 11,9); nei prerequisiti della matematica e della lettura (es. abilità matematiche a 4 anni: 22,8 ± 7,2 vs 21,2 ± 6,7)
Baron et al., 2010 [26]	USA	20 ELBW, 75 LP (34-36 settimane di EG) e 40 FT (≥ 37 settimane di EG)	Malattie genetiche, deficit neuro-sensoriali, tumori cerebrali, bambini con scarsa padronanza della lingua inglese	Studio retrospettivo di coorte su bambini nati in un singolo centro clinico	3 anni	Prova di memoria spaziale: adattamento della "Hopkins Board", tavola con scatoline dove posizionare immagini su ricordo	LP e FT raggiungono prestazioni simili nelle prove e migliorano il punteggio nelle cinque prove ripetute mostrando un efficace apprendimento mentre gli ELBW non riescono a farlo
Baron, et al., 2009 [27]	USA	60 LP (34-36 settimane di EG) ricoverati in TIN (LP complicati) e 35 FT (≥ 37 settimane di EG)	Malattie genetiche, deficit neuro-sensoriali, tumori cerebrali, bambini con scarsa padronanza della lingua inglese	Studio retrospettivo di coorte su bambini nati in un singolo centro clinico	3 e 4 anni	Prove di attenzione e working memory (WM); abilità visuo-motorie (VMI); prove costruttive; fluidità verbale	I LP complicati raggiungono punteggi inferiori nelle prove di integrazione visuo-spaziale e nella fluenza di nomi e verbi. Non si registrano differenze nelle abilità di WM e attenzione visiva

EG: Età Gestazionale; MP: Moderately Preterms; LP: Late Preterms; FT: Full Terms; ELBW: Extremely Low Birth Weight, < 1000 g

TABELLA 3: STUDI RIGUARDANTI LO SVILUPPO COGNITIVO E LE ABILITÀ SCOLASTICHE DEI LP IN ETÀ SCOLARE (LA LEGENDA DELLE ABBREVIAZIONI È RIPORTATA IN CALCE)

Autori e anno di pubblicazione	Paese	Caratterist. dei bambini studiati	Criteri di esclusione	Tipo di studio (reclutamento)	Età alla valutaz.	Strumenti di valutaz.	Risultati
Odd et al., 2012 [30]	UK	Arruolati 741 MP/LP (32-36 settimane di EG) e 13.102 FT (37-42 settimane di EG). Circa 6900 bambini in totale valutati a distanza	Sono riportati i risultati per tutti i neonati arruolati nella coorte e controllati a distanza	Studio longitudinale di coorte e di area	8-11 anni	Wechsler Intelligence Scale for Children, III edizione (WISC-III); Sky Search Test; Test of Everyday Attention for Children; Neale Analysis of Reading Ability; questionario agli insegnanti a 8 anni	I MP/LP ottengono punteggi inferiori rispetto ai FT sia per il livello cognitivo (QI) sia per quanto riguarda l'attenzione, le prove di memoria e le abilità di lettura. Per il livello cognitivo, tuttavia, le differenze non sono statisticamente significative
Lipkind et al., 2012 [31]	USA	2332 PT (32-33 settimane di EG), 13.207 LP (34-36 settimane di EG) e 199.599 FT (37-42 settimane EG)	Gemelli e neonati con difetti congeniti	Studio longitudinale di coorte e di area	9-13 anni	Test ELA (English Language Arts) e test matematici, livello 3 del DOE (Department of Education); test matematici standardizzati	ORs per esito negativo (test non superato): PT vs LP = 1,14; LP vs FT = 1,34; PT vs FT = 1,53. I LP, come i PT, ottengono punteggi inferiori ai FT sia per il livello cognitivo sia per le abilità scolastiche e hanno più bisogno di interventi educativi speciali
Talge et al., 2010 [32]	USA	168 LP (34-36 settimane di EG) e 168 FT (≥ 37 settimane di EG), accoppiati per z score del peso (< 0,1)	EG < 34 sett., gravidanza gemellare, deficit neurologici maggiori	Studio longitudinale "annidato" in una coorte di nati in due centri	6 anni	Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-III), Child Behavior Checklist-Teacher Report Form	OR per QI totale < 85, LP vs FT = 2,35, OR per QI di performance = 2,04. Nel comportamento i LP presentano, rispetto ai FT, più alti livelli di internalizzazione e maggiori problemi di attenzione
Van Baar et al., 2009 [33]	Paesi Bassi	377 MP (32-36 settimane di EG) e 182 FT (37-41 settimane di EG)	Lungodegenza in Terapia Intensiva Neonatale (TIN); malformazioni congenite	Ricerca da archivio ospedaliero	7-9 anni	Revised Amsterdam Children's Intelligence Test (short version); Bourdon-Vos test; Child Behavior Check List (CBCL 6-18 anni); Teacher Report Form (TRF); Questionnaire on symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)	I MP ottengono punteggi inferiori sia per il livello cognitivo e attentivo sia per gli aspetti comportamentali, emotivi e relazionali. I MP necessitano di programmi educativi speciali in percentuale maggiore dei FT
Chyi et al., 2008 [34]	USA	203 MP (32-33 settimane di EG), 767 LP (34-36 settimane di EG) e 13.671 FT (≥ 37 settimane di EG)	Bambini che avevano presentato problemi in epoca neonatale	Campione rappresentativo della popolazione studentesca nazionale	6-13 anni	Prove adattate da: Peabody Individual Achievement Test-Revised; Peabody Picture Vocabulary Test-Revised; Primary Test of Cognitive Skills; Test of Early Reading Ability; Test of Early Mathematics Ability; Woodcock Johnson Tests of Achievement-Revised; Kaufman Test of Educational Achievement	I LP, come i MP, ottengono punteggi significativamente più bassi nelle prove di lettura a 5-7 anni (media ± DS = 50,2 ± 9,4 vs 51,1 ± 9,7) rispetto ai FT ma non nelle prove di matematica. Nelle valutazioni scolastiche i LP ottengono punteggi più bassi dei FT in diverse classi. I LP in percentuale maggiore dei FT necessitano di programmi educativi speciali a 5-7 anni

Bul et al., 2012 [35]	Paesi Bassi	348 LP (34-36 settimane di EG) e 182 FT (39-41 settimane di EG)	SGA (< 10° centile); ricovero in TIN; malformazioni maggiori; frequenza di scuole o classi speciali	Studio multicentrico ospedaliero con arruolamento retrospettivo	7-9 anni	Child Behavior Check List; Teacher Report Form (TRF); test di attenzione visiva Bardon-Vos test	I LP, rispetto ai FT, hanno più frequentemente problemi comportamentali che superano il cut-off diagnostico, secondo quanto riferito dalle loro madri (11,5% vs 7,1%). I disturbi sono ansia, somatizzazioni, ADHD e difficoltà nell'attenzione sostenuta. Per le insegnanti sono più frequenti il disturbo oppositivo-provocatorio, ADHD e somatizzazioni (in totale 6% vs 2%). Il 47% dei LP non ottiene un punteggio nella media al test di attenzione sostenuta rispetto al 35% dei FT
Gurka et al., 2010 [36]	USA	53 LP (34-36 settimane di EG) e 1245 FT (37-41 settimane di EG)	Madre ≤18 anni, non madrelingua inglese, non sana, comportamenti a rischio in gravidanza. Gemelli, ospedalizzazione > 7 gg, presenza di gravi patologie neonatali	Studio longitudinale su bambini nati in dieci centri	4-15 anni	Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery-Revised; Child Behavior Checklist; Social Skills Rating System-Teacher Form; Student-Teacher Relationship Scale	I LP a 15 anni non ottengono punteggi significativamente differenti rispetto ai FT nel livello intellettivo I LP non presentano maggiori comportamenti patologici né problemi emozionali e sociali rispetto ai FT

EG: Età Gestazionale; PT: Preterms; MP: Moderately Preterms; LP: Late Preterms; FT: Full Terms

cognitivo generale e le abilità scolastiche in età scolare. Nei 4 studi che hanno analizzato il livello intellettivo generale si evidenzia che anche in questa fascia d'età i LP ottengono prestazioni tendenzialmente inferiori rispetto ai FT; la media dei punteggi totali, tuttavia, non risulta al di sotto del limite usualmente utilizzato per indicare la presenza di ritardo cognitivo [30-33]. I LP hanno risultati mediamente inferiori sia negli aspetti verbali che in quelli di performance delle scale d'intelligenza e presentano, inoltre, difficoltà in prove specifiche di memoria e di attenzione. Per quanto riguarda le abilità scolastiche (abilità di calcolo, lettura e scrittura) i LP presentano punteggi più bassi dei loro coetanei nati a termine e in percentuale maggiore dei FT necessitano di programmi educativi speciali [30, 34]. In uno dei due studi che analizza in dettaglio il comportamento, tramite questionari a genitori e insegnanti [35], si evidenzia che i LP presentano in maggior percentuale, ansia, somatizzazioni e ADHD rispetto ai coetanei nati a termine, secondo quanto riferito dalle madri, e ansia, somatizzazioni e disturbo oppositivo provocatorio secondo le insegnanti [35]. Anche nel secondo studio che valuta il comportamento viene evidenziato che il gruppo dei LP presenta con maggiore frequenza problematiche "internalizzanti" (ansia, depressione, somatizzazioni, difficoltà di socializzazione) e problemi di attenzione e aggressività secondo le madri [33]. Gli insegnanti evidenziano come

dimensioni maggiormente problematiche quelle che riguardano l'ansia, le somatizzazioni e la socializzazione. I sintomi di ADHD sono più frequenti nel gruppo dei LP, secondo i genitori e gli insegnanti. Anche nelle prove dirette, mirate a valutare l'attenzione visiva sostenuta, i LP necessitano di tempi maggiori per completare il test [33,35]. Uno studio longitudinale effettuato in dieci centri ospedalieri degli USA su bambini LP tra i 4 e i 15 anni, distinguendosi dalle altre ricerche, mostra che i LP senza complicazioni mediche non manifestano differenze significative rispetto ai FT nel livello di sviluppo cognitivo, nell'attenzione e negli aspetti comportamentali e sociali fino all'adolescenza [36].

Gli strumenti di valutazione

In due studi che hanno valutato lo sviluppo cognitivo in epoca scolare è stata utilizzata la Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III edizione) [37]. La WISC-III valuta l'abilità intellettiva di soggetti dai 6 ai 16 anni e 11 mesi ed è composta da tredici subtest utilizzati per valutare diverse abilità mentali (memoria, ragionamento astratto, percezione ecc.). I subtest sono divisi in due gruppi, verbali e di performance, che insieme forniscono un indice di abilità intellettiva generale. La scala è tradotta e validata in lingua italiana. Le altre due scale utilizzate nelle ricerche sull'outcome cognitivo sono una scala sulle competenze per la lingua inglese (ELA) e una scala di intelligenza edita in Olanda [38].

Tra gli strumenti utilizzati per specifiche abilità neuropsicologiche e scolastiche ricordiamo la Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery-Revised (WJ-R), che è una batteria di valutazione per lettura, scrittura, abilità di calcolo e conoscenze generali [39]. In altri casi sono stati utilizzati adattamenti (forme brevi) di test standardizzati per la valutazione di specifiche abilità (working memory, percezione visiva, abilità di calcolo ecc.). Infine, gli strumenti maggiormente utilizzati per valutare le difficoltà comportamentali e di attenzione sono stati: 1) la Child Behavior Checklist (CBCL) e la Teacher Report Form (TRF): questionari compilati rispettivamente dai genitori e dagli insegnanti che aiutano a diagnosticare specifici problemi comportamentali ed emozionali [40-41]; 2) il Bardon-Vos Test: test per bambini e adolescenti che valuta l'attenzione sostenuta [42]; 3) il Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch): strumento di valutazione delle capacità attentive in bambini e adolescenti (6-16 anni), suddiviso in nove subtest che analizzano diverse abilità (es. attenzione selettiva, inibizione degli stimoli, divisione dell'attenzione su più compiti) [43].

Discussione

In questo articolo di revisione della letteratura sono stati presentati, in modo descrittivo, i risultati degli studi sullo sviluppo cognitivo dei LP in età prescolare e scolare. Non abbiamo effettuato una metanalisi data l'eterogeneità dei gruppi di bambini

esaminati, dei criteri di inclusione ed esclusione, del disegno degli studi (monocentrici, multicentrici, di area ecc.) e degli strumenti utilizzati per le valutazioni. Alcune ricerche hanno utilizzato criteri diversi da quelli normalmente adoperati per definire i bambini LP (34-36 settimane di EG) e MP (32-33 settimane di EG). Ciononostante abbiamo preferito presentare i risultati con le stesse definizioni utilizzate dagli Autori, specificando comunque quali erano i criteri di EG di ogni singolo studio.

In tutti i lavori sono stati valutati bambini senza fattori di rischio rilevanti per lo sviluppo, come malattie genetiche, malformazioni, gravi deficit neurologici. Spesso sono stati esclusi anche i gemelli. Ciononostante, i risultati indicano che i LP presentano uno sviluppo cognitivo mediamente inferiore rispetto ai FT, con una differenza che si manifesta già nei primi anni di vita e che tende a diventare più ampia in età scolare e pre-adolescenziale. Le differenze tra i gruppi riguardano sia gli aspetti cognitivi globali sia specifiche aree di apprendimento e il comportamento. I risultati non sembrano essere influenzati dal disegno e dal metodo di indagine.

Solo in due lavori in età prescolare lo sviluppo dei LP è stato considerato nella norma. In uno di essi la valutazione è stata effettuata a età corrette di 6 e 12 mesi, probabilmente troppo presto per mettere in evidenza differenze tra bambini LP e FT; nell'altro, poi, nessun confronto era stato effettuato con bambini nati a termine [18-19]. In altri due lavori che riguardano rispettivamente l'età prescolare e scolare, e dai quali sono stati esclusi i neonati ricoverati in terapia intensiva neonatale, non sono state riscontrate differenze tra LP e FT; tali risultati sembrerebbero suggerire che le difficoltà dei LP possono essere associate, se non proprio attribuite, alle patologie sofferte e/o all'ospedalizzazione durante le prime settimane di vita [16, 36]. Tuttavia, altri due studi in età scolare, dai quali sono stati esclusi i neonati con problemi dopo la nascita o ricoverati in terapia intensiva, hanno invece confermato l'esistenza di una differenza tra LP e FT [33, 35].

I motivi dei problemi di sviluppo nei neonati LP possono essere molteplici. Ne ricordiamo tre in particolare: la prematurità in sé, che comporta l'esposizione a un ambiente diverso da quello normale intrauterino; le patologie neonatali associate alla nascita pretermine; le cause del parto prima del termine [44]. Alla luce dei risultati di questa revisione, la seconda ipotesi appare la meno probabile, dal momento che lo svantaggio cognitivo dei LP rispetto ai FT è stato riscontrato anche quando non erano presenti patologie in epoca neonatale.

Per quel che riguarda l'effetto della prematurità in sé, va ricordato che l'ultimo periodo della gravidanza è stato descritto come un momento critico nello sviluppo delle funzioni metaboliche e degli organi del

Cosa è già noto su questo argomento

Negli ultimi anni le nascite di bambini pretermine a 34-36 settimane di gestazione (LP) hanno manifestato una tendenza ad aumentare. I nati LP hanno una mortalità e una morbosità più elevate di quelle dei nati a termine di gravidanza.

Cosa aggiunge questo studio

Le abilità cognitive dei LP sono mediamente inferiori rispetto a quelle dei nati a termine, sia in età pre-scolare che scolare. I futuri studi sullo sviluppo cognitivo dei LP e sulla prevenzione della nascita a 34-36 settimane di gestazione devono includere lo studio approfondito delle cause del parto pretermine.

feto. Ciò vale, in particolare, per l'encefalo, che tra 34 e 40 settimane di gestazione raddoppia il suo peso, unitamente al volume della corteccia, della sostanza grigia e della sostanza bianca mielinizzata, con simultanea progressione dello sviluppo dei giri e dei solchi e aumento dell'arborizzazione dendritica e dei contatti sinaptici [44]. La nascita in questo periodo, indipendentemente dai motivi che l'hanno provocata, può esporre il neonato a un ambiente sfavorevole rispetto a quello ottimale presente in utero in condizioni normali; un ambiente nel quale numerosi fattori possono interferire negativamente con il fisiologico processo maturativo del cervello.

Le cause della prematurità sono numerose, ma, secondo studi recenti, possono essere raggruppate in due grandi categorie, che in parte si sovrappongono: infiammazione/infezione e difetti della placentazione [45]. Nel primo gruppo rientrano il parto pretermine senza causa apparente, la rottura prematura delle membrane, il distacco di placenta, l'insufficienza cervicale e la corioamnionite; il secondo gruppo comprende la preeclampsia, i disturbi ipertensivi in gravidanza e la restrizione della crescita fetale. L'importanza relativa di questi due gruppi cambia col progredire della gravidanza. In particolare, nell'ultima parte della gestazione i difetti di placentazione, che spesso sono associati a patologie materne, assumono un ruolo più rilevante. I due gruppi di cause si associano a diversi pattern di patologie del neonato pretermine, anche a parità di età gestazionale; per esempio, l'emorragia intraventricolare e la leucomalacia periventricolare sono più frequenti in presenza di infiammazione/infezione, mentre il rischio di displasia broncopolmonare è maggiore se erano presenti difetti della placentazione [46]. Simili relazioni sono state riscontrate per le cause di morte [47].

È pertanto necessario che per l'individuazione della causa di nascita pretermine, in particolare tra 32 e 36 settimane di EG, i casi di prematurità spontanea e quelli per i quali non vi era indicazione all'interruzione anticipata della gravidanza vengano tenuti distinti da quelli resisi, invece, necessari dalla presenza di patologie materne e/o fetali [48]. Nell'ultima circostanza gli esiti a distanza, in particolare quelli più sfumati come i problemi dello

sviluppo cognitivo, non dovrebbero essere indagati senza prendere contemporaneamente in considerazione i motivi che hanno fatto decidere per l'anticipazione del parto. Nonostante gli studi analizzati indichino che mediamente e in linea di tendenza i LP hanno uno sviluppo cognitivo inferiore rispetto ai FT, le distribuzioni dei punteggi ottenuti nelle varie prove dai due gruppi di bambini si sovrappongono e le medie dei LP non sono mai inferiori ai valori usualmente utilizzati per identificare un bambino con deficit cognitivo. Inoltre, nonostante la probabilità di ottenere punteggi inferiori ai valori definiti normali sia maggiore nei LP rispetto ai FT, la grande maggioranza dei LP (85-90%) ha uno sviluppo cognitivo nella norma. È quindi importante che gli studi di questo tipo presentino anche le distribuzioni oltre che le medie dei valori delle variabili.

In conclusione, appare sempre più necessario che la frequenza di nascite tra 34 e 36 settimane di EG venga ridotta attraverso interventi mirati a identificare e contrastare, anche con attività di prevenzione, le cause del parto pretermine. In particolare andrebbe ridotta la quota non legata alla presenza di motivi per così dire "naturali" o a condizioni materno-fetali che rappresentino una documentata indicazione a non far proseguire la gravidanza fino al termine. È indispensabile, pertanto, che nelle future ricerche sugli esiti e sullo sviluppo dei neonati LP vengano indagate anche le cause responsabili della nascita prematura. Infine, nonostante i LP abbiano nella maggior parte dei casi uno sviluppo cognitivo nei limiti della norma, e debbano pertanto essere considerati normali, essi presentano un rischio più elevato, rispetto ai neonati a termine, di avere problemi di apprendimento e comportamentali in età prescolare e scolare. Questi bambini dovrebbero quindi essere oggetto di sistematica valutazione da parte dei pediatri e dei neuropsichiatri infantili nei primi anni di vita, per identificare precocemente quelli potenzialmente candidati a interventi abilitativi precoci. ♦

- La bibliografia è consultabile nella versione online.

Gli Autori dichiarano di non avere conflitti d'interesse relativi al presente studio e di non aver ricevuto finanziamenti pubblici o privati per effettuarlo.

La procreazione medicalmente assistita in Italia: dove siamo e dove andiamo?

Carlo Corchia

Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects and Prematurity, Roma

Termina qui il forum sulla procreazione medicalmente assistita (PMA). Da quando abbiamo ospitato il primo intervento alcune cose, anche importanti, sono cambiate. Non sappiamo ancora esattamente cosa ci porterà il futuro. Da poco sono state rese note le motivazioni dell'ultima sentenza della Corte Costituzionale sulla Legge 40, consultabile al sito http://www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Giurisprudenza/PROCREAZIONE_SENTENZA.pdf?uuid=0934bbbf121-11e3-bba7-cc9c088df17f. Il dibattito e le relative polemiche, mai sopite, hanno ripreso nuovo vigore; l'esperienza ci dice che sono probabilmente destinate a durare molto a lungo. Anche se il forum è formalmente chiuso, non lo è l'argomento di cui ci siamo occupati. Potete continuare a partecipare alla discussione sulla procreazione assistita scrivendo al direttore di Quaderni o a me personalmente.

Carlo Corchia

Proviamo a fare una sintesi

Nel forum sulla PMA non sono stati ospitati interventi di taglio bioetico, psicosociologico o filosofico. La scelta non è stata casuale, ma dettata dal desiderio di privilegiare gli aspetti tecnico-scientifici o facenti parte della sfera del diritto. Degli altri, da molti anni, vi è dovizia di presenze nella pubblicistica e nei mass media, tanto da far scivolare spesso in secondo piano gli aspetti pratici e probabilmente più veri della questione.

Proprio per questo, nel sintetizzare i punti più rilevanti del forum vorrei partire dalla fine, o per meglio dire dalla domanda cui l'ultimo degli interventi, quello di Mastroiacovo e Corchia, ha cercato di rispondere: e cioè se la PMA comporta un incremento di rischio per i bambini concepiti con tali mezzi (*Quaderni acp 2014;21:113-6*). Il motivo è semplice, perché di tutto il resto non si potrebbe o dovrebbe parlare se prima non viene chiarito questo punto, soprattutto perché l'esito o "oggetto" finale del trattamento non è l'infertilità in sé ma il bambino che viene generato. La procreazione assistita, infatti, è un atto medico ed è pertanto necessario conoscerne benefici e rischi, per informare nel modo più esauriente possibile chi chiede di potervi accedere ma anche per spingere la ricerca verso l'individuazione delle cause dell'eventuale aumento del rischio, per tentare poi di minimizzarlo. Ebbene, i risultati delle indagini dicono che la PMA si associa a un rischio aumentato di alcuni esiti perinatali, in particolare prematurità e difetti congeniti e, forse, anche di patologie in età pediatrica; il fattore di rischio più rilevante è rappresentato dalle gravidanze

ze gemellari e plurime. Da che cosa dipende l'incremento di rischio, dalle tecniche impiegate o dalla stessa infertilità? La risposta è: da entrambe, o meglio da alcune procedure e da alcuni fattori legati all'infertilità. Fra questi ultimi quello più importante, ma non l'unico, è l'aumento dell'età materna, cioè lo spostamento della decisione di avere un figlio verso età sempre più avanzate.

Dessole ci ha ricordato quanto siano importanti le tecniche di PMA per la sicurezza e l'efficacia dei trattamenti, perché si tratta, nella maggioranza dei casi, di impiegare procedure che prevedono la manipolazione dei gameti al di fuori del loro ambiente naturale (*Quaderni acp 2013;20:172-4*). Al momento della fecondazione, inoltre, sia che essa avvenga all'interno che al di fuori dell'apparato riproduttivo, fattori esterni di vario genere e in prevalenza ancora sconosciuti possono condizionare, attraverso meccanismi epigenetici, ciò che il nuovo essere sarà.

È inevitabile ed è giusto che i progressi della scienza e della tecnica diventino patrimonio di tutti. In medicina, in particolare, non si può pensare di precludere un trattamento efficace, quello cioè per il quale è dimostrato che i benefici sono superiori ai rischi, a chi desidera, per la sua condizione, trarne vantaggio senza creare un danno ad altri. Si potrebbe discutere se l'infertilità possa essere considerata una malattia, anche se l'Organizzazione Mondiale della Sanità la classifica come una patologia. Molte persone, in ogni caso, la vivono come tale; senza contare che l'impiego sanitario delle tecniche di PMA può non limitarsi alla cura

dell'infertilità. E qui entriamo nella sfera del diritto oggettivo o positivo, cioè del sistema di regole e norme che le società moderne si danno, tenendo conto dei diritti soggettivi dei singoli cittadini, delle esigenze personali, del "sentire comune" e, come nel nostro caso, dell'evoluzione delle conoscenze e della tecnica.

Il tema della fecondazione assistita è una linea di confine lungo la quale si confrontano, e a volte si scontrano, visioni e sentimenti diversi, nonostante si tratti, come è evidente, di uno di quei casi per i quali un sistema di regole è indispensabile. Nel nostro Paese, per molti anni, queste regole sono mancate, ma dieci anni fa, dopo estenuanti dibattiti e rinvii, esse sono state fissate nella famosa Legge 40 del 2004, la quale, è conoscenza di tutti, è stata, in seguito, demolita da vari pronunciamenti della Corte Costituzionale e della Corte Europea dei diritti dell'uomo. Almeno un merito va però a essa riconosciuto: quello di aver previsto l'istituzione del Registro nazionale della PMA presso l'Istituto Superiore di Sanità. Scavelli, responsabile del Registro, ci ha illustrato il suo funzionamento e ha presentato alcuni dati che, attraverso questo mezzo, vengono raccolti, come il numero di gravidanze ottenute, alcune complicanze in gravidanza, il numero di nati, i parti pretermine e quelli gemellari o plurimi (*Quaderni acp 2013;20:113-6*). Di particolare interesse sono la diminuzione delle percentuali di gravidanze ottenute e l'aumento di complicanze della gravidanza (aborti, IVG, gravidanze ectopiche e morti endouterine) all'aumentare dell'età della madre: al di sopra di 42 anni la percentuale di gravidanze ottenute non

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

forum

arriva al 6% e, allo stesso tempo, le complicanze si verificano in più del 50% dei casi. I principali punti di debolezza del registro, la cui attività è oggetto di una relazione annuale del Ministro della Salute al Parlamento, sono rappresentati dal fatto che i dati dei centri dove si effettua la PMA vengono raccolti e trasmessi in forma aggregata, che solo pochissime informazioni sugli esiti neonatali sono disponibili a seguito dell'adesione volontaria dei genitori (che comunque arriva fin quasi al 90%), che nessun record-linkage individuale è possibile tra esiti perinatali e tecniche impiegate e, infine, che non è previsto alcun follow-up sullo stato di salute a distanza dei bambini nati con queste tecniche [1]. Tutto ciò è conforme alle disposizioni di legge sulla riservatezza dei dati sanitari personali, ma, a differenza di quanto accade in altri Paesi, non permette di utilizzare i dati raccolti a fini di ricerca, consentendo solo di monitorare l'andamento del fenomeno e di produrre semplici statistiche descrittive.

Tra i punti di forza del Registro, Scaravelli e poi Vazza ne hanno ricordato uno in particolare, quello cioè che ha consentito di svelare la profonda disuguaglianza esistente nella disponibilità di servizi per la PMA tra le Regioni italiane, con il tipico gradiente Nord-Sud che caratterizza la situazione sanitaria e socio-economica del nostro Paese (*Quaderni acp 2013; 20:216-18*). I centri di PMA sono 357; circa la metà dei 200 nei quali si effettuano prestazioni di II e III livello è rappresentata da centri esclusivamente privati, mentre 76 svolgono servizio pubblico e 22 servizio privato convenzionato. La percentuale di centri pubblici o privati convenzionati è del 55% al Centro-Nord (nonostante nel Lazio sia solo del 27%) e del 33% al Sud-Isole. In Calabria non vi sono centri pubblici o privati convenzionati. In Sicilia l'86% dei trattamenti è effettuato presso centri privati non convenzionati. Di conseguenza, le coppie meridionali che si rivolgono alla PMA pagano di tasca propria oppure devono rivolgersi ai centri settentrionali, con conseguente perdita economica da parte delle Regioni a scarsa dotazione nei confronti delle altre ed esborso di risorse monetarie private da parte degli utenti per viaggi, soggiorni e altri servizi. Si può parlare di vera e propria iniquità,

TABELLA 1: NUMERO DI NATI VIVI IN ITALIA NEL 1964 E NEL 2012 PER CLASSE DI ETÀ MATERNA INDICATA NELLA RILEVAZIONE (FONTE ISTAT)

	<25 aa	25-29 aa	30-34 aa	35-39 aa	40 aa	Totale
1964	293.174	326.702	230.330	121.202	40.227	1.011.635
%	29,0	32,3	22,8	12,0	4,0	
2012	56.667	114.319	171.440	132.518	37.550	512.494
%	11,1	22,3	33,5	25,9	7,3	

in quanto persone con le stesse caratteristiche e desideri vengono trattate in modo diseguale a seconda del luogo di residenza.

Giungiamo così al tema del diritto, cui ho accennato in precedenza, e alla Legge 40, i cui limiti, incongruenze e contraddizioni sono stati illustrati da Tognoni, con dovizia di argomentazioni e informazioni (*Quaderni acp 2014;21:14-7*). Sappiamo che l'impianto di questa Legge è stato completamente demolito da vari pronunciamenti della Suprema Corte e dalla Corte Europea dei diritti dell'uomo. In sintesi, abbiamo appreso che: a) il diritto alla salute può concretizzarsi in scelte terapeutiche specifiche per ogni caso, che spetta al medico proporre, in base al suo diritto-dovere di "curare"; b) non può essere il legislatore a stabilire direttamente e specificamente le pratiche terapeutiche ammesse e non si può quindi riservare il medesimo trattamento a situazioni dissimili; viene pertanto escluso l'obbligo di un unico e contemporaneo impianto e di un numero massimo di embrioni; c) la diagnosi pre-impianto è lecita per fornire ai futuri genitori le informazioni necessarie per esprimere il consenso all'impianto; d) la legge italiana non è coerente, perché contemporaneamente ammette la possibilità di ricorrere all'aborto terapeutico nel caso di feto affetto da malattia genetica; e) l'illegittimità della fecondazione eterologa lede il principio di uguaglianza sancito dalla Costituzione, in quanto comporta disparità di trattamento tra le coppie che sono ammesse alle cure poiché producono ovuli e spermatozoi e le coppie che ne sono escluse perché non ne producono (l'ultimo colpo alla Legge 40 è stato dato dalla Consulta l'8 aprile scorso, quando è stata dichiarata la sua illegittimità costituzionale relativamente agli articoli che vietano la fecondazione eterologa); f) lo Stato, con l'istituto dell'adozione, già

riconosce i rapporti parentali fondati sul legame affettivo e sull'assunzione di responsabilità, prescindendo e superando la necessità di una relazione genitoriale biologica o genetica.

Il rischio del vuoto normativo

Per quel che riguarda il diritto oggettivo la situazione attuale è quindi caratterizzata da un vuoto normativo, per molti aspetti simile a quello che esisteva prima del 2004. Già assistiamo alle battaglie ideologiche tra chi ritiene che i vari pronunciamenti della Consulta significhino automaticamente la liceità di ciò che la Legge 40 prevedeva e che è stato dichiarato incostituzionale, e chi ritiene che sia invece necessario un passaggio parlamentare per emanare nuove norme che tengano conto delle sentenze dell'Alta Corte, in particolare per quel che riguarda la fecondazione eterologa. I punti più "caldi" vanno dagli esami di laboratorio per i donatori alla loro possibile selezione, alla possibilità di revoca del consenso del donatore, al diritto del soggetto nato di conoscere le sue origini biologiche e, di conseguenza, al problema dell'anonimato del donatore [2]. A questi si aggiunge il problema della fecondazione eterologa con gameti femminili, a sua volta collegato allo status del bambino nato in questo modo. Un esempio paradigmatico, anche se originato da un errore, è quello recente dello scambio di embrioni tra donne diverse avvenuto al momento dell'impianto. Si tratta, come dicono i giuristi, di un "diritto da inventare", con l'occhio rivolto, soprattutto, all'interesse dei bambini [3].

Nel frattempo appare concreto il rischio che si torni a una situazione di deregolamentazione come in passato, caratterizzata da scarsa sicurezza quando non da vere e proprie truffe ai danni delle persone, o che si continui con i viaggi della speranza all'estero, con tanto di pacchetti "all

inclusive” e, come dice Vazza, con ovociti e spermatozoi “al banco del mercato”.

Che fare?

Difficile dirlo. Ma in quanto pediatri noi dobbiamo guardare specificamente all’interesse e alla salute dei bambini, ai quali appartiene il futuro, per non rischiare di farci superare dagli eventi e dalle tendenze della società moderna, che sembra correre sempre più veloce e spesso disattenta nei riguardi di ciò che “non è ora”. In un mondo di diritti si possono individuare almeno tre doveri: conoscenza, informazione e advocacy.

Abbiamo il dovere di conoscere, cioè di sapere come stanno le cose. Nella *tabella 1* sono riportate le frequenze assolute e relative dei nati in Italia nel 1964 (anno del baby boom) e nel 2012. Come si vede, in quasi mezzo secolo vi è stato non solo un dimezzamento del numero delle nascite, ma anche uno spostamento verso valori più elevati della distribuzione dell’età materna. Poiché la fertilità diminuisce con l’età, è possibile stimare che, se attualmente la distribuzione dell’età materna fosse quella del 1964, avremmo un quarto di casi d’infertilità in meno [4]. Il prolungamento dell’età materna è, fra quelle note, la principale causa diretta dell’aumento dell’infertilità. Questo è un fatto e, allo stesso tempo, una spiegazione. Non è, ovviamente, una giustificazione.

Oltre al prolungamento dell’età materna vi sono altri fattori che influiscono sfavorevolmente sulla fertilità, come l’ambiente in generale (specialmente l’esposizione a pesticidi) e gli stili di vita (alimentazione, fumo, alcol ecc.); e anche questo dobbiamo saperlo. Così come dobbiamo conoscere quali siano gli esiti sfavorevoli per la madre e il bambino associati alle tecniche di fecondazione assistita.

Abbiamo poi il dovere di informare le persone durante la nostra pratica quotidiana. Tutte le donne in età fertile e le coppie che vengono in contatto per qualunque motivo con i servizi sanitari, anche con i pediatri, dovrebbero ricevere informazioni su come limitare il rischio degli esiti avversi della riproduzione, sulla prevenzione primaria dell’infertilità e sui rischi della PMA prima che una eventuale futura gravidanza abbia inizio [5-7]. Bisogna informare in modo corret-

to, con un approccio comunicativo relazionale, evitando di generare allarme, ma allo stesso tempo discutendo criticamente le notizie falsamente rassicuranti, spesso diffuse dai mass media. Questi, infatti, possono travisare o celare ad arte alcuni risultati delle ricerche, specialmente quelle riguardanti l’infertilità e la fecondazione assistita, utilizzando una tecnica argomentativa mediante la quale, attraverso mezze verità, si costruiscono storie e finzioni opportunisticamente orientate [8-10].

Infine, abbiamo il dovere di advocacy nei confronti dei bambini, anche di quelli che non sono ancora nati o non sono stati concepiti. Questo significa “prendersi cura”, inserirsi nel dibattito sulle politiche per l’infanzia, non solo quelle sanitarie, adoperarsi per salvaguardare l’ambiente in cui i bambini vengono generati e crescono, sforzarsi di comprendere ciò che i minori desiderano, stimolare le loro decisioni autonome e indipendenti da condizionamenti per interessi particolari, difenderli infine, quando necessario, se minacciati dalle visioni ultralibertarie e ultrautilitaristiche della vita che gli adulti spesso manifestano. ♦

Bibliografia

- [1] http://www.iss.it/binary/rpma/cont/relazione_al_Ministro_della_Salute_sulla_PMA_attivit_2011.pdf.
- [2] <http://www.avvenire.it/Vita/Pagine/i-giuristi-nuove-regole-per-la-fecondazione-eterologa-legge-40-corte-costituzionale.aspx>.
- [3] Zagrebelsky V. Un diritto da inventare. *La Stampa*, 19 aprile 2014.
- [4] Khoshnood B, Bouvier-Colle MH, Leridon H, Blondel B. Impact de l’âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l’enfant. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008;37(8):733-47. doi: 10.1016/j.jgyn.2008.08.007.
- [5] Corchia C, Mastroiacovo P. Health promotion for children, mothers and families: here’s why we should “think about it before conception”. *Ital J Pediatr* 2013;39:68. doi: 10.1186/1824-7288-39-68.
- [6] <http://www.pensiamociprima.net>.
- [7] <http://www.primadellagravidanza.it>.
- [8] Rothman KJ, Wise LA, Sørensen HT, et al. Volitional determinants and age-related decline in fecundability: a general population prospective cohort study in Denmark. *Fertil Steril* 2013;99(7):1958-64. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.02.040.
- [9] Nelson SM, Telfer EE, Anderson RA. The ageing ovary and uterus: new biological insights. *Hum Reprod Update* 2013;19(1):67-83. doi: 10.1093/humupd/dms043.
- [10] D’Agostini F. Verità avvelenata: buoni e cattivi argomenti nel dibattito pubblico. Bollati Boringhieri, 2010.

EPIGENETICA: UN PO’ DI LUCE SUL MECCANISMO

È stata individuata una famiglia di enzimi che svolgono un ruolo molto interessante nella costruzione delle modificazioni del DNA di tipo epigenetico: non alterano, quindi, la sequenza nucleotidica del DNA, bensì l’attività.

Ciò avviene grazie alla loro struttura che è in grado di legarsi opportunamente a specifici punti del DNA. In particolare sembra che questi enzimi pieghino la doppia elica predisponendo i geni a cambiare stato: da spento a pronto per un cambiamento di funzione o viceversa.

Il processo biochimico alla base è la metilazione cui consegue una variazione ereditabile della espressione genica: quindi non si verifica una modifica del DNA, ma del suo modo di lavorare.

Quella in questione è la proteina NgTET1 derivante dall’organismo unicellulare *Naegleria gruberi*, un’ameba flagellata assai diffusa che vive nel suolo e nell’acqua. (*Le scienze* 2014;2:546).

PETTI DI POLLO CON BATTERI

Una ricerca delle Associazioni dei consumatori di Belgio, Spagna, Italia Portogallo ha promosso una indagine per conoscere la presenza nei petti di pollo di *Enterobacteriaceae*: in Italia si trovano nell’84% dei campioni, in Portogallo nel 74%, in Belgio nel 73%, in Spagna nel 72%.

Tutti resistenti all’ampicillina, l’80% alla cefotaxima, il 30% alla ciprofloxacina.

Come è noto dal 2006 in UE, ma non in USA, è vietato l’uso degli antibiotici allo scopo di stimolare la crescita degli animali (*Altroconsumo* 2013; 3;10:24).

La formazione sull'allattamento materno nell'ambito del progetto BFHCI dell'OMS-UNICEF: una riflessione critica

Romana Prosperi Porta*, Maria Antonietta Bosca**

*Ginecologa c/o Dipartimento di Scienze Ginecologiche-Ostetriche e Scienze Urologiche dell'Università "La Sapienza", Roma; Task Force BFHCI dell'UNICEF; Presidente del Melograno-Centro Informazione maternità e nascita di Roma; **Psicologa e consulente in gestione e sviluppo risorse umane

Abstract

Breast feeding training within the BFHCI OMS-UNICEF Project: a critical reflection

The importance of training health professionals regarding breast feeding promotion in terms of duration and exclusiveness is well known. Within the UNICEF initiative "Baby friendly hospitals and communities" this training represents a crucial part of the "10 Steps". Despite the many positive experiences, the undoubted expertise of many trainers and the training module followed worldwide (WHO Course 20 hours) – considered to be the standard to which to refer to – not always the training translates into improved professional performance. The Authors propose a reflection in general terms considering all variables within the training program in order to identify the possible causes of this mismatch between investment in terms of resources and energy, and the results achieved.

Quaderni acp 2014; 21(4): 165-169

È ormai nota a tutti l'importanza della formazione degli operatori sanitari sulla esclusività e la durata dell'allattamento materno. Nell'ambito dell'iniziativa dell'UNICEF "Ospedali e Comunità amici dei bambini" per la promozione dell'allattamento materno, la formazione degli operatori sanitari rappresenta un punto cruciale dei "10 Passi". Nonostante le numerose e positive esperienze realizzate, l'indubbia competenza di molti formatori e il modulo formativo seguito in tutto il mondo (Corso 20 ore OMS) – considerato lo standard a cui fare riferimento –, non sempre la formazione si traduce in un miglioramento della performance professionale. Gli Autori propongono una riflessione in termini più generali che tiene conto di tutte le variabili dell'attività di formazione, al fine di individuare le possibili cause di questo disallineamento tra investimento, in termini di risorse ed energie, e risultati conseguiti.

Il Progetto "Baby Friendly Hospital Community Initiative"

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riconosce che l'allattamento al seno esclusivo per i primi 6 mesi di vita rappresenta il gold standard nell'alimentazione neonatale [1].

Oggi, però, nella gran parte del mondo occidentale le madri, che allattano al seno i propri figli in modo esclusivo e per un periodo sufficientemente lungo, sono la minoranza. L'allattamento materno esclusivo viene abbandonato, nella maggior parte dei casi, nel corso dei primi 3 mesi di vita del bambino, per passare a un'alimentazione artificiale oppure a una prematura introduzione di alimenti integrativi. In Italia i risultati dello studio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel 2002 evidenziano come le mamme italiane, alla dimissione dall'ospedale, allattano nell'81% dei casi, ma

già al terzo mese tale percentuale cala al 56,7%, per arrivare al 26,6% al sesto mese. Tale indagine mostra, tuttavia, che durante la gravidanza oltre il 95% delle donne ha una propensione positiva verso l'allattamento materno [2].

Successive indagini dell'ISS, oltre alla inesistenza di un sistema di monitoraggio sistematico sul territorio nazionale e a una notevole variabilità da regione a regione, rivelano come le raccomandazioni dell'OMS sull'allattamento esclusivo materno vengano applicate solo per un terzo delle madri intervistate [3].

L'allattamento non è solo un processo biologico ma è anche e soprattutto una pratica che va appresa e che risente di fattori socio-demografici, biomedici, organizzativi (dei reparti di maternità), culturali e, non ultimo, delle pressioni delle industrie produttrici di lattini artificiali.

Per invertire tale tendenza, nel 1991 è stato lanciato un Progetto internazionale dell'OMS-UNICEF "Ospedale amico dei bambini" (Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI) che, con i suoi "10 Passi", rappresenta la strategia più efficace per la promozione dell'allattamento materno nelle strutture ospedaliere [4-5]. Il BFHI è attivo in Italia dal 2000: attualmente sono presenti sul territorio nazionale 23 ospedali certificati (ossia che hanno superato la valutazione dell'UNICEF su tutti i "10 Passi" del Progetto) e molte altre strutture ospedaliere stanno lavorando da anni al fine di ottenere questo prestigioso riconoscimento. Nel 2007 a Milano è stata lanciata a livello nazionale l'iniziativa "Comunità amica dell'allattamento materno" (Baby Friendly Community Initiative, BFCI) che, attraverso l'attuazione dei "7 Passi" (in analogia con i "10" del BFHI), promuove l'allattamento materno a livello dei servizi territoriali, garantendo, in questo modo, una continuità nel periodo pre e post natale [6]. Attualmente due aziende sanitarie territoriali hanno ricevuto il riconoscimento di Comunità amica dell'allattamento materno (ASL di Milano e di Sondrio). Un ospedale viene nominato "Amico dei bambini" dopo un processo lungo e costante di trasformazione che ha portato alla applicazione dei "10 Passi" per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento materno. Il processo di valutazione da parte dell'UNICEF è articolato in tre fasi: la prima è rivolta alla verifica della documentazione, la seconda alla rilevazione delle competenze degli operatori e la terza alla verifica dell'assistenza globale alle madri. Nonostante il Progetto dell'OMS-UNICEF si sia dimostrato il più incisivo nella promozione dell'allattamento materno e conseguentemente nell'aumentare i tassi di esclusività di quest'ultimo, il numero esiguo di ospedali certificati sul territorio nazionale ne testimonia la complessità non solo nel percorso di raggiungimento della certificazione, ma anche nella fase

Per corrispondenza:
Romana Prosperi Porta
e-mail: prosperiporta@gmail.com

di mantenimento degli standard. I “10 Passi” dell’Ospedale (figura 1) e i “7” delle Comunità (figura 2) sono tra loro concatenati e tutti determinanti, ma alcuni assumono un ruolo centrale e strategico per la riuscita del Progetto.

La centralità della formazione nell’ambito del Progetto BFHI

Un ruolo estremamente importante nell’ambito del Progetto è attribuito alla formazione degli operatori sanitari dei servizi materno-infantili dell’ospedale e del territorio che sono a diretto contatto prima con le donne in gravidanza e successivamente con le madri.

I primi giorni dopo il parto rappresentano un momento particolarmente delicato e le competenze, le conoscenze e l’attitudine verso l’allattamento materno degli operatori sanitari, nonché la loro capacità di trasferire competenze alle neomamme, possono influenzare significativamente il successo dell’allattamento futuro. In questa prospettiva il sostegno fornito dagli operatori sanitari assume un peso determinante, a condizione, tuttavia, che venga attuato da tutte le figure professionali coinvolte, attraverso una preparazione specifica, monitorata periodicamente con la valutazione dei risultati [7].

Il Corso delle 20 ore OMS-UNICEF rappresenta il gold standard della formazione sull’allattamento materno a livello internazionale. Dati della letteratura nazionale e internazionale attestano un significativo miglioramento nelle conoscenze, nella pratica e nell’attitudine degli operatori sanitari sull’allattamento materno dopo il Corso di formazione dell’OMS, con ricadute sulla durata dell’allattamento esclusivo materno [8-10].

Il Passo 2 del Progetto BFHI prevede che almeno l’80% degli operatori sanitari per categoria, al momento della valutazione, abbia effettuato il Corso di formazione sull’allattamento materno delle 20 ore dell’OMS. Tale formazione (che ha come contenuti i “10 Passi”, “Il Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno” e “Le Cure Amiche della madre”) deve essere effettuata entro i sei mesi dall’assunzione, sebbene già entro la prima settimana venga proposto ai neoassunti un orientamento sui temi dell’allattamento materno.

All’operatore “dedicato” (infermiere del nido, ostetrica, pediatra e ginecologo) è

FIGURA 1

Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini per l’Allattamento Materno

Per la protezione, promozione e sostegno dell’allattamento materno
nei servizi per la maternità

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

FIGURA 2

Iniziativa Comunità Amica dei Bambini per l’Allattamento Materno

Per la protezione, promozione e sostegno dell’allattamento materno
nelle strutture socio-sanitarie territoriali

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

In tutte e due le iniziative le Strutture devono inoltre garantire il rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive pertinenti Risoluzioni dell’Assemblea Mondiale della Sanità

richiesta una preparazione sia teorica che pratica completa; nel caso di operatori "coinvolti" (viene deciso dalla singola struttura quale figura professionale insegnare) è sufficiente una preparazione teorica; nel caso di personale "informato" (personale che a vario titolo viene a contatto con donne in gravidanza e puerpere) è considerato sufficiente saper indirizzare verso i servizi competenti.

La valutazione dell'efficacia dell'intervento formativo viene effettuata dagli operatori UNICEF che rilevano sia le conoscenze teoriche e pratiche degli operatori, attraverso interviste e osservazioni dirette, sia le loro competenze comunicative nella relazione di aiuto. Inoltre, tramite le interviste alle madri che hanno partorito nella struttura, viene complessivamente valutato l'operato degli operatori sanitari circa la loro capacità di aiutare le madri a tirar fuori le loro competenze sull'allattamento materno.

Le criticità

Nonostante le numerose e positive esperienze realizzate, l'indubbia competenza di molti formatori, l'interesse e il coinvolgimento di molti operatori, le conoscenze e le competenze rilevate dai valutatori dell'UNICEF spesso appaiono al di sotto dello standard, evidenziando un gap tra gli interventi formativi realizzati e i risultati conseguiti o attesi [11].

La formazione non sempre si traduce in un miglioramento della performance professionale. Talvolta sono le condizioni dello specifico ambiente lavorativo a non aiutare i professionisti nell'utilizzazione delle competenze acquisite; in altri casi la formazione stessa sembra non tenere adeguatamente conto dei temi o dei problemi che impegnano le persone nel loro lavoro quotidiano.

Spesso le aziende ospedaliere riescono con difficoltà a far partecipare i propri operatori sanitari ai corsi di formazione, a causa sia dei costi elevati della formazione sia della copertura dei turni di lavoro. Diventa, quindi, strategico identificare modelli alternativi alle lezioni frontali tradizionali; modalità più vicine alla realtà ospedaliera specifica, possibilmente più "leggera", che si calino nel quotidiano e nel rispetto del lavoro clinico, che comunque dev'essere svolto dal personale sanitario, spesso carente.

Sebbene le aziende sanitarie interessate a diventare BFH impieghino importanti risorse economiche per il raggiungimento di questo traguardo, spesso i risultati della valutazione evidenziano da parte del personale sanitario una conoscenza insufficiente, sul piano dei contenuti, della pratica dell'allattamento materno e una scarsa esperienza nel fornire un'adeguata assistenza alle madri.

La vecchia formazione ricevuta per anni spesso orienta ancora il personale all'uso del biberon, considerato una tecnica moderna, e del latte artificiale, ritenuto un alimento se non proprio superiore almeno uguale al latte materno.

Una delle criticità rilevate all'interno delle strutture sanitarie è la percezione di un progetto/intervento calato dall'alto, poco centrato sulla partecipazione e il coinvolgimento delle persone, sia nella fase di definizione della politica aziendale, sia in quella di individuazione delle modalità organizzative, gestionali e formative necessarie per il trasferimento del Progetto BFHI nella realtà aziendale.

Nella prima fase di avvio del Progetto la struttura deve scegliere un referente aziendale, una sorta di "regista" con il compito di gestire un gruppo multidisciplinare impegnato nella definizione e stesura delle procedure operative, nella realizzazione del Progetto e nel mantenimento degli standard. Il commitment di operatori sanitari appartenenti a profili professionali differenti e di rappresentanti del mondo civile rappresenta una leva motivazionale importante, dal momento che contribuisce ad accrescere il livello di condivisione del Progetto, a farne comprendere le ragioni di fondo e a superare eventuali resistenze. L'utilizzo, invece, di una strategia top-down nella definizione della politica da parte della direzione generale può determinare solo un'adesione superficiale al Progetto e al relativo processo di cambiamento, con il rischio di introdurre o amplificare comportamenti unicamente finalizzati al rispetto formale degli standard predefiniti, a scapito della reale qualità delle prestazioni erogate.

Un altro snodo centrale relativo al "Passo 1" è rappresentato dalla comunicazione: tutti i processi di innovazione organizzativa e di cambiamento devono, infatti, essere supportati da piani di comunicazione finalizzati alla loro conoscenza e

condivisione da parte di tutti [12]. In quest'ottica, ogni ospedale deve prevedere una comunicazione periodica, interna ed esterna, per fornire informazioni sul sostegno dell'allattamento al seno e sulle attività realizzate e dovrà pianificare, sulla base delle specifiche caratteristiche, le proprie iniziative e modalità di comunicazione.

Talvolta, tuttavia, questo aspetto tende a essere sottovalutato o disatteso.

Un problema frequente è l'elevato turnover del personale sanitario, oltre a modalità relazionali e operative poco centrate sulla cooperazione e collaborazione interfunzionale. Inoltre, accanto alle barriere organizzative/funzionali, si possono creare relazioni conflittuali tra operatori con profili professionali diversi, che rischiano di neutralizzare o vanificare il potenziale di innovazione.

La comunicazione interna consente di coinvolgere tutte le persone nei cambiamenti rilevanti e ridurre le resistenze, rafforzando lo spirito di gruppo e il senso di appartenenza. Oltre che per definire e condividere la cultura e i valori, essa viene impiegata per sviluppare la qualità dei servizi e dei processi e favorisce la visibilità all'interno e all'esterno di tutta l'organizzazione, delle sue attività, delle sue politiche e dei cambiamenti in corso.

Il "Passo 2": preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo

Il Corso di formazione di 20 ore OMS-UNICEF, previsto per gli operatori sanitari, presenta una struttura e un'articolazione chiare ed efficaci dei contenuti che gli consentono di essere "esportato" e utilizzato in tutti gli ospedali del mondo. Tuttavia, la sua validità intrinseca rappresenta una condizione essenziale ma non sufficiente per garantire il conseguimento di risultati incisivi e di lunga durata. Affinché l'attività di formazione possa rappresentare un reale strumento di cambiamento e consentire il raggiungimento degli obiettivi prefissati, è necessario che sia calata nello specifico contesto organizzativo e che sia sostenuta da coerenti processi organizzativi e gestionali.

Per tale motivo, prima di avviare l'intervento formativo, è necessario condurre un'analisi preliminare che consenta di i-

identificare tutti i fattori organizzativi, gestionali, operativi, che possono incidere sulla realizzazione del Progetto. In particolare è essenziale individuare sia gli elementi di potenziale criticità sia gli elementi positivi che possono rappresentare delle opportunità.

A tal fine, dev'essere attivata un'analisi dei bisogni formativi relativa sia all'organizzazione che ai soggetti destinatari dell'intervento formativo. L'analisi dei bisogni di formazione dev'essere intesa, quindi, come un'attività non solo volta a definire obiettivi, contenuti e strumenti di un'azione formativa, ma anche finalizzata all'esame delle relazioni organizzative che fanno da sfondo e sostengono la stessa attività formativa.

Nello specifico, l'analisi delle esigenze va rivolta non alla individuazione dei contenuti (già definiti nel Corso standard delle 20 ore), bensì alla rilevazione delle informazioni necessarie a rendere l'azione formativa più aderente alle specificità del contesto in cui si colloca.

L'obiettivo è quello di mettere a fuoco tutti quei dati che possono avere un impatto diretto o indiretto sull'attività di formazione e sulla riuscita del Progetto: la struttura organizzativa, i processi di lavoro, le mansioni e i livelli di motivazione delle persone, le iniziative formative già realizzate, la rappresentazione che gli operatori hanno del loro ruolo e degli obiettivi da raggiungere, il loro sistema di attese, implicite ed esplicite ecc.

Le esperienze già realizzate

Una prima ricognizione di carattere generale sugli interventi formativi già effettuati nelle strutture ospedaliere ha consentito di rilevare alcuni fattori di criticità comuni, che possono essere ricollegati a risultati non pienamente soddisfacenti o non in linea con gli obiettivi attesi.

In particolare, tra gli elementi di criticità riscontrati dagli operatori con riferimento al Corso di formazione di 20 ore OMS-UNICEF figurano la scarsa flessibilità organizzativa nella modalità di erogazione dell'attività formativa, la durata, la limitata contestualizzazione e aderenza alle caratteristiche della specifica struttura ospedaliera, l'ancoraggio a un'unica modalità di trasferimento dei contenuti e delle pratiche operative, l'impostazione e l'organizzazione anglosassone dei contenuti, dei materiali e del-

FIGURA 3: IL MODELLO DELLE COMPETENZE DI LIYLE E SIGNE SPENCER



l'articolazione del pacchetto formativo nel suo insieme.

Tali fattori rappresentano, probabilmente, solo la punta visibile di un iceberg e alcuni degli aspetti più evidenti connessi all'esperienza formativa. È, infatti, immaginabile la presenza di ragioni più profonde e meno facilmente decodificabili che possono condizionare il raggiungimento di buoni risultati. Proprio per questo è opportuno creare, nei singoli contesti aziendali, sin dall'inizio, nelle prime fasi del Progetto, un quadro delle forze in gioco e dei possibili punti di forza e di debolezza, il più chiaro possibile, per poter pianificare gli opportuni interventi a supporto e sostegno dell'attività formativa.

La formazione: il modello delle competenze

Molteplici sono le definizioni di formazione poiché numerosi sono le modalità in cui si realizza e gli obiettivi che si propongono di raggiungere [13]. Un elemento di unificazione dei diversi modelli e approcci è rappresentato dal processo di apprendimento. Gian Piero Quaglino ne sottolinea la centralità affermando che "la formazione è un percorso educativo, il suo obiettivo è l'apprendimento: l'attivazione, il sostegno, il consolidamento dell'apprendimento" [14].

In considerazione delle specifiche finalità del Progetto BFHCI, un modello teorico al quale fare riferimento è quello delle "competenze professionali", che è riconducibile sostanzialmente a due diversi modelli: quello delle competenze individuali e quello delle competenze organizzative distinte [15-19].

Il modello delle competenze individuali può essere ricondotto prima al contributo di David McClelland (1961) [15] e successivamente agli studi di Richard Boyatzis (1982) e di Lyle e Signe Spencer (1993) [16-18].

Secondo Lyle e Signe Spencer, la competenza è "una caratteristica intrinseca individuale che è causalmente collegata a una performance efficace o superiore in una mansione o in una situazione, e che è misurata sulla base di un criterio pre-stabilito" [18].

La competenza è costituita, secondo gli Autori, da cinque componenti:

- *motivazioni*: spinte interiori che inducono ad agire per il conseguimento di determinati obiettivi;
- *tratti*: tendenza a reagire nello stesso modo di fronte a informazioni o situazioni diverse (esempio: autocontrollo, intraprendenza);
- *immagine di sé*: atteggiamenti e valori, concetto di sé (esempio: fiducia in se stessi);
- *conoscenze*: informazioni su discipline o argomenti specifici, skills;
- *capacità*: abilità della persona a compiere un compito fisico o intellettuale.

La competenza è quindi una parte integrante dell'individuo, predice il suo maggiore o minore successo nella realizzazione di un compito e può essere misurata secondo standard specifici.

Il tipo di competenza ha implicazioni pratiche nell'attività delle persone. Come si evidenzia nella *figura 3*, le competenze legate alle conoscenze e alle capacità tendono a essere caratteristiche visibili e di superficie delle persone. Esse sono più

facilmente suscettibili di modifica e di sviluppo, e la formazione rappresenta uno strumento privilegiato per una loro evoluzione.

Le competenze legate all'immagine di sé, ai tratti e alle motivazioni sono più profonde e centrali nella personalità individuale e sono di più complessa rilevanza e sviluppo.

Sono le competenze più profonde, *in primis* la motivazione, che spingono quelle superficiali per la realizzazione di un'azione e il conseguimento di un risultato.

I presupposti del cambiamento: variabili individuali e organizzative

Quanto più un cambiamento riguarderà non solo il livello delle conoscenze e delle capacità, ma sarà radicato e investirà maggiormente la dimensione più profonda delle competenze (quella, per esempio, dei valori, delle motivazioni, dell'immagine di sé), tanto più esso sarà in grado di generare e produrre risultati ed effetti duraturi e incisivi sulle persone e poi sull'organizzazione, in linea con gli obiettivi attesi.

La caratteristica centrale del modello delle competenze individuali è rappresentata, infatti, dalla motivazione, nel senso che il processo di crescita e di sviluppo professionale è imprescindibile da un investimento pieno di energie e risorse personali.

Tale concezione apre il campo ad alcune considerazioni che investono di responsabilità anche la dimensione organizzativa.

Affinché le competenze individuali possano essere potenziate e sviluppate è necessario che il sistema organizzativo crei le condizioni per l'alimentazione e la crescita della motivazione al lavoro, oltre che per la condivisione dei valori e degli altri aspetti prima evidenziati. La formazione può rappresentare, per il suo valore intrinseco, una leva motivazionale per le persone, ma non rappresenta una condizione sufficiente: i suoi effetti immediati devono, infatti, essere sostenuti nel tempo da adeguate e coerenti azioni

gestionali (che possono riguardare: il sistema premiante, i piani di sviluppo professionale, la valorizzazione delle competenze, la responsabilizzazione e il coinvolgimento delle persone, la trasparenza e la chiarezza nelle politiche di gestione del personale, l'utilizzo della comunicazione interna per diffondere i valori aziendali, coinvolgere le persone e contribuire al miglioramento dei prodotti/servizi offerti ecc.). Appare necessario creare un ambiente organizzativo fertile per la crescita e la motivazione delle persone e attivare una sinergia tra i vari interventi gestionali. Questo anche nell'ottica di accrescere il patrimonio globale di competenze del sistema organizzativo, in linea con un approccio alla gestione dell'organizzazione che è fondato sulle cosiddette "core competences", ossia una forma di sapere collettivo che rappresenta il vantaggio competitivo dell'organizzazione [19]. Le "core competences" fanno riferimento non alla qualità dell'individuo, ma indicano la qualità che l'organizzazione costruisce e fa evolvere nel tempo. Competenze individuali e competenze distintive dell'organizzazione formano, in modo complementare, un quadro completo delle disponibilità individuali e delle risorse/esigenze organizzative.

Per tale ragione, un intervento di formazione come quello delle 20 ore OMS-UNICEF, pur chiaro nella definizione degli obiettivi e preciso nell'articolazione e presentazione dei contenuti, dev'essere inserito in una strategia più ampia di cambiamento e sviluppo organizzativo e in questa prospettiva dev'essere "adattato" come un "vestito su misura" alla specifica realtà aziendale. ♦

Bibliografia

[1] Organizzazione Mondiale della Sanità & UNICEF. La Strategia Globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini. Organizzazione Mondiale della Sanità, maggio 2003. http://www.mami.org/Docs/WHO_docs/Strategia_globale.pdf.
[2] Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>.

[3] Grandolfo M, Lauria L, Lamberti A. Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi - Principali risultati dell'indagine sul percorso nascita. http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/PDF_Convegno_28-Apr-2010/Lauria_Principali%20Risultati.pdf.

[4] WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. World Health Organization, 1998; Cattaneo A. Significato della Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) per la promozione dell'allattamento al seno: le prove d'efficacia, VR 3-4.10. 2002. In: Speri L. L'ospedale Amico dei Bambini. Masson, 2004.

[5] Abrahams SW, Labbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J* 2009;4:11. doi: 10.1186/1746-4358-4-11.

[6] La Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno. Iniziativa dell'UNICEF Italia per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno nelle strutture socio-sanitarie territoriali. http://unicef.it/Allegati/7_passi_BFCI.pdf.

[7] Conti Nibali S. Un sostegno competente fa crescere l'allattamento al seno. *Quaderni acp* 1999; 6(6):38.

[8] Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* 2000;323(7325):1358.

[9] Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, et al. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training and experience. *JAMA* 1995; 273(6):472-6.

[10] Zakarija-Grkovic J, Burmaz T. Effectiveness of the UNICEF/WHO 20-hour Course in Improving Health Professionals' Knowledge, Practices, and Attitudes to breastfeeding: Before/After study of 5 maternity Facilities in Croatia. *Croat Med J* 2010;51(5):396-405.

[11] Prospero P, Cosentino R. Lo sguardo dei valutatori. In: Speri L. L'ospedale amico dei bambini. Cap. 13:85. Masson, 2004.

[12] Invernizzi E. La comunicazione organizzativa: teoria, modelli e metodi. Giuffrè, 2000.

[13] Quaglino GP. Il processo di formazione. Scritti di formazione 1981-2005. Franco Angeli, 2005.

[14] Quaglino GP. Uno scenario dell'apprendere. In: Montedoro C (a cura di). Dalla pratica alla teoria per la formazione: un percorso di ricerca epistemologica. Franco Angeli, 2001.

[15] McClelland DC. The Achieving Society. Van Nostrand, 1961.

[16] McLelland DC. Testing for competence rather than for "intelligence". *Am Psychol* 1973;28(1):1-14.

[17] Boyatzis RE. The Competence Manager. A Model for Effective Performance, John Wiley & Son, 1982.

[18] Spencer LM, Spencer SM. Competence at Work. Models for Superior Performance. John Wiley & Son, 1993 (trad. it. Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore, Franco Angeli, 1995).

[19] Avallone F. Psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Carocci Editore, 2011.

La nuova versione dell'impegno di autoregolamentazione dell'ACP nei rapporti con l'industria

Il conflitto d'interesse: un problema dei nostri tempi che coinvolge anche i medici

Paolo Siani*, Carlo Corchia**

*Presidente ACP; **Consiglio Direttivo ACP

I medici costituiscono, probabilmente, una delle categorie più esposte ai conflitti d'interesse; tutti i medici, dal medico di medicina generale al grande specialista, dal ricercatore al pediatra di famiglia, dal direttore di una importante rivista al professionista che presenta una comunicazione a un congresso. Un conflitto d'interesse si realizza nel momento in cui vi è la ragionevole presunzione che degli individui o delle organizzazioni in rapporto tra loro possano, più o meno consapevolmente, mettere da parte il loro interesse primario (nel caso dei medici, la difesa della salute delle persone e la sanità pubblica) in favore d'interessi secondari propri o d'interessi di altri (per es. un vantaggio personale, o il profitto economico proprio o di aziende commerciali). Nel nostro caso è la salute dei bambini che può esserne influenzata negativamente.

A noi sembra chiaro e inequivocabile che ogni conflitto d'interesse, anche potenziale, è dannoso. Il modo di agire dei medici, infatti, condiziona, in gran parte, il grado di fiducia e rispetto riposto in esse dai cittadini, dalla società e dall'opinione pubblica. Minare con i propri comportamenti questa fiducia significa perdere in credibilità, erodere le basi della convivenza civile e dei rapporti tra i cittadini, e quindi venir meno a un proprio dovere morale e professionale.

Non crediamo di sbagliare affermando che i medici italiani sono generalmente poco attenti all'importanza di questa tematica; l'atteggiamento più comune è quello di ritenere di poter garantire la propria sostanziale indipendenza dalle sponsorizzazioni ricevute. Purtroppo tale atteggiamento coinvolge anche i giovani medici, a testimonianza della scarsa attenzione che le nostre università danno a questo tema nei curricula formativi. Esiste, al contrario, un'ampia documen-

tazione comprovante l'influenza dell'attività promozionale dell'industria sul comportamento del medico, anche senza che il singolo professionista ne sia consapevole [1-2]. Alcuni studi hanno valutato il giudizio che medici e pazienti forniscono sugli omaggi elargiti ai medici dalle industrie farmaceutiche, a scopo promozionale. I pazienti ritengono che gli omaggi influenzino il giudizio dei medici più di quanto lo pensino i medici stessi e ritengono sbagliato che essi accettino omaggi dalle industrie farmaceutiche [3].

In realtà il conflitto d'interesse fa parte del mondo e della società in cui viviamo e sappiamo bene che non può essere abolito con un decreto legge né con un decalogo di norme etiche. Ma proprio per questo dovremmo adottare e seguire alcune regole che servano a evitare, o almeno a limitare, le interferenze con l'attività e il giudizio del medico, in modo che i pazienti non abbiano nemmeno il sospetto che le decisioni che prendiamo e i consigli che dispensiamo ogni giorno alle famiglie siano dettati da interesse personale; ne è un esempio l'attuale polemica sviluppatasi sui presunti rapporti tra autismo e vaccinazione MMR. I pazienti, invece, devono avere la certezza che nessuna delle scelte operate dal medico di loro fiducia sia avvenuta sulla spinta d'interessi che esulano dalla primaria esigenza di fornire loro, sulla base delle più valide e recenti conoscenze scientifiche, la cura più appropriata.

Va chiarito che la presenza di un conflitto d'interesse non è *tout court* sinonimo di disonestà o di faziosità, ma esprime soltanto una potenziale interferenza in ciò che viene detto o scritto. Riteniamo che il rapporto tra professionisti, associazioni mediche e industria debba essere impostato sulla base di principi di indipendenza e trasparenza, come è avvenu-

to o sta avvenendo in molti altri Paesi ove cultura etica e deontologia professionale si sono venuti sviluppando di pari passo con la crescita di una generale coscienza civile in tema di rapporti tra professionisti della salute, utenti e industria.

Per tutti questi motivi, l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) ha scelto di continuare a dotarsi di un impegno di autoregolamentazione nei rapporti con l'industria e di riproporlo ai propri associati (<http://www.acp.it/wp-content/uploads/Impegno-di-autoregolamentazione-approvato-in-assemblea-2014.pdf>). Dopo quattordici anni dall'approvazione della prima versione, l'ACP ha ritenuto di dover procedere con un aggiornamento e qualche modifica dell'impegno, per tener conto dell'evoluzione del pensiero riguardante il conflitto d'interesse, per chiarire alcuni aspetti che potevano apparire contraddittori e per precisare, ancora meglio, le attività che ne rappresentano l'ambito di applicazione, nella considerazione che alcuni comportamenti sono ormai regolati per legge e, come tali, non costituiscono più l'oggetto di un'autoregolamentazione.

L'adozione di un impegno di autoregolamentazione ha un duplice obiettivo: da una parte quello di offrire una garanzia d'indipendenza da interessi commerciali a tutela dell'utente, del medico stesso e dei suoi colleghi, e del servizio sanitario; dall'altra quello di promuovere un rapporto con l'industria che miri a obiettivi utili e rilevanti, sia nel campo assistenziale che in quello della formazione e della ricerca. In queste due ultime aree, risorse consistenti potrebbero essere recuperate dai budget a disposizione dell'industria per essere impiegate in progetti correlati con i reali bisogni di formazione e ricerca, secondo le esigenze degli operatori e degli utenti, e controlla-

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: p.siani@santobonopausilipon.it

salute pubblica

ti nella qualità. L'aggiornamento in particolare è parte integrante dell'attività professionale, anche se questa si svolge al di fuori di un rapporto di dipendenza o convenzione col SSN, e deve quindi essere perseguito in modo indipendente da interessi di terzi o di mercato, soprattutto quando le spese, per inottemperanza da parte delle amministrazioni del SSN, dovessero essere sostenute dall'industria. Aver adottato un codice di autoregolamentazione nei rapporti con l'industria non vuol dire demonizzare i rapporti tra industria e medici, ma significa, invece, valorizzarli una volta stabilite regole chiare, sia per i medici che per l'industria stessa.

Va detto, infine, che la dichiarazione di un conflitto d'interesse è solo il primo passo verso la limitazione dei condizionamenti commerciali. Nonostante spesso essa venga considerata sufficiente, può invece essere falsamente rassicurante, dal momento che può dare l'impressione che i rapporti tra medici e industria siano stati adeguatamente regolati in modo tale da evitare condizionamenti di giudizio, cosa frequentemente non vera. È perciò necessario andare oltre la semplice dichiarazione della presenza di un conflitto d'interesse e muoversi verso l'adozio-

ne di meccanismi preventivi e regolatori [4].

In questo spirito è nato, ed è stato ora aggiornato, l'impegno di autoregolamentazione dell'ACP. Esso verrà sottoposto all'attenzione delle altre società scientifiche, dei sindacati e dei professionisti della salute, allo scopo di dare un segnale nuovo e positivo alla sanità italiana. Che questo venga da una società che ha a cuore il futuro, di cui i bambini sono i rappresentanti nel presente e ai quali dedica le sue attenzioni e le sue cure, crediamo rappresenti un segnale significativo e straordinariamente importante per il progresso della società. ♦

Bibliografia

- [1] Harris G. Pharmaceutical representatives do influence physician behaviour. *Fam Pract* 2009;26(3):169-70. doi: 10.1093/fampra/cmp033.
- [2] Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, et al. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. *PLoS Med* 2010;7(10):e1000352. doi: 10.1371/journal.pmed.1000352.
- [3] Licurse A, Barber E, Joffe S, Gross C. The impact of disclosing financial ties in research and clinical care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2010;170(8):675-82.
- [4] Abi-Jaoude E, Gorman DA. Disclosure: only a first step. *CMAJ* 2010;182(14):1546. doi: 10.1503/cmaj.110-2109.

LA FALLACIA NELLE NEUROSCIENZE

In un'intervista a *Le scienze* (2014;7:14-5) Russel Poldrack dell'Imaging Research Center dell'Università del Texas, parla della fallacia nelle neuroscienze. Poldrack racconta di studi che dicono che una certa parte del cervello (il cingolo anteriore, per esempio) si attiva in condizioni di conflitto. "Ma questo non significa che se io vedo attivato il cingolo anteriore devo dedurre che la persona stia sperimentando situazioni di conflitto". Quindi non si può dire che "quella è l'area del conflitto". Le cose sono più complesse e soprattutto "non è vero che ad una definita attività corrisponde una sola area e viceversa". Se fosse così, cioè "ad ogni funzione un'area" potrei, con l'imaging, "indovinare" cosa sta facendo la persona in quel momento. Occorre passare dalle mappe cognitive a una comprensione più globale del cervello; "un po' come dallo studio del singolo gene si è passati ai network genetici. Oggi studiamo il connettoma, l'insieme delle connessioni fra i neuroni del cervello, cioè il sistema, la complessità. Sullo stesso numero (pp. 50-1) Ed Lein, neurobiologo, scrive che nel tempo ha preso piede l'idea che ciascuna regione o gruppo di cellule di un certo tipo gestisce un complesso specifico di funzioni; cioè la funzione è connessa a una sede. È il concetto della parcellizzazione. L'imaging ha dato forza a questa visione: ciò che si illumina, cioè consuma ossigeno, finisce in mappe funzionali. Una visione più recente si richiama a una rete sociale informale più che a una rigida divisione del lavoro: le connessioni stabilite da un neurone con altri neuroni (il connettoma) più che la sua posizione determinerebbero il comportamento e la funzione. È una ipotesi difficile da confermare: i miliardi di neuroni hanno decine di miliardi di sinapsi e quindi di connessioni, ma ci si sta provando.

IL TABACCO MAI ABBASTANZA CARO

Uno studio dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro ha rilevato che un aumento del prezzo del tabacco del 50% riduce il consumo del 20% sia nei Paesi ad alto reddito sia in quelli a basso reddito. In Francia e Sud Africa un forte aumento delle tasse ne ha dimezzato l'uso in 15 anni. (*Altroconsumo Test Salute* 2014;2:4)

ILLEGALITÀ NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Un convegno promosso dall'Agenas il 3 dicembre su "Trasparenza, legalità ed etica nel Servizio Sanitario Nazionale" ha messo a fuoco i problemi della illegalità in sanità. L'impatto economico è di tutto rilievo. Stime UE rilevano che mediamente, nell'ambito dei servizi sanitari europei, il peso della frode e della corruzione equivale al 5-6% della spesa. Considerando che la spesa sanitaria nel nostro Paese è di circa 110 miliardi, si dovrebbe arrivare a circa 6 miliardi. In Italia il fenomeno è particolarmente grave e a dirlo sono proprio i funzionari governativi di grado più elevato. Francesco Bevere, direttore generale del Ministero della Salute, ha sottolineato come la corruzione sia devastante in tutto il mondo, ma l'Italia si colloca nei bassifondi della classifica, insieme a Grecia e Bulgaria. Anzi ora siamo al livello della Tunisia. Perciò Bevere sarebbe favorevole a inserire, all'interno del Patto della salute, un capitolo dedicato al problema della corruzione in sanità. (*Il Sole 24 ORE - Sanità* 2013;45:2)

“Nati per Leggere” quindici anni dopo

Intervista di Angelo Spataro* a Stefania Manetti**

*Pediatria di famiglia, Palermo, responsabile del Gruppo “Salute mentale” dell’ACP

**Pediatria di famiglia, ACP Campania, membro del Coordinamento nazionale e referente regionale per la Campania di “Nati per Leggere”



Vedi anche
pp. 145, 188, 189

Qual è l’obiettivo di NpL?

Quali sono i vantaggi?

A chi deve essere rivolto?

L’obiettivo di NpL è la promozione della lettura in famiglia fin da quando il bambino è piccolo, dai primi mesi di vita. Il bambino viene al mondo con un “cervello preparato”, con un programma di crescita e di sviluppo, ma le sinapsi, dopo la nascita, si moltiplicano e si differenziano in funzioni specializzate grazie alle esperienze, alla relazione con le figure di accudimento e al contatto con gli altri. Tra tutto ciò che è innato e tutto ciò che un bambino acquisisce esiste una sorta di “corrispondenza di amorosi sensi”; in altri termini, se l’hardware è la sostanza grigia del nostro cervello e il software è tutto quello che mettiamo dentro la sostanza grigia, possiamo affermare che NpL, veicolato dalla mamma attraverso la relazione affettiva, il contatto pelle-pelle, lo sguardo, la voce e il libro, rappresenta sicuramente un “software” di grande portata con un intervento, in fondo, semplice. Le parole chiave sono la precocità dell’intervento, la universalità dello stesso attraverso l’azione del pediatra e la centralità della famiglia. I vantaggi sono molteplici. La promozione della lettura in famiglia favorisce lo sviluppo del linguaggio e promuove la literacy, cioè la capacità di identificare, capire, elaborare e usare testi scritti in vari contesti. Una revisione del 2009 evidenzia come buoni livelli di literacy siano legati a migliori condizioni di salute sia fisica che mentale.

La promozione della lettura in famiglia favorisce il successo scolastico e l’acquisizione di buone competenze e abilità. Uno studio recente sulla valutazione del Progetto “Reach out and Read” negli USA ha dimostrato che i bambini ispanici, i quali hanno ricevuto l’intervento di promozione della lettura, mostravano abilità e competenze scolastiche analoghe o anche maggiori rispetto ai coetanei provenienti da contesti familiari non

svantaggiati in cui si legge molto e ci sono i libri.

Attraverso il libro e la lettura noi diamo precocemente ai genitori uno strumento utile ed efficace per poter entrare in relazione con il loro bimbo; a loro volta queste esperienze interattive permettono al bambino di sviluppare un senso di sicurezza che interiorizzano, favorendo così la creazione delle basi per costruire un “attaccamento sicuro”. Attraverso la condivisione di un libro e la lettura dialogica, dove il bambino diventa, egli stesso, il narratore attraverso l’interazione con i genitori, diamo l’opportunità al bambino di sviluppare un proprio senso interiore e di costruire la propria identità. Attraverso questo scambio di voce e di ascolto, di lettura, di sguardi e di contatto fisico viaggiano le emozioni, si fortificano la relazione e lo sviluppo cognitivo del bambino.

L’esposizione alla lettura rafforza il legame affettivo e influisce sullo sviluppo relazionale e cognitivo del bambino. Ma è la lettura in se stessa o sono la quantità e la qualità della relazione madre-bambino o è la stessa voce materna a influire nello sviluppo?

Sappiamo che il neonato riconosce la voce materna attraverso la sensibilità alla prosodia, cioè al ritmo e alle intonazioni del discorso; il riconoscimento del volto della mamma, abilità importante per la relazione, viene fortificato se mediato dall’ascolto della voce materna. Nel primo anno di vita il numero dei neuroni raddoppia ma non tutte le connessioni sinaptiche sopravvivono, alcune scompaiono per mancanza d’uso. La sovrapproduzione di sinapsi è caratteristica di quelle regioni cerebrali geneticamente programmate ad anticipare e a rispondere alle esperienze intrinseche e specifiche dell’ambiente in cui vive il bambino. Naturalmente tutto ciò avviene soprattutto grazie alla presenza costante di una mamma e di un papà, “basi sicure” per lo sviluppo del bambino, responsivi ai suoi bisogni e capaci di interagire in maniera adeguata. Queste esperienze includono input sensoriali di base, la qualità delle

cure ricevute, le caratteristiche dello sguardo con cui si erogano le cure, il parlare al bambino rispondendo con sensibilità ai suoi bisogni di attaccamento. NpL favorisce e fortifica senz’altro lo sviluppo emotivo, relazionale e cognitivo del bambino. Noi pediatri abbiamo la possibilità, anzi il dovere di dare ai genitori strumenti semplici ed efficaci per consolidare e sostenere le loro competenze genitoriali e quindi favorire lo sviluppo del loro bambino.

NpL rientra nell’ambito del sostegno alla genitorialità ed essenzialmente si traduce in benessere e salute sia nel bambino che nei genitori. Il libro è a disposizione di tutte le famiglie. Esistono a volte però barriere sociali, culturali ed economiche che impediscono di arrivare proprio in quelle famiglie la cui situazione di svantaggio è tale da comportare la mancata ricezione del progetto di aiuto. Come si può ovviare a questo importante inconveniente?

Questo è un aspetto cruciale di NpL. In Italia non abbiamo, come negli USA per le famiglie a rischio sociale o nel Regno Unito per tutte le famiglie, dei finanziamenti centralizzati, che consentirebbero una diffusione capillare dell’intervento. Tuttavia possiamo fare molte cose per arrivare alle famiglie svantaggiate, che sono, poi, proprio quelle che traggono maggiore beneficio da NpL. Nel momento in cui si decide di promuovere NpL su un territorio è importante conoscere bene le risorse a disposizione e il territorio dove si deve operare. Evidenze scientifiche oramai corpose sottolineano il fatto che la promozione della lettura in famiglia produce più salute ed è più efficace in situazioni di svantaggio culturale, sociale ed economico. Bisogna quindi dare priorità a questi contesti. Gli operatori che ruotano intorno a NpL (pediatri, bibliotecari, lettori volontari, educatori) conoscono questa priorità perché ricevono una formazione specifica in tal senso e hanno il compito di far percepire, soprattutto alle famiglie svantaggiate, l’importanza dell’intervento. ♦

Per corrispondenza:

Angelo Spataro

e-mail: spataro.angelo@alice.it

Come si legge e cosa dice un emocromo

Momcilo Jankovic

Clinica Pediatrica, Università di Milano-Bicocca, AO San Gerardo/Fondazione MBBM, Monza

Abstract

How do you read an hemogram and what it is able to say

The hemogram is like a "business card". Why? Because it is a small and simple exam (as a business card), but full of worthy information if carefully read and interpreted. However, we should remember that an exam is in the service of clinical picture and not only a documentation tool! In conclusion, the lecture of an hemogram must take into consideration the clinical picture of a child, and the normal range of its values related both to the age and to the other parameters.

Quaderni acp 2014; 21(4): 173-175

L'emocromo è proprio come un biglietto da visita per il medico. Perché? Perché è un esame piccolo e semplice (come il biglietto da visita), ma ricco di importanti informazioni se attentamente valutato e interpretato. Dobbiamo però ricordare che un esame, anche il semplice emocromo, è al servizio della clinica e non dev'essere solo uno strumento di documentazione. La lettura di un emocromo deve assolutamente considerare il quadro clinico del bambino e il range di normalità dei valori riportati sia per l'età del bambino stesso che in rapporto agli altri dati di laboratorio.

Premessa

Viene definita "sindrome di Ulisse" l'attitudine a richiedere una lunga serie di esami di laboratorio, con conseguenti disturbi di tipo psicosomatico per il paziente e i suoi familiari, ricerca di patologie inapparenti o costruzione di patologie non reali (es. la malattia reumatica, le patologie epatiche, l'ipercolesterolemia ecc.).

Tutto ciò porta inevitabilmente, ancora oggi, a fare i conti con il vero significato degli esami di laboratorio e degli errori più comuni che possono verificarsi [1].

A fronte degli errori di laboratorio va poi attentamente considerata l'attendibilità dei dati stessi di laboratorio che in ma-

niera molto precisa deve riferirsi a criteri specifici (tabella 1).

La richiesta "a tappeto" degli esami di laboratorio comporta dei rischi (tabella 2) "pericolosi" non solo per gli errori diagnostici a cui facilmente si può andare incontro, ma anche e soprattutto per lo svilimento e la rinuncia al ragionamento clinico. La sequenza corretta da seguire è: dialogo come momento essenziale, esame fisico come suo corollario e richiesta di adeguati e opportuni esami di laboratorio come completamento per la formulazione di una diagnosi complessa. La patologia iatrogena è oggi in aumento, non solo per l'uso e abuso di farmaci, ma anche per gli errori diagnostici cui contribuisce il laboratorio.

L'emocromo

Entra dunque in scena in maniera prorompente e convincente l'emocromo, biglietto da visita anche del pediatra e non solo dell'ematologo.

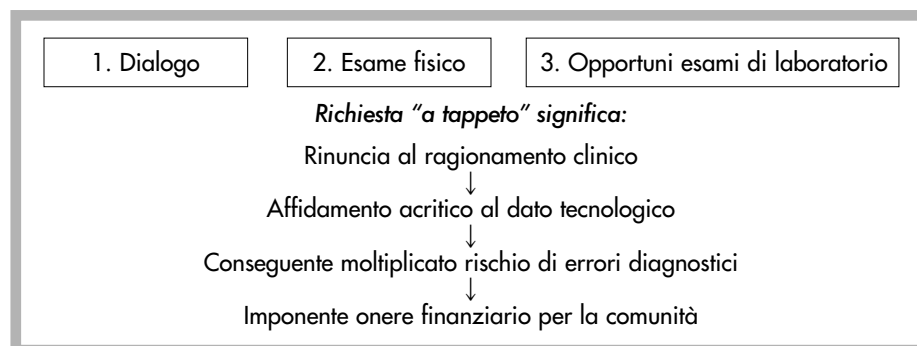
Perché considerare l'emocromo un "biglietto da visita"? Perché è un esame "piccolo" (come il biglietto da visita), ma ricco di informazioni (come il biglietto da visita) se letto e interpretato adeguatamente. Cosa significa "letto adeguatamente"? L'esame è al servizio della clinica e deve anche rispondere a un quesito clinico e non solo essere uno strumento di documentazione (come spesso succede). Se è stato eseguito correttamente, ci si deve chiedere perché è stato fatto e cosa di preciso ci si vuole chiarire: la quantità dei globuli rossi, nel sospetto di un'anemia? La numerosità dei globuli bianchi, nel sospetto di un'infezione o altro? La quantità delle piastrine, nel dubbio di una piastrinopenia isolata? Insomma in che area è indirizzato il nostro interesse? È da ricordare infatti che molteplici possono essere gli errori negli esami di laboratorio e che l'aspetto fondamentale è che il nostro quesito clinico trovi conferma nell'emocromo e ... non viceversa. E per "interpretato adeguatamente" cosa si intende? La lettura di un esame e soprattutto di un emocromo non può e non dev'essere una lettura "statica", cioè "leggo i valori e li corrolo agli standard riportati di normalità"! I

TABELLA 1: COME VALUTARE L'ATTENDIBILITÀ DEI DATI DI LABORATORIO

Il significato degli esami di laboratorio viene valutato in base a tre tipi principali di approccio:

- a) criterio dell'importanza medica
- b) valori normali (elaborazione mentale)
- c) uso critico concordato che tiene conto della variabilità analitica (e biologica)

TABELLA 2: LA SEQUENZA DI UN PROCESSO DIAGNOSTICO



Per corrispondenza:
Momcilo Jankovic
e-mail: momcilo@libero.it

valori di riferimento riportati nelle *tabelle 3 e 4*, sono in genere i valori di riferimento di una persona sana adulta. Il bambino invece è un soggetto “dinamico” che modifica i suoi parametri a seconda dell’età, per cui i valori riscontrati in un emocromo vanno attentamente e scrupolosamente rapportati ai valori standard normali di un soggetto dell’età del proprio piccolo paziente (esempio classico: la variazione dei valori di emoglobina – Hb – soprattutto nei primi due anni di vita).

I valori di riferimento pediatrici, specie per l’Hb, le piastrine (PLT) e i globuli bianchi o leucociti (GB), vanno attentamente correlati a: età del bambino (*tabelle 3 e 4*), tempo di insorgenza dell’evento (es. infezione) per cui è stato fatto l’esame e al necessario tempo di attesa (quando ripetere un esame) che diventa pertanto un tempo “diagnostico” [2].

In un emocromo i valori significativi a cui guardare sono: leucociti, globuli rossi, Hb, MCV, Ht, RDW, piastrine, MPV, reticulociti, formula leucocitaria.

1) Leucociti (GB): elevati, fino a oltre 20.000/mmc quanto più il bambino è piccolo (< 2 anni), molto bassi (< 3000/mm³), spesso in presenza di infezioni virali. Senza dubbio patologici quando >30.000/mm³: sepsi? Leucemia? Forma proliferativa cronica? [3].

Una osservazione personale, basata però su decine e decine di casi: gli adolescenti (età 10-18 anni) hanno di base, anche se non riportato dai “sacri testi”, un valore di leucociti più basso rispetto allo standard, e cioè fra 3000 e 4000/mm³, forse per l’interferenza ormonale della crescita. Questo dato è importante perché in questa fascia di età è più corretto parlare di leucopenia, quando i leucociti sono < 3000/mm³ e non < 4500/mm³ come riportato ancora oggi nei testi. Ciò evita un eccessivo “accanimento” diagnostico (aspirato midollare, biopsia ossea) in molti giovani. È un’attenzione che porgo ai lettori per una più critica valutazione rapportata ad altri parametri dell’emocromo su cui mi sono soffermato e mi soffermerò.

2) Globuli rossi (GR): sopra la norma (4500.000-5000.000/mm³) fanno presupporre una microcitosi (talassemia); molto sotto la norma a una forma di anemia carenziale.

3) Emoglobina (Hb): molto variabile nei primi due anni di vita. Controllare sempre le tabelle con le variazioni e le deviazioni standard (± DS, importanti!) prima di etichettare un bambino come anemico. Va considerata sempre insieme a MCV.

TABELLA 3: VARIABILITÀ DEI PARAMETRI DELL’EMOCROMO IN RAPPORTO ALL’ETÀ

Parametri	giorni 1	mesi 1-2	mesi 3-6	anni 1-2	anni 3-10	anni 10-14	Adulti (maschi)	Adulti (femmine)
Hb (g/dl)	13.5 ± 1.4	11.5 ± 2.5	12.5 ± 1.5	12.4 ± 0.9	13 ± 0.7	13.4 ± 1	13.4 ± 0.8	12.2 ± 0.7
GR (x 10 ⁹ /mm ³)	5.3 ± 1.0	6.5 ± 1.0	4.7 ± 0.8	4.7 ± 0.8	4.7 ± 0.7	4.5 ± 0.5	4.7 ± 0.3	5.0 ± 0.3
Ht (%)	55.5 ± 1.0	50.0 ± 7.0	55.0 ± 5.0	55.2 ± 2.5	56.6 ± 2.4	60.0 ± 3.0	60.5 ± 2.0	55.0 ± 1.0
MCV (fl)	105.0 ± 3.0	76 ± 16	117.0 ± 1.0	117 ± 5.1	117.0 ± 5.1	136.0 ± 2.5	136.0 ± 3.0	106.0 ± 0.5
MCH (pg)	20.2 ± 2.0	20.0 ± 4.0	25.0 ± 2.5	25.4 ± 1.0	27.0 ± 1.4	29.0 ± 1.0	30.0 ± 1.4	29.7 ± 1.2
MCHC (g/dl)	20.2 ± 4.0	20.0 ± 4.0	25.0 ± 3.0	25.2 ± 1.0	25.0 ± 1.0	29.0 ± 1.0	30.1 ± 1.0	30.6 ± 1.0
RDW (%)	11.5 ± 0.5	16.0 ± 2.0	14.8 ± 1.5	13.8 ± 1.2	13.6 ± 1.0	13.3 ± 1.0	13.0 ± 1.0	13.0 ± 1.0
PLT (x 10 ⁹ /mm ³)	35-400	100-400	50-400	200-400	200-400	200-400	200-400	200-400
MPV (fl)	—	—	—	—	—	—	—	—
GR (x 10 ⁹ /mm ³)	15.0	11.0	11.0	10.0 ± 0.1	1.0 ± 0.1	1.0 ± 0.1	1.0 ± 0.1	1.1 ± 0.1
Neutrofilici (%)	47	46	50	59.7 ± 2.7	68.0 ± 3.9	67.0 ± 1.9	69.0 ± 1.0	66.0 ± 1.0
Linfocitici (%)	2	2	2	34 ± 0.3	25 ± 0.5	20 ± 0.3	23 ± 0.3	23 ± 0.2
Monocitici (%)	1	1	1	0.8 ± 0.4	0.7 ± 0.5	0.7 ± 0.5	0.8 ± 0.5	0.7 ± 0.5
Eosinofili (%)	8	9	8	10.2 ± 0.8	10.0 ± 1.0	10.2 ± 1.2	10.0 ± 1.0	10.0 ± 1.0
Basofili (%)	0	0	0	4.9 ± 0.5	0.2 ± 0.0	0.2 ± 0.0	0.2 ± 0.0	0.0 ± 0.0

TABELLA 4: VARIABILITÀ DEI LEUCOCITI E DELLA FORMULA LEUCOCITARIA AUTOMATICA SECONDO L’ETÀ DEL SOGGETTO

Età	Leucociti Tot (10 ⁹ /mm ³) media (range)	Neutrofili (10 ⁹ /mm ³) media (range) %	Linfociti (10 ⁹ /mm ³) media (range) %	Monociti (10 ⁹ /mm ³) media %	Monociti (10 ⁹ /mm ³) media %
Neonati	12.1 (5.0-30.0)	11.0 (6.0-26.0)	0.1	1.1 (0.5-11.0)	0.1
12 mesi	12.8 (10.0-35.0)	15.5 (6.0-28.0)	0.8	1.7 (0.5-11.0)	0.5
24 mesi	16.4 (8.0-34.0)	11.5 (3.0-21.0)	0.1	1.8 (2.0-11.0)	0.5
3-4 settimane	17.7 (5.0-21.0)	5.5 (1.5-10.0)	0.5	1.0 (7.0-11.0)	0.1
2-3 settimane	11.4 (3.0-20.0)	4.5 (1.0-9.0)	0.4	1.3 (2.0-11.0)	0.4
1 mese	10.8 (5.0-14.5)	1.8 (1.0-9.0)	0.3	0.8 (2.5-10.0)	0.3
6 mesi	11.0 (6.0-17.5)	1.8 (1.0-8.0)	0.2	0.7 (6.0-11.0)	0.1
1 anno	11.4 (6.0-17.2)	1.5 (1.5-8.5)	0.1	0.7 (6.0-10.5)	0.1
2 anni	10.6 (6.0-17.0)	1.5 (1.5-8.5)	0.3	0.5 (1.0-9.5)	0.3
4 anni	9.1 (5.5-15.5)	1.8 (1.5-8.5)	0.2	0.5 (2.0-8.0)	0.1
6 anni	8.5 (5.0-14.5)	1.3 (1.5-8.0)	0.1	0.5 (1.5-7.0)	0.2
8 anni	8.3 (4.5-13.5)	1.4 (1.5-8.0)	0.2	0.5 (1.5-6.5)	0.1
10 anni	9.1 (6.5-17.5)	1.4 (1.5-8.0)	0.2	0.4 (1.5-6.5)	0.1
12 anni	7.8 (6.5-13.0)	1.4 (1.8-8.0)	0.2	0.4 (1.5-5.5)	0.1
14 anni	7.4 (6.5-11.0)	1.4 (1.8-7.7)	0.2	0.4 (1.0-4.8)	0.1

- 4) Volume globulare medio (MCV): va correlato con Hb e GR. Se MCV basso (controllare sempre tabella di riferimento), inteso in genere < 75, si parla di microcitosi, espressione o di anemia da carenza di ferro, o di emoglobinopatia, o di intossicazione da piombo. Se invece MCV è particolarmente alto (> 100), vanno dosati la vitamina B₁₂ e i folati per escludere (anche se rara) un’anemia macrocitica da deficit di folati; va posta attenzione a una possibile mielodisplasia (esordio spesso subdolo e solo con una macrocitosi).
- 5) Ematocrito (Ht): ci indica l’eventuale pleiocitosi dei GR e quindi una possibile policitemia se Ht >50%. Se Ht <50% anche con Hb elevata (specie negli adolescenti) non si parla di policitemia.
- 6) RDW: distribuzione di volume dei GR (dispersione dei singoli elementi intorno alla media). È un parametro presente negli apparecchi coulter di ultime generazioni e che dà un contributo alla diagnosi di un’anemia. Infatti un RDW basso indica in gene-

re una popolazione omogenea di GR, mentre un RDW alto una popolazione eterogenea come si ha nelle anemie carenziali o nelle anemie emolitiche croniche. RDW normale invece si ha nelle sindromi talassemiche (stabili nel tempo), nelle anemie emolitiche acute (come il favismo) o nelle emorragie. Pertanto è un parametro complementare un po’ discriminante.

- 7) Piastrine (PLT): cellule con emivita breve che condiziona una variabilità elevata del loro numero assoluto a distanza di pochi giorni (tre-quattro) e con un range ampio da 150.000/mm³ a 450.000/mm³. Tutti i valori che oscillano, anche rapidamente, in questo range sono normali; quando sono in eccesso (sopra 600.000/mm³) si può parlare di piastrinosi o trombocitemia, considerando sempre attentamente l’età; infatti nel neonato e nel lattante tale valore, per essere valutato criticamente, deve superare 1.000.000/mm³ e, per essere considerato patologico, avere un andamento progressivo nel tempo di osservazio-

ne. In presenza di microcitosi spiccata (< 60) è facile avere una piastrinosi dovuta al volume similare di GR piccoli e PLT (“falsa” piastrinosi).

- 8) Volume piastrinico medio (MPV): poco considerato e invece molto significativo. Se particolarmente piccolo (3-4 fentolitri = fl) è indicativo di una piastrinopenia da immunodeficienza tipo Wiskott-Aldrich; se particolarmente elevato (> 10-12 fl) è espressione di una piastrinopenia su base immune (processo compensatorio con dismissione in circolo di megatrombociti, “piastrine giganti” più giovani e quindi più funzionali).
- 9) Reticolociti: negletti ma molto significativi per orientarsi nella diagnosi differenziale di un’anemia di tipo emolitico (decisamente aumentati) o di tipo ipo-rigenerativo (diminuiti o pressoché assenti). Vanno sempre richiesti anche se non lo si fa quasi mai.
- 10) Formula leucocitaria: oggi ogni coulter di ultima generazione riporta la formula leucocitaria automatica (tabella 3). Senza dubbio un dato immediato e comodo ma anche “insidioso”. È molto più facile parlare per esempio di neutropenia se non si fanno alcune debite osservazioni:
 - a) non valutare la percentuale di neutrofili, ma il loro valore assoluto (per esempio con il 10% di neutrofili ma GB = 12.000/mm³ NON si può parlare di neutropenia (valore assoluto > 1000/mm³);
 - b) quanto più il bambino è piccolo (specie sotto i 2 anni) tanto più si ritrova una linfocitosi, e quindi uno sbilanciamento “naturale” della formula;
 - c) specie nei bambini piccoli vanno considerati attentamente i monociti, la cui percentuale dovrebbe essere intorno al 4-5%: come mai il riscontro del 20-25% di monociti? La morfologia del monocita è sovrapponibile a quella di un neutrofilo non segmentato (giovane) che pertanto va valutato come tale. Dunque, prima di confermare una diagnosi di neutropenia, va controllata la formula leucocitaria al microscopio ottico;
 - d) cellule LUC: non sono necessariamente cellule “patologiche” (leucemia? tumore?), ma da considerare “reattive” (tipo i linfociti “attivati”, iperbasofili, come nelle infezioni e dopo alcune terapie).

Conclusione

Un esame “piccolo” come l’emocromo anche da solo può fornire precise e im-

FIGURA 1: CARENZA MARZIALE. LATTANTE DI 8 MESI, NATO PRETERMINE, ALLATTATO AL SENO MATERNO. IL REFERTO EVIDENZIA ANEMIA MICROCITICA CON HB BASSA, MCV MOLTO BASSO, RBC (GR) NORMALI, RDW AUMENTATA

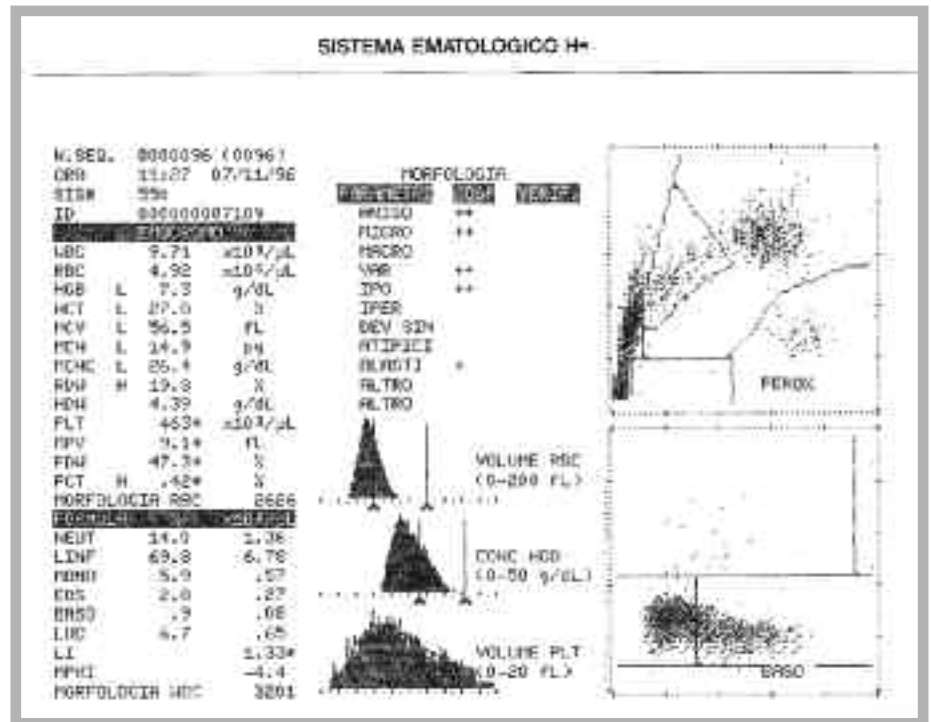
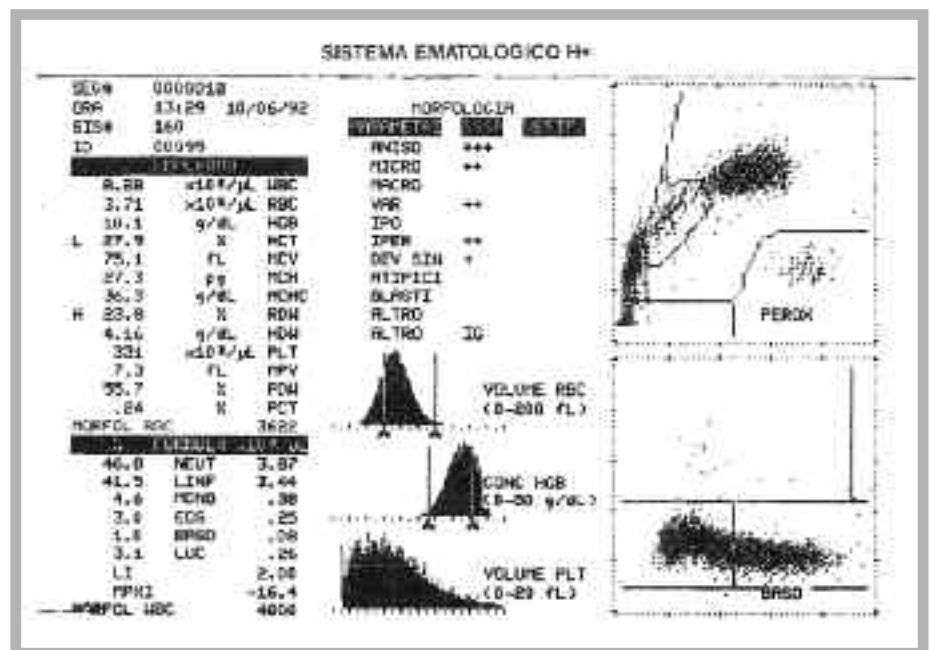


FIGURA 2: SFERICITOSI EREDITARIA. BAMBINO DI 10 ANNI, HB E MCV LIEVEMENTE DIMINUITI, RBC (GR) DIMINUITI



portanti informazioni per orientare il percorso diagnostico. La sua lettura però deve assolutamente tener conto della storia del bambino, della sua obiettività clinica, dei valori normali (sia minimi che massimi) per la fascia di età corrispondente e della correlazione con gli altri parametri riportati nell’emocromo e che spesso si legano tra loro (figure 1, 2). Ma occorre considerarli, valutarli, interpretarli [2]. ♦

Bibliografia

- [1] Di Cataldo A. Argomenti di Ematologia per il Pediatra di Famiglia. Centro di Riferimento Regionale di Ematologia e Oncologia Pediatrica. Università di Catania - Azienda Policlinico. www.unict.it/deop, 2001.
- [2] Madon E, Gabutti W, Miniero R. Ematologia e oncoematologia pediatrica. Collana di patologia pediatrica. McGraw-Hill Companies, 1998.
- [3] De S, Williams GJ, Hayden A, et al. Value of white cell count in predicting serious bacterial infection in febrile children under 5 years of age. Arch Dis Child 2014;99(6):493-9.

I diritti del minore straniero: quadro normativo e percorso giurisprudenziale

Augusta Tognoni
Magistrato

Abstract

The rights of foreign minors: legal framework and judicial path

Immigration is a complex social, political and legal reality. It requires sensitivity in accordance with the constitutional values of equality and solidarity, with particular attention to issues that concern the "minor" as "people" and "subjects of law" within the family and society. The articles 31, 35, 38 of the Italian Immigration Law number 286/1998 are still the subject of a lively political, social and legal debate regarding the interpretation of the rules; the jurisprudential path is tiring and practices are not homogeneous in the different regions.

Quaderni acp 2014; 21(4): 176-178

L'immigrazione è una realtà umana, sociale, politica, giuridica molto complessa, che richiede sensibilità nel rispetto dei valori costituzionali di uguaglianza e solidarietà, con particolare attenzione alle problematiche che riguardano i "minori", quali "persone" e "soggetti di diritto" nell'ambito della famiglia e della società. Gli articoli 31, 35, 38 del Testo Unico immigrazione n. 286/1998 sono tuttora oggetto di vivace dibattito politico-sociale-giuridico per l'interpretazione delle norme nell'applicazione al caso concreto; il percorso giurisprudenziale è faticoso; le prassi non sono omogenee nelle diverse regioni

Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina sull'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero (D.lgs. 25/7/1998, n. 286)

Il Testo Unico immigrazione (T.U.) prevede espressamente "disposizioni a favore dei minori": diritto all'unità familiare (art. 31), diritto alla salute (art. 35), diritto all'istruzione (art. 38), con la precisazione che le suddette norme devono essere lette e interpretate alla luce dei principi enunciati dalla Costituzione italiana, dalla Dichiarazione dei diritti del fanciullo dell'ONU del 1959 e dalle Convenzioni internazionali (Convenzione di New York del 1989, Convenzione di Strasburgo del 1996, Carta di Nizza del 2000, Trattato di Lisbona).

Il diritto all'unità familiare

L'art. 9 della Convenzione di New York del 1989, ratificata dall'Italia con Legge 27/5/1991 n. 176, statuisce che "gli Stati parti vigilano affinché il fanciullo non sia separato dai suoi genitori contro la loro volontà, a meno che le autorità competenti non decidano, sotto riserva di revisione giudiziaria e conformemente con le leggi di procedura applicabili, che questa separazione è necessaria nell'interes-

se preminente del fanciullo. Gli Stati parti rispettano il diritto del fanciullo separato da entrambi i genitori o da uno di essi di intrattenere regolarmente rapporti personali e contatti diretti con entrambi i suoi genitori, a meno che ciò non sia contrario all'interesse preminente del minore". In questa ottica dev'essere commentato l'art. 31, 3 comma del T.U. che recita: "Il Tribunale per i minorenni, per gravi motivi connessi con lo sviluppo psicofisico e tenuto conto dell'età e delle condizioni di salute del minore che si trova nel territorio italiano, può autorizzare l'ingresso o la permanenza del familiare per un periodo di tempo determinato...".

Sull'applicazione della norma nel caso concreto si confrontano due linee interpretative contrastanti, con particolare riferimento alla configurabilità dei "gravi motivi": la linea restrittiva evidenzia il carattere eccezionale della disposizione, invocabile solo a fronte di comprovate gravi condizioni di salute del minore, e il valore non necessariamente prevalente del diritto del minore all'unità familiare rispetto all'interesse dello Stato alla tutela dei confini nazionali (Cass. 5856/2010). Alla base dell'interpretazione restrittiva si avverte la preoccupazione di

attribuire alla norma la funzione, che le è estranea, di introdurre una modalità anomala di legittimazione del soggiorno di famiglie di stranieri attraverso una strumentalizzazione dell'infanzia, che di fatto convertirebbe i diritti dei figli in privilegi per i genitori non regolarmente soggiornanti, traducendosi sostanzialmente in una sanatoria permanente di immigrati presenti irregolarmente sul territorio, utilizzando l'ampia discrezionalità che la formula "gravi motivi" consente.

Nell'immediatezza dell'applicazione della legge (anni 1999-2000) erano frequenti i ricorsi del genitore che chiedeva il ricongiungimento familiare per consentire al figlio, che aveva iniziato il percorso scolastico obbligatorio (scuola elementare e media), di completare il ciclo. Il Giudice configurava la sussistenza dei "gravi motivi" nell'interesse del minore all'unità familiare e allo studio alla luce delle norme della Costituzione e delle Convenzioni internazionali. La situazione si complicava quando il ricorso, presentato e accolto per un figlio, veniva ribadito per il secondo e anche il terzo figlio con una durata indeterminata. È legittimo in questi casi il dubbio che il ricorso ex art. 31 sia strumentale per sanare situazioni altrimenti non sanabili. La tesi "aperta" sottolinea la necessità di un'incisiva protezione del diritto del minore alla famiglia e al mantenimento di rapporti continuativi con entrambi i genitori come diritto fondamentale per la crescita e lo sviluppo della personalità in applicazione dei testi normativi nazionali e internazionali, con l'avvertenza che il "grave motivo" dedotto quale presupposto per l'autorizzazione alla permanenza o all'ingresso del genitore non in regola dev'essere supportato e provato da elementi e dati obiettivi. "Non si può invero ragionevolmente dubitare che per un minore, specie se in tenerissima età, subire l'allontanamento di un genitore, con conseguente impossibilità di avere rapporti con lui e di poterlo anche soltanto vedere, costituisca un sicuro danno che può porre in serio pericolo uno sviluppo psicofisico, armonico e compiuto"

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

il bambino e la legge

(Cass. 823/2010; Cass. 2677/2011; Cass. 7516/2011).

La Corte di Cassazione SSUU (sentenza n. 21799/2010), esaminando le due opposte tesi, osserva che l'art. 31 non richiede necessariamente l'esistenza di situazioni di emergenza o di circostanze contingenti ed eccezionali strettamente collegate alla salute del minore, bensì può comprendere qualsiasi danno effettivo, concreto, percepibile e obiettivamente grave, in considerazione dell'età o delle condizioni di salute, che deriva o è probabile che deriverà al minore, al suo complessivo equilibrio psicofisico dall'allontanamento o mancata presenza del familiare o dal definitivo sradicamento dall'ambiente in cui è cresciuto, trattandosi *"all'evidenza di situazioni che non si prestano a essere preventivamente catalogate e standardizzate, ma richiedono un'indagine svolta in modo individualizzato tenendo conto della peculiarità delle situazioni prospettate, nonché di ogni possibile variabile e fattore idoneo a consentire l'operazione di corretto bilanciamento degli interessi richiesta dalla norma: in relazione ai quali la Corte Europea ha elaborato una serie di parametri finalizzati a ottenere una soluzione fortemente caratterizzata dal caso concreto nonché a indirizzare l'interprete allorché si rende necessario operare un bilanciamento di interessi"*; con la puntualizzazione che *"l'art. 31, 3° comma, assorbe già il contemperamento tra due beni giuridici entrambi di valore primario, in quanto entrambi derivabili dal diritto costituzionale e dal diritto internazionale: la tutela dei minori e la tutela della sicurezza nazionale"*.

Il principio di diritto enunciato dalle SSUU è ribadito da Cass. 15676/2013: *"I gravi motivi che consentono di derogare alla disciplina della immigrazione vanno ravvisati nelle conseguenze dell'allontanamento improvviso dei minori dal contesto ambientale in cui sono vissuti e hanno radicato significative relazioni sociali e cioè in una situazione anche non in atto ma solo in potenza con forti probabilità di verifica"*.

Il principio viene recepito dai giudici di merito, attenti a considerare come beni primari da tutelare nella soluzione dei casi concreti la salute psicofisica dei minori, la loro educazione, l'inserimento scolastico e sociale.

Tre esempi per chiarire il concetto: la Corte d'Appello di Napoli (Decreto

3/4/2012) evidenzia la necessità della *"verifica da parte del giudice minorile dell'idoneità del genitore a occuparsi del figlio, ad allevarlo in ambiente idoneo, a garantirne la crescita e a prendersi carico dei suoi bisogni e dei suoi problemi"*. Il Tribunale di Roma (Provvedimento 26/3/2013) autorizza una madre nigeriana alla permanenza in Italia per rimanere accanto alle figlie minorenni, entrambe nate a Roma, valutando che le ragazze, prossime al compimento di 15 anni, hanno realizzato un ottimo inserimento sociale e scolastico, *"risultati conseguenti alla comprovata qualità di accudimento di entrambi i genitori"*.

La Corte d'Appello di Milano (Decreto 21/2/2013) descrive la situazione di genitori salvadoregni, che hanno abbandonato nel 2006 il loro Paese, *"dilaniato da povertà, violenza e disoccupazione"* affidando i figli alla nonna materna e sono giunti in Italia *"per costruirsi una nuova vita"*, sono stati raggiunti nel 2010 a Milano dalla nonna e dai figli che frequentano regolarmente la scuola dell'obbligo e sono bene inseriti; *"il padre svolge attività di volantinaggio in nero, la madre svolge attività di colf non regolare e sono aiutati dalla nonna, svolgente in orari compatibili attività di badante"*.

La Corte ritiene la sussistenza dei presupposti per l'autorizzazione ex art. 31 e osserva che, *"allorché in un nucleo familiare che si presenta compatto e solido, come evidenziato dalla esperienza di migrazione dei genitori in Italia, finalizzata proprio alla riunione con i figli, i minori esprimano anche attraverso i risultati di profitto scolastico e di interazione raggiunti, un attaccamento alla nuova vita nel nostro Paese e una volontà di radicamento"*, si prospetta un deterioramento grave delle condizioni di vita familiare dei minori nell'ipotesi in cui il nucleo familiare dovesse essere espulso dal nostro territorio; *"l'autorizzazione alla permanenza temporanea nel nostro territorio dei reclamanti appare rispondente al bilanciamento equilibrato dei valori in gioco: per un verso il rispetto alla vita familiare del minore, che i pubblici poteri sono tenuti per dettato costituzionale e per indicazioni internazionali a proteggere e a promuovere, e per altro verso l'interesse pubblico generale alla sicurezza e al controllo delle frontiere che le SSUU 2010 hanno definito valore primario di pari grado"*.

Il diritto alla salute

Il tenore letterale dell'art. 35 non consente dubbi di interpretazione

Alla luce degli artt. 2 e 32 della Costituzione, che hanno portata solidaristica, il diritto alla salute ha garantito i cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno. Con la presentazione del codice *"straniero temporaneamente presente"* (STP) sono erogate, nei presidi pubblici e accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e sono fornite la profilassi, la diagnosi, la cura delle malattie infettive, i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva, tutte le prestazioni per la tutela della salute del minore, con la copertura dei relativi costi assicurata dal Ministero dell'Interno e dal fondo sanitario nazionale.

È importante sottolineare che l'accesso alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvi i casi in cui sia obbligatorio il referto a parità di condizioni con i cittadini italiani.

Chiare ed efficaci sono le proposizioni della Corte di Cassazione SSUU n. 14500/2013 che confermano l'indirizzo costante del Supremo Collegio (1690/2005, 20561/2006, 1531/2008, 7615/2011): *"La garanzia del diritto fondamentale alla salute del cittadino straniero, che comunque si trovi nel territorio nazionale, impedisce l'espulsione nei confronti di colui che dall'immediata esecuzione del provvedimento potrebbe subire un irreparabile pregiudizio, dovendo tale garanzia comprendere non solo le prestazioni di Pronto Soccorso e di Medicina d'urgenza, ma anche tutte le altre prestazioni essenziali per la vita"*.

Tema critico è il diritto del minore straniero al pediatra di base, diritto tutelato a livello internazionale, costituzionale e legislativo, ma non sempre riconosciuto nella prassi di alcune Regioni. Sulla base di una interpretazione assai rigida dell'art. 35 T.U. e della nozione di *"cure urgenti ed essenziali"* si ritiene che i figli minori di stranieri privi di permesso di soggiorno abbiano accesso all'assistenza del pediatra di famiglia soltanto nei primi sei mesi di vita; ne consegue la mancanza della continuità delle cure e della prevenzione, con i connessi rischi per la

salute del bambino e per la salute pubblica collettiva.

È corretta e doverosa la puntualizzazione con riferimento all'accordo Stato-Regioni perfezionato il 20/12/2012 dopo un lungo, faticoso percorso di ricerca e discussione con espresso richiamo agli artt. 2 e 24 della Convenzione di New York del 1989 e all'art. 2 del T.U. immigrazione che stabilisce che *"allo straniero, comunque presente nel territorio dello Stato, spettano i diritti fondamentali della persona umana previsti dalle convenzioni in vigore"*. L'accordo contiene "indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome italiane"; prevede *"l'iscrizione obbligatoria di tutti i minori al SSN, indipendentemente dallo stato di regolarità del soggiorno dei genitori"*; disposizione dalla quale è legittimo-auspicabile derivare "il diritto" al pediatra di base per tutti i minori presenti sul territorio italiano. Sembra di poter affermare che l'accordo tende a superare le prassi disomogenee.

Il diritto all'istruzione

Autorevoli fonti giuridiche costituzionali (artt. 10, 30, 31, 34 Cost.) e internazionali (art. 26 Dichiarazione universale per i diritti umani, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 10/12/1948; art. 24 del Patto internazionale sui diritti civili e politici ONU del 16/12/1966, entrato in vigore il 23/3/1976; art. 28 Convenzione sui diritti dell'infanzia del 20/11/1989, ratificata dall'Italia con legge 176/1991) sanciscono la gratuità e l'obbligatorietà del diritto inderogabile della persona minore all'istruzione, all'educazione, alla formazione, allo sviluppo della personalità nell'ottica di una cultura di rispetto e di pace tra i popoli, in una scuola aperta, come luogo di confronto dialettico e costruttivo tra culture, etnie, confessioni religiose. L'art. 38 T.U. immigrazione stabilisce che *"i minori stranieri presenti sul territorio sono soggetti all'obbligo scolastico; a essi si applicano tutte le disposizioni vigenti in materia di diritto all'istruzione, di accesso ai servizi educativi, di partecipazione alla vita della comunità scolastica"*.

L'espressione "tutte le disposizioni vigenti" significa "parità assoluta" a prescindere da ogni condizione del fanciullo o dei suoi genitori, dalla loro origine nazionale,

etnica o sociale, dalla loro situazione finanziaria; è esclusa ogni forma di discriminazione motivata dalla condizione sociale, dall'attività, dalle opinioni professate o dalle convinzioni dei genitori. È aperto il dibattito sull'applicabilità dell'art. 38 con riferimento alla scuola dell'infanzia, alla scuola secondaria superiore, ai corsi di formazione professionale, ai servizi e alle prestazioni rientranti nell'assistenza scolastica o nel diritto allo studio. Un'interpretazione della norma orientata dai principi costituzionali (artt. 10, 31, 34 Cost.) consente di riconoscere al minore tali servizi, in quanto "diritti fondamentali della persona umana" (art. 2 T.U. immigrazione).

È ben vero che i principi di cui all'art. 38 letteralmente sono riferiti "all'obbligo scolastico"; è peraltro importante rilevare che l'art. 2 lett. d) della Legge-delega n. 53/03 prevede che *"il sistema educativo di istruzione e formazione si articola nella scuola dell'infanzia, in un primo ciclo che comprende la scuola primaria e la scuola secondaria di primo grado"* con la considerazione che la scuola dell'infanzia *"nella sua autonomia e unitarietà didattica e pedagogica realizza il profilo educativo e la continuità educativa con il complesso dei servizi dell'infanzia e con la scuola primaria"*, con il corollario che *"è assicurata la generalizzazione dell'offerta formativa e la possibilità di frequenza della scuola dell'infanzia"* (art. 1 D.lgs. 59/04).

I casi di contenzioso relativi all'art. 38 sono pochi. La giurisprudenza ha risposto in senso positivo in ordine alla questione della "parità" nell'accesso a tutti i servizi educativi.

Il Tribunale di Milano con due articolati provvedimenti (Decreto 11/2/2008 e Decreto 22/7/2008) emessi a seguito di ricorso ex art. 44 T.U. (azione contro condotte discriminatorie) ha affermato che nel diritto all'istruzione rientra la scuola materna, a prescindere dalla condizione di soggiorno del minore, in quanto la scuola dell'infanzia, pur non essendo obbligatoria, è comunque indirizzata all'istruzione del minore ed è dunque inserita nel sistema nazionale dell'istruzione. Nella stessa linea interpretativa si può sostenere l'accesso all'asilo nido, definito dalla legge quale struttura diretta a garantire la formazione e la socializzazione dei bambini di età compresa tra i 3 mesi e i 3 anni, con la precisazione che gli asili-nido sono definiti dalla giuri-

sprudenza "speciali servizi sociali di interesse pubblico".

Significativa è la pronuncia del Tribunale di Milano (Decreto 7/7/2009) che ha consentito l'iscrizione al centro comunale estivo al figlio di cittadina straniera sprovvista del titolo di soggiorno.

Interessante il provvedimento del Tribunale di Brescia (Decreto 19/1/2010) che ha dichiarato discriminatoria l'attribuzione, da parte del Comune di Chiari, di premi all'eccellenza scolastica riservati a studenti delle scuole superiori meritevoli, purché di cittadinanza italiana.

Di ampio respiro sono i commi 3 e 4 dell'art. 38: *"La comunità scolastica accoglie le differenze linguistiche e culturali come valore da porre a fondamento del rispetto reciproco, dello scambio tra le culture e della tolleranza; a tale fine promuove e favorisce iniziative volte all'accoglienza, alla tutela della cultura e della lingua di origine e alla realizzazione di attività interculturali comuni 'da realizzare' sulla base di una rilevazione dei bisogni locali e di una programmazione territoriale integrata, anche in convenzione con le rappresentanze diplomatiche o consolari dei Paesi di appartenenza e con le organizzazioni di volontariato"*.

Conclusioni

Il T.U. immigrazione prevede disposizioni specifiche a favore del minore, titolare dei diritti fondamentali della persona umana previsti dalla Costituzione, dal diritto interno e dalle Convenzioni internazionali.

Il dibattito politico-sociale-giuridico è ancora vivace per l'interpretazione delle norme (artt. 31, 35, 38) nell'applicazione al caso concreto; le prassi non sono omogenee nelle diverse Regioni; il percorso giurisprudenziale è faticoso con spunti di riflessione interessanti nelle decisioni della Corte di Cassazione.

Le tematiche dell'immigrazione sono indubbiamente molto complesse (non è questa la sede per approfondirle). Sono auspicabili sensibilità e lungimiranza per l'affermazione e la tutela dei diritti del minore straniero: diritto all'unità familiare, alla salute, all'istruzione in una scuola e in una comunità sociale accogliente. Dostoevskij ci dice che *"un buon ricordo può sostenere nella vita un uomo; ai bambini dobbiamo dare occasioni di buoni ricordi; un brutto presente è pre-messa per un brutto futuro"*. ♦

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) promuove l'uso sicuro dei farmaci in gravidanza e in pediatria

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani

Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, Dipartimento di Salute Pubblica, IRCCS-Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

AIFA lancia una campagna per il corretto uso dei farmaci in gravidanza e nei bambini

"Farmaci e gravidanza" è un Progetto promosso dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per informare la popolazione e gli operatori sanitari sull'importanza di un uso corretto e appropriato dei farmaci durante la gravidanza e il puerperio. Attualmente è ancora diffusa e radicata nell'opinione pubblica una percezione distorta per cui l'uso dei farmaci durante la gravidanza sia associato alla comparsa di anomalie nel feto. Per questo l'AIFA ha voluto dare vita a una iniziativa che mira a ristabilire un approccio consapevole all'uso del farmaco in una fase così delicata della vita. Interrompere le terapie o evitare di assumere farmaci in gravidanza quando ritenuti necessari da medico per il trattamento di determinate patologie è un comportamento che può esporre sia la mamma che il nascituro a rischi legati alla mancanza, invece che alla presenza, di cure.

L'iniziativa di AIFA prevede una campagna di comunicazione/informazione attraverso l'utilizzo di TV, radio nazionali e locali e affissioni su tutto il territorio italiano, e l'attivazione del portale www.farmacigravidanza.gov.it che mette a disposizione oltre 400 schede di approfondimento che illustrano le principali patologie comuni e croniche ricorrenti e intercorrenti in gravidanza e offrono informazioni sui farmaci che è possibile assumere nel periodo della gestazione e del puerperio, scegliendo in particolare quelli più sicuri.

I contenuti sono stati elaborati da un Comitato scientifico che ha effettuato una revisione e analisi delle evidenze scientifiche disponibili riguardanti l'efficacia e la sicurezza delle terapie farmacologiche.

Il portale è uno strumento utile, più per gli operatori sanitari che per le neo o future mamme. Per queste ultime sono state realizzate le schede sulla gestione delle patologie e l'opuscolo *Guida al corretto uso dei farmaci in gravidanza*, ma le schede sui farmaci sono state pen-

sate solo per i medici (ma consultabili anche dalle mamme). È inoltre auspicabile un'implementazione del sito per quanto riguarda le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci durante l'allattamento al seno, piuttosto scarse.

Parallelamente a "Farmaci e gravidanza" è stata lanciata la Campagna "Farmaci e pediatria" con l'obiettivo di sensibilizzare la popolazione sull'importanza di garantire ai bambini farmaci su misura e studiati per loro. Il Progetto prevede anche la realizzazione di un sito che includerà un database con l'elenco dei farmaci disponibili *in e off label* e la relativa posologia.

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/farmaci-gravidanza-e-pediatria-due-progetti-scientifici-e-di-comunicazione-dell'E2%80%99aifa>

Amoxicillina due volte al giorno anche per la polmonite?

La possibilità di somministrare l'amoxicillina due volte al giorno (invece di tre) è ormai una modalità consolidata nel caso della faringotonsillite acuta da *Streptococcus beta-emolitico*. Anzi, le Linee Guida americane si spingono addirittura a proporre la monosomministrazione giornaliera. Nel caso dell'otite media acuta non c'è ancora consenso su questo schema di somministrazione, che prudenzialmente rimane di tre volte/die, anche per l'associazione amoxicillina + acido clavulanico.

Uno studio clinico randomizzato controllato (studio PNEUMOPAC), in corso di pubblicazione sul *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, sembra però supportare la somministrazione *bis in die* anche per la polmonite acuta.

Lo studio, condotto in Brasile, ha valutato i due schemi di somministrazione (*tid vs bid*) di amoxicillina 50 mg/kg/die in 820 bambini di età compresa tra 2 e 59 mesi con polmonite acuta non severa.

Il tasso di fallimenti terapeutici a 48 ore è stato simile nei due gruppi, sia nell'analisi intention-to-treat (22,8% vs 23,0%; differenza di rischio assoluto -0,2%; IC 95%: -5,5-6,0), che in quella per protocollo (20,1% vs 21,3%, differenza -1,2%; IC 95%: -4,4-6,8).

Un ripensamento dello schema posologico dell'amoxicillina basato sulle evidenze scientifiche sembra perciò possibile.

Vilas-Boas AL, et al. Comparison of oral amoxicillin given thrice or twice daily to children between 2

and 59 months old with non-severe pneumonia: a randomized controlled trial. *J Antimicrob Chemother* 2014;69(7):1954-9. Published on line 24 marzo 2014.

Associazione tra esposizione a macrolidi e stenosi pilorica nel neonato

La stenosi ipertrofica del piloro (SIP) è la causa più comune di intervento chirurgico durante il primo mese di vita, con una incidenza che va da 1 a 2 casi ogni 1000 nati. L'aumento dell'incidenza della SIP associato alla somministrazione di macrolidi nelle prime settimane di vita, già ampiamente segnalato in letteratura, è stato confermato da uno studio, pubblicato sul *BMJ*, che ha valutato l'incidenza della SIP in seguito all'esposizione a macrolidi pre, post-natale e durante l'allattamento.

Gli Autori hanno identificato una coorte di circa un milione di nuovi nati vivi dal 1996 al 2011 tramite il sistema danese di registrazione civile delle nascite. L'esposizione a macrolidi è stata valutata durante quattro finestre temporali predefinite: due prenatali (0-27 settimane gestazionali; 28 settimane fino al parto) e due post-natali (0-13; 14-120 giorni dopo la nascita).

Il rischio relativo di SIP rispetto ai non esposti è risultato di 29,8 nel gruppo di bambini esposti a macrolidi nelle prime due settimane di vita e di 3,2 in quelli con esposizione tra i 14 e i 120 giorni di vita, con un aumento di rischio assoluto rispettivamente di 24,4 (IC 95%: 13,0-44,1) e 0,65 (IC 95%: 0,06-2,21) casi per 1000 neonati esposti al farmaco. Anche l'uso materno di macrolidi causava un aumento del rischio di SIP, ma solo se effettuato nelle prime due settimane di vita del neonato, con un aumento del rischio assoluto di 2,15 (IC 95%: 0,82-4,64) casi per 1000 esposti. L'uso in gravidanza non era invece associato a un aumento del rischio.

Sulla base dei risultati di questo studio è consigliabile cautela nell'impiego di macrolidi nei neonati con età inferiore a 2 mesi, e in allattamento se il lattante ha meno di 2 settimane di vita.

Lund M, et al. Use of macrolides in mother and child and risk of infantile hypertrophic pyloric stenosis: nationwide cohort study. *BMJ* 2014; 348:g1908. doi: 10.1136/bmj.g1908.

Per corrispondenza:

Antonio Clavenna

e-mail: antonio.clavenna@marionegri.it

Dottore, Alessandro ha sempre mal di pancia...

Sergio Davico*, Paolo Fiammengo*, Giovanni Garrone*, Chiara Guidoni*, Patrizia Levi*, Maria Merlo*, Paolo Morgando*, Ivo Picotto*
*Pediatri di famiglia, ACP Ovest

Abstract

Doctor, Alessandro has abdominal pain...

Functional abdominal pain are a very good example of how the bio-psycho-social approach is in some cases essential even if not always simple. The functional abdominal pain (DAF) are a good example of how the bio-psycho-social approach, often useful in medicine, is in some cases essential although not always simple. According to literature, functional abdominal pain can be diagnosed without recourse to a second level of care and managed with almost no exams. Alexander, who suffers from irritable bowel syndrome shows how the failure of reassurance is sometimes due to our rough understanding of the bio-psycho-social factors. The article aims to explain these factors and their interrelationships in order to encourage "comprehensive" answers without underestimating biological factors or vice versa arbitrarily expanding the psycho-social ones.

Quaderni acp 2014; 21(4): 180-184

I dolori addominali funzionali (DAF) sono un ottimo esempio di come l'approccio bio-psico-sociale, spesso utile in medicina, sia, in certi casi, indispensabile, ma non sempre semplice. I DAF, secondo la letteratura, possono essere diagnosticati senza ricorrere al secondo livello e quasi senza esami, e possono essere gestiti con la sola spiegazione "esauriente" dell'origine del disturbo. Il caso di Alessandro, affetto da colon irritabile, ci cala nella realtà e mostra come l'insuccesso della rassicurazione sia dovuto, a volte, a una nostra conoscenza solo approssimativa dei fattori bio-psico-sociali in gioco. L'articolo si propone di illustrare tali fattori e le loro interrelazioni per favorire risposte "esaurienti", che non sottovalutino i fattori biologici, dilatando arbitrariamente quelli psico-sociali (o viceversa).

La storia

Alessandro, 10 anni, viene in studio con la mamma perché presenta da tre-quattro mesi dolori addominali e feci sfatte. Conosco Alessandro dalla nascita. Ha sofferto di coliche del lattante, di RGE fisiologico e, nei primi anni di scuola materna, di frequenti infezioni respiratorie alle alte vie aeree. I genitori, sempre molto preoccupati, si alternano nella parte del genitore "ragionevole" e di quello "apprensivo".

Attualmente Alessandro è un bambino che sta bene e che va bene a scuola. È un po' timido, guardingo, enigmatico.

Da qualche mese ha l'alvo alternante e dolori a tipo colica, di norma in sede periombelicale. Mangia volentieri (e si vede!) e non ha mai febbre.

Cerco di capire meglio se ci siano motivi di allarme sottoponendolo alle domande di rito:

- Questi dolori ti svegliano la notte?
- Ti impediscono di svolgere le tue normali attività (gioco, scuola)?
- Sei dimagrito?
- È capitato qualcosa a scuola o in famiglia?

Poi lo visito e lo peso. Alessandro sta bene ed è in buone condizioni generali.

Spiego a lui e alla mamma che non c'è da preoccuparsi. La sua situazione rientra in quella che noi chiamiamo **colon irritabile**: una forma di dolore addominale cronico, cioè che si ripete nel tempo, ma funzionale, cioè non originato da danni dell'organismo. In ogni caso, se dovesse svegliarsi di notte per il male, avere febbre, dimagrire oppure diventare inappetente, dovremo riparlare. Nel congelarlo gli consiglio anche dei fermenti lattici.

Lo rivedo successivamente più e più volte, sempre per il mal di pancia e sem-

pre senza segni di allarme. Ripeto ogni volta la mia diagnosi di colon irritabile e il concetto di soglia del dolore, ma i genitori restano preoccupati: "Non sarà qualcosa di grave?" e: "Facciamo degli esami?". Per un po' resisto e prescrivo solo trimebutina al bisogno o per brevi cicli (con scarso risultato). Un anno dopo, quando si ripresentano per l'ennesima volta, vengo a sapere che la mamma è da poco stata operata per un melanoma. Decido così di chiedere qualche esame per rassicurarli.

Comincio con emocromo, VES, PCR, esame urine, anti-tTg, coprocultura con ricerca parassiti e sangue occulto nelle feci. Gli esami sono normali, ma i genitori non sono ancora tranquilli. A questo punto chiedo anche la calprotectina fecale, spiegando che è un indice di infiammazione intestinale.

Dopo quindici giorni arriva una telefonata dalla mamma: "Dottore, quell'esame lì che mi ha fatto fare è altissima!". In effetti la calprotectina è > 250 (v.n. < 50). Bisogna approfondire. Alessandro fa un'ecografia addominale e ripete gli esami di infiammazione, l'occult test e naturalmente la calprotectina. Gli esiti questa volta sono tutti nella norma (calprotectina: 38). I genitori sembrano finalmente più tranquilli, ma... durerà? Alessandro compirà fra poco 14 anni e per me la storia finirà qui. E per lui?

Storie simili a questa sono molto frequenti e frustranti: il dolore funzionale si ripresenta, le rassicurazioni non sono mai sufficienti, gli esami richiesti per sedare l'ansia in alcuni casi la aumentano e il problema si risolve davvero quando... il bambino passa al medico di medicina generale!

È possibile gestire questi casi in modo più soddisfacente?

Utilizziamo questa storia per riflettere sulle possibili cause dei nostri insuccessi.

La diagnosi

Il pediatra fa una diagnosi di dolore addominale funzionale (DAF, *box 1*) e,

Per corrispondenza:

Maria Merlo

e-mail: merlomaria@alice.it

storie che insegnano

BOX 1: IL DOLORE ADDOMINALE FUNZIONALE

Il DAF compare fra i 4 e i 18 anni. È un dolore cronico (che dura da almeno due mesi), intermittente o continuo, con esame obiettivo negativo, senza evidenza di malattie che potrebbero spiegare i sintomi e senza segni di allarme.

BOX 2: SEGNALI DI ALLARME

- Diarrea notturna
- Dolore che risveglia di notte
- Perdita di peso (involontaria) o rallentamento naturale
- Ritardo puberale
- Febbre inspiegata
- Dolore stabilmente localizzato a destra
- Disfagia
- Vomito persistente
- Sanguinamento digestivo
- Storia familiare di IBD, celiachia, malattia peptica
- Artrite
- Malattia perianale

BOX 3: CLASSIFICAZIONE DEL DAF

- Il DAF si presenta in quattro sotto-categorie (con possibili overlap):
- dispepsia funzionale: dolore o fastidio in epigastrio, non modificato dalla defecazione (almeno 1/settimana, per almeno due mesi)
 - sindrome dell'intestino irritabile: dolore associato a modificazioni dell'alvo (stipsi o diarrea) o che migliora con la defecazione (almeno 1/settimana per almeno due mesi)
 - emicrania addominale: dolore parossistico con anoressia, nausea, vomito, cefalea, pallore, a volte con storia materna di emicrania, che interferisce con la quotidianità (almeno 2 episodi negli ultimi dodici mesi)
 - sindrome del DAF: DAF senza le caratteristiche dei primi tre, che disturba l'attività, con cefalea, dolore alle gambe, sonno disturbato (almeno 1/settimana per almeno due mesi)

all'interno di esso, di colon irritabile. Utilizza i "criteri di Roma III", che sono frutto di un *consensus* del 2006 e di cui studi successivi hanno confermato l'elevata sensibilità e specificità [1-2]. Essi permettono di distinguere un bambino con dolore di origine organica da uno con dolore di origine funzionale su base prevalentemente clinica, cioè rilevando l'assenza di alcuni sintomi (segnali di allarme, *box 2*) e utilizzando la presenza di altri per classificare il dolore funzionale in una delle quattro sotto-categorie (*box 3*). Ciò permette di evitare la diagnosi di esclusione (fino ad allora considerata l'unica corretta) e il conseguente elenco (sempre piuttosto arbitrario e potenzialmente interminabile) di esami da eseguire sempre e comunque.

Seguendo i "criteri di Roma III" gli esami possono ancora essere fatti, ma per confermare un convincimento e non per cercare una malattia [3]. Per contro, i "criteri di Roma III" sottolineano la necessità della valutazione caso per caso, con la possibilità di richiedere esami anche di qualche complessità (funzionalità epatica o renale, test del respiro con lattosio, ecografia ecc.), decisi però, uno per uno, sul singolo quadro clinico (è ammesso, tra le motivazioni, anche il grado di ansietà dei genitori) [4]. Poiché cardine della diagnosi è l'assenza dei segni di allarme, è necessario che essi vengano indagati tutti e accuratamente. Stando a quanto riferito, nel caso di Alessandro (come in molti nostri casi!) l'indagine probabilmente non è stata completa (il pediatra non riporta, per esempio, nulla sull'anamnesi familiare).

Gli esami

Gli episodi di dolore si ripetono, l'ansia dei genitori cresce e il medico decide "di chiedere qualche esame per rassicurare i genitori". Gli esami scelti dal pediatra sono quelli raccomandati dal *consensus* di Roma (*box 4*), tranne le anti-tTg e la calprotectina fecale (richiesta in seconda battuta).

La determinazione degli anti-tTg non è specificamente menzionata nei "criteri di

Roma III", ma è diventato uso comune richiederla almeno una volta (associando sempre anche il dosaggio delle IgA totali) praticamente in tutti i bambini con sintomi gastrointestinali cronici. Il dosaggio della calprotectina fecale può dare, in età pediatrica, una quota di falsi patologici superiore a quella osservata nei pazienti adulti. Non sono completamente noti i motivi di tale differenza, anche se è stato suggerito che possa dipendere dall'arrivo, nelle feci, di calprotectina prodotta nelle prime vie aeree in corso di flogosi respiratorie (più frequenti, appunto, nel bambino). Ne consegue che, pur avendo una eccellente sensibilità, la specificità è minore nell'età pediatrica. Quindi, in un contesto di bassa prevalenza delle malattie infiammatorie intestinali (qual è l'area delle cure primarie), la calprotectina andrebbe richiesta più "per escludere" che "per confermare" una MICI, dando molto valore a un risultato negativo e interpretando invece con cautela un risultato patologico.

Terapia: le parole

È estremamente probabile che l'insuccesso dell'intervento del medico, documentato dalle successive visite sempre per lo stesso problema, stia proprio nelle parole del pediatra. Il DAF infatti non si cura con i farmaci, ma con le spiegazioni. In uno studio italiano sulla gestione dei DAF in pediatria di base la spiegazione esauriente dell'origine dei sintomi, e la conseguente rassicurazione, sono state sufficienti a ridurre il dolore nel 93% dei casi [4]. Nella nostra esperienza è possibile spiegare l'origine del dolore a bambini e genitori di qualsiasi livello culturale.

Occorre però molta cura nello scegliere le parole adatte e nel toccare i punti chiave. Questi sono:

- spiegare il procedimento diagnostico: la sua apparente semplicità (poche domande, una breve visita, nessun esame) non significa superficialità. Il medico, per fare la diagnosi, si basa su *criteri* validati a livello internazionale,

BOX 4: ESAMI IN CASO DI DAF (SE SI VUOLE CONFERMARE LA DIAGNOSI CLINICA)

Costantemente raccomandati: emocromo, VES, PCR, esame urine e urinocoltura, sangue occulto nelle feci

BOX 5: IL DOLORE FUNZIONALE. COME FA A ESSERCI DOLORE IN ASSENZA DI MALATTIA?

Il dolore non è "riconducibile alla semplice conduzione dello stimolo, ma... è un'esperienza somato-psichica quanto mai soggettiva, caratterizzata da connotati biologici, affettivi, relazionali, esperienziali e culturali non separabili fra loro" [6].

La componente biologica

È documentato che i pazienti con DAF hanno soglie basse agli stimoli esterni (sottoposti a stimoli acustici reagiscono con startles muscolari maggiori dei controlli) e una soglia dolorosa più bassa al barostato rettale. Nei casi di dispepsia funzionale hanno una ipomotilità gastrica (contrazioni antrali tanto meno ampie e svuotamento gastrico tanto più rallentato quanto maggiori sono i sintomi).

I pazienti con DAF, dunque, percepiscono come dolorosi (ipervisceralgia) stimoli che risultano invece subliminali per la maggior parte degli individui e che possono derivare da: motilità intestinale rallentata (dispepsia) o accelerata (colon irritabile); processi infettivi, immunologici, allergici; alterazioni della flora intestinale; componenti dietetici; reazioni emotive [7].

Come si determina l'ipersensibilità sensoriale? È stata ipotizzata la presenza di vie anomale o un difetto di modulazione.

Come si determina l'ipervisceralgia? Le vie del dolore, dal nocicettore periferico alla corteccia (dove il dolore viene percepito), sono lunghe e con numerosissime e complesse connessioni che modulano lo stimolo (alcune amplificandolo, altre inibendolo). Il dolore può essere modulato, per esempio, a livello del "cancello del dolore" (midollo spinale) dove la stimolazione di fibre tattili blocca in parte il passaggio dello stimolo doloroso (effetto benefico della pressione, del massaggio, del "bacino" consolatorio); a livello del sistema limbico, centro di elaborazione della memoria e delle emozioni (effetto del ricordo di precedenti esperienze dolorose; dell'ansia e della paura o al contrario della vicinanza affettuosa); a livello di numerose aree della corteccia: insulare, cingolata, somato-sensoriale, frontale (effetto della rassicurazione) [8]. Alcuni studi con la PET sembrano suggerire che i pazienti con DAF abbiano sia una maggiore attività afferente che una minore attività della corteccia cingolata (dove risiedono i recettori degli oppioidi).

Le differenze di risposta agli stimoli sono probabilmente in parte già presenti alla nascita, legate a caratteristiche genetiche: ci sono infatti differenze fra maschi e femmine; ci sono neonati iperreattivi agli stimoli esterni (luce, rumori) e interni (fame). Ma sicuramente dipendono anche dall'ambiente, in primo luogo dalle esperienze pregresse. È noto come il dolore, soprattutto se in età precoce, aumenti il numero dei nocicettori e come espe-

rienze ripetute consolidino e rinforzino le connessioni neurali. Lattanti che hanno avuto esperienze di dolore (circoncisione neonatale, procedure diagnostiche) reagiscono con pianti maggiori al successivo dolore delle vaccinazioni.

La soglia del dolore del bambino si può anche abbassare per l'eccesso di stimoli "non governabili", per l'ansia propria e dei genitori, per non saper utilizzare strategie per modulare il dolore.

La componente psicologica

I bambini con DAF hanno più spesso degli altri ipersensibilità emozionale, ansia, elevati livelli di stress, depressione, timidezza, modalità disfunzionali di affrontare le difficoltà (coping), problemi comportamentali. Spesso hanno genitori con depressione o con malattie croniche e hanno dovuto subire recenti episodi di vita negativi. I meccanismi con i quali spiegare la correlazione fra temperamento e DAF non sono del tutto noti e sono probabilmente molteplici:

- Pensieri ed emozioni influiscono sul sistema digerente attraverso fibre che, a partire dall'encefalo, si connettono al complesso sistema neurale enterico agendo sulla motilità e sulla secrezione di stomaco e intestino (in modo diretto o mediato per esempio dagli ormoni dello stress).
- Bambini con difficoltà emotive possono avere più difficoltà a modulare il dolore.
- Le difficoltà emotive e l'aumentata suscettibilità al dolore potrebbero avere alla base uno stesso problema: una disregolazione del sistema della serotonina (neurotrasmettitore).

La componente sociale

Recenti eventi negativi sono frequenti nel DAF. Ma c'è di più. Ogni malattia, dicono i sociologi, non ha una sua auto-evidenza, ma è frutto di una co-costruzione. Per quanto qui ci interessa, il bambino impara in famiglia a decodificare, a esprimere e a gestire i propri disturbi. Impara, cioè, a percepire, a riconoscere e a dare un nome ai malesseri. Impara quali di questi sono degni di attenzione e potenzialmente gravi, quali può o deve gestire da solo, quali deve riferire e a chi. Impara, infine, le modalità con le quali affrontare e modulare il dolore. La preoccupazione dei genitori per il dolore del figlio rinforza le percezioni del bambino e insegna che il dolore addominale è importante e va segnalato anche quando non è troppo disturbante e sarebbe possibile convivere. Modalità, corrette o disfunzionali, dei genitori di gestire il dolore vengono apprese e riprodotte dal figlio.

che gli permettono di escludere con certezza la presenza di una malattia;

– spiegare perché Alessandro ha male anche se non ha una malattia (box 5).

Occorre spiegare che Alessandro ha una maggiore sensibilità al dolore viscerale e alla dismotilità gastrointestinale e probabilmente un assetto emotivo particolare [5]. E anche che non si tratta di malattie (e dunque la situazione non si aggraverà con il tempo), o di "colpe" o di "difetti", ma di caratteristiche con le quali il bambino dovrà imparare a convivere per tutta

la vita: di fronte a problemi evolutivi, a qualche difficoltà, a eventi negativi (il melanoma della mamma), a delusioni, ansia e stress, Alessandro avrà facilmente dolore addominale. Altri bambini, con altre caratteristiche, avranno magari cefalea, disturbi del sonno o dell'appetito o anche solo variazioni dell'umore senza sintomi fisici.

Alessandro potrà e dovrà imparare, con l'aiuto del medico e dei genitori, a modulare diversamente il dolore: con la rassicurazione, la vicinanza affettuosa e com-

prensiva, le coccole, il massaggio, le tecniche di respirazione, di rilassamento, di distrazione ecc.

Queste spiegazioni vanno date ai genitori, ma anche al bambino, che dovrà imparare a fronteggiare il suo disturbo. Delegare ai genitori le spiegazioni al figlio espone al rischio di omissioni e fraintendimenti.

Non sappiamo cosa abbia detto il medico, in tanti anni di visite, ad Alessandro e ai suoi genitori. Proviamo però, a scopo "didattico", a fare alcune ipotesi, attin-

gendo non solo alle scarse parole della storia, ma soprattutto alla nostra esperienza e ai più comuni errori che ci siamo accorti di compiere. Il pediatra sembra essersi posto in un'ottica bio-psico-sociale e non rigidamente bio-medica (attenta solo ai dati biologici), anche se poi, forse, non ha esplicitato questo suo punto di vista. Ha rilevato infatti, ma sembra non abbia commentato, alcune caratteristiche della famiglia e del bambino, tra l'altro molto frequenti nei casi di DAF (pur non potendo essere utilizzate per discriminare l'origine, organica o funzionale, del dolore): genitori facilmente preoccupati; bambino con coliche e pianti nei primi mesi di vita; timido, silenzioso, un po' enigmatico. Ha ricercato eventi negativi ("è capitato qualcosa a scuola o in famiglia?") e ha preso in considerazione, al riacutizzarsi degli episodi di DAF, la diagnosi di melanoma della mamma, senza però, apparentemente, comunicare alla famiglia il suo percorso di pensiero.

Nell'espone la diagnosi ha evitato gli errori più comuni. Non ha detto: "Non ha niente" (dunque finge?); "È un dolore psicomatico" (che vuol dire?); "Non si può curare" (è incurabile!).

Ma probabilmente le sue parole sono state "non esaurienti" sulle cause del dolore e in parte contraddittorie (ha evocato sintomi minacciosi ai quali porre attenzione e ha prescritto farmaci).

Successivamente, quando il continuo ricorso al medico ha dimostrato che le rassicurazioni non erano state sufficienti, ha probabilmente attribuito l'insuccesso all'ansia familiare (in una semplificazione nella quale noi pediatri siamo maestri!) e non ha verificato la cosa più banale, cioè se i genitori e il bambino avessero realmente capito le origini del problema.

Non sembra, infine, che abbia tentato di coinvolgere il ragazzino. Chiedergli semplicemente, per esempio: "Cosa fai quando hai mal di pancia?" o: "C'è qualcosa che ti fa stare meglio?", significa dare voce e spazio al vero paziente e attivare le sue risorse. Le risposte del bambino possono, inoltre, in certi casi, aiutare il medico a intuire qualcosa dei modelli di "malato" e delle dinamiche familiari, a conoscere quanta autonomia viene riconosciuta al bambino, a cogliere l'esistenza di eventuali vantaggi secondari

del sintomo. Anche la domanda: "Cosa sai della malattia della mamma?" può aiutare genitori e bambino a riflettere sull'impatto della diagnosi di melanoma nella mente di Alessandro.

Terapia: la dieta

Il pediatra non parla mai di dieta con Alessandro e la sua famiglia. In effetti nel colon irritabile nessuna delle più comuni modificazioni dietetiche (dieta "in bianco", povera di grassi, di alimenti "irritanti" ecc.) è efficace. È comunque documentato che una parte di ciò che introduciamo con l'alimentazione non viene completamente scissa e assorbita dall'intestino umano, e rimane a disposizione della flora batterica intestinale che la fermenta, con produzione di gas (CO₂, H₂, CH₄) e di piccole molecole che richiamano acqua per effetto osmotico, costituendo quindi, in alcuni soggetti, dei triggers per la sintomatologia addominale. Tra queste sostanze "fisiologicamente malassorbite" troviamo il lattosio (la prevalenza del fisiologico deficit di lattasi di tipo adulto cresce con l'età, dal 25% dei bambini di 6-8 anni al 56% di quelli di 11-13), il fruttosio (male assorbito dall'intestino in assenza di eguali quantità di glucosio) e il sorbitolo (non assorbito dall'intestino).

Fruttosio e sorbitolo sono largamente utilizzati come dolcificanti artificiali, ma sono anche naturalmente presenti nei succhi di frutta. Più di recente, sono stati identificati con l'acronimo FODMAPs (Fermentable Oligo-, Di-, Mono-saccharides And Polycols) numerosi componenti alimentari non completamente assorbiti e potenzialmente responsabili di sintomatologia addominale [9]. Va comunque ricordato che non si tratta MAI di malassorbimenti "completi" e che i sintomi sono sempre dose-dipendenti. Ne consegue che non sono per lo più necessarie diete "terroristiche" ("... *deve eliminare completamente...*"), ma ci si può limitare a ridurre il consumo (o a eliminare gli eccessi) della sostanza sospettata.

Si poteva, dunque, suggerire ad Alessandro di provare a utilizzare un latte povero di lattosio (senza eliminare formaggi o altri derivati) e a escludere (o limitare) succhi di frutta, bevande "pronte" come tè o tisane in polvere, caramelle, chewing gum e dolciumi in genere.

Terapia: i farmaci

Nessun farmaco (probiotici, antispastici ecc.) si è dimostrato efficace nel colon irritabile, tranne l'olio di menta piperita [10]. Il pediatra può prescrivere 1-2 compresse (gastroprotette) di olio di menta piperita (tre volte al dì per cicli di quindici giorni, oppure, meglio, "al bisogno" coinvolgendo il bambino nella gestione del suo sintomo): possono ridurre il dolore (non i sintomi correlati come meteorismo e urgenza a defecare) e sono prive di effetti collaterali.

Terapia: il placebo

Il pediatra, come capita spesso, ha prescritto esami (in particolare la calprotectina) per "rassicurare" i genitori ma ha ottenuto l'effetto di aumentare l'ansia e la medicalizzazione.

Ha inoltre prescritto farmaci di dubbia utilità, probabilmente con la speranza di ottenere un effetto placebo. Per ottenere un effetto placebo consistente, però, non basta prescrivere, più o meno volentieri, "qualcosa". È necessario prescrivere rispettando alcune condizioni, tra cui quella che anche il medico sia convinto dell'utilità dell'intervento. La prescrizione del placebo, comunque, al di là dell'efficacia, ci pare abbia numerosi risvolti etici che sarebbe interessante discutere e che qui proviamo solo ad accennare. Ci sembra si basi su un rapporto medico-paziente non trasparente; che abbia effetti di diseducazione sanitaria; che non rispetti il bambino (il quale subisce trattamenti per sedare l'ansia spesso non sua, ma dei genitori); e anche che utilizzi male i soldi pubblici.

Puntare sull'effetto placebo ci sembra una modalità ingannevole di utilizzare la risorsa della mente. Puntare invece sulla conoscenza dell'origine del malessere rappresenta una modalità "leale" e che non crea dipendenza dal medico e dal medicinale [11].

E se non basta? Se la spiegazione "è esauriente", ma il problema rimane importante e condiziona aspetti rilevanti della vita del bambino?

È possibile che l'ipervisceralgia costituzionale sia modulata e alimentata da eventi ambientali e affettivi. Un dolore mentale non espresso, un lutto non elaborato, lo sgomento all'idea di perdere un genitore, una non compresa separazione da una figura affettivamente rile-

COSA ABBIAMO IMPARATO

Il dolore addominale funzionale è un chiaro esempio di come, per quanto riguarda la salute, gli aspetti biologici, psicologici e sociali siano strettamente interconnessi. Per affrontarlo è indispensabile che il medico:

1. abbia ben presenti i "criteri di Roma III" e i segnali di allarme;
2. conosca gli aspetti biologici del DAF (ipervisceralgia, ipermotilità ecc.) per evitare di sopravvalutare gli aspetti psicologici e sociali;
3. sia capace di spiegare a genitori e bambino cos'è un dolore funzionale;
4. parli direttamente anche al bambino, per fargli capire cosa gli stia succedendo, come attivare le sue risorse, come convivere con il disturbo;
5. sappia che la sola spiegazione esauriente dei sintomi è risolutiva in più del 90% dei casi, per cui si riduce molto la necessità di ricorrere a terapie "placebo" o a esami "per rassicurare", con tutti i problemi che queste scelte aprono;
6. sappia, quando è necessario, aiutare la famiglia ad allargare lo sguardo sui vari ambiti di vita del bambino per metterne in luce eventuali difficoltà e, in casi selezionati, sappia accompagnare famiglia e bambino a chiedere un aiuto psicologico.

vante, una violenza patita o temuta, una persecuzione subita possono influire sulla percezione e sull'evoluzione del dolore addominale.

È necessario, perciò, allargare l'anamnesi al contesto familiare, scolastico, amicale e più generalmente sociale del bambino. Il pediatra dovrà, poi, utilizzare con prudenza le informazioni acquisite, senza cadere in psicologismi avventati e interpretazioni semplicistiche.

Potrà al massimo ipotizzare, ed eventualmente suggerire, che un determinato evento abbia rivestito per il bambino un'importanza maggiore di quanto la famiglia pensasse, senza mai stabilire collegamenti di causa-effetto monodirezionali (dall'evento al sintomo) e aiutando i genitori a considerare il bambino come un soggetto unico e complesso, frutto dell'interazione fra elementi fisici,

biologici, familiari, relazionali e ambientali.

Quando gli elementi di difficoltà e sofferenza psicologica appaiono importanti, sarà compito del pediatra, dopo aver spiegato il sintomo e averlo collocato nelle giuste dimensioni, accompagnare la famiglia a utilizzare gli strumenti della psicologia e, se necessario, della psicoterapia. ♦

Questo caso è stato presentato, in parte, al XXIV Congresso Nazionale ACP (Torino 2012).

Ringraziamo il dottor Massimo Fontana che ha accettato di rivedere l'articolo in tutti i suoi aspetti e soprattutto per la disponibilità, il sostegno e il fondamentale contributo di questi anni alla formazione dei pediatri della Regione Piemonte.

Bibliografia

[1] Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

[2] Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006;130(5):1527-37.

[3] Primavera G, Magazzù G. Il pediatra e i disturbi gastrointestinali funzionali. Con riferimento ai criteri di Roma III. *Medico e Bambino* 2011;30(5):289-95.

[4] Primavera G, Amoroso B, Barresi A, et al. Clinical utility of Rome criteria managing functional gastrointestinal disorders in pediatric primary care. *Pediatrics* 2010;125(1):155-61. doi: 10.1542/peds.2009-0295.

[5] Di Lorenzo C, Colletti RB, Lehmann HP, et al. (AAP Subcommittee and NASPGHAN Committee on chronic abdominal pain). Chronic Abdominal pain in Children: a technical report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;40(3):249-61.

[6] Benini F, Manfredini M, Papacci P. I fondamentali della fisiopatologia del dolore per una terapia mirata. In: Benini F, Barbi E, Gangemi M, et al. Il dolore nel bambino. Strumenti pratici di valutazione e terapia. Ministero della Salute, Rodorigo Editore, 2013.

[7] Kellow JE, Azpiroz F, Delvaux M, et al. Applied principles of neurogastroenterology: physiology/motility sensation. *Gastroenterology* 2006;130(5):1412-20.

[8] Bellieni CV, Alagna MG, Buonocore G. Saturazione sensoriale: semplice ed efficace contro il dolore procedurale del neonato. *Quaderni acp* 2013;20(5):223-6.

[9] Gibson PR, Shepherd SJ. Food choice as a key management strategy for functional gastrointestinal symptoms. *Am J Gastroenterol* 2012;107(5):657-66. doi: 10.1038/ajg.2012.49.

[10] Kline RM, Kline JJ, Di Palma, Barbero GJ. Enteric-coated, pH-dependent peppermint oil capsules for treatment of irritable bowel syndrome in children. *J Pediatr* 2001;138(1):125-8.

[11] Panizon F, Fontana M. Il placebo 23 anni dopo. *Medico e Bambino* 2008;27(9):571-7.

Alabama Monroe

Una storia d'amore

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

Non soffermatevi troppo sul titolo. Passate direttamente al sottotitolo: "Una storia d'amore". Una storia d'amore a tre, ma con un lato del triangolo occupato da una bambina di 6 anni che è arrivata inaspettata, ha illuminato la vita dei suoi genitori ed è sparita troppo presto, come un uccellino che, ignaro dell'impenetrabilità dei corpi trasparenti, ha sbattuto contro un vetro. Bimba e uccellino diventeranno spazzatura, o si muteranno in stelle?

Eterno conflitto tra materialismo e spiritualismo, reso ancora più drammatico quando lo scontro avviene all'interno del nucleo familiare. A legare i vari momenti dell'esistenza, dalla nascita alla morte, un genere musicale tipicamente statunitense con influenze irlandesi, scozzesi e inglesi: il *bluegrass*, country nella sua versione più pura, che ha avuto il suo primo e più rappresentativo esponente in Bill Monroe.

Nella cultura folk c'è posto per note di amore, complicità, passione, dolore, gioia e disperazione. Come nella vita dei protagonisti di questo film che Felix Van Groeningen, regista fiammingo al suo quarto lungometraggio, ha tratto da una *pièce* teatrale di Johan Heldenbergh. Siamo in Belgio, alla fine degli anni Novanta.

Didier, attratto dal mito dell'America rurale, suona il banjo in un gruppo di musicisti provenienti da varie nazioni, ma uniti dalla passione per la musica *bluegrass*. Incontrando Elise, tatuatrice e a sua volta supertatuata, convinta che nella vita "c'è sempre qualcosa che valga la pena di mettere sul proprio corpo", Didier trova la voce melodiosa che arricchisce le performance del gruppo e la compagna che metterà al mondo Maybelle. Tutto bello, fino a quando la bambina non avverte i primi sintomi di un male incurabile. Per quanto Elise e Didier cantino insieme che "il dolore va consumato fino in fondo, senza mai sot-

trarvisi", la morte della bambina provoca tra loro litigi e reciproche accuse. Il cerchio si rompe, come suggerisce il titolo originale *The Broken Circle Breakdown*. Elise va via e tenta di ricostruire la sua vita ritornando a fare la tatuatrice; poi, su insistenza di Didier, riprende a esibirsi con il gruppo musicale ma cambiando nome: si chiamerà Alabama.

Fallisce, invece, ogni suo tentativo di convertire Didier, da lei ribattezzato Monroe, al suo credo; e cioè che "anche il nome della persona amata inciso sulla pelle può essere ricoperto da nuovi tatuaggi". Didier ha Maybelle tatuata nell'anima e, quando esplode in una pubblica requisitoria contro chi, in nome di un'etica religiosa oscurantista, rallenta la ricerca sulle cellule staminali, fa piombare anche Alabama-Elise nella disperazione. Rifugiata nel suo negozio, la donna si imbotisce di farmaci e a nulla giova la folle corsa in ospedale. Se ne andrà a raggiungere Maybelle, accompagnata dal mesto canto di addio del gruppo country accorso al suo capezzale. Questa sintetica narrazione della vicenda fa torto a un film che va visto e non narrato per almeno tre motivi. Il primo è legato alle interpretazioni di Johan Heldenbergh e, soprattutto, di Veerle Baetens, premiata come migliore attrice all'*European Film Awards* e al *Tribeca Film Festival* ed esempio di quella recitazione totale che, oltre la voce, fa parlare lo sguardo e il corpo. Il secondo motivo chiama in causa il montaggio, espediente filmico per eccellenza, che in questo caso è utilizzato come sapiente mix di passato-presente e di gioia-dolore quasi per regalare agli spettatori attimi di ottimismo. Terzo motivo: l'impossibilità di raccontare la musica. Qualsiasi musica va sentita con le proprie orecchie e non per interposta persona. A maggior ragione questo *bluegrass*, che da colonna sonora diventa parte integrante della storia e fonte di sensazioni individuali.

Insomma, si sarà capito che *Alabama Monroe* è un film che dagli occhi passa direttamente al cuore e dal cuore alla mente; un film che chiama in causa politica, religione, bioetica e pone domande alle quali è difficile dare una risposta.

Perché una bambina di 6 anni deve morire? Perché la felicità deve durare così poco? Perché si ostacola la ricerca sulle cellule staminali? Perché ragione e religione non possono andare di pari passo? E, visto che siamo in tema di "perché", se ne potrebbe aggiungere un altro, magari lasciando da parte un po' di sciovinismo e facendo finta di ignorare quali e quanti interessi ci siano dietro le scelte dei giurati dell'Academy Award: perché, dopo una serie di riconoscimenti in Europa, *Alabama Monroe* non ha vinto anche il Premio Oscar come miglior film straniero?



Alabama Monroe
Una storia d'amore
(titolo originale:
The Broken Circle Breakdown)

Regia: Felix Van Groeningen
Con: Veerle Baetens, Johan Heldenbergh, Nell Cattrysse, Geert Van Rampeleberg, Nils De Caster
Belgio, 2012
Durata: 100', colore

Per corrispondenza:
Italo Spada
e-mail: italospada@alice.it

Libri: occasioni per una

Il lavoro minorile visto dai bambini



AA. VV.
Caro amico ti scrivo
Fondazione Alberto
Colonnetti, 2014
pp. 326, euro 20

Qualche tempo fa la Fondazione "Alberto Colonnetti" ha presentato in Piemonte, prima a Chivasso e poi a Torino, una serie di immagini fotografiche di inizio secolo XX, con bambini, anche piccolissimi, costretti al lavoro. Ne riportiamo una qui in alto.

Le fotografie, veramente sconvolgenti, erano di Lewis Hine (USA 1874-1940), maestro della fotografia che, lavorando per il National Child Labour Committee, ha documentato una condizione infantile veramente tragica, nelle campagne, nell'industria, nelle strade, a domicilio. Le immagini erano di grande impatto e l'obiettivo era la sensibilizzazione dell'opinione pubblica del suo Paese, anche perché erano accompagnate da semplici pensieri dei bambini fotografati. La Mostra, intitolata "Infanzia rubata", ha segnato un grande successo per la quantità e la qualità dei visitatori, soprattutto scolaresche di Chivasso di ogni ordine e grado. Ai bambini che hanno visitato la mostra è stato chiesto di scrivere una lettera a un bambino rappresentato nelle foto. I bambini hanno così "scritto un libro" di emozioni. Trascriviamo alcuni brani di lettere di bambini delle ultime classi elementari.

"Cara Millie, ... sorridi perché sei felice o perché c'è la fotocamera? Avevi amici?... ma tu sei forte e coraggiosa". "Caro bambino, tu che ci sorridi, dici di non sapere come ti chiami. Non ti conoscerò mai, ma ti dedico tutti i miei pensieri". "Caro bambino, mi dispiace che quando apri i gamberetti ti spruzzano addosso quel liquido che brucia. Vorrei aiutarti, ma non so come". "Cara bambina, mi sono rimasti nel cuore i tuoi occhi azzurri, il vestito bianco e i tuoi piedini scalzi". "Cari bambini, come avete la forza di sorridere? Quel lavoro non è un gioco;

un gioco che non finisce mai". "Caro bambino, per te che non hai più le dita e quindi non servi più, che sarai sostituito da un altro bambino che ancora non lavora, per te il mio pensiero". "Cari bambini che dovete mangiare camminando perché la pausa è di un minuto, vorrei aiutarvi ma non posso entrare nella vostra vita. Posso scrivere, posso parlare, ma la mia voce è così lontana". "Caro bambino, parlami, parlami di tutto ciò che può renderti felice. Dimentica per un momento il lavoro. Il tuo dovere è andare a scuola, non morire qui per una briciola di pane. La tua libertà è nelle mani di altri. Tu le mani le hai perse schiacciate da un carrello, bruciato da un forno".

In alcune lettere, più che in altre, si trova un commovente salto del tempo come se quei bambini di un secolo fa fossero contemporanei. "Cara bambina, l'infanzia è fantastica e mi dispiace che a tutti voi sia stata rubata. Come posso fare per aiutarvi?". "Caro Luigi, stavamo tutti per piangere quando abbiamo letto che ti alzavi alle 2.30 per andare a prendere i giornali da vendere... in tutto quel traffico. Spero che ora tu possa giocare, sentirti bene e andare a scuola". "Caro Ernest, qui la scuola è molto bella, e non vedo l'ora di conoscerti". "Cara Milly, la mostra era bella, ma tu eri triste e mi sono rattristata nel vederti così. Spero che tu ci sia ancora". "Caro Vincent, non ti ho mai visto ma dalla foto mi sembri simpatico. Vorrei aiutarti. Aspetto una tua risposta". "Caro Gurley, ma perché sorridi? Vorrei che tu mi rispondessi".

Un modo del tutto particolare di vedere le immagini.

Giancarlo Biasini

Esperienze di nascita e accudimento



Gabriella Falcicchio,
Polina Zlotnik,
Alessandra Bortolotti,
Maria Luisa Tortorella
Il primo sguardo.
Prime ore di vita,
cure prossimali
e affettività
Fasi di Luna, 2014
pp. 176, euro 20

Il libro dà voce a figure professionali diverse nel campo psicopedagogico, ostetrico, pediatrico, alle prese quotidianamente con la cura della relazione genitore-bambino. Partendo dai rispettivi ambiti di competenza, ne intreccia alcuni aspetti riguardanti l'accoglienza del neonato e l'accompagnamento nei primi giorni di vita, i contesti e le prassi di cura che facilitano od ostacolano la crescita armonica del bambino e la funzione genitoriale nelle prime epoche della vita. La prosa chiara e scorrevole offre "stimoli interessanti" rispetto alla ricchezza di significati che caratterizzano le esperienze della nascita e dell'accudimento del bambino anche nelle cosiddette "terre di mezzo", passaggi da attraversare senza fretta e con una speciale attenzione: la nascita, descritta da P. Zlotnik come un passaggio lento e segnato dalla continuità, non da tagli; la fase delicata della fine dell'allattamento, il sonno di cui ampiamente si occupa M.L. Tortorella. Anche togliere il pannolino e togliere il ciuccio rappresentano terre di mezzo, "luoghi in cui passeggiare insieme con calma, fermandosi a guardare il paesaggio multiforme dell'esistenza, senza smettere di darsi la mano e imparando a tenersi per mano o a dare la mano ad altri compagni di viaggio [...]". Le terre di mezzo, invece, per il pensiero diffuso vanno attraversate velocemente, senza espressione di dolore, senza i genitori o altre figure familiari e neppure oggetti di accompagnamento, in altri termini senza chiedere aiuto, senza sostegni, senza la presenza di altri".

L'approccio interdisciplinare proposto nel libro (come pure le immagini filmate e l'intervista a Marshall Klaus nel DVD allegato) rimanda, dunque, a un modello assistenziale centrato sulla promozione della fisiologia e sul benessere della coppia mamma-bambino, nella consapevolezza, ancora una volta, che l'insieme complesso di accadimenti legati alla nascita e al periodo perinatale e, in particolare, la qualità del primo legame (*il primo sguardo*) "hanno conseguenze a lungo termine sulla salute del bambino, della mamma e della loro relazione, influenzandone il corso della vita in senso positivo e negativo".

Federica Zanetto

buona lettura

Cammini sofferti e speranze concrete



AA. VV.
Nati per vivere
Il paradiso può attendere
Contrasto, 2014
pp. 118, euro 19,90

Una storia di ritratti, raccontata con poche parole e immagini, tante e bellissime, dove un sapiente uso fotografico del bianco e nero e del colore, “il primo volto a raccontare il passato, il secondo a esprimere la speranzosa fiducia nel futuro” dice di cammini evolutivi complessi e sofferti.

Una storia di speranze che possono diventare concretezza, ma anche di angosce, paure e inquietudini incluse in ciascuno dei percorsi di crescita ritratti per diventare poi esperienza “costruttiva” di testimonianza e di riconciliazione con la propria vicenda di vita.

Una storia possibile nell’Oncoematologia della Clinica Pediatrica di Monza, dove da sempre c’è un progetto assistenziale di qualità, centrato sul migliore approccio clinico alla malattia oncoematologica ma anche sui bisogni specifici dei bambini che ne sono affetti e delle loro famiglie.

Una storia la cui trama è ordita da operatori e sostenitori speciali, artefici anche di un progetto editoriale che nasce dall’esperienza e dalla tenacia di un pediatra emato-oncologo, Momcilo Jankovic, dallo sguardo del fotografo Attilio Rossetti, dall’impegno del Comitato “Maria Letizia Verga,” dalla creatività della Fondazione “Magica Cleme”. Ci dice M. Jankovic nella prefazione che *Nati per vivere* “vuole essere un inno alla vita e offrire a tutti i media, anche ai più diffidenti, la storia di una bella realtà. Solo credendo e incoraggiando quanto oggi viene fatto (ricordando la grande attività nazionale e internazionale dell’Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica) si può sperare, a breve, di riportare alla vita non solo l’80% ma il 100% di questi bambini. I bambini, infatti, nascono per vivere e diventare il futuro della nostra società”.

Una storia di emozioni e sensazioni rese vive da fotografie mirabili, da condividere in un volume molto curato dal punto di vista editoriale.

Una storia che si avvale anche dei contributi di Enrico Mentana, Diamante D’Alessio, Renata Maderna, Stefano Zamagni, Antonio Casanova, Rosario Carello, Denis Curti, Attilio Rossetti, Bill ed Emilia Niada, Giovanni Verga, Alessandra Mauro, Andrea Biondi, Manuela Arata, Davide Rondoni.

Federica Zanetto

L’utilità dell’inutile e l’inutilità dell’utile



Nuccio Ordine
L’utilità dell’inutile
Bompiani editore, 2013
pp. 262, euro 9

Un piccolo libro di Nuccio Ordine, professore ordinario di Letteratura italiana all’Università della Calabria, studioso di Giordano Bruno e direttore di diverse collane di classici tra cui “Les Belles Lettres” in Francia. In una giornata di caldo afoso, di aria ferma e stantia, ho trovato una grande quercia sotto la quale ripararsi dalla calura e rinfrescarsi: tale è la sensazione che questo libricino mi ha trasmesso leggendolo. Come lo ha definito Roberto Saviano, *un libro necessario...*, che oggi più che mai, in tempo di crisi, di affanni e di ricerca disperata di successi economici, ci obbliga a una sosta. L’Autore invita il lettore a riflettere sulla utilità dell’inutile, ossia sulla utilità dei saperi considerati inutili in quanto liberi da qualsiasi finalità utilitaristica. Saperi fine a se stessi, indipendenti e disinteressati, per questo considerati superflui, ma essenziali per coltivare lo spirito e la crescita civile e culturale di un popolo. A sostegno della sua tesi l’Autore cita molti filosofi da Platone ad Aristotele, fino a Heidegger e Bataille e molti scrittori a partire dai classici come Ovidio, Dante, per arrivare a Foster Wallace. Estremamente interessante per la sua attualità – sembra scritto ieri – l’passionato discorso di Victor Hugo

«Scrivere prosa non dovrebbe essere diverso dallo scrivere poesia; in entrambi i casi è ricerca di un’espressione necessaria, unica, densa, concisa, memorabile».

Italo Calvino
Lezioni americane

nel 1848 all’Assemblea Costituente in cui il romanziere mostra la gravità della proposta del governo francese di tagliare i fondi alla cultura: “*La crisi si batte non tagliando i fondi alla cultura ma raddoppiandoli...*”. La seconda parte di questo appassionante saggio è dedicata all’istruzione: “L’università, l’azienda e gli studenti clienti”. L’Autore sottolinea come attraverso i tagli continui e importanti all’istruzione si sia innescato un processo di disimpegno economico dal mondo dell’istruzione stessa e della ricerca, e di pari passo una “licealizzazione” delle università che porterà, in un futuro non troppo lontano, a un radicale e preoccupante cambiamento della qualità dell’insegnamento e del ruolo dei docenti. “*Spesso si dimentica che un buon professore è un instancabile studente... e che l’essenza della cultura si fonda sulla gratuità*”.

I paradigmi del profitto vengono messi in crisi solo dal sapere, perché solo il sapere si può condividere senza impoverirsi, anzi arricchendo chi lo trasmette e chi lo riceve. Anche sulla pretesa inutilità dei classici siamo noi lettori invitati a riflettere su quanto in realtà i classici e i loro Autori ci invogliano a lasciarci “infiammare” nella ricerca della verità assoluta. Il culto del possesso e della utilità secondo Nuccio Ordine inaridisce il nostro spirito e costituisce un grave pericolo per le istituzioni come la scuola e l’università. Il libro termina con il saggio di Abraham Flexner, pedagogo statunitense noto per le sue scuole sperimentali negli anni Trenta e per avere favorito l’esilio di molti ricercatori in fuga dalle persecuzioni naziste.

Il saggio di Flexner, per la prima volta tradotto in italiano, mette in luce le sue idee illuminanti sulla utilità dei saperi inutili, dimostrando, attraverso la storia di scienziati famosi come Ehrlich per la medicina, Faraday per la fisica e la chimica e tanti altri, come il disinteresse per l’utilità e l’amore e il desiderio di soddisfare la propria curiosità intellettuale siano stati i motivi che hanno spinto queste persone verso scoperte scientifiche importanti per l’umanità. Un libro che ci invita a riflettere, da leggere tutto d’un fiato e poi da rileggere a “piccoli sorsi”, per ricordarci l’utilità dell’inutile ma anche l’inutilità dell’utile.

Stefania Manetti

“Nati per Leggere”: i primi 15 anni

Stefania Manetti

Pediatra di famiglia, Piano di Sorrento (NA)

*Leggimi subito, leggimi forte
Dimmi ogni nome che apre le porte
Chiama ogni cosa, così il mondo viene
Leggimi tutto, leggimi bene
Dimmi la rosa, dammi la rima
Leggimi in prosa, leggimi prima.*

Bruno Tognolini

Nell'Editoriale pubblicato su questo numero di *Quaderni* si ricorda la storia di “Nati per Leggere” (NpL) a quindici anni dalla sua nascita in Italia.

Ripercorrendo a ritroso questi anni possiamo affermare che NpL ha avuto nel nostro Paese una diffusione notevole e inaspettata. Con modalità e risorse diverse, ogni Regione italiana ha nel suo territorio pediatri e bibliotecari, lettori volontari, scuole, ospedali, nidi e punti lettura che hanno accolto il programma. Da un'alleanza, che sembrava strana e poco “sintonizzabile”, è nato uno scambio di competenze, idee, professionalità, emozioni e relazioni che hanno arricchito enormemente il lavoro dei bibliotecari, dei pediatri e dei lettori. È nato, in effetti, un non tanto piccolo, appassionato e determinato “esercito” di persone che sono riuscite, spesso con pochissime risorse, grandi ostacoli, ma molta competenza e voglia di innovazione, a radicare la promozione della lettura ad alta voce in tanti e diversi contesti familiari.

Guarda che faccia è stato il primo libro di NpL, con il quale abbiamo cominciato a entrare nel mondo della lettura e della editoria, all'inizio con non poche difficoltà. Oggi, a distanza di tempo, le case editrici producono libri in edizione speciale per NpL; gli editori con grande competenza promuovono libri adatti a fasce piccole di età, consapevoli della importanza di diffondere la lettura ad alta voce molto precocemente. Molti libri sono stati donati, molti hanno invaso gli ambulatori pediatrici.

Il censimento dei progetti locali condotto nel 2008 su dati relativi al 2007 ha rilevato l'attività di **7468 operatori**. Il bacino demografico interessato dai progetti locali risulta più che raddoppiato rispetto al 2003, riguardando il **33%** della popolazione complessiva italiana. I bambini di

età compresa tra 0 e 5 anni, entrati in contatto con i progetti locali, sono stati pari al **24%** della popolazione destinataria.

Diversi pediatri hanno inserito nella loro pratica clinica l'utilizzo del libro, in alcune realtà anche il dono del libro stesso ai bilanci di salute, intervento che sappiamo avere una valenza enorme in particolare nei contesti svantaggiati. Citiamo tra i tanti, come esempio recente di buona pratica, la Provincia di Verona che con la ASL ha attuato il dono del libro per il 2013-2014 nei centri vaccinali e nei punti nascita. Impossibile elencare tutte le cose fatte (Premio NpL, lo spot, il video, la bibliografia aggiornata, i materiali...), per questo vi invitiamo a visitare il sito www.natiperleggere.it.

Per i pediatri che hanno accolto NpL il modo di lavorare e la relazione con i genitori e i bambini sono, per loro affermazione, cambiati nel tempo. Il libro, per molti genitori, ha rappresentato l'occasione per parlare di problematiche diverse che i genitori ritengono importanti per lo sviluppo del loro bambino. Il pediatra con l'utilizzo del libro è riuscito a entrare in sintonia con i genitori e i bambini, a introdurre argomenti come, ma non solo, la promozione della lettura, per promuovere lo sviluppo. Il libro è diventato anche strumento utile nella valutazione dello sviluppo psicomotorio e del linguaggio. I bambini hanno i libri dal proprio pediatra, a volte i lettori volontari che leggevano in sala di attesa, alcuni sono tornati a casa con un nuovo libro da leggere.

Tutto questo lavoro di rete, di persone, di professioni diverse con l'obiettivo di promuovere la lettura ad alta voce in famiglia, precocemente e a tutte le famiglie, partendo dal presupposto che una delle sfide maggiori nella promozione dello sviluppo dei bambini è quella di applicare buone pratiche scaturite da solide evidenze scientifiche.

Formare i pediatri delle cure primarie alla promozione della lettura ad alta voce a partire dai 6-8 mesi di vita inglobando l'intervento nei bilanci di salute produce cambiamenti nell'attitudine a leggere in famiglia, e questo incide significativa-

mente sullo sviluppo del linguaggio, sul successo scolastico, in particolare in contesti svantaggiati. Per poter assicurare che tutti coloro che sono impegnati nella promozione di questo programma possano acquisire competenze specifiche e altamente appropriate a promuovere la literacy in famiglia, negli ultimi anni il Coordinamento nazionale NpL ha focalizzato molto l'attenzione sulla formazione degli operatori: bibliotecari, lettori volontari e pediatri. Il modello formativo che attualmente viene proposto è composto da moduli diversi: le evidenze scientifiche, la ricerca, la comunicazione, l'uso del libro in ambulatorio durante i bilanci di salute attraverso la visione di video clips; i laboratori per la scelta di libri adeguati e la organizzazione necessaria per implementare un progetto. Il tutto considerando sempre l'approccio multidisciplinare e di rete che è alla base del programma e delle parole chiave che guidano la formazione NpL: universalità, famiglia e precocità. Su questo il Coordinamento nazionale si impegnerà sempre per diffondere e offrire una formazione di qualità in tutte le Regioni italiane.

Da questo lavoro di rete sono poi nate tante idee nuove che hanno consentito a NpL di diffondersi ed espandersi anche in altri Paesi al di fuori del nostro: Croazia, Catalogna, Grecia, Svizzera.

Il lavoro costante di tanti bibliotecari e la presenza in una parte del nostro Paese di eccellenti e belle biblioteche per bambini hanno facilitato molto la diffusione di NpL. Ai bibliotecari, noi pediatri, lettori di questa rivista, dobbiamo molto. La loro competenza sui libri e la lettura ci hanno aperto le porte al mondo dei libri di qualità, all'universo della letteratura per l'infanzia e alle biblioteche.

Come tutti i programmi che hanno come obiettivo la promozione dello sviluppo dei bambini intervenendo precocemente con interventi di qualità, NpL cerca nella sua applicabilità di proporre un cambiamento importante attraverso l'alleanza tra competenze e professionalità diverse. Questo è il cuore del programma, questa la sua forza e anche la sua peculiarità.

Buon compleanno NpL. ♦



Vedi anche
pp. 145, 172, 189

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

nati per leggere

Biblioteche per ragazzi: una storia avventurosa

Loretta Righetti

Già responsabile della Biblioteca ragazzi "A. Bettini", Biblioteca Malatestiana, Cesena



Vedi anche
pp. 145, 172, 188

La nascita delle biblioteche per ragazzi ha una storia diversa a seconda delle varie nazioni in cui le biblioteche sono sorte.

Stati Uniti

L'origine della biblioteca per ragazzi negli Stati Uniti d'America è stata contemporanea alla rivoluzione industriale e opera di filantropi. Dapprima posta in spazi fisicamente limitati e separati dalla biblioteca degli adulti, conquistò presto una sua identità e importanza. Nel 1876 l'ingresso ai giovani era già considerato una parte importante della funzione della *Public Library*, dato che il limite di età non costituiva una discriminante nell'accesso alla cultura. Tre anni dopo la conferenza annuale dei bibliotecari americani affrontava il tema fondamentale del rapporto tra biblioteca e scuola. Il dibattito professionale che prese avvio da quel momento fu particolarmente vivace e sfociò nell'aprile del 1888 nella fondazione della "Children's Library Association", per iniziativa di Melvil Dewey ed Emily Hanaway.

I primi bibliotecari delle sezioni ragazzi non avevano una formazione specifica, ma con creatività e passione diedero vita a quelle attività di promozione della lettura che ancora oggi sono ritenute essenziali: l'ora del racconto, gli spettacoli di animazione, le letture all'aperto. Nel 1972, con i nuovi standard, l'American Library Association (ALA), che dal 1901 aveva accolto già la "Children's Library Section" e dal 1943 l'aveva prevista come parte integrante di ogni biblioteca pubblica, compì un ulteriore passo in avanti delineando una precisa filosofia secondo la quale il fondo ragazzi andava inserito amministrativamente e fisicamente nel fondo complessivo: si trattava del pieno riconoscimento della dignità e autonomia del servizio bibliotecario per i bambini e i giovanissimi.

Regno Unito

La nascita di un servizio per ragazzi nel Regno Unito si verificò con un certo ritardo rispetto agli USA. I bibliotecari

inglesi non recepirono con facilità alcune idee fondamentali del servizio bibliotecario americano come lo scaffale aperto, il prestito libero e gratuito o l'apertura di sedi distaccate. Il primo servizio per ragazzi in una *Public Library* venne attivato nel 1862 a Manchester. In una trentina di anni quaranta biblioteche inglesi e scozzesi si dotarono di una sezione ragazzi. Uno speciale progetto, tutto dedicato ai bambini di quel periodo, fu la creazione della "Children's Lending Library" di Nottingham, grazie alla generosa donazione dell'industriale Samuel Morley. Aperta nel 1882, rappresentò una sfida non solo per l'Europa, ma anche per l'America. Si trattava di un edificio a sé stante e non della "classica" sezione ragazzi all'interno di una *Public Library*. A parte quell'esempio di eccellenza, nelle altre biblioteche inglesi i primi servizi per ragazzi furono davvero essenziali e lo scaffale aperto fu introdotto solo a partire dal 1906. Gli anni Trenta e Quaranta del Novecento hanno rappresentato l'epoca d'oro delle biblioteche inglesi, sia per l'eccellenza della letteratura per ragazzi di quel periodo, sia per la fondazione della "School Library Association" (1937), sia con la nascita del primo periodico specializzato *Junior Bookshelf* (1936). Anche le associazioni professionali assecondarono la nuova tendenza e, nel 1945, si costituì la "Youth Library Section" all'interno della "Association of Children's Librarians".

Francia

In Francia si può parlare di un servizio bibliotecario per ragazzi solo alla fine della prima guerra mondiale. La tradizione delle biblioteche civiche francesi è stata, come nel caso italiano, la responsabile della situazione. Anche in questo Paese la biblioteca è stata considerata per lungo tempo un luogo soprattutto di conservazione. I ragazzi francesi venivano indirizzati verso le biblioteche scolastiche, che operavano come biblioteche

pubbliche, con la confusione di ruoli, tipica anche della situazione italiana. Nella Francia post-bellica fu la Croce Rossa Internazionale a impegnarsi nella creazione di servizi librari per ragazzi: nacquero i primi bibliobus e le prime sale di lettura per bambini. Nel 1924, a Parigi, furono aperte le prime biblioteche della "Heure Joyeuse", biblioteche pubbliche e gratuite, frequentate da bambini e giovani dai 5 ai 17 anni, come le "Children's Libraries" americane. La "Heure Joyeuse" rimase il modello di riferimento fino al 1963, quando la mecenate francese Anne Gruner-Schlumberger diede vita a un'associazione per promuovere la cultura del libro per ragazzi, l'amore per la lettura e lo sviluppo di biblioteche specializzate in territorio francese. Dalla collaborazione e dall'incontro di Anne con Geneviève Patte, nacque "La Joie par les Livres". Nel 1965 a Clamart, alle porte di Parigi, s'inaugurò la prima biblioteca dell'Associazione: una vera rivoluzione e tuttora un modello eccellente, a partire dall'architettura dell'edificio, fino agli arredi e all'estrema cura delle collezioni.

Germania

La Germania si caratterizza per una lunga tradizione di biblioteche scolastiche diffuse capillarmente e molto efficienti. La riforma scolastica degli anni Settanta ha segnato una prima svolta con l'attivazione di una concreta collaborazione tra la biblioteca scolastica e quella pubblica. Una parte delle biblioteche scolastiche è stata così integrata nella rete bibliotecaria nazionale. Nel secondo dopoguerra i bibliotecari tedeschi si sono dedicati concretamente al servizio per ragazzi, che si è sviluppato parallelamente alla biblioteca pubblica. La Germania ospita, nella città di Monaco, la prestigiosa "Internationale Jugendbibliothek", la cui fondazione fa parte delle iniziative di rieducazione alla democrazia, promosse dagli USA al termine della guerra. La

Per corrispondenza:
Loretta Righetti
e-mail: lorighe@hotmail.com

nati per leggere



fondatrice è stata Jella Lepman, un'ebrea tedesca che durante gli anni del *Reich* era emigrata in Inghilterra. Nominata consigliera per i problemi delle donne e dei giovani, si dedicò alla rieducazione al piacere e all'amore per la letteratura dei bambini indottrinati dal nazionalsocialismo. La sua prima idea non era stata quella di organizzare una biblioteca, ma una mostra di libri, donati dagli editori: fu la prima esposizione internazionale nella Germania del dopoguerra. Il successo fu così grande da spingere Jella Lepman a offrire i libri raccolti come fondo di una nuova ed esclusiva biblioteca per ragazzi e con l'aiuto della "Rockefeller Foundation" e dell'Unesco riuscì a concretizzare il suo progetto. La "Jugendbibliothek" era assolutamente innovativa: era a scaffale aperto, cosa inusuale per la Germania. Finalmente furono i bambini stessi a scegliere i libri da prendere in prestito, perché fino ad allora solo il bibliotecario sceglieva per loro. Quando Jella Lepman si ritirò, nel 1958, la Biblioteca aprì anche una sezione dedicata alla letteratura professionale e ai periodici specializzati, si svincolò dai finanziamenti americani ed entrò a far parte del bilancio dello Stato tedesco. Dal 1996 è diventata una Fondazione, la "Stiftung Internationale Jugendbibliothek".

Biblioteche scolastiche e biblioteche popolari in Italia

"Lo leggerei volentieri, ma per l'appunto oggi non so leggere"

La storia delle biblioteche per ragazzi in Italia è caratterizzata dal pesante ritardo con cui si sviluppa un moderno servizio bibliotecario pubblico rispetto ad altri Paesi, soprattutto anglosassoni. Il servizio rivolto ai ragazzi paga poi lo scotto della sua iniziale assimilazione con la biblioteca popolare e con quella scolastica. Nel periodo a cavallo tra Settecento e Ottocento la concezione stessa di biblioteca, considerata per lo più un museo bibliografico, limitava la diffusione della lettura tra i pochi alfabetizzati. A un'Italia settentrionale ricca di biblioteche, alcune delle quali ben organizzate, si affiancava una fascia centrale con una situazione di grave carenza, escluse Roma e la Toscana, per passare a una quasi totale assenza nel Meridione, dove si contava solo su

Napoli e Palermo. Ecco perché, oltre alle biblioteche istituzionali, erano attivi altri enti che mettevano a disposizione degli associati libri e giornali: gabinetti di lettura, le società di lettura e le biblioteche circolanti. Il repertorio offerto da queste ultime era prevalentemente narrativo, con storie di avventura, ma anche romanzi familiari e sentimentali, che formavano una collezione soprattutto con caratteri di intrattenimento. Nei primi decenni post-unitari, quando i tre quarti della popolazione erano analfabeti, l'arretratezza economica e sociale non aveva innescato quella domanda di istruzione diffusa che nei Paesi già toccati dalla rivoluzione industriale aveva favorito la diffusione delle *Free Public Libraries*.

Le "biblioteche popolari" nascevano per iniziativa spontanea di un'associazione di promotori-lettori, in seno a una società operaia o con fondi dei Comuni; erano "circolanti", non essendo previste sale di lettura e i libri venivano prestati solo ai soci con pagamento di una piccola quota mensile. Proponendosi di raggiungere una massa di lettori eterogenea, la biblioteca popolare doveva contenere materiale bibliografico attinente a tutti gli aspetti della cultura: economia, storia, geografia, letteratura. In Italia il primo tentativo di fondare una biblioteca popolare avvenne a Prato proprio nell'anno dell'Unità, a opera di Antonio Bruni, chiamato per questo l'"apostolo delle biblioteche popolari".

Poiché le biblioteche "istituzionali" avevano un ruolo riconosciuto nell'istruzione pubblica, con attribuzione delle competenze al Ministero della Pubblica Istruzione, è facile comprendere quanto fosse radicata un'idea di lettura come attività educativa, collegata all'elevazione morale dell'individuo. Tale concezione pedagogica, a partire dai primi anni dell'Italia unita, saldava in maniera molto incisiva biblioteca e scuola. Un'indagine ministeriale del 1867 registrava, a fronte di un cospicuo numero di biblioteche universitarie, la quasi totale assenza di biblioteche scolastiche. Nasceva quindi l'idea di riorganizzare il servizio bibliotecario, cominciando con la creazione di una rete di "biblioteche per la prima gioventù". L'idea era davvero innovativa. Infatti la creazione di un servizio bibliotecario per i giovani non veniva in quell'occasione motivata da

considerazioni di carattere pedagogico, ma si basava sulla consapevolezza della necessità di una biblioteca per un'utenza dalle esigenze "naturalmente" diverse da quelle degli adulti. Il Progetto non venne però realizzato e così una trentina di anni dopo, nel 1893, una nuova statistica pubblicata dal Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio contava 1852 biblioteche, delle quali 311 annesse a istituti di istruzione primaria o secondaria: le biblioteche scolastiche, che costituivano una realtà diffusa e mostravano una certa consistenza numerica, erano comunque considerate realtà di scarso peso.

Nel giro di qualche decennio, a fine secolo, nuovi sondaggi a cura del Ministero della Pubblica Istruzione mostravano come le biblioteche scolastiche andassero via via assimilandosi alle biblioteche popolari. Guido Biagi, fra i più preparati bibliotecari del periodo, indicava tuttavia come modello da adottare le *Public Libraries* americane, ritenute "biblioteche di cultura e non di abbassamento culturale", anche se lamentava, oltre alla mancanza di contributi economici, persino il limitato livello di preparazione dei bibliotecari, particolarmente incapaci a ravvivare vecchi istituti e a svolgere il compito che oltreoceano veniva assolto dal *Reference Librarian*. Ma solo nel settembre del 1917 un nuovo Decreto disciplinò la creazione in ogni scuola di una biblioteca di classe e anche di una biblioteca popolare, a uso degli alunni e degli adulti. Tali biblioteche, dichiarate comunali e affidate alla gestione degli insegnanti al di fuori dell'orario scolastico, non contavano su alcuna forma di sovvenzione statale: venivano perciò finanziate dai genitori degli alunni, esclusi gli indigenti, con un contributo mensile. La sfavorevole congiuntura economica e sociale (siamo nel pieno della prima guerra mondiale) e il mancato impegno statale per lo sviluppo delle strutture resero però il provvedimento assolutamente inefficace.

La prima biblioteca per ragazzi in Italia

"Libro e moschetto..."

La prima biblioteca per ragazzi del nostro Paese venne inaugurata a Venezia nel 1926, in pieno regime fascista, per iniziativa di Maria Pezzé Pascolato (1869-1933), pedagogista, scrittrice e in-



segnante che si ispirò alle *Children's Rooms* da lei visitate e ammirate nelle biblioteche di Boston. La "sua" Biblioteca, inaugurata il 5 maggio 1926 a Palazzo Orseolo, venne trasferita nel 1830 nel Palazzo Reale a San Marco, a fianco della Biblioteca Marciana. L'arredo era caratterizzato da piccole seggiole e tavolini, giocattoli in legno e pupazzi; i libri erano disposti su scaffali aperti ad altezza di bambino e divisi per età. La Biblioteca era aperta a tutti, ma ragazzi e ragazze provenienti da famiglie operaie o povere vi accorrevano in maggior numero. Dopo essersi lavati le mani nel lavandino si poteva accedere alla sala di lettura e, avuto un libro, sedersi a leggere in silenzio. Un cartello ammoniva: "Non inumidire di saliva il dito per voltare le pagine. È usanza sudicia e pericolosa, contraria alla igiene e alla buona educazione", scritta che si trovava ripetuta anche nei cartoncini-segnalibro. L'assistente – studentessa, tirocinante o insegnante volontaria – suggeriva le letture ai bambini, insegnava ai più grandi a compilare una scheda di richiesta, a cercare il libro nello schedario e a usare i testi di consultazione. Una cassetta della "piccola posta" raccoglieva le richieste dei lettori.

In occasione della Festa del libro, la Biblioteca dei ragazzi scendeva in Piazza San Marco con un banco di consultazione e per tutta la giornata alcune insegnanti parlavano di libri a un pubblico di marinai, operai e gente del popolo. Durante l'estate la Biblioteca aveva una vita anche all'aperto: veniva portata nel cortile di Palazzo Ducale e tra i lettori si contavano anche ragazzi di passaggio e turisti. Quella Biblioteca non era frequentata solo da ragazzi, ma anche da adulti, come le mamme che accompagnavano i figli e aiutavano nella scelta dei libri; o studenti dell'Istituto magistrale che a loro volta assistevano i bambini, spiegavano le parti più difficili dei testi, leggevano fiabe ai più piccoli, conversavano con i più grandi sulle loro letture, conducevano l'ora della recensione, gestivano un laboratorio per riparare i libri e i più bravi nel disegno si cimentavano anche nei ritratti dei bambini mentre leggevano. Non mancavano naturalmente gli studiosi di letteratura infantile. E qual era il libro più richiesto? Facile, il *Pinocchio* di Carlo Collodi. La Biblioteca dei Ragazzi fondata da Maria Pezzé

Pascolato, che rimase un unico e isolato esempio nel nostro Paese fino agli anni Settanta, chiuse i battenti nel 1938. Gli spazi servivano al seguito di Ferdinando di Savoia, duca di Genova, che si era stabilito a Venezia. Da quel momento ebbe inizio la lunga vicenda della sua dispersione, anche se i veneziani manifestarono a più riprese il desiderio di vederla riaperta. Negli anni Settanta la Soprintendenza consegnò alla Biblioteca civica di Mestre ciò che restava della Biblioteca dei ragazzi; una scelta non casuale, in quanto in quel periodo solo la Biblioteca civica ammetteva collezioni e spazi riservati ai bambini.

Il 1926 fu l'anno dell'istituzione, in seno al Ministero della Pubblica Istruzione, della Direzione generale delle Accademie e delle Biblioteche come organo di coordinamento fra le iniziative culturali che erano andate sviluppandosi nel nostro Paese. Nel 1928 il censimento delle biblioteche popolari italiane giunse a contare 3270 strutture funzionanti, in prevalenza nel Nord Italia, istituite e gestite da Comuni, parrocchie, Opere varie e PNF. Il fascismo, come tutti i regimi totalitari, era consapevole dell'importanza del libro e della biblioteca come mediatori di ideologia e di consenso e cercò di indirizzare e inquadrare le scelte di lettura degli italiani mediante una rete bibliotecaria "popolare", che venne diretta e controllata da un apposito Ente Nazionale per le Biblioteche Popolari e Scolastiche (ENBPS, 1931). Da quel momento il funzionamento e l'organizzazione delle biblioteche di classe nella scuola elementare furono prevalentemente a carico dello Stato. Il maestro ne era responsabile e la lettura dei libri da parte degli alunni poteva svolgersi anche attraverso il prestito domiciliare. Grande era l'importanza data dall'ENBPS al controllo sulla diffusione e produzione editoriale per l'infanzia, ma assai scarsa, per non dire nulla, quella rivolta alla nascita di servizi bibliotecari moderni. Anche se ai bibliotecari italiani non erano ignote le esperienze internazionali, i due convegni dedicati alla scuola, promossi dal ministro Bottai durante il ventennio, non fecero che rafforzare l'esclusività delle biblioteche scolastiche e ribadire la sola figura del bibliotecario-educatore: era e restava, dunque, la scuola la sede indicata per le letture dei ragazzi.

Biblioteche per ragazzi crescono...

Nel secondo dopoguerra, il percorso che doveva condurre alla nascita anche nel nostro Paese delle biblioteche per ragazzi non era ancora tracciato. Il Congresso che si svolse a Palermo nel 1948, organizzato su iniziativa del ministro Gonnella, era interamente dedicato alle biblioteche popolari e scolastiche per le quali, pur nella difficilissima situazione, venivano stanziati appositi fondi.

Non troppe le idee nuove, anzi si rimetteva in forza l'ENBPS, per proseguire il suo ruolo assistenziale. Si dovette attendere un decennio e arrivare agli anni del boom economico per affrontare la possibilità di ammettere i bambini e i giovani nella biblioteca pubblica: furono i ragazzi stessi a chiedere di ottenere locali in cui leggere, studiare e cercare libri diversi da quelli della biblioteca scolastica. Un'indagine del 1965 informa che, a livello nazionale, solo 40 biblioteche civiche ammettevano i ragazzi.

Il regolamento delle biblioteche statali, valido anche per le comunali, vietava infatti l'accesso ai minori. Anche se il desiderio generale degli addetti ai lavori era di allestire spazi dedicati ai bambini e ai ragazzi all'interno della biblioteca pubblica, l'obiettivo non venne raggiunto fino agli anni Settanta, quando decollò la Scuola Media Unificata e le Regioni assunsero le competenze in materia di biblioteche. La rapida crescita del numero di studenti della scuola dell'obbligo rivelò l'inadeguatezza delle vetuste biblioteche scolastiche, così come erano state concepite sino ad allora, e spinse finalmente le istituzioni alla definizione di nuove realtà bibliotecarie.

I servizi bibliotecari per bambini e ragazzi ebbero da quel momento uno sviluppo straordinario in tutto il Paese, legato soprattutto alle felici stagioni dell'editoria per l'infanzia e della promozione della lettura. Oggi non esistono più Sezioni ragazzi concepite come biblioteca per adulti in formato ridotto, ma vengono tutte progettate, o ri-progettate, esclusivamente a misura dei loro lettori e delle loro esigenze e aspettative, come attestano ormai le numerose e positive esperienze estere e, da qualche tempo, anche italiane.

A concludere questa piccola storia vanno ricordati due eventi fondamentali accaduti in questi ultimi decenni: il primo è

XXVI Congresso Nazionale ACP IL DOMANI CHE VERRÀ

Cesena (FC), 9-10-11 ottobre 2014 - Technogym Village, Via Calcinaro 2861

l'avvento delle nuove tecnologie informatiche col relativo timore di un bambino tecnologico sedotto dalle meraviglie del computer e di Internet e pronto ad abbandonare libro e lettura; il secondo è la nascita del Progetto "Nati per Leggere" (NpL). Nel primo caso, gli addetti ai lavori, consapevoli di essere di fronte a un capitolo decisivo della storia del libro e delle biblioteche, si sono adoperati per offrire ai ragazzi rinnovati percorsi di lettura e nuovi media, tanto che i linguaggi utilizzati dai nativi digitali rappresentano, tuttora, un'occasione speciale per guardare alle biblioteche dei ragazzi con occhi nuovi. Il secondo evento, legato alla diffusione di NpL, affonda le sue radici nelle ricerche effettuate a partire dai primi anni Novanta sulla promozione della lettura precoce negli Stati Uniti. Quelle indagini avevano dimostrato che i bambini, cui veniva letto fin dal primo anno di vita con una certa continuità, avevano uno sviluppo del linguaggio, sia recettivo che espressivo, maggiore e in seguito incontravano meno difficoltà nell'apprendimento. Quando il progetto NpL si è diffuso in Italia (la prima sperimentazione avvenne a Cesena, con la presenza di Perry Klass, direttore medico del bostoniano *Reach Out and Read*, nell'ottobre del 2000), le Biblioteche per ragazzi si sono dimostrate immediatamente il partner ideale dei pediatri, esattamente come di educatori, pedagogisti, psicologi e animatori, attrezzando spazi dedicati ai bambini di età prescolare e allestendo bibliografie e scaffali per aiutare i loro genitori a scegliere le storie da leggere insieme. ♦

Bibliografia di riferimento

Baudo V. Come cambiano i servizi bibliotecari per ragazzi: nuove tecnologie e nuove prospettive per le biblioteche pubbliche e scolastiche. Editrice Bibliografica, 2008.
Betri ML. Leggere, obbedire, combattere: le biblioteche popolari durante il fascismo. Franco Angeli, 1991.
Faeti A, Fabbroni F. Il lettore ostinato. La Nuova Italia, 1983.
La biblioteca per ragazzi oggi. Editrice Bibliografica, 2004.
Lushington N. Libraries designed for kids. Facet, 2008.
Ramonda C. La biblioteca per ragazzi raccontata agli adulti: viaggio in un mondo che non finirà di sorprenderti. Editrice Bibliografica, 2011.
Traniello P. Storia delle biblioteche in Italia dall'Unità ad oggi. Il Mulino, 2002.

Giovedì 9 ottobre 2014

- ore 14 Accoglienza
ore 14,30 Apertura lavori e saluti

Pensarci prima

- Introduzione e moderazione
(*Marcello Orzalesi*, Roma)
ore 15 Il counselling preconcezionale
(*Pierpaolo Mastroiacovo*, Roma)
ore 15,30 Gli screening
(*Alberto Burlina*, Padova)
ore 15,40 Discussione
ore 16,20 Break
ore 16,40 Late-preterm: sono tutti necessari?
(*Fabio Facchinetti*, Modena)
ore 17 Interventi e rete assistenziale: cosa valutare, quali rischi?
(*Augusto Biasini*, Cesena)
ore 17,20-18 Discussione

Venerdì 10 ottobre 2014

I ragazzi ci parlano con la mente e con il corpo

- Introduzione e moderazione (*Enrico Valletta*, Forlì)
ore 9 Aggiornamento avanzato
Guariti o lungosopravvivenuti?
(*Andrea Pession*, Bologna)
ore 9,30 Tavola Rotonda
I linguaggi: la musica, il corpo, la comunicazione digitale
(*Cira Stefanelli*, *Sonia Moretti*, *Matteo Arnaboldi*, *Simone Pallotta*)
Coordina *Antonella Brunelli* (Cesena)
ore 10,30 Discussione
ore 11 Break
ore 11,30 Il corpo che esprime disagio.
Presentazione e discussione di casi clinici: il disturbo da conversione, il disturbo somatoforme, il disturbo d'ansia
(*Filippo Muratori*, Pisa)
ore 12,30 Discussione
Pausa Pranzo

Dove va la pediatria

- Introduzione e moderazione
(*Federico Marchetti*, Ravenna)
ore 14 Aggiornamento avanzato
Anemie ferroprive resistenti alla terapia
(*Caterina Borgna*, Ferrara)
ore 14,30 Comunicazioni/poster
ore 15 Senti chi parla?
Lo spazio per il bambino nella "relazione di cura"
(*Chiara Guidoni*, Torino)
ore 15,15 Tavola Rotonda
Dove va la pediatria.
Conduce *Paolo Siani*.
Interveng. *Giampietro Chiamenti* (presid. FIMP) e *Giovanni Corsello* (presid. SIP)
ore 16,45 Break
ore 17-19 Assemblea generale
ore 21 Cena a Teatro (Teatro Verdi, Cesena)

Sabato 11 ottobre 2014

- ore 9 Introduzione e moderazione
(*Gina Ancora*, Rimini)
ore 9-9,40 Aggiornamento avanzato
Banche dei tessuti e medicina rigenerativa: la cute e il tessuto muscolo-scheletrico
(*Davide Melandri*, Cesena; *Roberto Biagini*, Roma)

Cibo e movimento: la salute come bene di una comunità e di un territorio

- ore 9,50 Introduzione e moderazione
(*Massimo Farneti*, Cesena)
ore 10 La promozione dell'attività motoria nella scuola: il progetto "Gioca Wellness"
(*Luigi Angelini*, Cesena)
ore 10,10 La prevenzione primaria dell'obesità: la ricerca "5210"
(*Maurizio Iaia*, Cesena)

Modelli scientifici e applicativi

- ore 10,20 Controllo motorio e modello interpretativo
(*Adriano Ferrari*, Reggio Emilia)
ore 10,50 Discussione
ore 11,10 Sviluppo affettivo e cognitivo ed alimentazione
(*Massimo Ammaniti*, Roma)
ore 11,40 Discussione
ore 12,30 ECM e aperitivo di chiusura

Scheda di iscrizione reperibile online
www.cesenaticoturismo.com da compilare e inviare a:
CESENATICO TURISMO
Tel. 0547 673287 - Fax 0547 673288
Numero Verde 800.556.900
info@cesenaticoturismo.com
Viale Roma, 112 - 47042 Cesenatico (FC)

Iscrizione entro il 20 settembre 2014

Non è possibile l'iscrizione in sede di Congresso

Iscrizione al Congresso: euro 220. Specializzandi: euro 50.
Verrà rilasciato l'attestato di partecipazione
Accreditamento ECM

Scheda di prenotazione alberghiera reperibile online
Da compilare ed inviare a:
CESENATICO TURISMO
Tel. 0547 673287 - Fax 0547 673288
Numero Verde 800.556.900
info@cesenaticoturismo.com
Viale Roma, 112 - 47042 Cesenatico (FC)

Sistemazione hotels a CESENATICO (con navetta gratuita)

Iscrizione e due notti
in hotel **** stelle, con prima colazione: euro 390
Con supplemento singola: euro 430
Accompagnatori: due notti in hotel **** stelle,
con prima colazione e ingresso
alla Biblioteca Malatestiana: euro 125

Sistemazione hotels a CESENATICO (con navetta gratuita)

Iscrizione e due notti
in hotel *** stelle, con prima colazione: euro 330
Con supplemento singola: euro 350
Accompagnatori: due notti in hotel *** stelle,
con prima colazione e ingresso
alla Biblioteca Malatestiana: euro 68

A Cesena esistono numerosi B&B.
www.booking.com/B&Bs-Cesena

Come raggiungerci

In auto. Autostrada A14.

All'uscita di Cesena prendere la prima rotonda e imboccare via Cervese, alla seconda rotonda (di via Cervese) prendere la seconda uscita: SP140 - via Calcinaro

In treno. Stazione di Cesena. Servizio di taxi.
La sede dista 3.5 km

Porta un amico in ACP

Non sei mai stato iscritto all'ACP o non lo sei più da 5 anni? Puoi essere presentato da un nostro socio. Per te l'iscrizione per il 2014 è di soli €. 50 mentre il socio presentatore concorrerà all'iscrizione gratuita al prossimo Congresso Nazionale ACP. Compilando il modulo di iscrizione (www.acp.it/come-isciversi) scegli l'adesione alla campagna promozionale. Conosci la nostra FAD? Per il 2014 sono previsti 27 credici: www.acp.it/fad-acp



www.acp.it

Editoriale

- 145** Quindici anni fa nasceva "Nati per Leggere"
Giancarlo Biasini

Formazione a distanza

- 146** Patologia tumorale e pseudotumorale dell'osso nell'età pediatrica: un approccio clinico
Carmine Zoccali

Informazioni per genitori

- 154** I dolori delle ossa
Stefania Manetti, Costantino Panza, Antonella Brunelli

Ricerca

- 155** Late-preterm: un gruppo di neonati a rischio per disturbi dello sviluppo cognitivo
Barbara Caravale, Gina Riccio, Carlo Corchia

Forum

- 162** La procreazione medicalmente assistita in Italia: dove siamo e dove andiamo?
Carlo Corchia

Salute pubblica

- 165** La formazione sull'allattamento materno nell'ambito del progetto BFHCI dell'OMS-UNICEF: una riflessione critica
Romana Prospero Porta, Maria Antonietta Bosca
- 170** La nuova versione dell'impegno di autoregolamentazione dell'ACP nei rapporti con l'industria
Paolo Siani, Carlo Corchia

Salute mentale

- 172** "Nati per Leggere" quindici anni dopo
Intervista di Angelo Spataro a Stefania Manetti

Saper fare

- 173** Come si legge e cosa dice un emocromo
Momcilo Jankovic

Il bambino e la legge

- 176** I diritti del minore straniero: quadro normativo e percorso giurisprudenziale
Augusta Tognoni

Farmacipi

- 179** L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) promuove l'uso sicuro dei farmaci in gravidanza e in pediatria
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra, Daniele Piovani

Storie che insegnano

- 180** Dottore, Alessandro ha sempre mal di pancia...
Sergio Davico, Paolo Fiammengo, Giovanni Garrone, et al.

Film

- 185** *Alabama Monroe*. Una storia d'amore
Italo Spada

Libri

- 186** Caro amico ti scrivo
di AA.VV.
- 186** Il primo sguardo. Prime ore di vita, cure prossimali e affettività
di Gabriella Falcicchio, Polina Zlotnik, Alessandra Bortolotti, Maria Luisa Tortorella
- 187** Nati per vivere. Il paradiso può attendere
di AA.VV.
- 187** L'utilità dell'inutile
di Nuccio Ordine

Nati per Leggere

- 188** "Nati per Leggere": i primi 15 anni
Stefania Manetti
- 189** Biblioteche per ragazzi: una storia avventurosa
Loretta Righetti

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2014 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 attraverso una delle altre modalità indicate sul sito www.acp.it alla pagina "Iscrizione". Se ci si iscrive per la prima volta occorre scaricare e compilare il modulo per la richiesta di adesione presente sul sito www.acp.it alla pagina "Iscrizione" e seguire le istruzioni in esso contenute oltre a effettuare il versamento della quota come sopra indicato. Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista bimestrale *Quaderni acp*, la Newsletter mensile *Appunti di viaggio* e la Newsletter quadrimestrale *Fin da piccoli* del Centro per la Salute del Bambino richiedendola all'indirizzo info@csbonlus.org. Hanno anche diritto a uno sconto sulla iscrizione alla FAD dell'ACP alla quota agevolata di 50 euro anziché 150; sulla quota di abbonamento a *Medico e Bambino*, indicata nel modulo di conto corrente postale della rivista e sulla quota di iscrizione al *Congresso nazionale ACP*. Gli iscritti possono usufruire di iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione e altre materie dell'area pediatrica. Potranno partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri. Per una informazione più completa visitare il sito www.acp.it.