

Quaderniacp

www.quaderniacp.it

Bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della Associazione Culturale Pediatri

www.acp.it



Il bambino neurologico: problematiche gastroenterologiche e nutrizionali

Rivista indicizzata in Google Scholar e in SciVerse Scopus

ISSN 2039-1374

Le cure palliative pediatriche:
le conoscenze dei pediatri
[Ricerca pag. 273](#)

Influenze familiari nello sviluppo
delle abilità numeriche precoci
[Aggiornamento avanzato pag. 293](#)



Editorial

263 The threads that count
Federica Zanetto

Formation at a distance

264 Gastroenterological and nutritional issues
in children with neurological problems
Antonino Tedeschi

Info parents

272 Concetta's story
Antonella Brunelli, Stefania Manetti, Costantino Panza

Research

273 What do paediatricians know about
paediatric palliative care
Franca Benini, Giampietro Chiamenti, Michele Gangemi

276 Digital natives and cell phone use:
a survey conducted in two secondary schools
Vincenza Briscioli, Elena Uga, Giacomo Toffol

Forum

282 Notes and sparks on screening in neonatology
and pediatrics
Carlo Corchia

The child and the legislation

286 The doctor as a public official or employee of a public
service: obligations and responsibilities
Augusta Tognoni

A close up on progress

288 Dialogue with sociology: when a child gets ill
*Sergio Davico, Paolo Fiammengo, Gianni Garrone, Paola Ghiotti,
Chiara Guidoni, Antonietta Innocenti Torrini, Patrizia Levi,
Lia Luzzatto, Maria Merlo, Monica Montingelli,
Paolo Morgando, Gianna Patrucco, Ivo Picotto, Danielle Rollier*

293 Family influences in the development of early
numerical abilities
Carlo Tomasetto

A window on the world

296 Women, children and youth's future
Enrico Valletta

Farmacipi

299 Beclomethasone and (is?) a wildcat
Antonio Clavenna, Daniele Piovani

Vaccinacipi

300 The immunization coverage in Italy today.
Franco Giovanetti

301 Movie**302 Books****304 Letters****306 Info****308 Meeting synopsis****309 Index (2015)****Direttore**

Michele Gangemi

Direttore responsabile

Franco Dessi

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

Rosario Cavallo
Francesco Ciotti
Giuseppe Cirillo
Antonio Clavenna
Carlo Corchia
Franco Giovanetti
Naire Sansotta
Italo Spada
Augusta Tognoni

Presidente ACP

Federica Zanetto

Progetto grafico ed editing

Sara Battistin

Programmazione web

Gianni Piras

Indirizzi**Amministrazione:**

Via Montiferru, 6
09070 Narbolia (OR)
tel/fax 078 57024

Direzione: Via Ederle 36

37126 Verona

migangem@tin.it

Ufficio soci: Via G. Leone, 24

07049 Usini (SS)

cell 392 3838502, fax 1786075269

ufficioci@acp.it

Stampa: Cierre Grafica

via Ciro Ferrari, 5

Caselle di Sommacampagna (VR)

www.cierrenet.it

Internet

La rivista aderisce agli obiettivi
di diffusione gratuita online della
letteratura medica ed è disponibile
integralmente all'indirizzo:

www.quaderniacp.it

Redazione

redazione@quaderniacp.it

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: 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.
- 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 di un conflitto d'interesse. La sua eventuale esistenza non comporta necessariamente il rifiuto alla pubblicazione dell'articolo.

IN COPERTINA

"Bambini sulla spiaggia a Guernsey (1883), Pierre Auguste Renoir (184-1919), olio su tela, Barnes Foundation, Philadelphia, USA

I fili che contano

Federica Zanetto

Presidente ACP

“Attraverso i secoli, una figura si consegna al nostro sguardo con particolare stabilità: la donna che tesse. Tessere è un lavoro per la necessità e la sopravvivenza quotidiana, ma è anche un sapere tenere le fila”.

Elisabetta Rasy
Memorie di una lettrice notturna (Rizzoli, 2009)

“Trattala con i guanti!”, mi ha raccomandato il prof. Orzalesi, appena dopo l’elezione. “ACP deve sempre riferirsi a solide, rigorose basi scientifico-culturali”, mi ha ricordato il prof. Sereni tra una relazione e l’altra del Congresso di Napoli. “Una volta riaffermati, ancora una volta, i nostri principi generali e la nostra storia, è tempo di cogliere le occasioni in concreto per fare diventare più diffuso il nostro modo di essere nella realtà”, così ha scritto il prof. Biasini, riferendosi a quanto ci ha detto in sede di assemblea. “Le priorità ACP sono quanto mai attuali, come scritte appena ieri”, ha sottolineato G. Tamburini. “Stare ai tavoli, per capire i processi e migliorarli”, si leggeva nella slide con cui P. Siani ha introdotto l’assemblea congressuale. “Buon lavoro!” mi ha augurato N. D’Andrea, ben conoscendo impegno e importanza del mandato. “Ecco una formazione basata sulla soluzione dei problemi e su un apprendimento significativo perché riflessivo”, ho pensato quando M. Gangemi mi ha consegnato “Formazione a distanza ravvicinata. L’esperienza di ACP”.

Gli auspici e le sollecitazioni dei (grandi) Presidenti ACP che mi hanno preceduto racchiudono le molte responsabilità che mi attendono rispetto a una storia ACP di sapere e di confronto costante su tematiche prioritarie ed emergenti della salute del bambino, e rispetto a un modo di pensare e di muoversi a partire da “cose che si fanno”. Ma rimandano anche a un impegno preciso, importante, verso una realtà associativa che è una ricchezza di cui avere cura, valorizzando competenze, interessi e iniziative di qualità che nel tempo hanno connotato i diversi contesti e che rappresentano un bagaglio prezioso in ambito ACP, ma non solo.

Devo all’ACP la mia crescita culturale e professionale. Ho avvertito la rilevanza e l’interesse delle sue proposte già negli anni della Scuola di Specialità a Milano, apprezzandole meglio dopo essere diventata acpina nel Congresso di San Donato (quello della grande nebbia del 1988). Sono cresciuta in un gruppo locale dove tutti sono stati in ogni momento “a bordo”, nel rispetto delle differenze individuali di attitudine e di approccio. Ho avuto il privilegio di incontrare e collaborare con chi in ACP ne ha realmente e profondamente vissuto e promosso idealità e obiettivi ed elaborato pensieri e strategie.

Da loro ho imparato il valore della competenza come “abitudine all’uso giudizioso di conoscenze, ragionamento clinico, abilità tecniche, capacità comunicative, emozioni e valori da ripensare continuamente nella pratica quotidiana per il beneficio dell’individuo e della comunità di cui ci si occupa” (Consorti F. *Dai contenuti alle competenze. Recenti Progr Med* 2015;106:69-71). Da loro ho capito che la salute del bambino è la domanda vera, quella da condividere, non momentanea e sempre da contestualizzare. In ACP ho compreso che per cogliere la complessità occorrono osservatori e sguardi diversi, e spesso anche la necessità di forzare prassi consolidate.

Ho condiviso la promozione di iniziative appropriate ed efficaci da parte dei gruppi di lavoro operanti all’interno dell’Associazione; ho percepito l’importanza del confronto con soggetti e organismi istituzionali e con le altre società scientifiche appartenenti all’area della cura del bambino. E anche della ricerca di vie affidabili e collaborazioni certe.

Eletta a Napoli, nel corso di un Congresso Nazionale ricco di spunti e sollecitazioni da raccogliere e rendere oggetto di riflessione e intervento anche “oltre il Congresso”, sono andata a rileggermi l’elenco di auspici che ci vengono affidati in “L’educazione continua in medicina” (Il Pensiero Scientifico Editore, 2007). A. Pisacane e I. Continisio vogliono sperare “che tutti i professionisti della salute, anche per mezzo di attività formative, acquistino un approccio alla soluzione dei problemi della salute sempre più multisettoriale e multiprofessionale”; e anche “che, per motivare i professionisti a prendersi cura di se stessi e dei valori dei pazienti, l’approccio alle attività formative esclusivamente del tipo *evidence based* venga integrato dalla riscoperta di un approccio centrato sui valori di solidarietà che sono alla base della relazione di cura e che danno la giusta rilevanza alla peculiarità di ogni singola persona, paziente o operatore”.

Sono tanti fili che contano in ACP, da maneggiare e intrecciare con cura e attenzione, in un lavoro di tessitura incessante, complesso e dalle molte sfumature. Una sfida impegnativa che vale la pena raccogliere e affrontare, nello spirito di servizio che è da sempre uno dei modi di essere dell’ACP.

Mi accompagnano i Consiglieri componenti il Direttivo nazionale, la rete dei referenti regionali e locali, una Segreteria nazionale che garantisce con efficienza il collegamento tra centro e periferia. Ma anche, all’interno dell’Associazione, il quotidiano, prezioso, piccolo pezzo di lavoro di ciascuno.

Corrispondenza
 zanettof@tin.it

Il bambino neurologico: problematiche gastroenterologiche e nutrizionali

Antonino Tedeschi

Consulente pediatra per lo studio, la diagnosi e il trattamento dei problemi nutrizionali e gastroenterologici dei bambini con danno cerebrale presso il Centro di Riabilitazione "Associazione Piccola Opera", Reggio Calabria e l'Istituto Scientifico per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, IRCCS Fondazione Stella Maris, Pisa

Dopo la lettura dell'articolo dovremmo essere in grado di:

- 1) Correggere l'idea prevalente di trattare una patologia rara.
- 2) Conoscere gli strumenti antropometrici, per una corretta valutazione nutrizionale.
- 3) Conoscere i principi delle strategie compensatorie per prevenire l'aspirazione polmonare.
- 4) Conoscere il trattamento della malattia da reflusso gastroesofageo e della stipsi nel bambino con danno cerebrale.
- 5) Porre attenzione al riconoscimento del dolore e all'ascolto empatico del vissuto dei bambini e delle famiglie.

Introduzione

I bambini con handicap neurologico possono avere problemi in ogni fase dell'alimentazione: possono non sentire lo stimolo dell'appetito o non essere capaci di comunicarlo e possono non avere le capacità motorie necessarie per alimentarsi in modo adeguato. Può inoltre mancare la coordinazione tra suzione, deglutizione e respirazione, necessaria per un'alimentazione senza rischi di soffocamento e aspirazione polmonare. Circa il 75% è inoltre affetto da reflusso gastroesofageo. L'alimentazione è la componente dell'assistenza dei pazienti con tetraplegia spastica che assorbe più tempo e spesso determina isolamento sociale per la ridotta possibilità di partecipare alle consuete attività sia dei bambini che dei genitori. L'insufficienza respiratoria, acuta o cronica per il ripetersi delle infezioni, è la principale causa di morte. Il dolore fisico è la causa più importante della riduzione della qualità di vita del bambino con paralisi cerebrale (PC). Un'alimentazione adeguata a soddisfare i fabbisogni idrici e calorici è spesso sufficiente a curare la stipsi che, nelle forme più gravi di handicap, è presente in quasi tutti i bambini. La [tabella 1](#) riassume i problemi osservati più comunemente. Il

gruppo dei pazienti con danno cerebrale più severo è quello che presenta la maggiore prevalenza dei sintomi.

Epidemiologia

La PC ha una prevalenza di 2-4 casi per 1000 nati vivi, che può aumentare fino a 20-60/1000 in contesti sociali svantaggiati, con inadeguate cure ostetriche o per basso peso alla nascita. Il 90% ha disturbi dell'alimentazione. I bambini affetti da PC costituiscono circa la metà dei bambini con danno neurologico (BN), valutati per disturbi dell'alimentazione e dei BN, sottoposti a intervento chirurgico per severo reflusso gastroesofageo.

Le altre patologie con danno cerebrale comprendono un gruppo molto eterogeneo di malattie rare, in gran parte sindromi genetiche ed errori congeniti del metabolismo che, a causa della loro incidenza globale, rappresentano un'importante causa di morbilità e mortalità con un crescente impegno per il sistema sanitario. Da questi dati si deduce che la prevalenza dei BN e problemi di alimentazione è, con buona approssimazione, circa il doppio della prevalenza di PC.

Il dimezzamento negli anni 1993-2002 della mortalità dei neonati tra 24 e 30 settimane di gestazione ha portato al raddoppio della PC. Il crescente ricorso all'alimentazione enterale ha determinato una riduzione della mortalità dei BN con allungamento dell'attesa di vita.

Nonostante i ricoveri siano in costante aumento, con frequente ricorso ai reparti di rianimazione degli adulti, 2 su 3 dei BN, in uno studio condotto in Gran Bretagna, non ricevono mai alcuna valutazione dello stato nutrizionale e dei problemi d'alimentazione.

La deglutizione

È una complessa sequenza di contrazioni-rilasciamento di 22 gruppi muscolari, regolati a livello corticale, midollare e periferico per trasportare il cibo dalla

bocca allo stomaco e proteggere le vie aeree dall'aspirazione. Sia l'anatomia che la fisiologia della deglutizione evolvono con la crescita del bambino, adeguando le strutture e le funzioni al tipo di alimento. *Neonato e lattante.* La configurazione anatomica della bocca e della faringe del lattante sono ideali per l'alimentazione dal capezzolo o dalla tettarella.

La suzione di queste prime settimane di vita è caratterizzata da un movimento ritmico avanti-indietro della lingua e da un movimento su e giù della mandibola.

La lingua forma un solco mediano per dirigere i liquidi verso la parte posteriore della cavità buccale e attiva una contrazione peristaltica che comprime il capezzolo. Le labbra si chiudono attorno al capezzolo. Le guance provvedono alla stabilità e a delimitare lateralmente il passaggio per il cibo. Si crea nella cavità orale una pressione negativa che favorisce la fuoriuscita del latte. La mandibola costituisce una base stabile e allarga la cavità orale muovendosi verso il basso. Quando il lattante cresce e la cavità orale diventa più grande, di solito dal sesto mese di vita, si sviluppa una diversa modalità di suzione.

In questo tipo di suzione la lingua si muove su e giù in congiunzione con la mandibola. Contemporaneamente a questo movimento, una chiusura più serrata delle labbra provvede a determinare nella cavità orale una pressione negativa maggiore. L'acquisizione di questo movimento della lingua è necessario non solo alla deglutizione, ma anche all'articolazione della voce. Pertanto un anomalo sviluppo della fase orale della deglutizione è associato a deficit nell'articolazione della voce. Il rapporto usuale tra suzione e deglutizione è di 1:1 e diviene più alto alla fine del pasto. Dalla 34^a-36^a settimana di gestazione è presente un quadro stabile di suzione ritmica e deglutizione.

Per un meccanismo protettivo la respirazione è soppressa durante la deglutizione. Lo sviluppo delle capacità di alimentarsi si accompagna alla scomparsa dei riflessi

primitivi e alla maturazione delle componenti volontarie del processo.

Il susseguirsi di numerose suzioni con sospensione del respiro, in un bambino a termine, può sottendere un problema di coordinazione tra deglutizione e respirazione e potrebbe essere il primo segnale di un futuro problema neurologico. Recenti evidenze correlano nel prematuro gli episodi di ALTE alla mancata coordinazione deglutizione-respiro piuttosto che a episodi di reflusso gastroesofageo (GER).

La disfagia

Può riguardare ognuna delle fasi della deglutizione e determinare aspirazione polmonare. L'aspirazione prima che si attivi il riflesso della deglutizione può essere dovuta allo scarso controllo della lingua o al ritardo o all'assenza del riflesso: se il bolo passa dalla bocca alla faringe quando le vie aeree sono ancora aperte, può produrre aspirazione. Un bolo liquido comporta un rischio maggiore d'aspirazione di uno di consistenza cremosa perché più rapido nel muoversi verso il retro-faringe. L'aspirazione durante la deglutizione è considerata il risultato di una ridotta chiusura del laringe, spesso come risultato della paralisi delle corde vocali. L'aspirazione dopo la deglutizione può essere dovuta a cibo che rimane nelle vallecole o nei seni piriformi come risultato di un processo inefficiente di deglutizione e penetra nelle vie aeree quando la laringe si riapre dopo la deglutizione. Anche il GER può determinare aspirazione. È rischioso l'uso della pastina in brodo che è composta da una fase liquida, che può arrivare nel retro-faringe rapidamente, prima della chiusura dei sistemi di protezione delle vie aeree, e da una fase solida che può arrivare nel retro-faringe con "ritardo", quando la laringe si è riaperta, o accumularsi nelle vallecole o attaccarsi al palato e muoversi quando la laringe si è riaperta dopo il passaggio della parte più fluida. L'aspirazione nel bambino con danno cerebrale può non determinare tosse se il riflesso della tosse è danneggiato.

Il rigurgito nasale di cibo è segnale dell'incontinenza del velo palatino non in grado di aderire adeguatamente alla parete posteriore del faringe.

Il reflusso gastroesofageo

È molto comune nei BN (tabella 1). Le seguenti cause possono ritrovarsi nello

Tabella 1

Sintomi correlati all'alimentazione nell'intero gruppo dei pazienti (A) e in quelli con cerebropatia severa (B)*

Pazienti	A		B	
	N	%	N	%
	22	100	13	100
Vomito	12	54	9	75
Ematemesi	8	36	8	62
Disturbi della deglutizione**	16	72	13	100
Infezioni respiratorie recidivanti	9	41	9	69
Malnutrizione***	15	68	8	61
Anemia	4	19	4	31
Irritabilità/dolore	9	43	7	54
Stipsi	15	68	13	100

* Profondo ritardo mentale, disturbi gravi della motricità e del linguaggio.

** Crisi di soffocamento, rigurgito nasale, tosse, mancanza di deglutizione con fuoriuscita del cibo dalla bocca durante il pasto.

*** Percentuale del peso ideale per altezza <85 e/o plica tricipitale < 5° centile.

stesso bambino: dismotilità dell'esofago, ridotta pressione dello sfintere esofageo inferiore, anomalie dello svuotamento gastrico, aumentata pressione endoaddominale a causa della spasticità, convulsioni, scoliosi, stipsi, e posture anomale. Le manifestazioni cliniche più comunemente associate sono l'esofagite da reflusso, il vomito ricorrente, le polmoniti ricorrenti da bronco-aspirazione, la malnutrizione. Il reflusso può non manifestarsi in modo evidente. I soli sintomi possono essere laringospasmo ricorrente, broncospasmo, irritabilità e anemia. Una manifestazione del GER è anche la sindrome di Sandifer, caratterizzata da movimenti stereotipati e ripetitivi con estensione del collo e rotazione della testa che tende a piegarsi sulla spalla, durante o immediatamente dopo i pasti, che possono essere erroneamente interpretati per convulsioni atipiche o distonie.

La stipsi

La stipsi e l'impatto fecale sono problemi frequenti e molto disturbanti nei bambini con handicap neurologico (tabella 1). Parecchi meccanismi possono essere determinanti nella patogenesi della stipsi cronica: inadeguata assunzione di cibo e liquidi, inadeguata assunzione di fibre con la dieta, mancanza della percezione dello stimolo a defecare, l'immobilità, paralisi dei muscoli addominali e perineo

li, distruzione della regolazione neurale della motilità del colon. La stipsi è associata a un precoce senso di sazietà che è una ulteriore causa di scarse assunzioni alimentari nei BN.

Diagnosi

Anamnesi

La prima tappa nella valutazione dovrebbe essere ascoltare i genitori o le persone che hanno in carico il paziente per stabilire quali sono le loro specifiche preoccupazioni riguardanti l'alimentazione e il modo con cui alimentano il bambino.

Le seguenti domande potrebbero aiutare a chiarire i problemi e a formulare le strategie di trattamento.

• Le difficoltà di alimentazione variano con differenti consistenze del cibo?

I bambini con mancanza di coordinazione orale e faringea sono a maggior rischio di aspirazione con i liquidi piuttosto che con i cibi di maggiore consistenza.

• Quale è la posizione durante il pasto? Il rischio di aspirazione può essere aumentato sia dall'eccessiva estensione del collo e del tronco sia dall'eccessiva flessione del collo ipototonico.

• Ha vomito? È irritabile? Il GER è un problema molto comune; va considerato se il bambino è spesso agitato, piange

molto, flette le ginocchia contro il tronco quando piange, dorme male.

- **Rifiuta il cibo?** Può essere un modo di comunicare i problemi connessi alla disfunzione motoria orale, la presenza di dolore gastrointestinale, e/o un disturbo relazionale nell'interazione con i genitori. Un eccesso di sonnolenza durante i pasti può essere il risultato di una eccessiva fatica o di un effetto sedativo dei farmaci.
- **Quando mangia ha tosse, crisi di soffocamento, apnea, respiro rumoroso? Ha eccessiva perdita di saliva dalla bocca? Ha una storia di malattie respiratorie (polmoniti, asma)?** Tutti questi sintomi potrebbero essere causati da problemi di coordinazione tra suzione, deglutizione e respirazione.
- **Quanto dura il pasto?** In generale la durata del pasto non dovrebbe superare i trenta minuti. Una durata maggiore potrebbe indicare difficoltà all'assunzione dei fabbisogni calorici.
- **Qual è la frequenza delle defecazioni?** Un buon risultato, che non richiede trattamento, è per il bambino disabile una defecazione non dolorosa spontanea o con minimo stimolo ogni due-tre giorni. È utile chiedere quali farmaci sono utilizzati: le benzodiazepine inducono una ridotta funzione del muscolo costrittore della faringe, la mancanza di coordinazione del cricofaringeo e un eccesso di salivazione; fenitoina e barbiturici possono determinare una carenza di folati e vitamina D. L'uso di olio minerale per il trattamento della stipsi cronica può indurre un deficit di vitamine liposolubili ed è anche pericoloso se viene inalato.

Esame obiettivo

L'esame fisico usualmente evidenzia iperestensione del collo con adduzione delle scapole ed elevazione del cingolo scapolare. Una probabile ragione per questo atteggiamento è che il bambino compensa, con questa posizione, la mancanza di stabilità della testa e del tronco. Usualmente mancano i normali movimenti della mandibola che dovrebbero essere regolari e uniformi. Il generale aumento del tono estensorio è spesso associato a una brusca apertura della mandibola fino alla sua massima estensione durante i pasti, il bere, i tentativi di parlare, o l'ecitazione. La lingua è spesso tenuta fissa contro il palato duro o continuamente protrusa, probabilmente nel tentativo di tenere pervie le vie aeree. La stimolazio-

ne orale può evocare il riflesso tonico del morso, una serrata chiusura della bocca quando i denti e le gengive sono stimolati. Queste reazioni interferiscono con tutti gli aspetti del pasto. L'ipertonica o l'ipotonia delle guance possono diminuire l'efficienza del meccanismo dell'alimentazione. Nell'ipotonia generalizzata, le labbra sono semiaperte, prive di tono, e le secrezioni possono fuoriuscire dalla bocca tenuta non ben chiusa. All'avvicinarsi del cucchiaino o della tazza al viso le labbra possono retrarsi. Spesso si osserva un palato duro mal conformato: può essere stretto, ridotto a un solco, ad arco molto acuto con schisi, e interferire con un efficiente processo di alimentazione. La fuoriuscita abituale di cibo dal naso durante i pasti o il vomito può indicare una mancata chiusura del palato molle. Particolare attenzione dovrebbe essere data alla posizione del bambino e al supporto che gli viene dato durante il pasto. L'iperestensione del collo sposta in avanti le vie aeree e ne aumenta il calibro aumentando i rischi di aspirazione; la flessione del collo invece ne riduce il calibro e può determinare un debito di ossigeno durante il pasto. Il bambino andrebbe osservato per almeno 15-20 minuti per valutare segni di affaticamento con il procedere del pasto. Le difficoltà della capacità motoria-orale sono indicate dalla presenza dei seguenti segni: protrusione della lingua, perdita dalla bocca di liquidi o cibo durante il pasto, perdita di saliva, tosse, crisi di soffocamento, eccessiva durata dei pasti, difficoltà nell'assumere cibi solidi, posizione del collo e del tronco. L'associazione di più sintomi indica un danno maggiore.

Valutazione strumentale

Monitoraggio cardio-respiratorio. Un drammatico aumento della frequenza cardiaca durante il pasto indica che lo sforzo di alimentarsi può essere eccessivo per il bambino. Una bradicardia durante il pasto può essere un segnale di rischio imminente di vita.

Ossimetria. La saturazione normale di ossigeno è superiore al 95%. Bassi valori di saturazione durante i pasti potrebbero essere un segnale di mancanza di coordinazione tra deglutizione e respiro.

Pasto baritato. Consente di identificare anomalie strutturali come restringimenti esofagei, ostruzione duodenale e malrotazione intestinale. Può evidenziare la presenza o l'assenza di GER; tuttavia, il

valore predittivo di un risultato positivo è molto basso ed è di valore limitato nella valutazione della deglutizione. Può evidenziare possibili anomalie come la sindrome dell'arteria mesenterica superiore, frequente nei bambini con scoliosi o che hanno avuto una rapida perdita di peso e, nei pazienti con scoliosi, un'eventuale posizione dello stomaco in torace.

Studio videofluoroscopico della deglutizione. È finalizzato a studiare la fase faringea della deglutizione. In proiezione laterale è possibile valutare la forma, la posizione e i movimenti della lingua, i rigurgiti nasali e il passaggio laringeo del mezzo di contrasto. È anche possibile valutare la risposta alle tecniche di trattamento. L'indagine, che studia pochi atti deglutitivi, può avere peraltro dei falsi negativi, e solo un periodo di sospensione dell'alimentazione per bocca può dare un'informazione sicura della relazione esistente tra i sintomi respiratori e la bronco-aspirazione. È opportuno pertanto non basare la valutazione in merito ad eventuale aspirazione solo sul risultato dello studio.

pH-metria esofagea. Difficile da eseguire in modo accurato nei bambini con scoliosi, può essere normale in alcuni bambini che hanno complicanze respiratorie associate con GER.

pH-impedenzometria. Consente di valutare anche i reflussi non acidi e l'altezza del reflusso. Nello studio di Del Buono, condotto su 16 bambini con handicap neurologico, il 71,3% dei reflussi risaliva fino alla parte superiore dell'esofago, di questi il 52% erano reflussi non acidi. Mancano tuttavia valori di riferimento nelle varie età pediatriche. Non fornisce risultati in grado di prevedere quali bambini si gioveranno della fundoplicatio. Lo stesso catetere, posizionato nel retrofaringe per eseguire l'esame, può indurre tosse con "reflusso". Non si può non concordare con l'editoriale di *J. Pediatrics* dall'eloquente titolo "*The death of the pH probe*", almeno nel bambino neurodisabile. La diagnosi di reflusso è spesso evidente, basata sui sintomi di vomito, dolore toracico e/o addominale, rifiuto dell'alimento, irritabilità. Le recenti linee guida britanniche del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) su reflusso gastroesofageo e malattia da reflusso gastroesofageo in età pediatrica considerano la possibilità di iniziare il trattamento farmacologico con ranitidina (che induce però tachifilassi) e inibitori di pompa protonica, valutando la rispo-

sta alla terapia di 4 settimane, come nelle linee guida NASPGHAN 2001, nei pazienti che non sono in grado di riferire i loro sintomi. Secondo le linee guida del NICE se i sintomi non si risolvono o si ripresentano dopo l'interruzione del trattamento è opportuno rivolgersi allo specialista per una possibile endoscopia.

Scintigrafia con tecnezio. La registrazione eseguita in un periodo di un'ora dopo il pasto informa sul numero degli episodi di GER e dell'altezza a cui giunge il reflusso. Misura sia i reflussi acidi che alcalini. Può valutare il tempo di svuotamento gastrico. Le registrazioni tardive possono essere utilizzate per ricercare l'eventuale aspirazione polmonare del tecnezio. La sensibilità varia tra il 15% e il 59% e la specificità tra l'83% e il 100%.

Endoscopia. L'esofago-gastroscoopia aiuta a determinare la necessità dell'intervento anti-reflusso nel caso in cui ci fosse esofagite e i sintomi da GER non fossero controllati dal trattamento farmacologico.

Valutazione dello stato nutrizionale

I BN hanno un alto rischio di malnutrizione (**tabella 1**) che è l'indicazione più frequente all'alimentazione enterale. La disfunzione motoria orale, il GER, il rifiuto del cibo riducono l'assunzione dei nutrienti necessari a soddisfare i fabbisogni. A causa delle deformità fisiche e della compromissione della crescita staturale, il rapporto peso/altezza può non essere un buon indice antropometrico dello stato nutrizionale. Può essere difficile persino pesare un bambino costretto a posture obbligate e non deambulante. Per la misurazione della statura sono comunemente utilizzate delle formule che consentono di calcolarla dalla misurazione dell'altezza della tibia per i bambini di età inferiore a 12 anni e dall'altezza del ginocchio per le età successive. Per i pazienti affetti da PC sono stati pubblicati i centili di peso, statura e indice di massa corporea, distinti per sesso e per grado di compromissione motoria (GMFCS), elaborati su una vasta popolazione di pazienti di età compresa tra 2 e 20 anni (<http://lifeexpectancy.org/articles/newgrowthcharts.shtml>). Nello studio, per i pazienti più gravi, appartenenti alla III, IV, V classe di GMFCS, il peso inferiore al 20° centile era associato a un significativo rischio di morte. Per le classi I e II il rischio di morte era significativamente più elevato per un peso inferiore al 5° centile. Solo il 2% dei pazienti della classe I di GMFCS era

box 1

Le curve di crescita per i bambini con paralisi cerebrale

Nella sezione Pagine elettroniche di *Quaderni acp* (n. 6/2015) presentiamo i centili di peso, statura e indice di massa corporea, distinti per sesso e per grado di compromissione motoria dei bambini con PC (*Gross Motor Function Classification System*) con un commento a cura di Laura Brusadin ed Enrico Valletta.

in alimentazione enterale mentre lo era il 90% dei pazienti della classe V. Il significato pratico di questa informazione è che, se un ragazzo è classificato come appartenente alla classe V, rischia moltissimo se non alimentato in enterale esclusiva (**box 1**).

Si ritiene comunque che l'indice antropometrico più utile per valutare lo stato nutrizionale dei BN, sia da PC che da altra patologia, sia la misurazione dello spessore della plica tricpitale.

Il valore della plica non è influenzato dall'handicap neurologico e dovrebbe essere normale (> 10° centile) in assenza di malnutrizione. Per orientarsi in una popolazione di pazienti che in larga misura sono sotto il 5° centile per peso e statura, è indispensabile utilizzare strumenti di misurazione che consentano di quantificare l'entità del deficit e di comparare il deficit ponderale con quello staturale. Di grande utilità è l'uso dello *z-score* delle misurazioni antropometriche che consente di valutare in modo accurato lo scostamento dalla normalità e di confrontare i dati di statura e peso a prescindere dalla patologia sottostante. Si può adoperare a questo scopo il programma fornito gratuitamente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (*WHO Anthro e Anthro plus* per i bambini di età superiore ai 5 anni). Molto utili sono anche i centili di crescita dei prematuri, numerosi tra i BN.

È buona norma anche utilizzare le curve di crescita specifiche per la patologia quando disponibili. I dati biochimici più utili nella valutazione dello stato nutrizionale sono i valori di emoglobina, ferro e vitamina D. La ridotta mobilità, la ridotta esposizione al sole, l'assunzione di farmaci induttori della metabolizzazione epatica della vitamina D quali carbamazepina e barbiturici e la terapia con olio minerale predispongono all'osteoporosi e a dolorose fratture patologiche che affliggono un bambino su 5 con cerebropatia. La dose di vitamina D raccomandata nei pazienti trattati con carbamazepina o barbiturici è di 1200-2000 UI al giorno. Le fratture sono causa di terribile dolore che è sempre da ricercare e considerare nelle cure di questi bambini.

Il dolore è frequente: è presente nel 75% di una popolazione di 667 bambini con PC in un'ampia casistica europea; è severo in 14 (78%) dei 18 pazienti valutati dall'Autore in merito alla sua presenza.

Il dolore è la causa principale della riduzione della qualità di vita di questi ragazzi e interferisce anche con la capacità stessa di alimentazione. Caratteristica dei bambini con PC è infatti l'eccessiva reattività agli stimoli sensoriali che rende necessario durante i pasti disporre di un ambiente calmo, non disturbato da rumori improvvisi, per prevenire riflessi motori incompatibili con l'assunzione dell'alimento (considerare questo elemento nella gestione del pasto a scuola o nei centri di accoglienza). Il dolore è uno stimolo sensoriale "forte" e durevole. Le cause più frequenti sono la lussazione/sublussazione dell'anca, le distonie e le deformità muscolo-scheletriche.

Trattamento

Un recente seminario sulla PC, pubblicato su *Lancet*, sottolinea l'alta efficacia dell'istruzione delle madri sulle corrette posture durante il pasto e sugli alimenti idonei per i BN, nei luoghi con poche risorse. A sostegno di questa tesi il seminario cita una ricerca condotta in Bangladesh, che può costituire un modello di lavoro per i nostri ospedali di primo e secondo livello e che, insieme all'opuscolo sulla deglutizione del dott. Carlo Bianchi (*La Deglutizione*, Bianchi C, Lischetti MG, Ravazzani C, Rossi S. Istituto Sacra Famiglia, Cesano Boscone), da cui sono tratte alcune immagini qui rappresentate (**figure 1 e 2**), dovrebbe essere patrimonio di tutti i pediatri, ospedalieri e non.

Le **strategie compensatorie** riguardano la posizione della testa e del corpo durante il pasto, il volume del bolo di alimento, la velocità con cui è dato il cibo e la sua consistenza. Non c'è una posizione ideale utile per tutti i bambini. La flessione della testa in avanti restringe le vie aeree; il piegarla all'indietro può determinare il passaggio in faringe del bolo prima che sia scattato il riflesso di deglutizione e aumentare il rischio di aspirazione.

Il collo deve essere tenuto allineato in una posizione neutrale (figura 1 e 2). I liquidi si spostano rapidamente per gravità e hanno un alto rischio di finire nelle vie aeree se c'è un ritardo nell'attivazione dei sistemi di protezione della deglutizione faringea. Sono consigliati pertanto alimenti di consistenza cremosa.

Sono da evitare le minestrine con pasta e i minestrini con verdure; in generale vanno evitati i pasti composti da una fase liquida e una solida, possibile causa di morte anche nei pazienti meno gravi (esperienza personale oltre che raccomandazione della letteratura specialistica). Può causare aspirazione il cibo dato più velocemente di quanto il bambino possa gestirlo.

Il 38% dei bambini con danno cerebrale ha secrezioni a volte imponenti, dovute al ristagno di saliva (talvolta aggravato dall'uso delle benzodiazepine), e al catarro presente per le frequenti infezioni respiratorie. È consigliabile avere a casa un aspiratore da usare in caso di abbondanti secrezioni che non sono rimosse dalla tosse e istruire i genitori all'utilizzo della manovra di Heimlich. Sono inoltre suggerite delle strategie terapeutiche indirette in cui la bocca del bambino è in vario modo stimolata, sia all'esterno che all'interno, per mantenere il tono muscolare e la sensibilità.

L'alimentazione enterale è indicata per la deglutizione a rischio di aspirazione dell'alimento, per una durata eccessiva dei pasti (oltre 3 ore al giorno) e per l'inadeguato incremento ponderale. È indicata la gastrostomia per l'alimentazione enterale prolungata oltre 3 mesi.

Il fabbisogno energetico di un ragazzo con cerebropatia è di solito molto ridotto. Può diventare un problema la somministrazione di tutti i nutrienti in quantità adeguata senza eccedere nell'offerta calorica. Può essere utile l'uso di una formula ad alto rapporto nutrienti/energia. I bambini con ipercinesie, invece, possono avere richieste energetiche elevate. Per la stima dei fabbisogni energetici è raccomandato il calcolo del valore del metabolismo basale moltiplicato per l'indice di attività. Gli alimenti liquidi preparati in casa comportano un maggior rischio di contaminazione batterica, e il contenuto in nutrienti è difficile da calcolare. È di recente osservazione un caso di un ragazzo con PEG, così alimentato, con scorbuto. Le formule polimeriche sono di solito ben tollerate, tuttavia l'alta densità può determinare un più lento svuotamen-

figura 1

Suggerimenti pratici per prevenire l'aspirazione del cibo

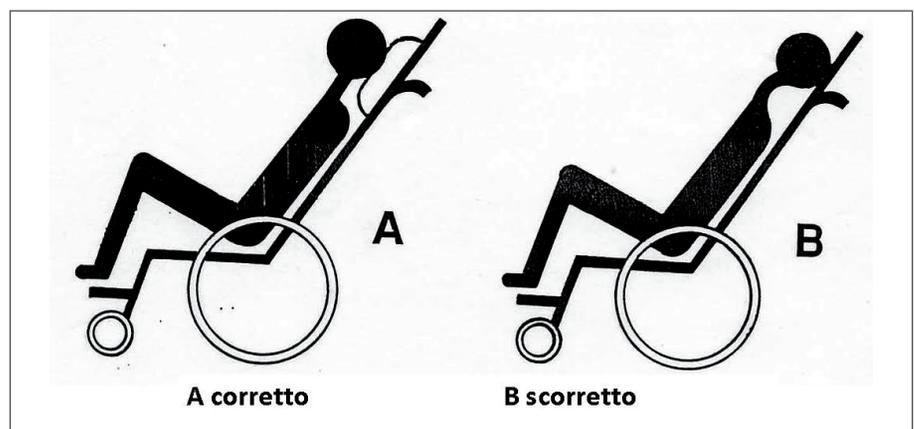
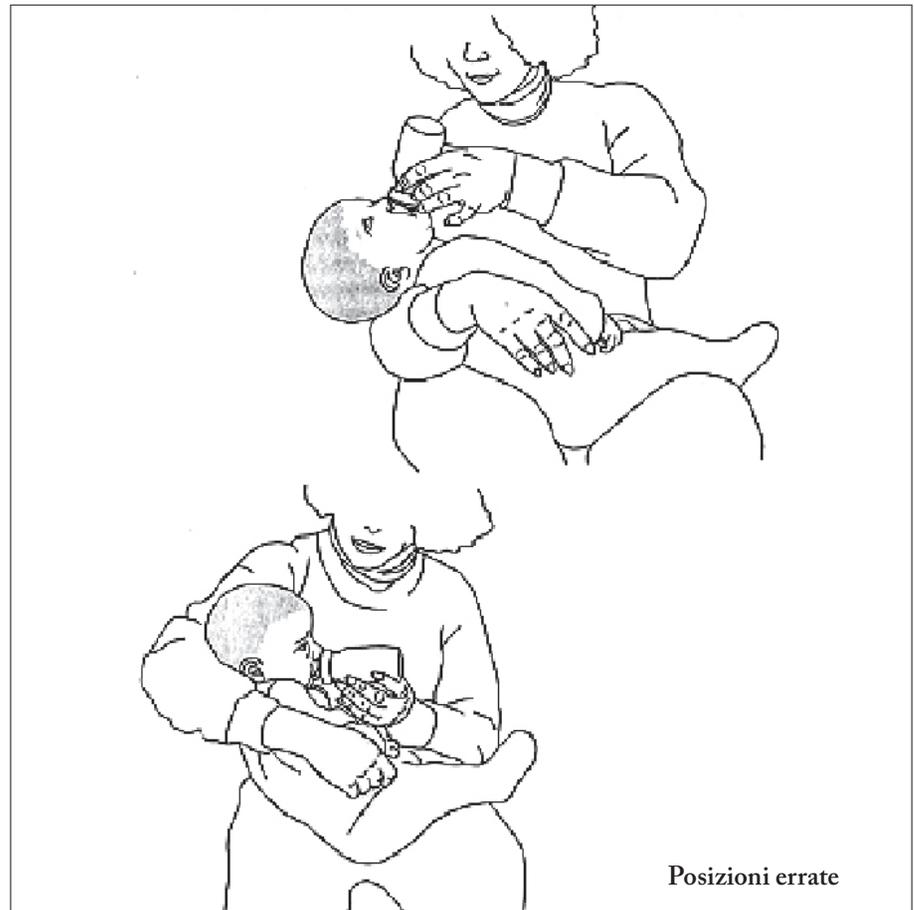
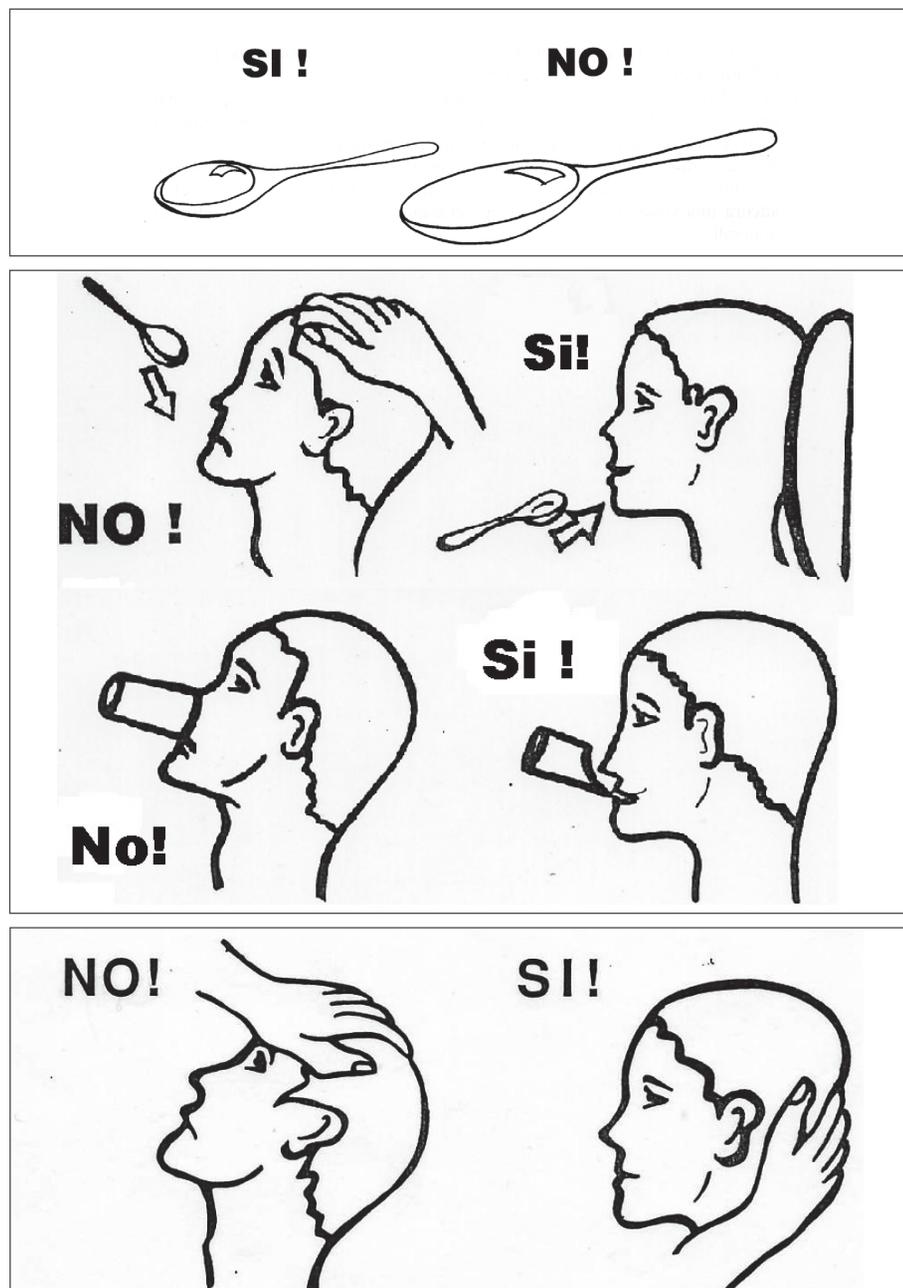


figura 2

Suggerimenti pratici per prevenire l'aspirazione del cibo



to dello stomaco. Sono state osservate una riduzione del tempo di svuotamento dello stomaco e una più bassa incidenza di GER in BN alimentati con formule a base di idrolizzato di lattealbumina o composte da una miscela di caseina e lattealbumina nel rapporto 40/60%. Tali formule sono pertanto indicate nei BN con ritardato svuotamento dello stomaco. Si consideri al riguardo che l'intervento chirurgico antireflusso accelera in modo sensibile lo svuotamento gastrico con il rischio di "Dumping" o anche solo di ipoglicemia tardiva postprandiale, possibili cause occulte di dolore incontrollabile (box 2). L'adozione delle formule "40/60" o idrolizzate potrebbe aggravare,

negli operati, il rischio di questa complicanza. Le formule elementari a base di aminoacidi liberi, che hanno un tempo di svuotamento gastrico paragonabile alle formule idrolizzate di lattealbumina, possono essere utili nel GER resistente alla terapia farmacologica.

È stato dimostrato da recenti lavori che i pazienti con PC con maggiore compromissione neurologica e nutrizionale hanno un'augmentata concentrazione di anticorpi verso proteine alimentari, tra cui caseina e betalattoglobulina, probabilmente a causa di una aumentata permeabilità intestinale. In questi pazienti in caso di diarrea protratta, che non risponde ad altri trattamenti, può essere

tentata una dieta senza proteine del latte a prescindere dall'età. Possono avere anche elevati anticorpi anti-glutine, senza essere celiaci. Nell'alimentazione a boli la somministrazione troppo rapida comporta il rischio di causare rigonfiamento dello stomaco, crampi dolorosi, nausea, diarrea e aspirazione. L'alimentazione intermittente è data a goccia per gravità o con pompa. La velocità di somministrazione va aggiustata in base alla tolleranza del paziente. Questo metodo di somministrazione dell'alimento è considerato più fisiologico ed è raccomandato.

L'alimentazione continua può essere il solo modo di alimentare pazienti con ritardato svuotamento gastrico e/o anomalie del transito intestinale e va sempre utilizzata nell'alimentazione post-pilorica in cui viene meno la funzione di "reservoir" dello stomaco, con rischio conseguente di causare la "dumping syndrome" (box 2).

È opportuno, almeno inizialmente, controllare il ristagno gastrico dopo almeno 4 ore di flusso per prevenire i rischi di risalita d'alimento. La regola suggerita è di fare una pausa di un'ora se il ristagno è pari alla quantità erogata di alimento nelle 2 ore precedenti. Un problema emergente è l'eccesso ponderale dei bambini alimentati con enterale. Il 50% (12/24) dei bambini in enterale, seguiti dall'Autore lo scorso anno, aveva una plica tricipitale superiore al 75° centile. In 5 la plica era superiore al 95° centile. Sono stati di recente introdotte in commercio delle formule per enterale con concentrazione calorica di 0,75 kcal/ml invece dell'usuale concentrazione di 1 kcal/ml, completi in micronutrienti, utili da usare in questi casi. I BN gravemente malnutriti che iniziano l'alimentazione enterale sono a rischio delle complicanze metaboliche della *Refeeding syndrome*. Nelle forme più gravi di malnutrizione si raccomanda di iniziare con assunzioni alimentari pari al 50% dei fabbisogni calcolati per i primi 2 giorni e di aumentarli gradualmente, monitorando attività cardiaca, sodio, potassio, cloro, fosforo, magnesio, calcio, urea e creatinina, giornalmente.

Trattamento del reflusso gastroesofageo

Le linee guide del 2009 sul trattamento del GER delle società nordamericana ed europea di gastroenterologia pediatrica sono valide anche per i bambini con handicap neuromotorio: l'ispessimento della formula risulta in un'evidente riduzione

del reflusso, gli inibitori di pompa protonica (IPP) sono superiori agli H2RA nell'alleviare i sintomi del reflusso e nel guarire l'esofagite (massimo dell'evidenza). Sono ampiamente dimostrate l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità degli IPP nei BN, compresi i bambini in cui la chirurgia del reflusso o la terapia con altri farmaci è fallita. Le dosi di omeprazolo richieste per la guarigione dell'esofagite cronica erosiva in un gruppo di BN andavano da 0,7 a 3,5 mg/kg/die (massimo 80 mg al giorno).

L'uso prolungato fino a 7 anni ha determinato, nell'esperienza di Hassall, la riduzione del numero di interventi anti-reflusso da 50 per anno a meno di 5 per anno. Dati dello stesso Autore indicano che gli IPP possono essere efficaci e sicuri anche se usati senza interruzione per 11 anni e che raramente c'è indicazione ad interrompere il trattamento.

Intervento chirurgico per GER. I BN hanno rispetto agli altri bambini un rischio doppio di complicanze postoperatorie, 3 volte il rischio di morte e 4 volte il rischio di revisione chirurgica.

Le linee guida indicano che "data l'alta morbilità e l'alta frequenza d'insuccesso della chirurgia per GER in questo gruppo, i pazienti con handicap neurologico, i cui sintomi sono ben controllati con il trattamento medico, possono non avere alcun beneficio dalla chirurgia per GER". Il baclofene, comunemente utilizzato nei pazienti con ipertono e spasmo muscolare alla dose di 2 mg/kg/die, induce riduzione dei rilasciamenti transitori dello sfintere esofageo inferiore, accelera lo svuotamento gastrico ed è efficace nel ridurre i sintomi di GER, alla dose di 0,5 mg/kg/die in 3 dosi nei BN e alla dose di 20 mg 3 volte al giorno negli adulti.

Trattamento della stipsi

I principi di trattamento della stipsi, per i bambini con handicap neurologico, sono gli stessi adottati per tutti i bambini. Obiettivo del trattamento è ottenere una defecazione facile, non dolorosa, almeno ogni tre giorni.

Prevenzione: offrire una dieta con un adeguato apporto di liquidi e fibre, riconoscere precocemente eventuali sensazioni dolorose anali date da ragadi e/o da infezione della pelle circostante.

Ammorbidenti: a volte può essere sufficiente l'aggiunta di un succo di frutta alle assunzioni dietetiche abituali. Per i pazienti che sono in alimentazione ente-

box 2

Dumping Syndrome

È comune dopo l'intervento di fundoplicatio (25-30% dei bambini operati).

La fundoplicatio aumenta la pressione intragastrica e accelera lo svuotamento dello stomaco e può indurre fibrosi sierosa in stretta prossimità del nervo vago.

Il rapido passaggio di chimo iperosmolare nell'intestino induce un aumento precoce della glicemia postprandiale (dopo ½ ora dal pasto) e ipoglicemia tardiva (dopo 4 ore dal pasto), eccede le capacità digestive, richiama liquidi nel lume intestinale, richiama sangue che diminuisce il volume circolante, stimola la produzione di ormone natriuretico e l'attivazione dell'asse renina-aldosterone. Il processo descritto si correla a dolore addominale, fenomeni vasomotori e tachicardia. I sintomi sono il rifiuto dell'alimento, la nausea postprandiale, i conati di vomito, tachicardia, pallore, letargia e diarrea acquosa. Più a rischio sono i bambini operati precocemente. I sintomi possono svilupparsi sia precocemente dopo l'intervento, ma anche a distanza di 4 anni. L'irrequietezza, il rifiuto di alimentarsi e/o la diarrea postprandiale possono essere i soli sintomi.

È obbligatorio pertanto cercare l'ipoglicemia postprandiale nel bambino operato con fundoplicatio, specie se ha dolore di origine non chiara, distensione addominale, diarrea.

• Samuk I, Afriat R, Horne T, et al. Dumping Syndrome following Nissen fundoplication, diagnosis and treatment. JPGN 1996;23:235.

• Calabria AC, Gallagher P, Simmons R, et al. Detection of Postprandial Hypoglycemia after Fundoplasty in Children. J Pediatr 2011;159:597-601.

rale può essere utile dare una formula con fibre in quantità empiricamente stabilita in base alla tollerabilità. Possono essere usati inoltre vari tipi di lassativi.

Il polietilenglicole è un trattamento efficace, sicuro e palatabile per il trattamento della stipsi. La dose è di 0,8 g/kg al giorno, in acqua, succo di frutta o altri liquidi, in 2 somministrazioni, alla diluizione raccomandata del 7%. Spesso, in associazione agli altri accorgimenti consigliati, la dose efficace è molto più bassa.

Ne è sconsigliato l'uso nei bambini con GER e rischio di broncoaspirazione. Una dose di 1,5 g/kg al giorno di una soluzione ottenuta con 1,5 g/10 ml, somministrata per tre giorni consecutivi è efficace nel trattamento dell'impatto fecale. Nell'esperienza dell'Autore in 17 di 30 (57%) BN in alimentazione enterale, la stipsi era efficacemente curata solo con adeguate assunzioni di alimento e liquidi.

Conclusioni

È possibile migliorare la qualità di vita dei BN con interventi centrati sull'alimentazione. Le indicazioni per l'intervento nutrizionale devono essere discusse e condivise con i genitori, i quali potrebbero vedere alcune di queste opzioni eccessivamente invasive e lontano dal loro pensiero di benessere per il bambino. Una coppia, nonostante il ricovero della figlia in rianimazione per una grave crisi di soffocamento al pasto, ha rifiutato

di prendere le precauzioni necessarie e ha rifiutato i controlli programmati, con il risultato di altri 2 ricoveri per insufficienza respiratoria grave. Un bambino di 9 anni, il cui rischio di soffocamento era stato più volte spiegato ai genitori e documentato anche con videofluorografia, è morto soffocato con la pastina in brodo. Esiste una discrepanza tra la percezione dei curanti che tendono a valorizzare il peso e la crescita e quella dei genitori, molto più attenti al benessere psicologico del bambino e ad assicurare che si senta innanzitutto amato. Per colmare questa discrepanza occorre imparare ad ascoltare con empatia le preoccupazioni della famiglia per meglio condividere le decisioni da adottare ed è necessario dedicare molto tempo per trattare una condizione che, in molti casi, è appropriata per le cure palliative.

Corrispondenza

antonino.tedeschi@tin.it

L'Autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

• Adams MS, Khan NZ, Begum SA, et al. Feeding difficulties in children with cerebral palsy: low-cost caregiver training in Dhaka, Bangladesh. Child care, health and development 2011; 38:878-88.

- Arvedson JC, Rogers BT. Swallowing and Feeding in the Pediatric Patient. In: Perlman AL, Schulze-Derieu KS (Eds). *Deglutition and Its Disorders, Anatomy, Physiology, Clinical Diagnosis, and Management*. San Diego: Singular Publishing Group. Inc., 1997.
- Brooks J, Day S, Shavelle R, et al. Low Weight, Morbidity, and Mortality in Children With Cerebral Palsy: New Clinical Growth Charts. *Pediatrics* 2011;128:e299-e307.
- Brun AC, K Stordal K, Johannesdottir G, et al. The effect of protein composition in liquid meals on gastric emptying rate in children with cerebral palsy. *Clin Nutr* 2012;31:108-12.
- Colver A, Fairhurst C. Pharoah POD. *Cerebral Palsy*. *Lancet* 2014;383:1240-9.
- ESPGHAN Committee on Nutrition. Practical Approach to Paediatric Enteral Nutrition: a comment by ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51:110-22.
- ESPGHAN Medical Position Paper; Heuschkel RB, Gottrand F, Devarajan K, et al. Position Paper on management of percutaneous endoscopic gastrostomy in children and adolescent. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015; 60:131-4.
- Henderson RC, Lark RK, Kecskemethy HH, et al. Bisphosphonates to treat osteopenia in children with quadriplegic cerebral palsy: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *J Pediatr* 2002;141:644-51.
- He Y, Brunstrom-Hernandez JE, Thio LL, et al. Population Pharmacokinetics of Oral Baclofen in Pediatric Patients with Cerebral Palsy. *J Pediatr* 2014;164:1181-8.
- Jackson PL, Vessey JA. Primary care of the child with a chronic condition. St Louis, Missouri. Mosby Year Book, 1992.
- Marchand V, Canadian Paediatric Society, Nutrition and Gastroenterology Committee. Nutrition in neurologically impaired children. *Paediatr Child Health* 2009;14:395-401.
- Marchand V, Motil KJ, and the NASPGHAN Committee on Nutrition. Nutrition support for neurologically impaired children: a clinical report of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;43:123-35.
- Miele E, Staiano A, Tozzi A, Auricchio R, Paparo F, Troncone R. Clinical response to amino acid-based formula in neurologically impaired children with refractory esophagitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;35:314-9.
- Nelson Textbook of Pediatrics. 17th edition. Philadelphia: W.B. Saunders, 2004.
- Parkinson KN, Dickinson HO, Arnaud C, et al on behalf of the SPARCLE group. Pain in young people aged 13 to 17 years with cerebral palsy: cross-sectional, multi-centre European study. *Arch Dis Child* 2013;98:434-40.
- Patrick J, Pencharz PB. Undernutrition in neurodevelopmental disability. A statement of the Nutrition Committee of the Canadian Paediatric Society. *Can Med Assoc J* 1994; 151:753-9.
- Putnam PE. The death of the pH probe. *J Pediatr* 2010;157:878-80.
- Rosen R, Levine P, Lewis J, Mitchell P, Nurko S. Reflux events detected by pH-MII do not determine fundoplication outcome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;50:251-5.
- Stenberg R, Dahle C, Magnuson A, et al. Increased Prevalence of Antibodies Against Dietary Proteins in Children and Young Adults With Cerebral Palsy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2013;56: 233-8.
- Stevenson RD. Use of segmental measure to estimate stature in children with cerebral palsy *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149:658-62.
- Sullivan PB. Feeding and nutrition in children with neurodevelopmental disability. London: MacKeith Press, 2009.
- Vadlamudi NB, Hitch MC, Dimmitt RA, Thame KA. Baclofen for the treatment of Pediatric GERD. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2013;57:808-12.
- van den Braak CCM, Klebach M, Abrahamse E, et al. Nissen fundoplication in children with cerebral palsy: influence on rate of gastric emptying and postprandial symptoms in relation to protein source in caloric liquid meals. *Clin Nutr* 2013;32:765-71.
- Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;4.
- Wolf LS, Glass RP. Feeding and swallowing disorders in infancy assessment and management therapy. San Antonio Texas, Skill Builders Ed. 1992.

La storia di Concetta

Antonella Brunelli¹, Stefania Manetti², Costantino Panza³

1. Direttore del Distretto ASL, Cesena; 2. Pediatra di famiglia, Piano di Sorrento (Napoli)

3. Pediatra di famiglia, Sant'Ilario d'Enza (Reggio Emilia)

*Tu non sei come me: tu sei diverso
Ma non sentirti perso
Anch'io sono diverso, siamo in due
Se metto le mie mani con le tue
Certe cose so fare io, ed altre tu
E messi insieme sappiamo far di più
Tu non sei come me: son fortunato
Davvero ti son grato
Perchè non siamo uguali:
Vuol dire che tutt'e due siamo speciali*

Bruno Tognolini

Concetta è nata 10 settimane prima del termine con un peso di 1500 g. I dottori erano tutti sorpresi della sua vitalità. A pochi giorni di vita Concetta ha cominciato a respirare molto male, è stata quindi attaccata a una macchina per respirare; dopo 24 ore la crisi è stata superata. I medici hanno fatto tanti test per capire cosa fosse successo ma gli esami erano tutti normali. Dopo due mesi di ospedale Concetta è arrivata finalmente a casa, per la gioia di noi genitori e del fratellino.

La bimba però si stancava molto facilmente durante la poppata, cosa che non avevamo notato con il fratellino, ma questa sorta di "pigrietta" e "stanchezza" durante il pasto ci sembrava normale. Verso i 3-4 mesi abbiamo notato che non reggeva la testa, siamo andati a rivedere qualche video del fratellino alla stessa età e abbiamo cominciato a preoccuparci. Al controllo pediatrico abbiamo raccontato al pediatra che la bimba stentava a reggere bene il capo e che era sempre molto irritable e rigida nei movimenti, sembrava "di ferro". Il pediatra ci ha consigliato una visita da uno specialista dello sviluppo, la dottoressa che ci ha accolto ha dato un nome alla malattia: paralisi cerebrale.

Cosa è la paralisi cerebrale?

La paralisi cerebrale (PC) è una condizione causata dal danno di alcune parti del nostro cervello, che controllano la nostra capacità di movimento muscolare e la funzione di altri organi. "Cerebrale" è una parola che si riferisce al cervello; "paralisi" significa debolezza o problemi a usare i muscoli. Spesso il danno si verifica prima della nascita, a volte durante il parto o, come nel caso di Concetta, subito dopo la nascita.

È una condizione frequente?

Per ogni 1000 bambini che nascono ce ne possono essere da 2 a 4 affetti da forme diverse di PC.

Ci sono varie forme di paralisi cerebrale?

La PC può essere lieve, media o severa in base al danno.

Lieve quando il danno è minore, come per esempio una scarsa coordinazione nei movimenti.

Media quando per esempio il bambino ha difficoltà a camminare, zoppica.

Severa quando il danno è diffuso, il bambino non cammina, ha bisogno di protesi e supporti come una sedia a rotelle.

A volte i bambini con PC possono avere problemi di apprendimento, problemi nel sentire e vedere o gradi diversi di ritardo mentale. Generalmente quanto maggiore è il danno, più grave è la PC.

Cosa possono fare i genitori?

Informarsi in maniera adeguata parlandone con il proprio pediatra e con gli altri operatori. Più si conosce una malattia, maggiore è l'aiuto che si può dare al bambino.

Giocare con giochi all'aperto, letture di libri adatti a lui, divertirsi insieme.

Il vostro è un bambino con *bisogni speciali*, accoglietelo e imparate da altri genitori con problemi simili.

Chiedere aiuto a amici e parenti: prendersi cura di un bambino con PC è un lavoro molto difficile. Mostrate agli altri come possono aiutarvi mentre vi prendete una pausa. Una rete di sostegno familiare e amicale è importante, fa parte del percorso di cura e di sostegno per voi genitori.

Tenersi aggiornati sui nuovi trattamenti e tecnologie, rivolgersi al proprio pediatra, facendo attenzione a informazioni non basate su evidenze scientifiche

Chiedere di collaborare da subito con gli operatori (terapisti, logopedisti, insegnanti) che aiutano il bambino. I genitori sono i più qualificati a comunicare i veri bisogni e le sue abilità.

Cosa aspettarsi dalla riabilitazione?

I trattamenti riabilitativi precoci e persistenti possono ridurre gli effetti della PC.

Molti bambini imparano a usare altre funzioni o altri modi per raggiungere un obiettivo, per esempio se la PC non consente a un bambino di gattonare può imparare a rotolare per spostarsi.

I trattamenti riabilitativi sono differenti in base al tipo di PC:

- *la terapia fisica* aiuta a rinforzare la muscolatura del tronco e degli arti con l'obiettivo di rendere il bambino capace di muoversi, di stare seduto e di mantenersi in equilibrio;
- *la terapia logopedica* aiuta il bambino a comunicare. Per alcuni bambini la logopedia può aiutarli a parlare; per i bambini che non riescono a parlare si possono trovare altre modalità;
- *la terapia occupazionale* aiuta il bambino a sviluppare le sue abilità motorie fini, come vestirsi, mangiare, scrivere, e altre attività richieste nel quotidiano.

Tutti questi interventi funzionano meglio se sono precoci. I genitori possono trarre grandi benefici lavorando insieme agli operatori nella creazione di una rete di sostegno (pediatra, fisioterapisti, logopedisti, neuropsichiatri ecc.).

Il bambino può essere aiutato da nuove tecnologie: ci sono ausili che possono aiutare il bambino a tenere la posizione eretta, altri a usare meglio le mani ecc. Oggi ci sono anche giocattoli adattati e libri modificati per promuovere lo sviluppo e il divertimento. Attività come il nuoto, andare a cavallo possono aiutare la muscolatura a svilupparsi e a rilassare invece i muscoli più contratti.

La paralisi cerebrale non è una condizione contagiosa, non è ereditaria e non è progressiva, ossia non peggiora con il tempo. I sintomi sono diversi e possono però mutare con la maturazione del sistema nervoso. Il pediatra può aiutare i genitori nel programmare e impostare un percorso adeguato, nel sostenerli durante la crescita del bambino e nella ricerca di informazioni riguardo ai diritti e al sostegno previsti in questi casi dalla legge.

Per informazioni

doc.manetti@gmail.com

Le cure palliative pediatriche: le conoscenze dei pediatri

Franca Benini¹, Gianpietro Chiamenti², Michele Gangemi²

1. Responsabile del Centro Regionale Veneto di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche; 2. PLS, Verona

This study assessed the knowledge of Italian paediatricians regarding paediatric palliative care (PPC) 4 years after the implementation of Law 38/2010. This is necessary in view of a national training program based on educational needs. The study was carried out through a survey involving 266 paediatricians from all Italian regions during the Italian national conferences of both ACP (Italian Cultural Association) and FIMP (Italian Federation of Paediatricians). The level of knowledge regarding PPC was rather lacking with a regional inhomogeneity.

Based on the data collected a specific training for paediatricians on PPC seems necessary considering that, in accordance with the recent Law 38/2010, paediatricians are an integral part of the regional network on pain therapy and PPC.

Lo studio valuta le conoscenze dei pediatri italiani in merito alle cure palliative pediatriche (CPP) a 4 anni dall'entrata in vigore della Legge 38/2010, anche in vista della programmazione di una formazione nazionale sulla base dei bisogni formativi rilevati.

È stata condotta una survey tramite questionario che ha coinvolto 266 pediatri di tutte le Regioni italiane durante i congressi nazionali ACP (Associazione Culturale Pediatri) e FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri).

Il livello di conoscenze sulle CPP è risultato piuttosto carente con una discreta disomogeneità tra le varie Regioni dove i professionisti svolgono il loro lavoro. Sulla base dei dati raccolti, risulta evidente la necessità di programmare una formazione *ad hoc* sulle CPP, rivolta ai pediatri che, come previsto dalla Legge 38/2010, sono parte integrante della Rete regionale di terapia del dolore (TD) e CPP.

Obiettivi e metodi

La Legge 38/2010¹ ha posto le condizioni per il miglioramento della gestione e del trattamento del dolore in ambito pediatrico e ha indicato la strada per l'organizzazione delle cure palliative pediatriche. Dolore e cure palliative sono definiti come diritto alla salute del bambino e della sua famiglia, e tutti gli operatori devono avere gli strumenti per un corretto approccio.

Viene riconosciuta la "peculiarità" della persona bambino e viene sancita la necessità di una risposta ai bisogni, specifica e dedicata, sia a livello clinico-organizzativo che formativo e informativo. La Legge sancisce la necessità di una formazione di base per tutti gli operatori della salute e rimanda agli organi istituzionali competenti il mandato di definire obiettivi e strategie per la definizione del percorso formativo specialistico. Definisce inoltre la necessità di implementare la conoscenza e le

capacità di richiesta della popolazione attraverso l'organizzazione di campagne d'informazione specifiche. Da un punto di vista organizzativo, il modello assistenziale proposto e approvato è quello di un'unica Rete specialistica di terapia del dolore (TD) e cure palliative (CP), dedicata al solo paziente pediatrico, realizzata per ampi bacini d'utenza (regionali) e coordinata da un Centro di riferimento da dove una équipe multispecialistica dedicata, in rete con tutti i Servizi/Strutture/Istituzioni presenti sul territorio, risponde in maniera continuativa e competente a tutti i bisogni di salute di minori che necessitano di TD e di CPP e della loro famiglia²⁻⁵.

A seguito dell'emanazione di questa Legge è stato avviato su tutto il territorio nazionale un progetto per la formazione dei pediatri nell'ambito dell'algologia pediatrica (*Niente Male Junior*) e molteplici sono le campagne di informazione realizzate sull'argomento, per i genitori e i bambini⁶.

La situazione è molto più incerta nell'ambito delle cure palliative pediatriche (CPP), dove formazione e campagne d'informazione sono ancora carenti.

Obiettivi di questo studio sono la verifica del livello di conoscenza dei pediatri italiani riguardo alle CPP e l'identificazione delle criticità, anche in vista della definizione di un programma formativo *ad hoc*, disegnato sulla base dei bisogni formativi rilevati. Lo strumento utilizzato è un questionario a domande chiuse (disponibile nella versione on line della rivista), somministrato a tutti i medici pediatri che hanno partecipato ai congressi nazionali ACP e FIMP nel mese di ottobre 2014. ACP comprende sia pediatri di libera scelta che ospedalieri, FIMP raccoglie la grande maggioranza dei pediatri di famiglia.

Risultati

Sono stati somministrati 570 questionari: hanno risposto 266 pediatri (46,6%) provenienti da Regioni diverse (tabella 1). L'età media e gli anni di attività dei pediatri che hanno risposto al questionario riflettono l'attuale composizione dell'area medica pediatrica (tabella 2). Per quanto riguarda le CPP si è evidenziato come la conoscenza in merito sia ancora molto carente: solo il 17,5% conosce la Legge 38/2010 e/o ha una idea abbastanza precisa dei contenuti.

La restante parte (82,5% dei pediatri) ne ha una vaga idea o non ne ha mai sentito parlare (figura 1).

Questa situazione peraltro si accompagna a una discreta conoscenza su cosa sono le CPP e gli obiettivi di cura che si propongono (figura 2).

Più del 65% dei pediatri concorda sul fatto che il luogo ideale di cura di un bambino con malattia inguaribile sia il domicilio (ed eventualmente l'hospice pediatrico), mentre ospedale e hospice dell'adulto vengono ritenuti luoghi inadeguati per la gestione del bambino con malattia inguaribile (figura 3).

Il 66% dei medici intervistati inoltre ri-

tiene che le CPP rientrino appieno nei compiti assistenziali del pediatra che deve partecipare attivamente alla presa in carico in rete del paziente inguaribile. Per quanto riguarda l'ambito organizzativo, alla domanda relativa alle conoscenze relative del Centro di riferimento di TD e CPP della propria Regione, 139 su 266 (50%) affermano di non esserne a conoscenza, e questo indipendentemente dallo stato di realizzazione della rete e del Centro nella Regione in cui operano. Dalle risposte alle restanti domande emerge inoltre che l'84% dei pediatri ritiene di non avere conoscenze e competenze adeguate alla gestione del bambino eleggibile alle CPP, e che l'85% concorda sulla necessità di interventi formativi *ad hoc*.

Discussione e conclusioni

I risultati ottenuti confermano che la Legge 38, oramai in vigore da più di 4 anni, non ha innescato nei pediatri il cambio di attitudine, conoscenza e competenza sancito, e che purtroppo il problema è percepito ancora come molto distante dalla pratica clinica.

La scarsa conoscenza della Legge in questione risulta sorprendente, vista anche l'attenzione dedicata dai media, dalle riviste pediatriche e dalle Società scientifiche/Associazioni pediatriche.

Permangono inoltre delle lacune sulle possibilità di gestione e su quanto a livello organizzativo è disponibile nelle varie Regioni. I pediatri percepiscono la propria inadeguatezza nella gestione del bambino inguaribile e della sua famiglia: far parte di un team, lavorare in maniera interdisciplinare e gestire il paziente con il supporto continuo di figure professionali di riferimento, come previsto dalla Legge, richiedono un cambiamento profondo sia a livello organizzativo-assistenziale che formativo. Da tutto ciò deriva la necessità di proporre e organizzare percorsi formativi dedicati durante il percorso di studi (laurea e specialità), oltre a una formazione continua di base, rivolta a tutti i medici pediatri che lavorano in ambito territoriale e ospedaliero. Va certamente sottolineata la presa di coscienza da parte della maggior parte dei medici dei propri bisogni formativi in merito. Una formazione "train the trainer", analoga a quella attuata per la formazione sul dolore pediatrico (progetto *Niente Male Junior*), si propone come il modello formativo ideale per

tabella 1

Regioni di appartenenza dei pediatri

Regione	N.	%
Piemonte	5	1,9
Valle d'Aosta	0	0,0
Lombardia	19	7,1
Trentino Alto Adige	6	2,3
Veneto	17	6,4
Friuli Venezia Giulia	8	3,0
Liguria	9	3,4
Emilia Romagna	36	13,5
Toscana	86	32,3
Umbria	6	2,3
Marche	5	1,9
Lazio	11	4,1
Abruzzo	2	0,8
Molise	0	0,0
Campania	12	4,5
Puglia	9	3,4
Basilicata	2	0,8
Calabria	4	1,5
Sicilia	15	5,6
Sardegna	3	1,1
Non specificato	11	4,1

tabella 2

Parametri descrittivi per le variabili anagrafiche dei pediatri: età e anni di attività

Variabile	Media (anni)	Mediana (anni)	Dev. standard (anni)
Età dei pediatri (totale)	56,2	57	7,4
Età dei pediatri (FIMP)	57,2	58	6,0
Età dei pediatri (ACP)	55,5	56	8,8
Anni di attività (totale)	26,3	28	8,7
Anni di attività (FIMP)	26,9	29	8,1
Anni di attività (ACP)	25,5	27	9,6

raggiungere il maggior numero di medici pediatri che lavorano nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Il modello di formazione interprofessionale inoltre si presta a incidere non solo sulle conoscenze, ma anche sulle competenze dei medici⁷.

È da prevedere anche una formazione specialistica, attraverso l'attuazione dei master universitari di primo e secondo livello, in realtà dove siano presenti ser-

vizi e competenze adeguati alla preparazione di medici specialisti in TD e CPP. La sfida culturale, ma anche formativa e assistenziale, va affrontata senza altri ritardi anche a partenza da questi dati.

Corrispondenza
benini@pediatria.unipd.it

figura 1

Risposta dei pediatri alla domanda:
Conosci la Legge 38/2010?

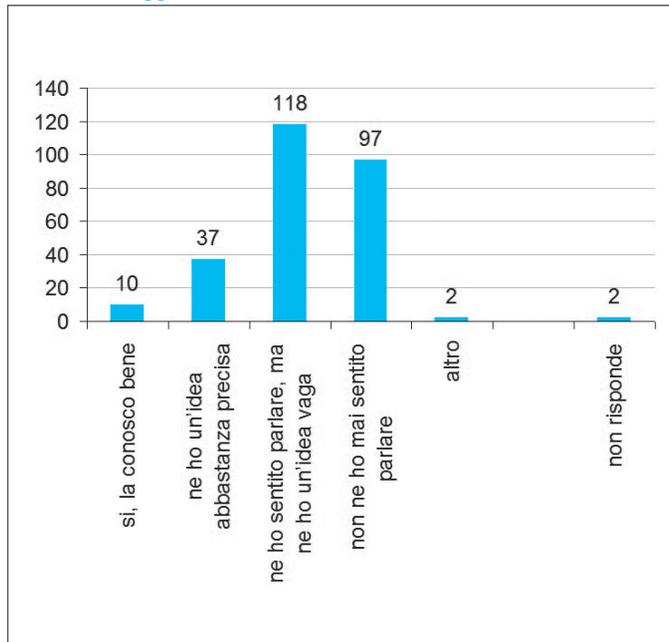


figura 3

Risposta dei pediatri alla domanda: Dove ritieni debba essere preferenzialmente gestito un bambino con una malattia inguaribile?

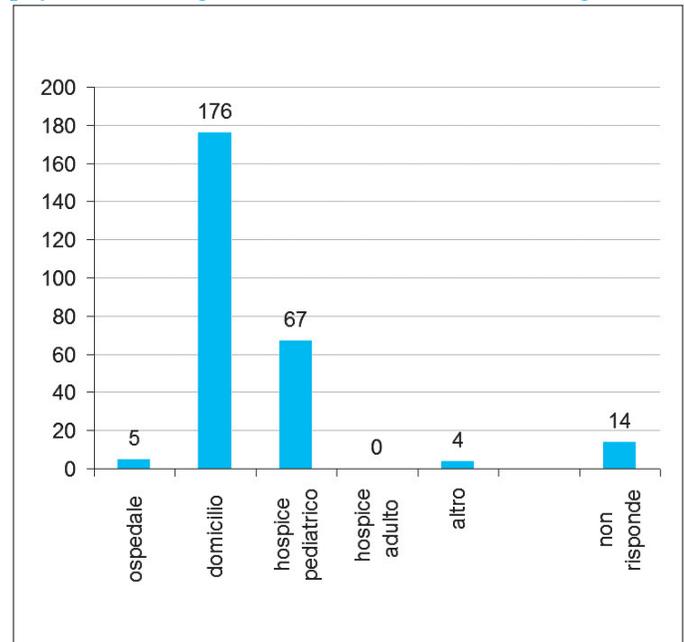
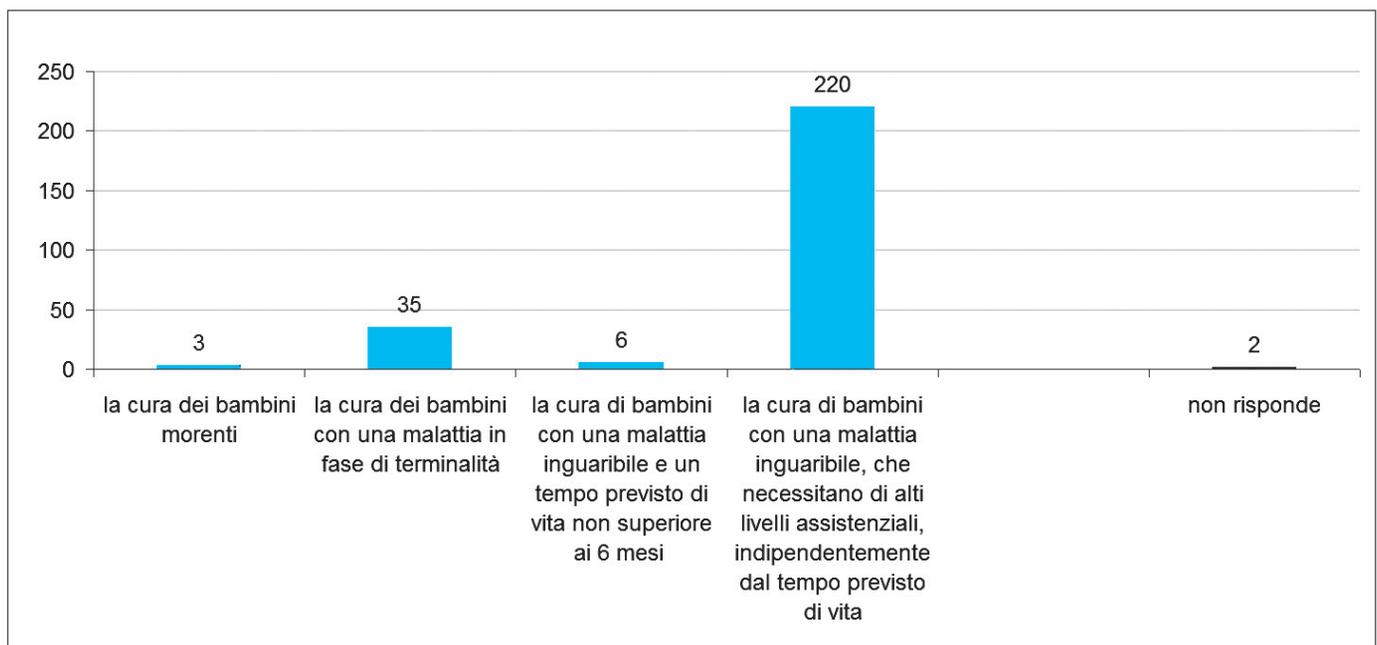


figura 2

Risposta dei pediatri alla domanda: Secondo le Cure palliative pediatriche riguardano:



Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

L'articolo è stato pubblicato anche sulla rivista "Il Pediatra".

1. Legge 15 marzo 2010 N° 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". www.parlamento.it/parlam/leggi/10038l.htm.

2. European Association of Palliative Care (EAPC) Taskforce: IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *EJPC* 2007;14(3):109-14.

3. Goldman A, Hain R, Liben S. *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. New York: Oxford University Press, 2006.

4. Fraser LK, Miller M, Hain R, et al. Rising National prevalence of life-limiting conditions in children in England. *Pediatrics* 2012;129(4):e923-e929.

5. Benini F, Barbi E, Gangemi M, et al. Il

dolore nel bambino. *Rodorigo editore* 2013

6. Benini F, Gangemi M. Il dolore nel bambino: dove siamo? *Quaderni acp* 2014; 21:49.

7. Il Core Curriculum in terapia del dolore e cure palliative pediatriche: il lavoro in équipe. Curriculum del medico, dell'infermiere e dello psicologo. Società Italiana Cure Palliative in collaborazione con Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus, 2014.

Nativi digitali e uso del cellulare: indagine sulle modalità di utilizzo condotta in due scuole secondarie di I grado

Vincenza Briscioli¹, Elena Uga², Giacomo Toffol³

Rappresentanti del Gruppo “Pediatri per un mondo possibile” (PUMP). 1. PLS, Pisogne (BS), ASL Valle Camonica; 2. Responsabile FF SC di Pediatria ASL VC; 3. PLS, Pederobba (TV), ULSS Asolo

Today’ students represent the first generations to grow up with digital technology, some refer to them as digital natives. They are all “native speakers” of the digital language of computers, video games, cell phones and the Internet. The electromagnetic fields produced by mobile phones are classified by the International Agency for Research on Cancer (IARC) as possibly carcinogenic to humans, so they can interfere with our health and overall with children’s health. Our investigation considers only this aspect, also if we are conscious of other features about excessive use of digital devices in the childhood. This study tries to understand how the digital natives use the mobile phone with the object to teach the correct use. The investigation was made with the collaboration of junior secondary school and Healthy and Environmental agencies. The conclusions of this study reveal that digital natives use the mobile phone in a wrong way.

Gli studenti dei nostri giorni rappresentano la prima generazione cresciuta con la tecnologia digitale, definiti anche nativi digitali. Si intende così definire una persona cresciuta con tecnologie digitali come il computer, internet, telefoni cellulari. I campi elettromagnetici prodotti dai cellulari sono classificati dall’Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) come possibili cancerogeni per l’uomo, essi possono quindi interferire con la nostra salute e soprattutto con la salute dei ragazzi e a questo aspetto si limita la nostra indagine, pur consapevoli di ben altri e complessi aspetti legati all’eccessivo uso dei dispositivi digitali da parte di soggetti in età pediatrica. Con questo studio si è cercato di comprendere come il cellulare sia utilizzato dai ragazzi, al fine di proporre poi la modalità di un uso corretto del cellulare. L’indagine è stata realizzata con la collaborazione di diversi soggetti istituzionali, in base alle disponibilità degli operatori presenti nel territorio (insegnanti, ASL, ARPA). Le conclusioni dello studio mostrano che il cellulare viene utilizzato dai ragazzi in modo non corretto.

Introduzione

La generazione dei nati intorno agli anni 2000 è stata definita dei “nativi digitali” (dall’inglese *digital natives*). Si intende così definire una persona cresciuta con tecnologie digitali come il computer, internet, telefoni cellulari e MP3.

Chi per primo utilizzò tale termine fu Marc Prensky nel suo *Digital Natives, Digital Immigrants*¹, un articolo fondamentale dal punto di vista pedagogico, in quanto designava con tale espressione un nuovo gruppo di studenti che accedeva al sistema dell’educazione. Per contro l’espressione “immigrato digitale” (*digital immigrant*) si applica a una persona che è

cresciuta prima delle tecnologie digitali e le ha adottate in un secondo tempo. Una terza figura è invece il “tardivo digitale”, una persona cresciuta senza tecnologia e che la guarda tutt’oggi con diffidenza. Nella comunità pedagogica non vi è però un accordo unanime su tale definizione; alcuni, infatti, sostengono che i nativi digitali siano una generazione di fruitori di tecnologie, che non sanno però come funzionano, le usano e basta, senza le competenze di base². Ci aiuta nella comprensione di questa modalità di fruizione delle nuove tecnologie, il libro “*La vita digitale*” dello psichiatra Vittorino Andreoli³, in cui è spiegato che l’atteggiamento nei confronti del telefonino è

più o meno lo stesso di quello che manteniamo per le parti del nostro organismo: nessuno propriamente è interessato a conoscere alla perfezione come funziona l’udito, ma tutti sono preoccupati se non si avvertono bene i suoni o se si sperimenta un calo di efficienza del proprio corpo.

Come pediatri i nativi digitali li conosciamo, sono i nostri figli, magari per alcuni di noi i nipoti, sono i bambini che quotidianamente visitiamo, perché febbricitanti o perché in sovrappeso e che spesso anche nei nostri ambulatori si siedono con il cellulare nelle mani e, mentre la mamma ci racconta il motivo per cui ha richiesto la visita, giocano con videogiochi, vivendo nel virtuale una corsa automobilistica, o vestendo modelle per le sfilate di moda oppure scambiandosi commenti in *facebook*, in *whatsapp* o fotografie in *instagram* o pensieri in *hashtag*. In questa nuova modalità di relazione, dove il virtuale si confonde nel reale e viceversa, le mamme (più spesso) e i papà (meno spesso) chiedono consigli a noi pediatri su questi nuovi strumenti.

Ma noi pediatri sappiamo come utilizzano il cellulare i nostri ragazzi?

Secondo il rapporto 2009 della Commissione Europea sulle telecomunicazioni⁴ l’Italia detiene il primato europeo per il numero di possessori di telefonini, soprattutto nelle nuove generazioni: 58,6% di ragazzi tra i 7 e i 9 anni e la percentuale sale al 96% tra i 12 e i 19 anni.

Vi sono diverse indagini che hanno raccolto dati sull’utilizzo del cellulare nei nativi digitali⁵⁻⁷; in modo particolare l’indagine conoscitiva di Eurispes 2012 sulla condizione dell’infanzia e dell’adolescenza in Italia⁵, condotta su una popolazione in età compresa tra 7 e 19 anni, ha evidenziato che il 62% di questa popolazione ha a disposizione un telefonino, contro il 35,4%. Emerge che il 44,4% dei bambini acquisisce un cellulare tra i 9 e gli 11 anni, e il 17,6% ha un cellulare prima degli 8 anni.

Viene utilizzato principalmente per giocare (21,2%) e per telefonare (20,5%), per inviare messaggi (18,3%) e ascoltare musica (17,5%). Il 5,8% lo utilizza per navigare in Internet, per guardare o scattare foto o video (6,4%). Vi è anche un diverso tipo di utilizzo tra maschi e femmine: i maschi ci giocano e navigano in internet; le femmine si scambiano sms, ascoltano musica, scattano foto e videoregistrano. Le principali applicazioni dei cellulari vengono poi sfruttate con il crescere dell'età.

L'utilizzo dei dispositivi digitali (smartphones, tablets, videogames ecc.) da parte dei ragazzi può comportare diverse e sfaccettate problematiche⁶. L'eccessivo utilizzo di questi presidi aumenta la sedentarietà dei ragazzi (con conseguente ricaduta sul rischio di sviluppare obesità e patologie correlate) e spesso facilita posture scorrette^{7,8}; può inoltre interferire sulle capacità di concentrazione e sui risultati scolastici⁹ fino ad arrivare allo sviluppo di vere e proprie forme di dipendenza¹⁰. I danni causati dall'esposizione dell'organismo ai campi elettromagnetici prodotti dai telefoni cellulari non rappresentano forse il rischio principale, ma è quello che più si discosta da valutazioni psicopedagogiche e ha una ricaduta puramente clinica. Come gruppo PUMP (*Pediatrì per Un Mondo Possibile*) abbiamo scelto di limitare la nostra analisi a questo aspetto, in quanto vi era e vi è una oggettiva difficoltà a presentare troppe problematiche in contemporanea ai ragazzi, e per cercare in questo primo approccio di non apparire troppo giudicanti nei confronti dell'utilizzo di "digital devices" entrati nella quotidianità delle loro vite e di quelle dei loro genitori. Infine è importante sottolineare le contraddizioni che la scuola sta vivendo: i programmi ministeriali volgono sempre più la loro didattica al mondo digitale; gli insegnanti sono consapevoli che i loro alunni spesso utilizzano le tecnologie digitali meglio di loro, e ciò crea un disagio comunicativo non sufficientemente elaborato, tanto da trovare nella stessa realtà scolastica posizioni pro e contro le nuove tecnologie, con alcuni insegnanti che diventano "immigrati digitali" e altri che continuano a comportarsi come "tardivi digitali". In questo variegato e per certi aspetti contraddittorio mondo, gli operatori sanitari cercano alleanze per sviluppare progetti, e hanno la possibilità di svilupparne alcuni rispetto ad altri, in base alle volontà dei singoli insegnanti e alle progettualità della dirigenza scolasti-

tabella 1

Domande del questionario somministrato: "Come usiamo il cellulare"

- 1) Che lavoro fanno i tuoi genitori? [madre e padre]
- 2) Che studi hanno fatto? [madre e padre]
- 3) Hai un cellulare?
- 4) Ti è stato regalato? [dai genitori, da parenti, da amici]
- 5) Il cellulare lo hai richiesto tu?
- 6) Quanti anni avevi quando ti è stato regalato e/o acquistato? [6-10 o 11-14 anni]
- 7) Da quanto tempo lo usi? [mesi o anni]
- 8) Come lo usi? [telefonate, sms, Internet o giochi e/o altro]
- 9) La durata delle telefonate con il cellulare è: [breve: 1-5 min; media: 5-10 min; lunga: oltre 10 min]
- 10) Durante le telefonate usi... [auricolare, vivavoce, nessun dispositivo]
- 11) A quale distanza dall'orecchio tieni il cellulare durante la conversazione telefonica? [nessuna distanza, 1-3 cm, più di 3 cm, con auricolare o vivavoce]
- 12) Quanto tempo tieni acceso il cellulare? [sempre, solo di giorno o solo la mattina o il pomeriggio, qualche ora]
- 13) Dove tieni il cellulare di giorno? [nella tasca dei pantaloni, nella tasca del giubbotto, in borsa o in cartella]
- 14) Quando dormi il cellulare è... [spento, acceso in camera da letto, acceso in un'altra stanza, tenuto sotto il cuscino]
- 15) In casa hai... [un telefono fisso, cordless o cellulare]
- 16) Il cordless in termini di emissioni è più simile... [al telefono fisso o al cellulare]
- 17) Cos'è il Sar, ovvero il tasso di assorbimento del tuo cellulare?

ca stessa. Abbiamo così deciso di limitare e focalizzare la nostra attenzione come operatori sanitari, chiedendoci se i ragazzi sapessero che esistono delle regole per un corretto utilizzo del cellulare (volte a ridurre l'esposizione a campi elettromagnetici): sono le 10 regole pubblicate da APPLE, Associazione Per la Prevenzione e la Lotta all'Elettrosmog¹¹. Per verificare le modalità di utilizzo del cellulare tra i/le ragazzi/e frequentanti la scuola secondaria di I grado, abbiamo pensato di strutturare un percorso in collaborazione con diversi soggetti istituzionali, in base alle disponibilità degli operatori presenti nel territorio (insegnanti, Azienda Sanitaria Locale - ASL, Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente, - ARPA).

Obiettivo

L'obiettivo dell'indagine è stato comprendere come il cellulare sia utilizzato dai ragazzi, al fine di proporre poi la modalità di uso corretto del cellulare. Un progetto, quindi, con valenze pedagogiche e di informazione/prevenzione sanitaria.

Materiali e metodi

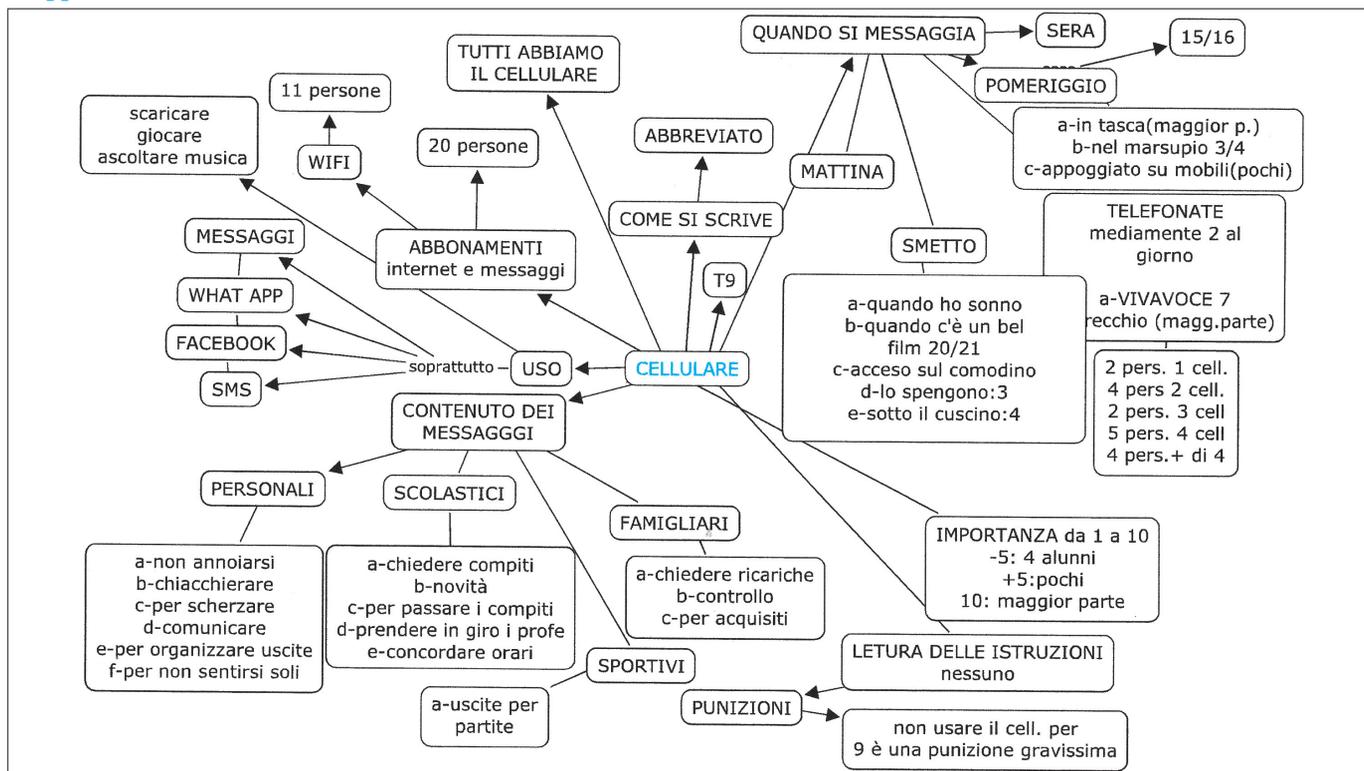
Per la realizzazione dell'indagine è stato elaborato un questionario (tabella 1) che richiedeva informazioni di carattere

generale sull'intervistato e la sua famiglia, di carattere specifico sul possesso del cellulare, l'età in cui era stato acquistato o regalato, da chi era stato voluto e la modalità di utilizzo. Le domande sulla modalità di utilizzo sono state pensate proprio in funzione delle 10 regole di uso corretto del cellulare. Lo studio si è svolto nel corso degli anni scolastici 2012-13 e 2013-14 e ha coinvolto 17 classi medie (per un totale di 608 studenti) all'interno di un percorso didattico sull'uso corretto del cellulare. Nel primo dei due comuni coinvolti, Pisogne (comune della Valle Camonica di 8142 abitanti, che sorge sulla sponda nord-orientale del Lago d'Iseo, in provincia di Brescia), il percorso didattico è stato svolto in questo modo:

- 1) Le insegnanti hanno preparato le classi (3 seconde medie e 3 terze medie) con letture e approfondimenti in merito all'uso delle nuove tecnologie, letture tratte anche dal libro "Toglietevelo dalla testa" di R. Staglianò¹², da cui è stata poi elaborata da una delle tre classi una mappa concettuale (grafico 1).
- 2) L'insegnante di Tecnologia ha coinvolto le classi approfondendo l'elettromagnetismo, che è parte integrante del piano didattico formativo della materia Tecnologia.
- 3) Un pediatra ha svolto una lezione interattiva distribuendo, dapprima il questionario ai ragazzi su come utilizzano

grafico 1

Mappa concettuale



il cellulare e chiedendo di compilarlo e consegnarlo. La lezione è poi proseguita con la visione del programma televisivo delle "Iene", che aveva trattato l'argomento nella trasmissione del 04.02.13 con informazioni e testimonianze sul pericolo di un uso non corretto del cellulare. E successivamente vi è stata discussione con i ragazzi sulle 10 regole di uso corretto del cellulare con proiezioni di slide e distribuzione del depliant di APPLE¹¹.

Il secondo comune coinvolto è stato Vercelli (46.958 abitanti, capoluogo dell'omonima provincia, situato nella parte orientale del Piemonte). I ragazzi delle classi partecipanti (6 seconde medie e 5 prime medie per un totale di 482, di cui 220 hanno partecipato attivamente al progetto, mentre 262 hanno solo compilato i questionari) sono stati invitati a compilare il questionario prima di iniziare il progetto. In seguito è stato tenuto in ogni classe un incontro di un'ora, durante il quale i tecnici ARPA hanno parlato dei campi elettromagnetici, effettuando delle prove tecniche di misurazione, utilizzando elettrodomestici (phon), walkie talkie e cellulare; dopo di che un pediatra ha illustrato i possibili danni per l'organismo dovuti all'esposizione a campi elettromagnetici e, partendo dal principio di precauzione,

ha presentato il decalogo sull'uso corretto del cellulare. I ragazzi sono poi stati invitati a organizzare un "evento finale" durante il quale esporre ai genitori ciò che avevano appreso. L'evento finale si è tenuto il 28 maggio 2014 presso la scuola Lanino, dove i ragazzi hanno allestito una mostra sulla storia del cellulare e hanno presentato ai genitori le regole per il corretto utilizzo, realizzando un video e alcune presentazioni in power point¹³. Ai questionari raccolti nelle scuole partecipanti attivamente al progetto se ne sono aggiunti alcuni (262) raccolti in alcune scuole medie inferiori e superiori della Valsesia dove, non essendo stato possibile effettuare gli incontri nelle classi, è stato organizzato un incontro formativo per gli insegnanti che hanno poi fatto compilare il questionario.

Risultati

A Pisogne sono stati restituiti 126 questionari su 126 partecipanti: 56% maschi e 43% femmine, età media 12,86 anni. A Vercelli 482 questionari su 482: 56,04% maschi, 43,96% femmine, età media 13 anni. In merito ai dati sulla scolarità dei genitori i risultati sono raccolti nella [tabella 2](#). Il 95% degli intervistati a Pisogne possiede un cellulare, contro il 93,36% degli intervistati a Vercelli. Le risposte alle altre domande

del questionario sono rappresentate nella [tabella 3](#) e nei [grafici 2, 3, 4, 5 e 6](#).

Discussione

La percentuale di possessori di cellulare all'età di 13 anni nei due gruppi risulta essere intorno al 90% e in entrambi la maggioranza ha richiesto il cellulare, con un 34,5% che lo ha ricevuto in una fascia d'età tra 6 e 10 anni. Il 73% circa dei ragazzi utilizza il cellulare da anni. Si evidenzia una diversa modalità di utilizzo del cellulare tra i due gruppi: una percentuale pari al 60,3% a Pisogne lo utilizza per telefonare, rispetto a Vercelli che presenta una percentuale pari all'88%, vi è inoltre per il gruppo di Pisogne un minor utilizzo di internet e videogiochi rispetto a Vercelli, sovrapponibili invece l'uso degli sms. La possibile spiegazione potrebbe risiedere in una minore disponibilità di connessioni veloci nell'area di Pisogne rispetto a Vercelli; e inoltre al possibile utilizzo di altri tipi di giochi elettronici. La durata delle telefonate è per la maggior parte breve (64% nel gruppo di Pisogne, 52% in quello di Vercelli); si segnala che vi è una percentuale maggiore di ragazzi/e del gruppo di Vercelli che lo utilizza per telefonate di lunga durata (16,9%), a conferma della modalità di maggiore utilizzo, come telefono nel gruppo di Vercelli. Nell'uso del cellulare emerge il mancato

uso di dispositivi come il vivavoce o l'auricolare (65,9% Pisogne, 75,3% Vercelli), e il cellulare non è neppure tenuto a distanza adeguata dall'orecchio durante la conversazione (37% Pisogne, 54% Vercelli). La maggioranza dei due gruppi tiene sempre acceso il cellulare e lo indossa come fosse un abito (in tasca dei pantaloni o del giubbotto: intorno all'80%); solo la minoranza lo porta in cartella o nella borsa (intorno al 30%). Lo tiene spento durante la notte il 46% dei ragazzi/e di Pisogne rispetto al 42% di Vercelli, con una significativa differenza nel tenerlo acceso in camera da letto per il gruppo di Vercelli (39% rispetto al 23%).

Vi è inoltre l'abitudine di tenerlo acceso sotto il cuscino nel 7% dei ragazzi/e di Pisogne e nel 4% del gruppo di Vercelli. Il cordless è entrato nelle case e ha superato ampiamente il telefono fisso; circa il 50% dei ragazzi (precisamente 48% Pisogne, 50% Vercelli) pensa che abbia un potere di emissione pari al cellulare, a fronte di un 45% (46% Pisogne, 44% Vercelli) che lo considera simile in termini di emissioni a un telefono fisso.

In merito al SAR ovvero al tasso di assorbimento del cellulare, la maggioranza (68% Pisogne e 81% Vercelli) non conosce il significato del termine (eppure nel libretto di istruzione del cellulare è d'obbligo la segnalazione del SAR, secondo la norma CE 5/99).

Commento

Il cellulare, insieme a molti altri dispositivi digitali, viene utilizzato dai nostri ragazzi per tempi molto lunghi e spesso in modo non corretto; essi non utilizzano dispositivi come il vivavoce e l'auricolare e non lo tengono ad una adeguata distanza quando conversano. Lo tengono preferibilmente in tasca anziché in cartella o in borsetta. Pare proprio la dimostrazione che i nativi digitali non sappiano cosa maneggiano, in termini soprattutto sanitari; crediamo che ciò sia dovuto a una mancanza di informazione consapevole e responsabile da parte degli adulti (immigrati e/o tardivi digitali).

Un discorso più ampio andrebbe fatto sulle ricadute dell'utilizzo eccessivo dei dispositivi digitali e sulla necessità di limitarne l'uso, ma tale approccio ci appare molto difficile in una società che promuove l'uso del digitale a tutti i livelli, a partire dalla scuola per arrivare alla quotidianità (pensiamo a tutte le applicazioni che oggi si utilizzano per ef-

tabella 2

Scolarità dei genitori

	Media inferiore	Media superiore	Università	Nessuna risposta
PISOGNE				
madre	15,00%	35,00%	9,00%	39,00%
padre	17,00%	37,00%	5,00%	38,00%
VERCELLI				
madre	17,22%	33,20%	12,45%	37,14%
padre	19,29%	29,25%	13,28%	38,17%

tabella 3

Risultati ad alcune delle domande del questionario

Da chi ti è stato regalato il cellulare?						
	Dai genitori	Parenti	Amici	NR		
Pisogne	67%	28%	2%	3%		
Vercelli	82%	14%	2%	2%		
Hai richiesto tu il cellulare?						
	Si	No	NR			
Pisogne	75%	22%	3%			
Vercelli	76%	23,6%	0,4%			
A che età è stato comprato/regalato il cellulare?						
	6-10 anni	11-14 anni	NR			
Pisogne	36%	59%	5%			
Vercelli	33%	65%	2%			
Come usi il cellulare?						
	Telefonate	SMS	Internet	Giochi e altro	NR	
Pisogne	36%	59%	5%	46,8%	2,4%	
Vercelli	33%	65%	2%	69,8%	0,2%	
Quanto durano le telefonate						
	Breve (1-5 min)	Media (5-10 min)	Lunga (oltre 10 min)	NR		
Pisogne	64	25	7	4		
Vercelli	52	30	16,9	0,2		
A quale distanza dall'orecchio tieni il cellulare durante le conversazioni?						
	Nessuna	1-3 cm	Più di 3 cm	Vivavoce o auricolare	NR	
Pisogne	37%	29%	8%	17%	9%	
Vercelli	54%	29%	0%	15%	2%	
Quanto tempo tieni acceso il cellulare?						
	Sempre	Di giorno	Al mattino	Pomeriggio	Qualche ora	NR
Pisogne	52,4%	22,2	0%	7,1%	14,3%	4%
Vercelli	58,4%	20,7%	1,6%	10,9%	10,9%	0,4%
Quando dormi il cellulare è?						
	Spento	Acceso	Acceso in un'altra camera	Sotto il cuscino	NR	
Pisogne	46%	23%	19%	7%	5%	
Vercelli	42%	39%	14%	4%	1%	
Pensi che il cordless in termini di emissioni sia più simile a?						
	Telefono fisso		Cellulare	NR		
Pisogne	46%		48%	8%		
Vercelli	44%		50%	5%		

NR: non risponde

grafico 2

Da quanto tempo usi il cellulare?

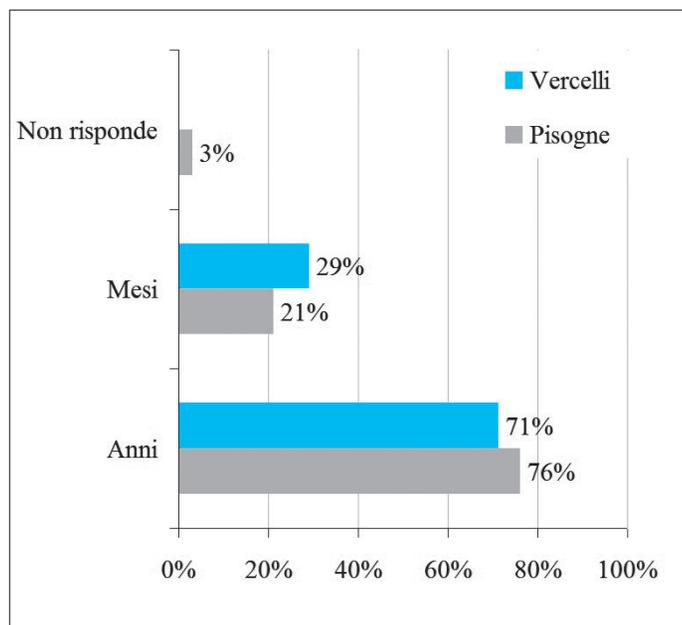


grafico 3

Durante le telefonate cosa usi?

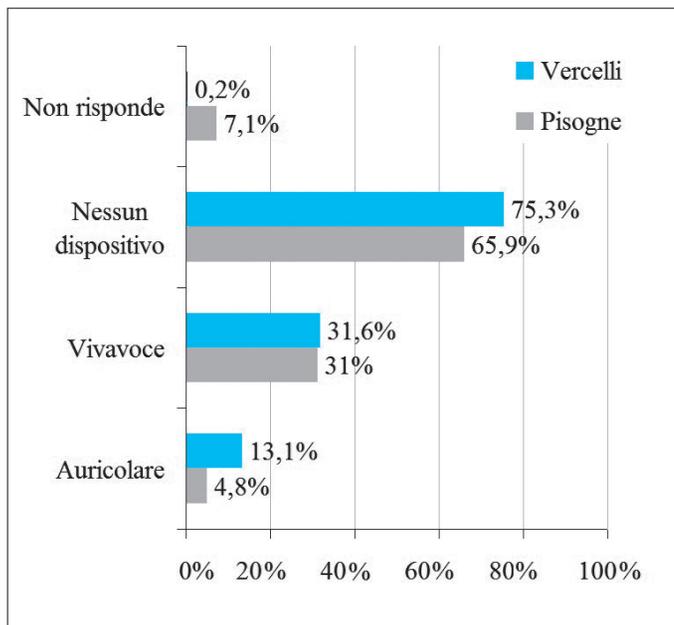


grafico 4

In casa possedete...

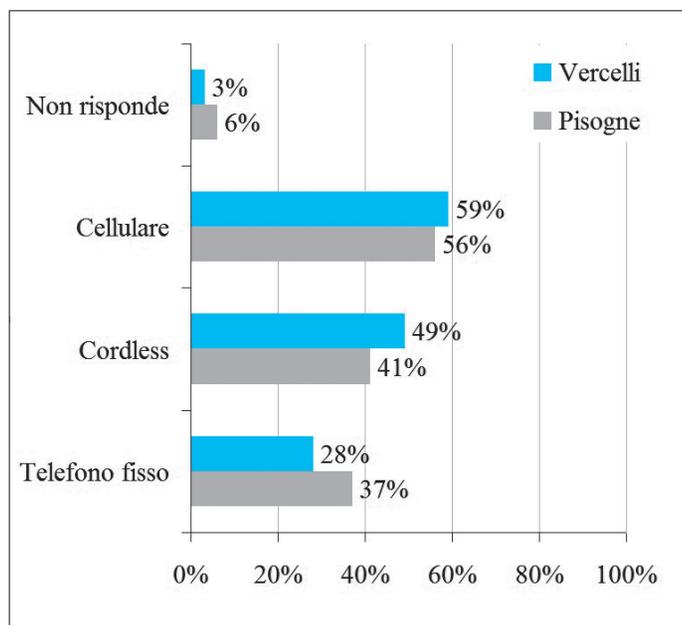
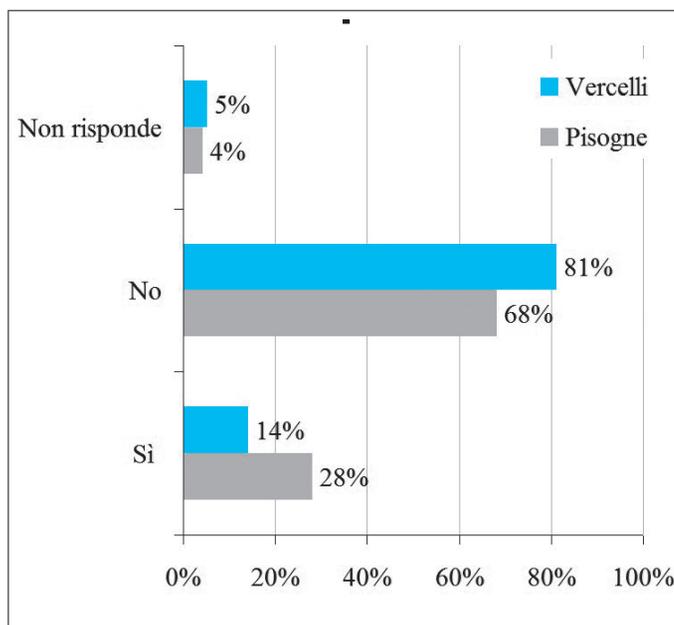


grafico 5

Sai cosa sia il SAR ovvero il tasso di assorbimento del tuo cellulare?



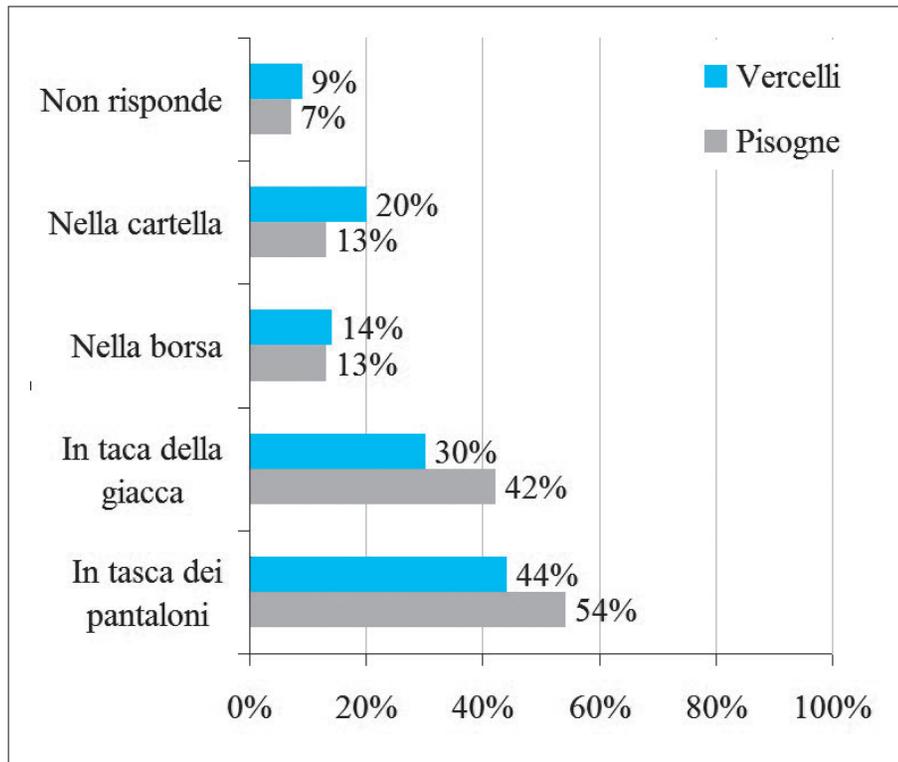
fettuare operazioni banali come regolare il termostato di casa o consultare il meteo o la programmazione cinematografica). La scuola sta attuando scelte che volgono in alcuni casi alla completa e in altri alla parziale digitalizzazione: LIM, classi sperimentali senza libri che utilizzano tablet e molto altro. Sicuramente l'uso dei dispositivi digitali va "regolamentato" e vanno forniti ai genitori strumenti psicopedagogici idonei a far sì che lo strumento non diventi morboso; ma ritenendo inevitabile l'utilizzo anche prolungato di questi dispositivi da parte dei nostri ragazzi di-

venta indispensabile cercare di insegnare loro le modalità di corretto utilizzo, che riducano il più possibile l'esposizione ai campi elettromagnetici del loro delicato organismo in crescita. Diversi gli studi che hanno tentato di indagarne l'utilizzo^{2,4,14-16}; i dati che emergono, in termini di quanti ragazzi lo utilizzano durante le scuole medie, sono sostanzialmente sovrapponibili a quanto da noi evidenziato, come anche l'età media di acquisizione del primo cellulare intorno ai 7 anni. Molto interessante appare la mappa concettuale (grafico 1) che è sta-

ta elaborata da una classe della scuola media di Pisogne (la classe II della frazione di Gratacasolo), che delinea quale mondo si apra alla mente dei ragazzi, quando utilizzano il cellulare. Si conferma il dato già riportato da diversi Autori^{3,17} di come il cellulare sia vissuto come una appendice del loro agire, un oggetto di cui non possono più fare a meno, poiché ritengono grave la punizione, data dal genitore quando lo requisisce. È un modo di interagire che li fa sentire meno soli, è un passatempo che consente loro di sentirsi in compagnia quando

grafico 6

Dove tieni il cellulare di giorno?



fanno i compiti, mediante il quale concordano le uscite via sms. Nell'indagine sociologica pubblicata recentemente sulla rivista *Medico e Bambino*¹⁷, il cellulare diviene una sorta di diario multimediale dove segnare appuntamenti, raccogliere impressioni, archiviare dati e fotografie, il cellulare è vissuto quasi come una estensione del proprio corpo.

Ricordando che i ragazzi apprendono più da quel che vedono fare che da quel che gli si insegna, progetti come questo hanno come obiettivo non solo quello di trasmettere le informazioni ai ragazzi, ma anche coinvolgere il mondo degli adulti, che ruota intorno ai ragazzi (famiglia, docenti), in modo che il cambiamento dello stile di vita permetta il graduale miglioramento nella modalità quotidiana di utilizzo di uno strumento, come il cellulare. Sarebbe utile, oltre a promuovere progetti scolastici di questo tipo, anche poter rivalutare le risposte ai questionari dopo l'intervento educativo in modo da evidenziare eventuali cambiamenti comportamentali nell'utilizzo del cellulare.

Infine, con l'obiettivo di colmare le lacune generazionali degli immigrati e tardivi digitali e aumentare la consapevolezza dei diversi strumenti che l'era digitale offre ai nativi digitali, riteniamo sia importante promuovere e divulgare questo progetto, così come il progetto "Usale non farti

Usare" promosso dal Centro per la Salute del Bambino¹⁸ nell'ambito delle scuole insieme a genitori, insegnanti, alunni e operatori sanitari (igienisti e assistenti sanitari).

Ringraziamenti: le insegnanti della scuola media Tenente Corna Pellegrini, Pisogne (in particolare prof.ssa Giulia Grandi), ISDE Brescia (dr. Celestino Panizza, per il supporto nella fase iniziale dell'elaborazione del progetto). Gli insegnanti delle scuole medie Lanino e Avogadro di Vercelli (in particolare la prof.ssa C. Vergerio per la realizzazione del video), Massimiliano Polesel e Sara Adda (ARPA Piemonte) e Raffaella Scaccioni e collaboratori (SC Prevenzione ASL VC).

Corrispondenza

dssabriscioli@libero.it

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

1. Prensky M. Digital Natives, Digital Immigrants. Part I and 2, on *Horizon* 2001; 9(5-6):1-6.
2. Gui M. Indagine sull'uso dei nuovi media

tra gli studenti delle scuole medie lombarde, Università Milano-Bicocca, Dipartimento Sociologia e Scienze Sociali, 2013.

3. Andreoli V. *La vita digitale*. Rizzoli 2007.

4. Commissione europea sulle telecomunicazioni. Dati 2009 in: http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/opinions_layman/en/electromagnetic-fields/.

5. Eurispes 2012. Sintesi Indagine Conoscitiva Infanzia e Adolescenza in Italia, 2012.

6. Tamburlini G, Balbinot V. Tecnologie digitali e bambini. *Medico e Bambino* 2015; 34:31-38.

7. Council on Communications and Media, Brown A, Media use by children younger than 2 years. *Pediatrics* 2011;128(5):1040-5.

8. Nunez-Smith M, Wolf E, Huang HM, et al. Media and child and adolescent health: A Systematic Review. Washington, DC: Common Sense Media, 2008.

9. Gentzkow M, Shapiro M. Does television rot your brain? New evidence from the coleman study. University of Chicago, 2006.

10. Young K. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and Behaviour*, Vol 1, No. 3, 2009.

11. APPLE. Le 10 regole. <http://www.applelettrosmog.it/admin/uploaded/allegati/18.pdf>.

12. Staglianò R. *Toglietvelo dalla testa*. Ed. Chiarelettere, 2012.

13. Video disponibile in: http://www.aslvc.piemonte.it/images/downloads/prevenz/dwd/Promozione_Salute/Cellulare_per_molto_ma_non_per_tutto.avi.

14. Redmayne M. New Zealand adolescents' cellphone and cordless phone user-habits: are they at increased risk of brain tumours already?: a cross-sectional study. *Environmental Health* 2013,12:5.

15. Hassoy H, Durusoy R, Karababa AO. Adolescents' risk perceptions on mobile phones and their base stations, their trust to authorities and incivility in using mobile phones: a cross-sectional survey on 2240 high school students in Izmir, Turkey *Environmental Health* 2013,12:10.

16. Rapporto studio JAMES: Giovani, Media, Svizzera 2012. I nativi digitali: Come usa internet la generazione di internet. Indagine di TA-Swizz, Centro per la valutazione delle scelte tecnologiche. Rapporto sui risultati dello studio James 2012. http://www.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/psychologie/Downloads/Forschung/JAMES/JAMES_2013/Rapporto_JAMES_2012.pdf.

17. Qualizza G. Giovani e nuovi media: pratiche di consumo digitale e dinamiche relazionali. *Medico e Bambino* 2012;31: 639-46.

18. Usale non farti Usare: Progetto per un responsabile e corretto utilizzo delle tecnologie digitali. Materiale e percorsi didattici per insegnanti, 2013.

Appunti e spunti sugli screening in neonatologia e pediatria

Carlo Corchia

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

Il Forum dedicato agli *screening* in neonatologia e pediatria si conclude qui, dopo averci accompagnato per un anno con la pubblicazione di cinque contributi e tre lettere. L'intenzione iniziale era quella di affrontare alcuni temi "caldi" sull'argomento, legati sia ad aspetti organizzativi/gestionali che alle nuove conoscenze e alle attuali possibilità diagnostiche. L'obiettivo credo sia stato raggiunto, con un risultato quanto mai interessante e spero anche utile per mettere a fuoco i principali elementi di riflessione sull'argomento e per ricostruire, su basi nuove, il *modus sentiendi et operandi* di noi pediatri. Nei vari interventi sono stati spesso citati i criteri-guida dell'OMS per gli *screening* di popolazione, pubblicati ormai quasi 50 anni fa da Wilson e Jungner (tabella 1). A distanza di mezzo secolo la validità di questi criteri come *gold standard* per i programmi di *screening* viene ancora riconosciuta. Tuttavia, la stessa OMS ritiene sia necessario aggiornarli e integrarli tenendo conto delle attuali possibilità diagnostiche e in parte anche terapeutiche di un numero sempre crescente di malattie genetiche.

Alcuni di questi nuovi criteri, che vanno ad aggiungersi a quelli classici di Wilson e Jungner, sono illustrati nella tabella 2¹. I criteri *standard* e quelli più recenti sono facilmente condivisibili se considerati uno alla volta; i problemi sorgono allorché si tratti di integrarli, con processi decisionali espliciti, all'interno di politiche sanitarie preventive globali, allo scopo di bilanciare le diverse prospettive (p.e. individuo vs popolazione), mettere a confronto differenti alternative (p.e. *screening* vs cure cliniche di routine), considerare se all'implementazione di uno *screening* in un dato contesto fa seguito il conseguimento dei benefici attesi, e assicurare l'esistenza di attività regolatorie e di governo clinico².

Di particolare interesse è la difficoltà, sempre più attuale ed evidente, di trovare elementi di accordo tra i punti di vista e gli interessi del singolo individuo e quelli della popolazione nel suo complesso, in un contesto in cui il vecchio modello di

medicina paternalistica appare superato. Infatti, mentre l'attenzione del singolo si concentra prevalentemente sulla gravità della malattia e sulla mortalità e disabilità a essa collegate, a livello di popolazione assumono maggiore rilevanza l'incidenza, la prevalenza, il carico (*burden*) di malattia e il grado di priorità rispetto ad altre patologie.

Una sintesi

Quattro dei cinque contributi e le tre lettere inviate al Forum hanno avuto per oggetto specifiche patologie, giudicate rilevanti per l'impatto sulla salute della popolazione e/o di specifici gruppi di individui, per le attuali possibilità diagnostiche e terapeutiche/preventive, e per i molti aspetti relativi all'attività degli operatori della sanità e all'organizzazione dei servizi sanitari; si tratta di fibrosi cistica (FC), malattie del metabolismo e ipercolesterolemia familiare (IF). A questi contributi se n'è aggiunto uno riguardante la comunicazione all'interno delle attività di *screening*. In tutti sono rilevabili alcuni elementi comuni di carattere generale, il primo dei quali è proprio quello della comunicazione. Baronciani ha affrontato specificamente il tema (*Quaderni acp* 2015;22:232-35) dicendoci che la comunicazione, nell'ambito di un programma di *screening*, deve prevedere un momento rivolto alla popolazione e uno rivolto alla singola persona, nel nostro caso ai genitori del bambino. Ci ha detto inoltre che momenti di comunicazione, contenenti tutte le motivazioni del caso, vanno previsti anche quando si sia deciso di non offrire lo *screening*; questo aspetto è particolarmente rilevante in presenza di informazioni sui mezzi di comunicazione di massa tali da indurre le persone a ritenere che lo *screening* sia invece utile per la propria salute. Una comunicazione corretta, infine, è particolarmente necessaria negli scenari contemporanei in cui si è inserito il tema del diritto all'informazione indipendentemente dalle possibilità terapeutiche accanto a quello tradizionale della possibilità di diagno-

si in fase preclinica e di modifica della storia naturale della malattia. Quello dei diritti, incluso il diritto a sapere, è un tema particolarmente delicato e investe ambiti etici e bio-etici che questo Forum non ha inteso affrontare in forma diretta. L'argomento tuttavia è rientrato, come si usa dire, per la finestra e si è manifestato, spesso in maniera diversificata, in più o meno tutti i contributi.

Magazzù, in accordo con molta letteratura contemporanea, si chiede se lo *screening* per la FC non debba essere annoverato tra i basilari diritti umani (*Quaderni acp* 2015;22:22-3). Nel nostro Paese esiste una Legge dell'ormai lontano 1993, la 548/93, che all'art. 2 recita testualmente: «*Ai fini della prevenzione e della diagnosi precoce della fibrosi cistica e delle sue complicanze, le regioni indicano alle unità sanitarie locali [...] gli interventi operativi più idonei per [...] adottare strategie di diagnosi precoce per tutti i nati.*»

La legge non cita la parola "screening" e lascia (o lascerebbe) pertanto spazio a modalità di diagnosi precoce diverse dallo *screening*. Da allora sono passati oltre vent'anni, durante i quali moltissime conoscenze, soprattutto nel campo della diagnosi genetica, sono state acquisite, tanto che ormai si parla non solo più di *screening* dei neonati con FC ma anche di ricerca dello stato di portatore nella popolazione, con programmi già promossi negli USA, in Australia e in alcune parti dell'Europa³. Nel suo articolo Magazzù ci informa di una situazione italiana a macchia di leopardo, esistendo regioni, in questo caso non solo meridionali, in cui lo *screening* per la FC non è stato ancora avviato. Anche Del Rizzo e coll. hanno sfiorato il tema dei diritti parlando degli aspetti bioetici connessi allo *screening* allargato per le malattie metaboliche (*Quaderni acp* 2015;22:70-74).

La domanda fondamentale che gli Autori si pongono e che rimanda ai criteri di Wilson e Jungner è se bisogna screenare tutto ciò che si può misurare o soltanto ciò che si conosce bene e si può efficacemente curare. Le risposte rischiano di essere solo opinioni, e infatti sono anche

molto diverse tra loro, in buona parte o soprattutto a causa della difficoltà di basarsi sulla *evidence based medicine* quando si ha a che fare con malattie rare. Pertanto, poiché può essere difficile predire la prognosi del singolo paziente, la domanda che Del Rizzo e coll. si pongono è «*se sia etico diagnosticare una malattia metabolica in un neonato, annunciarla alla famiglia con l'ansia e il bisogno di informazione e di sostegno che ne deriva, senza poter offrire una prognosi chiara e soprattutto una terapia completamente efficace; e ancora, se sia etico "etichettare" un neonato come affetto da una malattia rara, con la medicalizzazione che ne consegue, senza sapere se effettivamente quell'individuo presenterà dei sintomi clinici*». Non è pertanto facile dare risposte che abbiano valore universale, come è stato anche recentemente ricordato, insieme a numerosi altri aspetti, in una tavola rotonda sugli *screening* per le malattie metaboliche ereditarie, svoltasi nel gennaio 2015 e pubblicata su *Prospettive in Pediatria*⁴. Muoversi sul terreno dei diritti è come camminare su un pavimento ricoperto da biglie di vetro; rimanere in piedi è quasi impossibile. Se si decidesse comunque di affrontare l'impresa, bisognerebbe prima avere consapevolezza della natura "cumulativa" dei diritti nelle società moderne (è difficile che a fronte del riconoscimento di "nuovi diritti" venga disconosciuto qualcuno di quelli già riconosciuti), della posizione, non necessariamente coincidente con quella della popolazione nel suo complesso, dei vari portatori d'interessi coinvolti (categorie professionali, industria, mondo del lavoro, associazioni di pazienti - queste ultime molto agguerrite nella loro attività di *lobbying* - ecc.), della disponibilità di risorse e di come allocare queste risorse ai settori dove è massimo il vantaggio per tutta la società.

Un altro tema affrontato nel Forum, sollevato in particolare nell'intervento di Conti Nibali è quello dei rapporti tra pediatra di famiglia e Centro specialistico che segue il bambino nel *follow-up* dopo la diagnosi di malattia (*Quaderni acp* 2014;21:257-9). La domanda, riguardante nello specifico la FC, è se i bambini diagnosticati con lo *screening* debbano essere avviati fin da subito a un programma di controllo con annesso ricovero presso un Centro specializzato o non possano invece essere seguiti dal loro pediatra, che si presuppone competente a farlo, come avviene per tutti gli altri bambini; in questo scenario il

tabella 1

Criteri di Wilson e Jungner per gli screening di malattie

- La condizione patologica ricercata deve essere un importante problema di salute
- Deve esistere un trattamento ben stabilito per i pazienti affetti dalla malattia
- Devono essere disponibili risorse e strutture per diagnosi e terapia
- Deve esserci un riconoscibile stadio latente o sintomatico precoce
- Deve essere disponibile un adeguato test o esame diagnostico
- Il test deve essere accettato dalla popolazione
- Deve essere adeguatamente compresa la storia naturale della malattia, incluso il passaggio dalla fase latente a quella delle manifestazioni cliniche conclamate
- Deve esistere consenso su quali soggetti trattare come pazienti
- Il costo per l'individuazione dei casi (incluso quello per la diagnosi e il trattamento dei pazienti diagnosticati) deve essere economicamente conveniente rispetto al costo complessivo previsto per le cure mediche
- Lo *screening* deve essere programmato come un processo continuo e non come un progetto sporadico

tabella 2

Sintesi di alcuni criteri aggiuntivi a quelli di Wilson e Jungner per i programmi di screening¹

- Il programma di *screening* deve rispondere a una necessità riconosciuta
- Gli obiettivi dello *screening* devono essere definiti fin dall'avvio del programma
- Deve essere definita qual è la popolazione bersaglio
- Deve esserci l'evidenza scientifica dell'efficacia (*effectiveness*) del programma di *screening*
- Il programma deve includere la formazione, i test, i servizi clinici e le modalità di gestione dell'intero processo
- Deve esserci un programma di valutazione della qualità, con meccanismi per minimizzare i potenziali rischi dello *screening*
- Il programma deve includere l'espressione del consenso informato e deve garantire la riservatezza e il rispetto per l'autonomia
- Il programma deve promuovere l'equità e la possibilità di accesso allo *screening* per tutta la popolazione bersaglio
- La valutazione del programma va pianificata fin dal momento del suo avvio
- I benefici complessivi dello *screening* devono essere superiori ai possibili danni

ricorso al Centro specialistico dovrebbe essere più morbido e comunque mediato dal pediatra, per evitare un'eccessiva medicalizzazione e per favorire i processi relazionali genitori-bambino. Magazzù sembra concordare solo in parte con questa visione, quando, pur riconoscendo l'importanza del coinvolgimento del pediatra di famiglia e l'utilizzo di protocolli comuni e condivisi, ritiene necessaria la presa in carico immediata da parte dei Centri sia dei bambini diagnosticati, con l'applicazione di un protocollo intensivo che non vanifichi i benefici della diagnosi precoce, che di quelli con risultati dubbi. Sulla necessità di un rapporto proficuo tra pediatra di famiglia e Centri per FC concordano anche Repetto (*Quaderni acp* 2015;22:254), Gagliardini e Cirilli (*Quaderni acp* 2015;22:254-5) e Colombo e Nobili (*Quaderni acp* 2015;22:255). L'ultimo tema, affrontato da Buonomo e coll. (*Quaderni acp* 2015;22:121-3), è

quello relativo allo *screening* per IF, un problema (non una malattia!) non nuovo ma ancora poco conosciuto dai pediatri italiani e potenzialmente molto rilevante per le ricadute sulla salute dei futuri adulti. Lo *screening* proposto non riguarda in questo caso i neonati, ma i bambini da 5 anni in poi e non è mirato all'individuazione di soggetti malati, ma di quelli a elevato rischio di sviluppare una malattia cardiovascolare solo molti anni dopo, a volte dopo decenni. Poiché le malattie cardiovascolari sono una delle principali cause di morte e di disabilità degli adulti, soprattutto dei giovani adulti, la possibilità di prevenirle avrebbe una importante ricaduta positiva sulla salute dei singoli e della collettività. Le difficoltà in questo caso non nascono dal test (un semplice dosaggio del colesterolo totale, LDL ed HDL, eventualmente seguito da un'analisi genetica), ma dal fatto che non viene diagnosticata una malattia,

bensi una condizione di rischio per una possibile malattia futura (malattia che in alcuni soggetti portatori della condizione - sconosciuti - non si svilupperà mai), e che nei soggetti riconosciuti a rischio va instaurata una terapia di lunghissima durata e potenzialmente non priva di effetti collaterali.

Alcune considerazioni

Fibrosi cistica

I benefici dello *screening* neonatale sullo stato nutrizionale e sull'accrescimento dei soggetti affetti sembrano ormai appurati, mentre meno chiari sono i vantaggi sugli esiti polmonari, almeno a stare ai pochi studi clinici randomizzati effettuati⁵. Alcuni studi osservazionali di coorte hanno comunque rilevato una migliore funzione polmonare, anche a distanza, nei bambini diagnosticati con *screening* rispetto a quelli diagnosticati clinicamente⁶. Per quanto riguarda la sopravvivenza, un recente articolo in cui sono stati utilizzati i dati del *Cystic Fibrosis Foundation Patient Registry* negli USA ha riportato una diminuzione della mortalità dell'1,8% all'anno tra il 2000 e il 2010 e ha stimato una sopravvivenza attesa mediana dei bambini nati nel 2010 di 37 anni per le femmine e di 40 anni per i maschi se la mortalità continuasse a essere quella osservata nel 2010, e di più di 50 anni se vi fosse un'ulteriore diminuzione della mortalità pari a quella riscontrata tra il 2000 e il 2010⁷. Negli stessi anni la percentuale di pazienti con FC diagnosticati con *screening* è passata dall'8% al 57,5%, ma è impossibile dire quanta parte dell'aumento di sopravvivenza sia in relazione con questo aumento; i risultati di alcuni studi di coorte non più tanto recenti sembrano comunque indicare l'esistenza di un vantaggio nel caso di una diagnosi molto precoce mediante lo *screening*⁸.

Con lo *screening* vengono anche individuati quei bambini (circa il 25% dei positivi) per i quali viene ora utilizzato il termine *Cystic Fibrosis Screen Positive - Inconclusive Diagnosis* (CFSPID), come hanno ricordato nei loro interventi Repetto e Gagliardini e Cirilli. Sono latenti positivi al test di *screening*, che però non soddisfano i criteri diagnostici per FC, perché presentano un test del sudore ripetutamente *borderline* e una o due mutazioni non classificate come causanti FC. Questi bambini spesso ricevono un'etichetta di malattia nonostante non

siano malati e non presentino segni clinici di FC almeno nei primi due anni di vita. Molto recentemente è stato, tuttavia, riportato che nell'11% di questi casi è stata posta diagnosi di FC entro 3 anni di età⁹. Si tratta quindi di bimbi che vanno seguiti con "attenta vigilanza" in maniera congiunta dal pediatra di famiglia e dal Centro FC e per i quali è probabilmente utile ripetere gli approfondimenti diagnostici dopo i primi 2 anni.

Screening metabolico allargato

Le pressioni per l'attuazione su scala nazionale dello *screening* allargato per le malattie metaboliche sono molto forti, probabilmente perché molti sono i soggetti coinvolti con interessi di vario tipo. Quanto queste pressioni rispondano a una reale esigenza di salute per la popolazione nel suo insieme e anche per le varie categorie di malati è difficile da appurare. Spesso l'attivismo delle associazioni dei malati tende ad aumentare la percezione diffusa dei vantaggi dello *screening*⁴; i professionisti e i ricercatori sono portati a sopravvalutare, in rapporto ad altri aspetti della salute, il proprio ambito di attività e di interesse; l'industria ha motivo di incrementare l'utilizzo di nuove tecnologie; infine il decisore politico e a seguire l'amministratore dei servizi sanitari sono chiamati a decidere cercando di bilanciare le varie esigenze, tenendo anche conto degli aspetti connessi all'andamento dell'economia e dell'occupazione. Sta di fatto che il panorama, anche internazionale, dello *screening* metabolico allargato è quanto mai variegato. Da una indagine europea è emerso che la mediana del numero di malattie inserite nei panels diagnostici di 37 Paesi è pari a 3, con intervallo min-max di 1-29^{4,10,11}. Perché queste differenze? E perché Paesi come la Gran Bretagna e la Francia, con standard socio-sanitari ed economici non molto dissimili dai nostri, prevedono lo *screening*, rispettivamente, solo per 5 e 7 malattie? C'è qualcosa che non torna. Quando ci si trova di fronte a queste discrepanze il sospetto, direi quasi la certezza, è che le decisioni e i comportamenti non si basino su prove scientifiche ma su elementi di altro genere, analogamente a quanto accade, per esempio, per il taglio cesareo, come abbiamo visto in un Forum precedente. La situazione in Italia è attualmente la seguente: otto Centri di *screening*, che nel 2013 hanno analizzato i campioni di quasi 160.000 neonati riscontrando 58 casi di malattia

in totale tra aminoacidopatie, organico-acidemie e difetti della beta-ossidazione (1:2739 nati)⁴; una bozza di decreto del ministro della Salute per l'istituzione di un programma di *screening* metabolico esteso a ben 53 malattie, bozza approntata a maggio scorso e inviata alla conferenza Stato-Regioni, dove a questo momento (inizio ottobre 2015) il decreto è ancora bloccato per mancato accordo sulla obbligatorietà o meno dello *screening*; alcuni rilievi mossi dall'autorità garante per la privacy relativamente al consenso informato e alla riservatezza dei dati. Nel frattempo qualcuno ritiene sia a rischio il "diritto di *screening*" neonatale nel nostro Paese (Ruggiero Corcella sulle pagine sanità del *Corriere della Sera* del 27 maggio 2015, che riporta le preoccupazioni delle associazioni dei pazienti), o cerca di salire sul carro sostenendo che lo *screening* neonatale va esteso anche alle immunodeficienze primitive (Daniela Scaramuccia su *Sanità24* del 20 luglio 2015). Inoltre, mentre il costo annuale previsto per lo *screening* su tutti i nati è di 25 milioni di €, teoricamente ve ne sono disponibili solo 15, 5 previsti nella legge di stabilità del 2013 e altri 10 in quella del 2014. E poi? Senza contare che questa previsione di spesa riguarda solo l'effettuazione dello *screening*, ma non vi rientrano altri aspetti quali l'organizzazione della rete, il giusto dimensionamento dei Centri, la dotazione tecnologica e di personale, la formazione degli operatori, l'iter successivo alla diagnosi e la presa in carico dei pazienti per il trattamento e il *follow-up*.

Ipercolesterolemia familiare

Lo scenario per l'IF differisce da quello per la FC e le malattie del metabolismo perché lo *screening* non riguarda i neonati, ma soprattutto perché si tratta di diagnosticare non una malattia aggredibile immediatamente con una terapia efficace, ma di evidenziare una condizione di rischio per patologie che si presenterebbero solo dopo molti anni. Per quanto il rischio possa essere molto elevato, anche fino a 20 volte superiore a quello della popolazione generale, con una probabilità di eventi cardiovascolari del 50% negli uomini a 50 anni e del 30% nelle donne a 60 anni, non vi è comunque la certezza della presenza della malattia o della sua possibile comparsa in tempi brevi. È pertanto diversa la percezione del problema da parte dei soggetti interessati. In merito alle risorse terapeutiche

per abbassare l'ipercolesterolemia, che in questo contesto assumono la caratteristica di interventi preventivi, se pure è da ritenersi difficile far seguire una dieta a un bambino, soprattutto quando si pensi alle abitudini alimentari della famiglia, alle mense scolastiche e ad altri momenti di socialità, ancora più problematica è la somministrazione di statine. Nonostante questi farmaci si siano dimostrati efficaci per abbassare i livelli di lipidi nei bambini con IF senza importanti effetti collaterali a breve termine, danni epatici in particolare, e senza che finora siano stati riportati casi di rabdomiolisi, una complicanza osservata nell'adulto, la sicurezza del loro impiego a lungo termine non è ancora nota^{12,13}. Pur con tutti questi punti ancora non chiari va riconosciuto che lo stato di portatore di IF è molto frequente e che la patologia a esso associata rappresenta un rilevante carico di malattia per i singoli e la società, anche se non in età pediatrica¹⁴. Privare le persone interessate di un possibile beneficio in attesa che vengano effettuati dei trials con *follow-up* lunghissimo appare difficilmente proponibile; altri tipi di studi e di programmi di sorveglianza possono essere utili per dirimere i dubbi tutt'ora esistenti.

Conclusioni

Molte novità sugli *screening* in pediatria non hanno potuto trovare spazio in questo Forum, tra cui quella riguardante la proposta di *screening* dei disordini dello spettro autistico nell'ambulatorio del pediatra, argomento di cui l'ACP si occupa attivamente, promuovendo dibattiti e formazione, oltre a collaborare

alla realizzazione di eventi informativi e divulgativi.

Per concludere, vorrei ricordare e sottolineare altri due messaggi emersi nel Forum:

- attenzione a non dare per scontato che un bambino negativo a un test di *screening* per una malattia, ma che presenti in seguito sintomi evocatori o di allarme per la stessa malattia, non ne sia realmente affetto, perché si può trattare di un falso negativo o di un caso di manifestazione tardiva dei sintomi e dell'alterazione biochimica;
- i bambini in trattamento con statine vanno attentamente monitorati e seguiti fin nell'età adulta.

Corrispondenza

corchiacarlo@virgilio.it

L'Autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

1. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bull World Health Organ* 2008;86:317-9.

2. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Costea I. Guiding policy decisions for genetic screening: developing a systematic and transparent approach. *Public Health Genomics* 2011;14:9-16.

3. Massie J, Castellani C, Grody WW. Carrier screening for cystic fibrosis in the new era of medications that restore CFTR function. *Lancet* 2014;383:923-5.

4. Andria, Sereni F (a cura di). Programmi di screening neonatale per malattie meta-

boliche ereditarie. *Prospettive in Pediatria* 2015; 45:143-59.

5. Southern KW, Mérelle MME, Dankert-Roelse JE, Nagelkerke AD. Newborn screening for cystic fibrosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1:CD001402.

6. Castellani C, Southern KW, Brownlee K, et al. European best practice guidelines for cystic fibrosis neonatal screening. *J Cyst Fibros* 2009;8:153-73.

7. MacKenzie T, Gifford AH, Sabadosa KA, et al. Longevity of patients with cystic fibrosis in 2000 to 2010 and beyond: survival analysis of the Cystic Fibrosis Foundation Patient Registry. *Ann Intern Med* 2014;161: 233-41.

8. Dankert-Roelse J, Mérelle ME. Review of outcomes of neonatal screening for cystic fibrosis versus non-screening in Europe. *J Pediatr* 2005;147:S15-S20.

9. Ooi CY, Castellani C, Keenan K, et al. Inconclusive diagnosis of cystic fibrosis after newborn screening. *Pediatrics* 2015;135: e1377-e1385.

10. Cornel MC, Rigter T, Weinreich S, et al. A framework to start the debate on neonatal screening policies in the EU: an expert opinion document. *Eur J Hum Genet* 2014; 22:12-7.

11. Istituto Superiore di Sanità. EU Tender on EU Newborn Screening Practices. <http://www.iss.it/cnmr/index.php?lang=1&id=1621&tipo=72> (ultimo accesso il 4/10/2015).

12. Vuorio A, Kuoppala J, Kovanen PT, et al. Statins for children with familial hypercholesterolemia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;7: CD006401.

13. Braamskamp MJAM, Kusters DM, Avis HJ, et al. Long-term statin treatment in children with familial hypercholesterolemia: more insight into tolerability and adherence. *Pediatr Drugs* 2015;17:159-66.

14. Vallejo-Vaz AJ, Kondapally Seshasai SR, Cole D, et al. Familial hypercholesterolemia: A global call to arms. *Atherosclerosis* 2015;243:257-9.

Ringraziamento ai revisori

Ringraziamo per il loro prezioso contributo come referee della rivista pr l'anno 2015 i seguenti colleghi: Silvano Bertelloni, Francesco Ciotti, Antonio Clavenna, Patrizia Elli, Franco Mazzini, Aurelio Nova, Patrizia Rogari, Giorgio Tamburlini.

Errata corrige

Nel numero di *Quaderni acp* 4/2015 nella rubrica "Lettere" a pagina 204 il titolo corretto della lettera a firma di Alessandra Sila è: "La seduzione di Peppa Pig e il diritto dei bambini a volare più in alto." Ci scusiamo con i lettori.

Il medico quale pubblico ufficiale o incaricato di un pubblico servizio: obblighi e responsabilità

Augusta Tognoni

Magistrato

The operator of a health care service has a social and public role as a public official or as an employee of a public service. He has obligations both with public administration and with judicial authority in the manner required by law.

L'esercente la professione sanitaria riveste un ruolo sociale-pubblico, quale pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, con doveri di collaborazione con la Pubblica Amministrazione e con l'Autorità Giudiziaria nei casi e con le modalità previste dalla legge.

La professione sanitaria ha natura pubblicistica; i medici svolgono un'attività sociale di pubblico interesse che comporta in molte situazioni la collaborazione con la Pubblica Amministrazione (PA) e l'Autorità Giudiziaria (AG). Agli effetti della legge penale sono pubblici ufficiali coloro che esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa con poteri autoritativi o certificativi (art. 357 c.p.).

Sono pubblici ufficiali:

- il Direttore Sanitario di un ospedale pubblico, al quale è riservata nell'organizzazione dell'istituto per il conseguimento dei fini pubblici una funzione primaria che si concretizza in una serie di poteri di autorità e direzione;
- i medici ospedalieri in quanto, indipendentemente dal ruolo ricoperto (primari, assistenti), cumulano mansioni di carattere strettamente diagnostico e terapeutico con l'esercizio di un'attività autoritaria, che impegna l'Ente dal quale dipendono (Cass. 4/3/2003, R.P. 2005,1593; Cass.13/11/2000, R.P. 2001,271);
- il medico di famiglia (sanitario che presta la sua opera a favore di un soggetto assistito nell'ambito del SSN), il quale compie una attività amministrativa disciplinata da norme di ordine pubblico, ma concorre anche a formare e a manifestare la volontà della PA in materia di pubblica assistenza sanitaria, esercitando in sua vece poteri autoritativi e certificativi con riferimento alla compilazione di ricette, impegnative di cura, ricoveri e attestazioni di malattia con effetti che incidono sul SSN e sulla collettività;
- il responsabile di un laboratorio convenzionato con il SSN (Cass. 10/3/1998, R.P. 1999,857);
- il medico che presta la sua opera presso

una casa di cura privata convenzionata con il SSN locale, in quanto concorre alla formazione della volontà dello Stato nella tutela della salute dell'assistito, esercitando in sua vece poteri autoritativi e certificativi (Cass. 13/11/2000, R.P. 2001,271).

Sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali a qualunque titolo prestano attività pubbliche prive di potestà di imperio e di certificazione (art. 358 c.p.): "prestazioni finalizzate all'espletamento di un servizio non essenziale all'ente pubblico, ma assunto nell'interesse della collettività" (Cass. 712/2004).

In sintesi: il problema della qualificazione soggettiva dei sanitari (pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio) deve essere risolto - recependo l'indirizzo della Corte di Cassazione - nell'ottica di attribuire la qualifica di pubblico ufficiale non già con riferimento all'intera funzione devoluta dalla legge al soggetto, bensì con riguardo ai caratteri propri e ai singoli momenti in cui l'attività stessa viene concretamente esercitata. Con il corollario che non sono pubblici ufficiali né incaricati di pubblico servizio i medici ospedalieri che svolgono attività diagnostica, terapeutica, consultiva *intra moenia*, data la natura tecnica delle prestazioni che non concorrono a formare o a manifestare la volontà della PA.

Obbligo di denuncia

I pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile d'ufficio devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla

quale il reato è attribuito (art. 331 c.p.p.).

La denuncia contiene l'esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia e le fonti di prova già note; deve essere presentata o trasmessa senza ritardo al Pubblico Ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria. L'omissione di denuncia da parte del pubblico ufficiale è sanzionata dall'art. 361 c.p.; l'omissione da parte dell'incaricato di un pubblico servizio è sanzionata dall'art. 362 c.p. Per gli esercenti la professione sanitaria è espressamente previsto l'obbligo del "referto" (art. 334 c.p.p.); l'omissione o ritardo di referto è sanzionata ex art. 365 c.p.

Referto

Il referto è la comunicazione scritta che il medico - il quale abbia prestato la sua opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio - ha l'obbligo di inviare entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al Pubblico Ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. È una notizia di reato "qualificata", perché l'obbligo del referto grava sulla persona che esercita una professione sanitaria; è l'atto con il quale il medico porta a conoscenza del Pubblico Ministero un fatto-reato.

Il referto deve essere dettagliato: deve essere indicata la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità e ogni elemento che serva a identificarla; devono essere precisati il luogo, il tempo e le circostanze dell'intervento; il medico deve fornire le notizie utili e gli elementi essenziali del fatto/delitto, i mezzi con i quali è stato commesso, gli effetti che ha causato o può causare: dati chiari che consentano all'AG di intraprendere i dovuti accertamenti.

Il sanitario deve avere prestato la propria attività in un caso che può presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio. La caratteristica della procedibilità d'ufficio può essere rapportata al concetto di gravità della lesione/patologia riscontrata

ta quale conseguenza di un delitto anche solo in termini di probabilità, non necessariamente di certezza. La valutazione del sanitario deve fondarsi non solo su ciò che emerge dal puro caso clinico del paziente o dai rilievi eseguiti, ma su ogni altra circostanza a lui nota; è importante una valutazione in concreto, non già in astratto.

A titolo esemplificativo: sussiste l'obbligo del referto nei delitti contro la vita e la persona (omicidio, lesioni gravi, violenza privata, sequestro di persona), nei delitti contro la famiglia (maltrattamenti, percosse all'interno di relazioni familiari, abbandono di minori, abbandono di incapaci). È bene sottolineare che, se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

Omissione di referto

L'omissione di referto è un reato proprio, nel senso che soggetto attivo del reato può essere solo chi esercita la professione sanitaria "principale" (medico, chirurgo, veterinario, farmacista) o ausiliaria (assistente sanitario, ostetrica, infermiera professionale); non hanno l'obbligo di referto coloro che esercitano un'arte sanitaria (esempio: odontotecnici, ottici, meccanici ortopedici). La norma (art. 365 c.p.) è finalizzata alla cooperazione con l'AG nell'ottica della repressione dei reati: oggetto specifico della tutela è l'interesse all'acquisizione della "notitia criminis" contenuta nel referto, atto che assolve a una funzione più importante rispetto alla generica denuncia, perché fornisce elementi tecnici di giudizio a brevissima distanza dalla commissione del reato, assumendo pertanto un valore insostituibile ai fini dell'indagine e dell'eventuale redazione di una successiva perizia medico-legale.

La norma è rigorosa, il tenore letterale della disposizione non consente dubbi di interpretazione: il medico gravato dell'obbligo di referto non può esimersi dalla comunicazione del fatto - reato all'AG; egli non può neppure valersi del segreto professionale nel caso sia chiamato a deporre davanti all'AG (giudice penale e giudice civile).

La sola eccezione all'obbligo del referto è prevista nel 2° comma dell'art. 365 c.p.: "la disposizione non si applica, quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale". Tre semplici ipotesi (attinte dalla giurisprudenza): dal quadro clinico e dai dati raccolti il sanitario deduce che l'assistito ha partecipato a una rissa, oppure che l'assistita ha commesso infanticidio,

oppure che il paziente si è procurato lesioni volontariamente per scopi illeciti. Commentando la "ratio" della deroga, si osserva in dottrina che il legislatore ha inteso dare priorità al diritto alla salute rispetto all'interesse pubblico dell'amministrazione della giustizia.

Segreto professionale

Non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto per ragioni del proprio ufficio o professione i medici, i chirurghi, i farmacisti, le ostetriche e ogni altro esercente la professione sanitaria (art. 200 c.p.p. sub c), salvi i casi in cui hanno l'obbligo di riferirne all'AG (obbligo di denuncia o di referto).

Con la considerazione che astenersi dal testimoniare è un diritto, non un obbligo. Con l'ulteriore precisazione che "se il giudice ha motivo di dubitare che la dichiarazione resa da tali persone per esimersi dal deporre sia infondata, provvede agli accertamenti necessari. Se risulta infondata, ordina che il testimone deponga."

Rivelazione e utilizzazione del segreto d'ufficio

Soggetti attivi del reato sono i pubblici dipendenti. Per il rispetto del dovere di segretezza le notizie d'ufficio devono rimanere segrete, se il pubblico ufficiale e l'incaricato di un pubblico servizio hanno l'obbligo giuridico di non rivelarle; il pubblico ufficiale può rivelare il segreto per esercitare il proprio diritto di difesa in giudizio o per l'adempimento di un dovere. Oggetto della tutela è il buon funzionamento della PA in relazione al pregiudizio che potrebbe subire nell'esercizio dell'attività amministrativa, legislativa e giudiziaria dalla rivelazione di un segreto d'ufficio.

Si è discusso in dottrina e giurisprudenza se le notizie contenute in una cartella clinica siano "segrete" o "riservate" e, quindi, escluse dalla previsione del reato.

In giurisprudenza si ritiene che non è configurabile il delitto di rivelazioni di segreti d'ufficio "nella condotta di divulgazione del contenuto di una cartella clinica di un paziente assistito in ospedale, in quanto la segretezza del relativo contenuto, pur sussistendo un interesse della PA alla custodia e alla conservazione della medesima, interessa esclusivamente il paziente cui si riferisce, tanto è vero che copia della cartella può legittimamente essere rilasciata in base ai criteri stabiliti

dalla amministrazione all'avente diritto, il quale potrebbe, senza violare alcuna norma, divulgarne il contenuto" (C 18/1/1999, Gdir. 1999, n 7,62).

In sintesi "la cartella clinica relativa allo stato di salute, essendo atto attinente a notizie riservate, non costituisce documento relativo a notizie d'ufficio destinate a rimanere segrete" (C 29/8/2002, Gdir. 2002,41,72).

Sono giuste cause imperative di rivelazione del segreto professionale:

- le denunce sanitarie obbligatorie, presentate all'Autorità sanitaria, con le quali si perseguono finalità di ordine clinico, statistico e preventivo;
- i certificati obbligatori che rappresentano attestazioni di un fatto di natura tecnica destinati a provare la verità in ordine a un evento di natura biologico-clinica, che si rilasciano al richiedente nel suo stesso interesse;
- il referto;
- la perizia, la consulenza tecnica, l'ispezione corporale ordinata dal giudice.

È una giusta causa permissiva il consenso dell'avente diritto, poiché il rispetto del segreto è un diritto personale dell'assistito. Il consenso deve essere informato, autentico, esplicito e libero.

È causa di giustificazione che esclude il reato l'esercizio da parte dell'esercente la professione del diritto di difesa in giudizio, garantito dall'art. 24 della Costituzione.

Conclusioni

I principi esposti sono uno schematico approccio alle problematiche riguardanti i doveri e le responsabilità degli esercenti la professione sanitaria in situazioni complesse che comportano spesso scelte professionali difficili sotto il profilo giuridico, umano, sociale, deontologico.

Le norme del codice penale devono essere integrate con le disposizioni del codice civile e del codice deontologico medico, che costituiscono giuridicamente un quadro interessante con spunti di riflessione e di approfondimento per la soluzione del caso concreto.

Corrispondenza

augusta.tognoni@gmail.com

Dialogo con la sociologia: quando il bambino si ammala

Sergio Davico, Paolo Fiammengo, Gianni Garrone, Paola Ghiotti, Chiara Guidoni, Antonietta Innocenti Torrini, Patrizia Levi, Lia Luzzatto, Maria Merlo, Monica Montingelli, Paolo Morgando, Gianna Patrucco, Ivo Picotto, Danielle Rollier

Gruppo ACP Ovest

This second dialogue with the Sociology is the result, as the previous one (The pediatrician in the face of new children, new parents, new educational problems, *Quaderni acp* 2015;4:185-8), of the comparison of the ACP Group West (ACPO) with the sociologists Anna Rosa Favretto and Francesca Zaltron and the two investigations that followed. It concerns the behavior and the difficulties of parents when the child is ill and shows the considerations made on the paediatrician's role and critical issues that the group want to share and on which would like to start a discussion within the ACP.

Questo secondo dialogo con la sociologia è frutto, come il precedente (Il pediatra di fronte ai nuovi bambini, ai nuovi genitori, ai nuovi problemi educativi, *Quaderni acp* 2015;4:185-8), del confronto del gruppo ACP Ovest (ACPO) con le sociologhe Anna Rosa Favretto e Francesca Zaltron e delle due ricerche che ne sono seguite*. Esso riguarda i comportamenti e le difficoltà dei genitori quando il bambino è malato e riporta le riflessioni maturate sul ruolo e su alcuni nodi del lavoro del pediatra che il gruppo desidera condividere e sulle quali vorrebbe avviare una discussione all'interno dell'ACP.

Una lettura sociologica

Il percorso da salute a malattia

Chi percepisce un malessere lo può considerare, almeno per un certo tempo, quasi fisiologico, qualcosa cioè di trascurabile o con cui si può convivere. Inizialmente tenta di dargli un senso attingendo alla sua filosofia di vita, alle sue esperienze di salute e malattia, alle sue conoscenze di medicina (può pensare, per esempio: "È lo stress; è che sto invecchiando; è l'aria condizionata; è che ho sudato; è che ho mangiato male; è l'inquinamento"). Queste "spiegazioni" influenzano il suo stesso modo di percepire il malessere, di parlarne con altri e, di conseguenza, il suo modo di affrontarlo, immaginandone il decorso e l'esito.

Può aspettare che il disturbo passi da solo, oppure può utilizzare rimedi "popolari" provenienti da saperi comuni (riposo o al contrario movimento, stare al caldo, fasciare, miele, tisane, aria di mare o di montagna ecc.) o anche rimedi di parafarmacia, magari propagandati dai media, o ancora medicine che gli sono già state prescritte per disturbi simili.

A un certo punto però comincia a considerare il malessere inquietante, un possibile sintomo più o meno allarmante e decide di andare da un esperto.

Può scegliere di consultare qualche medico di medicina cosiddetta alternativa, oppure il medico di base, il medico privato, il Pronto Soccorso o lo specialista. Il percorso dal sentirsi sano al sentirsi malato non è dunque preventivamente

delineato e uguale per tutti. Esso, al contrario, è segnato da vari step (ognuno dei quali apre alternative) che si succedono quando il paziente avverte che è stata superata una certa "soglia", un limite oltre il quale il malessere deve essere affrontato in modo differente. Tutto il complesso percorso che conduce dalla percezione di un malessere al sospetto di trovarsi di fronte a un sintomo, e poi all'individuazione di una patologia, alla cura e alla guarigione si costruisce all'interno della cultura dell'epoca, che definisce ciò che è normale e ciò che è patologico (vedi per esempio il differente modo di considerare, nelle varie società, l'obesità, l'iperattività, l'omosessualità, la masturbazione ecc.) e il modo di affrontarlo.

Si costruisce inoltre con l'apporto, in ogni passaggio, di numerose fonti di informazione (media, internet) e di numerosi personaggi (parenti, amici, persone rilevanti per il paziente) fra i quali, naturalmente, noi medici.

La malattia (cioè l'essere considerato, e il viverci, come malato) non è, dunque, un'esperienza solo organica né solo individuale, ma è un'esperienza costruita socialmente.

Il percorso da salute a malattia quando il paziente è un bambino

Il percorso dal malessere alla malattia alla guarigione è più complesso quando si tratta di bambini, cioè quando esso è di fatto mediato in vari modi dai *care givers*. L'autopercezione dei bambini e la loro capacità di segnalare i disturbi si strutturano nella relazione con gli adulti.

Ce ne accorgiamo, per esempio, di fronte a bambini che riferiscono cefalea o dolori addominali. Il loro malessere diventa un sintomo nel momento in cui è "preso sul serio" dai genitori. Oppure di fronte a quei bambini che, quando stanno male, chiedono di essere portati "dal dottore", dimostrando di avere appreso quali disturbi sono di pertinenza dei genitori e quali del medico.

* La prima ricerca dal titolo: "Genitori, bambini e pratiche quotidiane di cura. Il ruolo della pediatria nella costruzione delle rappresentazioni della genitorialità adeguata", è pubblicata sul sito: www.acpdell'ovest.it. Si tratta di una ricerca pilota, qualitativa, effettuata nel 2010 con interviste a genitori e pediatri, volta, attraverso l'analisi delle pratiche quotidiane relative a sonno, alimentazione e malattia, a cogliere quali sono le rappresentazioni di buon genitore e quale ruolo ha il pediatra nella loro costruzione. La seconda ricerca dal titolo: "Alla scoperta delle competenze infantili. I saperi e le pratiche dei bambini e degli adulti nei percorsi di salute e malattia", è pubblicata in: Favretto AR et al. *Mamma, non mi sento tanto bene*. Roma, Donzelli, 2013. Si tratta di una ricerca pilota, qualitativa, effettuata nel 2012 con interviste a genitori, pediatri, insegnanti e bambini, volta a cogliere cosa pensano i bambini quando si ammalano e quale ruolo viene loro assegnato all'interno della relazione terapeutica.

Le ricerche

I risultati delle ricerche^{1,2} ci aiutano a chiarire alcuni aspetti della costruzione del percorso salute-malattia dei nostri pazienti.

Le figure di riferimento: familiari e amici

Le mamme della prima ricerca parlano di numerosi personaggi, madri, zie, amiche, che forniscono loro pareri e consigli e che concorrono con loro a individuare la soglia oltre la quale un malessere deve essere preso in seria considerazione.

La ricerca, dunque, non conferma ciò che spesso pensiamo: che le mamme, nell'attuale famiglia nucleare, siano sole e non sostenute dall'esperienza e dal sapere dei "vecchi".

La difficoltà delle madri sembra un'altra: quella di orientarsi fra vari pareri spesso contrastanti e di prendersi la responsabilità della scelta finale (box 1). Sembra di capire che ai genitori di oggi manchi, dunque, non tanto l'accesso ai saperi comuni quanto la fiducia in essi, considerati frutto di una esperienza troppo scarsa, basati su una cultura antiquata e non aggiornata, facilmente in contrasto fra loro e facilmente fallibili (box 2).

Notiamo che in questa ricerca le pochissime mamme che citano la rete come possibile risorsa sembrano utilizzarla più a scopo informativo che orientativo.

Le figure di riferimento: i pediatri

Il sapere pediatrico gode di grande fiducia: se il singolo professionista non li convince, i genitori in genere non cercano rimedi alternativi, ma si rivolgono a un altro pediatra (Pronto Soccorso, privato); quando in famiglia esistono pareri contrastanti, il medico è interpellato come arbitro autorevole il cui parere mette fine a ogni discussione (box 3). I genitori considerano il pediatra non solo il tecnico che può fare diagnosi e terapia, ma un punto di riferimento importante con il quale co-costruire il benessere del figlio. Per questo desiderano trovare in lui la disponibilità ad accogliere, sdrammatizzare e contenere le loro ansie (box 4a); a insegnare come far crescere bene il figlio (box 4b); ad avere un rapporto personalizzato e aperto al dialogo (box 4c); a instaurare una buona relazione con i bambini (box 4d).

Quando la relazione con il pediatra non è soddisfacente, raramente i genitori discutono il problema con lui, consci dell'asimmetria di potere fra medico e

box 1

Molteplicità di attori e responsabilità decisionale

"Mio marito era a lavorare, c'era mia suocera che insisteva da una parte, mia mamma dall'altra". "Il brutto è che c'è la mamma, c'è la zia, la sorella, ma quando faccio una scelta la faccio io da sola, ed è difficile, io posso rischiare di sbagliare su di me, ma non su mio figlio [...] è pesante questa cosa".

box 2

Saperi comuni

"Ben vengano i consigli, ma se poi fai parlare troppo la mamma, la nonna, diventa un casino unico". "Quando ero bambino mi tenevano sotto le coperte. Il medico ha detto che può anche uscire. I genitori hanno esperienza, ma di 20-30 anni prima, le cose sono cambiate. Senz'altro il pediatra è la persona più indicata".

box 3

Il pediatra arbitro autorevole

"Ho detto più volte a mia madre di non fare questa cosa, che non andava bene. Se la bambina non si tirava su è perché non è pronta e non le fa nemmeno bene alle gambine. Quando mia madre ha detto questa cosa alla pediatra, la pediatra ha detto le stesse cose che avevo detto io. E non ci eravamo parlate! Mi sono sentita molto soddisfatta e l'intervento è servito".

box 4

Le aspettative dei genitori nei confronti del pediatra

(a) *"La mia pediatra, anche quando la chiamiamo per telefono, è sempre disponibile, ti calma le paure, ti dice subito cosa darle e mi dice che se l'indomani il bambino non sta meglio, glielo posso portare". "Se il bambino non è grave, ma si accorge che sono io che sono tesa, mi dice di portarglielo e questa cosa mi fa molto piacere".*

(b) *"Siamo rimasti delusi. Quando si diventa genitori un conto è leggere, un conto è avere il bambino. Pensavamo di avere più istruzioni, si fa così ...".*

"Alcune volte mi sarei aspettata un consiglio, un parere più esaustivo su qualcosa [...] perché una mamma ha bisogno, vuole sapere tutto, vuole diventare medico con tutte le informazioni che ci idanno loro". "Forse ci metterei qualcosina in più, soprattutto quando sono piccoli, nello spiegare le cose al genitore, poi sono d'accordo che se non mi dici niente è perché sta crescendo bene, sta facendo tutto quello che deve fare, però tante volte mi rendo conto che non so neanche quello che dovrebbe fare".

(c) *"Il medico dovrebbe avere l'umiltà e la professionalità per avvicinarsi a me. Lui deve arrivare abbastanza vicino perché io lo possa capire". "A volte noi genitori ci accorgiamo di cose che un altro non vede".*

(d) *"I bambini sono contenti quando vanno dal pediatra. Tra il pediatra e mio figlio c'è un rapporto di complicità, è stato capace di conquistare la sua fiducia. Quando lo visita, non è che gli sente il cuore, gli tiene la mano, lo accarezza".*

"Della mia pediatra mi piace il rapporto con il bambino molto attento, molto delicato. Portavo mia nipote dalla sua pediatra e la maneggiava come un oggetto".

paziente. Più spesso o cambiano medico o limitano il rapporto ("Credo che lo sappia che l'allatto la notte, ma non è un nostro argomento").

Il ruolo del bambino durante la visita

Le due ricerche esplorano il ruolo assegnato al bambino durante la visita, cioè quanto il bambino è messo al centro della relazione terapeutica oppure ai suoi margini. I pediatri si comportano

in modi molto differenti fra loro: c'è chi relega il bambino in disparte, occupandosi di lui solo durante l'esame obiettivo e parlando quasi solo con i genitori; chi privilegia il rapporto con il bambino e, se solo fosse possibile, farebbe volentieri a meno delle mamme; chi coinvolge sia i genitori che il bambino; chi parla con il bambino prevalentemente per conoscere i sintomi o per ottenerne la compliance; chi si preoccupa anche di come il bambino vive la visita (box 5). Questi diversi modi di porsi di fronte al bam-

bino hanno alla loro radice diversi modi di considerarlo. Chi lo mette al centro della relazione terapeutica lo considera un soggetto competente, capace di partecipare attivamente (anche se a suo modo) al processo di co-costruzione del percorso salute-malattia; chi lo relega ai margini lo considera prevalentemente un corpo “muto” (cioè senza voce sociale), da accudire, diagnosticare e curare (sia pure con interesse e partecipazione). I bambini, raccontando le loro esperienze con il pediatra, confermano l'esistenza di approcci differenti. Alcuni, non coinvolti nella visita, percepiscono con chiarezza la loro esclusione e se ne lamentano (box 6).

Riflessioni

La sfiducia nei saperi comuni

La diffusa sfiducia dei genitori nei saperi comuni, che riempie gli ambulatori di bambini con patologie banali, ha radici complesse, ma è anche in parte alimentata dai pediatri. Ricordiamo tutti alcune “invasioni di campo” della Pediatria, per esempio nell'ambito della nascita, dell'allattamento, dello svezzamento, che hanno sostituito, squalificandole, pratiche e saperi comuni. Solo recentemente i pediatri (anche se non tutti!) stanno rivalutando il cosiddetto “istinto materno”, le capacità naturali dei bambini, la saggezza di molti saperi comuni. Libri, riviste, materiale divulgativo, “consigli” rispondono a una crescente domanda dei genitori i quali, nella nostra società sempre più tecnologica, cercano negli esperti le ricette per far crescere bene i propri figli.

Con questi contributi, però, pur se spesso di alto livello scientifico e volti all'*empowerment* dei genitori, i pediatri non fanno altro che proporre quello che le sociologhe chiamano un “mandato impossibile”. Da una parte chiedono alla famiglia di essere autonoma e di fidarsi dei saperi comuni, dall'altra di essere pienamente inserita nel modello medico (per esempio per quanto riguarda la puericultura, la valutazione di gravità di un disturbo ecc.). Solo essendone consapevoli si può cercare di risolvere questa ineliminabile contraddizione almeno in parte, con un lavoro individuale, fitto e continuo, di co-costruzione con il paziente dell'approccio a salute e malattia. L'approccio sociologico conferma che questo non è un compito aggiuntivo e opzionale, ma è una parte essenziale e

box 5

Che cosa pensano i pediatri

“Non esiste un pediatra che possa rivolgersi direttamente al bambino; il bambino per definizione non ha ancora capacità, come si dice, di intendere e di volere, allora ovviamente la madre ti dà l'anamnesi, ti dà la raccolta dati e ti dice cosa ha il figlio.”

“Sa quante volte le zittisco! Quanti anni hai? Sette e mezzo. Ma l'ho chiesto a lei, signora? Vai bene a scuola? Sì, è bravissimo. Ma signora, le ho appena chiesto di stare zitta. Io mi rivolgo molto al bambino perché è lui il mio paziente. Già subito dal lattante, io concentro la mia attenzione sul bambino, poi posso fare delle domande, però già da lì, anche se non parla ...”

“È chiaro che non puoi sempre basarti solo sul bambino, hai bisogno di sapere anche dai genitori, ma spesso è possibile rivolgersi al bambino per sapere molte cose”.

“Non voglio che il bambino pensi: sono solo un pacco che la mamma porta dal pediatra, parlano loro dei miei problemi e di quello che passa per la mia testolina a nessuno gliene importa niente. Questo offende il suo amor proprio, e quindi il coinvolgerlo, man mano che cresce, è importante”.

box 6

Che cosa pensano i bambini (V elementare)

“Appena entriamo mia mamma gli dice che cosa ho avuto e per quanti giorni, poi gli dice se sto bene, se non sto bene, che cosa ho fatto a casa e dove ho male e mi mette su quella specie di sdraio e mi visita e dopo il dottore parla con mia mamma e le dice quali medicine devo prendere”.

“Parla sempre con tutti e due perché a me chiede le cose e poi le dice a mia mamma che poi gli chiede quale medicina deve prendere”.

“Ti dà l'impressione che lui parla ma è come se noi non ci fossimo. Tu pensi: guarda che io ci sono, mica sono ignorante, saprò delle cose su di me, poi se non le so, chiedile a chi mi accompagna”.

“È il bambino che sente che cosa ha, non è la mamma che lo può sapere”.

“Dovrebbe parlare con noi, perché siamo noi che stiamo male, è a noi che deve dire che cosa hai, come ti senti, abbiamo il sentimento di capire”.

costitutiva del lavoro del pediatra, legata alle caratteristiche della nostra società.

La co-costruzione

La co-costruzione con i pazienti del percorso salute-malattia-salute è il tessuto del lavoro del medico³, un'esperienza così comune e quotidiana che in genere non viene nemmeno percepita e sulla quale raramente si riflette e ci si confronta.

Ci si accorge della sua importanza quando essa manca (per esempio con un bambino già grande e prima non conosciuto, oppure consultati da un familiare mai prima incontrato). Ci si sente allora in difficoltà perché ... “è tutto da costruire”. Nel processo di co-costruzione il medico porta le competenze sulla patologia (*disease*) ma anche i suoi modelli di medico (per esempio paternalista o negoziatore, coinvolto o distante ecc.), di salute (bio-medica o bio-psico-sociale⁴, molto dipendente da scienza e tecnica o più flessibile e aperta per esempio ad “altre” medicine ecc.), di bambino (prevalentemente competente o prevalente-

mente bisognoso di protezione ecc.). Il paziente porta anch'egli i suoi modelli di medico, di salute, di bambino, e porta inoltre le competenze sulla sua malattia (*illness*)⁵, cioè sul suo vissuto, sulla sua esperienza di malattia.

La *illness* comprende tante cose, e chi si è occupato di *counseling* o di medicina narrativa lo sa bene: cosa il paziente ritiene che l'abbia fatto ammalare, le sue idee sul funzionamento dell'organismo e dei farmaci, le sue precedenti esperienze, dirette o indirette, di malattia, la previsione delle conseguenze che la patologia avrà sulla vita sua e della sua famiglia.

La co-costruzione avviene certamente all'interno di un rapporto di potere. Il medico ha il grande potere che gli deriva dalla scienza e dal ruolo di guaritore.

Il paziente però spesso si ripositiona all'interno del rapporto avanzando richieste (per esempio di un maggiore ascolto, di maggiore attenzione a un sintomo, di meno o più esami e medicine ecc.) o mettendo in campo il suo potere difensivo: quello di decidere quando utilizzare il medico, quanto affidargli di se

stesso. Può utilizzare il medico in modo minimale per svariati motivi: perché non si sente capito; perché non si fida; perché desidera solo avere la diagnosi e ricorrere poi a rimedi di medicina alternativa; perché il medico propone un modello di salute o di malattia troppo differente dal suo (per esempio dà troppi o troppo pochi farmaci); perché, banalmente, l'orario di ambulatorio è scomodo ecc.

Il processo di co-costruzione con la famiglia del percorso salute-malattia non avviene solo in modo esplicito, nel dialogo su un problema di salute, ma avviene in moltissimi modi impliciti, per esempio attraverso le regole stabilite per l'accesso alle prestazioni, il tempo lasciato al racconto dei genitori, lo spazio che viene riservato alla prevenzione, la maggiore o minore disponibilità a occuparsi di aspetti psico-pedagogici, il valore che viene dato o non dato a certi sintomi, l'uso che viene fatto dei farmaci, il tipo di rapporto che si instaura con il bambino.

1. Le soglie

Le soglie (cioè, come detto sopra, i limiti oltre i quali il malessere deve essere affrontato in modo differente) segnano numerosi passaggi nel percorso salute-malattia (per esempio quello dall'automedicazione al ricorso al medico, del momento nel quale un sintomo diventa significativo o allarmante ecc.).

Ci sono pazienti con soglie molto basse (che sottraggono tempo prezioso richiedendo l'intervento medico per banalità); altri, più rari, con soglie pericolosamente alte (che possono indurre in errore mascherando la gravità di certe situazioni). Le differenti soglie riflettono la sensibilità individuale del paziente, le sue esperienze precedenti e ciò che è accettato come segno di salute o malattia nella macro e micro-cultura nella quale è immerso.

Ci sono differenze anche fra medici nell'individuazione di alcune soglie. Le soglie concordate dalla comunità scientifica (basate su evidenze scientifiche e definite da protocolli o da linee guida) lasciano scoperta l'ampia area grigia in cui si muove il medico extraospedaliero che finisce per doversi "creare", in molti ambiti, soglie personali.

Queste sono legate alle sue conoscenze scientifiche, ma anche al suo temperamento (più o meno fiducioso e sicuro), alle sue esperienze di vita e professionali (per esempio la morte di un paziente), al suo desiderio, medicalizzando molto

i problemi, di legare a sé il paziente ecc. Sono legate, inoltre, ai suoi modelli di bambino, di medico, di salute e malattia. Alcuni medici dunque propongono soglie più basse, altri più alte, lasciando maggiore spazio all'automedicazione e all'autonomia.

Ci sono molte differenze anche su come si co-costruiscono le soglie con i nostri pazienti. Alcuni cercano di co-costruirle in modo assiduo e costante, fin dalla prima visita, considerando questa attività una parte fondamentale del lavoro, un modo di trasmettere cultura. Altri si adattano alle soglie dei pazienti, rispondendo in modo quasi automatico alle loro richieste.

I pazienti cercano, quando possono, medici con soglie e modelli simili ai propri. In questi casi, in effetti, è molto più facile che si crei un clima di fiducia reciproca. Quando soglie e modelli, invece, divergono molto, sorgono spesso grandi difficoltà, tanto che le revoche dei pazienti sono molto più spesso legate a soglie e modelli differenti da quelli del medico che non a sospetti di scarsa competenza.

Modelli e soglie molto differenti a volte rendono difficile anche il dialogo fra colleghi (per esempio fra ospedalieri e medici di famiglia) soprattutto quando questo esce dall'ambito strettamente scientifico.

È rara l'occasione di confrontarsi apertamente sulle soglie e sui modelli di ognuno. Il confronto su questi temi all'interno del gruppo ACPO, stimolato da questi rilievi, si è rivelato molto interessante e arricchente perché ha permesso di mettere in luce orientamenti di base verso i pazienti e le malattie di cui non sempre si è consapevoli.

2. Il coinvolgimento del bambino

Nella Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, nel Codice deontologico (in particolare nella sua ultima versione) e in letteratura è sottolineato il diritto del bambino a essere ascoltato, informato e coinvolto nelle decisioni che riguardano la sua salute. Le pubblicazioni che affrontano come questo coinvolgimento possa e debba concretamente avvenire nella pratica riguardano solo alcune patologie croniche (tumori, asma, diabete), e quasi mai la pediatria di famiglia^{6,7}.

In ambito ACPO si è così iniziato un lavoro di gruppo, volto a confrontarsi e a osservare con maggiore precisione quanto avviene in ambulatorio⁸.

In accordo con il risultato della ricerca, molti coinvolgono il bambino nella prima parte della visita (al momento dell'accoglienza in studio e dell'anamnesi), molto meno nella seconda parte (al momento della formulazione della diagnosi e dell'indirizzo terapeutico). Inoltre i dialoghi del pediatra con il bambino sono orientati più spesso a ottenerne la *compliance* che non a cogliere il suo vissuto di malattia e a rispondere anche alla domanda di salute sua, e non solo a quella dei genitori. Un maggior coinvolgimento del bambino sarebbe desiderabile, secondo il gruppo, per alcuni motivi:

- fare della visita un'occasione per il bambino di crescita, di autonomia, di responsabilizzazione;
- fare cultura. Il messaggio dato al piccolo paziente: "so che sei in grado di capire" arriva anche ai genitori, offrendo loro un modello di relazione rispettoso del bambino e delle sue competenze;
- aiutare i bambini a stare meglio. Ciò può essere particolarmente utile, per esempio, quando i genitori sono in difficoltà a parlare con il figlio della sua malattia o a cogliere il suo vissuto (cosa gli è particolarmente difficile o doloroso, come vede il suo futuro ecc.)⁹ o quando è particolarmente importante una maggiore assunzione di responsabilità da parte del bambino rispetto alla sua salute (per esempio quando deve cambiare stile di vita);
- far comprendere ai bambini che siamo una possibile risorsa per loro. È forse possibile che, imparando a sentirsi dalla loro parte, possano pensare, in caso di bisogno (per esempio in adolescenza) di poterci interpellare direttamente per avere un aiuto.

Coinvolgere di più il bambino nella seconda parte della visita non è ancora automatico e presenta numerose difficoltà. Sono cruciali:

- il tempo;
- l'attenzione. Di fronte a un problema complesso (dal punto di vista medico o relazionale), impegnati su numerosi altri fronti, è facile dimenticare il bambino;
- la capacità di resistere, in certi casi, alle pressioni dei genitori. Alcuni di essi infatti vogliono avere al più presto una risposta per loro e, almeno in un primo momento, sembrano non tener conto dell'impatto sul bambino del problema di salute;

- la capacità di saper cogliere cosa al bambino interessa soprattutto sapere, che vuol dire condurre la visita pensando non solo alla *compliance* del bambino, ma anche alla sua *illness*;
- la capacità di dialogo con il bambino. Non è semplice, per esempio, scegliere sempre tono e linguaggio giusti, saper valutare volta per volta le competenze del bambino e quindi quanto coinvolgerlo, parlare con certi bambini poco abituati in famiglia a essere considerati interlocutori;
- la consapevolezza che ogni intervento del pediatra entra in equilibri familiari consolidati e che, per esempio, occorre molta attenzione quando i genitori sembrano non gradire il coinvolgimento del bambino, quando il bambino stesso sembra non desiderare un rapporto diretto con noi o quando il nostro intervento può suonare come una sconfessione dei genitori.

Il tema, così quotidiano, centrale e interessante, del ruolo del bambino durante la visita pediatrica dovrebbe essere più frequentemente oggetto di confronto e discussione fra pediatri e avere un posto più rilevante nel dibattito riguardante la cura pediatrica.

Corrispondenza

merlomaria@alice.it

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

1. Favretto AR, Zaltron F. Genitori, bambini e pediatri: le rappresentazioni della genitorialità adeguata nella relazione terapeutica. *Quaderni acp* 2013;(20)3:109-12.
2. Favretto AR, Zaltron F. Mamma, non

mi sento tanto bene. La salute e la malattia nei saperi e nelle pratiche infantili. Donzelli, 2013.

3. Bert G, Quadrino S. Parole di medici, parole di pazienti. Il Pensiero Scientifico Editore, 2002.

4. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Scienze* 1977;196:129-36.

5. Pizza G. Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo. Carocci, 2005.

6. Drigo P, Verlato G, Ferrante A, Chiangetti L. Il silenzio non è d'oro. Piccin, 2011.

7. Luciano E. La comunicazione di diagnosi ai bambini malati e ai loro fratelli. *Quaderni acp* 2013;(20)4:161-5.

8. Merlo M. La condivisione con il bambino del percorso di cura. *Medico e Bambino* 2013;(32)4:264-8.

9. Guidoni C, Nave E, Geninatti Neni G, et al. Giacomo è acondroplastico e sta pensando all'allungamento degli arti. *Quaderni acp* 2013;(20)5:232-5.

Lino Vanini, pediatra di periferia

Lino Vanini ci ha lasciato a metà ottobre 2015. Si raccontava come “un pediatra di periferia”. In effetti era primario a Chiari, periferia di Brescia, ma era persona di grande cultura che a Chiari aveva creato un reparto di alto livello e con una ottima organizzazione interna. Era stato negli anni '60 uno dei migliori allievi del Collegio Ghislieri di Pavia e a Pavia aveva incontrato, appena specializzato, Franco Panizon quando vi si era trasferito da Ferrara con il suo direttore, il prof. Sartori, e gli “otto pediatri pellegrini” come Franco scrive su *Pediatri e Bambini*.

Raccontava Panizon, al congresso dell'ACP di Vicenza, che a Pavia in clinica si faceva di tutto, si era insomma dei generalisti e “questo Vanini” compariva ogni volta che entrava un caso da cui si poteva imparare: un coma diabetico, una meningite, un reumatismo articolare acuto, un prematuro di 1000 grammi, un esantema balordo. Lui era lì con il suo grande fiuto per i casi importanti e con la sua grande memoria e la sua intelligenza matematica.

Lino diceva che non sapeva se alla matematica lo aveva introdotto il *bridge*, in cui rivestiva un livello internazionale, o la diagnosi differenziale. Siamo stati insieme a parecchi congressi. Lui commentava le relazioni con grande acutezza, ma non interveniva nella discussione. Finita la sessione, cercava Franco Panizon, con il quale dall'ammirazione era arrivato a una grande confidenza, per discutere con lui; come a continuare quel rapporto instaurato a Pavia e per lui durato appena tre anni, ma erano stati i tre anni più fruttiferi della sua vita.

Dopo la pensione aveva “salutato la pediatria”, ma era rimasto un lettore di *Quaderni*. Spesso chiamava per osservazioni sulle quali eravamo d'accordo o in disaccordo, ma erano sempre puntuali. La chiamata era sicura per gli editoriali di politica sanitaria. Aveva militato nel vecchio PCI e aveva “rischiato” di diventare senatore. Ma non c'è mai stato modo di fargli scrivere una riga; glielo ho rimproverato fino ai suoi ultimi giorni di vita.

“Era per fare quattro chiacchiere e soprattutto per tenere sveglio il cervello”.

Giancarlo

Influenze familiari nello sviluppo delle abilità numeriche precoci

Carlo Tomasetto

Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Research across the last two decades demonstrates that children develop both innate automatic systems for number representation and formal numerical knowledge well before they enter primary school.

Early development of numeracy predicts in turn subsequent mathematics achievement in school. In this paper recent findings are described showing how routine activities in parent-child interactions – such as counting, measuring quantities or time, playing with puzzles or building-blocks – exert positive effects over time on the development of early numerical skills in preschoolers.

Numerosi studi negli ultimi due decenni hanno dimostrato come fin dall'età prescolare i bambini sviluppino ampiamente tanto sistemi di elaborazione automatica e intuitiva delle numerosità, quanto conoscenze aritmetiche formali. Lo sviluppo precoce di questi sistemi, interconnessi tra loro, predice a sua volta il futuro successo scolastico in matematica. In questo contributo presentiamo i risultati di alcuni lavori recenti che mostrano come attività molto semplici svolte nelle routine genitori-figli – come utilizzare numeri nelle conversazioni, misurare tempi e quantità, giocare con puzzle e blocchi per costruzioni – abbiano effetti positivi a distanza di tempo sullo sviluppo delle abilità numeriche.

Nell'immaginario di molti di noi, l'apprendimento della matematica è un compito di natura prettamente scolastica. Eppure i bambini affrontano le loro prime lezioni di matematica nella scuola primaria con un bagaglio di competenze numeriche già ampiamente sviluppato e molto variabile da bambino a bambino. Studi basati su paradigmi neurofisiologici o di abituação visiva dimostrano che già nei neonati sono attivi almeno due sistemi automatici deputati all'elaborazione intuitiva delle numerosità¹. Il primo permette il riconoscimento immediato ed esatto di numerosità piccole (*subitizing*), ed è limitato a 2-3 unità nei neonati e a non più di 3-4 negli adulti. Il secondo sistema (il cosiddetto *Approximate Number System*, ANS), separato dal primo, permette invece di riconoscere e confrontare – seppur in modo inesatto e approssimato – quantità superiori, ma anche di svolgere semplici operazioni di somma e sottrazione in modo automatico e con un'accuratezza che cresce con l'età. Mentre un neonato discrimina due insiemi di oggetti che siano almeno in rapporto di 3:1, un adulto può arrivare a discriminare intuitivamente anche un rapporto di appena 10:9.

Il *subitizing* e l'ANS sono presenti anche in molte altre specie animali, dai primati agli invertebrati. Soltanto nella specie umana è però presente un ulteriore sistema, in grado di codificare in modo esatto le numerosità e compiere operazioni astratte su qualsiasi quantità attraverso sistemi di rappresentazione appresi culturalmente, come i numeri arabi o la notazione algebrica. In età prescolare, di norma tra i 3 e i 4 anni, i bambini iniziano a padroneggiare, almeno per numeri relativamente bassi, anche alcuni elementi di base del sistema numerico formale, come le parole-numero, la sequenza dei numeri cardinali, la corrispondenza numero-quantità. A livello neuronale è stato dimostrato che i substrati dell'ANS e del sistema numerico formale sono largamente sovrapposti, e coinvolgono in particolare la regione del solco intraparietale². Non a caso, lo sviluppo dell'ANS nella prima infanzia predice lo sviluppo successivo del sistema numerico formale, anche controllando le influenze di abilità intellettive più generali (intelligenza generale, funzioni esecutive, vocabolario) e dello status socio-economico³.

Interazioni familiari e abilità numeriche precoci

Esattamente come l'esposizione ai libri e alla lettura è fondamentale per l'acquisizione delle competenze linguistiche, il contatto precoce con i numeri e la quantificazione – anche nel corso di normali routine, giochi e conversazioni in casa – ha un impatto positivo sullo sviluppo delle abilità numeriche. Studi correlazionali hanno evidenziato un'associazione tra le abilità numeriche in bambini di 5-7 anni e la frequenza con cui i genitori riferiscono di coinvolgere i bambini in attività che richiedono l'uso di numeri e calcoli – per esempio giochi di carte o da tavolo, ma anche pesare gli ingredienti per preparare una ricetta, o cronometrare i tempi di una gara⁴.

Studi longitudinali supportano con maggiore forza questa relazione. Levine e coll.⁵ hanno osservato ogni 4 mesi, tra i 14 e i 30 mesi di vita, le interazioni spontanee in casa di 44 diadi madre-bambino durante le attività di gioco, codificando l'uso del lessico numerale da parte delle madri (uso dei numeri cardinali per contare oggetti, indicare l'ora o un'età ecc.). All'età di 46 mesi hanno quindi valutato le conoscenze numeriche dei bambini attraverso il *Point-to-X Task*, un compito non verbale di riconoscimento di numerosità comprese tra 2 e 6. I risultati hanno evidenziato che l'uso dei numeri da parte delle madri entro i 30 mesi era un predittore della conoscenza numerica dei bambini 16 mesi più tardi, anche controllando l'effetto dello status socio-economico familiare⁵.

Una ri-analisi successiva degli stessi dati ha mostrato che in realtà non era solo l'utilizzo delle parole-numero da parte delle madri a favorire le competenze numeriche dei figli, ma la qualità del lessico numerale impiegato: era soprattutto la frequenza con cui le madri contavano insiemi di oggetti presenti davanti al bambino, in particolare se di numerosità superiore a 3, a predire la conoscenza dei numeri cardinali nei figli a distanza di tempo⁶.

Occorre sottolineare che l'uso dei numeri nelle interazioni madri-figli è risultato molto limitato (poco più dell'1% delle frasi contenevano numeri cardinali), e praticamente assente prima dei 2 anni. Ciononostante, anche un'esposizione così limitata è apparsa in grado di fare la differenza.

Non solo numeri: migliorare le abilità numeriche allenando le abilità spaziali

Naturalmente non è solo l'esposizione precoce ai numeri e alle operazioni intuitive a favorire lo sviluppo delle abilità numeriche nei bambini. In generale, tutte le attività che promuovono le capacità di memoria e di attenzione, così come l'ampliamento del vocabolario e la comprensione linguistica, hanno un effetto indiretto positivo anche sulle abilità matematiche. Tuttavia è soprattutto lo sviluppo delle abilità spaziali a esercitare un'influenza decisiva. Saper immaginare la rotazione o lo spostamento di un oggetto nello spazio, prevedere il movimento reciproco di più oggetti, o coordinare i movimenti del proprio corpo sulla base di una mappa mentale dello spazio fisico, sono tutte capacità associate a una maggiore efficienza anche nel processamento dei numeri.

Questa relazione, comune a bambini e adulti, dipende certamente dal fatto che alcune aree della matematica (come la geometria, o la trigonometria) richiedono di per sé la capacità di rappresentare rapporti spaziali. Soprattutto, però, dipende dal fatto che il nostro cervello, in modo automatico e preconsciouso, rappresenta intuitivamente i numeri secondo una disposizione spaziale, cioè lungo una linea (la *Mental Number Line*) orientata da sinistra a destra nel nostro spazio percettivo, con i numeri piccoli posizionati alla nostra sinistra, e i numeri via via più grandi sulla destra¹.

Nei bambini, in particolare in età prescolare, la rappresentazione spaziale delle numerosità segue una funzione logaritmica, con i numeri più grandi posizionati sempre più vicini tra loro, mentre nel corso dello sviluppo la disposizione diviene via via più lineare, mantenendo cioè l'equidistanza tra i numeri per intervalli sempre più grandi.

Uno studio longitudinale con bambini tra i 5 e gli 8 anni ha dimostrato che le abilità spaziali misurate a 5 anni attraverso un compito di rotazione mentale di

oggetti predicono l'accuratezza nella disposizione lineare di numeri sulla *Mental Number Line* a 6 anni, e che questa a sua volta predice le capacità di calcolo a 8 anni, mediando quindi la relazione tra abilità spaziali e *performance* matematiche formali⁷.

Attività e giochi molto semplici e da sempre praticati dai bambini, come i giochi di costruzione o i puzzle, hanno un effetto positivo ampiamente dimostrato sull'acquisizione delle abilità spaziali in età prescolare. Alcuni lavori recenti suggeriscono però che queste stesse attività possono avere anche un effetto positivo, a cascata, sulle abilità numeriche. In uno studio condotto con circa 100 bambini tra i 38 e i 48 mesi, Verdine e coll. hanno dimostrato che la *performance* in un compito di assemblaggio di blocchi per costruzioni spiegava circa il 15% della varianza in una prova standardizzata di abilità numeriche (conoscenza di numeri cardinali, riconoscimento di numerosità, ecc.)⁸. Casey e coll. hanno invece chiesto a circa 160 bambine di 6-7 anni e alle loro madri di realizzare una serie di origami riproducendo dei modelli di animali⁹. Si tratta di un'attività che richiede abilità spaziali molto complesse, che coinvolgono non solo la coordinazione oculo-manuale, ma anche e soprattutto l'anticipazione mentale del risultato dei vari passaggi necessari a trasformare una superficie piana (il foglio di carta) in un oggetto tridimensionale. Le interazioni sono state videoregistrate e gli Autori hanno codificato la qualità degli interventi delle madri durante il compito (incoraggiamenti, suggerimenti, spiegazioni, stimoli al ragionamento ecc.). Nei mesi successivi le bambine hanno completato alcune batterie di valutazione di abilità spaziali (in particolare di rotazione mentale) e di abilità di calcolo. I risultati, come previsto, hanno confermato che la qualità delle interazioni madre-bambina osservate durante la piegatura degli origami aveva un effetto positivo sulle abilità spaziali e che queste, a loro volta, predicevano la *performance* successiva nelle prove di calcolo, indipendentemente dall'effetto di fattori socio-economici e dalla ricchezza di stimoli presenti nell'ambiente domestico⁹.

Discussione

Gli studi fin qui descritti dimostrano che effetti positivi importanti possono scaturire anche da attività estremamen-

te semplici - come utilizzare più spesso i numeri nelle conversazioni quotidiane, contare insieme di oggetti, misurare tempi e quantità, oppure giocare con puzzle e blocchi per costruzioni.

Tuttavia non mancano gli aspetti critici. In primo luogo, le evidenze sono ancora poco numerose e necessitano di ulteriori conferme, possibilmente con un maggiore livello di controllo sperimentale. In secondo luogo, dal punto di vista pratico, tutti i lavori citati indicano che fattori socio-economici e culturali esercitano un ruolo preponderante. In famiglie di status socio-economico più elevato è maggiore non solo l'uso di lessico numerico⁶, ma anche la frequenza di attività di per sé a basso contenuto tecnologico e basso costo - come i blocchi per costruzioni⁸ - che favoriscono lo sviluppo delle abilità numeriche. Allo stesso modo ancora oggi la proposta di attività utili per lo sviluppo delle abilità matematiche è sistematicamente più comune per i figli maschi rispetto alle femmine.

Eppure, le competenze numeriche che il bambino matura in età prescolare predicono non solo il successo scolastico in matematica - anche a distanza di più di dieci anni¹⁰ - ma anche il miglioramento delle competenze che il bambino riesce a realizzare grazie all'insegnamento formale. Bambini che sanno contare fino a 50 a 5 anni, prima dell'ingresso nella scuola primaria, mostrano un progresso più rapido nelle loro abilità matematiche nel corso dei primi due anni di scuola, e a 7 anni il loro vantaggio rispetto a bambini con conoscenze in ingresso più basse risulta ancora più ampio rispetto al divario iniziale¹¹.

Appare dunque importante ragionare su percorsi di informazione e formazione rivolti alle famiglie. Sul modello di quanto è avvenuto per le attività di promozione della lettura, il coinvolgimento dei pediatri in questi percorsi avrebbe un'importanza decisiva. I pediatri si troverebbero in una condizione privilegiata per fornire in modo credibile e adeguato informazioni sulle attività ludiche e sulle pratiche più efficaci a ogni età del bambino, anche di fronte a prevedibili perplessità dei genitori. In effetti, per alcuni genitori può essere poco intuitivo pensare che contare insieme di oggetti durante le conversazioni con bambini di due anni - che ancora non mostrano di conoscere le parole numero, né tantomeno il loro valore cardinale - possa avere effetti positivi negli anni successivi.

Conclusione

Diversi studi quasi-sperimentali hanno dimostrato che programmi specifici per le scuole dell'infanzia, finalizzati al potenziamento delle abilità numeriche intuitive attraverso metodi ludici, hanno ricadute positive a medio termine tanto sull'efficienza dell'ANS quanto sulle conoscenze aritmetiche formali, anche in contesti culturali svantaggiati¹².

L'elaborazione di percorsi e buone pratiche al di fuori della scuola, con pediatri e famiglie, e naturalmente la puntuale valutazione della loro efficacia, sono al contrario aree di ricerca e intervento finora inesplorate, che meriterebbero invece tutta la nostra attenzione.

Corrispondenza

carlo.tomasetto@unibo.it

L'Autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

1. Dehaene S. The number sense: How the mind creates mathematics. Oxford University Press 1997.

2. Nieder A, Dehaene S. Representation of number in the brain. *Ann Rev Neurosci* 2009;32:185-208.

3. Feigenson L, Libertus ME, Halberda J. Links between the intuitive sense of number and formal mathematics ability. *Child Dev Perspectives* 2013;7:74-9.

4. LeFevre JA, Skwarchuk SL, Smith-Chant BL et al. Home numeracy experiences and children's math performance in the early school years. *Can J Behav Sci* 2013;41:55-66.

5. Levine SC, Suriyakham LW, Rowe ML, et al. What counts in the development of young children's number knowledge? *Dev Psychol* 2010;46:1309-19.

6. Gunderson EA, Levine SC. Some types of parent number talk count more than others: relations between parents' input and children's cardinal number knowledge. *Dev Sci* 2011;14:1021-32.

7. Gunderson EA, Ramirez G, Beilock SL et al. The relation between spatial skill and early

number knowledge: the role of the linear number line. *Dev Psychol* 2012;48:1229-41.

8. Verdine BN, Golinkoff RM, Hirsh Pasek K, et al. Deconstructing building blocks: Preschoolers' spatial assembly performance relates to early mathematical skills. *Child Dev* 2014;85:1062-76.

9. Casey BM, Dearing E, Dulaney A et al. Young girls' spatial and arithmetic performance: The mediating role of maternal supportive interactions during joint spatial problem solving. *Early Child Res Quarterly* 2014;29:636-48.

10. Watts TW, Duncan GJ, Siegler RS, et al. What's past is prologue: Relations between early mathematics knowledge and high school achievement. *Educ Res* 2014;43:352-60.

11. Aunola K, Leskinen E, Lerkkanen MK et al. Developmental dynamics of math performance from preschool to grade 2. *J Educ Psychol* 2004;6:699-713.

12. Dyson NI, Jordan NC, Glutting J. A number sense intervention for low-income kindergartners at risk for mathematics difficulties. *J Learn Disabil* 2013;46:166-81.

Gli Argonauti 2.0: Le frontiere liquide della pediatria Bari, 15 e 16 aprile 2016 - Hotel Palace

per informazioni: Motus Animi (www.motusanimi.com)

Venerdì 15 aprile

8,00 – 8,45 Iscrizioni

8,45 – 9,00 Presentazione del Congresso

I sessione. Proviamo a fare giusto?

9,00 – 9,40 Semplificare il lavoro quotidiano, pochissimo a tutti, moltissimo a pochi (L. Greco)

9,40 – 10,20 La DEA al tempo della ecografia neonatale; ci possono essere screening ortopedici utili nei bilanci di salute? (M. Carbone)

10,20 – 11,00 Ci sono interventi efficaci di prevenzione neonatale? (A. Volta)

II sessione. Tante medicine, un pediatra

11,30 – 12,10 La pediatria nell'ottica della medicina sistemica (A.C. Scardicchio)

12,10 – 12,50 Il pediatra tra Medicina Omeopatica e Medicina Difensiva; c'è posto anche per l'etica? (S. Garattini)

12,50 – 13,30 La pediatria transculturale: una sfida per il futuro (M. Zaffaroni)

III sessione. Abbiamo perso qualche treno?

15,00 – 15,30 Quando, come e perché si sbaglia. La cartella clinica per problemi può aiutarci a fare meglio? (M. Martocchia, L. Dell'Edera)

15,30 – 16,00 M-CHAT: strumenti semplici per diagnosi difficili; un anno di esperienza fatta dai pdf toscani (S. Castelli)

16,00 – 16,15 Commento sulla validità della ricerca toscana e dell'Ufficio appropriatezza (A. Albizzati)

16,15 – 17,00 I bisogni disattesi dei pazienti complessi (A. Selicorni)

Tavola rotonda

17,00 – 18,30 Da dove viene e dove va la Sanità? È giusto che la appropriatezza sia stabilita dal politico?

Sabato 16 aprile

III sessione. 3 x 3

9,00 – 9,40 Tre lattanti che non crescono (G. Magazzù)

9,40 – 10,20 Tre messaggi pratici dal genetista al pdf (R. Fischetto)

10,20 – 11,00 Tre diagnosi su cui il pediatra non deve giungere in ritardo (A. Albizzati)

IV sessione. Le frontiere "liquide" tra fare bene o male, tra aspetti conosciuti o da imparare

11,30 – 12,10 Quando e perché prescrivere (o evitare) una phmetria, un breath test, una EGDS, una colonscopia; quale è la causa di consultazione più frequente in g.e. Pediatrica? (G. Magazzù)

12,10 – 12,50 Latte per come e per quando? (effetti molecolari del latte) - Il bambino e adolescente buono e cattivo: perché? (L. Greco)

Lettura magistrale. Il futuro

13,00 – 14,00 Le novità degli ultimi 10 anni che non dobbiamo assolutamente dimenticare (A. Ventura)

14,00 – 14,15 Conclusioni

Le donne, i bambini e il futuro dei giovani

Enrico Valletta

U.O. Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

“Non esiste, infatti, amore per la vita, così come non esiste amore dell’universale. Esiste solo l’amore dell’uno per uno, amore per il nome proprio...”

Massimo Recalcati. *Le mani della madre*

Lo spunto per questo *Osservatorio* nasce da alcune recenti letture apparentemente scollegate tra loro ma che, se poste in successione, possono (forse) suscitare qualche riflessione sulla complessità delle problematiche legate al miglioramento della quantità e della qualità di vita dell’infanzia appena fuori dall’Italia.

Il punto di partenza può essere quello di alcuni, raffinati scritti di Giancarlo Biasini, di Francesco Ciotti o di Costantino Panza sull’opportunità (la necessità etica?) che la nostra società coltivi precocemente i talenti dell’infanzia perché questi diano, in prospettiva, frutti migliori per i singoli e per la comunità tutta¹⁻³. Obiettivi avanzati, degni di una regione all’avanguardia nell’attenzione alla persona, in un Paese che, pur nelle difficoltà e nelle disomogeneità, ha elevati *standard* di mortalità infantile e di attesa di vita e uno dei SSN più efficienti al mondo. Se ora alziamo lo sguardo un po’ più in là, come hanno fatto Giancarlo Biasini e Giorgio Tamburini in due recenti articoli, vediamo che attorno a noi ancora si deve lavorare per “rendere visibili le vite dei bambini”, per ridurre le morti evitabili e l’esposizione ai rischi ambientali, per ribadire che la salute è un “diritto universale” per ogni bambino dell’occidente europeo^{4,5}. Già la realtà si intuisce più complessa e la strada - per raggiungere obiettivi ragionevoli di salute - meno definita e ancora in salita.

Salute materna, accesso alla contraccezione, MDG4 e MDG5

A questo punto, un apparente salto logico. A distanza di 20 anni dall’*International Conference on Population and Development*, che aveva rappresentato un punto di svolta sul tema della salute sessuale e riproduttiva come fondamentale

elemento di salvaguardia per il benessere delle donne e dei bambini, apprendiamo che le barriere che impediscono alle donne l’accesso ai più efficaci metodi di contraccezione sono ancora alte in molti Paesi a basso o bassissimo reddito^{6,7}.

Nel mondo, oltre 220 milioni di donne che desiderano prevenire una gravidanza non hanno accesso ai moderni mezzi di contraccezione; ogni anno si avviano quasi 90 milioni di gravidanze non programmate da cui nascono oltre 30 milioni di bambini con almeno 20 milioni di aborti poco o nulla assistiti.

Sempre ogni anno, 15 milioni di bambini nascono da donne adolescenti, quasi tutti nei Paesi poveri. Le madri adolescenti hanno una probabilità doppia di morire durante il parto, probabilità che si quintuplica sotto i 14 anni. La contraccezione di elezione o di emergenza è inclusa nei 13 presidi salva-vita per donne e bambini raccomandati dalla specifica commissione delle Nazioni Unite⁸, ma nonostante

ragguardevoli esempi di politica sanitaria correttamente orientati (in Bangladesh operatori volontari distribuiscono contraccettivi nei villaggi, mentre in Africa Centrale è la stessa polizia a provvedere nei casi di violenza sessuale), la situazione è sostanzialmente fuori controllo in larga parte dei Paesi più poveri.

Secondo l’OMS, la salute materna include “la salute della donna durante la gravidanza, il parto e il periodo post-parto” e una morte materna è, per definizione, una morte evitabile. Anche fermandoci qui, non c’è chi non veda quanto tutto questo possa influire sulla “salute” dei bambini.

Il quinto *Millennium Development Goal* (MDG5) proponeva due macro-obiettivi: ridurre la mortalità materna del 75% dal 1990 al 2015 e raggiungere nel 2015 l’accesso universale alla salute nell’ambito della riproduzione. Nonostante i progressi fatti un po’ dovunque in questa direzione (le morti materne sono calate complessivamente del 50% dal 2005 al 2011), solo il 24% dei Paesi in via di sviluppo si avvia a raggiungere l’obiettivo del -75% e nell’Africa sub-sahariana la situazione resta critica. Nei Paesi sviluppati la mortalità materna è 16/100.000 nati vivi, mentre nei Paesi più poveri è 240/100.000 nati vivi; in Somalia una

figura 1

Mortalità (anni 1990-2013) in bambini di età inferiore a 5 anni¹⁰

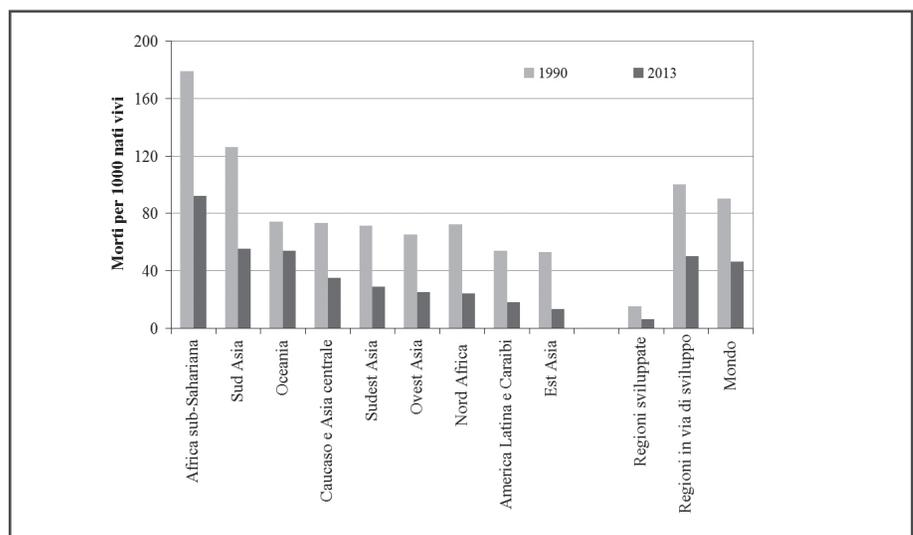


figura 2

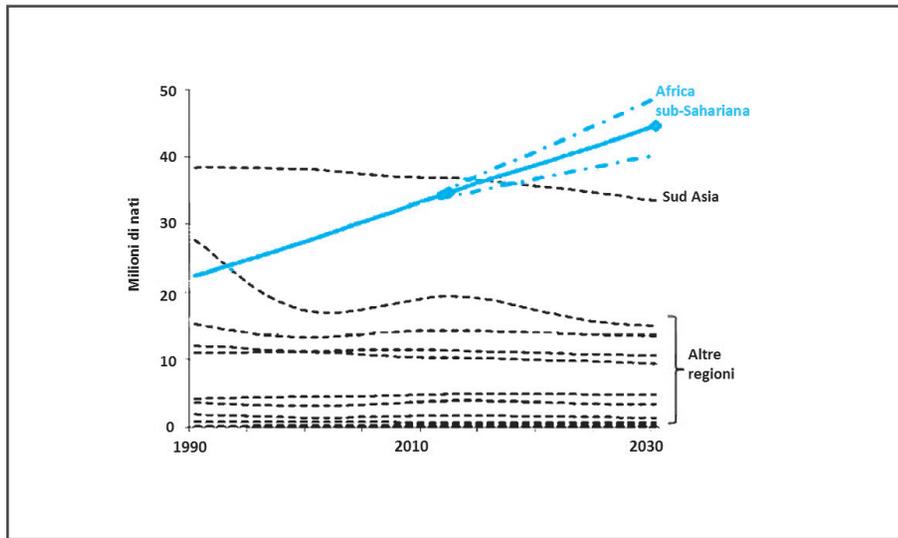
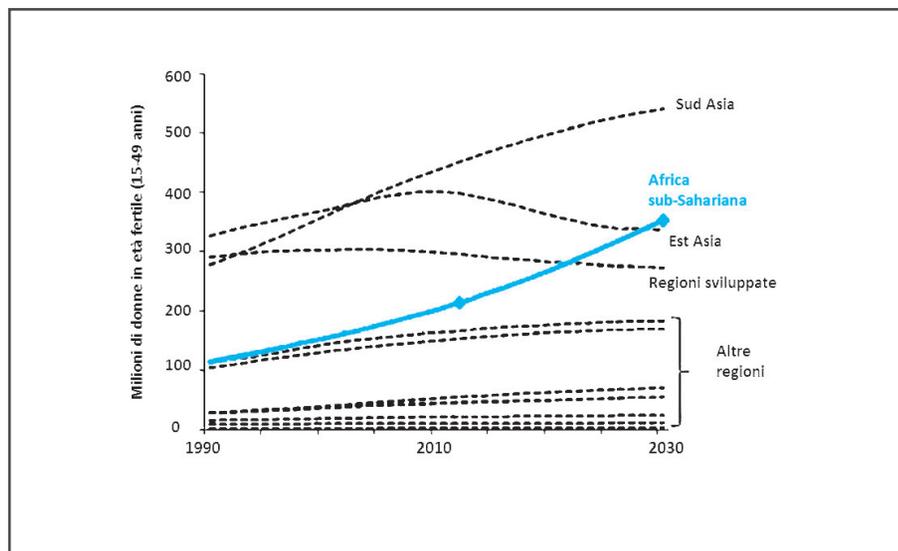
Numero di nuovi nati 1990-2030¹²

figura 3

Numero di donne in età fertile 1990-2030¹²

donna su 16 muore di parto, in Nigeria 1:29, negli USA 1:2400 e in Grecia 1:25.500⁹.

Povertà, basso livello culturale, mancanza di risorse, conflitti, malattie trasmissibili, scarsa qualità delle cure, gravidanza in adolescenza, limitato accesso alla contraccezione e all'aborto sicuro restano i maggiori determinanti sociali responsabili dell'elevata mortalità materna. D'altra parte, il quarto *Millennium Development Goal* (MDG4) che si proponeva la riduzione del 75% della mortalità infantile in tutto il mondo, ha registrato complessivamente buoni risultati (riduzione superiore al 50%) in tutte le regioni tranne che nell'Africa sub-sahariana e nel Sud-Asia (figura 1)^{10,11}.

Restiamo per il momento nell'Africa

sub-sahariana dove il ritmo di crescita della popolazione rischia di rendere sempre più difficile l'accesso ai fondamentali servizi di assistenza madre-bambino¹².

Si prevede che questa regione mantenga un ritmo di crescita annuo del 2% fino al 2030: i nati/anno passeranno dai 35 milioni nel 2012 ai 45 milioni nel 2030 e le donne in età fertile aumenteranno del 65% superando i 350 milioni nel 2030 (figura 2 e 3). È un'impressionante espansione di nuovi nati e di potenziali madri per i quali è necessario prevedere crescenti investimenti in termini di diritti, di salute e di salute riproduttiva in particolare. Il continente africano passerà dall'attuale popolazione di 1 miliardo di abitanti a 2,8 miliardi (per lo più giovani) nel 2050, con una forza-lavoro superiore

a quella della Cina e dell'India.

Circa 600 milioni di bambini nati all'inizio del XXI secolo costituiranno l'immensa riserva di capitale umano che andrà gestito perché non si trasformi da grande opportunità di ricchezza e di sviluppo in un incalcolabile rischio demografico per quel continente.

I dati attuali, relativi alla scolarizzazione, all'economia, alle risorse e alla sostenibilità ambientale, disegnano un orizzonte poco rassicurante.

Nell'Africa sub-sahariana il 60% dei disoccupati ha 15-24 anni, il 72% dei giovani vive con meno di 2\$ al giorno e il 46% con meno di 1\$ al giorno¹³. In sintesi, il tema di fondo è se i governi di questa parte del mondo saranno in grado di governare gli eventi e di assicurare adeguati servizi sanitari, possibilità di vita dignitosa e prospettive di sviluppo per un numero di bambini e di giovani in vertiginoso aumento.

Crescita della popolazione, transizione demografica e dividendo demografico

Alcuni documenti allargano ulteriormente il nostro orizzonte, almeno fino al 2050. Nei prossimi decenni, l'attesa è che la mortalità infantile continui a ridursi, che cresca l'attesa di vita (2 miliardi di ultrasessantenni nel 2050) e diminuisca il tasso di fertilità soprattutto nei Paesi che si stanno avviando alla transizione demografica. Nel frattempo, le previsioni dicono che nel 2050 la popolazione mondiale supererà i 9,5 miliardi e nel 2100 sfiorerà gli 11 miliardi appartenenti, per la grande parte, a quelle che oggi sono le zone più povere e popolate della Terra¹⁴.

Alla fine del secolo saremo, forse, al limite superiore delle possibilità di espansione della nostra civiltà. In quali condizioni toccheremo questo traguardo e a quale prezzo lo manterremo possiamo solo immaginare¹⁵.

La transizione demografica è un evento sociale che appare molto attinente al contesto nel quale ci muoviamo e che si realizza quando una popolazione passa da una situazione di elevata fertilità e mortalità a una di bassa fertilità e mortalità^{16,17}. Nelle fasi iniziali del processo, gli interventi socio-sanitari realizzano una riduzione della mortalità infantile: l'effetto immediato è l'incremento del numero dei bambini che determina, a sua volta, l'impiego di crescenti risorse familiari e della comunità per il loro

mantenimento, l'istruzione e la salute. Questo, evidentemente, a spese di altri investimenti che potrebbero sostenere lo sviluppo economico di tutta la comunità. Se più bambini sopravvivono, progressivamente anche la necessità di avere molti figli si riduce e con essa la fertilità. Il numero dei bambini un poco alla volta si contrae mentre la generazione precedente diventa economicamente attiva, le donne possono coinvolgersi maggiormente nelle attività produttive e si liberano risorse per l'educazione e la salute dei figli.

Si creano le premesse per il realizzarsi di un dividendo demografico, situazione nella quale il numero degli individui produttivi (dai 15 ai 64 anni) è maggiore di quello degli individui non produttivi (bambini e anziani). Se questo processo sarà accompagnato da adeguati investimenti di politica economica, educativa e sanitaria sul capitale umano più giovane, l'attesa di vita aumenterà poi e con essa anche la percentuale della popolazione anziana.

Pianificazione familiare e controllo delle nascite possono avviare la transizione demografica

La ricerca ci dice che nei Paesi dove l'accesso alla contraccezione e ai servizi di pianificazione familiare è difficile, lì la fertilità rimane alta e viene impedito l'avvio della transizione demografica.

Avere la possibilità di pianificare le nascite porta a famiglie meno numerose, maggiore partecipazione nel mercato del lavoro, migliori opportunità di educazione e di salute per le donne e per i bambini, in sostanza, costruzione di un capitale umano migliore. Naturalmente, è necessario che le famiglie e i governi abbiano cultura e lungimiranza sufficienti per investire in questo senso¹⁶.

La riduzione della fertilità può essere un importante volano per l'avvio della transizione demografica. Le donne nei Paesi poco sviluppati hanno più figli di quanti ne vorrebbero, hanno ancora scarso accesso alla contraccezione moderna e alla pianificazione familiare, ma quando le raggiungono scelgono, generalmente, di avere famiglie meno numerose¹⁶.

Questo significa migliori condizioni di vita per le donne e per i loro figli, valorizzazione del capitale umano femminile

attraverso una migliore istruzione e l'ingresso nelle attività produttive¹⁸.

La riduzione della fertilità renderebbe meno acuta la scarsità di terra coltivabile nelle zone più densamente popolate (Sud-est Asiatico e Africa Sud Est), ridurrebbe l'inurbamento di milioni di persone e aumenterebbe la produttività e la ricchezza individuali. La Banca Mondiale calcola che mantenere i livelli di impiego del 2005 fino al 2020 richiederebbe la creazione di un milione di posti di lavoro al mese del Sud-est Asiatico e un incremento del 50% delle opportunità di lavoro nell'Africa sub-sahariana. In Asia, la riduzione della fertilità potrebbe rendere questa esigenza meno pressante¹⁹.

Conclusioni

Evidentemente, non c'è una conclusione. La successione delle letture ci ha portati a sviluppare, in scala crescente, il tema degli investimenti di salute sulle donne e sui bambini come filo conduttore di un ragionamento "politico" che parte dal singolo individuo e si proietta in uno scenario planetario in maniera abbastanza coerente. Le dimensioni dei fenomeni demografici, nei quali noi stessi siamo immersi, sono enormi, in parte comprensibili, quanto governabili non sapremmo dire. Come genitori, educatori o pediatri possiamo e dobbiamo agire in maniera propositiva nella realtà che ci circonda, consapevoli di lavorare all'apice di una piramide alla cui base gli investimenti necessari sono di ben altra natura e portata.

Corrispondenza

enrico.valletta@auslromagna.it

L'Autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

1. Biasini G. I 15 anni di "Nati per Leggere". *Quaderni acp* 2015;22:40-1.

2. Ciotti F, Travanti C. Un metodo di lettura in scuola materna per avvicinare il bambino alla parola scritta. *Quaderni acp* 2015;22:66-9.

3. Panza C. Nati per Leggere e lettura dialogica: a chi e come. *Quaderni acp* 2015;22:95-101.

4. Biasini G. Un'occhiata internazionale agli indicatori di salute. *Il Report OCSE* 2013.

Quaderni acp 2015;22:83-6.

5. Tamburlini G. Investire nei bambini: la nuova strategia della Regione europea dell'OMS per la salute di bambini e adolescenti 2015-2020. *Quaderni acp* 2015;22:75-6.

6. Thomas TN, Gausman J, Lattof SR, Wegner MN, Kearns AD, Langer A. Improved maternal health since the ICPD: 20 years of progress. *Contraception* 2014;90(6 Suppl): S32-8.

7. Dawson A, Tran NT, Westley E, Mangiatterra V, Festin M. Workforce interventions to improve access to emergency contraception pills: a systematic review of current evidence in low- and middle-income countries and recommendations for improving performance. *BMC Health Serv Res* 2015;15:180.

8. UN. UN Commission on Life Saving Commodities for Women and Children. Commissioners' Report, September 2012. New York: United Nations, 2012.

9. Lattof SR, Thomas T, Wegner MN, et al. Improved maternal health since the ICPD: 20 years of progress. ICPD beyond 2014 expert meeting on women's health - rights, empowerment and social determinants 30th September - 2nd October, Mexico City. Background paper #4.

10. UN. The Millennium Development Goals Report 2014. New York, 2014.

11. UNICEF. Levels and trends in child mortality. Report 2014.

12. UN. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Population growth and universal access to reproductive health. Population Facts No. 2014/6, December 2014.

13. African Development Bank - African Development Fund. The Bank's human capital strategy for Africa (2014-2018). OSHD Department, May 2014.

14. Dyson T. Population dynamics and sustainable development. Keynote address to the 48th session of the United Nations Commission on Population and Development, New York, 13th April 2015.

15. Livi Bacci M. Popolazione: storia ed evoluzione. *Enciclopedia Treccani*, 2007.

16. UNFPA. The power of 1.8 billion. Adolescents, youth and the transformation of the future. State of the world population, 2014.

17. UN. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Ageing 1950-2050.

18. Miller G. Contraception as development? New evidence from family planning in Colombia. *Econ J* 2010;120:709-36.

19. UNICEF. Generation 2030: AFRICA. Child demographics in Africa, 2014.

Il beclometasone e (è?) il gattopardo

Antonio Clavenna, Daniele Piovani

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

Ancora tu?

Ma non dovevamo vederci più?

Il 21 luglio 2015 è stato presentato a Roma il Rapporto OsMed sull'uso dei farmaci in Italia nel 2014. Questa edizione ha riportato per la prima volta anche un breve approfondimento sulla popolazione pediatrica, come evidenziato venerdì 24 luglio u.s. nella newsletter dell'AIFA "Pillole dal Mondo". I dati fotografano una realtà ben nota a chi si occupa di impiego dei farmaci in età pediatrica: ai bambini vengono prescritti prevalentemente farmaci respiratori e antibiotici, che coprono il 71% del totale dei consumi. Pur con il limite di aver misurato il consumo dei farmaci in termini di dose definita giornaliera (DDD), un indicatore che non può essere impiegato nei bambini (in quanto la dose di riferimento è stimata sulla base della terapia nell'adulto), il farmaco con il consumo più elevato in età pediatrica è risultato il beclometasone: nel corso dell'anno 2014 ai bambini e adolescenti italiani ne sono state prescritte quasi 10,4 milioni di DDD.

Approssimando, è come se nel 2014 ciascun minore residente in Italia avesse assunto almeno una dose di questo farmaco. Anche in questo caso si potrebbe commentare "niente di nuovo sotto il sole". In ogni caso, il commento è amaro, pensando allo studio ENBe, che ha coinvolto 40 pediatri di famiglia e 525 bambini e famiglie italiane e ha documentato come il beclometasone non sia efficace nel trattamento sintomatico delle infezioni delle vie aeree superiori (leggi: non serve a curare tosse, raffreddore, mal di gola), indicazione per cui è frequentemente prescritto, e abbia un'efficacia modesta nel prevenire il *wheezing* virale. I cambiamenti richiedono tempi lunghi, ma l'impressione è che lo studio ENBe non sia stato adeguatamente considerato, sia dalla cosiddetta comunità medico-scientifica, *in primis* i pediatri, che dalla stessa AIFA, che aveva finanziato lo studio nell'ambito dei bandi per la ricerca indipendente. A questo si potrebbe aggiungere che la disseminazione

dell'esperienza e degli esiti da parte dei pediatri partecipanti potrebbe non essere stata efficace.

In tempi di accese discussioni sull'appropriatezza, ENBe rischia purtroppo di essere un'occasione formativa e di produzione di conoscenze persa. Sarebbe interessante che si aprisse una riflessione su questo.

Nel frattempo, è dei giorni in cui ci troviamo a scrivere questa rubrica la presentazione, nell'ambito del 54° congresso dell'*European Society for Paediatric Endocrinology*, dell'abstract di uno studio riguardante le differenze nella crescita a 24 mesi di bambini esposti nel corso dei primi due anni di vita a corticosteroidi inalatori (CSI) versus non esposti.

I bambini esposti a CSI avevano un'altezza e una velocità di crescita inferiore ai non esposti, con *z score* aggiustati per caratteristiche materne, paterne, perinatali e anamnestiche rispettivamente di $-0,16$ (IC 95%: $-0,22$ a $-0,11$) e $-0,28$ (IC 95%: $-0,37$ a $-0,19$).

Gli effetti risultavano più marcati in caso di esposizione prolungata o di esposizione nei primi 12 mesi di vita.

È inverosimile che la somministrazione occasionale di beclometasone nebulizzato possa essere associato a effetti sulla crescita, ma questi dati dovrebbero rappresentare un invito alla cautela nell'impiego dei cortisonici nei bambini, soprattutto quando molto piccoli.

È nel caso del beclometasone, in un bambino su 4, la prima prescrizione avviene nei primi 6 mesi di vita.

• OsMed. L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto OsMed 2014.

• AIFA. <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/luso-dei-farmaci-italia-rapporto-osmed-2014>

• Clavenna A, Sequi M, Cartabia M, et al. Efficacia del beclometasone nella profilassi del *wheezing* virale: studio ENBe *Quaderni ACP* 2013;20:194-204.

• Saari A et al. Stunted Growth after Inhaled Corticosteroid Use during the First 24 Months of Life. *ESPE Abstracts* (2015) 84 FC4.5. <http://abstracts.eurospe.org/hrp/0084/hrp0084fc4.5.htm>.

Rischi del tramadolo

nei metabolizzatori ultrarapidi

L'FDA ha avviato una revisione che riguardava la possibile comparsa di grave depressione respiratoria in seguito ad assunzione di tramadolo nei minori di 18 anni di età. Il farmaco negli Stati Uniti non è approvato per l'uso pediatrico, ma è talvolta utilizzato *off-label* per il trattamento del dolore post-operatorio in età pediatrica, mentre risulta approvato in Italia oltre i 12 anni di età. Il metabolismo epatico trasforma il tramadolo nel metabolita attivo O-desmetiltramadolo. I pazienti cosiddetti metabolizzatori ultrarapidi effettuano questa conversione molto più rapidamente, aumentando le concentrazioni plasmatiche del farmaco. In questi soggetti può insorgere depressione respiratoria anche grave e potenzialmente fatale. È quanto avvenuto a una bambina francese di 5 anni, alla quale è stato somministrato tramadolo post-adenotonsillectomia: dopo una singola dose del farmaco la bambina ha presentato una grave crisi respiratoria che ha richiesto il ricovero d'urgenza. La nota FDA ha lo scopo di mettere in allerta i medici che stanno prescrivendo un farmaco potenzialmente pericoloso. Il controllo del dolore pediatrico è un tema molto importante, ma spesso esistono alternative farmacologiche che non causano depressione respiratoria. Anche a livello ospedaliero, laddove il dolore post-operatorio richiedesse l'utilizzo imprescindibile di un oppiaceo, è stato dimostrato che il paracetamolo endovenoso è in grado di abbassare notevolmente la dose di morfina necessaria a ottenere un effetto analgesico efficace [*Quaderni acp* 2013;20:89].

• FDA evaluating the risks of using the pain medicine tramadol in children aged 17 and younger. <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM463471.pdf>.

Corrispondenza

antonio.clavenna@marionegri.it

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Le coperture vaccinali in Italia oggi

Franco Giovanetti

Dirigente medico, Dipartimento di Prevenzione, ASL CN2, Alba, Bra (Cuneo)

In Italia la copertura vaccinale tra i nati nel 2012 è scesa al di sotto del 95% persino per vaccinazioni consolidate e "storiche" come quelle contro polio, tetano, difterite, pertosse ed epatite B, mentre la copertura per morbillo, parotite e rosolia (MPR) si situa intorno all'86%. È questo il quadro allarmante che emerge dalla pubblicazione dei più recenti dati di copertura vaccinale da parte del Ministero della Salute^{1,2}. La situazione appare ancora più preoccupante se si esaminano i dati regionali. Se consideriamo le 9 Regioni con una copertura inferiore al 95% per tutti gli antigeni vaccinali, la media di polio, difterite, tetano, pertosse ed epatite B in quelle aree è scesa al 92%, mentre per MPR è dell'81%. Il confronto con i dati degli anni precedenti è impietoso, considerato che la copertura italiana era da molti anni stabile o superiore al 95% per polio, difterite, tetano, pertosse ed epatite B, mentre quella per MPR a partire dal 2009 si era attestata al 90%³. Un più approfondito esame dei dati regionali rivela alcune interessanti particolarità:

- la copertura per MPR sembra indipendente da quella delle altre vaccinazioni. Per esempio, la Liguria mostra una copertura dell'82% pur raggiungendo la soglia del 95% per le restanti vaccinazioni (fatta eccezione per meningococco C e pneumococco). Al contrario il Veneto, che appare piuttosto distante dalla soglia del 95%, ha una copertura MPR dell'87%, nettamente superiore a quella ligure. Un divario simile è riscontrabile anche in altre Regioni;
- tra le 9 Regioni che presentano maggiori criticità, il Nord Est è rappresentato al completo (Veneto, Friuli Venezia Giulia e le Province autonome di Trento e Bolzano);
- la Sicilia, che per prima ha introdotto la vaccinazione contro la varicella, non raggiunge il 95% né per varicella (79%) né per MPR (83,9%) e contemporaneamente fa parte del gruppo delle 9 Regioni più problematiche;
- Emilia Romagna e Lombardia si trovano in una situazione borderline: 95% per alcuni antigeni, tra il 94 e il 95% per altri, mentre MPR si situa intorno all'88-89%.

Il quadro è quindi molto variegato e si ha l'impressione che fattori locali interagiscano con criticità comuni a tutta la nazione.

Tra i fattori locali di sicuro ha un peso l'azione dei movimenti antivaccinali, che storicamente è piuttosto incisiva nel Nord Est. Non è noto se, nelle realtà in cui i movimenti antivaccinali sono meno attivi, siano presenti criticità organizzative tali da condizionare le coperture: potrebbe essere questo il caso di Campania e Sicilia.

Per quanto riguarda le criticità di ordine generale, non è casuale che l'attuale crisi sia esordita nella coorte di nascita 2012: è l'anno della nota sentenza di Rimini che aveva recepito le tesi, ampiamente screditate dal punto di vista scientifico, sul nesso tra vaccinazione MPR e autismo. Il fatto che la sentenza sia stata ribaltata in appello ha avuto un impatto trascurabile sul grande pubblico, giacché nei tre anni intercorsi tra la prima e la seconda sentenza, gli appelli alla razionalità scientifica sono stati soffocati e resi inefficaci da un gigantesco magma di informazioni distorte o palesemente false. Come affrontare questa situazione? Dovrebbe essere chiaro a tutti che non si tratta di una crisi transitoria di fiducia verso i programmi vaccinali. Numerosi indizi, incluse le anticipazioni officiose delle coperture vaccinali nelle coorti successive al 2012, suggeriscono che siamo di fronte a una crisi profonda e strutturale, di cui stiamo vedendo solo l'inizio. In assenza di interventi straordinari e incisivi le coperture vaccinali sono destinate a peggiorare. Come conseguenza avremo un accumulo di soggetti suscettibili, che potrebbero rappresentare il terreno favorevole per l'insorgenza di focolai epidemici. Le leggi naturali che governano le epidemie hanno una base matematica e come tali non si lasciano condizionare né dalle ideologie né dalle opinioni. Poiché non possiamo attendere passivamente un ritorno della difterite o l'ennesima epidemia di morbillo, i decisori delle politiche sanitarie dovrebbero agire velocemente, anzitutto approvando il nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale. Si dovrebbe inoltre discutere sull'opportunità di riformare l'intera legislazione in materia: sono circa 20 anni che si sottolineano

le contraddizioni di un sistema in cui coesistono quattro vaccinazioni "obbligatorie" e una serie (peraltro sempre più estesa) di vaccinazioni "raccomandate". Se si è arrivati alla conclusione che l'obbligo vaccinale, così com'è formulato attualmente, non funziona ma anzi è un ostacolo ai programmi vaccinali, perché non abolirlo definitivamente? Ciò non esclude che una qualche forma di obbligo, per esempio legato alla frequenza scolastica, almeno per le malattie che hanno un potenziale epidemico, non possa essere introdotto, come di recente ha deliberato lo Stato della California⁴. Un altro punto dolente è la formazione del personale sanitario: quante volte siamo stati le vittime del "fuoco amico" di operatori scarsamente competenti in materia, che esprimono opinioni non fondate sulla buona scienza? E infine, le procedure per il riconoscimento del danno da vaccino: perché non adottare un sistema simile a quello degli Stati Uniti⁵, che si avvale di esperti della materia e di procedure, rispetto a quelle italiane, sicuramente molto più trasparenti e assai meno suscettibili a eventuali distorsioni o strumentalizzazioni?

Corrispondenza

giovanetti58@alice.it

L'Autore non ha rapporti economici di alcun tipo con case farmaceutiche. Negli ultimi 10 anni ha sporadicamente accettato inviti da Wyeth (ora Pfizer), Sanofi Pasteur, Novartis Vaccines e GSK per la partecipazione a convegni.

1. Ministero della Salute. Vaccinazioni dell'età pediatrica, anno 2014. Coperture vaccinali. www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_20_allegati_iitemAllegati_2_fileAllegati_itemFile_0_file.pdf.

2. Reparto di Epidemiologia delle malattie infettive, Cnesps-Iss. Le coperture vaccinali in Italia nel 2014. Qualche riflessione. Epicentro 1-10-2015. www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/copertureMin2014.asp.

3. Copertura vaccinale in Italia. Epicentro. www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/dati_Ita.asp.

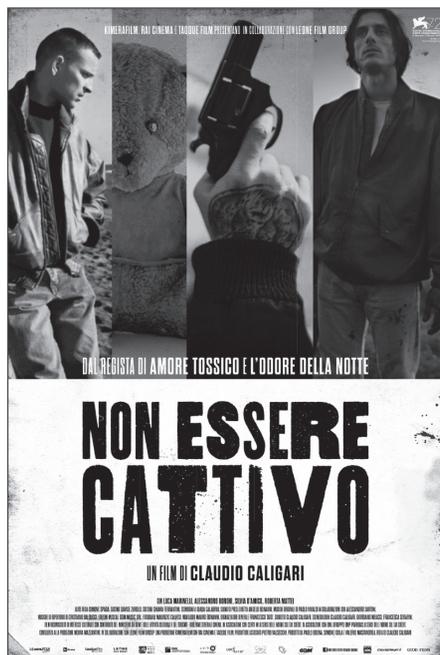
4. Mello MM et al. Shifting Vaccination Politics - The End of Personal-Belief Exemptions in California. *N Engl J Med* 2015;373:785-7.

5. National Vaccine Injury Compensation Program. www.hrsa.gov/vaccinecompensation/index.html.

Come non pensare a Pasolini?

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma



NON ESSERE CATTIVO

Regia: Claudio Caligari

Con: Luca Marinelli,

Alessandro Borghi, Silvia D'Amico,

Roberta Mattei, Alessandro Bernardini

Italia, 2015

Durata: 100', col.

Ostia, sottoproletari, tossicodipendenti, ragazzi di vita, coatti, dialetto romanesco, uno dei protagonisti che porta lo stesso nome di Accattone... Come non pensare a Pasolini vedendo *Non essere cattivo*, opera postuma di Claudio Caligari, presentata fuori concorso a Venezia 2015 e scelta per rappresentare l'Italia agli Oscar per il miglior film in lingua straniera? Non uno ma due bulli di periferia, parenti stretti dei personaggi già visti in *L'Amore tossico* (1983) e ne *L'odore della notte* (1998), che spacciano, rubano, sniffano, bevono, fanno a pugni. Si chiamano Cesare e Vittorio, si conoscono da una vita, sono amici fraterni e, come scrive Pasolini in *Appunti per un poema popolare*, “dopo l'adolescenza non hanno imparato niente all'infuori del tipico modo di corruzione che si dà nella borgata, secondo quelle irreligiose

regole d'onore, quella convenzione di dritteria e delinquenza”. Cesare vive con la madre e la nipotina orfana; Vittorio non ha nessuno al mondo. Di giorno in giorno si apre davanti a loro il baratro, fino alle allucinazioni provocate dalla droga; poi l'incontro con due ragazze – Viviana e Linda – che si trasforma in ancora di salvezza. Ognuno, a modo suo, prova a rimettersi in piedi. Il mondo è fatto a scale: uno riesce a risalire, l'altro precipita. Sarebbe un finale nero se, dopo la tragedia, non arrivassero sprazzi di luce in fondo al tunnel: una famiglia e un lavoro per Vittorio, un piccolo nuovo Cesare per Viviana.

Si è detto tutto e niente in questa sintesi, ma un film non è fatto solo di vicende, più o meno prevedibili. A renderlo interessante contribuiscono elementi spesso considerati secondari, come la colonna sonora, le inquadrature, il montaggio, la fotografia, ecc. Scegliamo, in *Non essere cattivo*, le interpretazioni, l'ambientazione e i dialoghi, una microstoria.

Luca Marinelli (Cesare), Alessandro Borghi (Vittorio), Silvia D'Amico (Viviana) e Roberta Mattei (Linda) superano la prova a pieni voti per quel linguaggio del corpo che un attore deve saper strettamente collegare alla recitazione verbale. Non sembrano attori e, per quanto possa sembrare strano, è questo il miglior complimento che si possa fare a chi si cala anima e corpo nel personaggio, correndo volutamente il rischio di rimanere intrappolato per sempre in un ruolo che ha fatto suo. “Io e Luca – ha confessato Borghi – non abbiamo recitato i nostri personaggi, li abbiamo vissuti.” Come dire che, in un certo qual modo, hanno tenuto presente la lezione dei maestri del Neorealismo e l'insofferenza di Pasolini che disse: “Io ho una specie di idiosincrasia per gli attori professionisti. La mia idiosincrasia dipende dal fatto che, per quel che riguarda i miei film, un attore professionista è un'altra coscienza che si aggiunge alla mia coscienza”.

Dall'interpretazione all'ambientazione e alla cura dei dialoghi. Nel 1961, in una poco conosciuta *Ballata*, ecco cosa Pasolini faceva dire alla madre di Stalin: “Figlio mio, nel mondo quante madri / fanno ancora dei figli come te, / in Asia, in Europa, in Africa, dov'è / terra di schiavi, di banditi e ladri, / che sognano una cosa in fondo a sé.” Ingannati dal dialetto, pertanto, sarebbe riduttivo vedere in questo film solo ciò che accadeva nell'hinterland romano alla fine degli anni Novanta. L'intraducibilità di alcune espressioni (“ultima sopravvivenza di ciò che ancora è puro e incontaminato”), probabilmente, penalizzerà la visione oltre Italia, perché il dialetto è in questo film talmente funzionale alla storia che perderlo corrisponderebbe alla perdita della realtà, ma questo è il prezzo che da sempre il cinema e la letteratura pagano al consumismo. Con la conseguenza di fare vivere una stessa storia in modi diversi, come accade, del resto, per tutto ciò che è narrato. Il tono, le pause, la gestualità, il metalinguaggio e i particolari diventano, allora, essenziali alla lettura. Stesso discorso per la presenza delle microstorie. Come i rigagnoli che si riversano nel fiume, esse confluiscono nella macrostoria, la arricchiscono e la completano. Un esempio? Il dramma appena accennato della nipotina di Cesare, orfana e malata. La sua presenza è solo apparentemente marginale perché è lei, vittima innocente, il vero orsacchiotto che suggerisce allo zio e al mondo la bontà del titolo. È lei che sembra far sue e recitare alla mamma morta di Aids, al destino che le è piovuto addosso, alla società che l'ha emarginata e alla coscienza degli spettatori più sensibili i due versi di Pier Paolo nella *Supplica a mia madre*: “Sei insostituibile. Per questo è dannata / alla solitudine la vita che mi hai data.”

Corrispondenza
italospada@alice.it

Libri: occasioni per una buona lettura

Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

Impariamo a comunicare in medicina



Autori: Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz, Juliet Draper

Competenze per comunicare con i pazienti

Piccin, 2015 - pp. 298, € 25,00

Sappiamo comunicare con i nostri pazienti o quotidianamente pensiamo di recitare pagine di abstract o articoli scientifici senza empatia? Il nostro paziente è avido di informazioni tecniche o desideroso di un colloquio motivazionale?

Molti libri sulla comunicazione si concentrano su ambiti specifici della medicina, prestando meno attenzione alle abilità comunicative. Lo scopo del testo, invece, è quello di supportare la descrizione delle abilità comunicative necessarie in medicina, fornendo linee programmatiche, basi teoriche o empiriche attraverso un programma di formazione e comunicazione (abilità, atteggiamenti e contenuti) secondo lo schema della Calgary-Cambridge. Insegnare ad acquisire competenze specifiche per situazioni particolari è molto importante, ma non necessariamente sono richieste abilità differenti a seconda delle circostanze. Possono cambiare il contesto della comunicazione, il contenuto di questa, ma le competenze legate al processo restano le stesse. Siamo convinti che ciò che diciamo al paziente sia sempre chiaro? Siamo attenti al *disease* (condizione patologica secondo la prospettiva medica) o all'*illness* (malattia vissuta dal paziente)? Se non mostriamo cordialità, non consideriamo le preoccupazioni del paziente, non indaghiamo la sua prospettiva e ancora non prestiamo

attenzione alla relazione non verbale, la soddisfazione del nostro paziente e di conseguenza la sua adesione al trattamento saranno inesistenti. Pertanto il libro propone il “colloquio motivazionale” fondamentale perché non fornisce semplicemente le informazioni al paziente ma aiuta a condividere la comprensione e la decisione. Il paziente attraversa differenti fasi con assetti mentali diversi: conoscerli può aiutare il professionista ad avere un intervento più efficace.

Il nostro compito non è impartire informazioni, ma ragionare in termini di esiti: quello che dico io influenza quello che dirà l'altro a spirale. Una comunicazione efficace è fondamentale perché incrementa la soddisfazione, il ricordo, la comprensione e l'adesione ai trattamenti.

Naire Sansotta

Doxa ed Epistème nel pensiero di Giovanni Jervis



Autore: Giovanni Jervis

Contro il sentito dire

Bollati Boringhieri, 2014 - pp. 280, € 18,00

Parlare e leggere di quel medico e intellettuale che fu Giovanni Jervis non è un'operazione nostalgica, perché molti insegnamenti e spunti di riflessione per l'agire presente rimangono nell'opera di chi ha avuto la capacità di sviluppare un pensiero critico sul mondo e gli eventi della sua epoca. Chi volesse sinteticamente conoscere o ricordare chi era, quali

erano le sue radici familiari (antifascismo, protestantesimo e internazionalismo), cosa pensava e come ha vissuto Jervis, scomparso nel 2009, può farlo leggendo “*Contro il sentito dire. Psicoanalisi, psichiatria e politica*”, pubblicato da Bollati Boringhieri nel 2014. Il volume raccoglie una serie di scritti, articoli e interventi dello psichiatra, con l'introduzione di Massimo Marraffa, una sorta di compendio della biografia, delle attività e del metodo scientifico dell'Autore. Il sentito dire è tutto ciò che non si basa su dati, prove e verifiche, e che non si pone nella tradizione illuministica e positivista (pur con qualche distinguo) della scienza.

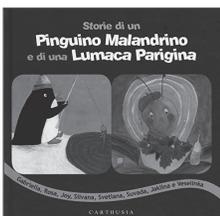
Ecco allora gli anni della partecipazione al centro ecumenico di Agàpe, poi quelli della formazione universitaria e della specializzazione in neuropsichiatria, con la scoperta della psicopatologia fenomenologica, l'importante collaborazione con Ernesto De Martino nel 1959 per la ricerca sulle ultime manifestazioni del tarantismo nel Salento (rito di possessione magico-religioso legato alla “crisi della presenza”; non tradizione popolare o folklore – termini che per De Martino erano tabù – come l'attuale sfruttamento a scopi commerciali, espressione di una sottocultura di massa, potrebbe far credere), la lettura dei *Minima Moralia* di Adorno, la partecipazione all'esperienza editoriale di *Quaderni Rossi*, i rapporti con l'Einaudi e la nota prefazione a “Eros e civiltà” di Marcuse, in cui, pur riconoscendo il valore dell'opera, ne individuava il limite nella “sfiducia delle alternative politiche” al punto che ogni immagine di società futura appariva “in definitiva come una parodia estetizzante della prospettiva comunista”. E poi ancora i viaggi in Inghilterra e la scoperta della nuova psichiatria, i contatti con Ronald Laing, la conoscenza di Franco Basaglia e il lavoro nell'ospedale psichiatrico di Gorizia, la critica della cosiddetta anti-psichiatria e dei movimenti di controcultura a cavallo degli anni '60 e '70 del secolo scorso, la direzione del servizio territoriale di “Igiene mentale” (come si diceva allora) di Reggio Emilia, la pubblicazione del *Manuale*

critico di Psichiatria, fino ad arrivare, nel 1976, alla chiusura di questa esperienza e all'inizio della carriera universitaria.

In un periodo in cui le giuste istanze di liberazione e le lotte per una società migliore divenivano spontaneismo, rifiuto ideologico dell'ortodossia, sregolatezza e messa in discussione delle competenze, contribuendo a produrre la "cultura marmellata", ecco che Jervis andava sviluppando la sua critica rifacendosi al rigore scientifico che si richiamava al darwinismo, dove nello studio delle relazioni tra gli individui e i gruppi si conciliavano e interagivano la visione naturalistica e gli aspetti sociali, senza però che questi ultimi prendessero il sopravvento, come invece è accaduto per molti anni nel panorama scientifico anche per una certa compiacenza ideologica. Ecco quindi la severa critica del relativismo e delle tendenze filosofiche che ne hanno costituito la base, dal post-modernismo di Lyotard alla decostruzione di Derrida, dall'ermeneutica di Gadamer (in parte) al filone italiano del "pensiero debole"; quel relativismo che vuole che i principi dell'etica civile varino a seconda degli ambienti e delle differenti culture, e che nella visione post-moderna nobilita i punti di vista e le opinioni, li fa prevalere sulla conoscenza e promuove il qualunquismo travestito da tolleranza. Di contro c'è l'appassionata difesa del razionalismo critico e la presa di distanza da quel radicalismo che, partito dalla denuncia della cultura di massa, si è trasformato esso stesso in cultura di massa caratterizzata, per l'appunto, dall'egemonia del sentito dire e dal disimpegno morale.

Carlo Corchia

Colorare fiabe e filastrocche



Autrici: Gabriella, Rosa, Joy, Silvana, Svetlana, Suvada, Jaklina e Veselinka

Storie di un pinguino malandrino e di una Lumaca Parigi

Carthusia 2015, € 9,00

Il progetto ICAM, l'Istituto a Custodia Attenuata per mamme detenute con bimbi di età fino a 3 anni, consente a Milano di togliere i piccoli dal carcere, dotandoli di una realtà assolutamente più accettabile e idonea alla loro crescita di bambini.

Gli spazi della struttura offrono alle mamme e ai bambini ambienti curati e protetti dove viene garantita la continuità del legame affettivo e dove i piccoli possono comunque sperimentare nuove conoscenze nel tempo destinato all'esecuzione della pena della mamma. In questo ambito è stato realizzato il Laboratorio Illustrafiabe, finanziato dall'Ufficio Scolastico Provinciale della Lombardia dove alcune mamme hanno illustrato favole e filastrocche già scritte in precedenza insieme ad altre mamme: gli operatori impegnati nel progetto ci dicono che "tutte hanno scritto e disegnato pensando ai propri bambini".

Da questo lavoro è nato un piccolo libro, dedicato "a tutti i bambini che amano le favole e alle mamme che amano raccontarle", con la storia del pinguino Robertino e quella della lumaca Parigi: due filastrocche che, colorate e un po' speciali, ci prendono per mano e ci fanno sentire dentro un cuore grande e che batte forte, pur in situazioni che devono fare i conti con storie pesanti e difficili.

Il Laboratorio Illustrafiabe è sostenuto da Vincenzo Spadafora, garante nazionale per l'infanzia e adolescenza, che ha voluto un'edizione speciale del libro per i bambini delle scuole dell'infanzia del Comune di Milano.

Per sostenere e aprire alla comunità un percorso di riscatto sociale che nasce da un gesto d'amore e attenzione di alcune mamme per i propri bimbi.

Federica Zanetto

Momenti decisivi di un'esistenza



Autore: Michael Cunningham

La Regina delle Nevi

Bompiani, 2014 – pp. 284, € 13,00

"Una luce celestiale apparve a Barrett Meeks nel cielo sopra Central Park, quattro giorni dopo l'ennesima batosta d'amore". Barrett è gay, ha una laurea prestigiosa che potrebbe dare accesso a qualunque carriera; invece è un intellettuale tranquillo che vende magliette in un negozio di oggetti vintage. "Vivere a New York, dice Cunningham, dove tutti sono ambiziosissimi; io volevo scrivere di una persona che avesse tutte le possibilità di avere successo, ma non lo voleva, che non volesse diventare ricco, il che in America è la posizione più radicale che si possa avere." Suo fratello Tyler è un musicista, ancora in cerca di successo, che sta tentando di scrivere una canzone per la sua fidanzata Beth, malata di cancro, per il giorno del loro prossimo matrimonio, e cerca di trovare ispirazione con la cocaina. Dei due, è Tyler a cercare una visione, ma è Barrett che la trova, perché come dice l'Autore è questa la vita; e dovrà confrontarsi con l'impossibilità di essere in qualche modo in grado di decifrare, di dare un senso a ciò che gli è accaduto. I personaggi di questo romanzo si trovano in un limbo tra l'ideazione e la realizzazione, tra guarigione e malattia, tra amore e morte. Alla fine, Barrett acquista una maggiore consapevolezza di sé, e Tyler rimane appeso a un destino incerto. Una narrazione di sentimenti ed emozioni del quotidiano di persone comuni.

Maria Francesca Siracusano

Lettere

Fa(r)Volare. Il respiro dei luoghi di cura

Gent. Direttore

Desidero segnalare all'attenzione sua e dei lettori di *Quaderni* un progetto, promosso dall'Associazione Fantariciclando in collaborazione con l'UO di Pediatria dell'Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì, Homeless Book, Pato Lógico, Action Line, Tank e altri, che cerca, ad un tempo, di rispondere ad alcuni bisogni di benessere dei bambini e di provocare possibili cambiamenti nella comunità. Attraverso la favola ci è parso intrigante guardare alla salute del bambino nell'interazione che include i saperi medico-scientifico, narrativo e figurativo dando vita ad un progetto di allestimento artistico all'interno di un reparto di Pediatria. Il progetto, che abbiamo chiamato *Fa(r)Volare 2015/16 – Un educatore deve mostrarti l'orizzonte che non hai mai visto*, fa seguito ad un'analoga iniziativa (*Star(e) da favola*¹) realizzata e conclusa nel biennio precedente. Dieci favole contemporanee (anche in *e-book*), dieci tavole artistiche e una mostra itinerante che incrocerà la fantastica serie di personaggi verosimili per attivare il desiderio di conoscenza. Ci proponiamo anche di dare impulso a un progetto europeo sulla favola contemporanea per sottolineare come l'esperienza educativa delle storie sia insostituibile, nell'infanzia, per apprendere qualsiasi linguaggio sociale. In concomitanza con la Giornata dei Diritti dell'Infanzia², nel novembre di quest'anno, presenteremo le linee di sviluppo di questo progetto. Riteniamo vi sia la necessità di rispondere ai bisogni espressi e latenti dell'universo infantile e di sostenere concretamente la Convenzione Internazionale dei diritti dell'infanzia. I piccoli sono influenzati da contesto e ambiente: attenzioni e stimoli rinforzano e modellano mappe cognitive e reti neurali, mentre un ambiente deprimente edifica mappe sfilacciate. Il programma *Fa(r)Volare* proseguirà per tutto l'anno con la

sequenza delle quattro mostre e la redazione e presentazione dell'*e-book* "Sgrinfia e la notte dei coriandoli". Si tratta di un progetto fitto di appuntamenti e mostre con in primo piano operatori e persone di buona volontà che aiuteranno i bambini a crescere cittadini del mondo, imparando a salvaguardare l'ambiente, prendendosi cura di se stessi e dell'altro. L'assetto sociale contemporaneo richiede una relazione più vivace tra comunità educante e comunità sanitaria. Così, ci proponiamo di far volare il respiro civile dei luoghi di cura oltre il lettino.

1. Flamigni RF, Milandri F. *Bip Calamita e altre star da favola*, Homeless Book Editore, Faenza, 2014.

2. Ricorrenza annuale della Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell'Infanzia.

Flavio Milandri

Presidente Associazione Fantariciclando.
www.fantariciclando.it

Lo svezzamento e il suo momento migliore

Gent.mi componenti della Coalizione italiana per l'alimentazione dei neonati e dei bambini, mi chiamo Annalisa, sono mamma di Alessandro (quasi 13 anni) e Francesca (8 mesi), sono una *peer counselor* per l'allattamento.

Ho letto l'articolo "Svezzamento: qual è il momento migliore per iniziare? Evidenze allergologiche e non..." (*Quaderni acp* 2014; 21(1): 27-30) e vorrei condividere con voi le mie riflessioni a riguardo. Non entro nel merito delle evidenze più o meno forti degli studi citati dall'articolo: Adriano Cattaneo e altri hanno già commentato la review ESPGHAN e io da mamma non ho certo gli strumenti per riprendere il discorso a questo livello. Ma proprio in qualità di mamma, interlocutrice di quei pediatri ai quali è rivolto "il punto su... lo svezzamento", mi sento di far notare che le informazioni e conclusioni dell'articolo, così

come sono esposte, verranno probabilmente lette, interpretate e soprattutto comunicate ai genitori e da loro "applicate" su istruzione del pediatra in modo molto diverso. L'approccio del pediatra e il fatto che faccia o meno educazione alimentare coi genitori dei suoi pazienti possono cambiare radicalmente l'inizio dello "svezzamento" di ogni bambino, cambiando ad esempio le priorità tra il rispetto del suo essere pronto e dei suoi gusti e curiosità, e il timore di allergie o carenze nutrizionali. Leggendo l'articolo infatti mi sono immaginata (ma neanche troppo...) il mio pediatra che mi dice: «Signora, allora: la bimba ha 5 mesi e mezzo ed è allattata. Continui ad allattarla e non le dia nient'altro fino a 6 mesi compiuti, nemmeno se vi guarda con sguardo assassino mentre siete a tavola. Non si azzardi a darle una carota cruda da ciucciare per tenerla buona, il cibo non deve neanche toccarlo. A 6 mesi e un giorno inizi con questo schema, non guardi la parte dai 4 mesi che è per i non allattati (e perché poi, mi chiedo: ci sono studi che dimostrano che i bambini non allattati sono pronti dal punto di vista neurologico e digestivo prima di quelli allattati?) e mi raccomando: segua lo schema, perché se qualche alimento non lo riesce a introdurre entro i 7 mesi sua figlia corre il rischio di carenze di ferro e zinco e di allergie varie. Se alla bimba non interessano le pappe, la prenda per fame togliendole la tetta, perché DEVE mangiare». E se il bambino, anche preso per fame, non mangiasse? Se non si riuscissero ad introdurre tutti gli alimenti dello schema entro i 7 mesi? Invece il pediatra di mia cognata le dice, più o meno: «Signora, continui ad allattare per tutto il tempo che vuole. Dopo i 4 mesi, molto probabilmente intorno ai 6, la bimba darà segno di essere interessata a questo gioco che fate in famiglia di infilarvi delle cose in bocca. Fatela giocare con voi, con attenzione a quello che le date, ovviamente. All'inizio non capirà cosa deve fare, non manderà giù niente, ma sarà felice di non essere esclusa.

A poco a poco vedrete che vorrà prendervi le cose dal piatto e la sua coordinazione glielo permetterà: lasciatela fare, perché quello che c'è nei vostri piatti è sano e cucinato come si deve, vero? Non si preoccupi se per mangiare certe quantità ci metterà del tempo, e la lasci pacificare: se continua con l'allattamento, non corre nessun rischio».

Questi due dialoghi non sono stati inventati di sana pianta.

Col mio primo figlio ho vissuto sulla mia e sua pelle "lo schema" e tutte le ansie derivanti da un bambino che, pur crescendo benissimo e scoppiando di salute, non ne voleva sapere di mandar giù papine. Ora con la piccola mi spiego tante cose che 12 anni fa mi hanno reso questo momento difficile e ansiogeno, invece di farmi godere il mio bambino in questa fase così importante del suo sviluppo, della nostra relazione e della relazione col cibo. L'approccio dell'auto-svezzamento o alimentazione complementare a richiesta, che l'ACP conosce molto

bene grazie al dott. Lucio Piermarini, ha cambiato molte chiavi di lettura, e credo che queste chiavi interpretative debbano essere sottolineate ogni volta che si parla di "svezzamento". In altre parole: poiché l'applicazione concreta delle evidenze dipende anche dagli "occhiali" coi quali si leggono, insieme alle evidenze può essere importante fornire un paio di occhiali nuovi...

Che ne pensate?

Grazie per l'attenzione, cordiali saluti

Annalisa Pains

Cara Sig.ra Annalisa, la ringraziamo molto per il suo commento. Come lei ha già sottolineato, al momento del divezzamento il protagonista principale è il bambino. Le linee guida che abbiamo citato nel nostro articolo, quali fonti autorevoli tra cui ESPGHAN, OMS hanno il compito

di tracciare un percorso, ma esistono diverse vie. È impensabile che si attivi un timer che sia in grado di far scattare immediatamente il gusto verso i cibi solidi.

Il pediatra di famiglia ha un compito complesso, ovvero di guidare la coppia madre-bambino ad iniziare lo svezzamento che spesso è vissuto come un momento di ansiogeno cambiamento e paura del distacco dal seno materno.

Tante sono le variabili da tenere in considerazione quali la durata dell'allattamento materno, la propensione del piccolo lattante verso cibi nuovi e la tolleranza immunologica.

Infine, quando il bambino è pronto a poco a poco assaggerà di tutto. Non c'è timing ma buon senso; in questo crediamo che le linee guida siano concordi.

Cordiali saluti

Diego Peroni, Naire Sansotta

Quaderni acp

indice Pagine elettroniche (numero 6, 2015)

Newsletter pediatrica

- Efficacia della terapia combinata con isoniazide e rifampicina per il trattamento dell'infezione tubercolare latente in bambini e adolescenti
- L'uso di antipsicotici di seconda generazione sembra aumentare il rischio di insorgenza di diabete di tipo 2
- Esiste un'associazione tra allattamento al seno e riduzione del rischio di obesità nell'infanzia
- *Cochrane Database of Systematic Review*: revisioni nuove o aggiornate luglio-agosto 2015

Documenti

- Le curve di crescita del bambino con paralisi cerebrale
Commento a cura di Laura Brusadin ed Enrico Valletta

Ambiente e salutei

- Esposizione agli ftalati durante la gravidanza e rischi fetali

Articolo del mese

- Neurobiologia dell'effetto placebo

Poster congressi

- Tabiano 2014 (2° parte)

I contenuti sono disponibili all'indirizzo web della rivista: www.quaderniacp.it

Vi invitiamo a partecipare alla costruzione della rivista con commenti, lettere, contributi.

La redazione di Pagine elettroniche

Laura Brusadin, Maddalena Marchesi, Claudia Mandato, Giacomo Toffol, Costantino Panza
redazione@quaderniacp.it

Info: notizie sulla salute

Rubrica a cura di Sergio Conti Nibali

Rapporto di *Save the Children* sugli stili di vita dei bambini in Italia

Sono stati presentati i risultati della ricerca "Lo stile di vita dei bambini e dei ragazzi", realizzata da Ipsos per *Save the Children* e Gruppo *Mondelēz*, in occasione dei quattro anni di "Pronti, Partenza, Via!", progetto promosso da *Save the Children* nelle aree periferiche di 10 città italiane (Ancona e Aprilia, Bari, Catania, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Sassari e Torino) a favore della pratica motoria e sportiva e dell'educazione alimentare dei bambini.

Il progetto, realizzato in partnership con Centro Sportivo Italiano (CSI) e Unione Italiana Sport Per tutti (UISP) - con il patrocinio della Società Italiana di Pediatria - ha coinvolto negli ultimi quattro anni 96.000 beneficiari tra bambini e genitori e sono 1400 i professionisti interessati nelle attività. Sulla scia dei risultati raggiunti, *Save the Children* estenderà il progetto fino al 2016 e le buone pratiche consolidate in questi anni verranno proposte anche a Roma, Brindisi, Gioiosa Ionica e Scalea, all'interno delle attività dei Punti Luce di *Save the Children*, strutture "ad alta densità educativa" dove bambini e adolescenti possono studiare, giocare, avere accesso ad attività sportive, culturali e creative.

La ricerca descrive bambini e ragazzi abbastanza attenti all'alimentazione, che per una buona parte praticano attività sportiva, ma passano anche tanto tempo chiusi in casa davanti alla televisione, ai videogiochi o leggendo un libro. I ragazzi trascorrono in casa o a casa di amici (62%) molto del loro tempo libero, anche perché non ci sono spazi all'aperto dove incontrarsi o, anche quando ci sono, sono sporchi e poco sicuri (66%). Solo il 44% dei ragazzi dichiara di trascorrere con i genitori più di un'ora di tempo durante le giornate lavorative, situazione che migliora nel weekend dove il 23% passa comunque meno di un'ora al giorno in attività coi propri genitori. Il tempo trascorso coi ragazzi in famiglia è per lo più dedicato a fare delle passeggiate (58%) e solo il 34% va a visitare qualcosa, il 25% va al cinema, e solo il 18% fa attività sportiva coi genitori.

Quando i ragazzi sono a casa, in media trascorrono 55 minuti al giorno su internet, 47 minuti giocando con i videogame; dal lunedì al venerdì passano in media 71 minuti al giorno davanti alla TV, tempo che si allunga a 84 minuti nei fine settimana. Il 12% di loro sta davanti alla televisione più di tre ore al giorno durante i giorni feriali, percentuale che sale al 20% nel weekend. La sedentarietà dei ragazzi si conferma un tratto distintivo: un intervistato su quattro dichiara di camminare non più di 15 minuti al giorno, dato che aumenta a uno su tre nel Centro Italia; solo il 4% afferma di percorrere a piedi più di un'ora al giorno. Due su cinque vanno a scuola accompagnati in macchina da un familiare e gli altri si muovono utilizzando mezzi pubblici (17%), a piedi (28%) o con la bicicletta (15%). Tra i ragazzi che utilizzano la bicicletta, si segnala un incremento del 6% rispetto alla precedente rilevazione, percentuale che sale fino al 22% tra i ragazzi fra gli 11 e i 13 anni.

Se da un lato i genitori non sono molto presenti in casa con i ragazzi, spesso a causa degli impegni lavorativi, quasi tutti considerano importante che i propri figli vadano bene a scuola (95%) e che praticino attività sportive (90%). Il 77% dichiara di "essere attenti a fornire alimenti salutarici durante i pasti". L'87% afferma di conoscere le regole base dell'alimentazione che favoriscono la crescita equilibrata dei propri figli. È grazie alle tradizioni imparate dalla famiglia d'origine (40%) che i genitori sanno quali sono gli alimenti da mettere sulla tavola per i propri figli, ma nella messa in pratica quotidiana sono meno rigidi: infatti per ben il 32% si tratta di una applicazione solo occasionale.

Il 56% vorrebbe che fosse proprio il pediatra a fornire loro le informazioni necessarie a una corretta pratica alimentare e il 19% si aspetta che questi suggerimenti arrivino dagli insegnanti dei figli a scuola. Il 74% mangia frutta e verdura almeno una volta al giorno, ma il 22% dei bambini e ragazzi non ha l'abitudine di fare colazione tutte le mattine. Un bambino su due mangia a pranzo con almeno un genitore (52%) e il 27% lo fa a mensa con

i compagni. A cena la famiglia italiana sembra riunirsi intorno al tavolo: l'87% dei ragazzi dichiara infatti di cenare sempre o quasi con i genitori. Quattro bambini su 10 affermano però di farlo ogni giorno con la TV accesa. I bambini e gli adolescenti passano gran parte del loro tempo libero chiusi in casa o a casa di amici, stando a quanto riporta il 62% dei genitori intervistati. Ma cosa vorrebbero realmente fare questi ragazzi nel loro tempo libero? Cosa vorrebbero nel loro quartiere? Il 36% di loro desidererebbe avere una pista dove andare in bicicletta, sui pattini o sullo *skateboard* e il 34% ha il sogno di poter avere una piscina nel quartiere. Il 28% di loro si accontenterebbe di un parco giochi con le panchine, l'erba e gli alberi.

Ranjit Kumar Chandra: chi era costui?

Nessuno probabilmente se ne ricorda, anche perché da anni vive in qualche chalet svizzero, protetto da una possibile estradizione in Canada e godendosi una quantità imprecisata, ma ingente, di denaro. Per rinfrescarvi la memoria, si tratta di uno "scienziato" indiano che lavorava presso un'università canadese facendo ricerche sulla nutrizione. Finanziato da varie ditte del settore, aveva scoperto una miscela di vitamine per aiutare gli anziani a non perdere la memoria. Qualche imprevedente lo aveva per questo proposto per il Nobel della medicina. E finanziato da Nestlé aveva provato che delle formule infantili miracolose, chiamate HA, acronimo inglese di ipoallergeniche, prevenivano l'insorgere di allergie nei bambini, o per lo meno ne ritardavano l'insorgenza o ne rendevano meno gravi le manifestazioni. Nestlé naturalmente ne approfittò per il solito marketing aggressivo rivolto a convincere delle qualità di questo prodotto genitori e pediatri. Che si convinsero: le formule HA furono dei bestsellers per anni, nonostante molti ricercatori indipendenti mettessero in dubbio, replicandone le ricerche, i risultati ottenuti da Chandra.

Quando nel 2000 Chandra propose al *British Medical Journal* di pubblicare un suo

articolo sugli ineffabili effetti benefici delle vitamine per anziani, la verità cominciò a venire a galla. Il Direttore della rivista e un ricercatore incaricato di leggere il manoscritto sospettarono che i dati fossero falsi. Iniziarono a investigare chiedendo all'università canadese dove Chandra era professore di rendere pubblico il database. Database che non esisteva e non era mai esistito. Chandra fu subito sospeso, in attesa di giudizio. Nel frattempo si cominciò a indagare sulle altre ricerche di Chandra, e un'infermiera rivelò che anche i dati sulla formula HA erano completamente falsi. Per farla breve, si scoprì ben presto che tutti i 200 e passa articoli pubblicati da Chandra su prestigiose riviste internazionali erano basati sul nulla. Chandra fu a questo punto licenziato, tutti i suoi articoli furono ritirati, e si iniziarono le procedure per un processo che portasse a una salutare condanna. Troppo tardi: Chandra era già scappato in Svizzera.

Nel 2006 la TV canadese girò e diffuse un documentario su tutta la vicenda, gettando tra l'altro luce sulle connivenze con Chandra all'interno dell'università, che ovviamente riceveva una parte dei fondi destinati alle false ricerche. Colpito al cuore, Chandra denunciò la TV canadese per diffamazione. Tutto l'incartamento passò ai tribunali. Ora, nel 2015, il processo si è concluso con il non luogo a procedere, nel senso che tutti i fatti contenuti nel documentario sono stati provati corrispondere a verità (Dyer O. Prominent Canadian researcher loses libel case against documentary makers. *British Medical Journal* 2015;351:h4129). A proposito di giustizia italiana lenta!

Chandra sconfitto, quindi. Poco male, continua a spassarsela in Svizzera, non lontano dalla casa madre Nestlé. Ma chi risarcirà tutti quei genitori che sono stati convinti da pubblicità battente e da solerti pediatri a somministrare inutilmente formula HA ai loro figli?

www.ibfanitalia.org/chandra-e-le-formule-ha-tutte-falsita/

Cibi industriali per la malnutrizione infantile?

Breastfeeding Briefs, uscito in versione originale nel settembre 2014, affronta un tema che, per molti lettori, potrebbe essere ostico. Eppure è una questione di fondamentale importanza a livello globale perché si tratta di decidere se quelle centinaia di milioni di bambini denutriti le

cui famiglie ogni anno ricevono aiuti alimentari starebbero meglio con cibi locali e preparati in casa, e quindi sostenibili, oppure con cibi pronti all'uso, preparati industrialmente e commercializzati come qualsiasi altro prodotto industriale, che creano dipendenza. È indubbio che per qualche milione di bambini gravemente emaciati, un periodo breve o lungo, ma limitato, di somministrazione di alimenti pronti all'uso può salvare la vita (purché accompagnato da misure che prevengano le ricadute). Ma l'industria, come fa per i farmaci e per i sostituti del latte materno, non si accontenta di vendere i suoi prodotti solo a chi ne ha bisogno. Vorrebbe venderli a tutti. Leggendo questo documento, entrerete nel complesso mondo degli aiuti alimentari, tra pressioni dell'industria, tornaconto dei donatori e compiacenza delle agenzie internazionali.

www.ibfanitalia.org/disponibile-in-italiano-ultimo-numero-di-breastfeeding-briefs-sugli-alimenti-pronti-alluso/

Vademecum per le segnalazioni di violazione relative alla commercializzazione dei latti di tipo 1

Il Tavolo Tecnico operativo Interdisciplinare sulla promozione dell'allattamento al seno ha sintetizzato le informazioni utili per chi, rilevando violazioni della legge italiana (DM 82/2009), voglia attivare una specifica segnalazione.

Le principali violazioni relative alla commercializzazione dei latti di tipo 1 sono: pubblicità di qualsiasi tipo o altri incentivi volti ad aumentare le vendite (art. 10.1); consegna alle donne di campioni del prodotto o omaggi (art. 12.1); sconti e offerte speciali in farmacie, negozi, supermercati e internet (art. 12.1); immagini o parole (art. 9, 9.8, 9.10 e 9.11) che possono interferire con l'allattamento; mancanza sulle etichette delle diciture obbligatorie (art. 9.3 a, c, d, e; art. 9.9); etichette non facilmente distinguibili tra alimenti per lattanti e di proseguimento (art. 9.12); acquisto del latte da parte delle aziende sanitarie in condizioni di scorrettezza e non trasparenza (art. 12.6); donazioni e acquisti a prezzi promozionali per distribuzione al di fuori delle strutture e per uso non conforme alle indicazioni (art. 12.5); spazio predefinito per le prescrizioni dei sostituti del latte materno alla

dimissione dai punti nascita (art. 14.1e); pubblicità in qualunque forma negli ospedali, consultori familiari, asili nido, studi medici (art.10.1); pubblicità idealizzanti l'alimentazione artificiale su pubblicazioni scientifiche specializzate (art.10.2) o su materiale informativo destinato agli operatori sanitari (art. 16); consegna alle madri o future madri di campioni di latti 1 o altri omaggi di alimenti per lattanti (art. 12.2); sponsorizzazioni a corsi, congressi, ricerche al di fuori di quanto stabilito dal decreto (art. 13).

Percorso segnalazione

- **COSA segnalare:** le violazioni alle disposizioni previste nel DM 82/2009, relative ai vari aspetti riguardanti: produzione, composizione, etichettatura, pubblicità e commercializzazione degli alimenti per lattanti e di proseguimento.
- **CHI segnala:** ogni cittadino individualmente o attraverso le associazioni e/o gruppi professionali. Questo contributo si aggiunge alla normale sorveglianza di questa tipologia di infrazioni da parte di titolari istituzionali.
- **COME segnalare:** per la segnalazione fatta da un cittadino non servono particolari intestazioni, ma la semplice descrizione circostanziata della violazione.
- **A CHI segnalare:** la figura istituzionale del destinatario è nel contesto del Dipartimento di Prevenzione – Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) – che prima di procedere verificherà l'appropriatezza della segnalazione e la titolarità della violazione, con eventuale coinvolgimento dei NAS. Possono tuttavia verificarsi, in ambito pubblicitario, violazioni di particolare rilievo. In questi casi appare appropriata una segnalazione all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato o agli Uffici centrali del Ministero della Salute – Direzione Generale Igiene Sicurezza Alimenti e Nutrizione, che tiene informato il Tavolo Tecnico.
- **CHI avvia il procedimento sanzionatorio:** le azioni competono alle figure istituzionali destinatarie della segnalazione. Salvo che il fatto costituisca reato, il procedimento prevede sanzioni amministrative pecuniarie assegnate secondo una ripartizione indicata nel D.L. 84/2011 che all'art 9, comma 1 e 2, prevede un apposito capitolo di entrata nel bilancio dello Stato (Cap. 2574).

www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2416_allegato.pdf

Vaccinazioni tra scienza e comunicazione

Convegno APeC, Reggio Emilia 19 settembre 2015

Rubrica a cura di Federica Zanetto

Se vent'anni fa avessimo immaginato che l'istituto della vaccinazione infantile sarebbe arrivato a un momento di crisi per disaffezione delle famiglie, nessuno ci avrebbe creduto.

Le famiglie acconsentivano all'obbligo con indiscussa fiducia, non c'era bisogno di consenso firmato e nemmeno informato, si vaccinava e le coperture vaccinali erano sempre in aumento. Oggi assistiamo stupefatti alla scelta di genitori che sempre più ritardano indefinitamente o rifiutano questa fondamentale pratica di protezione della salute per il proprio figlio. La letteratura scientifica chiama questo comportamento *vaccine hesitancy*. Diverse ricerche recentemente hanno affrontato questo grosso problema strettamente occidentale, ne abbiamo parlato nell'articolo del mese e un intero numero della rivista *Vaccine* (n. 34 agosto 2015) è dedicato a questo tema.

L'Associazione Pediatria di Comunità (APeC), riconoscendo questo momento critico, ha costruito un convegno regionale tenutosi a Reggio Emilia e presentato da Luciana Nicoli, dove si è discusso sui più recenti progressi nelle strategie vaccinali, confrontandosi contemporaneamente sull'emergenza della resistenza a vaccinare. I puntuali interventi scientifici sullo stato dell'arte offerti da Franco Giovanetti (poliomielite e difterite), Massimo Farneti (pertosse) e Rosario Cavallo (morbillo) si sono integrati in una geografia della pratica vaccinale descritta da Maria Grazia Pascucci sugli ultimi dati nazionali e

regionali del settembre 2015, e da Ketty Vaccaro che ha portato i più recenti dati di una approfondita indagine CENSIS, tuttora in corso di elaborazione. L'intervento del medico legale, Giovanni Paolo Crotti, e della collaboratrice del garante dell'infanzia Francesca Baraghini hanno portato luce sui temi del diritto del bambino in questo ambito di promozione e sulle sentenze dei tribunali in Italia, tra nessi causali pro o contro la vaccinazione. A dare un ritmo del tutto particolare, Michele Gangemi ha intervallato ogni gruppo di interventi con pillole di comunicazione e riflessioni sulla relazione tra medico e genitori che costituisce il momento cardine della pratica ambulatoriale. Gestire il conflitto, accogliere il genitore disinformato o quello decisamente oppositivo, fino a riconoscere il rischio di delega che talvolta il genitore propone nel tentativo di capovolgere il proprio ruolo, sono alcune delle considerazioni che hanno dato la giusta pulsazione in quasi sei ore di confronto serrato.

Proporre la vaccinazione antipertosse alla gestante per proteggere il bambino nelle prime settimane di vita, quando è più vulnerabile; la possibilità c'è, ma come fare? Copertura vaccinale antimorbillo al di sotto del 90% a 24 mesi anche in regioni esemplari, con un *trend* sempre in calo negli ultimi anni e con il rischio di scomparsa dell'immunità di gregge. Alcuni poliovirus contenuti nel vaccino vivo, l'OPV, in particolari condizioni possono dare epidemie e, recentemente, in alcuni

Paesi europei molto vicino a noi sono stati rilevati alcuni casi: quando potremo vincere questa temibile malattia?

Nella maggior parte dei casi, chi rifiuta la protezione della vaccinazione è il genitore laureato, una apparente contraddizione. Come confrontarsi con questi genitori e, soprattutto, quali informazioni e come offrirle a chi è esitante?

Siamo immersi in una società che soffre di sovrainformazione e spesso si sceglie la fonte di informazione che conferma le nostre credenze, con il conseguente frantumarsi dell'autorevolezza della scienza: "la caduta dei rabbini", così è stata definita al convegno. Temi sociali, culturali che si intrecciano alle prove scientifiche ma che naufragano implacabilmente contro alcune sentenze di tribunali che possono non tenere in conto i risultati delle perizie: il giudice ha facoltà di rigettare le conclusioni dei consulenti tecnici d'ufficio e stabilire in termini probabilistici il possibile rapporto causale. In sala erano presenti oltre 260 iscritti, un segno del forte interesse che questi nuovi problemi suscitano tra gli operatori sanitari.

Comprendere le molteplici ragioni del rifiuto, costruire competenze per un confronto costruttivo e rispettoso dell'altro, riprendere a studiare l'argomento "vaccinazione", lavorare in rete con i diversi servizi deputati a questo impegno e, soprattutto, "non bisogna perdere tempo", un'esortazione di Giovanetti a conclusione della sua relazione, con la coscienza che il rischio per la salute del bambino sta diventando insostenibile.

La redazione augura
ai lettori e alle loro famiglie
Buon Natale e felice 2016

Indice delle rubriche: volume 22 anno 2015

Aggiornamento avanzato

Dialogo con la sociologia: il pediatra di fronte ai nuovi bambini, ai nuovi genitori, ai nuovi problemi educativi	4	185	<i>S. Davico, et al.</i>
Dialogo con la sociologia: quando il bambino si ammala	6	288	<i>S. Davico, et al.</i>
Influenze familiari nello sviluppo delle abilità numeriche precoci	6	293	<i>C. Tomasetto</i>

Angolo della comunità

L'origine della memoria delle parole nei neonati	3	119	<i>Redazione</i>
--	---	-----	------------------

Candidati alla Presidenza

Elezioni alle cariche direttive: curricula e programmi	3	116	<i>Redazione</i>
--	---	-----	------------------

Congressi controllo

Malattie rare e...	3	147	<i>Redazione</i>
"Early child development: conoscere per comunicare e prevenire"	5	258	<i>Redazione</i>
Vaccinazioni tra scienza e comunicazione	6	308	<i>Redazione</i>

Editoriale

Nuovo look e non solo	1	3	<i>M. Gangemi</i>
Le Cure Primarie Pediatriche in Europa e in Italia	2	55	<i>L. Reali</i>
Quale formazione per quale medico?	3	107	<i>F. Consorti</i>
La FAD di <i>Quaderni acp</i> : un grazie ai lettori	3	108	<i>M. Gangemi</i>
Uno sguardo al futuro	4	159	<i>C. Panza, et al.</i>
Connessioni	5	211	<i>P. Siani</i>
David Sackett	5	213	<i>R. Buzzetti</i>
I fili che contano	6	263	<i>F. Zanetto</i>

Educazione in medicina

Audit clinico: quali sforzi e quali strumenti per migliorare la pratica clinica?	2	79	<i>E. Finale, et al.</i>
Ripensare la formazione in salute. Un dibattito a cura della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale	3	127	<i>C. Bodini, et al.</i>

Farmacipi

Il salbutamolo e la Nota poco informativa	5	87	<i>A. Clavenna, et al.</i>
Il beclometasone e (è?) il gattopardo	6	299	<i>A. Clavenna, et al.</i>

Film

È possibile riconquistare i propri diritti in Due giorni e una notte	1	38	<i>I. Spada</i>
Il coraggio delle donne	2	92	<i>I. Spada</i>
Uomini, donne, bambini e gazzelle	3	146	<i>I. Spada</i>

Il funambolismo di Matteo Garrone	4	199	<i>I. Spada</i>
L'amore tenero e disperato di Prévert nel film di Moretti	5	251	<i>I. Spada</i>
Come non pensare a Pasolini?	6	301	<i>I. Spada</i>

Formazione a distanza

La sincope in età pediatrica	1	4	<i>R. Paladini</i>
Il sostegno dell'allattamento al seno: fisiologia e falsi miti	2	56	<i>S. Conti Nibali</i>
Le bronchiti asmatiche ricorrenti nel bambino in età prescolare	3	109	<i>L. de Seta, et al.</i>
Approccio diagnostico al bambino con ipertransaminasemia	4	214	<i>C. Mandato, et al.</i>
Il diabete nel bambino: come riconoscerlo, come curarlo	5	160	<i>A. Marsciani, et al.</i>
Il bambino neurologico: problematiche gastroenterologiche e nutrizionali	6	264	<i>A. Tedeschi</i>

Forum

Fibrosi cistica: il diritto di uno screening	1	22	<i>G. Magazzù</i>
Lo screening neonatale metabolico allargato: uno strumento da usare con responsabilità	2	70	<i>M. Del Rizzo, et al.</i>
Lo screening per ipercolesterolemia in età pediatrica	3	121	<i>P.S. Buonuomo, et al.</i>
Riflessioni su "comunicazione e screening"	5	132	<i>D. Baronciani</i>
Appunti e spunti sugli screening in neonatologia e pediatria	6	282	<i>C. Corchia</i>

Il bambino e la legge

Diritto del minore a una famiglia. La Legge 28/3/2001 n. 149	3	124	<i>A. Tognoni</i>
Adozione in casi particolari e adozione internazionale	5	236	<i>A. Tognoni</i>
Il medico quale pubblico ufficiale o incaricato di un pubblico servizio: obblighi e responsabilità	6	286	<i>A. Tognoni</i>

Il punto su

Significatività statistica. È meglio spostare l'asticella verso l'alto?	1	34	<i>E. Valletta, et al.</i>
Il mutismo selettivo: il bambino che non riesce sempre a parlare	3	136	<i>F. Trivelli, et al.</i>
Il reflusso gastroesofageo tra fisiologia e patologia: le indicazioni NICE	3	139	<i>E. Valletta, et al.</i>
Plasticità cerebrale alla maniera di Facebook	4	189	<i>G. Biasini</i>
La gravidanza nell'adolescente: perché dobbiamo e come possiamo prendercene cura	5	241	<i>A. Liverani, et al.</i>

Info

È nata la CIANB, Coalizione italiana per l'Alimentazione dei Neonati e dei Bambini	1	42	Redazione
Premio Carver per la Saggistica a "Conversazione sulla famiglia" di Francesco Ciotti	1	42	Redazione
Come va il nostro SSN?	1	43	Redazione
Taglio cesareo: proporzione sui parti primari	1	43	Redazione
Dal 2015 il BMJ cambia regole	1	43	Redazione
Lea 2013: prima la Toscana	2	102	Redazione
Il conflitto d'interesse alla base della sentenza di nullità della nomina di Rasi all'EMA	2	102	Redazione
Progetto sulla diversità a Messina	2	102	Redazione
102 Nuovo protocollo di intesa tra Toscana e UNICEF	2	102	Redazione
Auguri a La Leche League Italia	3	150	Redazione
Nota della CIANB sulla "Rilevazione ISTAT gravidanza, parto e allattamento al seno"	3	151	Redazione
Il codice etico dell'ISS	3	151	Redazione
L'ISTAT ha pubblicato i dati su lettori e lettura nel 2014	3	151	Redazione
La CIANB sul latte materno online	4	202	Redazione
Come il latte artificiale inquina il mondo	4	203	Redazione
"Okkio alla Salute" dà i numeri	4	203	Redazione
Alimentazione infantile: il <i>nutrient profile model</i> dell'Oms Europa	5	256	Redazione
La ASL Roma B nominata "Comunità amica dei bambini"	5	256	Redazione
Le ostetriche contro il programma TV Real Time	5	256	Redazione
Nuovo numero di "Occhio al Codice!"	5	256	Redazione
Svimez: meno del 3% va all'asilo nido in Calabria e Campania	5	256	Redazione
Publicato l'8° Rapporto su "I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia"	5	256	Redazione
Rapporto di Save the Children sugli stili di vita dei bambini in Italia	6	306	Redazione
Ranjit Kumar Chandra: chi era costui?	6	306	Redazione
Cibi industriali per la malnutrizione infantile?	6	307	Redazione
Vademecum per le segnalazioni di violazione relative alla commercializzazione dei latti di tipo	6	307	Redazione
Infogenitori			
"Venir meno" ovvero una sincope	1	2	C. Panza, et al.
Latte di mamma: credenze e realtà	2	63	S. Manetti, et al.
"Maria ha sempre la tosse!"	3	115	S. Manetti, et al.
"Caro amico ti scrivo..."	4	169	S. Manetti, et al.
Ci vuole fegato!	5	222	C. Panza, et al.
La storia di Concetta	6	271	A. Brunelli, et al.

Lettere

Quale futuro per l'ACP	1	39	A. Spataro, F. Ciotti
Peppa Pig	2	93	C. Panza
Scuole di specializzazione, formazione e rapporti con l'industria	2	93	C. Corchia
La sincope in età pediatrica	3	148	S. Placidi
La guerra dei compiti professionali	3	148	G. Biasini
Quale futuro per l'ACP?	3	149	G. Cirillo
I libri unti di Martino	4	204	A. Brunelli
La seduzione di Peppa Pig e il diritto dei bambini a volare più in alto	4	204	A. Sila
Fibrosi cistica: la terminologia diagnostica	5	255	T. Repetto
Fibrosi cistica: concordanze e discordanze tra "consensus" europea e nordamericana nella diagnosi equivoca conseguente allo screening neonatale	5	255	R. Gagliardini, N. Cirilli
Fibrosi cistica: la comunicazione tra specialista e famiglia	5	255	C. Colombo, R. Nobili
Fa(r)Volare. Il respiro dei luoghi cura	6	304	F. Melandri
Lo svezzamento e il suo momento migliore	6	305	A. Pains

Libri

I bambini pensano grande	1	36	F. Lorenzoni
Pagina bianca	1	36	F. Ciotti
Un giorno questo dolore ti sarà utile	1	37	P. Cameron
Ogni goccia balla il tango. Rime per Chiara e altri pulcini	2	90	P. Cappello
Sette brevi lezioni di fisica	2	91	C. Rovelli
Book Smart. How to Develop and Support Successful, Motivated Readers	2	91	A.E. Cunningham
Le dodici tribù di Hattie	2	91	A. Mathis
Da te solo a tutto il mondo	3	144	J. Diamond
Neopapà è facile!	3	144	A. Volta, et al.
Il tocco, il rimedio, la parola	3	145	R. Milanese et al.
Ricerca del sé, desiderio dell'altro.	3	145	N. e P. Jeammet
Il lavoro dell'amore	3	145	N. e P. Jeammet
La scuola che vorrei	4	200	A. Scotto
Il pallino della matematica	4	200	S. Debaene
Critica della vittima	4	201	D. Giglioli
Il magico potere del riordino	5	252	M. Kondo
L'imperatore del male – una biografia del cancro	5	252	S. Mukherjee
Le mani della madre	5	253	M. Recalcati
Competenze per comunicare	6	302	J. Silverman, et al.
Contro il sentito dire	6	302	G. Jervis
Storie di un pinguino malandrino	6	303	Gabriella, et al.
La Regina delle Nevi	6	303	M. Cunningham

Nati per Leggere

I 15 anni di "Nati per Leggere"	1	40	<i>G. Biasini</i>
Nati per Leggere e lettura dialogica: a chi e come	2	95	<i>C. Panza</i>
Il premio Nati per Leggere 2015	4	198	<i>S. Manetti</i>

Osservatorio internazionale

La Germania, von Bismarck e Sir Beveridge	1	32	<i>E. Valletta</i>
Un'occhiata internazionale agli indicatori di salute. Il Report OCSE 2013	2	83	<i>G. Biasini</i>
L'educazione delle ragazze	3	130	<i>S. Manetti</i>
La sanità in Europa ai tempi delle migrazioni	4	194	<i>E. Valletta</i>
I bambini, mediatori tra culture: <i>il child language brokering</i>	5	238	<i>E. Valletta</i>
Le donne, i bambini e il futuro dei giovani	6	296	<i>E. Valletta</i>

Research letter

Comunicazioni orali al XXVI Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri	2	64	<i>Redazione</i>
Un metodo di lettura in scuola materna per avvicinare il bambino alla parola scritta	2	66	<i>F. Ciotti, et al.</i>

Ricerca

Leggere ai neonati pretermine in terapia intensiva neonatale: valutazione a distanza di due anni	1	13	<i>A. Biasini, et al.</i>
Canto e parole materni hanno effetti benefici sui neonati prematuri in terapia intensiva	4	170	<i>M. Filippa, et al.</i>
L'esperienza dei genitori di bambini con fibrosi cistica: un'analisi qualitativa	5	223	<i>L. Garrino, et al.</i>
Le cure palliative pediatriche: le conoscenze dei pediatri	6	272	<i>F. Benini, et al.</i>
Nativi digitali e uso del cellulare: indagine sulle modalità di utilizzo condotta in due scuole secondarie di I grado	6	276	<i>V. Briscioli, et al.</i>

Salute mentale

Il fenomeno "Peppa Pig"	1	21	<i>A. Spataro</i>
La depressione nel bambino e nell'adolescente	3	120	<i>M. Soldateschi</i>
Dalla discalculia alla promozione del calcolo. Per un gruppo di lavoro ACP sulla promozione della matematica nell'infanzia	5	231	<i>A. Spataro</i>

Salute pubblica

Investire nei bambini: la nuova strategia della Regione europea dell'OMS per la salute di bambini e adolescenti 2015-2020	2	75	<i>G. Tamburlini</i>
Il pediatra di famiglia e il bambino straniero in ambulatorio	4	178	<i>F. Zanetto</i>
Note a margine del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018	4	182	<i>L. Salizzato</i>
Chivasso "La città dei bambini"	5	229	<i>A. Ravaglia</i>

Scenari

La melatonina è utile per i disturbi del sonno nei bambini con normale sviluppo neuropsicologico?	2	77	<i>M.L. Tortorella</i>
La frenotomia del frenulo linguale corto nel lattante è utile per l'allattamento?	5	245	<i>M. Marchesi, et al.</i>

Telescopio

Cannule nasali ad alti flussi in neonati pretermine dopo estubazione I nuovi standard antropometrici del progetto INTERGROWTH-2st	1	17	<i>R. Cacciavallani</i>
	3	132	<i>E. Bertino, et al.</i>

Vaccinacipi

Il Vaccino esavalente e la sentenza del Tribunale di Milano	1	24	<i>F. Giovanetti</i>
Comunicato stampa congiunto. Autismo causato dai vaccini? Dalla Comunità Scientifica arriva un secco no	1	26	<i>Redazione</i>
Le malattie batteriche invasive prevenibili da vaccino	2	88	<i>R. Cavallo</i>
Dopo la sentenza di Bologna...	3	142	<i>F. Giovanetti</i>
Il punto di vista della Avvocatura dello Stato	4	196	<i>R. Cavallo</i>
La difterite: in Europa un rischio ancora attuale (e letale)	5	250	<i>F. Giovanetti</i>
Le coperture vaccinali in Italia oggi	6	300	<i>F. Giovanetti</i>

FAD 2016www.acp.it

- **La nutrizione enterale domiciliare**
E. Valletta, M. Fornaro
- **Il bambino che non cresce**
D. Cioffi, A. Klain, P. Siani
- **Le mille facce della leucemia**
A. Tornesello, M. Giuliano, A. Mastronuzzi
- **La comunicazione efficace e le problematiche medico-legali nelle vaccinazioni**
F. Giovanetti, M. Gangemi
- **Ipertensione nel bambino**
L. Peratoner
- **Reumatologia "rara" per il pediatra: dermatomiosite, sclerodermia e lupus**
A. Consolaro, G. Giancane, S. Davi, B. Schiappapietra, A. Ravelli

18 Crediti ECM validi per il 2016

Editoriale

263 I fili che contano

*Federica Zanetto***Formazione a distanza**264 Il bambino neurologico:
problematiche gastroenterologiche e nutrizionali*Antonino Tedeschi***Info genitori**

272 La storia di Concetta

*Antonella Brunelli, Stefania Manetti, Costantino Panza***Ricerca**273 Le cure palliative pediatriche:
le conoscenze dei pediatri*Franca Benini, Giampietro Chiamenti, Michele Gangemi*276 Nativi digitali e uso del cellulare:
indagine sulle modalità di utilizzo
condotta in due scuole secondarie di I grado*Vincenza Briscioli, Elena Uga, Giacomo Toffol***Forum**282 Appunti e spunti sugli screening
in neonatologia e pediatria*Carlo Corchia***Il bambino e la legge**286 Il medico quale pubblico ufficiale o incaricato
di un pubblico servizio: obblighi e responsabilità*Augusta Tognoni***Aggiornamento avanzato**

288 Dialogo con la sociologia: quando il bambino si ammala

*Sergio Davico, Paolo Fiammengo, Gianni Garrone, Paola Ghiotti,
Chiara Guidoni, Antonietta Innocenti Torrini, Patrizia Levi,
Lia Luzzatto, Maria Merlo, Monica Montingelli, Paolo Morgando,
Gianna Patrucco, Ivo Picotto, Danielle Rollier*293 Influenze familiari nello sviluppo
delle abilità numeriche precoci*Carlo Tomasetto***Osservatorio internazionale**

296 Le donne, i bambini e il futuro dei giovani

*Enrico Valletta***Farmacipi**

299 Il beclometasone e (è?) il gattopardo

*Antonio Clavenna, Daniele Piovani***Vaccinacipi**

300 Le coperture vaccinali in Italia oggi.

*Franco Giovanetti***Film**

301 Come non pensare a Pasolini?

*Italo Spada***Libri**

302 Competenze per comunicare con i pazienti

Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz, Juliet Draper

302 Contro il sentito dire

*Giovanni Jervis*303 Storie di un Pinguino Malandrino
e di una Lumaca Parigina*Gabriella, Rosa, Joy, Silvana, Svetlana, Suvada, Jaklina e Veselinka*

303 La Regina delle Nevi

*Michael Cunningham***Lettere**

304 Fa(r)Volare. Il respiro dei luoghi di cura

305 Lo svezzamento e il suo momento migliore

Info306 Rapporto di *Save the Children* sugli stili di vita
dei bambini in Italia.

306 Ranjit Kumar Chandra: chi era costui?

307 Cibi industriali per la malnutrizione infantile?

307 Vademecum per le segnalazioni di violazione relative
alla commercializzazione dei lattini di tipo 1**Congressi controlloce**

308 Vaccinazioni tra scienza e comunicazione

309 **Indice delle rubriche****Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP**

La quota d'iscrizione per l'anno 2015 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per gli infermieri e per i non sanitari. Il versamento può essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: - Associazione Culturale Pediatri, Via Montiferru, 6 - Narbolia (OR) (indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota) oppure attraverso una delle altre modalità indicate sul sito www.acp.it alla pagina "Come iscriversi". Se ci si iscrive per la prima volta occorre compilare il modulo per la richiesta di adesione presente sul sito www.acp.it alla pagina "Come iscriversi" 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 70; 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