

Quaderniacp

www.quaderniacp.it

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

www.acp.it



Rivista indicizzata in Google Scholar e in SciVerse Scopus

ISSN 2039-1374

La comunicazione efficace e le problematiche medico-legali nelle vaccinazioni

[Formazione a distanza, pag. 146](#)

Ematuria nel bambino

[Aggiornamento avanzato, pag. 160](#)

Ripensare la ricerca pediatrica in Italia

[Il punto su, pag. 165](#)



Editorial

- 145 Eggs, life expectancy and health policies
Carlo Corchia

Formation at a distance

- 146 Effective communication and medicolegal issues in vaccinations
Franco Giovanetti, Michele Gangemi

Info parents

- 151 Vaccinations: an effective and safe protection for all
Antonella Brunelli, Stefania Manetti, Costantino Panza

Research letter

- 152 The oral communications presented by postgraduates at the XXV Congress Tabiano

Forum

- 157 Falling birth rates: an opportunity for a redistribution of resources and the survival of the planet?
Giacomo Toffol, Vincenza Briscioli, Laura Reali

A close up on progress

- 160 Hematuria in children
Stefano Guarino, Pierluigi Marzuillo, Angela La Manna, Emanuele Miraglia del Giudice, Laura Perrone, Giovanni Montini

Appraisals

- 165 Rethinking pediatric research in Italy
Simona Di Mario, Vittorio Basevi, Roberto D'Amico, Carlo Gagliotti, Michele Gangemi, Federico Marchetti, Maria Luisa Moro, Giorgio Tamburlini

- 167 The power of 10 and waterpower
Roberto Buzzetti

- 169 Born to be not abused
Editorial

Learning from a case

- 171 A little girl with persistent hypochromic anemia and very high inflammatory markers
Andrea Smarrazzo, Angela Sodano, Marta Lamba, Paolo Siani

Telescope

- 174 Breastfeeding reduces the risk of leukemia in children
Assunta Tornesello

The first thousand days

- 177 1000 days: from pregnancy to the first three years of a child's life. A center for women, new parents and families
Flaminia Trapani, Chiara Arpaia, Irene Esposito, Elisa Serangeli, Alessandro Telloni, Giuseppe Cirillo

Offside

- 179 Defend themselves from suffering, but at what price? The activation of defensive mechanisms in the care of seriously ill children
Alberto Stefana, Alessio Gamba

Vaccinacipi

- 181 School access and vaccines
Rosario Cavallo

183 Movie

184 Books

187 Letters

Nati per leggere

- 190 Secondigliano, the outskirts of Naples. (Born to) read in a prison
Lina di Maio

The world of postgraduate

- 191 A broader view; along with CUAMM
Marta LUsiani

Meeting synopsis

- 192 Training Course ACP-SaPeRiDoc
Costantino Panza

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

Studio Oltrepagina, Verona

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

Amici, fotografia di Carla Berardi.

Uova, speranza di vita e politiche sanitarie

Carlo Corchia

Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects and Prematurity, Roma



Dalla metà di maggio una simpatica vecchietta italiana è la persona vivente più longeva di cui si ha notizia. Gli organi d'informazione hanno riferito che il suo segreto consiste nel fare ogni giorno colazione con tre uova (altri hanno riportato due uova e un po' di carne). Come dire: mangiate quotidianamente tre uova e avrete un'alta probabilità di campare moltissimo. Naturalmente il messaggio poteva essere esattamente l'opposto e cioè: la signora è arrivata a vivere tanto a lungo *nonostante* abbia mangiato tre uova al giorno. Se andassimo ad indagare le abitudini di vita di tutti gli ultracentenari, scopriremmo che esse sono molto diverse da un individuo all'altro e che alcune rappresentano noti fattori di rischio di patologia e mortalità; di conseguenza saremmo inevitabilmente spinti a porci qualche domanda in più sui motivi che regolano le possibilità di sopravvivenza delle persone, sui rapporti di causa-effetto e sul vero significato del termine "fattore di rischio".

Questa notizia è venuta dopo la pubblicazione, il 26 aprile, del Rapporto Osservasalute 2015. Il rapporto ha avuto, come accade ogni anno dal 2003, vasta eco sui media, soprattutto perché nel 2015, per la prima volta da quando viene calcolata, l'aspettativa di vita della popolazione italiana è diminuita, rispetto al 2014, di 0,2 anni per i maschi (valore attuale 80,1 anni) e di 0,3 anni per le femmine (valore attuale 84,7 anni). Poiché contestualmente il rapporto registra: a) una diminuzione della spesa per la prevenzione, che fa sì che l'Italia si situi agli ultimi posti in Europa; b) una riduzione della copertura vaccinale nei bambini e negli ultrasessantacinquenni (per questi ultimi con riferimento all'antinfluenzale); e c) una contrazione della spesa sanitaria pubblica da 112,5 miliardi di € nel 2010 a 110,5 miliardi nel 2014, il messaggio che ne è scaturito, in qualche modo avvalorato dalle dichiarazioni dei curatori del rapporto, è di una possibile relazione tra questi elementi di criticità del nostro servizio sanitario e la flessione dell'aspettativa di vita. Inevitabilmente queste associazioni sono state scambiate per relazioni di causa-effetto, con la conseguenza che i commenti si sono subito spostati sul piano politico abbandonando quello della scienza. È anche possibile che una carenza di prevenzione abbia contribuito alla diminuzione della speranza di vita, ma non sappiamo, sulla base dei dati presentati, se è certo o quanto è probabile che sia così.

La speranza di vita alla nascita si calcola dividendo il numero totale di anni-persona vissuti da una coorte di nati per il numero di nati. Gli anni-persona vissuti si calcolano, a loro volta, applicando i tassi di mortalità specifici per età ai soggetti sopravvissuti all'inizio di ciascun intervallo di tempo che definisce la classe d'età, fino a quando tutti sono morti. Poiché seguire una coorte di nati fino alla morte dell'ultimo individuo avrebbe solo un interesse di ricerca storica, dal momento che ci vorrebbe oltre un secolo di osservazione, i tassi specifici normalmente utilizzati sono quelli osservati anno per anno. Naturalmente si tratta di un'approssima-

zione e di una convenzione, poiché la probabilità di morire, ad esempio tra 40 e 49 anni, di persone nate quarant'anni fa non è verosimilmente la stessa di quelle nate 10 anni fa.

Fino a pochi decenni orsono il maggior contributo all'aumento della speranza di vita è stato dato dalla diminuzione della mortalità infantile; più recentemente l'incremento è da mettere in relazione con l'aumento della sopravvivenza in età sempre più avanzate. Gli individui molto vecchi, però, contribuiscono poco al numero complessivo di anni-persona guadagnati, dato che la loro numerosità è sempre più bassa man mano che si va avanti con gli anni. Se assumiamo costante l'età massima raggiungibile, la speranza di vita alla nascita, in quanto determinata dai tassi di mortalità specifici per età, è indipendente dalla struttura della popolazione e, dal momento che si tratta di una misura sintetica, da sola è poco informativa senza l'analisi contemporanea di molti altri indicatori, tra cui in primo luogo i tassi di mortalità specifici per età e causa. Poiché una perdita cospicua di anni di vita può determinarsi, anche in seguito a variazioni minime dei tassi di mortalità specifici, nelle età intermedie e nella categoria dei "giovani vecchi", allora è ad esse che bisognerebbe guardare con maggiore attenzione.

Per fare un'ipotesi tra le tante (verificabile e falsificabile), chi può a priori escludere che stiano giungendo gradualmente al termine della vita ex neonati e bambini affetti da gravi patologie la cui sopravvivenza è stata prolungata dalle cure sempre più sofisticate da noi messe in atto negli ultimi, diciamo, quarant'anni, ma non tanto da consentire di raggiungere le età molto avanzate dei non affetti? Negli anni trascorsi l'aumento di sopravvivenza nelle prime decadi della vita di questi gruppi di persone ha certamente contribuito all'aumento della speranza di vita alla nascita, ma ora potremmo trovarci nella fase iniziale di un'inversione di tendenza.

Il 15 aprile l'ISTAT ha pubblicato un'analisi della speranza di vita per livello d'istruzione relativa al 2012 (<http://www.istat.it/archivio/184896>), che evidenzia l'esistenza di profonde disegualtanze sociali e una sorta di relazione dose-risposta con l'aumento del titolo di studio, maggiore per i maschi che per le femmine. La speranza di vita alla nascita è risultata di 77,2 anni per i maschi senza titolo di studio o con licenza elementare, di 79,4 anni per quelli con licenza media, di 80,9 anni per quelli con licenza media superiore e di 82,4 anni per i laureati. Nelle femmine i valori corrispondenti nelle stesse categorie d'istruzione sono: 83,2, 84,6, 85,3 e 85,9 anni. Molte altre variabili sociali possono essere collegate alla speranza di vita. Limitarsi a considerare le possibili associazioni con variabili riguardanti il sistema sanitario può essere infruttuoso quando si tratta di individuare i provvedimenti e le politiche più appropriati per migliorare le condizioni di salute della popolazione.

✉ corchiacarlo@virgilio.it

La comunicazione efficace e le problematiche medico-legali nelle vaccinazioni

Franco Giovanetti*, Michele Gangemi**

*Dirigente medico, Dipartimento di Prevenzione, ASLCN2, Alba, Bra (Cuneo); **Formatore al counselling sistemico, Verona

Premessa

Questo dossier, unitamente alla parte on line, si propone di affrontare il tema della comunicazione e delle problematiche medico-legali in ambito vaccinale.

L'obiettivo didattico non consiste nel fornire soluzioni preconfezionate dagli autori, ma vuole stimolare la riflessione del discente in questo ambito complesso a partenza dal proprio stile comunicativo relazionale ponendo domande piuttosto che fornendo risposte.

Un aspetto fondamentale è l'approccio sistemico che permette di considerare il processo comunicativo con i genitori come un processo non solo a carico del singolo, ma esteso a pediatra ed équipe vaccinale.

Le problematiche medico-legali ed etiche: uno sguardo al contesto

La generazione più recente di genitori non ha alcuna esperienza diretta o indiretta di malattie come la poliomielite e la difterite, da tempo eliminate nel nostro Paese, e molti non conoscono le conseguenze di patologie che negli ultimi anni hanno visto una riduzione dell'incidenza, come per esempio la pertosse, il morbillo e la parotite epidemica. Il beneficio dei programmi di vaccinazione, che hanno eliminato o drasticamente ridotto la diffusione di diverse malattie infettive, non è immediatamente tangibile: apparentemente tali malattie sono scomparse in modo spontaneo. In tale ambito hanno facile presa le dissertazioni pseudoscientifiche di alcuni antivaccinatori i quali, sulla base di un'interpretazione distorta dei dati epidemiologici, considerano l'eliminazione della poliomielite e della difterite come frutto del miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie delle popolazioni occidentali. Non cogliendo il nesso tra l'implementazione di efficaci programmi di vaccinazione e la scomparsa delle malattie infettive che di tali programmi rappresentano il target, i genitori di oggi possono mettere in discussione l'utilità delle vaccinazioni pediatriche, in quanto non ne scorgono i vantaggi a livello individuale e ne ignorano gli in-

dubbi benefici sulla popolazione nel suo insieme. Contemporaneamente tutta la loro attenzione è concentrata sui possibili eventi avversi delle vaccinazioni, il cui rischio è percepito come superiore a quello delle malattie prevenibili. Tale percezione in anni recenti è stata amplificata dai movimenti antivaccinali e da alcune sentenze che hanno riconosciuto un nesso causale (peraltro su basi scientifiche inconsistenti) tra la vaccinazione e determinate patologie, in primo luogo l'autismo. Questa difficile situazione di fondo, comune a tutti i Paesi sviluppati, si intreccia a un impianto legislativo che necessiterebbe di una profonda riforma. In particolare sono due i punti che dovrebbero essere sottoposti a una revisione: le leggi che prevedono l'obbligo per quattro vaccinazioni (difterite, tetano, poliomielite ed epatite B) e la legge 210/1992 che regola l'indennizzo dei danni da vaccino.

Riguardo al primo punto, la Corte Costituzionale (più volte sollecitata su questo tema) non ha ravvisato un contrasto tra le norme sull'obbligo vaccinale e l'art. 32 della Costituzione, che prevede la possibilità di imporre un trattamento sanitario *ex lege* ("Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"). D'altra parte si deve ricordare che l'Italia, con legge 145/2001, ha ratificato la Convenzione di Oviedo, secondo cui "un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero e informato. Tale persona riceve preliminarmente informazioni adeguate sulle finalità e sulla natura del trattamento nonché sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, revocare liberamente il proprio consenso".

Al di là delle possibili considerazioni di carattere dottrinario, risulta evidente l'incoerenza di una legislazione che prevede l'obbligo per sole quattro vaccinazioni, in un'epoca nella quale molti altri vaccini sono stati man mano inclusi nel calendario

vaccinale pediatrico. L'obbligatorietà appare quindi un banale retaggio storico: un tempo ogni vaccinazione considerata prioritaria era introdotta con una legge che ne sanciva l'obbligo. L'ultima è stata l'antitetipite B, nel 1991. Per tutti i vaccini introdotti successivamente nel calendario pediatrico (quali pertosse, morbillo-parotite-rosolia, pneumococco, *Haemophilus b* ecc.) si è preferito utilizzare lo strumento della "raccomandazione a vaccinare" ritenendo ormai obsoleto, a causa delle mutate condizioni socioculturali, il ricorso all'imposizione *ope legis*.

La dicotomia tra vaccinazioni "obbligatorie" e "raccomandate" (queste ultime percepite come poco importanti) è una delle cause del fatto che in Italia non è mai stata raggiunta la copertura del 95% contro morbillo, rosolia e parotite, necessaria per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Alcune Regioni (la prima è stata il Piemonte nel 2006) hanno cercato di porre rimedio a questa situazione mettendo sullo stesso piano le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate e sospendendo le sanzioni previste per i genitori inadempienti. Il Veneto si è spinto oltre, sospendendo *tout court* l'obbligo nel 2008. Nonostante tali provvedimenti regionali, l'assenza di una legge nazionale di riordinamento dell'intera materia si fa tuttora sentire nella percezione della popolazione (che spesso continua a ragionare in termini di obbligo/non obbligo) e nella propaganda antivaccinale, che continua a chiedere "perché vaccinare con l'esavalente quando i vaccini obbligatori sono solo quattro", scorgendo nell'attuale offerta vaccinale allargata ad altri antigeni una prevaricazione operata dalle strutture sanitarie con finalità poco trasparenti.

Il secondo punto che avrebbe bisogno di una revisione è la regolamentazione dell'indennizzo previsto per i danni da vaccino. La legge 210/1992 e successive modificazioni trae le sue origini dai casi di paralisi associata al vaccino orale vivo attenuato contro la poliomielite (VAPP): dal 1990 al 1999 erano stati segnalati al Ministero della Salute 10 casi di VAPP,

per una frequenza di un caso ogni 550.000 nuovi nati e ogni 2.200.000 dosi somministrate. Nel 1999 è stata introdotta la schedula sequenziale costituita da due dosi di vaccino vivo (OPV) seguita da due dosi di vaccino inattivato (IPV), successivamente sostituita dalla schedula “tutto IPV”. Nessun caso di VAPP è stato segnalato dopo tale modifica della schedula antipolio. Risolto il problema delle VAPP, i casi di riconoscimento del danno e conseguente indennizzo sarebbero dovuti essere eccezionalmente rari. In realtà, non sono disponibili dati sui casi in cui l’indennizzo è stato riconosciuto, né si conoscono i criteri di giudizio utilizzati dalle commissioni mediche militari chiamate a pronunciarsi. Inoltre, come sappiamo, alcuni casi di indennizzo sono stati riconosciuti dai Tribunali del Lavoro: il più noto è la sentenza di Rimini sul riconoscimento del nesso vaccini-autismo, successivamente ribaltata in appello. Sino a che la legge non prevedrà l’uso di tabelle in cui sono elencate le patologie indennizzabili, come avviene negli Stati Uniti, continueremo ad avere casi in cui l’indennizzo non è riconosciuto su basi scientifiche (e potenzialmente anche qualche caso in cui l’indennizzo è negato contro ogni evidenza scientifica). La sentenza di Rimini è una delle cause della diminuzione della copertura vaccinale registrata in Italia a partire dai nati nel 2012: attualmente l’ipotizzato rapporto vaccini-autismo sta sempre sullo sfondo dei colloqui tra i genitori dubbiosi (o francamente “obiettatori”) e gli operatori sanitari, rappresentando uno dei fantasmi che costantemente si aggirano in Europa e che hanno impedito il raggiungimento dell’obiettivo di eliminazione del morbillo, previsto dall’OMS per il 2015 e successivamente spostato al 2020.

Fino a che punto si può spingere il diritto del cittadino all’autodeterminazione rispetto alla prassi medico-scientifica che sostanzia e informa i programmi di vaccinazione? A questo punto del nostro ragionamento si rende palese la contiguità tra le valutazioni di carattere medico-legale e quelle di natura etica. Nel caso specifico si tratta di un’etica assolutamente peculiare, definita in letteratura come “etica della salute pubblica”, che non si muove nell’ambito della relazione binaria medico-paziente (o medico-tutore legale-paziente) ma tratta le conseguenze delle decisioni dell’individuo sulla collettività. È stato sottolineato come i principi dell’etica della salute pubblica siano fondati sull’interdipendenza (le azioni del singolo individuo influenzano quelle degli altri), sulla fiducia da parte della comunità (at-

traverso comportamenti trasparenti, sensibilità culturale e ricerca del consenso), sull’essenzialità (ossia il concentrarsi sulle cause primarie della malattia) e sulla giustizia (che si sostanzia attraverso l’accesso di tutti alla promozione della salute). Nel caso dei programmi di vaccinazione, le azioni individuali appaiono quindi interdipendenti poiché l’adesione o meno da parte dei singoli ha delle ripercussioni sulla salute dell’intera collettività. Le famiglie che rifiutano le vaccinazioni rivendicano il diritto alla libera scelta nell’interesse del figlio; tuttavia tale richiesta non può essere inquadrata semplicemente nell’ambito del rapporto tra l’organizzazione sanitaria e il singolo nucleo familiare, poiché è la somma del comportamento di tutti i nuclei familiari considerati in forma aggregata a influenzare l’epidemiologia delle patologie prevenibili da vaccino nell’intera comunità. Ne consegue che il diritto/dovere dei genitori di allevare la prole secondo le proprie convinzioni, e sulla base di quello che ritengono sia l’interesse primario del minore, non può giustificare decisioni che rappresentano un potenziale rischio per la comunità. Se un genitore rifiuta la vaccinazione antimorbillosa, la sua scelta contribuisce al mancato raggiungimento della copertura vaccinale necessaria per l’eliminazione della malattia (pari almeno al 95%), e ciò a sua volta favorisce la diffusione del morbillo non solo tra chi ha rifiutato la vaccinazione, ma anche tra i soggetti che non possono essere vaccinati a causa di patologie che rappresentano una controindicazione (per esempio varie forme di immunodeficienza) o perché non hanno ancora compiuto i 12 mesi, epoca di somministrazione della prima dose.

Accanto al diritto/dovere dei genitori di allevare la prole secondo le proprie convinzioni e sulla base di quello che ritengono sia l’interesse primario del minore, non dobbiamo dimenticare che esiste un altro diritto da tutelare: il diritto del minore alla protezione contro malattie infettive severe e potenzialmente letali. Ciò include la tutela dell’interesse del minore contro possibili scelte dei genitori che potrebbero pregiudicarne la salute. La Convenzione ONU sui Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza stabilisce (art. 24) che “gli Stati parti riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione. Essi si sforzano di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi”.

A questi principi di carattere generale si affianca la legislazione italiana che, con la recente modifica del diritto di famiglia, ha sostituito il concetto di “potestà geni-

toriale” con quello di “responsabilità genitoriale” (D. Lgs. 154/2013). Luigi Fadiga, garante per l’infanzia e l’adolescenza della Regione Emilia Romagna, ha scritto in proposito parole illuminanti: “Il minore di età, prima ancora di essere figlio, è persona, e come tale è titolare di propri e autonomi diritti civili, sociali e politici: così come l’adulto è anzitutto persona, a prescindere dalle relazioni familiari in cui si trova inserito. E dunque la persona minore di età è sin dalla nascita titolare *jure proprio* del diritto alla salute che esercita tramite i genitori, che ne sono i legali rappresentanti”. E ancora: “La mancanza di discernimento [del minore, ndr] non incide sulla titolarità del diritto, uguale per tutti a prescindere dall’età. Dunque i genitori, decidendo sulla salute del neonato, non sono liberi di deciderne come di cosa propria ma agiscono anche in tal caso come legali rappresentanti e devono rispettare il principio del preminente interesse del minore senza che su di questo prevalgano scelte e opinioni personali. Questi concetti sembrano restare in ombra quando si parla di obiezione vaccinale, termine di per sé fuorviante poiché l’obiezione è atto personalissimo che si ripercuote sulla sfera giuridica e personale dello stesso soggetto obiettore e non su quella di un soggetto terzo, come nel caso del negato consenso alla vaccinazione del figlio quando è obbligatoria per disposizione di legge”.

Poiché i genitori che rifiutano di vaccinare i figli sono convinti di farlo “nel loro interesse”, l’unica strada percorribile da parte degli operatori sanitari è quella della comunicazione e del dialogo, al fine di ricercare l’adesione libera e consapevole alla vaccinazione. In questo ambito sono fondamentali i due momenti dell’ascolto e dell’informazione; quest’ultima non deve essere fondata sulle opinioni personali del sanitario, bensì sulle migliori evidenze scientifiche disponibili. Al termine di questo percorso la scelta non può che essere o di accettazione o di rifiuto.

Un quesito frequente è: queste due decisioni vanno documentate in forma scritta? Nel caso del consenso alla vaccinazione, da più parti è stato sottolineato che la firma del genitore apposta su un foglio prestampato di per sé non è sufficiente a documentare l’avvenuta informazione, specialmente se il sanitario non ha spiegato nei dettagli il contenuto della comunicazione. Una firma apposta frettolosamente senza che sia stata effettuata alcuna attività di counselling rende nullo il consenso. Al contrario, l’aver ottenuto il consenso sulla base di una procedura standardizzata, che inizia nei corsi di preparazione alla nascita, prosegue con l’invio del materiale informativo insie-

me all'invito alla prima dose e termina con il counselling effettuato durante la seduta vaccinale, può avvalersi del semplice consenso orale, di cui il sanitario prende nota sulla scheda clinica individuale (cartacea o informatizzata) del bambino.

Se ai fini della documentazione del consenso non è necessaria la firma del genitore, è preferibile che il rifiuto sia espresso attraverso una dichiarazione scritta, che possa testimoniare la diligenza del sanitario nell'informare il paziente sui rischi e i benefici della vaccinazione.

Alcune considerazioni infine sui medici che manifestano un atteggiamento incerto o, come talora accade, ideologicamente contrario alle vaccinazioni. È dimostrato in letteratura che la raccomandazione del medico di fiducia è uno dei determinanti più forti della scelta vaccinale. A seconda di come è condotta, la comunicazione operata dal pediatra è quindi in grado di rafforzare la scelta o, al contrario, aumentare l'incertezza o incoraggiare il rifiuto. A guidare il comportamento del medico dovrebbe essere anzitutto il codice deontologico vigente, e in particolare l'art. 13 ("Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione") secondo il quale "la prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza", e l'art. 15 ("Sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali"), che afferma: "Il medico può prescrivere e adottare, sotto la sua diretta responsabilità, sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione. Il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia".

I concetti essenziali di questa trattazione sono riassunti nel **Box 1**.

Le criticità comunicativo-relazionali

Molti segnali evidenziano la difficoltà di comunicazione tra gli operatori sanitari e le famiglie, come testimoniato dal calo di coperture e dalla differente percezione dell'importanza delle vaccinazioni.

Dal punto di vista comunicativo vengono affrontati i seguenti punti:

- Le caratteristiche del counselling (**Box 2**) in ambito vaccinale e più in generale nel contesto della promozione alla salute.
- I principali errori comunicativi rilevati tramite audioregistrazione sia nell'ambulatorio vaccinale che nell'ambulatorio del pediatra di libera scelta, con particolare riguardo a tre aree critiche

BOX 1

Tutta l'attenzione del pubblico è attualmente diretta verso gli eventi avversi post-vaccinali, in quanto è sempre più difficile vedere i danni provocati da malattie controllate o eliminate dai programmi di vaccinazione.

- La percezione del rischio legato alla vaccinazione si è quindi ingigantita, mentre il rischio di malattia è considerato basso o irrilevante.
- La legislazione italiana è inadeguata sia sul versante dell'offerta vaccinale (persistendo la dicotomia vaccini obbligatori/non obbligatori) sia su quello dell'indennizzo dei danni da vaccino, e pertanto andrebbe profondamente riformata.
- Un principio basilare dell'etica della salute pubblica è l'interdipendenza: le azioni del singolo hanno ripercussioni sulla salute della collettività.
- Il diritto dei genitori alla libera scelta non può includere decisioni che rappresentano un rischio per la salute del figlio e dell'intera collettività.
- Il concetto di "responsabilità genitoriale" sancito dal diritto di famiglia italiano prevede per i genitori il ruolo di legali rappresentanti del bambino: come tali, essi devono agire nell'interesse del minore senza che su questo prevalgano scelte ideologiche e opinioni personali.
- Poiché i genitori che rifiutano le vaccinazioni sono convinti di farlo nell'interesse dei figli, l'unica strada praticabile dagli operatori sanitari è quella della comunicazione e del dialogo.

BOX 2 Counselling sistemico

Intervento professionale di facilitazione che ha l'obiettivo di mobilitare le risorse e le capacità dell'interlocutore senza sostituirsi a lui e senza prendere decisioni al suo posto.

(la mancanza di ascolto attivo, l'importanza del ruolo e della giusta distanza, la necessità di mettere a fuoco gli interessi reciproci e non la posizione, ovvero la gestione del conflitto).

Le caratteristiche del counselling nella promozione alla salute e in ambito vaccinale

Nella promozione alla salute entra in gioco la differente percezione del rischio degli operatori sanitari rispetto ai genitori. Non è facile capire percentuali, probabilità, il concetto di rischio stesso da parte dei non addetti ai lavori. È molto più facile parlare di una malattia concreta che il paziente sta vivendo, piuttosto che di un rischio ipotetico, per quanto basato su robusti studi, di contrarre una malattia dopo qualche anno o forse mai.

Questo problema non riprende solo le scelte vaccinali, ma tutte le azioni che mirano a cambiare stili di vita potenzialmente negativi per la salute di un bambino che in quel momento è perfettamente in salute. La richiesta di aiuto, chiara in presenza di malattia, è inesistente quando si parla di rischio e bisogna quindi essere in grado di far nascere la curiosità del genitore rispetto a un rischio ipotetico.

In ambito vaccinale la perdita della memoria storica delle malattie contro cui si vaccina complica ulteriormente le cose.

Il sanitario deve avere sempre la consapevolezza di quello che sta succedendo dal punto di vista della relazione. Deve lasciare un tempo ai genitori per maturare la necessità di un cambiamento (aspetto essenziale per un intervento che si deve tradurre in una reale modifica di com-

portamento, peraltro a rischio di possibili ricadute). Deve essere attento a scegliere le priorità da affrontare in quell'incontro con quella famiglia. Sa che ci deve essere anche un suo tempo "interno", mentale, per accedere a una adeguata capacità di ascolto, fatta anche di interesse, attenzione e rispetto per quello che l'interlocutore porta. Oltre al tempo mentale c'è quello cronologico: la fretta non aiuta e non sempre la situazione può essere gestita nel tempo a disposizione. Questo va riconosciuto e occorre prendersi uno spazio più adeguato, esplicitando al genitore che si ha davanti che è possibile rivedersi in un momento successivo. Anche perché troppa informazione è uguale a nessuna informazione.

L'ascolto attivo (**Box 3**) risulta fondamentale per guidare comportamenti e scelte, dando tempo per assorbire e riflettere sulle informazioni fornite e per permettere di integrare meglio i concetti nuovi con idee e opinioni che i genitori hanno già.

Le criticità comunicative rilevate nei colloqui audioregistrati

L'analisi delle principali criticità comunicative rilevate nelle audioregistrazioni di colloqui in ambito vaccinale, sia nell'ambulatorio del pediatra di libera scelta che nei centri vaccinali, permette dal punto di vista formativo di individuare cosa può essere corretto o perfezionato da parte dell'operatore.

Occorre distinguere gli oppositori dai disinformati: nei colloqui audioregistrati questa criticità è molto frequente e spesso gli operatori si convincono troppo presto

di aver capito tutto, a rischio di classificare come oppositori genitori che sono in realtà bloccati dall'ansia nella scelta vaccinale. Certamente esistono oppositori che non sono disposti a entrare in relazione, schiavi dei propri pregiudizi, ma l'operatore sanitario nella relazione di aiuto deve cercare di esplorarne le paure e da quelle cominciare una restituzione puntuale. Lo "spiegone tecnico" a partenza dalle proprie convinzioni anziché dai loro timori porta spesso a risultati frustranti. Non sempre quello che il sanitario pensa e dice in base alle proprie competenze viene recepito come tale dal genitore. Questo perché il sapere dell'operatore non è lo stesso della persona che in quel momento ha davanti. Inoltre in quel momento si è in contatto con "un elemento" di un sistema familiare che può essere più o meno complesso: attorno al genitore e al bambino ruotano altre figure (magari non presenti in quel momento in ambulatorio, e che il sanitario non vede e forse non vedrà mai) che formano il "sistema" in cui il bambino è inserito. Tenere conto delle informazioni che il genitore fornisce dell'ambito familiare e del contesto in cui esso si colloca consente di chiarire aspetti che altrimenti possono apparire incomprensibili.

Il timore di impiegare più tempo è smentito dalle registrazioni che evidenziano un riequilibrio della comunicazione a favore dell'ascolto dei genitori e delle loro paure. Costruire una relazione prima di partire con spiegazioni peraltro irrinunciabili facilita il raggiungimento dell'obiettivo comunicativo: spiegare per far fare.

Il **Box 4** evidenzia il cambio di passo suggerito dalla acquisizione delle abilità di counselling che permettono di partire da quello che l'interlocutore sa o pensa di sapere per arrivare a una restituzione puntuale sia nello spazio comunicativo che nello spazio dei comportamenti.

"E se fosse suo figlio?"

La domanda è molto insidiosa perché presuppone un pregiudizio da parte dell'interlocutore:

- 1 "il sanitario potrebbe comportarsi diversamente coi suoi figli rispetto a mio figlio". In sintesi: "non me la racconti giusta". L'informazione nascosta è sempre in agguato e il retropensiero che gli interessi delle case farmaceutiche possano spingere a far prendere delle decisioni diverse per i singoli pazienti rispetto a quello che verrebbe fatto con i propri figli è un tarlo fastidioso e pericoloso;
- 2 lo spostamento di ruoli: "ti chiedo di rispondermi da genitore e non da sanitario". Il contesto e il ruolo dettano

BOX 3 Ascolto attivo

Modalità di conduzione del colloquio che amplifica l'accoglienza di ciò che l'interlocutore sa o pensa di sapere. Prevede l'uso di tecniche che guidano il colloquio per mantenerlo su temi trattabili in quel momento e in quell'ambito professionale.

BOX 4 Schema di colloquio condotto con abilità di counselling Modificato da Gangemi M., Quadri S. Il counselling in pediatria di famiglia. UTET, 2000.

	Mamma (famiglia)	Pediatra (operatore sanitario)
Spazio informativo	Quello che ha osservato, sa o pensa di sapere	Quello che il pediatra/operatore sanitario pensa che la famiglia dovrebbe sapere su quel problema specifico
	Quello che	Quello che il pediatra pensa
Spazio dei comportamenti	<ul style="list-style-type: none"> > Fa abitualmente > Vorrebbe fare > Pensa di poter fare 	Che la famiglia dovrebbe fare

le regole della comunicazione. Il contesto sanitario implica una relazione di aiuto che non è necessariamente prevista in altri contesti e che deve prevedere il mantenimento di una giusta distanza. Nella comunicazione consapevole non ci si sostituisce alla decisione che spetta al genitore, ma lo si affianca e lo si aiuta a decidere il meglio per la salute di suo figlio e della comunità. Accettare il meccanismo di delega non aiuta a far crescere il genitore nelle sue competenze genitoriali, anzi lo esautorata in nome del vecchio paternalismo superato anche dal codice deontologico.

Mettere a fuoco gli interessi: la gestione dei conflitti

Non sempre è facile riconoscere un conflitto che si sta instaurando, né essere capaci di non concentrarsi sulle posizioni ma sugli interessi reciproci (la salute del bambino e della comunità). Spesso, quando ci si sente messi in discussione nel proprio ruolo professionale, prevale il senso di fastidio rispetto a un sapere non esperto che osa mettere in discussione il sapere esperto. La conseguente frustrazione fa perdere lucidità rispetto all'obiettivo di far vaccinare il bambino nel suo interesse e in quello della comunità. Si possono individuare diversi spunti che richiedono una formazione adeguata per essere messi in pratica. In particolare la capacità di mettere a fuoco gli interessi anziché le posizioni, riuscendo a tenere sotto controllo le proprie emozioni. Fare leva solo sul proprio ruolo per imporre la decisione aiuta poco a provare a cambiare le decisioni del sistema genitoriale. Cercare di abbassare la temperatura del colloquio senza rispondere alle pro-

vocazioni dell'interlocutore e rimanere concentrati sull'interesse comune (la salute del bambino) aiuta a raggiungere l'obiettivo comunicativo. Non vengono proposte tecniche di meditazione, ma il tentativo di riconoscere il conflitto che si sta innescando e di provare a gestirlo sia nell'interesse dell'operatore sia in quello del genitore. L'esercizio per il lettore consiste nel provare a ripensare ai conflitti vissuti in ambito sanitario e a tentare di trovare stimoli per superarli.

Conclusioni

Migliorare le abilità comunicativo-relazionali e approfondire le problematiche medico-legali in ambito vaccinale sono requisiti essenziali da parte degli operatori sanitari per accompagnare i genitori verso una scelta consapevole, di cui sono parte l'aspetto etico e quello di salute di comunità.

Agire in ottica sistemica è la condizione essenziale per una comunicazione senza contraddizioni e conflittualità in ambito sanitario.

Ripensare alla comunicazione con l'utente, in un ambito delicato come quello della promozione alla salute in età infantile (interlocutore indiretto), risulta indispensabile per superare l'ottica paternalistica.

Il miglioramento delle abilità comunicativo-relazionali in ambito sia intra che extra sanitario può relegare in secondo piano la problematica medico-legale che deve essere peraltro conosciuta dagli operatori.

Una formazione orientata alle abilità comunicative può promuovere una riflessione sul proprio stile comunicativo in questo ambito e non solo, pur considerando le variabili individuali dei vari professionisti coinvolti.

Appare necessaria la promozione di una

riflessione sullo stile del singolo operatore e del gruppo in cui si trova inserito.

È difficile raggiungere gli obiettivi didattici in ambito comunicativo-relazionale solo attraverso la formazione a distanza. È possibile approfondire i bisogni residui di formazione con appositi corsi orientati all'acquisizione di abilità comunicativo-relazionali in questo ambito, con il coinvolgimento di tutta l'équipe vaccinale compreso il pediatra di famiglia, come già sperimentato nella Regione Veneto e nella Provincia autonoma di Trento.

Si sottolinea che non ci si è volutamente occupati della comunicazione di massa, pur nella consapevolezza del suo ruolo essenziale accanto alla comunicazione con il singolo.

✉ giovanetti58@alice.it

Asen E, Tomson D, Young V, Tomson P. Dieci minuti per la famiglia. Raffaello Cortina Editore, 2015.

Briss PA, et al. Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. *Am J Prev Med* 2000;18:97-140.

Fadiga L. Vaccinazioni&diritto alla salute - trattamenti sanitari, vaccinazioni, diritto alla salute delle persone minori di età. n° 1, 2013. http://www.assemblea.emr.it/biblioteca/attivita-e-servizi/documenti/dossier/introduzione_fadiga/at_download/file/intro%20dossier.pdf.

Gangemi M, Quadrino S. Il counselling in pediatria di famiglia. UTET Editore, 2000.

Gigerenzer G. Quando i numeri ingannano. Raffaello Cortina Editore, 2007.

Lee LM. Public health ethics theory: review and path to convergence. *J Law Med Ethics* 2012;85-98.

Ministero della Salute. Circolare n° 5 del 7 aprile 1999. Il nuovo calendario delle vac-

nazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva.

Savastano R. La responsabilità medica in ambito vaccinale. In: Bartolozzi G et al. Manuale delle vaccinazioni. Seconda edizione. Cuzzolin Editore, 2009.

Speri L, Simeoni L, Brunelli M, Campara P, Valsecchi M. La scelta di vaccinare: uno sguardo dal ponte. *Quaderni acp* 2014;21:229-36.

Speri L, Brunelli M. 7 Azioni per la vita del tuo bambino: materiale informativo per operatori, 2009.

U.S. Department of Health and Human Services. National Vaccine Injury Compensation Program. Vaccine Injury Table. <http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation/vaccineinjurytable.pdf>.

Valdambri A. La gestione dei conflitti in ambito sanitario. Il Pensiero Scientifico Editore, 2008.

Watzlavick P, Beavin JH, Jackson DD. La pragmatica della comunicazione umana. Astrolabio Editore, 1971.

Errata corrige

Il primo abstract pubblicato nel precedente numero della rivista (2016;3:108) nella rubrica "Research letter" riporta i nomi sbagliati degli autori per un errore della tipografia. Ci scusiamo con gli autori e i lettori e ripubblichiamo l'abstract con la esatta indicazione degli autori e dell'indirizzo per corrispondenza.

Quando la clinica è fondamentale

Alessandro Rossi*, Maria Renata Proverbio**, Andrea Smarrazzo*, Paolo Siani**

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Napoli "Federico II"; **Dipartimento di Pediatria sistematica e specialistica, AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

Introduzione

Il botulismo è una rara patologia neuroparalitica causata dalle tossine (BoNT) prodotte da *C. botulinum* e alcuni ceppi di *C. butyricum* e *C. baratii*. Le BoNT bloccano il rilascio di acetilcolina dalla giunzione neuromuscolare, causando progressiva paralisi muscolare fino all'insufficienza respiratoria. Si distinguono quattro forme di botulismo: alimentare, infantile, da ferita e "altri". Il botulismo alimentare è la forma più frequente; risulta dall'ingestione di cibi contenenti tossina preformata. Descriviamo il caso di un paziente affetto da botulismo alimentare precocemente diagnosticato e trattato.

Caso clinico

S.M. è un bambino di 11 anni, giunto alla nostra attenzione per ptosi palpebrale, midriasi, difficoltà nella deglutizione, disfonia, ritenzione urinaria e stipsi. Mostrava sensorio integro e apiressia. Indagini liquorali, screening tossicologico e TC encefalo risultavano negativi. Immediatamente sorgeva il sospetto clinico di botulismo, confermato dall'elettromiografia (ridotta ampiezza dell'onda M con ridotta risposta iniziale alla stimolazione ripetitiva e successivo incremento). Dopo solo 5 ore dall'ingresso venivano avviate infusione di siero antibotulinico equino e ventilazione meccanica. Tre giorni dopo l'ingresso gli esami ematici e le colture fecali confermavano la presenza di BoNT tipo B. L'indagine anamnestica evidenziava il consumo nella giornata precedente di pasticcio di carne di preparazione domestica, risultato anch'esso positivo per BoNT tipo B. Dopo circa 50 giorni il paziente veniva dimesso senza alcuna sequela neurologica.

Conclusioni

Sebbene raro, il botulismo alimentare è ancora possibile nei Paesi industrializzati ed è gravato da un alto tasso di mortalità. Poiché i test di laboratorio richiedono diversi giorni per la conferma diagnostica, il sospetto clinico resta fondamentale per una diagnosi precoce e un tempestivo trattamento. Il botulismo deve essere considerato in tutti i pazienti con paralisi flaccida discendente e simmetrica, sensorio integro e apiressia. La terapia prevede la somministrazione di siero antibotulinico ed assistenza respiratoria. Nel caso riportato l'immediata diagnosi clinica ha garantito al paziente una guarigione senza alcun reliquato neurologico.

ale.ro0789@gmail.com

Le vaccinazioni: una protezione efficace e sicura per tutti



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

*Direttore UO Pediatria e Consultorio familiare, Cesena-AUSL della Romagna;

Pediatria di famiglia, Piano di Sorrento (Napoli); *Pediatria di famiglia, Sant'Ilario d'Enza (Reggio Emilia)

Cosa far perché sia sano / il libretto ho già in mano / dei vaccini le prudenze segno in rosso le scadenze / polio tetano epatite rosolia e difterite il morbillo e la pertosse parotite son le mosse [...].

LE FILASTROCCHE DI GENITORI PIÙ

A partire dai primi mesi di vita (dal 60° giorno) a tutti i bambini vengono offerte le vaccinazioni, in base al calendario vaccinale. Le vaccinazioni proteggono i bambini da malattie potenzialmente molto pericolose, a volte anche mortali. È importante rispettare il calendario per ridurre di rischio di contrarre la malattia.

Il tuo pediatra nel corso delle prime visite parlerà delle vaccinazioni: questa è una buona occasione per condividere dubbi e informazioni.

La maggior parte delle vaccinazioni si fanno per via intramuscolare, nella coscia o sul braccio. Alcuni bambini possono avere un rialzo febbrile di poche ore dopo la somministrazione del vaccino; in questi casi il paracetamolo è di aiuto nel tenere bassa la temperatura.

I bambini nati prima del termine (prematuro) hanno un rischio maggiore di contrarre malattie, per questi bambini, in particolare, proprio a causa della loro vulnerabilità, e, indipendentemente dalla loro prematurità, è importante praticare le vaccinazioni nei tempi previsti dal calendario. Alcuni anni orsono una notizia molto inquietante destò la preoccupazione di tanti genitori e medici: il possibile collegamento tra la vaccinazione contro il morbillo, la parotite e la rosolia e l'insorgenza di autismo. Alcuni genitori decisero di non vaccinare i loro bambini e come conseguenza ci furono, in molte nazioni, epidemie di morbillo, e alcuni bambini morirono. A seguito di questi eventi la comunità scientifica si è mossa e molti studi indipendenti e rigorosi hanno dimostrato che questo collegamento tra il vaccino e l'autismo non esiste. La vaccinazione contro morbillo, rosolia, parotite è il modo migliore per proteggere il bambino da queste malattie. Anche nei bambini allergici questa vaccinazione è sicura, non è controindicata.

Se hai delle preoccupazioni e cerchi ulteriori informazioni parla con il tuo pediatra, ma attenzione a cercare fonti attendibili di informazioni.

Cosa contengono e come funzionano i vaccini?

I vaccini contengono i batteri o i virus uccisi o inattivati, acqua distillata o soluzione fisiologica sterile, degli adiuvanti come i sali di alluminio e piccolissime dosi di antibiotico per prevenire lo sviluppo di batteri. I vaccini contengono anche degli stabilizzanti come l'albumina e la gelatina. Dal 2002 i vaccini non contengono mercurio.

I vaccini aiutano il nostro organismo a produrre anticorpi e cellule della memoria, che aiutano a ricordare e a creare una protezione lunga nel tempo nei confronti delle malattie.

Che senso ha vaccinare per malattie che ormai sono scomparse come la poliomielite, la difterite...?

Nel nostro Paese queste malattie sono tenute a bada perché abbiamo ancora un tasso di copertura abbastanza alto grazie alle vaccinazioni. In tutto il mondo più di 15 milioni di persone muoiono per queste malattie, e più della metà sono bambini che hanno meno di 5 anni e che non hanno la possibilità di essere vaccinati.

La vaccinazione non protegge solo il tuo bambino, ma anche la tua famiglia, la comunità e in particolare anche i bambini che per motivi medici o perché non hanno ancora l'età giusta, non possono ricevere le vaccinazioni.

I vaccini sono sicuri?

Prima della commercializzazione i vaccini vengono sottoposti a rigorosi controlli per valutarne la sicurezza e l'efficacia. Dopo essere stati immessi in commercio, la loro sicurezza continua a essere testata. Tutti i farmaci, e anche i vaccini, possono avere effetti collaterali, ma i vaccini sono, tra questi, i più sicuri. Ricerche fatte in tutto il mondo dimostrano che la vaccinazione è il modo più sicuro per proteggere il bambino da malattie molto pericolose.

Quali sono gli effetti collaterali?

Contrariamente a quello che si pensa, gli effetti collaterali dei vaccini sono in genere lievi, come gonfiore o rossore nel punto

della iniezione, un po' di irritabilità o un rialzo febbrile.

Tanti vaccini tutti insieme in una sola siringa, non è troppo?

No. Il nostro Sistema immunitario è perfettamente in grado di rispondere in maniera efficace a tanti vaccini. Non c'è differenza tra un vaccino somministrato da solo o insieme agli altri.

Se il mio bambino è allergico, posso vaccinarlo?

Sì. Se il tuo bambino è allergico e soffre per esempio di asma o di rinite si può vaccinare. In caso di dubbio parla con il tuo pediatra.

I vaccini possono provocare reazioni allergiche?

Raramente con le vaccinazioni i bambini possono avere reazioni allergiche gravi, come lo shock anafilattico. Lo shock anafilattico in corso di vaccinazione è un evento molto raro (circa un caso ogni milione di vaccinati). Gli operatori sanitari che vaccinano sanno molto bene come affrontare queste situazioni.

Ci sono motivi per non vaccinare?

- Sì, se il tuo bambino ha avuto una reazione allergica grave e confermata dopo la vaccinazione.
- I bambini che hanno avuto un trapianto di organo, o che sono in chemioterapia per cancro: in questi casi il loro sistema immunitario può essere indebolito. Il centro di riferimento contatterà in queste situazioni il pediatra per decidere insieme se vaccinare, e quali vaccini somministrare.

Se il mio bambino è ammalato, si può rinviare la vaccinazione?

In caso di sintomi minori, malessere senza febbre o un raffreddore, la vaccinazione non va rinviata. In caso di febbre il vaccino viene rinviato prenotando un appuntamento a distanza di circa una settimana.

In caso di dubbio rivolgersi al proprio pediatra per ottenere informazioni attendibili.

✉ doc.manetti@gmail.com

Le comunicazioni orali presentate dagli specializzandi al Congresso Tabiano XXV

Una pancreatite atipica...

Valentina Cenciarelli*, Francesca Roncuzzi*, Anna Rita Di Biase**, Lorenzo Iughetti**

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; **Unità di Pediatria, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Materno-Infantili e dell'Adulto, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Policlinico di Modena

La malattia di Kawasaki è una vasculite acuta sistemica tipica della prima infanzia, a eziologia multifattoriale, che colpisce i vasi di medio calibro di tutti i distretti dell'organismo, con particolare predilezione per le coronarie. Nonostante il picco di incidenza sia tra i 9 e gli 11 mesi di vita, anche i bambini più grandi possono esserne colpiti e, a causa di un ritardo nella diagnosi, sono a maggior rischio di complicanze cardiovascolari. Presentiamo un caso di malattia di Kawasaki atipica che riteniamo particolarmente interessante.

LS, 8 anni, veniva trasferita nel nostro Reparto per sospetto di pancreatite, suffragato dalla presenza di febbre da 6 giorni (in terapia antibiotica), addominalgia e vomito, con rialzo degli indici di flogosi, alterazioni della funzionalità epato-pancreatica e colestasi agli esami laboratoristici. All'esame obiettivo la bambina si presentava sofferente con subittero sclerale, MV ridotto alle basi bilateralmente, addome teso e dolente. L'ecografia e la TC dell'addome non evidenziavano alterazioni a carico del pancreas, ma ponevano il sospetto di appendicopatia retrocecale, dato successivamente non confermato all'esplorazione chirurgica; le immagini radiologiche evidenziavano inoltre modesto versamento pleurico bilaterale. Nel decorso post-operatorio persisteva febbre con scadimento delle condizioni generali. Come approfondimento diagnostico, si eseguivano autoimmunità, esami colturali e sierologia microbiologica e virologica, risultati negativi. In terza giornata di ricovero, per rialzo della troponina (0,16 ng/ml), veniva eseguita ecocardiografia, che evidenziava lieve insufficienza mitralica,

aortica e tricuspidaica con minimo versamento pericardico. In quinta giornata di ricovero compariva desquamazione in sede perineale.

Secondo le linee guida italiane del 2008, la febbre persistente per almeno cinque giorni, associata a manifestazioni cliniche atipiche e aumento degli indici di flogosi (VES e PCR), permette di fare diagnosi di malattia di Kawasaki atipica in presenza di almeno tre criteri laboratoristici supplementari, indipendentemente dall'esito dell'ecocardiografia.

Nel nostro caso, la paziente presentava febbre persistente associata a un quadro di addome acuto, interessamento epatico, versamento a livello pleurico e pericardico, minima insufficienza valvolare e desquamazione cutanea, associati a importante rialzo degli indici di flogosi. Pertanto, in presenza di più di tre criteri laboratoristici supplementari (ipoalbuminemia, anemia, piastrinosi, leucocitosi e aumento della transaminasi ALT), è stato possibile, secondo l'algoritmo diagnostico, porre diagnosi di forma atipica di malattia di Kawasaki. È stata pertanto intrapresa terapia con immunoglobuline per via endovenosa in monosomministrazione e con acido acetil-salicilico a dosaggio antinfiammatorio fino a 48-72 ore dallo sfiebramento, e successivamente a dosaggio antiaggregante per 6-8 settimane. Si è assistito a un rapido sfiebramento dopo infusione di immunoglobuline, con graduale miglioramento delle condizioni cliniche della bambina. Gli esami ematici si sono normalizzati al momento della dimissione, a eccezione della persistenza di piastrinosi, caratteristica della fase subacuta della malattia. I controlli seriati dell'ecocardiografia sono risultati costantemente nella norma, escludendo interessamento coronarico. La forma classica di malattia di Kawasaki è caratterizzata da febbre da più di 5 giorni, associata a ≥ 4 dei seguenti criteri clinici: iperemia congiuntivale bilaterale, eritema delle labbra e della mucosa orale, anomalie delle estremità, rash e linfadenopatia cervicale [1]. La forma incompleta include i pazienti che, in associazione alla tipica febbre, non presentano

il numero sufficiente di criteri diagnostici, pur presentando alterazioni coronariche. La forma atipica [2,3] è caratterizzata da sintomi diversi dalle manifestazioni tipiche, in associazione o meno alle alterazioni coronariche, e dalla febbre, che è invece una caratteristica tipica della malattia di Kawasaki.

La diagnosi precoce anche nelle forme atipiche/incomplete è fondamentale, considerando che la prognosi della malattia è legata all'inizio tempestivo della terapia, che è in grado di ridurre il rischio di incidenza di anomalie coronariche.

✉ valentina.cenciarelli@yahoo.it

1. Marchesi A, Pongiglione G, Rimini A, et al. Malattia di Kawasaki: linee guida italiane. *Prospettive in Pediatria* 2008;38:266-83.
2. Prokic D, Ristic G, Paunovic Z, et al. Pancreatitis and atypical Kawasaki disease. *Pediatric Rheumatology Online Journal* 2010;8:8. doi:10.1186/1546-0096-8-8.
3. Singh R, Ward C, Walton M, et al. Atypical Kawasaki disease and gastrointestinal manifestations. *Paediatrics & Child Health* 2007;12:235-7.

Occhio al Drusen!

Simona Bursi*, Giulia Vivi**, Lorenzo Iughetti**

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; **UO di Pediatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Policlinico di Modena

XY, 12 anni, di origine ghanese, veniva inviato presso l'Accettazione Pediatrica dal collega oculista che, in corso di visita specialistica, al fundus oculi aveva riscontrato "papilla rilevata sul piano retinico e sfumata con maggiore evidenza a destra, tortuosità vasale e minima congestione venosa, macula indenne e retina aderente". La visita era stata richiesta per approfondimenti in merito a peggioramento del rendimento scolastico per difficoltà nella letto-scrittura da alcuni mesi. Il bambino riferiva inoltre di accusare cefalea frontale sinistra da 3 giorni, senza vomito né nausea, trattata a domicilio con ketoprofene con beneficio.

In anamnesi non emergevano patologie di rilievo né allergie note. Obiettivamente XY presentava buone condizioni generali, parametri vitali stabili, obiettività toraco-addominale nei limiti di norma tranne che per soffio sistolico 1-2/VI mesocardico dolce e non presentava segni di irritazione meningo-radicolare. All'esame neurologico mostrava pupille midriatiche per recente esecuzione di FOO, non deficit di lato né rigor, non deficit di equilibrio né di forza e/o coordinazione. Non erano evidenti deficit a carico dei nervi cranici.

Data la storia clinica del bambino e il motivo di invio in PS, si richiedeva rivalutazione oculistica che confermava il quadro di papilledema. Nel sospetto di una patologia di origine cerebrale, per impossibilità di eseguire RMN encefalo in urgenza, si richiedeva TC encefalo che riscontrava "microcalcificazione in corrispondenza della testa del nervo ottico bilateralmente, più evidente sul lato destro (Drusen)" senza altre alterazioni di rilievo (Figura 1).

Il collega oculista, presa visione del referto TC, programmava follow-up oculistico con esecuzione di campo visivo computerizzato a distanza di 10 giorni. Il bambino veniva quindi dimesso a domicilio.

Il Drusen del disco ottico è un'anomalia congenita rara, degenerativa, lentamente

progressiva, caratterizzata dalla deposizione di materiale ialino e calcifico a carico del disco ottico. Ha una prevalenza stimata dello 0,4% nei pazienti pediatrici, con una età media alla diagnosi di 12.1 anni ed è bilaterale nel 75% dei casi [1,2], in linea con il nostro caso clinico. Questa condizione può essere isolata, ereditaria a trasmissione autosomica dominante, o associata a molti disturbi neurologici, tra cui epilessia, emicrania, pseudotumor cerebri, ritardo mentale, sclerosi tuberosa, e atassia teleangiectasia [1]. Fattori predisponenti possono comprendere un canale sclerale stretto, anomalie nella vascolarizzazione intraoculare, la storia familiare e la razza bianca [2]. Infatti recenti studi hanno dimostrato che i Drusen del nervo ottico sono rari nelle persone di colore (come invece si è verificato nel nostro caso), probabilmente per la mancanza di fattori genetici predisponenti [3]. I pazienti sono generalmente asintomatici alla presentazione: le compromissioni nell'acuità visiva e/o del campo visivo (come si è verificato nel nostro paziente) sono rare e, se presenti, si manifestano con episodi di amaurosi fugace e/o allargamenti della macchia cieca o difetti arciformi. La diagnosi è per lo più incidentale [1,2] ed è essenzialmente oftalmoscopica. Sebbene siano state descritte diverse tecniche di imaging utili,

non esiste attualmente alcun protocollo standard per la diagnosi di questa condizione [2]. Esami strumentali di conferma diagnostica sono l'ecografia oculare ed eventualmente la TC senza contrasto, che mostrano il materiale calcifico a livello della testa del nervo ottico [4]. Una priorità unica nella popolazione pediatrica è quella di evitare, quando possibile, l'esposizione potenzialmente pericolosa a radiazioni (preferendo la RMN alla TC) e procedure invasive nell'esclusione di altre condizioni più gravi come il papilledema vero e proprio conseguente a patologie di origine cerebrale [2]. La prognosi è buona: la maggior parte dei pazienti mantiene una visione centrale ottimale. Talvolta è possibile osservare una progressione dei difetti del campo visivo periferico. Non esistono terapie efficaci per i Drusen della papilla; tuttavia il controllo oftalmologico periodico è necessario al fine di verificare la stabilità del quadro clinico e di diagnosticare precocemente eventuali complicanze trattabili, come la neovascolarizzazione coroideale.

✉ simonabursi@alice.it

1. Komur M, Sari A, Okuyaz C. Simultaneous Papilledema and Optic Disc Drusen in a Child. *Pediatric Neurology* 2012;46:187-8.
2. Shah A, Szirth B, Sheng I, et al. Optic Disc Drusen in a Child: Diagnosis Using Noninvasive Imaging Tools. *Optometry and Vision Science* 2013;10:269-73.
3. Thurtell MJ, Biousse V, Bruce BB, et al. Optic nerve head drusen in black patients. *J. Neuroophthalmol* 2012;32:13-6.
4. Leon M, Hutchinson AK, Lenhart PD, et al. The cost-effectiveness of different strategies to evaluate optic disk drusen in children. *J AAPOS* 2014;18:449-52.

Una "traumatica" ematuria

Lara Abelli*, Laura Bianchi**, Claudio Ruberto**

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, **UO di Pediatria Generale e d'Urgenza, Ambulatorio di Nefrologia Pediatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Nato a termine da taglio cesareo, dopo gravidanza normodecorsa, PN 3,240 kg. Adattamento neonatale regolare. Sviluppo psicomotorio e crescita nella norma. Controllo minzionale raggiunto a circa 15 mesi. In anamnesi si segnala: allergia alle gramminacee (rino-congiuntivite).

In anamnesi familiare: padre con pregresso riscontro di cisti renali ed episodio di glomerulonefrite in età infantile, caratte-

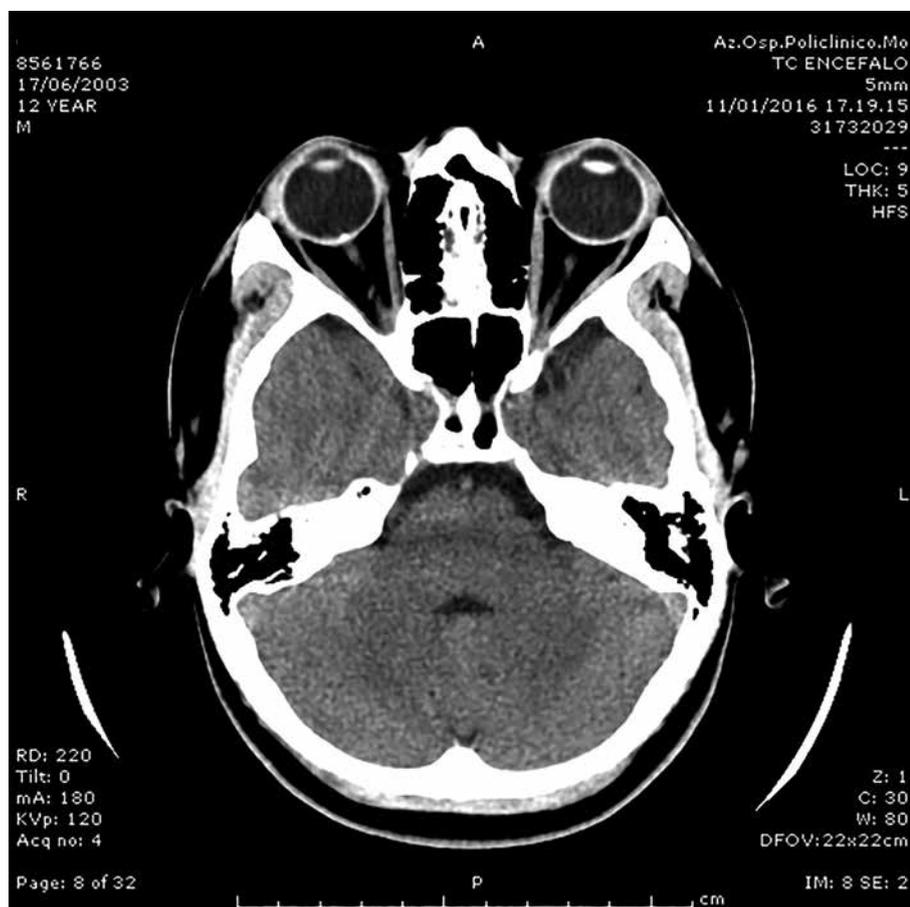


Figura 1.

rizzata da ematuria macroscopica. Cugino di 2° grado affetto da mucopolisaccaridosi. A novembre 2013 veniva ricoverato per politrauma conseguente a incidente stradale con frattura costale. Durante la degenza riscontro di ematuria microscopica in assenza di evidenti segni ecografici di trauma renale. In particolare all'esame urine: Hb 0,24 mg/dl, proteine 1+, emazie 404/μl, leucociti 44/μl, cellule di sfaldamento 16/μl. Veniva pertanto consigliato un controllo a distanza degli esami ematochimici e urinari (non effettuato).

In giugno 2014 veniva ricoverato per episodio di ematuria macroscopica in corso di faringotonsillite (TAS positivo 1:400; Streptozyme positivo 244 U/ml). Agli esami ematici si riscontrava rialzo dei valori della creatinemia (1 mg/dl) rispetto al precedente valore di novembre 2013 (0,6 mg/dl). All'esame urine: ematuria con GR>500/μl, proteinuria 400 mg/die, albuminuria 180 mg/die, rapporto proteinuria/creatininuria 0,4 mg/mg. All'ecografia addominale: iperecogenicità e aumento dello spessore della corticale renale come da glomerulonefrite. La pressione arteriosa risultava sempre nella norma. I valori di complementemia (C3 e C4) erano nei limiti. Veniva eseguito screening autoimmunitario delle glomerulonefriti, risultato negativo. Nel corso della degenza si è assistito a una normalizzazione dei valori di creatinemia. La raccolta urine delle 24 ore, eseguita a distanza di circa 10 giorni dall'esordio, risultava negativa per proteinuria (141 mg/24 ore), ma mostrava una microalbuminuria (35 mg/24 ore); ai controlli successivi la microalbuminuria era assente, persistendo tuttavia microematuria.

In considerazione dei dati clinici e anamnestici veniva posto il sospetto di nefropatia da IgA e proseguito quindi il follow-up nefrologico con controlli seriati.

A settembre 2014 si è presentata una recidiva di ematuria in corso di episodio infettivo (tampone faringeo negativo, TAS positivo 1:400, Streptozyme 234 U/ml); all'esame urine: emazie 2427/μl, rapporto proteinuria/creatininuria 0,5 mg/dl. Nella norma: creatinemia, ricerca di crioglobuline, Anticorpi anti-membrana basale glomerulare, ANCA, ANA reflex, IgG, IgA, IgM, C3, C4.

Veniva eseguita visita ORL con evidenza di tonsille normotrofiche e adenoidi non ostruenti (20%), per cui non si poneva indicazione all'adenotonsillectomia.

A novembre 2014 il paziente veniva nuovamente ricoverato per un ulteriore episodio di ematuria macroscopica in corso di faringite, in assenza di proteinuria né rialzo pressorio; presentava invece un rialzo

della creatinemia (1,2 mg/dl) con stabilizzazione finale a valori di 0,7-0,8 mg/dl. In gennaio 2015 ulteriore recidiva, sempre in corso di episodio infettivo acuto, associata a proteinuria, stimata pari a circa 1,5-2 g/die, poi rapidamente regredita, con valori pressori nei limiti.

In considerazione degli episodi ravvicinati di ematuria macroscopica, del rialzo dei valori di creatinemia con eGFR intorno a 110 ml/min/1,73 m² (Schwartz classica), della comparsa di proteinuria in acuto e della persistenza di microematuria anche nei periodi intercorrenti gli episodi acuti, il paziente veniva indirizzato a un centro di terzo livello, scelto dalla famiglia.

A maggio 2015 è stata eseguita biopsia renale a Padova con diagnosi di nefropatia da IgA con lesioni ISKDI M0 E0 S0 T0. Veniva quindi intrapresa terapia con Ramipril 2,5 mg/die.

Ai controlli successivi, il ragazzo presentava persistenza di microematuria, in assenza di proteinuria; non più episodi di macroematuria. I valori pressori si mantenevano nei limiti.

L'ematuria microscopica è caratterizzata dalla presenza di più di 2 globuli rossi al sedimento urinario osservato al microscopio ad alto ingrandimento; questa forma è evidenziabile mediante osservazione del sedimento urinario al microscopio o con l'esecuzione di uno stick minzionale.

L'ematuria macroscopica è invece caratterizzata dall'emissione di urine color rosso vivo o rosso scuro ("coca-cola"). L'origine può essere post-renale (urologica) o glomerulare, in quest'ultimo caso oltre l'80% degli eritrociti visibili al sedimento appariranno alterati (acantociti).

Nel caso di riscontro di microematuria persistente isolata in età infantile, dopo aver valutato ed escluso le cause genito-urinarie (IVU, nefrolitiasi, anomalie delle vie urinarie, rene policistico, neoplasie, malattie metaboliche con secondaria formazione di calcoli renali...), bisogna considerare una patologia glomerulare. Le malattie che tipicamente si presentano in questo modo comprendono: sindrome di Alport, malattia da membrane sottili, sindrome HANAC, malattia associata a MYH9, nefropatia CFHR5, nefropatia a IgA. Episodi ripetuti di macroematuria in corso di infezione delle vie aeree, talvolta associati a proteinuria (raramente in range nefrosico), ipertensione o alterazione della funzionalità renale, devono far pensare alla nefropatia a IgA [1,2].

La nefropatia a IgA, anche nota come malattia di Berger, è stata descritta per la prima volta nel 1968 dallo stesso Berger. È attualmente riconosciuta come la principale glomerulonefrite primitiva sia in età

adulta che nell'infanzia. La manifestazione clinica tipica di questa patologia è rappresentata da un episodio di ematuria in corso di infezione delle alte vie aeree, a cui può associarsi una ematuria microscopica persistente isolata.

La diagnosi di certezza a oggi prevede l'esecuzione, nei casi indicati, di una biopsia renale con evidenza all'immunofluorescenza di un accumulo glomerulare di immunocomplessi IgA, formati in particolare dal sottotipo IgA1, per un alterato processo di glicosilazione a carico di queste molecole che ne favorisce l'aggregazione e il deposito.

Circa il 50% dei pazienti con diagnosi istologica di nefropatia a IgA sviluppa una insufficienza renale terminale (ESRD). Oltre il 20% dei bambini affetti da questa patologia va incontro a una progressione di malattia, seppur lenta. In particolare il rischio di una prognosi peggiore appare correlato ad alcune caratteristiche cliniche (ipertensione arteriosa, rialzo della creatinemia, proteinuria di grado moderato-severo) e ad alcune alterazioni istologiche, che sono peraltro quelle considerate nel MEST-score della Classificazione Istologica di Oxford del 2009 (ipercellularità mesangiale M, ipercellularità endocapillare E, glomerulosclerosi segmentale S, atrofia tubulare/fibrosi interstiziale T). A oggi non esiste una terapia specifica per questa malattia. Il trattamento si basa quindi su uno stretto follow-up volto a evidenziare rapidamente l'insorgenza di segni di una progressione del danno renale (ipertensione arteriosa, rialzo della creatinemia, aumento della proteinuria). In generale è consigliato intraprendere una terapia con ACE-inibitori o sartani (ARBs) nei pazienti che presentano ipertensione arteriosa o proteinuria > 1 g/1,73 m²/die (equivalente a un rapporto proteinuria: creatinuria paria a 0,6 nel sesso maschile e 0,8 nel sesso femminile). Nei pazienti che presentano segni o sintomi clinici o istologici più severi di danno renale è invece indicata una terapia immunosoppressiva, che può prevedere l'utilizzo di steroidi, ciclofosfamida, azatioprina o altri. Il ruolo della tonsillectomia nel trattamento di questa nefropatia non è ancora stato definito in modo univoco [3,4].

✉ abellilara@gmail.com

1. Yuste C, Gutierrez E, Sevillano AM, et al. Pathogenesis of glomerular haematuria *World Nephrol* 2015;4(2):185-95.
2. Gale DP. How benign is hematuria? Using genetics to predict prognosis. *Pediatr Nephrol* 2013;28(8):1183-93.
3. Hogg JR. Idiopathic immunoglobulin A

nephropathy in children and adolescent. *Pediatr Nephrol* 2010;25:823-9.

4. Zhang C, Zeng X, Li Z, Wang Z, Li S. Immunoglobulin A nephropathy: current progress and future directions. *Transl Res* 2015;166(2):134-44.

Un'esofagite che non quadra

Lavinia Fanciullo*, Ivana Cortina*, Maria Chiara Marisi*, Pierpacifico Gismondi**, Patrizia Bertolini***

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Parma; **Clinica Pediatrica, AOU Parma; ***UO Pediatria e Oncoematologia, AOU Parma

Maschio, 12 anni e 10 mesi, giunge alla nostra attenzione per sintomatologia emetica pre e post-prandiale, associata a nausea e presenza di striature ematiche da qualche mese. Nello stesso arco temporale segnalato cambiamento dello stile di vita con alimentazione più leggera e calo ponderale di circa 6 kg.

Eseguiti esami ematochimici (fra cui RAST test per alimenti, screening celiachia e immunoglobuline frazionate) ed ecografia addome, risultati nella norma. Un mese prima effettuata EGDS con riscontro di beanza cardiaca ed esofagopatia erosiva di grado lieve (grado A sec Los Angeles) e intrapresa terapia con Esomeprazolo e Domperidone, successivamente sostituito con Levosulpiride, con scarso beneficio. Referto istologico delle biopsie perendoscopiche risultato nella norma.

All'esame obiettivo il ragazzo appare in buone condizioni generali. Parametri vitali nella norma. Faringe iperemico e addome trattabile, dolente alla palpazione profonda in epigastrio. Restante obiettività clinica generale e neurologica nella norma.

Durante la degenza si effettuano esami ematochimici risultati nei limiti e si imposta terapia endovenosa con Omeprazolo e soluzioni glucoelettrolitiche bilanciate, successivamente associate a dieta leggera. Nei giorni di ricovero le condizioni generali del ragazzo sono buone e non presenta più episodi di vomito.

Nel sospetto di un'etiologia neurometabolica, si richiede consulenza oculistica per

valutare il fundus oculi che risulta nella norma e consulenza neuropsichiatrica, che non riscontra alterazioni ma conferma la necessità di approfondire il quadro clinico con una RM encefalo.

Alla luce delle buone condizioni cliniche, si dimette il paziente consigliando alimentazione anti-reflusso, terapia a scalare con inibitore di pompa protonica e si programma in post-ricovero una RM encefalo.

Dopo due giorni, nuovo accesso presso la nostra UO per ricomparsa della sintomatologia emetica, prevalente al mattino. A una più approfondita anamnesi emerge presenza di saltuari capogiri associati a nausea e vomito.

All'arrivo paziente pallido e in condizioni di idratazione scadenti. Apiretico. Glicemia capillare 101 mg/dl. Sat O₂ 98% in AA. FC 120 bpm. Esame obiettivo neurologico nella norma, non fotofobia. Pupille isocoriche, isocicliche e normoreagenti alla luce. Restante obiettività clinica nella norma.

Si effettuano esami ematochimici e si inizia reidratazione per via endovenosa. Si richiede TC encefalo in urgenza, che mostra la presenza di una voluminosa neof ormazione ovalare intra-assiale in fossa cranica posteriore, confermata dalla RM encefalo. Si pone il sospetto di una lesione neuroepiteliale gliale, non potendosi comunque escludere la presenza di lesioni di altra natura, vista la presenza di concomitanti aspetti calcifico-emorragici. A completamento si effettua RM spinale che risulta negativa.

Dopo quattro giorni si effettua intervento di asportazione della lesione espansiva para-vermiana mediana attraverso una craniotomia sub-occipitale. Il decorso post-operatorio è stato regolare. L'esame istologico ha dimostrato la presenza di astrocitoma pilocitico (grado I sec. WHO). I tumori cerebrali rappresentano, per incidenza, la seconda neoplasia dell'età pediatrica dopo le leucemie. I tumori della fossa cranica posteriore generalmente si manifestano con la comparsa di idrocefalo ostruttivo. I sintomi classici sono caratterizzati dalla triade cefalea, nausea o vomito e disturbo della deambulazione. Il vomito al mattino è un elemento caratterizzante [1,2].

L'astrocitoma pilocitico rappresenta il 20% di tutti i tumori cerebrali ed è un tumore a lenta crescita, generalmente ben demarcato e frequentemente cistico. È classificato secondo la WHO come tumore di grado I. Si presenta prevalentemente in bambini e giovani adulti (< 25 anni). La localizzazione più frequente è a livello degli emisferi cerebellari e intorno al 3° ventricolo. Ha un basso potenziale metastatico ed è raramente invasivo. Con una exeresi chirurgica radicale la sopravvivenza globale raggiunge l'80-100%, mentre nei pazienti con resezione parziale (minore dell'80%) la sopravvivenza varia dal 50% al 95% a seconda della sede anatomica del tumore. In caso di progressione andrebbe presa in considerazione la possibilità di un re-intervento [3].

✉ laviniafanciullo@hotmail.it

1. Crawford J. Tumori cerebrali infantili. *Pediatrics in Review*, Vol.23, No.2, 2013.
2. Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, Cavenee WK. WHO classification of tumours of the central nervous system. IARC, 2007.
3. Low Grade SIOP Version I, April 2004.

Sudden unexpected post natal collapse

Maria Carolina Bariola*, Francesca Roncuzzi*, Fabrizio Ferrari**, Lorenzo Iughetti***

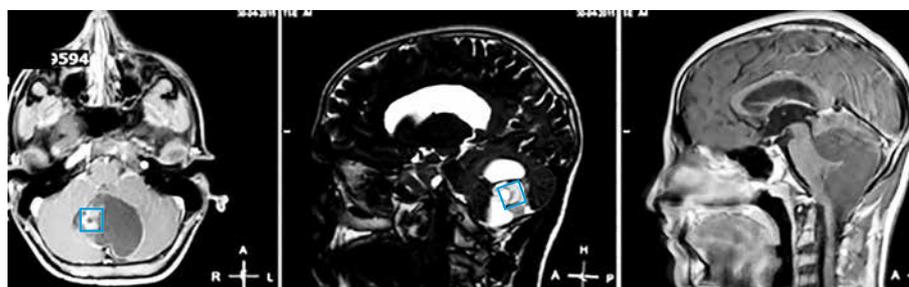
*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; **Struttura Complessa di Neonatologia e Nido, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Policlinico di Modena; ***Struttura Complessa di Pediatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Policlinico di Modena

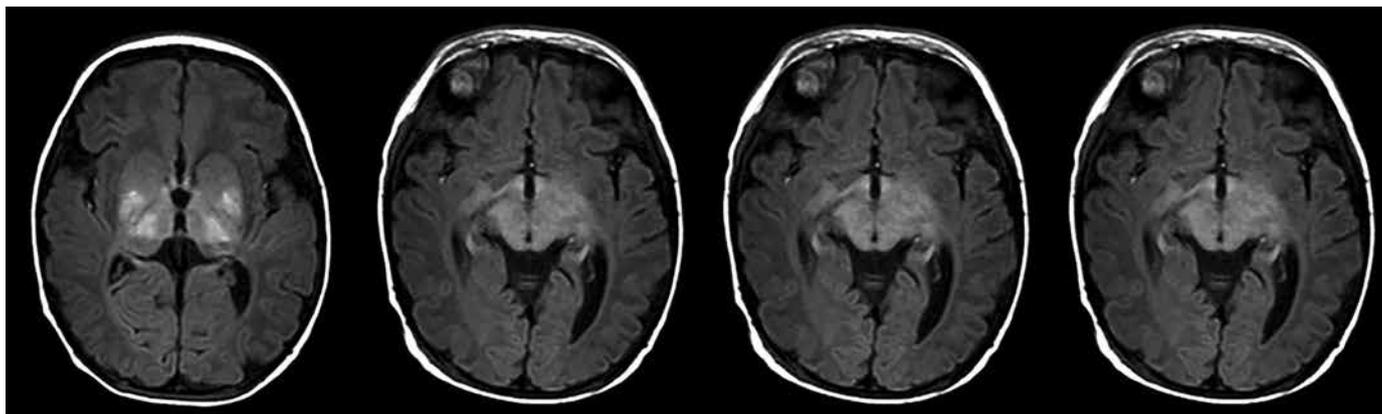
Outborn nato a termine, parto vaginale operativo dopo gravidanza normodecorsa; regolare adattamento neonatale. Le ecografie prenatali risultavano nella norma; la sierologia materna negativa.

A circa 80 minuti dalla nascita, durante il contatto pelle a pelle con la madre, il neonato presentava arresto cardio-respiratorio. Dopo la rianimazione il neonato veniva trasferito presso il nostro centro per comparsa di clonie a carico dell'arto superiore destro.

Per l'evento asfittico, la severità delle anomalie elettroencefalografiche riscontrate e i segni clinici, si intraprendeva ipotermia terapeutica per 72 ore.

Il video-EEG, in corso di ipotermia, evidenziava anomalie severe e crisi convulsive elettro-cliniche. La RMN encefalo mostrava sofferenza ipossico-ischemica severa a carico dei gangli della base e dei talami, dell'ippocampo, delle corone radiate e del-





RMN a 1 mese di vita: iperintensità di segnale, nella sequenza T1 pesata, dei talami, dell'ippocampo, parte posteriore del nucleo lenticolare, corone radiate e della regione perirolandica bilateralmente.

la regione peri-rolandica bilateralmente. I controlli seriati ECG ed ecocardiografici, gli accertamenti metabolici e la biopsia muscolare non hanno evidenziato alterazioni di rilievo. A causa di persistente trisma al cavo orale e difficoltà a evocare il riflesso di suzione nutritiva veniva posta indicazione al posizionamento della PEG. Il bambino veniva dimesso con programma di fisioterapia e riabilitazione al domicilio, con diagnosi di "Sudden Unexpected Post Natal Collapse" (SUPC) da verosimile apnea.

Per SUPC si intende un improvviso collasso cardiocircolatorio che si verifica nella prima settimana di vita in un neonato a termine (> 35 settimane EG) senza apparenti fattori di rischio [1]: sono quindi esclusi dalla definizione di SUPC i pazienti che presentano malattie cardiache o metaboliche, prematurità, asfissia pre-perinatale [1,2].

È un evento raro (incidenza stimata 38 casi/100.000 nati vivi) ma estremamente grave: conduce a morte nel 33-50% dei casi

e a disabilità grave nella maggior parte dei sopravvissuti. Recenti studi suggeriscono l'importanza dell'ipotermia terapeutica, nel miglioramento dell'outcome neurologico dei bambini che hanno presentato collasso post-natale [3].

Nella valutazione di una SUPC occorre escludere cause note di arresto cardio-respiratorio ed effettuare in tutti i casi un monitoraggio cardio-respirografico [2,4]. Il monitoraggio CRG dei bambini che hanno presentato ALTE gravi mostra infatti una maggiore frequenza di segni di instabilità autonoma rispetto ai controlli sani: bradicardia nel sonno (< 85 bpm) e apnee di durata superiore ai 15 secondi [4]. La transizione dalla vita fetale alla vita post-natale rende il neonato maggiormente a rischio nelle prime ore di vita, per la prevalenza del tono vagale che caratterizza l'immediato post-partum [2,4].

La posizione prona del bambino, durante i primi tentativi di attacco al seno, il "cobedding" con la madre, la mancanza di sorveglianza da parte delle ostetriche nell'immediato post-partum costituiscono

noti fattori di rischio esterni, in un contesto di instabilità autonoma del neonato [2,4]. Gli autori raccomandano dunque una stretta vigilanza della coppia madre-bambino durante il "pelle a pelle" per conciliare i benefici dell'allattamento materno precoce e la sicurezza del neonato (safe early skin-to-skin care, SSC).

✉ carolinabariola@hotmail.it

1. Guidelines for the Investigation of newborn infants who suffer a Sudden and Unexpected Postnatal Collapse in the first week of life. Recommendations from a Professional Group on Sudden Unexpected Postnatal Collapse, 2011.
2. Pejovic NJ, Herlenius E. Unexpected Collapse of Healthy Newborn Infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatr* 2013;102(7):680-8.
3. Saliba E. Should we extend the indications for therapeutic hypothermia? *Acta Paediatr* 2015;104:114-5.
4. Herlenius E, Kuhn P. Sudden Unexpected postnatal Collapse of Newborn Infants: a review of cases, definitions, risks and preventive measures. *Transl Stroke Res* 2013;4:236-47.

Denatalità: un'opportunità per una redistribuzione delle risorse e per la sopravvivenza del pianeta?



Giacomo Toffol*, Vincenza Briscioli**, Laura Reali***

*Pediatria di famiglia, Pederobba (TV); **Pediatria di famiglia, Pisogne (BS); ***Pediatria di famiglia, Roma

Pediatri per un Mondo Possibile (PUMP)

Denatalità

Il pianeta è ormai stretto? Nel senso che non è più in grado di far fronte, nel modo conosciuto finora, all'aumento della popolazione? Quanto contribuisce la crescita demografica all'impatto ambientale in confronto ad altre variabili in gioco? Sotto quest'aspetto, la denatalità è realmente un problema per i Paesi ricchi mentre può essere una risorsa per gli altri, in particolare per quelli dell'area sub-sahariana? Che ruolo hanno le disuguaglianze economiche e sociali a livello planetario e all'interno delle singole nazioni nella crisi ambientale che appare sempre più evidente? Per rispondere a queste domande il Forum sulla denatalità ospita un contributo dei PUMP (Pediatri per un Mondo Possibile), uno dei gruppi più attivi dell'Associazione Culturale Pediatri, che da più di dieci anni studia le relazioni tra inquinamento ambientale e salute dei bambini e cerca di individuare i possibili rimedi.

Chi volesse intervenire sugli aspetti di questo Forum può farlo scrivendo al Direttore di Quaderni o a me personalmente (corchiacar@virgilio.it).

Carlo Corchia

Il cambiamento climatico è una delle minacce per la salute globale e, insieme alle dinamiche della popolazione, allo sviluppo economico e al degrado ambientale, rappresenta una delle principali sfide da affrontare nel 21° secolo [1].

La nostra comprensione delle interazioni tra questi fenomeni è resa difficile per il limite comunicativo esistente tra scienziati, organizzazioni non governative e responsabili politici che se ne occupano [2].

Il cambiamento climatico

A partire dal 1850 la temperatura terrestre è aumentata di circa 0,75 °C, e c'è buon accordo in letteratura sul fatto che la maggior parte di questo riscaldamento è dovuta alle emissioni prodotte dalle attività umane. La temperatura della Terra aumenta perché gas a effetto serra, in primo luogo anidride carbonica (CO₂),

vengono liberati da processi naturali e da attività umane in quantità tali da mettere a serio rischio di esaurimento le capacità di compensazione del pianeta. L'aumento progressivo delle concentrazioni di tali gas determina un surriscaldamento tale da rischiare di portare la Terra a un punto di non ritorno. Le ultime stime accreditate prevedono entro il 2100 un incremento della temperatura media variabile tra 1,1 e 6,4 °C rispetto al periodo preindustriale, con conseguente innalzamento del livello dei mari compreso tra 28 e 79 cm. Considerando che oltre la metà delle 39 più grandi città del mondo, 12 delle quali con oltre 10 milioni di abitanti, sono sul mare, ciò inevitabilmente causerà grossi movimenti di popolazione, con tutti i problemi sociali e sanitari connessi [3].

La popolazione e il futuro del pianeta

Già a partire dagli anni '70 gli autori che si occupavano di sostenibilità ambientale avevano identificato i tre fattori responsabili dell'equilibrio del pianeta. A Ehrlich e Holdren spetta il merito di avere individuato l'equazione che li lega: $\text{Impatto ambientale} = P \times A \times T$, dove P sta per popolazione complessiva mondiale, A per impronta ambientale, intesa come consumo di materiale e conseguente produzione di inquinanti, T per tecnologia.

Riducendo P (ovvero popolazione complessiva mondiale) si può ridurre l'impatto ambientale anche se gli altri fattori rimangono stabili. La popolazione è infatti il maggior determinante delle tre variabili dell'equazione ed è ragionevole tenerla in seria considerazione nelle politiche per combattere il cambiamento climatico, rivolte in particolare alla mitigazione (riduzione delle emissioni di gas serra) e all'adattamento (riduzione della vulnerabilità agli effetti avversi del cambiamento climatico).

Con i cambiamenti climatici già vicini a un punto di non ritorno, sembra urgente intraprendere azioni efficaci per ridurre non solo il nostro impatto ambientale medio, ma anche il "numero di impattanti",

cioè la crescita della popolazione, sia nei Paesi a elevato consumo sia in quelli che aspirano a diventare tali. Anche il contributo dei Paesi meno sviluppati al cambiamento climatico, oggi piuttosto basso, tenderà infatti ad aumentare in conseguenza dell'incremento del loro tenore di vita. La maggior parte delle strategie proposte per arginare il cambiamento climatico si concentra solo su tecnologia e riduzione dei consumi. La continua crescita della popolazione è generalmente considerata come qualcosa a cui ci si deve adattare limitandosi a misurarla, quando non a promuoverla, e non come un aspetto modificabile attraverso interventi politici.

Si dovrebbe quindi concludere che il calo della fertilità, e di conseguenza della natalità, osservato in tutto il mondo a causa della "transizione demografica" e descritto nei numeri precedenti di questo focus, non è affatto una cosa negativa.

Esistono tuttavia voci discordanti secondo le quali le pressioni esercitate sulle risorse naturali che oggi minacciano gli ecosistemi sono legate soprattutto agli stili di vita di parte della popolazione mondiale, quella dei Paesi più ricchi, piuttosto che alla costante crescita globale della popolazione stessa. Sia le emissioni di CO₂ sia l'impronta ecologica pro capite sono ad esempio da 6 a 10 volte maggiori nelle nazioni ad alto reddito rispetto a quelle meno ricche e non vi è ragione per ritenere che queste differenze si modifichino spontaneamente in futuro (Figura 1).

Nel corso degli ultimi cinquant'anni la maggior parte dei Paesi la cui impronta ecologica è stata più elevata è anche quella in cui la crescita demografica è risultata più debole. Sembra cioè che indipendentemente dall'evoluzione demografica mondiale il degrado ambientale si aggraverà fintanto che non verrà modificato il sistema dei consumi [4,5].

Il ruolo delle ineguaglianze economiche e sociali

Anche le ineguaglianze economiche e sociali giocano un ruolo chiave nella

emergente crisi ambientale, in quanto potenziano l'irresponsabile consumo dei Paesi ricchi e nel contempo forzano i Paesi poveri a tenersi al passo dei ricchi, emulando stili di vita che non sono più sostenibili. Per le popolazioni dei Paesi a basso reddito la tutela dell'ambiente non è la necessità prioritaria; lo è invece assicurarsi la sopravvivenza e superare la povertà, anche a costo di danneggiare la Terra. La vulnerabilità sociale innesca un circolo vizioso, che non consente una reale presa di coscienza del proprio status. Troppo spesso si dimentica che tra i fattori da cui dipende la crescita economica vi è la disponibilità del capitale naturale (bene protetto dalla comunità per supportare la vita, come per es. accade per un fiume che fornisce acqua ai terreni agricoli), il cui uso sconsiderato ai fini della produzione intensiva modifica l'ambiente in maniera irreversibile.

Le persone che vivono in aree degradate spesso sono parte attiva del degrado di quell'ambiente, come già è avvenuto e avviene per coloro che vivono nei Paesi ricchi, i quali beneficiano dello sfruttamento del capitale naturale senza pensare alle generazioni future [6]. Uno sviluppo economico che non si pone il problema del rapporto con l'ambiente naturale non può durare a lungo; è essenziale conoscere il valore economico delle risorse e dei beni ambientali per verificare la razionalità delle scelte di sviluppo e dare un valore alle politiche di tutela dell'ambiente [7].

Natalità e fertilità, urbanizzazione e invecchiamento

Il 45% della popolazione mondiale vive oggi in aree in cui il tasso di fecondità totale varia tra 2,1 e 5 figli per donna in età fertile e il 9% in aree con tasso superiore a 5 figli per donna. L'ultima proiezione mondiale dell'ONU sulla popolazione mondiale pari a 11,2 miliardi di persone nel 2100 si basa già su una riduzione costante della natalità. In caso contrario si potrebbe arrivare a 28 miliardi [8].

Ma il contenimento della popolazione non potrà costituire la soluzione rapida dei problemi ambientali, perché la natalità e i suoi cambiamenti non sono uguali in tutto il mondo e perché gli effetti sulla popolazione mondiale sarebbero trascurabili almeno per i prossimi 60 anni, a causa del perdurare dello "slancio demografico".

Nelle regioni in cui la fertilità è ancora alta, come per esempio nell'Africa sub-sahariana, la sua riduzione potrà avere un effetto significativo nei prossimi anni sul consumo di risorse e sulla produzione di rifiuti, ma in altre regioni come l'Asia, dove, pur in presenza di previsioni di natalità sostanzialmente più bas-

se, le emissioni e l'urbanizzazione stanno rapidamente aumentando, l'effetto più importante sull'ambiente sarà quello determinato proprio dall'urbanizzazione e dall'aumento della popolazione legato all'aumento della sopravvivenza. Le dinamiche di questi ultimi due elementi non vanno trascurate; i loro effetti sui cambiamenti climatici, pur non essendo ancora ben chiari, sembrano essere rilevanti [9].

Denatalità e pianificazione delle nascite

Nel dibattito pubblico è accesa la discussione se è il benessere economico che porta a una riduzione pianificata delle nascite o se è grazie alla riduzione delle nascite, ottenibile con il miglioramento del livello culturale e la migliore conoscenza anche dell'uso dei moderni strumenti anticoncezionali da parte delle donne, che una popolazione può incrementare il suo benessere economico. Nei Paesi in via di sviluppo, dove il tasso di natalità è diminuito del 25-40% (in particolare Asia e America Latina), è ben documentato che la crescita economica risultante può essere attribuita al calo della fertilità. Al contrario, la continua crescita della popolazione nelle regioni dell'Africa sub-sahariana ha per ora impedito di ridurre il numero di persone che vivono in estrema povertà, e l'assenza di metodi preventivi ha impedito qualsiasi possibilità di scelta relativa alle gravidanze [10]. Nel processo di transizione demografica la diminuzione della mortalità precede sempre quello della natalità e la mortalità diminuisce sostanzialmente perché le condizioni di salute, e quindi il benessere medio, sono migliorate.

Il contributo portato alla salute globale dalle strategie di pianificazione familiare non è affatto trascurabile e le prove degli effetti positivi di queste misure sulla salute materno-infantile dovrebbero essere sufficienti per contrastare tutte le opposizioni ai metodi contraccettivi per motivi religiosi, culturali o politici. L'incremento dell'uso della contraccezione nei Paesi in via di sviluppo è riuscito a prevenire più del 40% della mortalità materna tra il 1990 e il 2008 [11], e le stime attuali portano questa percentuale al 60%. Con la pianificazione delle nascite, il 57% delle morti di bambini potrebbero essere evitate, grazie alla possibilità di avere un intervallo inter-gravidico di almeno due anni. Partoriscono ogni anno circa 16 milioni di ragazze adolescenti tra i 15 e i 19 anni di età (11% di tutte le nascite mondiali). Le complicanze durante la gravidanza e il parto delle adolescenti sono tra le principali cause di morte; le morti perinatali tra i bambini nati da madri sotto i 20 anni di età sono maggiori del 50% rispetto a quelle dei nati

da madri tra i 20 e i 29 anni; i figli di madri adolescenti hanno anche maggiori probabilità di essere sottopeso alla nascita e di nascere prematuramente [12].

Grazie alla pressione di organizzazioni non governative, dal 2007 è stata inserita nei Millennium Development Goals dell'agenda globale dell'OMS fino al 2015 la realizzazione di un accesso universale alla salute riproduttiva e quindi alla possibilità di una pianificazione delle nascite per tutte le donne. Nel 2014 l'Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) ha affermato che "se tutte le donne che ne hanno bisogno avessero accesso alla contraccezione le emissioni di CO₂ potrebbero essere più basse del 30% entro il 2100" [4]. Tuttavia in molte regioni del mondo ancor oggi non è garantita l'accessibilità a una adeguata pianificazione familiare. Se in alcuni Paesi come Bangladesh, Kenia, Pakistan la situazione appare sensibilmente migliorata negli ultimi anni, ci sono vaste aree specie dell'Africa centrale e dell'Est in cui meno del 25% delle donne fertili conviventi utilizza metodi moderni per la contraccezione [13]. Le barriere ancora numerose che impediscono una maggiore diffusione di questi metodi sono superabili mediante un incremento dell'istruzione scolastica e attraverso i media, come dimostrato dal fatto che nazioni culturalmente e politicamente diverse come Bangladesh e Brasile, Colombia e Cuba, Thailandia e Tunisia hanno dimezzato i loro tassi di fertilità nello stesso periodo della Cina, senza però attuare politiche di contenimento coercitivo nei confronti delle gravidanze [14].

Ogni anno 87 milioni di donne al mondo iniziano una gravidanza involontariamente; quasi il 90% di queste gravidanze potrebbe essere evitato mediante l'utilizzo di moderni metodi anticoncezionali [15]. Si stima, inoltre, che più di 200 milioni di donne nel mondo non abbiano a disposizione alcun metodo anticoncezionale moderno.

Solo modificando questa situazione potremo permettere a tutte le donne di decidere liberamente della loro vita sessuale e riproduttiva, ottenendo un miglioramento culturale ed economico in grado di incidere significativamente sulle future migrazioni di massa, sulle dimensioni della popolazione mondiale e di conseguenza anche sul cambiamento climatico.

Conclusioni

La popolazione è una delle variabili che influenzano l'ambiente e una sua eccessiva crescita aggrava altre condizioni come la cattiva politica, la presenza di conflitti civili e di guerre, il distorto utilizzo delle

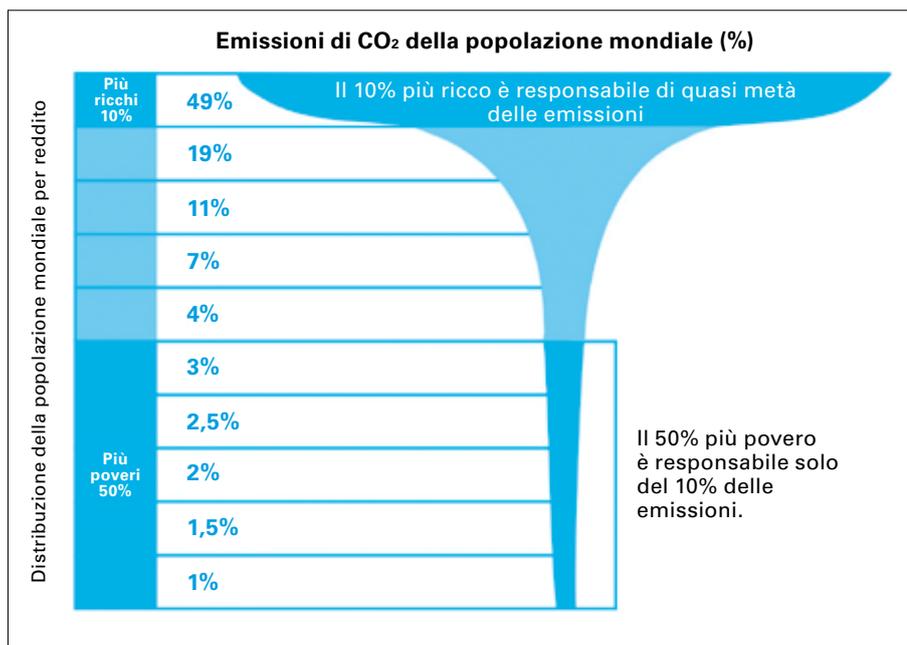


Figura 1. Emissioni di CO₂ e distribuzione della popolazione mondiale per reddito (modificata da: Extreme Carbon Inequality. Why the Paris climate deal must put the poorest, lowest emitting and most vulnerable people first. <https://www.oxfam.org/en/research/extreme-carbon-inequalit>).

tecnologie. La diminuzione della fertilità, già in atto o pianificata, non è però in grado di evitare i danni determinati dal cambiamento climatico, anche se può contribuire a mitigarne gli effetti. In questo contesto le discussioni sui rischi legati alla riduzione della natalità appaiono futili giustificazioni del Nord del mondo, grande inquinatore, per mantenere inalterato l'attuale stile di vita a scapito delle regioni meno sviluppate.

Nel breve termine in alcuni Paesi i modelli di consumo, l'invecchiamento della popolazione e l'urbanizzazione avranno effetti più rilevanti della crescita della natalità e del controllo delle emissioni di gas serra. Nel lungo termine però le dimensioni della popolazione mondiale e il grado di disuguaglianza sociale saranno tra i fattori cardine per assicurare la sostenibilità ambientale. Pur considerando le numerose altre variabili in gioco come l'invecchiamento della popolazione, le migrazioni, l'urbanizzazione, le ineguaglianze economiche e sociali, le diversità di emissione di gas serra nelle diverse regioni del mondo e l'incertezza delle proiezioni demografiche ed economiche sullo sviluppo economico e sui modelli di consumo, una riduzione della crescita della popolazione tramite l'accesso alla pianificazione familiare universale è certamen-

te una strategia essenziale, dato il peso di questo determinante. Un compromesso ragionevole per realizzare la stabilizzazione della popolazione globale e limitare nel contempo l'effetto dei cambiamenti climatici potrebbe basarsi su un doppio approccio: a) un incremento degli investimenti in pianificazione familiare, istruzione ed emancipazione femminile e politiche di controllo delle nascite, così da ridurre la povertà e la mortalità materna e infantile; b) limitare l'effetto dei cambiamenti climatici e favorire la sostenibilità ambientale attraverso una strategia di "contrazione" e di "convergenza", per cui le nazioni industrializzate dovrebbero ridurre drasticamente le loro emissioni, mentre le nazioni meno sviluppate potrebbero aumentarle fino a un tetto massimo consentito e concordato a livello internazionale che consenta comunque il loro sviluppo e la riduzione della povertà.

Conflitto d'interessi

Gli Autori dichiarano di non avere conflitti d'interesse.

✉ giacomo@giacomotoffol.191.it

1. Costello A, Abbas M, Allen A, et al. Lancet and UCL Institute for Global Health Commission: managing the health effects

of climate change. *Lancet* 2009;373:1693-733.

2. Stephenson J, Gru SF, Levy C, Maslin M. Population, development, and climate change: links and effects on human health. *Lancet* 2013;382:1665-73.

3. Nicholls RJ, Wong PP, Burkett VR, et al. Coastal systems and lowlying areas. *Climate change 2007: impacts, adaptation, and vulnerability. Contribution of Working Group II. In Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change.* Cambridge, UK: University Press 2007;315-56.

4. Smith KR, Woodward A, Campbell-Lendrum D, et al. Human health: impacts, adaptation, and co-benefits. Section 11.9.2: access to reproductive health services. In: Field CB, Barros VR, Dokken DJ, et al. (Eds). *Climate change 2014: impacts, adaptation, and vulnerability. Part A: global and sectoral aspects.* Cambridge University Press, 2014:740-2.

5. Islam SN. Inequality and Environmental Sustainability. 2015. http://www.un.org/esa/desa/papers/2015/wp145_2015.pdf.

6. Boyce JK. Inequality and Environmental Protection. In: Baland, JM, Bardhan P, Bowles S (Eds.). *Inequality, Cooperation, and Environmental Sustainability.* Oxford University Press, 2007: 314-48.

7. Santolini R. Servizi ecosistemici e sostenibilità. In: *Ecoscienza* 2010;3:20-23. http://www.isprambiente.gov.it/files/biodiversita/Santolini_2010_Servizi_ecosistemici.pdf/view.

8. United Nations. Population Division. *World population prospects: 2015 Revision. Working paper no. ESA/P/WP.241.* 2015. http://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf.

9. Stephenson J, Crane SF, Levy C, et al. Population, development, and climate change: links and effects on human health. *Lancet* 2013;382:1665-73.

10. Guillebaud J. Voluntary family planning to minimise and mitigate climate change. *BMJ* 2016;353:i2102.

11. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, et al. Contraception and health. *Lancet* 2012; 380:149.

12. WHO. Every newborn: an action plan to end preventable deaths, 2014. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/everynewborn-action-plan-draft.pdf?ua=1

13. *World Contraceptive Patterns 2013.* <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>.

14. Ryerson W. Introduction. In: Butler T (Ed.). *Overdevelopment, overpopulation, overshoot, 2015.* <https://populationspeakout.org/the-book/view-book>.

15. Bellizzi S, Sobel HL, Obaraet H, et al. Underuse of modern methods of contraception: underlying causes and consequent undesired pregnancies in 35 low-and middle-income countries. *Human Reproduction* 2015;30:973-86.

Ematuria nel bambino

Stefano Guarino*, Pierluigi Marzuillo*, Angela La Manna*, Emanuele Miraglia del Giudice*, Laura Perrone*, Giovanni Montini**

*Dipartimento della Donna, del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica, Seconda Università, Napoli;

**Unità di Nefrologia Pediatrica e Dialisi, Dipartimento di Scienze Cliniche e della Salute di Comunità, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda – Ospedale Maggiore Policlinico

Introduzione

Per ematuria si intende la presenza di 5 o più globuli rossi visualizzati al microscopio a 40x [1].

In base alla quantità di emazie, distinguiamo la microematuria dalla macroematuria. Si parla di macroematuria quando il sangue è visibile a occhio nudo con un colore che può variare dal rosso al marrone con un diverso grado di intensità. Questi due fenomeni, ossia la macroematuria e la microematuria, possono variamente combinarsi o alternarsi tra loro.

In base all'andamento nel tempo, l'ematuria può essere suddivisa in intermittente e persistente.

I genitori si rivolgono al pediatra o a un centro di Nefrologia Pediatrica con l'obiettivo di fare delle indagini e di avere subito una diagnosi; purtroppo, in una buona parte dei casi, si possono fare soltanto delle ipotesi e, in assenza di fattori prognostici negativi come ipertensione, insufficienza renale e proteinuria, non si può far altro che tranquillizzarli. Quando non si giunge subito a una conclusione, è importante discuterne con i genitori per spiegare loro come, in questi casi, bisogna limitarsi a monitorare la situazione e controllare se nel tempo compaiono segni di progressione di danno renale, senza essere particolarmente invasivi.

Questo articolo, rivolto al pediatra di famiglia e al pediatra ospedaliero che si trovano a gestire un'ematuria, vuole trasmettere un approccio diagnostico semplice, che prevede indicazioni sulla gestione primaria e su quando rivolgersi al nefrologo pediatra.

Epidemiologia

Studi effettuati su bambini in età scolare hanno dimostrato che la prevalenza dell'ematuria è del 6%. Se l'ematuria transitoria è relativamente frequente, quella persistente invece interessa circa lo 0,3% della popolazione. La macroematuria ha una incidenza stimata di circa 1,3 per 1000 bambini [2]. L'incidenza della microematuria persistente in bambini in età scolare è stata valutata pari circa allo 0,41% (quattro esami delle urine consecutivi positivi) [3].

Patogenesi

Il rene umano è costituito da 600.000 a 1.000.000 di nefroni. Ciascun nefrone, unità filtrante del rene, è costituito dal glomerulo, dal tubulo contorto prossimale, dall'ansa di Henle, dal tubulo contorto distale e dal dotto collettore [4]. L'ematuria glomerulare è determinata dallo stravasamento di emazie attraverso la parete dei capillari come risultato di infiammazione, difetti strutturali o azione tossica a carico di una delle componenti del nefrone. La perdita dell'integrità e il passaggio di globuli rossi attraverso la barriera di filtrazione glomerulare possono perpetuare il danno. I segni distintivi dell'origine glomerulare sono le emazie dismorfiche, i cilindri eritrocitari e il colore delle urine rosso scuro-tea.

L'ematuria non glomerulare invece è causata da un processo irritativo a carico di qualsiasi tratto delle vie urinarie (per esempio, i calcoli causano un trauma diretto a livello degli ureteri, della vescica o dell'uretra). È caratterizzata da emazie eumorfiche, dall'assenza di cilindri eritrocitari e da un colore rosso vivo.

Diagnosi differenziale e classificazione

Data la complessità dei quadri clinici e la molteplicità delle presentazioni è difficile fare una classificazione schematica dell'ematuria [5]. Una distinzione clinicamente utile è la seguente: nefro-urologica, vascolare, ematologica, vasculitica, infettiva, autoimmune, oncologica e da trauma.

Cause nefro-urologiche

- Displasia cistica renale: nei pazienti affetti da rene policistico autosomico dominante la macroematuria e la microematuria ricorrono nel 60% dei casi [6]. Questa malattia è causata da mutazioni nel gene polycystin1 (PKD1) oppure nel gene polycystin2 (PKD2) con una modalità di trasmissione autosomica dominante. Questo significa che un figlio con un genitore affetto ha il 50% di possibilità di ereditare la malattia; comunque, fino al 25% dei casi non c'è familiarità. Ripetuti episodi di ematuria sono asso-

ciati con reni più grandi e con una più precoce perdita di funzione [7].

I pazienti affetti da rene policistico autosomico recessivo raramente presentano ematuria.

• Glomerulopatie:

- la glomerulonefrite post-infettiva rappresenta la più comune delle nefriti acute e lo streptococco beta-emolitico di gruppo A sembra esserne la causa più frequente [8]. La classica presentazione include ipertensione, edemi, storia di faringo-tonsillite o dermatite 1-2 settimane prima dell'insorgenza dell'ematuria. Solitamente la proteinuria non è nefrosica e il C3 è basso. L'ematuria è dovuta agli immunocomplessi che vanno a depositarsi a livello dei capillari glomerulari causando infiammazione e danno della membrana basale. La macroematuria si autolimita solitamente entro 7 giorni mentre la microematuria generalmente si risolve entro 8 mesi ma può durare fino a 4 anni [9]. Quando i livelli di C3 persistono bassi oltre le 6-8 settimane bisogna rivalutare la diagnosi di partenza.

- La nefropatia da IgA è la più comune tra le glomerulonefriti croniche. Solitamente si presenta con macroematuria in associazione a un'affezione del tratto respiratorio superiore. Fino al 50% dei bambini può presentare soltanto microematuria. Sebbene la nefropatia possa interessare neonati e bambini, la macroematuria prima dei tre anni di età non dovrebbe essere attribuita alla nefropatia da IgA senza una conferma bioptica [10]. Dal punto di vista della fisiopatologia questa malattia sembra essere secondaria a un'alterata immuno-risposta delle IgA. Il decorso clinico è estremamente variabile; i pazienti pediatrici raramente incorrono nell'insufficienza renale terminale. I fattori di rischio per una prognosi più severa sono: rialzo della creatinina al momento della diagnosi, persistente proteinuria e ipertensione.

Per la diagnosi è necessaria la biopsia con il riscontro all'immunofluorescenza dei depositi di IgA a livello del mesangio, che generalmente presenta anche ipercellularità. La maggior parte dei nefrologi pediatri utilizzano gli ACE-inibitori (angiotensin-converting enzyme – inhibitor) per il trattamento della proteinuria e dell'ipertensione. La terapia steroidea è spesso usata ma ha scarsi effetti sulla progressione della malattia.

- La sindrome di Alport è causata da mutazioni del gene delle catene delle subunità del collegane di tipo IV, essenziali per la formazione e funzione della membrana basale glomerulare [11]. La sindrome di Alport può avere diversi tipi di ereditarietà: X-linked, autosomica recessiva e autosomica dominante; la trasmissione legata alla X costituisce circa l'80% dei casi. Le manifestazioni extrarenali includono sordità neurosensoriale e a livello oculare lenticono anteriore. Gli ACE-inibitori vengono utilizzati al fine di ridurre l'evoluzione verso l'insufficienza renale terminale.
- La malattia delle membrane sottili in precedenza veniva considerata una condizione benigna che raramente evolveva verso l'insufficienza renale in tarda età; attualmente, dato il possibile riscontro dello stesso quadro istologico in un paziente affetto da sindrome di Alport, viene messa in discussione la natura "benigna" e si consigliano attenti controlli periodici nel tempo. È dovuta a mutazioni dei geni che codificano per le subunità alfa-3 o alfa-4 del collagene di tipo IV [12].
- Patologie extraglomerulari:
 - L'ematuria da sforzo è caratterizzata da una eziologia multifattoriale; concorrerebbero sia il trauma a carico della vescica e del rene sia l'ischemia secondaria all'ipoperfusione renale durante uno sforzo importante. Nell'ematuria da sforzo vi è una relazione temporale con l'attività sportiva e le urine ritornano chiare entro 48 ore dall'inizio del riposo. Un test di provocazione può confermare la diagnosi [13].
 - La nefrite tubulo-interstiziale (TIN) è dovuta a una infiammazione dell'interstizio del parenchima renale. La microematuria è presente fino al 90% dei casi, mentre l'ipertensione e l'edema non sono caratteristiche tipiche. Infatti, i bambini affetti da TIN presentano incapaci-

cià a concentrare le urine, che si manifesta con poliuria e/o enuresi secondaria. All'esame delle urine possiamo ritrovare proteinuria e piuria mentre a livello ematico, come esito di danno tubulare, iponatremia e iperkalemia. La causa principale è da riferire all'assunzione di farmaci (cefalosporine, penicilline, omeprazolo, FANS ecc.) ma può essere secondaria a infezioni oppure a malattie autoimmuni. Talora la nefrite interstiziale si associa all'uveite, in un quadro clinico tipico, definito come TINU, generalmente a buona prognosi [14].

- Nella "nutcracker syndrome", la microematuria è dovuta alla compressione della vena renale di sinistra tra l'arteria mesenterica superiore e l'aorta. La diagnosi viene fatta mediante ecocolor-doppler.
- La calcolosi delle vie urinarie può essere secondaria a cause metaboliche (ipocitraturia, ipercalciuria, iperosaluria, iperuricuria, iperfosfaturia oppure cistinuria), a cause infettive (calcoli di struvite) oppure a entrambi. I segni e sintomi di presentazione possono essere oltre alla micro-macroematuria: infezione delle vie urinarie, colica renale e/o disuria [15].

Cause vascolari

Sono la fonte più frequente di ematuria nel neonato; includono le trombosi della vena renale e la necrosi tubulare acuta da ipoperfusione renale. La triade di ematuria, massa addominale e piastrinopenia in un neonato deve sempre farci pensare alla trombosi della vena renale [16].

Cause ematologiche

- Emoglobinopatie: piccoli pazienti affetti da anemia a cellule falciformi o portatori del trait-talassemico possono presentare ematuria. Quest'ultima è secondaria a infarti microvascolari indotti dalla condizione di ipossia della midollare renale. L'ischemia può essere così grave da causare necrosi papillare [17].
- Emofilia: la microematuria può essere presente fino al 90% dei pazienti affetti mentre la macroematuria dal 18% al 25% [18]. Si tratta di una malattia a trasmissione X-linked, caratterizzata dalla perdita del fattore VIII (emofilia A) o del fattore IX (emofilia B).

Cause vasculitiche

La porpora di Schönlein-Henoch è la causa più frequente di vasculite nei bambini. L'interessamento renale è caratterizzato da: microematuria, proteinuria con mi-

cro/macroematuria, sindrome nefritica, sindrome nefrosica oppure sindrome nefritica-nefrosica e può avvenire all'esordio ma anche entro due o più mesi (raramente) dall'inizio della malattia [19]. Altre vasculiti possibili in età pediatrica possono essere la poliangeite microscopica, la vasculite orticarioide ipocomplementemica e la granulomatosi di Wegener a carico dei piccoli vasi; la poliartrite nodosa e la malattia di Kawasaki a carico dei vasi medi e l'arterite di Takayasu a carico dei grossi vasi.

Cause infettive

L'ematuria può essere secondaria a un numero rilevante di infezioni sostenute da virus, batteri e parassiti. Le infezioni del tratto urinario raramente si presentano con un'ematuria isolata senza febbre e/o disuria. La macroematuria è rara mentre la microematuria è presente nel 50% dei casi (20). Altra causa di ematuria è l'escherichia coli O157:H7, responsabile della maggior parte dei casi di sindrome emolitica uremica [21]. Tra le cause virali ricordiamo oltre al virus dell'influenza anche il parvovirus, l'adenovirus, il poliomavirus, il virus di Epstein-Barr e il virus Herpes simplex. Infine la malaria e la schistosomiasi devono essere sospettate come cause di ematuria in pazienti con storia di esposizione e viaggi.

Cause autoimmuni

- Il diabete mellito può portare, per lo più in età adulta, alla nefropatia diabetica. L'ematuria si può ritrovare fino al 30% dei pazienti affetti da nefropatia ed è più comune nel diabete di tipo I che in quello di tipo 2 [22].
- Fino all'80% dei pazienti pediatrici affetti da lupus presentano un coinvolgimento renale. I classici segni sono la presenza di proteinuria ed ematuria. Sebbene l'ematuria si ritrovi nel 90% dei casi, l'assenza di ematuria, un basso grado di proteinuria e creatininemia nella norma non escludono il coinvolgimento renale [23].
- Nella malattia celiaca l'ematuria è la manifestazione renale più frequente. In alcuni case report è stata ritrovata una correlazione tra macroematuria e deficit di vitamina K dovuto al malassorbimento [24].
- Nella malattia infiammatoria cronica intestinale, l'ematuria sembra essere secondaria alla nefrolitiasi dovuta all'aumentato riassorbimento degli ossalati e alla disidratazione.

Cause oncologiche

Il tumore di Wilms presenta ematuria fino al 25% dei casi con la tipica presentazio-

ne di microematuria e massa addominale [25]. Il picco di incidenza è tra i 2 e i 3 anni. Altri tumori renali pediatrici sono il nefroma mesoblastico congenito, l'adenocarcinoma renale e il carcinoma a cellule chiare.

Da trauma

I bambini rispetto agli adulti sono più esposti a trauma renale per conformazione corporea [26]. La presenza di ecchimosi addominali e il riscontro di 50 GR per campo microscopico devono indurre una valutazione in emergenza. La TC rappresenta la modalità diagnostica di scelta.

Iter diagnostico

Nell'iter diagnostico è importante differenziare le ematurie sintomatiche da quelle asintomatiche. Nelle sintomatiche l'anamnesi e l'esame obiettivo indirizzano generalmente verso un sospetto diagnostico e l'urgenza dell'approccio è dettata dal tipo di sintomo presente, per esempio ipertensione, edema generalizzato o dolore di tipo colico (Tabella 1) [5].

L'ematuria asintomatica, macro e micro, non ha quasi mai carattere di urgenza. La macroematuria asintomatica richiede comunque in ogni caso l'esecuzione di un'ecografia delle vie urinarie.

Anamnesi

Nell'approccio a un paziente con ematuria, l'insieme dei segni e sintomi che l'accompagnano sono di notevole importanza per l'orientamento diagnostico. Un classico esempio infatti potrebbe essere un neonato, in cui l'associazione dell'ematuria con la trombocitopenia e massa al fianco

dovrebbe farci pensare alla trombosi della vena renale. L'ematuria può avere numerose forme di presentazione: con forte dolore oppure senza dolore, con microematuria oppure macroematuria; tutto ciò rende la diagnosi per il pediatra una vera scommessa. L'anamnesi e l'esame clinico costituiscono i primi due steps fondamentali. Le domande, oltre a essere centrate sull'episodio acuto (tempo d'insorgenza, se preceduto o in corrispondenza di processi infettivi, ematuria/fase della minzione, se accompagnata da sintomi come dolore e/o disuria e/o febbre), devono essere mirate a valutare la familiarità per nefrouropatie (calcolosi, sordità neurosensoriale, micro-macroematuria, insufficienza renale cronica, dialisi e trapianti).

Esame clinico

L'esame obiettivo deve essere mirato alla ricerca di segni che potrebbero orientarci verso una diagnosi specifica (Tabella 1) [5]. Per esempio, il riscontro di ecchimosi o porpora potrebbe indirizzarci verso la porpora di Schönlein-Henoch, l'emofilia o la malattia di Von Willebrand; l'artrite invece, oltre che verso la porpora di Schönlein-Henoch, fa pensare anche al lupus eritematoso sistemico. Nell'approcciarsi a un paziente con ematuria, oltre alla palpazione dell'addome e alla manovra di Giordano, atte a valutare la presenza di eventuale dolore, riveste notevole importanza la misurazione della pressione arteriosa.

Esame delle urine e sedimento

"Urine rosse" non necessariamente significa ematuria. Ci sono infatti numerose

condizioni che determinano "urine colorate" ma non ematuria (Tabella 2).

TABELLA 2 Cause di urine colorate

Ematuria, mioglobinuria, emoglobinuria, urati in alte concentrazioni, alimenti (paprika, rabarbaro, more, barbabietole), farmaci (salicilati, nitrofurantoina, cloroquina, rifampicina, fenazopiridina, sulfonamidi), sostanze tossiche (benzene), profirina, tirosina, melanina
--

Innanzitutto è importante ricordare che lo stick delle urine non rileva direttamente la presenza di globuli rossi ma piuttosto la presenza dell'eme dell'emoglobina e della mioglobina. La prima cosa da fare, quindi, di fronte a un paziente con "urine rosse", è immergere un semplice stick nelle urine per valutare l'attività eme-perossidasi dei globuli rossi considerando, però, che sia l'emoglobina che la mioglobina possono risultare positive. Pertanto, una volta avuto uno stick positivo, bisogna valutare al microscopio la presenza di globuli rossi intatti al fine di escludere che si tratti di una pigmenturia (emoglobinuria o mioglobinuria). Si parla di microematuria quando ci sono 5 o più globuli rossi visualizzati al microscopio a 40x [1]. Se la positività per ematuria avviene in corso di febbre, di sintomi da riferire a infezione delle vie urinarie o dopo intenso sforzo fisico, l'esame andrebbe ripetuto a distanza dalla fase acuta e andrebbe valutato se l'ematuria persiste su due-tre campioni [27]. Falsi positivi possono essere il risultato di urine alcaline o dell'utilizzo di agenti ossidanti (Betadine) [28]. Visualizzate le emazie al sedimento, bisogna valutarne la morfologia (Figura 1a-b). Infatti, il riscontro di emazie dismorfiche e di acantociti (globuli rossi di aspetto spinoso per la presenza sulla superficie di numerose estroflessioni), associato alla presenza di cilindri eritrocitari, depone per un'ematuria glomerulare; viceversa, la presenza di emazie eumorfiche e l'assenza di cilindri eritrocitari depongono per una ematuria non glomerulare.

Esami di laboratorio

Una volta accertato che si tratti di ematuria, gli esami ematici e urinari saranno guidati dal sospetto diagnostico basato sull'anamnesi e sull'esame obiettivo (Algoritmo 1). Di fronte a un paziente con micrometuria asintomatica isolata con anamnesi negativa per nefrouropatie, una volta confermato il dato in 4-8 settimane, sono necessari solo dei controlli annuali. Diversa è la situazione in un paziente con microematuria ma che presenta sintomi (disuria, colica renale ecc.) oppure anam-

TABELLA 1 Segni e sintomi associati a specifiche cause di ematuria (modificata da voce bibliografica 5)

Dolore addominale	Infezioni delle vie urinarie, calcolosi dell'apparato urinario, porpora di Schönlein-Henoch, trauma, rene policistico autosomico dominante, tumore di Wilms, trombosi venosa renale
Artrite	Porpora di Schönlein-Henoch, lupus eritematoso sistemico
In corrispondenza/a distanza di malattie	Nefropatia da IgA, glomerulonefrite post-infettiva
Diarrea	Sindrome emolitica uremica, ipercalciuria secondaria a malattia infiammatoria cronica intestinale
Ecchimosi/porpora	Porpora di Schönlein-Henoch, emofilia, malattia di Von Willebrand
Edema	Glomerulonefrite
Sordità	Sindrome di Alport
Ipertensione	Glomerulonefrite
Disturbi minzionali	Infezioni delle vie urinarie

nesi positiva per nefro-uropatie (sordità neurosensoriale, insufficienza renale cronica terminale, dialisi, trapianti di rene). In questa tipologia di pazienti, infatti, così come in quelli con macroematuria in cui è stata esclusa la causa traumatica, è importante effettuare un approfondimento laboratoristico comprendente: emocromo, sodio, potassio, cloro, creatinina, azotemia, albumina, TAS, anti-DNAsi, C3, C4, ANA (se positivi anti-DNA), urino-coltura (se sintomi sospetti per infezione delle vie urinarie), UCa/UCr e UPr/UCr.

Diagnostica per immagini

L'ecografia renale e vescicale rappresenta il gold-standard per valutare eventuali anomalie delle vie urinarie oppure la presenza di calcoli. L'Rx-addome potrebbe essere indicata nel sospetto di calcoli radiopachi a localizzazione ureterale. La TC invece rappresenta l'esame di scelta nel sospetto di trauma.

Indicazioni alla biopsia

- Associazione con proteinuria significativa (a eccezione della glomerulonefrite post-infettiva in fase acuta) e persistente
- Associazione con un C3 persistentemente basso (oltre 6-8 settimane)
- In caso di una malattia sistemica come LES o vasculiti
- In caso di una familiarità suggestiva per Alport
- Macroematuria ricorrente a eziologia sconosciuta

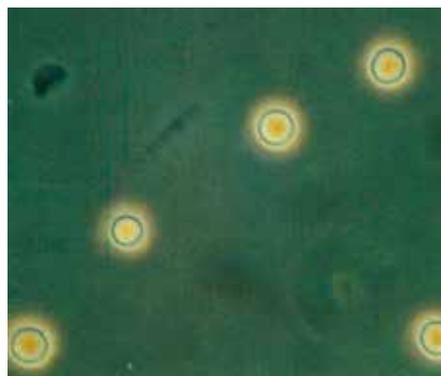


Figura 1a. Emazie eumorfiche.

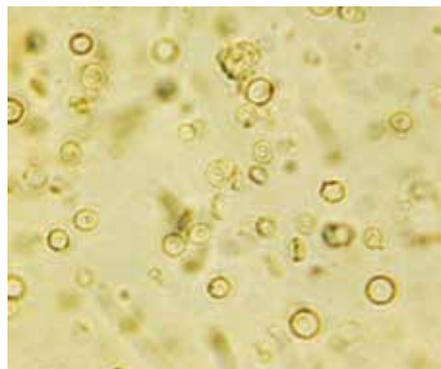


Figura 1b. Emazie dismorfiche.

- Persistente ematuria glomerulare in presenza di genitori ansiosi per la diagnosi e la prognosi

Quando inviare al nefrologo pediatrico

I pazienti con macroematuria dovrebbero essere inviati al nefrologo pediatra salvo che la diagnosi sia evidente e/o la risoluzione documentata. Nel caso invece di un paziente con microematuria, andrebbe indirizzato al nefrologo pediatra se presenti fattori di rischio come proteinuria, ipercalcemia, familiarità positiva per nefro-uropatie; la situazione acquista caratteri di emergenza, invece, se presente insufficienza renale e/o proteinuria significativa.

Conclusione

I genitori di un piccolo paziente con ematuria si rivolgono al pediatra o a un centro di Nefrologia Pediatrica con l'obiettivo di fare delle indagini e avere subito una diagnosi; purtroppo, in una buona parte dei casi, si possono fare soltanto delle ipotesi

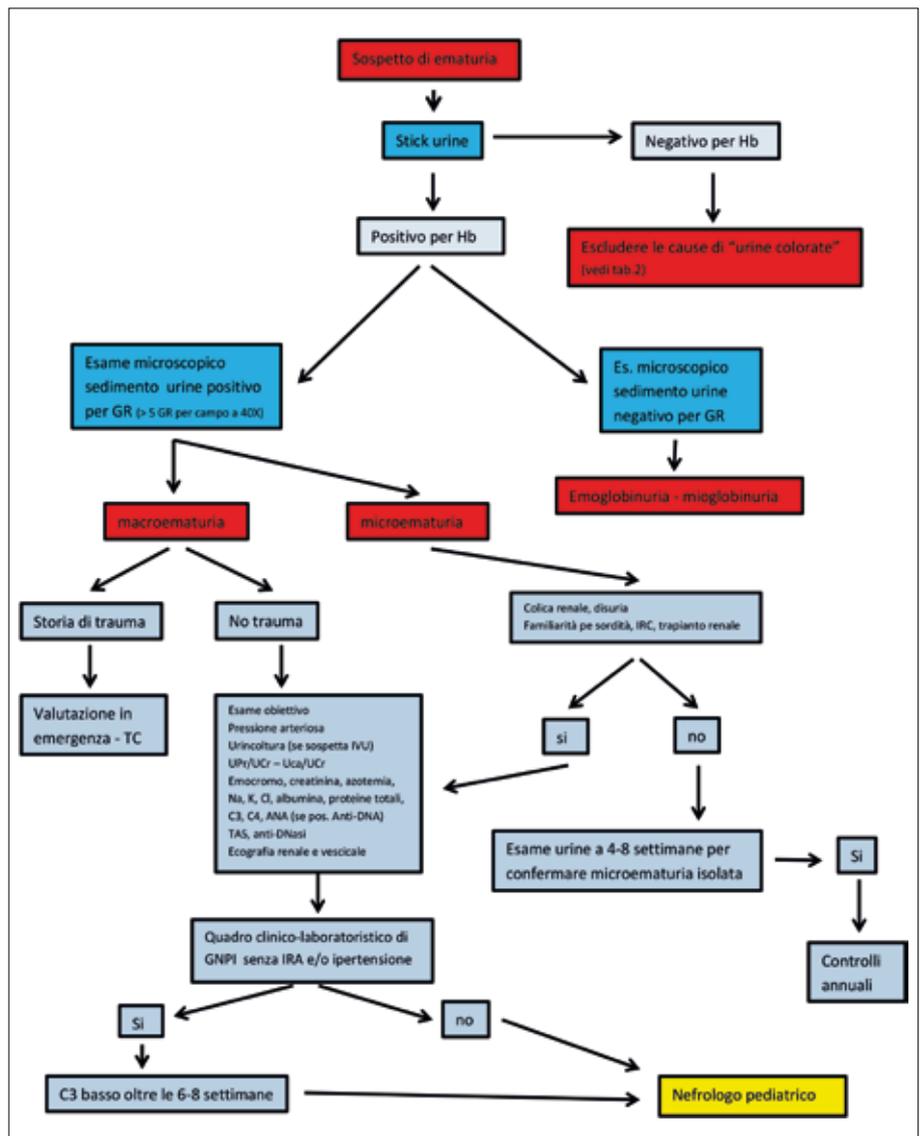
e, in assenza di fattori prognostici negativi come ipertensione, insufficienza renale e proteinuria, non si può far altro che tranquillizzarli. In ogni caso, rassicurarli senza un adeguato follow-up non è più corretto, perché i dati attuali hanno evidenziato un rischio complessivamente basso ma possibile di progressione verso l'insufficienza renale cronica durante il follow-up a lungo termine [29].

Conflitto d'interessi

Gli Autori dichiarano di non avere conflitti d'interesse.

✉ giovanni.montini@unimi.it

1. Massengill SF. Hematuria. *Pediatric Rev* 2008;29:342-8.
2. Ingelfinger JR, Davis AE, Grupe WE. Frequency and etiology of gross hematuria in a general pediatric setting. *Pediatrics* 1977;59:557-61.
3. Vehaskari VM, Rapola J, Koskimies O, et al. Microscopic hematuria in school children:



Algoritmo 1. Approccio al bambino con "urine rosse" e quando inviarlo al nefrologo pediatrico.

epidemiology and clinicopathologic evaluation. *J Pediatr* 1979;95:676-84.

4. Bernhardt WM, Schmitt R, Rosemberger C et al. Expression of ipoxia inducible transcription factors in developing human and rat kidneys. *Kidney Int* 2006;69:112-22.
5. Davis TK, Hmiel P. Pediatric Hematuria remains a clinical dilemma. *Clin Pediatr* 2015;54:817-30.
6. Grantham JJ, Chapman AB, Torres VE. Volume progression in autosomal dominant polycystic kidney disease: the major factor determining clinical outcomes. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006;1:148-57.
7. Turkbey B, Ocak I, Daryanani K, et al. Autosomal recessive polycystic kidney disease and congenital hepatic fibrosis. *Pediatr Radiol* 2009;39:100-11.
8. Kanjanabuch T, Kittikowit W, Elam-Ong S. An update on acute postinfection glomerulonephritis in children worldwide. *Nat Rev Nephrol* 2009;5:259-69.
9. Becquet O, Pasche J, Gaffi H, et al. Acute post-streptococcal glomerulonephritis in children of French Polynesia: a 3-year retrospective study. *Pediatr Nephrol* 2010;25:275-80.
10. Coppo R. Pediatric IgA Nephropathy. Clinical and therapeutic prospectives. *Semin Nephrol* 2008;28:18-26.
11. Barker DF, Hostikka S, Zhou J, et al. Identification of mutations in the COL4A5

collagen gene in Alport syndrome. *Science* 1990;248:1224-7.

12. Tryggvansson K, Patrakka J. Thin basement membrane nephropathy. *J Am Soc Nephrol* 2006;17:813-22.
13. Polito C, Andreoli S. Sport hematuria in boys: a provocative test. *Pediatr Nephrol* 2005;20:1171-3.
14. Ricketson J, Kimel G, Spence J, Weir R. Acute allergic interstitial nephritis after use of pantoprazole. *CMAJ* 2009;180:535-8.
15. Rees L, Brogan PA, Bockenbauer D, Webb NJ. *Pediatr Nephrol* 2012;173-7.
16. Lau KK, Staffman M, Williams S, et al. Canadian Pediatric Thrombosis and Hemostasis Network. Neonatal renal vein thrombosis: review of the English-language literature between 1992 and 2006. *Pediatrics* 2007;120:1278-84.
17. Spencer JD, Sanders JT, Ault BH. Two cases of hematuria with hemoglobin C trait. *Pediatr Nephrol* 2009;24:2455-7.
18. Benedik-Dolnica M, Benedik M. Hematuria in patients with hemophilia and its influence on renal function and proteinuria. *Haemofilia* 2007;13:489-92.
19. Brogan P, Eleftherious D, Dillon M. Small vessel vasculitis. *Pediatr Nephrol* 2010;25:1025-35.
20. Huppert JS, Biro F, Lan D, Mortensen JE, Reed J, Slap GB. Urinary symptoms

in adolescent females: STI or UTI? *J Adolesc Health* 2007;40:418-24.

21. Scheiring J, Rosales A, Zimmherackl LB. Clinical practice: today's understanding of the haemolytic uraemic syndrome. *Eur J Pediatr* 2010;169:7-13.
22. Waz WR, Quattrin T, Feld LG. Hematuria in children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Complications* 1995;9:194-7.
23. Bogdanovic R, Nikolic V, Pasic S, et al. Lupus nephritis in childhood: a review of 53 patients followed at single center. *Pediatr Nephrol* 2004;19:36-44.
24. Lubel JS, Burrell LM, Levidiotis V. An unexpected cause of macroscopic hematuria. *Med J Aust* 2005;183:321-3.
25. Brodeur AR, Brodeur GM. Abdominal masses in children; neuroblastoma, Wilms tumor and other considerations. *Pediatr Rev* 1991;12:196-207.
26. Guralnick S, Serwint JR. Blunt abdominal trauma. *Pediatr Rev* 2008;29:294-5.
27. *Comprehensive Pediatric Nephrology*, capitolo 10, pag 179-84.
28. Litwin MS, Graham SD. False positive hematuria. *JAMA* 1985;254:1724.
29. Vivante A, Afek A, Frenkel-Nir Y, et al. Persistent asymptomatic isolated microscopic hematuria in Israeli adolescent and young adults and risk for end-stage renal disease. *JAMA* 2011;306:729-36.

QUADERNI ACP – INDICE PAGINE ELETTRONICHE (NUMERO 3, 2016)

Newsletter pediatrica

- Uso della soluzione ipertonica nella bronchiolite: nuova revisione sistematica 2015
- Acido folico e difetti del tubo neurale: le raccomandazioni non bastano
- Metilfenidato ed ADHD: benefici ed effetti avversi
- Che vantaggi attenderci dalla somministrazione precoce di azitromicina nei bambini in età prescolare con infezione respiratoria associata a wheezing?
- Cochrane Database of Systematic Review: revisioni nuove o aggiornate gennaio-marzo 2016

Documenti

- Position statement su allattamento al seno e uso del latte materno/umano (a cura di SIP, SIN, SICuPP, SIGENP, SIMP).
Commento di Sergio Conti Nibali, Adriano Cattaneo, Monica Garraffa, Lucio Piermarini (gruppo di nutrizione dell'ACP)

Ambiente e salute

- Nelle grandi città l'inquinamento da idrocarburi prodotto dai veicoli diesel è sottostimato.
- La collaborazione dei pediatri di famiglia allo studio di biomonitoraggio Life Persuaded: un esempio di ricerca collaborativa.

Articolo del mese

- Sostegno alla funzione genitoriale e prevenzione delle disparità in età scolastica in un contesto di cure primarie pediatriche

Poster congressi

- XXVIII Congresso nazionale ACP "Oltre i confini" 2015, Napoli (2° parte)

Ripensare la ricerca pediatrica in Italia

Simona Di Mario*, Vittorio Basevi*, Roberto D'Amico**, Carlo Gagliotti***, Michele Gangemi****, Federico Marchetti*****, Maria Luisa Moro***, Giorgio Tamburlini*****

*Centro di Documentazione sulla Salute riproduttiva-SaPeRiDoc, Regione Emilia Romagna; **Unità di Statistica, Dipartimento di Medicina Diagnostica e Clinica e Salute Pubblica, Università di Modena e Reggio Emilia; ***Agenzia Sanitaria e Sociale, Regione Emilia Romagna; ****Direttore Quaderni acp; *****Dipartimento di Pediatria, Ospedale di Ravenna, Direttore di Medico e Bambino; *****Centro per la Salute del Bambino, Trieste

Gli autori ritengono necessario un ripensamento sulla ricerca pediatrica in Italia e intendono aprire un dibattito costruttivo sul tema. Lo spunto di partenza è offerto da un trial italiano sull'uso di *Streptococcus salivarius* sotto forma di spray nasale nella prevenzione degli episodi di otite nei bambini che presentano otiti medie acute ricorrenti. Vengono analizzate e discusse le principali criticità dello studio.

The authors consider a rethinking on paediatric research in Italy necessary and intend to open a constructive debate on the topic. The starting point is offered by an Italian trial on the use of Streptococcus salivarius in the form of nasal spray in the prevention of episodes of otitis in children with recurrent acute otitis media. The main critical points of the study are analyzed and discussed.

A settembre 2015 la rivista *European Journal Clinical Microbiology & Infectious Diseases* pubblica i risultati di un trial controllato randomizzato sull'uso di *Streptococcus salivarius* sotto forma di spray nasale nella prevenzione degli episodi di otite media acuta (OMA) nei bambini che soffrono di OMA ricorrenti (OMAR) [1].

Leggiamo l'articolo casualmente soltanto in marzo. Scriviamo una lettera critica di commento che viene pubblicata in aprile [2]; purtroppo la scelta editoriale della rivista non prevede una risposta degli autori.

Riteniamo che i contenuti della lettera debbano essere condivisi con i pediatri, soprattutto quelli italiani, visto che di ricerca italiana si tratta e che il prodotto studiato verrà sicuramente presentato prevalentemente ai pediatri nostrani (in PubMed non c'è traccia di ricerche similari condotte in altri Paesi).

La nostra lettera si intitola "Spray nasale di *Streptococcus salivarius* per le otiti ricorrenti: quanto sono affidabili le prove di efficacia?" (anche se in inglese *how good is the evidence è più immediato*).

La ricerca sullo spray nasale è stata condotta da un gruppo di pediatri del dipartimento universitario di Milano di patofisiologia e trapianti (IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico) in collaborazione con il laboratorio MMAR dell'università di Catania.

Fra ottobre 2013 e maggio 2014 sono stati arruolati 100 bambini di età 1-5 anni con storia di OMAR, già seguiti nell'ambulatorio del Policlinico di Milano. Per essere inclusi nello studio i bambini dovevano stare

bene (nessuna OMA in atto). Ai 100 bambini asintomatici è stato somministrato un trattamento con amoxicillina-acido clavulanico per 10 giorni. Razionale: eliminare eventuali commensali nasofaringei e favorire l'attecchimento dello *Streptococcus salivarius*. I bambini sono stati poi randomizzati e metà trattati con lo spray di *Streptococcus salivarius* e metà con uno spray placebo. Lo spray veniva usato due volte al giorno per cinque giorni consecutivi al mese per tre mesi. L'osservazione e la rilevazione dell'esito (episodi di OMA) si sono svolte nei 3 mesi di trattamento e per altri 3 mesi successivi. Il protocollo prevedeva una visita mensile al centro e ogni qualvolta i genitori sospettavano una OMA. Oltre a questo i genitori tenevano un diario dei sintomi e ricevevano una telefonata settimanalmente per verificare le condizioni del bambino. In caso di OMA il bambino riceveva trattamento con amoxicillina-acido clavulanico per dieci giorni e paracetamolo o ibuprofene solo in caso di febbre. Nei 6 mesi di osservazione 35/50 bambini nel gruppo trattamento e 40/47 bambini nel gruppo placebo hanno avuto almeno un episodio di OMA, 35 e 39 rispettivamente hanno ricevuto il trattamento antibiotico, il numero medio di episodi di OMA nei due gruppi è stato il medesimo (1,78 nel gruppo trattamento e 1,81 nel gruppo placebo).

I punti principali che solleviamo nella nostra lettera sono:

1 L'uso di antibiotico in bambini sani non è accettabile, sia perché espone il singolo bambino a problemi legati ai possibili-probabili effetti collaterali del trattamento (si ricorda che l'associazione

amoxicillina-acido clavulanico al dosaggio previsto dal protocollo di ricerca di 80 mg/kg/die di amoxicillina supera le dosi massime di clavulanato raccomandate, pari a 10 mg/kg/die [3] aumentando il rischio di disturbi gastroenterici) sia perché concorre alla selezione di germi resistenti. È il caso di sottolineare che l'antibiotico-resistenza è il problema delle cure, pediatriche e non, del nostro tempo [4,5] e in particolare del nostro Paese [6] e che gli sforzi dei ricercatori e dei decisori devono essere volti all'uso razionale degli antibiotici, limitandone la prescrizione alle condizioni previste dalle linee guida basate su prove di efficacia [7].

2 Il trattamento da attuare sempre e prontamente in caso di OMA come indicato dalle linee guida disponibili sull'argomento [3,8-11] è il trattamento analgesico con paracetamolo o ibuprofene a dosaggio doppio rispetto a quello antipiretico [12]. Il trattamento antibiotico (con molecola di prima scelta amoxicillina e non amoxicillina-acido clavulanico come invece utilizzato in questa ricerca) è quasi sempre da ritardare ed è molto spesso (circa 70% dei casi) non necessario dopo aver attuato la vigile attesa, quest'ultima non solo raccomandata dalle linee guida [3,8-11] in quanto efficace [13-15], ma anche fattibile nel nostro contesto [16]. Invece i bambini inclusi nello studio ricevevano quasi sempre l'antibiotico, sempre l'associazione amoxicillina-acido clavulanico, e l'antipiretico solo e nei dosaggi previsti in caso di febbre. Una mancanza di aderenza alle linee guida significativa, sia per la frequenza di ricorso al trattamento antibiotico sia per la scelta della molecola; anche considerando la particolare selezione dei bambini osservati, bambini con OMAR e quindi a maggior rischio di albergare germi resistenti alla sola amoxicillina, l'elevato tasso di trattamenti e l'assenza totale di ricorso alla amoxicillina semplice non è comprensibile. A questo si aggiunge la totale mancanza di analgesia, quindi di riduzione del dolore, forse l'unico vero sintomo che

disturbi il bambino e preoccupi i genitori. Il non aver fornito ai bambini arruolati nello studio il miglior trattamento disponibile è un aspetto critico che il comitato etico avrebbe dovuto affrontare.

3 Oltre a questi problemi altri ancora avrebbero dovuto essere discussi nello studio [17]: da nessuna parte dell'articolo si affronta il tema della sovra-diagnosi di OMAR [18,19], noto in letteratura e che deve essere affrontato in un'ottica di applicazione dei risultati della ricerca alla realtà clinica. Nota è anche l'associazione fra utilizzo di antibiotici e induzione di un maggior numero di ricorrenze di OMA [20]. Nota è l'associazione fra allattamento esclusivo e prolungato e ridotto numero di episodi di OMA [21,22], ma purtroppo i ricercatori non sono andati al di là di una generica quanto non informativa registrazione fra le caratteristiche di base dei bambini di allattamento sì no (quale allattamento? Completo, esclusivo, predominante e per quanto tempo?) che non ci aiuta a capire se i bambini randomizzati al trattamento differiscano in maniera significativa da quelli che ricevono il placebo per un fattore di confondimento così rilevante. Ancora, il protocollo di ricerca non è stato registrato, l'articolo non ne riporta traccia. Sappiamo invece che la registrazione del protocollo dei trial è un passo fondamentale per ridurre il rischio di bias e da tempo se ne richiede l'utilizzo sistematico [23].

4 Veniamo infine ai risultati: il numero di bambini con almeno un episodio di OMA è inferiore in maniera statisticamente significativa nel gruppo trattato (35/50 bambini e 39/47 bambini). Ma il numero medio di episodi di OMA è pressoché identico: 1,78, 1,81. Quale di questi due indicatori è clinicamente rilevante? Se un genitore sottopone suo figlio al trattamento è perché si aspetta che questo lo faccia stare meglio, riduca cioè in maniera significativa il numero di episodi di OMA da lui sofferti. Questo trattamento non raggiunge l'obiettivo rilevante per i genitori. D'altro canto come potrebbe? Nonostante il generoso trattamento antibiotico iniziale che avrebbe dovuto aumentare l'attaccamento dello *Streptococcus salivarius*, questo si verifica solo in metà dei casi dopo la prima somministrazione e in un quarto di casi svanisce prima della terza; a un mese dal termine dell'intero ciclo di trattamento solo 17 dei 50 bambini trattati alberga ancora lo *Streptococcus salivarius*, il loro numero

si riduce ulteriormente e a due mesi sono solo 14 i bambini trattati colonizzati. Ma la conclusione riportata nell'abstract è che "questo studio rivela la capacità dello *Streptococcus salivarius* 24SMB somministrato a livello nasale di ridurre il rischio di OMA nei bambini che soffrono di otiti ricorrenti". Conclusione ripresa e amplificata dalla stampa non specialistica, che trionfalmente sull'ANSA salute e bambini dell'11 dicembre annuncia così: "Arriva nuova arma contro otite, 'probiotico' in spray nasale. Risultati promettenti da studio italiano". Certamente di questa distorta comunicazione non hanno colpa i ricercatori ma sicuramente avrebbero potuto prevederla e magari prevenirla, essendo loro per primi chiari nelle conclusioni del loro studio.

È questa la ricerca che può migliorare lo stato di salute dei bambini, italiani e non? Quali gli interventi necessari per individuare le priorità, disegnare la tipologia di studio più adatta al quesito identificato, condurre lo studio secondo strategie che minimizzino i rischi di bias e arrivare a risultati che possano orientare la pratica clinica? Le 36 società scientifiche/associazioni pediatriche esistenti in Italia [24] sono adatte a guidare una iniziativa di ripensamento della ricerca pediatrica italiana? Lo sono le università? Il Ministero? L'Istituto Superiore di Sanità? Su quali criteri minimi tutti questi attori possono trovare un accordo per compiere un primo passo?

✉ simona.dimario@regione.emilia-romagna.it

1. Marchisio P, Santagati M, Scillato M, et al. *Streptococcus salivarius* 24SMB administered by nasal spray for the prevention of acute otitis media in otitis-prone children. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2015;34:2377-83.
2. Di Mario S, Basevi V, D'Amico R, et al. *Streptococcus salivarius* by nasal spray for recurrent otitis: how good is the evidence? *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2016;35:1215-6.
3. BCMA. Otitis media: acute otitis media (AOM) & otitis media with effusion (OME). British Columbia Medical Services Commission, Victoria (BC), 2010.
4. Guidos RJ. Combating antimicrobial resistance: policy recommendations to save lives. *Clin Infect Dis* 2011;52:S397-S428.
5. World Health Organization. Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014. Ginevra, Giugno 2014.
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2014. Stoccolma, Novembre 2015.
7. Fleming-Dutra KE, Hersh AL, Shapiro DJ, et al. Prevalence of Inappropriate Antibiotic Prescriptions Among US Ambulatory Care Visits, 2010-2011. *JAMA* 2016;315:1864-73.

8. Forgie S, Zhanel G, Robinson J. Management of acute otitis media. *Paediatr Child Health* 2009;14:457-460.
9. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2013;131:e964-e999.
10. Centre for Clinical Practice at NICE (UK). Respiratory Tract Infections – Antibiotic Prescribing: Prescribing of Antibiotics for Self-Limiting Respiratory Tract Infections in Adults and Children in Primary Care. National Institute for Health and Clinical Excellence. London, UK, 2008.
11. Marchisio P, Bellussi L, Di Mauro G, et al. Acute otitis media: from diagnosis to prevention. Summary of the Italian guideline. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010;74:1209-16.
12. Marzuillo P, Guarino S, Barbi E. Paracetamol: a focus for the general pediatrician. *Eur J Paediatr* 2014;173:415-25.
13. Chao JH, Kunkov S, Reyes LB, Lichten S, Crain EF. Comparison of two approaches to observation therapy for acute otitis media in the emergency department. *Pediatrics* 2008;121:e1352-e1356.
14. Little P, Moore M, Kelly J, et al. Delayed antibiotic prescribing strategies for respiratory tract infections in primary care: pragmatic, factorial, randomized controlled trial. *BMJ* 2014;348:g1606.
15. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, DelMar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;6:CD000219.
16. Marchetti F, Ronfani L, Conti Nibali S, Tamburlini G; Italian Study Group on Acute Otitis Media. Delayed prescription may reduce the use of antibiotics for acute otitis media: a prospective observational study in primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:679-84.
17. Clarke M, Hopewell S, Chalmers I. Reports of clinical trials should begin and end with up-to-date systematic reviews of other relevant evidence: a status report. *J R Soc Med* 2007;100:187-90.
18. Alho OP. How common is recurrent acute otitis media? *Acta Otolaryngol Suppl* 1997;529:8-10.
19. Tähtinen PA, Laine MK, Ruuskanen O, Ruohola A. Delayed versus immediate antimicrobial treatment for acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2012;31:1227-32.
20. Bezáková N, Damoiseaux RA, Hoes AW, Schilder AG, Rovers MM. Recurrence up to 3.5 years after antibiotic treatment of acute otitis media in very young Dutch children: survey of trial participants. *BMJ* 2009;338:b2525.
21. Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, Viehmann L. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-e841.
22. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104:85-95.
23. Simes RJ. Publication bias: the case for an international registry of clinical trials. *J Clin Oncol* 1986;4:1529-41.
24. Biasini G. La legge sulla responsabilità del personale sanitario e le linee guida. *Medico e Bambino* 2016;35(4):217-8.

Le potenze del 10 e la potenza dell'acqua



Roberto Buzzetti

Epidemiologo

Il numero di Avogadro ci aiuta a comprendere quali quantità di sostanze popolano il nostro corpo e circolano nel nostro sangue. Sebbene i farmaci omeopatici siano diluiti alla centesima o anche duecentesima volta, per l'omeopatia l'effetto del "farmaco" permane grazie alla memoria dell'acqua e alla "dinamizzazione". Il mondo scientifico auspica un confronto corretto basato sul ragionamento e non guidato dalla ideologia.

Avogadro's number helps us to understand what quantities of substances inhabit our body and circulate in our blood. Although homeopathic medicines are diluted to the hundredth or two hundredth time, for homeopathy, thanks to the memory of water and to dynamization, the effect of the "drug" remains. The scientific world calls for a proper comparison based on reasoning and not driven by ideology.

A Lorenzo Romano Amedeo Carlo Avogadro, chimico e fisico italiano, è legato il famoso "numero di Avogadro" ($6,022 \times 10^{23}$), che corrisponde al numero di particelle elementari, atomi o molecole, presenti in una mole di sostanza.

È un numero enorme, che supera ogni capacità di immaginazione: oltre centomila miliardi di miliardi... Non serve scriverlo: 602.200.000.000.000.000.000 non ci dice nulla! Neppure se si trattasse di euro sapremmo che valore dargli. Diviso in parti uguali tra gli abitanti del pianeta sarebbe pari a 100.000 miliardi a testa. Proviamo con alcuni esempi più sensati a tradurlo in modo più comprensibile.

Primo esempio: fisiologico

Una mole di glucosio pesa circa 180 g e contiene 6×10^{23} molecole di glucosio. Uno di noi che stia leggendo questo articolo e abbia un valore di glicemia di 90 mg/100 ml, avrebbe in ogni cc del suo sangue più o meno 3×10^{18} molecole di glucosio (3 miliardi di miliardi) (oltre a 4-5 miliardi di globuli rossi: un torrente con 1 miliardo di molecole di glucosio per ogni globulo rosso).

A fronte di questi numeri impressionanti, notiamo come le variazioni di glicemia compatibili con la salute siano molto strette, contenute tra un raddoppio, 180 mg %ml, dopo il pasto (oltre c'è il diabete) e un dimezzamento, 45 mg %ml prima del pasto (al di sotto, l'ipoglicemia).

Secondo esempio: farmacologico

Una mole di amoxicillina pesa 364,5 g ($C_{16}H_{19}N_3O_5S \pm 3H_2O$, peso molecolare

365,4) e contiene lo stesso numero (6×10^{23}) di molecole.

In 1 g di amoxi dunque ci sono pressappoco $1,6 \times 10^{21}$ molecole. Se questa quantità, ingerita, venisse interamente assorbita, e si diluisse uniformemente in circa 5 litri di sangue, ogni cc di sangue conterrebbe circa $3,3 \times 10^{17}$ molecole (oltre 300 milioni di miliardi).

Ricordiamo anche per curiosità che tutte le cellule di un individuo adulto si stima siano circa 10^{13} – 10^{14} : se ogni cellula ricevesse una uguale quantità di amoxi (ma sappiamo che non è così!) ne toccherebbe qualche migliaio per ciascuna cellula.

Terzo esempio: geografico

Il volume dell'Oceano Atlantico, con i mari a esso adiacenti, è di 354.700.000 chilometri cubi (https://en.wikipedia.org/wiki/Atlantic_Ocean).

Questo corrisponde a $3,547 \times 10^{23}$ cm³ (e, se 1 cm³ = 20 gocce, circa 7×10^{24} gocce).

I primi due esempi ci fanno capire quali enormi quantità di cellule e di sostanze popolino il nostro corpo, e in particolare il torrente ematico, e quali quantità di molecole siano necessarie per un'azione farmacologica.

Il terzo esempio, quello dell'Oceano, ci aiuta a comprendere come una diluizione di qualunque sostanza attiva (glucosio, amoxicillina, stricnina...) pari a 10^{-23} , corrisponda a diluire un cc di tale sostanza in un volume d'acqua pari a quello dell'Oceano Atlantico. Sbalorditivo, da un lato, che in ogni cc dell'Oceano se ne

ritrovarebbe comunque in media 1 molecola; ma sbalorditivo anche che qualcuno possa pensare che un cc di sostanza versato a Calais abbia un possibile effetto su chi ingerisse un sorso d'acqua dell'Oceano a New York o a Rio de Janeiro!

Gli omeopati vanno ben oltre: arrivano tranquillamente fino alla centesima o duecentesima diluizione, alle quali è sicuro che non resterà neppure l'ombra di una molecola di nulla se non dell'acqua utilizzata per le diluizioni.

L'affermazione che l'acqua contenga "soltanto" la memoria della sostanza che ha diluito è una affermazione corretta, se utilizzata come modo di dire, nel linguaggio comune. Se utilizzata in un dibattito scientifico, resta, per me, un'affermazione a livello metafisico, dato che l'acqua non è un organismo vivente dotato di memoria. Eppure per un omeopata quel "soltanto" diventa al contrario la forza del proprio preparato, grazie anche alla "dinamizzazione" cui le provette vengono sottoposte attraverso scuotimento (succussioni).

Vorrei tanto poter avere una discussione serena con i colleghi omeopati. Ma un'antica ruggine sembra impedirli. Dal punto di vista scientifico, ci sono due scuole di pensiero all'interno della medicina "allopatrica".

La prima, più rigida e intransigente, sostiene che "se una cosa non può funzionare non funziona" e vorrebbe liquidare la faccenda senza perdere tempo a condurre esperimenti.

La seconda, più possibilista e politicamente corretta, ammette la sperimentazione del prodotto omeopatico (acqua con memoria) vs placebo (acqua senza memoria?) ed è pronta ad accettare con soddisfazione eventuali risultati positivi (in fondo quello che conta è la salute dei pazienti, e se uno guarisce senza che se ne capisca il come e il perché, l'importante è che guarisca). In questo senso non sono mancati gli studi né le revisioni. Recentemente l'Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) ha pubblicato una review [1] secondo la quale l'omeopa-

tia sarebbe inefficace per il trattamento di qualsiasi patologia. Il NHMRC spera che i risultati del proprio studio scoraggino le assicurazioni e i sistemi sanitari dall'offrire rimborsi per i trattamenti omeopatici. Naturalmente gli omeopati non l'hanno presa bene e numerose sono state le critiche alla review australiana e al metodo utilizzato dai suoi estensori.

Ancor più recentemente il *BMJ* ha presentato un "faccia a faccia" tra due esperti, uno

a favore e l'altro contro l'omeopatia [2].

Il dibattito sembra non arrestarsi mai. Chissà che queste mie elucubrazioni non smuovano qualche ulteriore commento tra i lettori di questa rivista. Chiedo scusa in anticipo se la mia presentazione è semplicistica o, peggio, non corretta. Sono pronto a ricredermi, e a correggermi. L'importante è trovare come terreno comune quello del ragionamento e delle evidenze, lasciando da parte passioni e ideologie.

Conflitto d'interesse

L'Autore dichiara di non avere conflitti d'interesse.

✉ simona.dimario@regione.emilia-romagna.it

1. <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cam02>.
2. Fisher P, Ernst E. Should doctors recommend homeopathy? *BMJ*. 2015 14;351:h3735. doi: 10.1136/bmj.h3735.

Alla Redazione di Rec Rai 3

L'Associazione Culturale Pediatri (ACP), nata nel 1974 per promuovere la cultura pediatrica nei settori della ricerca e della formazione, già dalla metà degli anni Novanta ha avviato al suo interno una attenta riflessione sull'influenza dell'industria, in particolare nella prescrizione di latte in polvere, e sul rispetto dei codici etici approvati a livello internazionale. Ne è seguito l'impegno (chiamato anche codice) di autoregolamentazione nei rapporti con l'industria di cui ACP si è dotata nell'ormai lontano 1999 (www.acp.it).

Dunque un'iniziativa *molto in anticipo e molto "consistente"* rispetto alla "mozione" promossa dal Royal College of Pediatrics inglese, citata nella puntata di Rec di domenica 12 giugno 2016.

Non solo, da ormai più di 10 anni, il congresso nazionale ACP è organizzato ogni anno senza sponsorizzazioni, come anche recentemente sottolineato in: *Fabbi A, et al. Conflict of interest between professional medical societies and industry: a crosssectional study of Italian medical societies' website* *BMJ Open* 2016;6:e011124. doi:10.1136/bmjopen-2016-011124.

Ancora, ACP pubblica senza introiti pubblicitari *Quaderni acp* (www.quaderniacp.it), rivista di politica sanitaria e sociale dell'infanzia, e di aggiornamento per il pediatra. Collabora inoltre con *Un pediatra per amico* (www.uppa.it), unica rivista in Italia rivolta alle famiglie senza contenuti pubblicitari. Un esempio positivo nella pediatria italiana (e per la pediatria italiana) che sarebbe stato bene richiamare e indicare in un programma che vuole collocarsi nell'ambito del giornalismo di inchiesta.

Perché anche in Italia ci sono pediatri che hanno in mente anzitutto gli interessi del bambino.

Federica Zanetto – Presidente ACP

Nati per non essere maltrattati

Redazionale



Un editoriale recentemente comparso su *Medico e Bambino* lamenta che non è mai stata prevista una formazione per i pediatri sul maltrattamento dei bambini e che sarebbe ora di realizzarla. La redazione di *Quaderni* ricorda ed elenca le numerose attività formative sull'argomento, promosse dall'ACP da sola o in collaborazione con il CSB, sia a livello nazionale che locale, dirette a pediatri e ad altre professioni.

Riconosce che in Italia molto resta da fare in tema di politiche sul maltrattamento dei bambini e che nei programmi delle Facoltà di Medicina e delle Scuole di Specializzazione va introdotto un insegnamento formale su maltrattamento e abuso dei bambini. Anzi sarebbe occasione per dibattere sulla selezione degli argomenti educativi nelle Facoltà e nelle Scuole di Specializzazione.

An editorial recently published on Medico e Bambino complains that pediatrician's training on child abuse was never performed in Italy and it's time to realize it. The Quaderni Acp editors answer recalling the several CME training activities on this subject performed by ACP, alone or in cooperation with the CSB, addressed both to pediatricians and other health professions. Anyway the Italian policies against child abuse must be updated and formal programs must be introduced in medical and post graduate education. Indeed this could be an opportunity, to discuss the educational topics selection in the medicine schools and post-graduate.

Nell'editoriale di aprile 2016 di *Medico e Bambino* Egidio Barbi lamenta che non è mai stata prevista una formazione per i pediatri sul maltrattamento e conclude che è giusto promuovere progetti formativi come Nati per Leggere e Nati per la Musica, ma sarebbe meglio realizzarne sul maltrattamento dei bambini: Nati per non essere maltrattati. Che da noi le strategie di contrasto al fenomeno dell'abuso siano arretrate è fuori di dubbio anche se qualche positività si registra con la emanazione del Decreto Legislativo n. 39/2014 sulla lotta agli abusi e allo sfruttamento dei minori e con il riconoscimento da parte di qualche tribunale della violenza come forma di maltrattamento. Questa situazione non toglie che da parte di alcune associazioni, come Save the Children, ci sia stato un intenso lavoro di approfondimento. Noi oggi vogliamo parlare dell'ACP che, sola o in collaborazione con il CSB, ha prodotto sin dagli anni '90 diverse attività formative e di ricerca. Si cominciò nel 1998, a Varenna, con il corso di formazione "Il pediatra e l'abuso all'infanzia". Nel 2001 seguì la formazione multiprofessionale della Provincia di Perugia (ACP, CSB e CBM) per 30 operatori (pediatri, psicologi, NPI, assistenti sociali, medici di PS,

insegnanti, operatori di PS e carabinieri). L'obiettivo (raggiunto) era la costituzione di una équipe specialistica per i casi di maltrattamento e abuso con la formazione di 365 operatori di ASL, Ospedale e Comuni. Prodotto finale fu un testo (più delle 10 pagine del Nelson) di MG. Apollonio e C. Berardi su "Progetto di prevenzione, trattamento e recupero nei casi di maltrattamento e abuso dei minori", tuttora molto richiesto. Hanno fatto seguito alcuni corsi di formazione per pediatri di famiglia a Cesena, Ancona, Roma, Lodi. A Perugia si scelse di estendere il corso ai pediatri ospedalieri, ai dermatologi, agli ortopedici, ai radiologi, ai ginecologi e agli infermieri. Ne seguì nel 2004 uno, certamente unico, richiesto dal comando generale per appartenenti all'Arma dei Carabinieri. Conveniamo con Barbi sulla mancanza nei programmi delle Facoltà di Medicina e delle Scuole di Specializzazione di un insegnamento formale su maltrattamento e abuso dei bambini. E ci piacerebbe capire i modi di scelta degli argomenti educativi nelle Facoltà e nelle Scuole di Specializzazione in Medicina. L'ACP si è posta anche questo problema: negli anni 2009-2014 a Perugia è stata attivata una attività di docenza (Carla Berardi) presso la Scu-

la di Specializzazione in Medicina generale con la produzione di almeno cinque tesi di specializzazione. Né è mancata la presentazione di alcune esperienze apprezzate in ambiti di rilievo: nel 2004, a Berlino, "Physicians knowledge, attitude and experience in an Italian emergency room: need for continued education and for use of clinical form", ISPCAN, European conference child abuse and neglect. E nel 2005, a Banff (Alberta, Canada), "Approach to child maltreatment in the Municipality of Perugia". Nei Convegni ACP è stato più volte di scena il tema: nel 2008 a Roma, al Convegno "Neuropsichiatria per il Pediatra", con "Il bambino abusato"; nel 2011 a "gli Argonauti" con "Il ruolo del pediatra delle cure primarie nel maltrattamento"; nel 2012 a Tabiano con "Prevenire il maltrattamento, il ruolo del pediatra di famiglia". E certo dimentichiamo qualcosa.

Numerose sono state le pubblicazioni su questa rivista; elenchiamo le principali in bibliografia. I lettori conoscono il corso FAD sull'abuso (*Quaderni acp* 2015) con la risoluzione di casi clinici didattici online, per la verifica delle competenze acquisite, più una pagina di informazioni sulle conoscenze necessarie, per sospettare un abuso, sulla base delle linee guida.

Beninteso, non siamo così ingenui da pensare che il problema si risolva con le attività ACP. L'Italia è ancora priva di misure di prevenzione sistematica e formale come la formazione permanente degli operatori che lavorano a contatto con i bambini. Tra le materie curriculari delle Facoltà di Medicina non è stata introdotta la diagnostica del maltrattamento sui bambini, anche se ci sono rare eccezioni, come a Perugia, e il Corso di perfezionamento in "Diagnostica del Child Abuse and Neglect" della Università di Milano (DPT Medicina Legale), realizzato nel 2015 e che prosegue nel 2016. È positivo che nell'aprile 2014 il Garante dell'Infanzia abbia istituito una Commissione (consultiva!) per la prevenzione e cura del maltrattamento, con partecipazione ACP. Nel documento finale del

2015 si raccomanda la formazione continua dei pediatri su questi temi, con l'introduzione di corsi curricolari a medicina, nelle scuole di specializzazione di pediatria, NPI, psichiatria, radiologia, ortopedia, dermatologia, ginecologia, e anche la formazione di chi opera nel mondo della scuola. Bene, ma tutti conosciamo i poteri del garante e delle commissioni consultive. Infatti la ratifica della Convenzione di Lanzarote da parte del Governo Italiano nel 2012 non è stata seguita da alcun aggiornamento della normativa italiana vigente in materia. Per tutti questi limiti a noi sembra che abbiano grande importanza la ricerca di sinergie/collaborazioni affidabili e le attività intraprese da associazioni culturali

come l'ACP. Dove non arriva il pubblico cerchi di arrivare il privato.

Bibliografia di Quaderni acp

- Ciotti F. Abuso infantile. Esperienza di un gruppo. *Quaderni acp* 2003;10(1):28-30.
 Gruppo interdisciplinare sull'abuso sessuale. Abuso all'infanzia. *Quaderni acp* 2003;10(1):6-17.
 Crupi I. Un ematoma toracico con frattura costale. Perché? *Quaderni acp* 2015;22(2):80-2.
 Azzarello A, Santoro C, Baron I, et al. Francesco: prematuro con fratture costali a tre mesi. *Quaderni acp* 2006;13(6):260-72.
 Panza C. Quando il mio bimbo piange. *Quaderni acp* 2011;18(2):92.
 Cirillo G. la prevenzione del maltrattamento. *Quaderni acp* 2011;18(6):245-9.
 Tognoni A, Berardi C, Baroncini D, Apollonio MG. Identificare e gestire i casi di mal-

trattamento: il ruolo del pediatra. *Quaderni acp* 2011;18(6):276.

- Tognoni A. L'ascolto del minore, parte offesa di abuso sessuale. *Quaderni acp* 2012;19(5):227-30.
 Valletta E, Liverani A. La violenza sul bambino disabile. Uno sguardo nell'ombra. *Quaderni acp* 2013;20(2):79-83.
 Siani P, Berardi C. A mani ferme. *Quaderni acp* 2013;20(3):99.
 Panza C. L'abuso sessuale: qualche appunto per il pediatra delle cure primarie. *Quaderni acp* 2014;21(2):70-3.
 Berardi C. Il maltrattamento fisico: quali conoscenze per il pediatra. *Quaderni acp* 2014;21(5):198-204.
 Panza C (a cura di). Prevalenza e rischio di violenza verso i bambini con disabilità. *Quaderni acp* 2014;21(2):69.
 Siani P. Abusive head trauma: aspetti clinici e medico-legali. *Quaderni acp* 2016;23(3):119.

Congresso Nazionale ACP 2016 Le prospettive della ricerca in ambito pediatrico e le possibili ricadute per l'Associazione

**SESSIONE PRECONGRESSUALE. TRIESTE, 13 OTTOBRE 2016. IRCCS MATERNO INFANTILE BURLO GAROFOLO
PARTECIPAZIONE LIBERA FINO AL RAGGIUNGIMENTO DELLA CAPIENZA DELLA SALA (100 POSTI)**

Programma

Moderatori: Federico Marchetti, Luca Ronfani, Anna Macaluso

09.30-10.00	Breve presentazione della mattinata, obiettivi e significato (Luca Ronfani) Saluti delle autorità (Presidente ACP, Direttore Scientifico e Generale)
10.00-10.20	Il Global Burden of Disease Project: cos'è, che dati fornisce con particolare riguardo alla salute del bambino (Lorenzo Monasta)
10.20-11.00	Big Data: cosa sono, che dati contengono, quali potenzialità e quali limiti. Due esempi pratici: - banca dati Esiti (Antonio Addis) - esperienza Emilia Romagna su analisi dei flussi correnti per descrizione del profilo di assistenza fornito dai pediatri di famiglia della regione (Simona di Mario)
11.00-11.30	La ricerca all'interno di ACP e nell'ambulatorio del pediatra: - analisi degli studi condotti negli ambulatori dei pediatri ACP (Luca Ronfani e Laura Reali) - il caso dello studio ENBe visto con gli occhi del pediatra di famiglia: criticità (e opportunità) (Federica Zanetto)
11.30-12.30	Discussione. Proposte

Rubrica a cura di Luciano de Seta



Una bambina con anemia ipocromica persistente e indici infiammatori molto elevati

Andrea Smarrazzo*, Angela Sodano*, Marta Lamba**, Paolo Siani**

*Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Sezione di Pediatria, Università degli Studi di Napoli "Federico II";

**Unità Operativa Complessa di Pediatria Sistemica, AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

È descritto il caso di una bambina di undici anni affetta da anemia ipocromica iposideremica, che non si corregge con la terapia marziale e con indici infiammatori molto elevati. La sintomatologia è discussa anche alla luce dell'evoluzione nel tempo dei diversi segni e sintomi e delle indagini in seguito praticate che portano alla diagnosi di una rara arterite infiammatoria che interessa il tronco aortico.

The case of an eleven-year-old girl with hypochromic iron deficiency anemia not corrected by iron therapy. Symptoms are discussed considering their evolution over time. The further investigations lead to the diagnosis of a rare inflammatory arteritis affecting the aortic trunk.

La storia

O.N. è una bambina di 11 anni, affetta da lieve ritardo del linguaggio, che presenta da circa sei mesi pallore, astenia e affaticabilità. Ha familiarità per autoimmunità (uno zio materno affetto da rettocolite ulcerosa e delle zie paterne affette da vitiligine e alopecia). Da due anni presenta cicli mestruali regolari per frequenza, durata e quantità; negativa l'anamnesi patologica remota. Su consiglio del curante pratica indagini ematochimiche che rilevano un'anemia microcitica ipocromica (Hb 10 g/dl, MCV 65,6 fl, MCH 20 pg, RDW 16,5%, Fe 20 mcg/dl), per cui le è prescritta terapia marziale dopo aver escluso un'emoglobinopatia. Nonostante il miglioramento della sintomatologia clinica, un mese dopo l'anemia persiste (Hb 9,8 g/dl, MCV 66,4 fl, MCH 20,3 pg, Fe 30 mcg/dl, Ferritina 52,5 ng/ml). Prosegue perciò terapia marziale per complessivi cinque mesi, al termine dei quali le indagini ematochimiche confermano il quadro di anemia microcitica (Hb 9,7 g/dl, MCV 66 fl, MCH 20,2 pg, Fe 10 mcg/dl) mostrando, inoltre, un importante aumento degli indici di flogosi (PCR 51,2 mg/l, VES 75 mm/h). Pratica un primo accesso in Ospedale, in Ematologia, dove l'approfondimento diagnostico dell'anemia microcitica consente di escludere le emoglobinopatie (HbA 98%, HbF 0%, HbA2 2,2%) e la malattia celiaca (Anticorpi antitransglutaminasi IgG e IgA e antiendomisio negativi). Invariato è il quadro dell'anemia microcitica (Hb 10 g/dl, MCV 67,4 fl, MCH 20,6 pg, Fe 14 mcg/dl, Ferritina 44,4 ng/ml, Transferrina 239 mg/dl), e l'aumento degli indici di flogosi (PCR 36,8 mg/l, VES 116 mm/h). L'Rx

standard del torace, l'eco addome e il profilo tiroideo sono nella norma.

Sintetizzando: bambina di 11 anni che da circa sei mesi presenta astenia, affaticabilità, pallore. Il laboratorio mostra:

- una persistente anemia ipocromica iposideremica che non si corregge con la terapia marziale;
- un aumento notevole degli indici di flogosi.

La sintomatologia presentata dalla bambina appare piuttosto aspecifica e comune a molte malattie. Tra queste andrebbero prese in considerazione per la diagnosi differenziale:

- 1 le reumo-artropatie autoimmuni quali l'Artrite Idiopatica Giovanile, il Lupus o altre malattie auto-infiammatorie, che ci sentiamo di poter escludere fondamentalmente per l'assenza di febbre, artralgie o artriti e di un ulteriore coinvolgimento sistemico che risponda ai criteri diagnostici delle suddette;
- 2 le malattie infiammatorie croniche intestinali, anch'esse tuttavia da escludere, per l'assenza di diarrea, perdita di peso, rettorragie e per la normalità dei valori della calprotectina fecale;
- 3 altre cause su base infiammatoria, come le vasculiti;
- 4 cause più rare, come le anomalie vasali congenite, la neurofibromatosi ed altre più complesse da indagare con tecniche radiodiagnostiche (da tenere comunque in seria considerazione).

Sulla base del quadro clinico che non è variato nel tempo e degli esami fin qui pra-

ticati non è possibile porre un fondato sospetto diagnostico. La ragazzina giunge quindi alla nostra osservazione, dopo ormai nove mesi dall'inizio della sintomatologia; racconta di essere stata discretamente bene, di non aver mai presentato febbre, alterazioni dell'alvo e altri sintomi. Le condizioni cliniche generali sono discrete, il colorito cutaneo è roseo-pallido, senza segni di cianosi. È eupoica e l'esame obiettivo toracico è negativo, fatta eccezione per un soffio sistolico 2/6 al centrum cordis. La pressione arteriosa omerale alle due braccia risulta di 130/67 mmHg a destra e 125/68 mmHg a sinistra. Gli esami praticati durante la degenza confermano il quadro dell'anemia ipocromica microcitica con indici di flogosi aumentati simili ai precedenti (Hb 9,6 g/dl, MCV 67,5 fl, GB 9370/mm³, Ret 36200/mm³, Fe 19 mcg/dl, Ferritina 34,6 ng/ml, Transferrina 233 mg/dl, PCR 51,9 mg/l, VES 120 mm/h, PCT <0,05 ng/ml). Nella norma il profilo coagulativo, gli autoanticorpi ANA, AMA, ASMA, gli esami di funzionalità d'organo, le urine, la Mantoux, la calprotectina fecale e l'eco addome. Va segnalato un incremento delle immunoglobuline (IgG 18,5 g/l, IgA 2,13 g/l, IgM 1,72 g/l). Alla luce della pur modesta differenza di pressione arteriosa tra le due braccia e di uno slargamento mediastinico polilobato riscontrato all'Rx del torace, si decide di praticare un'ecocardiogramma. Tale esame mostra un'insufficienza aortica di grado lieve con radice aortica, tratto ascendente, arco e tratto discendente nella norma. L'estensione dell'esame alla regione del collo evidenzia un ispessimento medio intimale diffuso dei vasi in assenza di anomalie di calibro o decorso, lesioni stenotiche o alterazioni di flusso. Viene, quindi, eseguito un approfondimento mediante esame angio-TC che mostra: "l'aorta toracica, nelle sue porzioni ascendenti, arco e tratto iniziale della discendente, risulta di calibro aumentato, con apparente ispessimento parietale lungo il suo decorso, apprezzabile anche a livello delle carotidi comuni, il cui lume si presenta ridotto".

La diagnosi

Il quadro di anemia ferro-carenziale resistente alla terapia marziale, compatibile con un'inflammatione cronica, associato a un aumento degli indici di flogosi e al quadro di alterazioni vascolari a carico dei tronchi sovra-aortici, induce a sospettare un'arterite del tronco aortico, la più frequente delle quali è la malattia di Takayasu, patologia caratterizzata da un'inflammatione di tipo granulomatoso dei grossi vasi a eziopatogenesi sconosciuta. È una patologia molto rara che colpisce principalmente le giovani donne tra la seconda e la terza decade di vita e interessa in maniera predominante l'arco aortico con le sue diramazioni e può essere causa di potenziali conseguenze gravemente invalidanti. La progressione della malattia avviene secondo un pattern trifasico: dopo una fase iniziale (cosiddetta "pre-pulseless" perché il polso è ancora palpabile) caratterizzata da sintomi generali (febbre, malessere, sudorazioni notturne, artralgie, anoressia, perdita di peso) si passa allo "stadio vasculitico" durante il quale compaiono segni d'interessamen-

to vascolare come il dolore e l'iperestesia vasale. Nello stadio finale, tardivo ("pulseless" perché i polsi non sono palpabili), l'inflammatione della parete vasale ne condiziona l'ispessimento e lo sviluppo di fibrosi e trombosi, da cui originano le lesioni steno/occlusive arteriose tipiche di questa fase e i sintomi a esse correlati (dolore, claudicatio, riduzione o assenza dei polsi femorali). Per la diagnosi (che in media avviene dopo un periodo di 5-6 anni dai primi sintomi) sono necessari la dimostrazione delle anomalie vascolari (mediante angiografia, angio-TC o angio-RMN, quest'ultima preferibile in età pediatrica) e almeno un criterio clinico tra:

- deficit di polso o claudicatio;
- differenza di pressione sistolica tra i 4 arti >10 mmHg;
- soffi o fremiti vascolari a livello delle grandi arterie;
- ipertensione sisto/diastolica;
- aumento degli indici di flogosi.

È importante ricordare che, soprattutto nella fase "pre-pulseless" la patologia può

essere una delle cause di febbri di origine sconosciuta (FUO).

Il decorso

La bambina è trasferita presso il Reparto di Reumatologia dove, a seguito di valutazione specialistica (esame articolare nella norma, PA dx 105/60, PA sn 95/50), pratica capillaroscopia e visita oculistica (risultati nella norma) e un'angio-RMN, che rileva: *ectasia di calibro e ispessimento delle pareti dell'aorta ascendente, arco aortico e tratto prossimale dell'aorta toracica discendente. Le pareti vascolari sono diffusamente ispessite, in particolare a livello dell'emergenza dei vasi epiaortici e anche lungo il decorso del tronco arterioso brachio-cefalico, di ambedue le arterie succlavie e di ambedue le carotidi comuni medio-prossimali, con lieve riduzione di calibro di queste ultime; nella norma le restanti diramazioni addominali, toraciche e cerebrali esplorate.* Il reperto è compatibile con un'arterite di Takayasu di tipo IIB (interessante, cioè, l'aorta sovra-diaframmatica) nella fase "pre-pulseless" e induce a intraprendere, in tempi brevi, una terapia immunosoppressiva mirata.

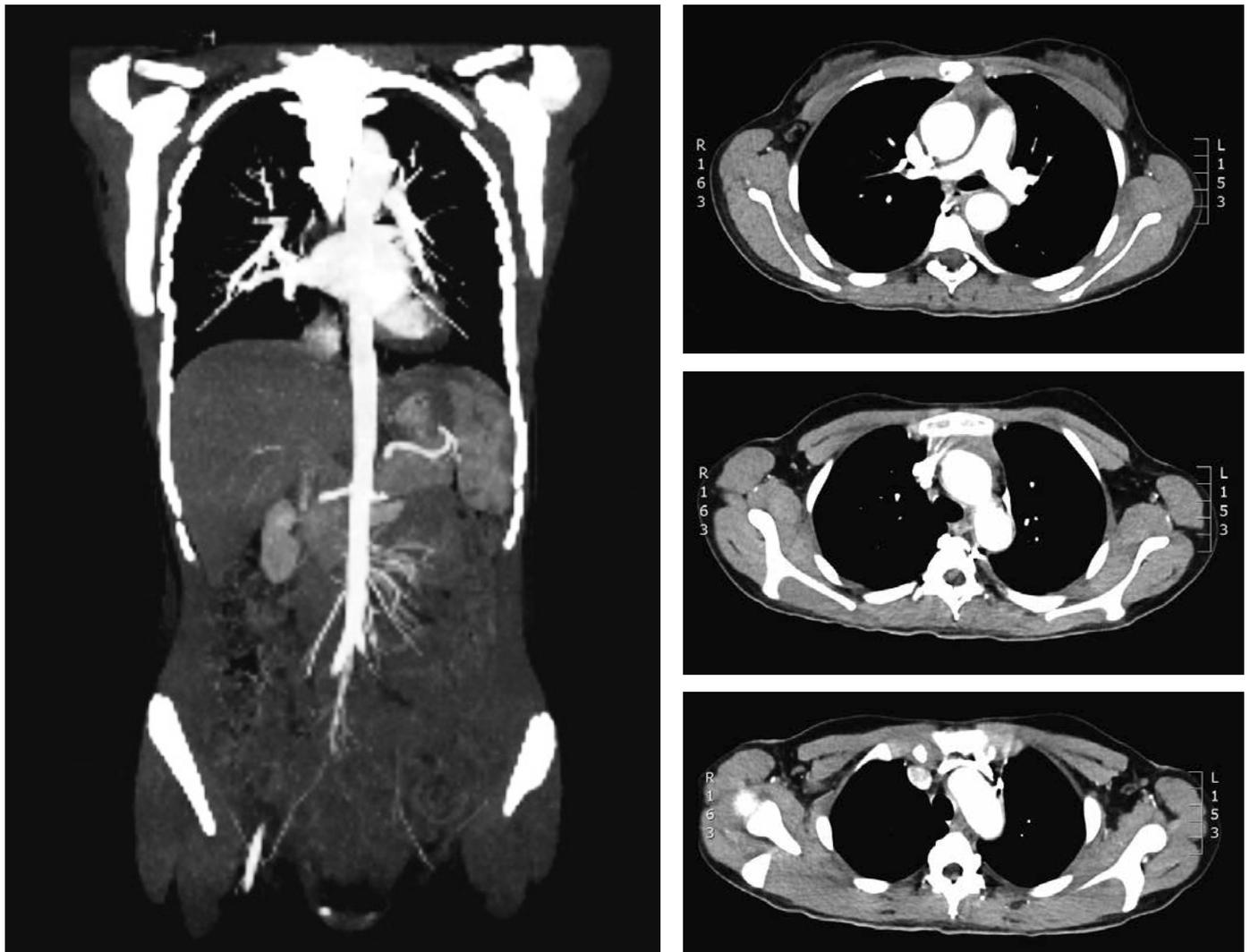


Figura 1. Angio-RMN: le figure mostrano l'ispessimento parietale e l'aumentato calibro dei primi tratti aortici.

Dopo aver praticato un aspirato midollare (risultato negativo per cellule atipiche), si somministrano tre boli di metilprednisolone (1 mg/kg/die) in 3 giorni consecutivi e poi s'inizia una terapia di fondo con prednisone, metotrexate e acido folinico per via orale. A un anno esatto dalla comparsa dei primi sintomi gli esami ematochimici di controllo mostrano una remissione del quadro di anemia (Hb 11,5 g/dl, MCV 74,9 fl, MCH 24,2 pg, Fe 30 mcg/dl) e una normalizzazione degli indici di flogosi (PCR 5 mg/l, VES 9 mm/h).

Commento

L'arterite di Takayasu (TA) è una malattia infiammatoria cronica, a eziologia sconosciuta, che interessa principalmente l'aorta e le sue diramazioni principali, le arterie coronarie e quelle polmonari. È un'affezione dai molti sinonimi, tra i quali "sindrome dell'arco aortico", malattia "senza polso", "arterite delle giovani donne". Alcune di queste definizioni sono ancora usate in certe aree geografiche, altre sono state invece abbandonate. Tali particolarità riflettono da un lato la lunga storia della TA, dall'altro le molte descrizioni in varie parti del mondo e in differenti periodi storici. L'esatta incidenza e la prevalenza di questa malattia non sono conosciute, ma si stima che si verifichino circa 2,6 casi per milione d'abitanti per anno. Le fasce d'età maggiormente colpite vanno dai 10 ai 30 anni, con un rapporto femmine/maschi di circa 4:1. La causa non è nota, anche se agenti infettivi, quali virus, batteri, spirochete e micobatteri, inserendosi su un terreno genetico predisponente, potrebbero

indurre la malattia. Il possibile ruolo dei fattori genetici è stato studiato da numerosi autori, soprattutto in riferimento all'associazione di questa malattia con gli antigeni HLA. L'aspetto più interessante del caso descritto è la relativa rapidità con cui si è giunti alla diagnosi (in media 5-6 anni, in questo caso in 9 mesi) e quindi alla terapia di fondo, l'unica che consente una discreta qualità di vita al bambino, con nette conseguenze sul benessere e sulla prognosi. Il quadro clinico-laboratoristico presentato all'esordio, altamente aspecifico, possiede due caratteristiche distintive determinanti ai fini del rapido raggiungimento della diagnosi: l'aumento marcato degli indici di flogosi e la resistenza alla terapia marziale. Queste due caratteristiche dovrebbero indurre il clinico a escludere dalla lista delle diagnosi quella che, solitamente, costituisce l'indiziato principale delle anemie microcitiche ipocromiche del periodo puberale (l'anemia sideropenica) e indirizzare gli sforzi diagnostici alla ricerca delle possibili cause infiammatorie.

Dal caso e dalla letteratura abbiamo imparato che:

- un'anemia ferro-carenziale resistente alla terapia marziale in un'adolescente femmina o in una giovane donna, associata a indici infiammatori elevati, dovrebbe indurre a eseguire almeno un'ecocardiografia;
- è importante dare rilievo ai segni clinici, come il deficit di polso, per orientare nella giusta direzione il processo diagnostico;
- la diagnosi di Takayasu è estremamente difficile perché per molti anni

si presenta ed evolve come una malattia autoimmune tipo AIG o lupus e solo un attento follow-up ne consente la diagnosi.

Conflitto d'interesse

L'Autore dichiara di non avere conflitti d'interesse.

✉ and.smarrazzo@gmail.com

Ardoin SP, Fels E. Takayasu Arteritis. Chap. 167.2. Nelson Textbook of Pediatrics, 20th Edition, Elsevier.

Brunner J, Feldman BM, Tyrrell PN, et al. Takayasu arteritis in children and adolescents. *Rheumatology* 2010;49:18014.

Katsicas MM, Pompozzi L, Russo R. Takayasu arteritis in pediatric patients. *Arch Argent Pediatr* 2012;110:251-5.

Keser G, Diresheneli H, Arsu K, et al. Management of Takayasu arteritis: a systematic review. *Rheumatology* 2014;53:793-801.

Liu Q, Dang AM, Chen BW, et al. The association of red blood cell distribution width with anemia and inflammation in patients with Takayasu arteritis. *Clin Chim Acta* 2015;438:205-9.

Mason JC. Takayasu arteritis – advances in diagnosis and management. *Nat Rev Rheumatol* 2010;6:406-15.

Nazareth R, Mason JC. Takayasu arteritis: severe consequences of delayed diagnosis. *Q J Med* 2011;104:797-800.

Ozen S, Ruperto N, Dillon MJ, et al. EULAR/PreS endorsed consensus criteria for the classification of childhood vasculitides. *Ann Rheum Dis* 2006;65:936-41.

Sills R. Iron-Deficiency Anemia. Chap. 455 Nelson Textbook of Pediatrics, 20th Edition, Elsevier.

L'allattamento materno riduce il rischio di leucemia in età pediatrica

Assunta Tornesello

Area Pediatrica, Università Cattolica del S. Cuore, Roma, e UOC di Oncoematologia Pediatrica, PO Vito Fazzi, Lecce

Recensione dell'articolo: Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and childhood leukemia incidence. A meta-analysis and systematic review. *JAMA Pediatr* 2015;169(6):e151025.

The authors assess the relationship between duration of breastfeeding and incidence of acute childhood leukemia through a systematic review and meta-analysis of papers published between January 1960 and December 2014. The results indicate that, compared with no or shorter breastfeeding, any breastfeeding for 6 months or longer is associated with a 19% lower risk of childhood leukemia (odds ratio 0.81; 95% CI 0.73–0.89). A separate meta-analysis of 15 studies indicates that ever breastfed infants have a 11% lower risk for childhood leukemia than never breastfed infants. The authors conclude that 14% to 19% of all childhood leukemia cases may be prevented by breastfeeding for 6 months or more. These findings add to other health benefits for children and mother associated with breastfeeding.

Lo studio di Amitay e Keinan-Boker valuta la relazione tra durata dell'allattamento al seno e incidenza di leucemia in età pediatrica, attraverso una revisione sistematica e una meta-analisi condotta sui lavori pubblicati tra gennaio 1960 e dicembre 2014. I risultati indicano che l'allattamento al seno di durata superiore a 6 mesi, se paragonato all'allattamento artificiale o all'allattamento al seno di durata inferiore a 6 mesi, si associa a una riduzione del rischio di ammalarsi di leucemia pari al 19% (odds ratio 0,81; IC 95% 0,73-0,89). Una meta-analisi distinta, effettuata su 15 lavori, che confronta l'allattamento al seno esclusivo con l'allattamento artificiale esclusivo, mostra una riduzione dell'11% del rischio di ammalarsi di leucemia. Gli autori concludono che una percentuale compresa tra il 14% e il 19% di tutte le leucemie in età pediatrica potrebbe essere evitata se tutti i bambini venissero allattati al seno per un periodo superiore a 6 mesi. Questo possibile vantaggio si aggiunge a tutti gli altri benefici dell'allattamento al seno per la madre e per il bambino.

Introduzione

Il latte materno è un alimento completo, a basso costo e accessibile a tutti, che garantisce tutte le necessità nutrizionali del lattante. Le attuali raccomandazioni dell'Accademia Americana di Pediatria e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dicono che "il lattante deve essere alimentato esclusivamente con latte materno per i primi sei mesi di vita per ottenere

una crescita e uno sviluppo ottimali e una buona salute. Successivamente il bambino può ricevere alimenti complementari continuando tuttavia ad assumere latte materno fino a due anni di vita e oltre se madre e figlio lo desiderano" [1, 2].

Il latte materno non è semplicemente una fonte di nutrimento ma contiene molti componenti immunologicamente attivi che sono in grado di influenzare lo sviluppo del sistema immune del bambino. Gli oligosaccaridi indigeribili, per esempio, funzionano da prebiotici e inducono la proliferazione di batteri "benefici" in grado di inibire la proliferazione di altre specie "patogene" quali ad esempio *Salmonella*, *Listeria* e *Campylobacter*. Con l'allattamento materno viene inoltre fornita al neonato una considerevole quantità di IgA secretorie, prima fonte di protezione immunitaria antigene-specifica, dirette particolarmente contro la microflora microbica della madre. Le IgA secretorie, insieme agli oligosaccaridi indigeribili, sono responsabili di una diretta modulazione del microbiota intestinale [3].

Il latte materno contiene cellule staminali simili alle cellule embrionali umane. Tutti i giorni il bambino alimentato al seno ingerisce centinaia di milioni di queste cellule che, secondo l'ipotesi più accreditata, potrebbero sopravvivere anche per lunghi periodi nel tratto digestivo del neonato per poi entrare nel circolo ematico e migrare nei differenti organi, mantenendo la loro capacità di differenziarsi. Particolarmente suggestiva è la teoria del "microchimerismo"

legato proprio agli scambi materno-fetali durante la gravidanza e a quelli madre-bambino dopo la nascita. Cellule materne che passano attraverso la placenta nella vita fetale e attraverso il latte materno nella vita postnatale contribuirebbero a mantenere la persistenza di un microchimerismo nel bambino e, quindi, di all'osservazione, che potrebbe esitare in un effetto protettivo rispetto al rischio di sviluppare la leucemia [4].

La leucemia acuta è la neoplasia più frequente in età pediatrica; essa rappresenta infatti il 30% di tutte le neoplasie nell'età compresa tra 0 e 14 anni e la sua incidenza subisce un incremento annuale dello 0,9%. La leucemia linfatica acuta è di gran lunga la forma più frequente (76% dei casi); il suo picco di incidenza è nella fascia di età compresa tra 2 e 5 anni [5]. L'eziologia è a tutt'oggi poco conosciuta. Negli ultimi 20 anni è stato elaborato un modello darwiniano di storia naturale della leucemia linfatica acuta. Studi effettuati su spot ematici raccolti con i cartoncini per il test di Guthrie e su cellule cordonali hanno permesso di tracciare l'origine prenatale della leucemia, dimostrando la presenza di cloni preleucemici, cioè di cellule ematopoietiche primordiali portatrici di alterazioni genetiche caratteristiche delle leucemie acute. Non tutti i cloni di cellule preleucemiche però danno luogo a malattia conclamata, poiché è necessario che intervenga un secondo evento affinché la leucemia si manifesti clinicamente, oppure che il clone preleucemico trovi un ambiente ideale per svilupparsi. Un'ipotesi suggestiva suggerisce che il sistema immune, stimolato da un'infezione, può avere in alcuni casi una reazione abnorme alle infezioni e indurre, con un meccanismo trigger, lo sviluppo del clone leucemico attraverso l'azione di una o più citochine [6].

Risultati dello studio

Amitay e Keinan-Boker [7], partendo dai presupposti illustrati, hanno disegnato uno studio che si propone di verificare la relazione tra allattamento al seno e sua durata (esposizione) con l'insorgenza di leucemia

in età pediatrica (outcome). A tale scopo sono stati valutati 638 lavori in lingua inglese pubblicati tra gennaio 1960 e dicembre 2014 su riviste *peer-reviewed*; la ricerca è stata effettuata su *PubMed*, *Cochrane Library* e *Scopus* tra luglio e dicembre 2014 utilizzando le seguenti parole chiave: *leukemia and breastfeeding*, *childhood cancer and breastfeeding*, *leukemia, breastfeeding e breast-feeding*. I due autori hanno effettuato la ricerca, che mirava ad individuare gli studi caso controllo, e rivisto e selezionato i lavori indipendentemente l'uno dall'altro. Sono stati individuati 25 lavori, nei quali la durata dell'allattamento al seno era espressa in mesi. Sette di questi lavori non erano inclusi nelle 3 meta-analisi pubblicate precedentemente. I 25 lavori identificati sono stati poi sottoposti a criteri più restrittivi di selezione attraverso l'utilizzo della scala specifica di Newcastle-Ottawa (NOS), con la quale sono stati identificati 18 lavori aventi un punteggio ≥ 5 . Non sono stati evidenziati bias di pubblicazione (valutazione effettuata con l'*Egger bias test* e con grafico *funnel plot*). Poiché non è stata dimostrata la presenza di eterogeneità tra gli studi, la meta-analisi è stata effettuata sia col modello a effetti fissi che con quello a effetti casuali; quest'ultimo è stato scelto per illustrare i risultati finali perché più conservativo. Sono stati utilizzati i risultati grezzi dei singoli studi, non corretti per eventuali fattori confondenti, in quanto questi erano potenzialmente differenti da studio a studio. Nel complesso sono stati valutati 10.292 casi di leucemia e 17.517 controlli. L'odds ratio (OR) di ogni singolo studio era compreso tra 0,34 e 1,25. La meta-analisi dei 18 studi selezionati ha indicato che l'allattamento al seno per un periodo superiore o uguale a 6 mesi riduce il rischio di ammalarsi di leucemia linfatica acuta del 19% (OR 0,81; IC 95% 0,73-0,89). L'analisi separata per gruppi è riportata nella **Tabella 1**. In un gruppo sono state escluse le leucemie insorte entro il primo anno di vita, sia perché l'insorgenza della leucemia in questa fascia di età può essere legata a fattori di rischio prenatali, sia perché la diagnosi stessa di leucemia può influenzare la durata dell'allattamento al seno. In questo gruppo il rischio d'insorgenza di leucemia si riduceva del 17% nei bambini allattati per un periodo uguale o superiore a 6 mesi (OR 0,83; IC 95% 0,73-0,94). L'effetto protettivo dell'allattamento al seno continuava ad essere evidente anche quando sono stati presi in esame solo i 9 studi che rispondevano a un criterio più restrittivo di valutazione della qualità, cioè quelli con punteggio NOS superiore o uguale a 8 (OR 0,86; IC 95% 0,78-0,94).

	n. studi analizzati	OR	IC 95%
Totale studi	18	0,81	0,73-0,89
Età diagnosi leucemia ≥ 1 anno	8	0,83	0,73-0,94
NOS ≥ 8	9	0,86	0,78-0,94
Paesi sviluppati	13	0,84	0,78-0,90
Solo leucemia linfatica acuta	11	0,82	0,73-0,93
Solo leucemia mieloide acuta	6	0,74	0,48-1,14
Allattamento esclusivo al seno vs allattamento esclusivo artificiale	15	0,89	0,84-0,96

BOX 1 Evidenze dell'effetto protettivo dell'allattamento materno verso le leucemie infantili

L'allattamento materno per 6 mesi o più si associa a una riduzione del 19% del rischio di leucemia in età pediatrica (OR 0,81; IC 95% 0,73-0,89).

L'allattamento materno in qualunque momento e per qualunque durata si associa a una riduzione dell'11% del rischio di leucemia in età pediatrica.

Alcuni meccanismi biologici possono spiegare l'effetto protettivo dell'allattamento materno sul rischio di leucemia in età pediatrica, tra cui lo sviluppo di un microbioma più favorevole nell'intestino del lattante e la presenza di cellule staminali e *natural-killer* nel latte umano.

Similmente l'effetto protettivo dell'allattamento al seno per almeno 6 mesi è stato confermato anche nei 13 studi effettuati solo nei Paesi sviluppati (OR 0,84; IC 95% 0,78-0,90). L'analisi dei casi con diagnosi di leucemia mieloide acuta, separatamente da quelli con leucemia linfatica acuta, non ha invece confermato l'effetto protettivo dell'allattamento al seno, pur con una stima puntuale dell'OR pari a 0,74; questo risultato potrebbe essere dovuto alla numerosità non sufficientemente elevata delle osservazioni.

Infine sono stati confrontati i bambini allattati esclusivamente al seno per un periodo superiore a 6 mesi con quelli allattati solo artificialmente. Quindici studi consentivano questa analisi, anche se la definizione di "allattamento esclusivo artificiale" non era sempre uguale (ad es. in alcuni lavori venivano considerati tali anche i bambini che avevano ricevuto latte materno per meno di un mese); pur con questi limiti il confronto ancora una volta conferma l'effetto protettivo dell'allattamento al seno, con una riduzione del rischio pari all'11% (OR 0,89; IC 95% 0,84-0,94).

Nella **Tabella 2** vengono riportati i risultati degli studi con più di 1000 casi: a fronte di risultati non sempre omogenei, l'analisi dei 4 studi insieme conferma l'effetto protettivo dell'allattamento al seno (OR 0,84; IC 95% 0,75-0,94).

Valutazione metodologica dello studio

Lo studio è stato ben organizzato e ben condotto. L'obiettivo della revisione sistematica e della meta-analisi è definito chia-

ramente ed esplicitamente e può essere considerato rilevante se si considera la possibilità di prevenire, sia pur in una piccola percentuale di casi, una malattia grave come la leucemia con un provvedimento di salute pubblica accessibile e di basso costo come l'allattamento al seno. I criteri di inclusione sembrano ragionevoli e coerenti con l'obiettivo prefissato. La numerosità totale dei pazienti (10.292 casi di leucemia e 17.517 controlli) può essere considerata soddisfacente.

La valutazione della qualità della revisione sistematica e della meta-analisi, operata attraverso lo strumento AMSTAR [8], risulta positiva per tutti gli 11 criteri dello strumento; l'unica informazione non fornita è quella relativa alla presenza o meno di conflitti d'interesse nei singoli studi inclusi nella revisione.

Gli stessi autori in realtà segnalano, successivamente alla pubblicazione dell'articolo, un bias di selezione relativo all'inserimento di due lavori pubblicati rispettivamente nel 2001 e nel 2012, dove i partecipanti allo studio del 2012 sono in realtà un sottogruppo dei partecipanti allo studio del 2001. La rivalutazione dei risultati dopo la rimozione dell'articolo del 2012 incrementa solo lievemente l'eterogeneità degli studi (analisi effettuata con l'indice di eterogeneità di Higgins I²) e non modifica quindi i risultati e le conclusioni della meta-analisi [9].

Altre critiche metodologiche sono state oggetto di dibattito sulla stessa rivista nella quale è stato pubblicato l'articolo di Amitay e Keinan-Boker. Ojha e Asdahl, del Dipartimento di Epidemiologia del St. Ju-

TABELLA 2 Risultati riportati nei 4 lavori con casistica più numerosa

Lavoro analizzato	n. casi vs n. controlli	OR	IC 95%
Shu et al, 1999	2199 vs 2418	0,79	0,7-0,91
UK Childhood Cancer Study, 2001	1636 vs 6959	0,89	0,84-1,00
Lancashire, 2003	1325 vs 1327	1,04	0,86-1,26
Shüz, 1999	1001 vs 1001	1,2	0,9-1,6

de Children's Hospital di Memphis, hanno osservato che l'utilizzazione dei risultati grezzi e la mancata analisi dei fattori confondenti, uno per tutti l'età materna, potevano essere responsabili di una minore robustezza dei risultati. L'età materna, in effetti, può avere influenza sia sull'allattamento al seno e la sua durata sia sull'insorgenza della leucemia in età pediatrica [10]. A questo rilievo gli autori della meta-analisi hanno risposto che l'età materna non è l'unico fattore confondente; possono essere variabili confondenti anche il fumo o l'assunzione di alcol durante la gravidanza, l'età gestazionale, il peso alla nascita, le condizioni socioeconomiche, tutte variabili che possono essere messe in relazione sia con l'allattamento materno e la sua durata, sia con l'insorgenza della leucemia. È stato scelto di utilizzare i risultati grezzi, cioè i *crude odds ratio*, poiché anche la correzione per tutte le variabili confondenti, che si ricorda sono diverse da studio a studio, avrebbe potuto portare a risultati distorti (*biased*) [9]; questa decisione degli autori appare condivisibile.

Alcuni limiti dello studio derivano dall'aver incluso nella revisione sistematica e nella meta-analisi solo studi caso-controllo. Tale decisione era, in un certo senso, inevitabile, dal momento che, dando per scontata l'impossibilità di disegnare trials randomizzati sull'allattamento materno, anche gli studi di coorte sarebbero difficili da effettuare a causa della relativa rarità dell'outcome e del lungo periodo di follow-up necessario, con le inevitabili perdite di soggetti della coorte col passare del tempo.

Sinteticamente, i limiti più importanti sono rappresentati dalla possibilità di presenza di variabili confondenti, tra cui in particolare l'età materna cui si è accennato in precedenza, e di bias da ricordo (*recall bias*) dell'esposizione (allattamento materno e sua durata), evenienza, quest'ultima, considerata però dagli autori molto poco probabile. Un altro limite può derivare dalla variabilità della

frequenza di risposte ottenute, nei vari studi, per i casi (47%-98%) e per i controlli (71%-95%), laddove i più alti tassi di risposta sono stati osservati per le classi socioeconomiche più elevate. Gli autori dell'articolo segnalano anche la possibilità di *bias* derivanti dal fatto che l'allattamento materno è più frequente proprio nelle classi socioeconomiche più elevate; tuttavia ciò è poco verosimile dal momento che la classe sociale, pur associandosi all'esposizione, non è collegata direttamente con l'outcome, cioè col rischio di ammalarsi di leucemia in età pediatrica. L'ultimo limite, infine, potrebbe derivare dai differenti criteri adoperati per definire l'allattamento materno esclusivo.

Conclusioni

Gli autori concludono che l'allattamento al seno per un periodo superiore a 6 mesi si associa a una riduzione del rischio di sviluppare leucemia in età pediatrica che oscilla dal 14% al 19%. L'allattamento al seno viene pertanto definito come "un provvedimento di salute pubblica a basso costo e altamente accessibile, i cui vantaggi e benefici devono essere divulgati". Poiché il principale obiettivo di salute pubblica è la prevenzione della morbilità, è necessario promuovere l'allattamento al seno mettendo in atto tutti quei provvedimenti di formazione e informazione indirizzati non solo alla madre, all'opinione pubblica e alla società nel suo complesso, ma soprattutto agli operatori sanitari e ai responsabili del funzionamento e dell'organizzazione delle strutture all'interno delle quali essi svolgono il loro lavoro.

In definitiva lo studio è interessante e ben condotto. Certamente offre interessanti spunti di riflessione e di ricerca soprattutto sui meccanismi biologici che potrebbero sottendere all'associazione tra allattamento al seno e riduzione del rischio di ammalarsi di leucemia in età pediatrica. Di certo è una buona occasione per ribadire l'utilità dell'allattamento al seno come uno dei cardini del

progetto di prevenzione "i primi 1000 giorni di vita", promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità [11] e fatto proprio dall'Associazione Culturale Pediatri che lo ha inserito tra le sue attività e priorità [12].

Conflitto d'interesse

L'Autore dichiara di non avere conflitti d'interesse.

✉ assuntatornesello@gmail.com

1. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. Section on Breastfeeding. Pediatrics 2012;129:e827-41.
2. Breastfeeding Advocacy Initiative For the best start in life (WHO-UNICEF). http://www.unicef.org/nutrition/files/Breastfeeding_Advocacy_Strategy-2015.pdf.
3. Gura T. NaturÈs first functional food. Science 2014;345:747-9.
4. Hassiotou F, Hartmann PE. At the dawn of a new discovery: the potential of breast milk stem cells. Adv Nutr 2014;5:770-8.
5. AA.VV. I tumori in Italia. Rapporto AIR-TUM 2012. I tumori dei bambini e degli adolescenti. Epidemiol Prev 2013;37(1):Suppl. 1.
6. Greaves M. Infection, immune response and the aetiology of childhood leukemia. Nat Rev Cancer 2006;6:193-203.
7. Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and childhood leukemia incidence. A meta-analysis and systematic review. JAMA Pediatr 2015;169(6):e151025.
8. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. 2007;7:10.
9. Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and childhood leukemia incidence - Reply. JAMA Pediatr 2015;169(11):1071-2.
10. Ojha RP, Asdahl PH. Breastfeeding and childhood leukemia incidence: duplicate data inadvertently included in the meta-analysis and consideration of possible confounders. JAMA Pediatr 2015;169:1070.
11. Cunha AJ, Leite AJ, Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. J Pediatr 2015;91(Suppl 1):S44-51.
12. Siani P. I primi mille. Quaderni acp 2016;23(3):98.

1000 giorni: dalla gravidanza ai primi tre anni di vita del bambino. Centro per donne, neogenitori e nuclei familiari



Flaminia Trapani*, Chiara Arpaia*, Irene Esposito*, Elisa Serangeli*,
Alessandro Telloni**, Giuseppe Cirillo***

*Associazione Pianoterra onlus; **Associazione Antropos onlus; ***Associazione Culturale Pediatri

Il Progetto

Il Progetto partecipa al bando del network Transatlantic Forum on Inclusive Early Years 2016 (TFIEY) [1] ed è stato denominato "1000 giorni". Ha già ricevuto nel 2015 una menzione speciale dal TFIEY, che individua le migliori strategie innovative rivolte alla tutela della prima infanzia ed è coordinato, in Italia, dalla Compagnia di San Paolo in partenariato con Fondazione Zancan, Fondazione Cariplo, Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo e Fondazione con il Sud.

È un programma di intervento precoce, bi-generazionale, integrato e multidimensionale, rivolto a donne in gravidanza, neogenitori e bambini molto piccoli (0-3 anni). Come ben noto, i primi tre anni di vita sono estremamente importanti per lo sviluppo dell'individuo. Pertanto, sostenere i genitori, indirizzarli verso forme idonee di accudimento e cura, accompagnarli nella costituzione della relazione col proprio bambino rappresentano un potente strumento di prevenzione soprattutto per le famiglie di basso livello socio-economico [2-5].

Il contesto territoriale

In entrambi i territori in cui si realizza, rione Sanità a Napoli e Tor Sapienza a Roma, il programma 1000 Giorni si configura come un intervento comunitario, inserito cioè in una progettualità più ampia, legata a una solida rete territoriale. Pur se molto diversi tra loro, entrambi sono quartieri degradati, dove povertà, dipendenza, criminalità, indebitamento, abbandono scolastico, disoccupazione sono fenomeni che riguardano una larga fetta della popolazione [17,18]. Comunità ferite, deluse, eppure ancora in grado di ritrovare, al proprio interno, la forza di auto-organizzarsi per offrire risposte ai bisogni del territorio. In particolare, al rione Sanità, sono ormai numerose le cooperative, le associazioni, i comitati di quartiere, i gruppi informali

che operano attivamente in diversi ambiti offrendo laboratori educativi, sostegno scolastico, attività sportive e ricreative per bambini e adolescenti, sostegno materiale alle famiglie più indigenti, recupero di beni artistici, promozione turistica delle bellezze del quartiere. Dal 2008 esiste anche un'orchestra giovanile (Sanitansamble). Un'attivazione comunitaria dunque che, per affrancarsi da una condizione di disagio generalizzato, produce massimo impegno e innesca un cambiamento che parte dal basso.

Tor Sapienza si caratterizza invece per il suo essere periferia, quartiere dormitorio povero di servizi e privo di luoghi di socialità e di incontro. In questo caso ci si è rivolti, come partner territoriale, all'associazione Antropos onlus che opera da anni in quella zona ed è un punto di riferimento importante per gli abitanti del quartiere. Antropos gestisce un centro di aggregazione giovanile e un luogo, la Casetta delle Arti e dei Giochi, destinato ad attività ludico-espressive per i più piccoli. Inoltre, dal 2015, coordina lo *Spazio Mamme* e il *Punto Luce* per Save the Children Italia onlus. Si tratta, pertanto, di una realtà associativa conosciuta e ben radicata nel quartiere, che lavora in stretta collaborazione e continuità con le istituzioni (Municipio, Asl, Scuole, Regione, Provincia) e con le altre cooperative e associazioni attive sul territorio.

Sia Pianoterra che Antropos sono quindi associazioni già attive in progetti rivolti alle mamme, ai genitori, ai bambini e ai ragazzi, in rete con i servizi pubblici e in collaborazione con altre realtà associative tra cui Save the Children Italia onlus. Pertanto, in entrambi i quartieri, è attiva una rete di servizi socio-sanitari-educativi che possono essere definiti longitudinali, in quanto mirano a racchiudere, al loro interno, l'intero arco dell'età evolutiva in un disegno complessivo teso a restituire un modello di continuità e coerenza degli interventi.

Si va configurando così la presenza visibile di un presidio territoriale aperto che ha la potenzialità di facilitare l'accoglienza dei più deboli, favorendo l'empowerment comunitario che sappiamo essere lo strumento più potente per il benessere dei cittadini e per lo sviluppo territoriale [7-10].

Target di riferimento

Circa 730 donne in gravidanza e neomamme e relativi nuclei familiari italiani e stranieri per anno nel quartiere Sanità a Napoli e circa 436 per anno nel quartiere Tor Sapienza a Roma rappresentano il denominatore di riferimento; il contatto e l'accoglienza sono il nostro primo obiettivo, l'universalismo selettivo e proporzionale ai bisogni la nostra metodologia.

Una specifica attenzione sarà rivolta perciò ai nuclei familiari in condizioni di maggiore vulnerabilità, povertà e a rischio di emarginazione sociale, ai quali sarà indirizzata un'intensa attività informativa e un'offerta attiva di contatto e accoglienza sia individuale che di gruppo presso lo Spazio 1000 Giorni, fino ad arrivare, per i nuclei familiari in condizioni di grave rischio di esclusione sociale, a definire progetti personalizzati con interventi e azioni integrate, comprese le visite domiciliari periodiche nel corso del primo anno di vita dei bambini [10].

Obiettivi

Promuovere e diffondere buone pratiche parentali al fine di ridurre e prevenire possibili fattori di rischio sia in ambito sanitario che psico-sociale-educativo; facilitare e incoraggiare le famiglie più vulnerabili a utilizzare in maniera efficace le strutture socio-sanitarie ed educative del territorio; offrire servizi aggiuntivi e innovativi di cura e benessere per la donna e il bambino, al fine di contrastare l'emarginazione sociale e di modificare traiettorie di vita altrimenti segnate dalle condizioni inizia-

li di svantaggio. Quattro le azioni fondamentali previste dal programma:

- **Attivazione di un coordinamento comunitario dei servizi per la famiglia** per creare integrazione e collegamento tra le diverse strutture territoriali che si occupano di salute materno-infantile (strutture pubbliche, private, formali, informali);
- **Apertura di uno sportello di ascolto** per accogliere le donne e avviare un'attenta analisi della domanda, dei bisogni e delle risorse, indispensabile per personalizzare l'intervento, per programmare e coordinare le azioni di sostegno;
- **Promozione e diffusione del programma** tra le donne in gravidanza, le mamme e i nuclei familiari anche attraverso l'individuazione e la formazione di "mamme antenna" che potranno coadiuvare il lavoro e le attività del programma; si prevede inoltre di attivare, una sorta di "registro di quartiere delle gravidanze" al quale le donne potranno iscriversi e di realizzare attività di home-visiting per i casi di maggiore complessità;
- **Offerta di attività e servizi quali:** orientamento ai servizi socio-sanitari-educativi territoriali; incontri con esperti della salute e del benessere della donna e del bambino; incontri di puericultura e sostegno all'allattamento; gruppi psico-educativi di accompagnamento alla genitorialità; laboratori creativi ed espressivi; attività ludico-ricreative per facilitare l'interazione madre-bambino; counselling individuale e di famiglia.

Sempre al fine di sensibilizzare le donne a una maternità consapevole, è stata realizzata una pubblicazione – *MAMMAMIA – quel che è bene sapere durante la gravidanza e nelle prime fasi di vita del bambino*: una piccola guida per ogni genitore che accompagna e funge da supporto alle attività sopra descritte [11].

Il programma 1000 giorni prevede, inoltre, l'utilizzo di uno strumento innovativo – *La valigia Maternità* – che si ispira all'esperienza finlandese (Maternità

Package – Baby box) [12] e che offre un incentivo concreto alla prevenzione e all'acquisizione delle prime competenze genitoriali. Si tratta di una vera e propria valigia che contiene capi di abbigliamento e prodotti per l'igiene e l'accudimento del neonato e per la cura della mamma che verrà donata a quest'ultima poco prima del parto a condizione che abbia eseguito, nel corso della gravidanza, tutti gli esami di laboratorio, clinici e strumentali previsti dal SSN e frequentato un corso di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità.

Sia alla Sanità che a Tor Sapienza viene così avviato un progetto che focalizza l'attenzione anche alla prevenzione, alla salute riproduttiva, ai bimbi molto piccoli, ai nuclei familiari di nuova formazione; un tassello fino a ora mancante in entrambi i quartieri ma indispensabile per integrare il sistema di azioni e interventi già attivi in un percorso longitudinale completo che prende il via dal momento del concepimento per arrivare fino all'età adulta, attraverso un piano armonico e dinamico. Grande attenzione sarà posta agli strumenti di monitoraggio e valutazione, consapevoli di quanto il contesto possa influenzare l'efficienza e l'efficacia di progetti che sono universalmente considerati utili e necessari a sostenere precocemente i nuclei familiari, soprattutto quelli a rischio di esclusione sociale.

✉ flaminiatrapani@pianoterra.net

1. "Bando Infanzia, Prima" – Call for Ideas", Transatlantic Forum on Inclusive Early Years (TFIEY). 2016 <http://tfeyitalia.org/category/documentazione>.
2. Spadea T, Cois E. I determinanti delle disuguaglianze di salute in Italia. I primi anni di vita. *Epidemiologia e Prevenzione* 2004;28 suppl: 26-31.
3. Ammanniti M. Valutazione degli effetti di un intervento di supporto a madri a rischio psicosociale. Relazione al Convegno "Nascere insieme". Cesena, marzo 2005.
4. Tamburlini G. Supporto alla funzione genitoriale e promozione della salute mentale in età evolutiva. Atti Conferenza Nazionale sulla

salute mentale. Ministero della Salute, Roma, 10-12 gennaio 2001.

5. Paxson C, Haskins R: Preventing Children Maltreatment. *The Future of Children* vol.19, 2 Fall 2009.
6. Bronfenbrenner U, Morris PA. "The Bioecological Model of Human Development". In: *Handbook of Child Psychology*, vol. 1. Theoretical Models of Human Development. Hoboken, NJ: Wiley, 2006:793-828.
7. Garbarino J, Kostelny K. Child Maltreatment as a Community Problem. *Child Abuse Neglect* 1992;16:455-64.
8. Human JJ. Heckman, Policies to Foster Human Capital. JCPWR Working Paper 154. Northwestern University and University of Chicago Joint Center for Poverty Research, 2000.
9. Sandres M, Markie-Dadds C, Turner K. Theoretical, Scientific, and Clinical Foundations of the triple P-Positive Parenting Program: a population approach to Promotion of Parenting Competence, Parenting Research and Practice Monograph No.1 St. Lucia, Queensland, Australia: The Parenting and Family Support Centre at the University of Queensland, 2003.
10. *MAMMAMIA* – quel che è bene sapere durante la gravidanza e nelle prime fasi di vita del bambino. Save the Children, in collaborazione con ACP, 2015.
11. www.finnishbabybox.co/.
12. Bartley M, Blane D, Montgomery S. Socioeconomic determinants of health and life Course: why safety nets matter. *BMJ* 1997;314.
13. Bremberg S. Does an increase of low income families affect child health inequalities? A Swedish case study. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:584-8.
14. Brooks-Gunn J, Duncan J. The Effects of Poverty on Children. In: *The Future of Children. Children and Poverty*. Summer/Fall 1997; vol. 7 n. 2.
15. Cirillo G. Povertà e salute nell'infanzia. In: *Salute e Territorio* n. 110/1988.
16. Profilo di Comunità della città di Napoli 2010-2012, a cura del Centro Studi Interistituzionale per l'integrazione socio-sanitaria. Comune di Napoli. Asl Napoli centro, Ariello, Napoli, 2011.
17. Profilo di Comunità della città di Napoli 2010-2012: Municipalità e Distretti, a cura del Centro Studi Interistituzionale per l'integrazione socio-sanitaria. Comune di Napoli. Asl Napoli centro, Alfredo Guida, Napoli, 2011.

Difendersi dalla sofferenza, ma a quale prezzo? L'attivazione di meccanismi difensivi nella cura di bambini gravemente malati nel corpo



Alberto Stefana*, Alessio Gamba**

*Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi di Verona

**UO Psicologia Evolutiva, AO San Gerardo, Monza

Lavorare con bambini gravemente malati nel corpo rappresenta per gli operatori una fonte d'angoscia, una condizione emotiva che innesca inconsueti meccanismi di difesa psicologica. L'uso massiccio e continuativo di tali difese aiuta l'operatore a sentire meno gli affetti negativi, ma allo stesso tempo può incidere negativamente sulla comunicazione col paziente (per comunicazione si intende il rendere partecipe qualcuno di un contenuto mentale). A questo possibile effetto collaterale se ne aggiunge un altro altrettanto grave: lo sviluppo nei bambini di comportamenti difensivi, che porta a uno pseudo-adattamento e a una "falsificazione" degli affetti più autentici, che diventano incomunicabili dal bambino all'adulto. Se di fronte alla possibilità di morte di un bambino l'adulto è troppo angosciato o congelato, difficilmente sarà in grado di accostarsi a quel bambino. Questo è un grave problema, perché l'identità dell'uno, il bambino sofferente, può esistere solo se sostenuta dall'identità dell'altro, l'adulto che accoglie la persona con i suoi vissuti.

Work with seriously ill children is for the operators a source of anxiety, an emotional condition that triggers unconscious psychological defense mechanisms. The massive and continued use of such mechanisms helps the operator to cope better with the negative affects, but, at the same time, it can adversely affect the communication with the patient (communication=making someone being able to share a mental content). At this possible side effect there is another equally serious: the development of defensive behaviors in children. This "side effect" can lead to a pseudo-adaptation and a "falsification" of the most authentic affections, and this can make a child unable to communicate with an adult. If, in facing the possible death of a child, the adult can be distressed or frozen, it will be difficult for him/her to be able to get close to that child. This is a serious problem, because the identity of one, the suffering child, can exist only if supported by the identity of the other, the adult, who receives the person with his life experiences.

I bambini gravemente malati nel corpo vivono delle emozioni intense e difficili da tollerare, non solo in termini di dolore fisico, ma anche di angosce, allarmi, fantasie inquietanti e catastrofiche, che rappresentano un ulteriore peso in aggiunta alla malattia fisica vera e propria. Questi vissuti, difficili da mettere in parole ma non cancellabili, dovrebbero trovare una via di espressione e condivisione, quando questo avvenga per una "necessità spontanea" del bambino, con la libertà di poter stare vicino a un se stesso sofferente, senza essere invece "costretto a stare bene" o essere spinto verso una qualunque "distrazione" o "divertimento" (nel senso di spostare il pensiero del bambino dalla malattia alle altre dimensioni dell'esperienza, con lo stesso percorso psichico ed etimologico proprio della parola "divertimento", ovvero spostare l'attenzione da..., distogliere

da pensieri angoscianti...). La capacità di dare spazio anche a questi vissuti diventa allora un indicatore della qualità di cura, che si misura anche sul quanto la sofferenza del bambino può essere vista e accolta nel rapporto con gli adulti, e sul come questi ultimi affrontano le tematiche psicologiche e quelle della qualità di vita [1,2]. Non si tratta di una sfida facile.

Lavorare in situazioni che portano quotidianamente a doversi confrontare con esiti infausti (e con il dolore delle persone coinvolte, bambini e genitori) rappresenta per gli operatori una fonte di stress e di *burn out* [3-5]. Trovarsi in situazioni emotivamente difficili fa scattare specifiche strategie difensive contro il disagio e l'angoscia [6,7]. L'uso sistematico di tali meccanismi psichici – che vanno da quelli più primitivi come il "non vedere proprio" e il "non accorgersi", cioè il diniego e la proiezio-

ne, a quelli più maturi come il ricorso all'argomentazione per parlare di emozioni, cioè l'intellettualizzazione [8] – comporta sì l'evitamento o la riduzione dei sentimenti negativi che l'operatore sperimenta dentro di sé, ma allo stesso tempo ostacola la capacità di riconoscere la sofferenza del paziente [9] e dei suoi familiari, così come impoverisce la capacità di rispondere adeguatamente alle loro esigenze [10]. Se da una parte i meccanismi difensivi aiutano il singolo operatore a sentire meno l'angoscia, dall'altra parte interferiscono negativamente nella comunicazione operatore-paziente, ovvero su quella sintonia e reciproca collaborazione (nelle motivazioni, negli sforzi, nelle fatiche) che invece rappresentano un fattore assolutamente necessario della cura.

L'affanno di un caregiver nel rispondere in maniera "sufficientemente buona" [11] ai bisogni e ai desideri del paziente-bambino ha certamente delle radici che – al di là dell'impegno che ognuno può consapevolmente mettere in campo – si collegano al disagio di trovare dentro se stessi significative esperienze di dolore [12]. Anche l'operatore si scopre sofferente e vulnerabile. Questa importante fatica rischia però di riversarsi nello sviluppo nei bambini di comportamenti difensivi simili a quelli adoperati dai caregiver; strategie difensive alle quali i piccoli ricorreranno nelle situazioni di tensione. Ciò è reso possibile dal fatto che è la qualità difensiva delle reazioni dei caregiver agli stati emotivi manifestati dal bambino a essere interiorizzata da quest'ultimo [12]. Un adulto troppo angosciato o impaurito, in difficoltà nell'accettare la vulnerabilità umana, difficilmente sarà in grado di accostarsi a un bambino che si confronta con la possibilità di morire, perché quest'ultimo rischia proprio di smontare quelle difese che è stato necessario strutturare. L'esito non può essere che quello di una maggiore solitudine di ciascuno, in primo luogo del bambino. Questo perché l'identità dell'uno, il bambino

sofferente, può esistere solo se sostenuta dall'identità dell'altro, cioè un adulto che accoglie la persona e sostiene i suoi vissuti: "se io non posso parlarti del mio dolore e della mia paura di morire, non posso esistere per te come bambino vivo e sofferente".

È quindi importante – anche nei percorsi di formazione specialistica – riflettere su quanto e come gli adulti che lavorano con questi bambini siano capaci di percepire, tollerare e contenere il proprio disagio e sofferenze [13,14]. Se questo avviene troppo poco, ovvero se gli operatori non sono in grado di fare questo lavoro psicologico di sintonizzazione e di contenimento affettivo, diventa grande il rischio di indurre – anche se non consapevolmente – i bambini a dare di se stessi una versione meno sofferente, che "funziona" meglio, proprio perché è l'unica condivisibile, stante che dalla sofferenza tutti devono proteggersi, anche gli adulti. È la stessa dinamica che del resto ha spesso luogo tra genitori e figli, quando questi ultimi cercano inconsciamente di "non disturbare troppo", di "funzionare" (facendo poche richieste, adattandosi facilmente, "non creando problemi...") perché sentono che per i loro genitori l'angoscia sarebbe troppa [15].

Alla base delle considerazioni sopra espresse si situa il concetto di *trauma* psicologico, con l'esperienza che di esso viene fatta, i modi e i tempi con cui ci si può stare in contatto o, all'opposto, il più lontani possibile. Poiché è impensabile sostenere che ci si possa esimere dal prendere posizione e "tenere a bada" la sofferenza imposta dalla malattia, serve immaginare non come sfuggirla ma in che modo starle vicini, dal momento che essa non è un oggetto estraneo a sé e al proprio mondo (personale e familiare), ma lo intreccia significativamente. Affinché questo possa avvenire nel bambino è necessario che prima avvenga nel suo ambiente primario, costituito dalla famiglia e che si allarga – nel caso di piccoli pazienti – fino a comprendere il personale di reparto.

Da un punto di vista psicologico, è molto importante poter considerare la malattia come un accadimento *potenzialmente* traumatico, dove il termine "potenzialmente" trova la sua ragione d'essere nel fatto che l'impatto derivante da una grave patologia organica deve potersi presentare come un evento psichico, cioè un'esperienza pensabile di malattia, e non essere individuato come una intrusione subita o un qualcosa di esterno, concreto e oggettivo, imm modificabile. Si potrebbe dire che la sofferenza e la paura della morte possibile devono poter essere "addomesticate" o "abitate", e non subite o, peggio, fuggite

o evacuate, tanto dal bambino quanto dal suo *entourage*. In caso contrario il rischio è che al trauma della malattia si aggiunga un differente tipo di trauma: quello di un'esperienza persecutoria da cui si cerca di fuggire incessantemente e inutilmente, visto che non si può fuggire da qualcosa che è dentro la propria storia e i propri fantasmi e che opera in modo tantalizzante.

È la possibilità di (ri)sperimentare i vissuti di sofferenza in presenza di un altro (genitore, infermiere, medico, psicologo ecc.) che permette al bambino malato di ritrovare un se stesso in cui possono integrarsi corpo e psiche, e non solo l'uno o l'altra alternativamente [16,17]. Ciò non accade quando si osservano quei bambini "perfetti pazienti" che sembrano aver "accettato" benissimo la situazione di malattia, ma che in realtà devono fare ricorso a un assetto personale basato sul falso-Sé [18,19], cioè a uno pseudo-adattamento e a una falsificazione degli affetti più autentici; una difesa dalle paure e dalle angosce legate alle cure e alla possibilità di morte, ma anche dalla rabbia e dai sentimenti di disperazione e di completa impotenza, di solitudine, come pure dalle ferite narcisistiche a cui è soggetto.

Il miglior modo in cui un bambino può "parlare" di sé è tramite la creatività spontanea (disegnare, giocare, sognare), in cui l'adulto diventa ascoltatore ma anche costruttore di uno "spazio potenziale" [11,20]. Si tratta cioè di un luogo psichico, che è il bambino malato a gestire e a riempire, salvaguardando la propria unità psicosomatica, rimanendo psichicamente attivo, in cui il linguaggio di ciascuno esprime la personale verità e consapevolezza per come può essere tollerata. Compito degli adulti è quello di riconoscere la straordinaria rilevanza di tale modalità di comunicazione, creando le premesse affinché il bambino possa con maggiore facilità far emergere aspetti altrimenti dissociati. La mancanza di questo spazio espressivo e creativo, di ascolto e condivisione (nella misura rispondente alle necessità del paziente) degli affetti più intensi rappresenterebbe un ulteriore peso legato – ma non necessariamente conseguente – a una condizione di malattia in cui gli adulti non sanno farsi usare dai piccoli malati per dare voce al loro dolore.

Accompagnare i bambini nell'attraversamento della loro sofferenza sopravvivendo [21], ovvero senza reagire con il rifiuto o l'allontanamento, ha il doppio effetto di rendere più forti i bambini e bonificare il contesto familiare.

Conflitto d'interesse

Gli Autori dichiarano di non avere conflitti d'interesse.

✉ alberto.stefana@email.it

1. Stefana A, Gamba A. On the listening to the dreams of children affected by serious physical illness. *Minerva Pediatrica* 2016;68:74-5.
2. Gamba A, Stefana A. "Sono innamor(a)to della terra". Note su gioco, disegno, sogno e terapie diversionali nella cura di bambini con gravi patologie fisiche. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2016;50(2):207-28. doi: 10.3280/PU2016-002003
3. Sherman AC, Edwards D, Simonton S, Mehta P. Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliat Support Care* 2006;4:65-80.
4. Hecktman HM. Stress in pediatric oncology nurses. *J Pediatr Oncol Nurs* 2012;29:356-61.
5. Shanafelt T, Dyrbye L. Oncologist burnout: causes, consequences, and responses. *J Clin Oncol* 2012;30:1235-41.
6. Jacques E. The social system as a defense against depressive and persecutory anxiety. In: Klein M, Herman P, Money-Kryle R. *New Directions in Psycho-Analysis*. Tavistock, 1955.
7. Menzies Lyth I. The functions of social systems as a defence against anxiety: a report on a study of the nursing service of a general hospital. *Human Relations* 1959;13:95-121.
8. Lingiardi V, Madeddu F. I meccanismi di difesa. Raffaello Cortina, 2002.
9. Favre N, Despland JN, de Roten Y, Drapeau M, Bernard M, Stiefel F. Psychodynamic aspects of communication skills training: A pilot study. *Supportive Care in Cancer* 2007;15:333-7.
10. Bernard M, de Roten Y, Despland JN, Stiefel F. Communication skills training and clinicians' defenses in oncology: An exploratory, controlled study. *Psycho-Oncology* 2010;19:209-15.
11. Winnicott DW. *Gioco e realtà* (1971). Armando, 1974.
12. Fonagy P, Moran G, Steele M, Steele H. L'integrazione della teoria psicoanalitica e del lavoro sull'attaccamento: la prospettiva intergenere razionale. In: Ammaniti M, Stern DN. *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza, 1992.
13. Bion WR. *Apprendere dall'esperienza* (1962). Armando, 1972.
14. Raimbault G. *L'enfant et la mort*. Privat, 1975.
15. Bluebond-Langner M. *The Private World of Dying Children*. Princeton University Press, 1978.
16. Brun D. *L'enfant donne pour mort*. Bordas, 1989.
17. Judd D. *Give Sorrow Words: Working with a Dying Child*. Free Association Books, 1989.
18. Winnicott DW. La distorsione dell'Io in rapporto al vero ed al falso Sé (1960). In *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, 1970.
19. Winnicott DW. *Colloqui terapeutici con i bambini* (1971). Armando, 1974.
20. Stefana A. L'uso del "gioco dello scarabocchio" con gli adolescenti. *Psicologia Clinica dello Sviluppo* 2013;18(1):153-9. Doi: 10.1449/77114.
21. Stefana A. Introduzione al pensiero di Marion Milner. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2011;45(3):355-74. Doi: 10.3280/PU2011-003003.

Accesso scolastico e vaccini



Rosario Cavallo

Pediatra di famiglia, Salice salentino (Lecce) – Gruppo ACP Prevenzione malattie infettive

L'Assessore alla Salute dell'Emilia Romagna ha espresso l'intenzione di ripristinare l'obbligo vaccinale per l'iscrizione agli asili nido e alle scuole materne; quelli di Toscana e Lombardia sembra vogliano intraprendere lo stesso percorso.

Se ne era cominciato a parlare alla fine dello scorso anno, quando in seguito ad alcuni casi di pertosse in piccoli lattanti (uno anche letale, a Bologna), era stata lanciata una petizione con la quale era chiesto di impedire l'accesso scolastico ai bambini non in regola con le vaccinazioni obbligatorie.

Non avendo titolo a intervenire sulla scuola dell'obbligo che è gestita dal Ministero dell'Istruzione, le Regioni hanno pensato di intervenire sui nidi pubblici comunali e su quelli convenzionati, sui quali si può agire invece con una legge regionale [1]. Anche il ministro Lorenzin ha recentemente dichiarato di trovare buona e motivata questa proposta [2].

Pur condividendo le preoccupazioni legate al trend di calo delle coperture vaccinali e le finalità di protezione della popolazione oltre che del singolo (in ambito ACP questi concetti sono sempre stati di casa), non si possono non evidenziare i tanti dubbi e perplessità legati alla eventuale realizzazione di tali provvedimenti:

1 Con tutta evidenza si può ripristinare un divieto di iscrizione solo per quei vaccini per cui è previsto un obbligo, cioè antidifterite, tetano, epatiteB, poliomielite. Di queste malattie, solo la polio ha caratteristiche di contagiosità tali da essere presa in considerazione, ma in questo caso le attuali coperture regionali attorno al 95% garantiscono ancora una buona sicurezza riguardo alla immunità di gruppo della popolazione (Tabella 1). Semmai ci si deve preoccupare per ogni singolo bambino non vaccinato, esposto al rischio di incontrare il virus selvaggio o vaccinale vivo assunto da qualche turista o immigrato da Paesi in cui è ancora diffuso l'uso dell'antipolio orale.

Il discorso potrebbe essere diverso per singole Asl o Distretti della Romagna in cui storicamente si registrano tassi di

copertura vaccinale sensibilmente inferiori; laddove si dovessero riscontrare coperture intorno all'85% il provvedimento sarebbe non solo giustificato ma addirittura augurabile per salvaguardare la salute pubblica, e in prospettiva anche per evitare il ripresentarsi di un'altra malattia "dimenticata", la difterite (Tabella 1).

2 Prendere questo provvedimento per i vaccini obbligatori produrrà probabilmente un deleterio effetto "collaterale": rafforzare la sbagliata convinzione che solo i vaccini obbligatori siano utili, con conseguente ulteriore calo delle coperture per i raccomandati. E invece il problema attuale e reale riguarda proprio due malattie (pertosse e morbillo, Tabella 1) i cui vaccini non sono obbligatori e attualmente non garantiscono coperture di sicurezza per la popolazione. Si tratta infatti di due malattie ad altissima diffusibilità che solo con coperture superiori al 95% possono essere limitate e contenute nella loro diffusione. Se poi l'obiettivo perseguito non è quello sociale di impedire lo scoppio di epidemie grazie al raggiungimento della soglia utile ad attivare la protezione di gruppo ma fosse quello altruistico della protezione del bambino immunodepresso che non può proteggersi vaccinandosi, andrebbe considerata anche la vaccinazione antivaricella e quella contro la

parotite. Ovviamente qui la cosa si fa ancora più complicata.

- 3 Facile prevedere un irrigidimento delle posizioni degli antivaccinatori, con contestazioni e cause che si trascineranno a lungo.
- 4 Non trascurabile (anzi!) il danno e la beffa patiti da bambini che da un lato sono esposti da genitori sconsiderati a scelte pericolose per la propria salute e dall'altro sarebbero limitati nel diritto di ricevere i benefici legati alla frequenza precoce delle comunità didattiche. Occorre conciliare i diritti di Salute Pubblica, almeno finché non siano prevedibili pericoli realmente imminenti, con quelli del bambino che deve poter sviluppare appieno le proprie potenzialità di crescita e sviluppo, certamente facilitate dalla frequenza di Nido e Scuola Materna.
- 5 Non va dimenticato l'ulteriore danno in credibilità per il Sistema Vaccinale legato a nuove decisioni prese a livello regionale piuttosto che unitariamente a livello nazionale. C'è un segno di attenzione da parte del ministro: l'auspicio è che questa volta non si proceda in ordine sparso ma che ci sia un chiaro orientamento da parte del Ministero.

Ci sembra che per contrastare il problema potrebbero essere maggiormente utili strategie che prevedono uno sforzo aggiuntivo di formazione per il personale (che dovrebbe

TABELLA 1 R_0 values, and the vaccine coverage required to prevent them are given for selected disease in the following table (tratto da http://www.ganfyd.org/index.php?title=Reproduction_number)

Disease	R_0	Vaccine coverage (course completed) required for herd immunity
Diphtheria	6-7	85%
Measles	12-18	83%-94%
Mumps	4-7	75%-86%
Pertussis	12-17	92%-94%
Polio	5-7	80%-86%
Rubella	6-7	83%-94%
Smallpox	5-7	80%-85%

be essere sempre più motivato e incentivato) e di informazione per il pubblico; per questo occorre poter contare su una pronta disponibilità dei dati di sorveglianza, che presuppongono un adeguato Servizio di sorveglianza e una precisa identificazione degli agenti patogeni.

Ci sembra anche utile stabilire la obbligatorietà (quella sì, da pretendere) della vaccinazione degli operatori scolastici e sanitari con vaccini obbligatori e non, contro tutte le malattie trasmissibili, unita a ferme strategie di contrasto a dichia-

razioni autoreferenziali e non dimostrate che diffondono paura e indecisione. È sufficiente un esempio: sul sito del Comilva è da anni accessibile un video che contiene affermazioni terroristiche contro i vaccini, totalmente prive di ogni riferimento oggettivo, esposte suadentemente da professionisti che non possono dimostrare in nessun modo quello che affermano; come si può tollerare ciò?

Forse non è un caso che le province in cui le coperture vaccinali sono più critiche corrispondano proprio a quelle dove

più incisiva e capillare è la penetrazione di queste associazioni antivaccinali.

✉ rosario.cavallo.2qkp@alice.it

1. <http://www.linkiesta.it/it/article/2016/05/26/niente-nido-senza-vaccinazioni-le-regioni-contro-gli-anti-vaccinisti/30503/>.

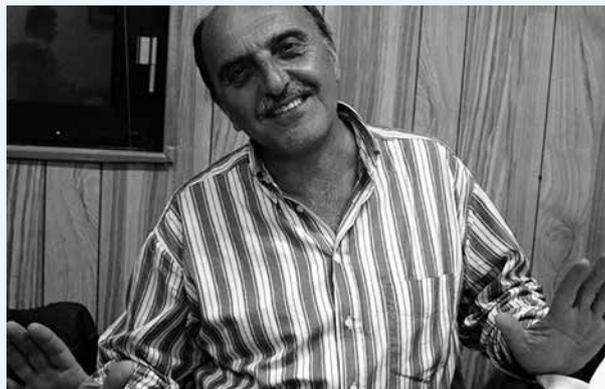
2. https://www.ansa.it/salutebenessere/notizie/rubriche/salute/2016/05/23/vaccinilorenzin-obbligo-a-asilo-buona-proposta-da-vagliare_3d860385-429a-4f83-b8c0-77d94cd85245.html.

Concorso fotografico "Pasquale Causa"

Il Concorso è libero: non è riservato ai Soci dell'ACP, né agli iscritti al Convegno.

Gli scatti dovranno avere come tema i bambini in riferimento ai temi del Convegno, ma non necessariamente di contenuto medico-scientifico.

Le foto in formato digitale, accompagnate da didascalia, nome, cognome, telefono ed e-mail dell'autore, e liberatoria firmata dal soggetto eventualmente fotografato, dovranno essere inviate all' indirizzo email li.dimaio@alice.it specificando in oggetto CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA", entro il 15 settembre 2016. Il giudizio di qualità sulle foto sarà compito di una giuria scelta dagli organizzatori del Convegno e le tre foto vincitrici saranno le immagini delle copertine di tre numeri di Quaderni acp nel 2017. L'esito del concorso verrà comunicato durante il Convegno."



Mito e parabola in *Julieta* di Almodòvar



Rubrica a cura di Italo Spada

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi, Roma

Julieta (titolo originale: *Silencio*)

di Pedro Almodòvar

con Emma Suárez, Adriana Ugarte, Daniel Grao, Inma Cuesta, Dario Grandinetti, Rossy de Palma, Blanca Pares, Priscilla Delgado Spagna, 2016

Durata: 99'



Julieta è una ex insegnante che ha superato i 50 anni. Vive a Madrid, ma è in procinto di trasferirsi in Portogallo con il suo compagno. Ha già preparato le valigie. Facciamo la sua conoscenza mentre fa a pezzi una fotografia e la getta nel cestino dei rifiuti. Solo dopo sapremo che quella foto la ritrae sorridente e in compagnia della figlia Antia. Julieta non è una madre snaturata che ha rifiutato sua figlia. Tutt'altro. Andrebbe in capo al mondo per riabbracciarla, ma Antia è sparita appena compiuta la maggiore età e da 12 anni non si è più fatta viva. Senza conoscerne il vero motivo e senza una traccia da seguire Julieta può

solo sperare nel caso. Ed è proprio il caso a farla imbattere in Beatriz, l'amica del cuore di Antia. Da Beatriz, Julieta viene a sapere che sua figlia sta bene e vive in Svizzera, che è diventata madre di tre figli e che non ha intenzione di tornare sui suoi passi. Tanto basta per ridarle la forza di ricomporre i cocci del suo passato e di ricominciare a sperare.

Sarebbe incompleta e parziale la lettura di questo ventesimo film del regista spagnolo (tratto da tre racconti di Alice Munro e presentato a Cannes 2016) se si vede in esso un altro mélo barocco, piacevole all'immaginazione e agli occhi. In realtà, l'aria che si respira richiama la tragedia greca: oscuri personaggi che si suicidano, animali in calore, pizie sotto forma di domestiche, mare seducente che nasconde l'insidia delle sirene, neri presagi, disgrazie che incombono, si abbattono, lasciano storditi. E penetrando nell'animo umano: il rimorso per avere negato un dialogo, la passione d'amore, la scoperta del tradimento, l'incomprensione delle scelte altrui, il vuoto creato dall'assenza di una figlia, la paura dell'ignoto. Il panno rosso che apre e chiude il film diventa, pertanto, un sipario adatto a contenere amore e morte, gioia e disperazione, amplessi e suicidi. Almodòvar, sospendendo quello che sta accadendo per intrecciarlo e spiegarlo con quello che è accaduto, fa di "Julieta" un film che diventa anche poema e parabola. Mito e religione, destino e provvidenza fanno della protagonista una Penelope che tesse e disfa la tela della speranza ed una madre che, al posto del vitello grasso, prepara e butta via la torta di compleanno della figlia prodiga. Julieta si sente in colpa pur non avendo commesso alcun reato ed è questa sua "innocenza" a farci com-

muovere.

Non era facile raccontare con le immagini i sentimenti di una madre abbandonata. Almodòvar ci riesce perché conosce l'arte di fare cinema, è un esperto nell'esplorazione dell'universo femminile (*Tutto su mia madre*, *Donne sull'orlo di una crisi di nervi*, *Volver*) e sa tirare fuori il meglio dai suoi attori. Il diario che fa scrivere a Julieta non gli serve solo per ricucire il tempo della vicenda con ellissi e flashback ma anche per far riflettere gli spettatori sul puzzle dell'esistenza composto di attimi, incontri fortuiti, episodi, gesti, volti. Si pensi, tanto per avere un'idea, alla sequenza dell'asciugamano: Antia e Beatriz cercano di sollevare il morale di una Julieta ancora giovane e già depressa, tirandola fuori dalla vasca da bagno e asciugandole i capelli bagnati. Un attimo e da sotto l'asciugamano spunta il volto di Julieta già invecchiata. Due Julieta in una, come le splendide Emma Suárez e Adriana Ugarte che le prestano il volto gareggiando in bravura. *Doppio*, *scelta*, *bivio* sono termini che ritornano quando si compie il viaggio della vita. Da soli o in compagnia, imbattendosi nella morte o nella vita, facendo da genitori o da figli, con tenacia o con rassegnazione. Nel suo "viaggio interiore" Julieta diventa madre di sua madre e figlia di sua figlia; lotta e spera, implora e urla. Per farci entrare nel suo mondo, Almodòvar, le fa scrivere nella lettera mai consegnata "La tua assenza riempie totalmente la mia vita e la distrugge". Per invitare anche noi a viaggiare in compagnia chiude il film con le note struggenti di "Si no te vas" di Chavela Vargas: "Se te ne vai finirà il mio mondo, un mondo in cui esisti solo tu. Non andartene, non voglio che tu vada, perché se te ne vai in quello stesso momento muoio io".

Chi lascia la sala mentre scorrono i titoli di coda non sa cosa si perde.

✉ italospada@alice.it

Libri: occasioni per una buona lettura



Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

Caro Papa, liberaci dal male

a cura di Fra Michele da Cesena
Società editrice Il Ponte Vecchio, 2015,
pp. 85, € 10



Un francescano redivivo

Conoscete Fra Michele da Cesena vissuto fra il 1270 e il 1342? Non dite di no. È quello che Umberto Eco tratta con simpatia ne “Il nome della rosa” e che Jean Jacques Annaud fa interpretare a Leopoldo Trieste nel film omonimo. È nato nelle campagne cesenati attorno al 1270 in un borgo che non c’è più, mangiato dal fiume Savio, ma c’è sempre la via Ficchio dove era sorto il paese. Nella sua città natale non s’è perso il nome; gli hanno dedicato una piccola strada ma l’hanno chiamata non via Fra Michele, ma vezzeggiando, via Fra Michelino. Sembra infatti che fosse piccolo di statura. È stato generale dei frati minori di S. Francesco. Ne “Il nome della rosa” era a capo della delegazione francescana che si scontra con Bernardo Gui, inquisitore dell’ordine domenicano e inviato dal Papa. Lo scontro è sempre la povertà, che i francescani volevano mantenere alla base del loro ordine come voto iniziale e che invece il Papa, Giovanni XXII, voleva che i francescani togliessero e che si omologassero a tutti gli

altri ordini, domenicani in testa. Michele criticava duramente la corte papale per i suoi fasti, ma anche per il dominio temporale che era potenza, guerra e ricchezza. Naturalmente chi perse fu Fra Michele. Il Papa lo depose dal suo ruolo il 28 maggio 1328 e lo scomunicò insieme ai suoi confratelli. Francesco Ciotti, nel 2015, fa rivivere il concittadino Fra Michele che scrive una lettera-preghiera al successore vivente di Giovanni XXII, che non per caso porta il nome del Santo cui Michele ha dedicato la sua vita. La lettera è molto piacevole da leggere. Michele: “La vita [qui] in Paradiso non è eterna beatitudine e godimento [...] a causa delle inquietudini degli umani e tra questi soprattutto dei credenti”. E Fra Michele allega alla sua undici lettere ricevute da bambini e ragazzi d’Italia che esprimono qualche sofferenza dovuta a ordinamenti o consuetudini della chiesa romana. Le lettere sono giunte miracolosamente lassù, dove Fra Michele abita, e vengono da lui fatte tornare sulla terra al vero destinatario che vive in Vaticano. Racconta, Fra Michele, la storia di questo viaggio postale: “In questi ultimi tempi è avvenuto un accadimento straordinario e per me inspiegabile: che dagli umani, credenti o non, fin quassù nell’etereo bene ci arrivino non solo le voci tremule e fioche delle preghiere ma addirittura delle vere e proprie lettere trasportate dalle nuvole che [...] attraversano l’aria senza peso né forma e poi misteriosamente si materializzano ora in un punto della terra ora in un altro e lì, forse grazie ad antenne mai viste, spiccano un balzo di galassia fino a noi e le vediamo sulle nuvole [...] o sulle bianche vesti di qualcuno”. Questa è dunque l’andata delle lettere dalla terra al cielo. Per il ritorno sulla terra e precisamente nella Città del Vaticano, un tempo temuta e ora amata, Fra Michele approfitta “dell’ultimo arrivato in Paradiso, un frate laico d’America, Steve Jobs mi pare fosse il suo nome da uomo, che ascendendo si è portata con sé una delle sue macchine divine”. Le lettere parlano, con il linguaggio e l’animo dei bambini, di sofferenze patite e chiedono al destinatario finale di occuparsi dei loro problemi che sono molto diversi l’uno dall’altro. Sembra a chi scrive che Fra

Michele spera che la preghiera di bambini e ragazzi solo con grande fatica possa essere ignorata da un Papa che porta un nome così caro e mai usato dai suoi predecessori forse un po’ spauriti dall’impegno che vi è connesso. Un Papa il cui carico umano difficilmente può essere ignorato anche da chi non crede e si chiede, chi non crede, come finirà questa sfida fra un uomo che sembra avere voglia di cambiare il mondo e il mondo che lo ascolta incredulo; e qualche volta annoiato.

Giancarlo Biasini

La prima verità

di Simona Vinci
Einaudi, 2016, pp. 397, € 20



Ogni storia è storia di fantasmi

Conosco bene l’isola di Leros, la sua storia e ho visto le foto di Antonella Pizzamioglio, un vero e proprio reportage fotografico clandestino svolto nel 1989 all’interno del più grande istituto psichiatrico europeo, di cui era vietato l’ingresso a tutti. Migliaia di reclusi, uomini, donne, bambini, di molti dei quali non si conosceva il nome, l’età e la provenienza, trattati come

e peggio degli animali, abbandonati anche da chi avrebbe dovuto accudirli all'interno dell'ospedale, con l'unica colpa di essere stati etichettati come folli, o meglio, non adatti a vivere all'interno della società o di una famiglia. Non solo furono reclusi bambini innocenti, solo perché poveri o perché la situazione familiare era critica, ma questo istituto, proprio perché completamente isolato dal resto del mondo, accolse i prigionieri politici durante il periodo della dittatura dei colonnelli.

Appena ho saputo di questo libro, la voglia di leggerlo mi ha preso. Simona Vinci ha scritto un romanzo corale, ambientato all'interno di questo famigerato istituto, costruendo la narrazione su più livelli temporali dagli anni '50 ad oggi intrecciandovi la vita di più persone. Un romanzo storico e anche un romanzo documento, in quanto la scrittrice ha esplorato cartelle cliniche e fatto rivivere con la sua scrittura, persone realmente esistite, come Ghiannis Ritsos, poeta greco deportato a Leros, nel libro chiamato Stefanos. Insieme al suo, si legano i destini di Teresa, giovane donna, e di Nikolaos, un bambino, di cui non sapremo mai i veri nomi ma di cui vivremo le vere vite. Molti capitoli si chiudono con poesie e il dolore fatto di carne e sangue scorre lungo ogni pagina del libro. In modo imprevedibile, le ultime cento pagine non concludono una narrazione che rimane sempre aperta - giusto così, *sono ancora tutti lì*, - e la Vinci inizia a parlare di sé con semplicità e coraggio, svelando le sue esperienze infantili, la propria storia familiare e il sentiero che l'ha portata in Sierra Leone e a Leros, a contatto con storie di un'umanità perduta. *Ogni storia è storia di fantasmi*, scrive Simona Vinci, e queste apparizioni *persistono al di là dello spazio e del tempo*. A queste voci la scrittrice dà la forma di una scrittura.

Franco Rotelli, uno dei principali collaboratori di Basaglia e ispiratore del reportage fotografico della fotografa Pizzamiglio, ci ricorda che le malattie psichiatriche sono categorizzazioni arbitrarie che annullano l'esperienza di incontro con l'altro. E chi l'ha detto, quindi, che la normalità ha una norma, oppure se in sé contiene la follia? Insomma, una lettura che non si dimentica facilmente.

Costantino Panza

Metà di un sole giallo

di Chimamanda Ngozi Adichie
Einaudi, 2008, pp. 456, € 19,50

La memoria di una guerra dimenticata

La scrittrice è nata in Nigeria, ha studiato presso l'Università di Nsukka e ha poi



terminato i suoi studi negli USA, dove attualmente vive. I suoi nonni, racconta l'Adichie morirono in Biafra da rifugiati, dopo che le loro città native erano cadute sotto l'esercito federale. "Sono cresciuta nell'ombra del Biafra, ascoltando storie che avevano come confine di narrazione il 'prima' e il 'dopo' la guerra in Biafra. Il desiderio di scrivere questo libro nasce non solo per onorare la memoria dei miei nonni ma anche per onorare la memoria collettiva di una nazione".

"Metà di un sole giallo" è un romanzo su un gruppo di persone profondamente diverse culturalmente, la cui vita viene stravolta da un conflitto, la guerra tra la Nigeria e il Biafra.

Una storia poco conosciuta dagli occidentali, poco messa in risalto anche all'epoca stessa del conflitto. Nel 1967 il mondo occidentale era alle "prese" con la rivoluzione studentesca, l'amore libero, e non è rimasto nella nostra memoria collettiva il ricordo del popolo Igbo nel sud est della Nigeria, che proprio in quell'anno dichiarava la propria indipendenza, dando vita a un Paese, il Biafra. In quel preciso momento, come racconta uno dei protagonisti di questa storia, "il mondo taceva". A parte le immagini della spaventosa malnutrizione dei bambini biafrani, che forse è rimasta nel nostro immaginario, tutti noi abbiamo dimenticato tutto, o forse non lo abbiamo mai saputo. Questo libro ha avuto un enorme successo, non solo per la storia ma credo principalmente per la notevole abilità di raccontare di questa scrittrice. La bellezza di questa narrazione, a mio avviso, è proprio nella abilità della scrittrice di descrivere i vari personaggi in maniera molto realistica,

ognuno guidato da impulsi inconsci che sembrano emergere spontaneamente nel corso del racconto.

Il libro comincia pochi anni prima della guerra, immediatamente dopo l'indipendenza della Nigeria dal Regno Unito, in un momento in cui emerge una classe media intellettuale, ricca di speranze e di idee rivoluzionarie. Inizialmente il racconto può dare la sensazione di una sorta di "fiction" un po' sofisticata: genitori ricchi e avulsi dal mondo reale, due sorelle gemelle in contrasto, un geniale matematico molto "accademico" e ironico, un "houseboy" Ugwu che cerca a tutti i costi di elevare culturalmente il suo villaggio, Richard, inglese che si sente biafrano, con una passione sfrenata per la cultura, la lingua e l'arte Igbo, e Olanna, la protagonista, donna bellissima e colta. In questa storia emerge molto, nella descrizione dei protagonisti maschili, il divario tra il loro ruolo pubblico dell'eroe maschio e le loro irresponsabilità nella vita privata. Tema credo caro alla scrittrice perché presente anche in altri suoi libri e in molte interviste.

Ma forse è proprio questa empatia generata dalla prima parte del racconto che poi fa entrare il lettore completamente dentro la storia nel momento in cui tutto crolla, e scoppia la guerra.

Nonostante tutto, il filo conduttore di questo racconto è stranamente il buon umore, che trapela anche nei momenti più crudeli e tragici.

Credo che proprio per questo il libro si fa non solo leggere, ma ti lascia una sensazione di abbandono nel momento in cui finisce.

Stefania Manetti

Guarire d'amore. Storie di psicoterapia

di Irvin D. Yalom
Raffaello Cortina Editore, 2015,
pp. 424, € 25

Morte, libertà, solitudine e senso della vita

"Guarire d'amore. Storie di psicoterapia" è un libro di Irvin D. Yalom, ripubblicato nel 2015 da Cortina. La prima edizione esce negli Stati Uniti nel 1989 col titolo "Love's executioner and other tales of psychotherapy" (Il carnefice dell'amore e altri racconti di psicoterapia). Il titolo originale evoca l'intento letterario dell'autore. Yalom, figlio di emigranti ebrei-russi, vive la sua infanzia in un quartiere povero di Washington dove, racconta, preferiva starsene in casa a leggere piuttosto che uscire in strada dove veniva regolarmente picchiato. Forse da qui nasce la sua idea di diventare scrit-



tore. Yalom ha insegnato Psichiatria alla Stanford University dal 1962 al 1994, è stato pioniere della psicoterapia esisten-

zialista, è autore di manuali e romanzi. Mentre gira il mondo con la moglie durante un anno sabbatico, scrive il libro di cui parliamo, che raccoglie dieci casi. Ciascuna storia si legge come un romanzo. Di fronte al profondo disagio esistenziale dei pazienti, Yalom si dimostra appassionato e accogliente, agli antipodi del distacco dello psichiatra ortodosso. Esplicita anche i sentimenti di antipatia e di noia che i pazienti gli suscitano, per poi scusarsene una volta approfondita la conoscenza, tanto che alla fine del trattamento analista e paziente sembrano compagni di viaggio. Tutto appare illuminato da una disarmante sincerità. La domanda di base che l'autore fa è "che cosa vorresti?". Questa semplice domanda scatena forti emozioni sulla spinta del desiderio e della sofferenza, perché "i nostri desideri più profondi non potranno mai essere realizzati". Secondo la teoria dell'autore l'angoscia è il prodotto degli sforzi che una persona compie per convivere con la durezza dei fatti della vita, che sono i "dati reali" dell'esistenza. Questi dati reali sono essenzialmente quattro: l'ine-

vitabilità della morte tanto per noi stessi che per le persone che amiamo, la libertà di determinare la nostra vita attraverso le nostre scelte, la solitudine che ciascuno di noi vive, l'assenza di un significato o di un senso della vita. La risposta è "che la vita e l'esistenza sono legate a doppio filo alla morte, l'amore alla perdita, la libertà alla paura, la crescita alla separazione". Nella postfazione a questa edizione l'autore si rivolge al se stesso giovane di 25 anni prima come si trattasse di un'altra persona e lo apprezza ("energico"), si stupisce ("scrive meglio di quanto io riesca a fare"), lo redarguisce ("incontenibile e sfacciato, abbatte le difese dei pazienti come un ariete: vorrei essere stato il suo supervisore per ridimensionarlo"). Alla fine scherza sui vantaggi della perdita di memoria: "mentre scorrevo le pagine sentivo ardere in me una deliziosa curiosità...". Aveva dimenticato come finivano tre storie. Ebrei e letteratura vanno a braccetto. Inevitabile citare Woody Allen: "Non è che ho paura della morte, solo che non vorrei esserci quando arriva".

Claudio Chiamenti

Istruzioni per accedere al corso FAD ACP

Gentili colleghi, vi comunichiamo che è ancora possibile iscriversi all'edizione del corso FAD 2016 partita il 15 febbraio e che terminerà il 31 dicembre. Il corso fornirà 18 crediti ECM validi per il 2016.

Dopo aver acquistato il corso FAD all'interno dell'area riservata del portale www.acp.it, riceverai il **codice di attivazione**.

Di seguito le indicazioni per recuperare il codice e attivare il corso:

- 1) accedere al portale facendo click su **Login** e inserire il nome utente e la password ricevuti al momento della registrazione. Se non si ricordano i dati di accesso, seguire la procedura per il recupero indicata sul sito, se non si è registrati fare click su **Registrati** per ricevere una mail con gli identificativi (immagine sul lato);
- 2) dopo l'accesso, fare click sul **Menu FAD** presente sul lato sinistro della pagina e, all'apertura della nuova schermata, in corrispondenza del corso acquistato, si potrà vedere il proprio codice di attivazione (facendo doppio click sul codice il testo verrà selezionato e potrà essere copiato);
- 3) per accedere alla piattaforma FAD dell'Accademia Nazionale di Medicina (ACCMED) fare click su **Collegati** (o digitare il seguente indirizzo sulla barra di navigazione: <http://fad.accmed.org/login/index.php>). Gli identificativi per accedere al portale dell'ACP non sono gli stessi per l'accesso alla piattaforma FAD dell'ACCMED. Se non ti sei mai registrato alla piattaforma visita l'indirizzo sopraindicato e fai click su **Registrati** nel riquadro a destra della schermata. Se sei già registrato e non ricordi i dati di accesso, segui la procedura indicata nel sito;
- 4) dopo l'accesso alla piattaforma, incollare nell'apposita casella il codice di attivazione precedentemente copiato.

Lettere



Slow Medicine e il decreto ministeriale sull'appropriatezza prescrittiva

Pur condividendo quanto scritto dal consiglio direttivo di Slow Medicine a commento del decreto ministeriale sulla appropriatezza prescrittiva; pur essendo cosciente che la via del cambiamento difficilmente coincide con quella legislativa; pur avendo una storia personale (per quel poco che può contare) "da sempre" orientata alla ricerca delle buone e appropriate pratiche da esercitare e possibilmente da condividere attraverso la via maestra dello studio e dell'apprendimento, sono del tutto in disaccordo con lo spirito del comunicato pubblicato. Ovvio che il provvedimento è farraginoso, ovvio che vi si possano rilevare aspetti contraddittori, dai "politici" non potevamo aspettarci di meglio. Ma dobbiamo anche chiederci: perché siamo arrivati a dover stabilire per decreto quello che non è appropriato? Forse perché noi medici abbiamo evitato di farlo per decenni? Forse perché la medicina difensiva-oppurtunistica è diventata (da anni) imperante? Forse perché dopo decenni di Slow Medicine (si chiamava "Fare meglio con meno", era e ancora oggi è necessaria più che utile, chiariamolo bene!) la situazione reale è ben lontana dagli obiettivi indicati? Vent'anni fa, per restare nelle piccole quotidiane della pediatria di famiglia, si discuteva della inutilità dei corticosteroidi inalatori nelle flogosi delle vie aeree, dell'eccessivo utilizzo degli antibiotici nelle infezioni virali, della cattiva scelta degli antibiotici... oggi invece di cosa discutiamo? Esattamente delle stesse cose. Come stupirci allora se la iniziativa la prendono i politici nel loro consueto rozzo modo di agire finalizzato solo a tagliare? Perché non una parola sui nostri ritardi e sulle nostre inadeguatezze? Chi oggi prescrive ECG ai neonati per la ricerca del QT lungo? Chi ecografie di anche e di vie urinarie ai neonati senza aver predisposto un percorso di screening? Chi prescrive radiografie o ecografie alla caccia di addensamenti da interpretare fuori da contesti clinici?

Chi ECG per poter giocare al pallone?

Tutti sappiamo che potrei continuare a lun-

go e tutti sappiamo che queste prescrizioni non vengono fatte dai politici. Slow Medicine non ne ha certamente colpa, anzi...

Ma perché tacere queste responsabilità e perché non cogliere lo stimolo che abbiamo la colpa di non aver voluto (più che saputo) evitare in tanti anni?

Rosario Cavallo

Caro Rosario,

date le premesse e il contenuto della tua lettera non mi è chiaro per quale ragione dici di essere in totale disaccordo con lo spirito del comunicato di Slow Medicine.

Se è vero che l'ACP ha enunciato e cerca di promuovere il "fare meglio con meno" sin dal 1995 e che Choosing Wisely USA e Slow Medicine lo fanno dal 2012, è anche vero che i comportamenti di overdiagnosis e overtreatment hanno continuato a diffondersi.

È colpa dei medici? Sì, certamente, perché siamo noi i responsabili del tipo di rapporto di cura che impostiamo con i pazienti e dell'approccio diagnostico e terapeutico, ma non dipende tutto da noi. Abbiamo delle attenuanti. La pressione crescente dell'offerta di test diagnostici e di cure da parte delle industrie della salute genera nella popolazione il timore di avere malattie e la richiesta pressante di escluderle. L'atteggiamento dei mezzi di comunicazione amplifica ogni episodio di insuccesso della medicina, lanciando l'allarme "malasannità". La medicina difensiva sembra essere la reazione più ovvia per evitare guai. Le assicurazioni professionali proliferano.

Lo Stato e le Regioni si preoccupano dell'aumento di spesa che ne consegue. Le Aziende Sanitarie sono pressate da obiettivi di budget. Perché noi medici non riusciamo a controllare questa deriva? Cosa manca in tutto ciò?

Io credo che manchino due cose fondamentali: a) la consapevolezza, in ciascuno di noi, di essere una parte integrante del Sistema Salute, la cui efficienza, efficacia e possibilità di garantire adeguate cure a tutti dipendono in modo fondamentale dal nostro comportamento; b) l'offerta da parte del Sistema Sanitario stesso di una formazione medica continua gratuita e indipendente, che consenta a tutti i medici di acquisire conoscenze e capacità di comportamenti non condizionati da altri.

Il Comunicato di Slow Medicine a mio avviso

vuole richiamare chi governa, a tutti i livelli, alle proprie responsabilità, spostando l'ottica dalle sanzioni dei comportamenti scorretti alla costruzione di obiettivi e percorsi condivisi anche con gli operatori sanitari e basati sui bisogni della popolazione.

Allo stesso tempo si rivolge a tutti gli operatori della salute affinché riacquistino coscienza della propria responsabilità professionale e dei propri bisogni formativi.

Vedo in tutto questo molte affinità tra il comunicato e le tue considerazioni.

Grazie per la tua sollecitazione, speriamo che il dibattito continui.

Anna Maria Falasconi

Medicina basata sulle prove e ampliamento delle indicazioni terapeutiche

Caro direttore, fui coinvolto nella storia del Palivizumab per la profilassi delle infezioni da VRS un bel po' di anni addietro, quando con una sorta di colpo di mano dell'allora presidente della Società Italiana di Neonatologia e all'insaputa di tutti, presumo, i consiglieri del direttivo nazionale di cui facevo parte, furono rese note le prime raccomandazioni italiane sull'uso del farmaco. Si disse allora che erano state approvate dal direttivo; naturalmente non era vero. Negli anni seguenti, dopo la pubblicazione di un articolo su *Quaderni acp* [1], mi capitò di ricevere richieste di chiarimenti e indicazioni da parte di genitori e colleghi. Ci si trovava tutti in grande imbarazzo, me compreso, perché le perplessità sull'utilità di questa profilassi, non supportata da evidenze "forti", si scontravano con le indicazioni di quasi tutte le società pediatriche del mondo.

Dal maggio 2015 l'AIFA ha riclassificato il Palivizumab in fascia A, il che significa che ora il farmaco può essere prescritto da specialisti vari, inclusi i pediatri, con piano terapeutico a bambini prematuri <35 settimane di EG e con età <6 mesi all'inizio della stagione epidemica, pazienti con broncodisplasia grave o con cardiopatia emodinamicamente significativa o in profilassi post-trapianto cardiaco di età

<2 anni. Si tratta di criteri molto ampi se paragonati alle ultime raccomandazioni dell'American Academy of Pediatrics [2], che, per quel che riguarda i prematuri, consigliano la profilassi solo ai bambini <29 settimane di EG. Ebbene, alcune società pediatriche italiane considerano i criteri indicati dall'AIFA ancora troppo ristretti e auspicano che questi possano essere ampliati per includervi i bambini sotto i 2 anni con malattie rare (malattie neuromuscolari, sindromi malformative o genetiche e malformazioni congenite con grave interessamento dell'apparato respiratorio, sindrome di Down, fibrosi cistica, immunodeficienze primarie o secondarie) [3]. Si tratta delle stesse malattie per le quali l'American Academy of Pediatrics ritiene non vi siano dati sufficienti per raccomandare l'uso routinario della profilassi. Verrebbe da chiedersi se c'è differenza con le recenti cronache di terapie inventate (sempre nell'interesse dei pazienti!), contro le quali le medesime società pediatriche che auspicano un allargamento della profilassi per il VRS avevano a suo tempo giustamente preso posizione. Voglio credere che i nostri colleghi pensino realmente di operare nel migliore interesse dei bambini. Ma poi dalla letteratura si apprende che tutti gli autori di un precedente articolo in cui si auspicava l'impiego del Palivizumab anche per i bambini affetti da malattie rare hanno dichiarato di aver avuto rapporti economici con la compagnia che commercializza il farmaco [4]. Caro direttore, non crede che di queste cose, inclusi i rapporti con l'AIFA, si dovrebbe parlare di più in ACP e su *Quaderni*? Disponiamo di strumenti editoriali e formativi in grado di incidere positivamente nella cultura e nella pratica della pediatria (la newsletter, le pagine elettroniche, la FAD ecc.), che a mio parere andrebbero utilizzati, ancor più che in passato, per stimolare il mantenimento di rapporti istituzionali oltre che per sollecitare azioni appropriate a promuovere la salute e il benessere dei bambini.

Carlo Corchia

1. Corchia C. La profilassi delle infezioni da VRS con Palivizumab: le evidenze. *Quaderni acp* 2004;11(6):262-5.

2. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guidelines: the diagnosis, management and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics* 2014;134:e1474-e1502.

3. A proposito di Palivizumab. *Pediatrics* 2015;9:25.

4. Manzoni P, Paes B, Resch B, et al. High risk for bronchiolitis in late preterm and selected infants affected by rare disorders: a dilemma of specific prevention. *Early Hum Dev* 2012;88S2:S34-S41.

Carlo Corchia nella sua lettera evidenzia un problema per certi versi annoso.

L'efficacia nella pratica (effectiveness) della profilassi con Palivizumab è ancora oggi oggetto di discussione, particolarmente in rapporto al costo, e le linee guida delle società scientifiche internazionali differiscono riguardo ai criteri di identificazione dei bambini a rischio più elevato di infezione da virus respiratorio sinciziale [1,2]. Occorre però considerare che la riclassificazione operata dall'Agenzia Italiana del Farmaco nel maggio 2015 non era guidata dalle evidenze scientifiche disponibili, ma è stata determinata solo da ragioni che hanno a che vedere con la rimborsabilità/dispensazione del Palivizumab (che è ora inserito nel prontuario ospedale-territorio, PHT), con una ricaduta verosimilmente trascurabile sulle sue modalità di impiego in termini di prescrizione, indicazione e distribuzione, se non per la necessità da parte di chi prescrive di predisporre un piano terapeutico. Le indicazioni per cui può essere prescritto il farmaco rimangono quelle per cui è stato autorizzato all'immissione in commercio in Europa dall'Agenzia Europea dei Medicinali (bambini nati con età gestazionale uguale o inferiore alle 35 settimane e con un'età inferiore ai 6 mesi al momento dell'inizio dell'epidemia stagionale da VRS; bambini di età inferiore ai 2 anni che sono stati trattati per displasia broncopolmonare negli ultimi 6 mesi; bambini di età inferiore ai 2 anni con malattia cardiaca congenita emodinamicamente significativa). Dal punto di vista dell'aderenza alle indicazioni autorizzate, paradossalmente l'impiego nei bambini di età gestazionale <29 settimane e di età 6-12 mesi all'inizio della stagione epidemica (indicazione coerente con le raccomandazioni del 2014 dell'American Academy of Pediatrics e tra quelle per cui è stata richiesta ad AIFA l'estensione dai presidenti di SIN, SIP, SIMRI e SIMGePeD) era "off label" già prima della riclassificazione dell'AIFA e tale rimane [3]. Viceversa, è autorizzato l'utilizzo nei neonati di età gestazionale pari a 32-35 settimane, nonostante la mancanza di evidenze a supporto di questa indicazione. Rientra nel ben noto e ampiamente descritto divario che esiste tra le indicazioni registrate e le evidenze scientifiche disponibili. Allo stato attuale delle conoscenze, come sottolineato da Carlo Corchia, l'impiego in bambini con malattie quali fibrosi cistica, sindrome di Down o gravi immunodeficienze non corrisponde né alle indicazioni autorizzate né alle evidenze disponibili. In ogni caso, in alcune regioni italiane sono state definite delle linee di indirizzo per l'impiego del Palivizumab (p.es. Lombardia, Veneto) che, pur non potendo essere vincolanti, ridefiniscono le indicazioni per cui il farmaco può essere somministrato.

Antonio Clavenna

1. Homaira N, Rawlinson W, Snelling TL, Jaffe A. Effectiveness of Palivizumab in Preventing RSV Hospitalization in High Risk Children: A Real-World Perspective. *Int J Pediatr*. 2014;2014:571609.

2. Lo Muto R, Duranti S, Curto A, Garattini L. Revisione delle valutazioni economiche europee sul Palivizumab. *Quaderni di Farmacoeconomia* 2013;20:12-29.

3. Pandolfini C, Campi R, Clavenna A, Cazzato T, Bonati M. Italian paediatricians and off-label prescriptions: loyal to regulatory or guideline standards? *Acta Paediatr* 2005;94:753-7.

L'infermiere e l'emergenza-urgenza

Caro direttore,

dopo una fiammata iniziale non vi è stata quella discussione che ci si poteva aspettare sulla notizia dei medici del 118 di Bologna, Piacenza e Modena sospesi per 3 o 6 mesi dall'attività professionale dall'Ordine dei Medici di Bologna. La colpa loro attribuita, non essendo pubblici gli atti, la si desume da una dichiarazione del presidente dell'Ordine che la definisce come "istigazione all'esercizio abusivo della professione". In sostanza i quattro medici avrebbero "adottato" procedure assistenziali che attribuiscono illegalmente agli infermieri del 118 la possibilità di svolgere in autonomia atti che dovrebbero essere riservati esclusivamente ai medici. Dopo circa un mese altri tre professionisti, questi di livello apicale, sono stati sospesi per sei mesi dall'attività professionale con le stesse accuse: avere "approvato" protocolli che prevedono la presenza di infermieri da soli a bordo delle ambulanze. Questi ultimi sono il direttore del dipartimento emergenza, il responsabile del 118 e del pronto soccorso. Una decapitazione del sistema di emergenza bolognese. Ridotto all'osso il problema è chi deve esserci a bordo delle ambulanze che arrivano quando viene chiamato il 118. Deve esserci per forza il medico oppure oggi, viste le competenze accresciute rispetto al passato, gli infermieri possono avere un ruolo diverso da quello ancillare? Il sito del 118 dell'Emilia Romagna cita esplicitamente la possibilità che per una tipologia di soccorso "intermedia" possa essere presente, "oltre all'autista l'infermiere". Se fosse accettata l'ipotesi dell'Ordine dei Medici bolognese questo equipaggio non dovrebbe mai partire mentre l'assessore alla sanità del comune di Bologna dice: "C'è l'esigenza, cui sta lavorando la Regione, di definire protocolli infermieristici per il 118 omogenei su tutto il territorio regionale che certo confermeranno un modello, che qui c'è da dieci anni, che ha fatto scuola in Italia". La Regione Emilia Romagna ha espresso solida-

rietà ai medici sanzionati e ha annunciato per fine aprile (già passato!) una delibera che uniformi a livello regionale le procedure che autorizzano le équipes con infermiere ad agire in autonomia. Il problema non è limitato alla funzione dell'infermiere del 118, ma rientra nella complessità del rapporto medico e infermiere e sulle rispettive funzioni. Avevo già sollevato questo problema in una lettera a *Quaderni acp* oltre un anno fa (2015;22:148). La sua non risoluzione, ma neppure la sua discussione, fra medici, sulle possibilità risolutive, ha comportato la decapitazione di un sistema emergenziale in Emilia Romagna. Che altro deve succedere?

Giancarlo Biasini

Il prof. Biasini pone all'attenzione dell'ACP una questione delicata ma allo stesso tempo decisiva per il SSN: quale ruolo deve assumere l'infermiere nell'area dell'emergenza-urgenza.

La questione in sostanza è chi deve esserci a bordo delle ambulanze che arrivano quando viene chiamato il 118. Deve esserci per forza il medico oppure oggi, viste le competenze accresciute rispetto al passato, gli infermieri possono avere un ruolo diverso da quello ancillare?

La risposta non è facile ma crediamo che la posizione della SIMEU pubblicata nel Policy Statement "Trattamento farmacologico da parte degli infermieri nell'emergenza territoriale" sia ragionevole e condivisibile. In sostanza la SIMEU sostiene che le condizioni che rendono possibile la terapia farmacologica da parte degli infermieri di Emergenza Territoriale sono le seguenti.

1. *Specifico percorso formativo accreditato e finalizzato al trattamento anche farmacologico delle patologie tempo-dipendenti in ambito di emergenza territoriale.*
2. *Protocolli condivisi ed emanati ufficialmente dal Direttore della Centrale Operativa 118 competente per territorio (concordati con il Responsabile Territoriale, nelle realtà nelle quali sussiste tale figura).*
3. *Addestramento continuo, anche tramite tecniche di simulazione avanzata, e audit periodico su casi clinici e problematiche specifiche.*
4. *Disponibilità di continuo contatto tra gli infermieri di emergenza territoriale, il Medico di Centrale Operativa e i Medici del Dipartimento di Emergenza, anche tramite reti Telematiche e di Telemedicina.*

Questi 4 punti sembrano effettivamente quelli decisivi affinché la questione possa essere risolta nel modo giusto e nella tutela dei pazienti e degli operatori stessi.

C'è da dire anche che i 4 punti sopra elencati non sono di facile applicazione su tutto il territorio nazionale: ci sono alcune regioni, quelle del sud in modo particolare, che devono ancora risolvere molteplici problemi prima di poter affrontare questa questione.

Le regioni sono chiamate a risistemare e rendere omogeneo su tutto il territorio nazionale un SSN quanto meno disorganico e qui torna il vecchio problema di avere tanti SSN diversi per ogni regione.

Se penso alla figura dell'infermiera che trovai in ospedale nel lontano 1979 e poi alle vigilatrici d'infanzia della metà degli anni '80, giovani ragazze che avevano scelto questo lavoro e avevano affrontato studi specifici e a cui affidavamo la gestione dei pazienti leucemici, e se penso agli infermieri di oggi che hanno a che fare con apparecchiature sofisticate, che gestiscono con competenza e in autonomia pazienti complessi, mi auguro di avere infermieri sempre più qualificati e formati che possano da soli, dopo adeguata e qualificata formazione, salire sulle ambulanze del 118.

Paolo Siani

Caro Direttore,

la questione sollevata dal prof. Biasini, che è di grande importanza, è stata forse superata dall'approvazione da parte della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna delle "Linee Guida regionali per l'armonizzazione dei protocolli avanzati di impiego di personale infermieristico adottati ai sensi dell'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118", avvenuta l'11/04/2016, e dalla successiva pubblicazione di protocolli standard e individuazione dei criteri di congruità delle procedure infermieristiche con la disciplina della organizzazione della assistenza sanitaria nei sistemi di emergenza territoriale.

Con questa determina, sono venute a cadere con ogni probabilità le motivazioni che avevano dato origine al triste contenzioso con l'Ordine dei Medici di Bologna, che aveva visto sanzionare dei medici per "istigazione all'esercizio abusivo della professione".

In realtà in questa vicenda non si era voluto tenere conto dell'autonomia professionale

che la legge da anni riconosce all'infermiere, e delle maggiori responsabilità che gli vengono attribuite parallelamente alla crescita della sua preparazione, come precisato nel Policy Statement "Trattamento farmacologico da parte degli infermieri nell'emergenza territoriale", messo a punto dalla SIMEU e da altre Società Scientifiche.

L'episodio fornisce però l'occasione per sottolineare un aspetto non sufficientemente valutato nei documenti inerenti a questa vicenda, compreso il Policy Statement: la necessità di garantire la massima sicurezza a un bambino che debba essere assistito in emergenza-urgenza, sia territoriale/118, che ospedaliera.

È necessario che tutti gli infermieri ricevano una formazione in emergenza pediatrica, mediante la frequenza di Corsi PBLs-D, PEARS e PALS, come quelli offerti dalla SIMEUP, e che le ambulanze siano adeguatamente attrezzate per assisterli. Se è vero che i trasporti con il 118 riguardano in massima parte gli adulti, vi è comunque una quota di trasporti di pazienti in età pediatrica, solitamente rappresentata da bambini critici.

Per quanto riguarda l'assistenza di un bambino nel Pronto Soccorso (in cui viene abitualmente condotto dalla famiglia con mezzi propri), il numero di Ospedali in cui viene assistito nel PS di un Ospedale Generale da un infermiere non di area pediatrica è di gran lunga maggiore di quelli dotati di un PS Pediatrico. La "Proposta di Aggiornamento delle Linee Guida del Triage intraospedaliero del 2001" attualmente al vaglio della Conferenza Stato-Regioni, che è stata messa a punto da un Gruppo di lavoro al quale ha contribuito la SIMEUP per gli aspetti pediatrici, prevede che tutti gli infermieri di Triage ricevano una formazione in Triage Pediatrico, oltre a seguire Corsi Pediatrici di supporto vitale.

È importante che un minore e la sua famiglia che necessitano di assistenza in emergenza-urgenza, vengano accolti e trattati in modo adeguato sia nella fase dell'emergenza territoriale/118, che quando accedono in Ospedale, indipendentemente se il Pronto Soccorso sia pediatrico o generale, e se nel Presidio sia presente o meno una U.O. di Pediatria.

Luciano Pinto*, Riccardo Lubrano**

*Simeup, Gruppo di Lavoro O.B.I.-Triage Ministero della Salute; **Presidente Simeup

Secondigliano, periferia del Sud. (Nati per) Leggere ad alta voce in un carcere

Lina di Maio

Pediatra, Napoli

10 anni fa dall'Istituto Mario Negri, come una stiletta, veniva l'affermazione che, se si fosse considerato come uno stato indipendente della UE, il Sud dell'Italia sarebbe stato il più povero (Bonati M, Campi R. *Nascere e crescere oggi in Italia*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2005); è ancora così.

Lavorare in un consultorio nella periferia di una grande città del Sud ci fa porre degli obiettivi strategici e ci impone l'utilizzo di mezzi alternativi.

Uno dei determinanti sociali della salute, forse il più importante, è l'istruzione e la *capacità di leggere* ne è l'asse portante.

Il numero di parole conosciute e usate è direttamente proporzionale al grado di sviluppo della democrazia e dell'uguaglianza delle possibilità. Il rapporto fra ricchezza delle parole e ricchezza delle possibilità è dimostrato. I ragazzi più violenti posseggono strumenti linguistici scarsi e inefficaci sul piano del lessico, della grammatica, della sintassi. Non sanno nominare le proprie emozioni, non sanno narrare (G. Zagrebelsky).

Quando manca la capacità di dare un nome alle cose e alle emozioni, manca un meccanismo fondamentale di controllo sulla realtà e su se stessi. Chi non ha nomi per la sofferenza, la agisce.

La ricchezza delle parole è condizione di dominio sul reale, per questo è necessario che la conoscenza, il possesso delle parole siano esenti da discriminazioni e garantiti da una scuola uguale per tutti (G. Carofiglio).

Ma la scuola non ce la fa a compensare i dislivelli di partenza.

"Ognuno di noi può diventare un santo o un bandito, ma ciò dipende dai primi 3 anni di vita, non da Dio. È una legge di una scienza che si chiama epigenetica. In altre parole si può definire il risultato del dialogo che si instaura tra i nostri geni e l'ambiente – familiare e sociale – nel quale cresciamo" (Rita Levi Montalcini).

Ancora Yehoshua nella parabola del seminatore: "Il seme non frutta se cade sulla strada o fra le spine e i sassi, ma... Se cade nel terreno buono porta molto frutto e quanto rende!".

Il Nobel per l'economia J. Heckman è sicuro che investire – precocemente – nel capitale

umano rende moltissimo e il suo collega A. Sen ci aiuta a capire l'importanza dello sviluppo umano e del suo indice.

A. Sen parla di *flouresbing life*, una vita che fiorisce nel momento in cui riesce a realizzarsi, perché le sue capacità divengono attuali, ne hanno le possibilità.

Nel Consultorio l'obiettivo è quello di agire sul terreno nel quale cadranno i "nostri" semi, precocissimamente e per quello che viene chiamato "Principio di Differenza", che prescrive che siano giuste e accettabili, e quindi eque, solo quelle disuguaglianze che vanno a vantaggio dei gruppi più svantaggiati. Agire principalmente, ma non solo, nelle "periferie" dove è difficile... forse impossibile essere liberi di scegliere. Una scelta prevede almeno due opzioni, laddove spesso la strada già segnata è solo una.

Nati per Leggere (NpL) fa entrare voce, libri, immagini, storie, fantasia, attenzione nella vita dei bambini e dei loro genitori.

Possiamo ancora donare un libro al bilancio di salute "poiché tanti anni fa il Governo della Città ci permise un acquisto pesante (1000 kg di libri!). Si fa il prestito a lattanti, bambini, ragazzi (e qualche mamma) poiché il Consultorio si è dotato di una piccola "Biblioteca", dal momento che quella comunale è, per ora, chiusa, e non ci sono librerie in questo settore di città.

NpL nei luoghi del malessere

Il carcere è a 500 metri in linea d'aria dal Consultorio. Lavorare sui e nei contesti di vita delle famiglie (un bambino non può esistere da solo, ci insegna Winnicott) ci ha portato – inevitabilmente – a legare la nostra esperienza con la traiettoria di vita dei detenuti e dei loro figli, inseriti nella ricchezza di interventi che la direzione del Centro Penitenziario – aperta, lungimirante, accogliente e rigorosa – ha scelto di attuare.

NpL in carcere per sostenere la genitorialità dei papà detenuti, che vivono una doppia distanza, quella fisica, determinata dall'allontanamento dal nucleo familiare, e quella affettiva, dovuta all'impossibilità di esercitare una funzione educativa e di condividere gli affetti nella "quotidianità". La lettura di una breve storia o di un albo illustrato può consentire loro di riappropriarsi di un pez-

zetto di questa quotidianità, permettendo ai bambini di vivere un momento di grande valenza affettiva, e attuando un efficace (perché è il padre a proporlo) rinforzo di quanto vissuto in sala di attesa.

NpL per dare ai piccoli in attesa (spesso lunga) del colloquio quella possibilità di incontro con i libri, le storie da ascoltare, le immagini da leggere che forse non avrebbero altrimenti.

Tutto è iniziato nel luglio 2013 con i primi contatti con la Direzione, proseguito poi con incontri con piccoli gruppi di detenuti, e con l'allestimento di una "mensola" di libri per ogni sala colloquio.

Dal febbraio 2014 sono iniziate le letture ai bambini. Abbiamo un piccolo "punto lettura" nello spazio che la direzione ci ha affidato.

Il Ministero della Giustizia ha contribuito con un piccolo finanziamento per acquistare libri e arredi per un "angolo delle storie" nello spazio destinato all'attesa dei piccoli e delle loro famiglie.

Per chi era al Congresso a Napoli e... anche per chi non c'era

Un breve rendiconto e un ringraziamento a tutti coloro che hanno contribuito:

Cifra raccolta: 204,50 euro

146 euro: libri

10 euro: tenda

40 euro: 4 borse NpL

8,50 euro: acqua per dissetare

Grazie ancora a tutti!

È stato firmato un protocollo di intesa ACP Campania-Istituto Penitenziario. Sono ripresi i colloqui con i gruppi di detenuti per discutere sul modo migliore di offrir loro libri da leggere ai propri figli. Dopo un anno tutti – o quasi – i libri degli scaffali sono andati distrutti o persi. Si discute di problemi familiari, si offre a chi vorrà la possibilità di un laboratorio di lettura che possa facilitare l'utilizzo dei libri e degli albi illustrati e formare dei "LETTORI" da affiancare alla nostra lettrice ufficiale. Naturalmente parliamo di particolari gruppi di detenzione comune e a fine pena.

E l'avventura continua...

✉ li.dimaio@alice.it

Un'ottica più ampia: insieme con il CUAMM



Marta Lusiani

Medici con l'Africa CUAMM

Da circa un decennio la Scuola di Specialità di Padova promuove e sostiene gli specializzandi che intendono svolgere un periodo di formazione teorico-pratica in progetti di cooperazione sanitaria grazie a Medici con l'Africa CUAMM.

Uno dei più importanti progetti è denominato "Prima le mamme e i bambini" ed è riassunto nella scheda allegata con i dati del 2014.

Nel luglio 2012 (al quarto anno di Specialità) ero pronta per partire con una valigia non troppo grande ma con immensa curiosità. Il distretto sanitario della città di Beira in Mozambico era la mia meta, con l'obiettivo di collaborazione per la decentrazione e integrazione del trattamento antiretrovirale pediatrico, ovvero migliorare la qualità del trattamento dei bambini con HIV presso l'Ospedale Centrale di Beira e in quattro Centri di Salute periferici della città. Nella fattispecie la mia attività a livello delle unità sanitarie periferiche consisteva nel supervisionare il servizio ambulatoriale per il trattamento dei bambini sieropositivi, sostenendo il programma di prevenzione della trasmissione verticale materno-fetale e individuando i bambini a rischio.

Questa esperienza fatta di volti, linguaggi e paesaggi urbani e rurali è stata unica sia dal punto di vista lavorativo, sia da quello umano. Ho avuto l'opportunità di conoscere la struttura del sistema sanitario in cui si va ad agire, primo passo per porre le basi di una collaborazione con gli enti e il personale locale; a esso segue l'esperienza clinica. Solo la consapevolezza del contesto sanitario dell'ospedale mi ha consentito di entrare in sintonia con i colleghi mozambicani. Le amicizie che sono riuscita a stringere con i locali mi hanno insegnato molto sulla cultura e sulla società mozambicana. Sono rimasta molto colpita dalla positività ma soprattutto dalla solidarietà che c'è tra i mozambicani, nonostante vivano in una situazione di grande povertà. Un intercalare che usano spesso ogni volta che si salutano è "Estamos juntos" cioè "Stiamo uniti"; questa espressione esprime molta della loro necessità di provare a ricominciare, di trovare una nuova identità dopo anni di guerra

"PRIMA LE MAMME E I BAMBINI" – DATI 2014

UN PROGETTO PER GARANTIRE L'ACCESSO GRATUITO AL PARTO SICURO
E LA CURA DEL NEONATO IN 4 PAESI AFRICANI

Obiettivo: raddoppiare in cinque anni il numero dei parti assistiti e combattere la mortalità materna e infantile, uno dei grandi Obiettivi del Millennio stabiliti dalle Nazioni Unite.

In Angola, per dare alla luce il proprio figlio, muoiono 14 mamme su 1000, in Etiopia 7, in Uganda 5, in Tanzania 9. In Italia il dato è di 0,04.

Un progetto ambizioso lanciato nel 2012 che coinvolge quattro distretti di Angola, Etiopia, Uganda e Tanzania: 4 Paesi, 4 ospedali principali, 22 centri di salute periferici, 1.300.000 abitanti.

Tale progetto è sostenuto da Fondazione Cariparo, Fondazione Cariverona, Fondazione Cariplo e Compagnia San Paolo, raccogliendo un vasto consenso e un forte incoraggiamento da parte di molte istituzioni africane, Chiesa Cattolica, agenzie sanitarie internazionali, enti locali e professionali, società civile.

Ancora oggi in Africa molte mamme e molti bambini muoiono perché non hanno la possibilità di avere servizi sanitari adeguati. I problemi sono molti, e a volte banali: i costi, la difficoltà dei trasporti, la scarsità e la bassa qualità dei servizi locali. Per poterli superare serve lo sforzo comune di autorità sanitarie pubbliche e private e il contributo di tutti.

Nell'arco dei cinque anni saranno assicurati dal progetto complessivamente oltre 125.000 parti assistiti, di cui 39.000 negli ospedali e 86.000 nei centri di salute governativi, una delle dimensioni fondamentali della sfida.

I RISULTATI AL QUARTO ANNO:

- > 102.147 parti assistiti di cui 6745 parti cesarei
- > 204.294 mamme e bambini assistiti al momento del parto
- > 236.661 visite prenatali realizzate negli ospedali e nei distretti

civile che ha consumato questo Paese.

Non sono mancate le difficoltà: confrontarsi con la realtà ospedaliera è stata la sfida quotidiana. Ricordo ancora l'odore e la freddezza delle brande di ferro, l'assenza di lenzuola, la compagnia delle blatte lungo i corridoi e negli stanzoni dei pazienti. Lavorare in un Paese a risorse limitate implica necessariamente adattarsi a una Medicina a risorse limitate. I farmaci a disposizione garantiscono delle cure essenziali e non di rado le scorte terminano. La radiodiagnostica e la medicina di laboratorio non avevano la possibilità di garantire un servizio continuativo ed è in questi contesti che la semeiotica, la diagnosi basata sui soli segni e sintomi del paziente, ritorna a essere il fondamento della pratica clinica. E questo non è per niente facile per un medico abituato alla medicina avanzata europea! Un senso di inadeguatezza e frustrazione infatti mi ha accompagnata nelle prime settimane. In queste realtà si assiste anche alla tragi-

ca accettazione delle morti dei bambini; la mortalità è elevata, soprattutto quando i bambini arrivano da lontano e impiegano giorni per raggiungere con qualsiasi mezzo l'ospedale; spesso al loro arrivo presentano già condizioni cliniche critiche e non si può escludere che abbiano ritardato l'accesso nelle strutture sanitarie per rivolgersi a cure ignote di medicina tradizionale.

Quando sono rientrata in Italia dentro di me riecheggiava la domanda: "Perché svolgere un'esperienza di cooperazione sanitaria in Africa durante la specializzazione?" Una risposta certa non l'ho ancora trovata e forse non esiste; posso dire che quel semestre mozambicano è stato un cemento per considerare nella mia vita un futuro impegno di cooperazione internazionale a lungo termine e mi ha permesso di acquisire un'ottica più ampia su temi di salute globale anche nel nostro Paese.

✉ m.lusiani@cuamm.org

Corso di formazione ACP – SaPeRiDoc



Costantino Panza

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

Si è concluso il corso di formazione “Salute perinatale e pediatrica: ricerca, valutazione critica, diffusione delle informazioni disponibili in Internet”, tenuto a Bologna tra febbraio e marzo 2016, che ACP ha organizzato insieme a SaPeRiDoc, il Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva della Regione Emilia Romagna. Il corso è nato dall'interesse dell'ACP regionale ER a realizzare una formazione sull'EBM in modo da poter costituire nuovi gruppi di lettura per la Newsletter pediatrica acp e favorire un modello di aggiornamento originale e di qualità per i propri soci, e dalla disponibilità di Antonio Brambilla e di Silvana Borsari, rispettivamente responsabile e referente per l'area materno-infantile del Servizio assistenza territoriale della Regione Emilia-Romagna. Sono tra gli obiettivi di SaPeRiDoc la promozione e il sostegno di una formazione permanente, lo sviluppo di analisi e valutazioni dell'impatto di informazione e documentazione per una pratica clinica basata sulle prove di efficacia e l'integrazione con altri strumenti informativi e banche dati che abbiano come obiettivo la disseminazione di linee guida e di documenti basati su prove di efficacia. Da questa collaborazione è nato un programma di cinque mattinate di corso interattivo in aula ed esercitazioni da svolgere a casa e restituire ai docenti prima di ogni incontro. Il corso è stato accreditato come formazione interattiva con il riconoscimento di 46 crediti ECM.

Temati affrontati nel corso: la formulazione del quesito clinico, le linee guida, le revisioni sistematiche, gli studi primari di intervento, gli studi osservazionali, gli screening, il conflitto di interesse, i social network come sorgente di informazione e come mezzo di disseminazione. I discenti hanno preso dimestichezza con gli strumenti di valutazione dei documenti (STROBE, CONSORT, PRISMA, AGREE II), lavorando alla ricerca

della letteratura dalle postazioni di un'aula informatica. Simona Di Mario ha coordinato i compiti a casa, con correzioni effettuate in plenaria a ogni inizio giornata e ha presentato le revisioni sistematiche e gli studi di diagnosi e screening. Barbara Paltrinieri, giornalista scientifica, ha spiegato come i nuovi modelli di aggiornamento debbano considerare la realtà dei social network, illustrando al meglio i punti di forza e di debolezza di queste nuove tecnologie; come riconoscere siti internet di valore; come navigare al meglio nei siti web delle riviste scientifiche; come e quando scrivere sui social. Daniela Spetoli ha analizzato con profondità il mondo dei trial di ricerca. Enrica Perrone ha aperto una finestra sui bias, le possibili distorsioni metodologiche e ha illustrato il forest plot e il complesso mondo degli studi osservazionali. Laura Reali ha descritto gli strumenti per cercare e riconoscere una linea guida secondo la medicina basata sulle prove di efficacia. Vittorio Basevi ha tenuto le fila dell'intero programma. Infine, nell'ultima giornata, ci si è esercitati nella costruzione di una scheda della newsletter pediatrica acp, scheda che nacque molti anni fa proprio da una collaborazione tra ACP, IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, CSB e SaPeRiDoc, pubblicata con cadenza bimensile in *Quaderni acp* pagine elettroniche (<http://www.quaderniacp.it/>).

I soci ACP iscritti al corso sono pediatri di famiglia, pediatri ospedalieri e pediatri in formazione: Robertina Bosi, Silvia Marchi, Nicola Guaraldi, Jennifer Chiarolanza, Sara Denti, Claudio Mangialavori, Cristiano Rosafio, Carla Cafaro, Monica Malventano, Carlotta Farneti, Marcella De Logu, Mauro Baldini, Maddalena Marchesi, Michelina Desiderio, Sandra Mari, Maria Francesca Manusia, Gianluca Vergine, Martina Fornaro, Valentina Venturi. Prima del corso un questionario ha saggiato le abilità già apprese in ambito di epidemiologia e di EBM e

valutato la conoscenza dell'inglese scientifico scritto, aspetto fondamentale per la lettura degli articoli scientifici originali. Il clima durante le giornate del corso è sempre stato vivace e amichevole e i contenuti sono stati riconosciuti come molto utili e immediatamente fruibili, anche se il tempo a disposizione è risultato troppo limitato per un maggiore approfondimento.

Con questa formazione *ad hoc* i colleghi si impegneranno nell'animazione e tutoraggio di nuovi gruppi di lettura che si costituiranno a breve nelle province di Modena, Parma, Ferrara, Forlì-Cesena e Rimini. L'accordo con SaPeRiDoc prevede inoltre la possibilità di collaborare con la regione Emilia Romagna per la costruzione di schede newsletter in area perinatale, o di partecipare a iniziative di formazione o di produzione di documentazione in collaborazione con SaPeRiDoc. Finito il corso, ma non l'entusiasmo. I contatti attraverso le mail tra docenti e partecipanti hanno raccontato la fatica di un impegno di studio in concomitanza con il periodo di massima attività ambulatoriale, associato all'entusiasmo di essersi avvicinati al mondo dell'Evidence Based Medicine, alla possibilità di diventare protagonisti attivi del proprio aggiornamento professionale e al possibile contagio di altri colleghi in questo modello di formazione. Una tra le tante mail scambiate alla fine del corso bene esprime i sentimenti condivisi da tutti i partecipanti «...sono molto felice di aver partecipato a questo corso che mi ha molto entusiasmata. Per me è stata la prima volta che mi sono avvicinata all'Evidence Based Medicine e ora capisco che devo studiare molto ma questa sfida mi intriga. Mi è piaciuto molto anche il clima della classe, perciò non perdiamoci di vista e lavoriamo insieme. Voi continuate a istruirci anche via mail...». Grazie a Vittorio, Simona, Barbara, Enrica, Daniela, Laura e buon lavoro ai nuovi gruppi di lettura.

✉ costpan@tin.it

Si ringrazia
il Comune di Trieste
per la fattiva collaborazione

RETI DI PREVENZIONE RETI DI CURA

28° CONGRESSO NAZIONALE ACP

13 - 14 - 15
OTTOBRE 2016
TRIESTE
Auditorium
Museo Revoltella
Via Armando Diaz, 27



GIOVEDÌ 13 OTTOBRE

Neuroscienze, psicologia dello sviluppo e promozione della salute mentale
(sessione in collaborazione con SINPIA)

14.11 - 14.44 Registrazione e introduzione

14.45 - 16.15 Cosa ci dice la ricerca in neuroscienze sullo sviluppo del bambino

Antonio Damasio e Hanna Damasio
(Brain and Creativity Center and Neuroimaging Center, University of Southern California, Los Angeles)

Teresa Farroni (Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova)

16.15 - 16.45 L'evoluzione dell'epidemiologia dei problemi di neuro sviluppo e di salute mentale nel bambino e nell'adolescente: ipotesi causali e spunti per l'intervento

Antonella Costantino (Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile)

16.45 - 18.30 E' possibile prevenire i problemi di salute mentale? Quali evidenze? Quale applicabilità alla realtà italiana? Quale ruolo per il pediatra?
Gruppo di lavoro ACP

Letture: scritti di Franco Panizon

VENERDÌ 14 OTTOBRE

Reti di cura

8.52 - 11.00 L'adolescente in crisi e la risposta dei servizi

L'adolescente con un problema psichiatrico acuto in PS e in ricovero: epidemiologia, risposte attuali e nuove soluzioni

Egidio Barbi e Marco Carrozzì (IRCCS Burlo Garofolo, Trieste)

Il "rifiuto della cura" negli adolescenti con malattia cronica: MICI e tumori

Momcilo Jankovic (Clinica pediatrica, Monza) e Stefano Martellosi (IRCCS Burlo Garofolo, Trieste)

Letture: scritti di Sergio Nordio

11.00 - 11.20 pausa

Reti di prevenzione

11.20 - 12.20 Vaccinazioni e allattamento al seno, cosa si muove?

I dati della Regione Veneto su trend e motivazioni, con commento di Leonardo Speri (ASL Verona)

Un filmato su Riflessi materni e neonatali primitivi per l'allattamento, con commento di Sofia Quintero (Trieste)

12.20 - 13.20 Tecnologie digitali: quali evidenze? Quali raccomandazioni?

Valeria Balbinot (CSB onlus, Trieste), Silvia Borando (Minibombo, Modena), Giacomo Toffol (gruppo ACP PUMP, Asolo)

13.20 - 14.20 Pranzo

Regole e strumenti

14.20 - 15.30 Il conflitto di interessi

Cosa si muove nel mondo e in Italia.

Adriano Cattaneo (Osservatorio Italiano Salute Globale), Serena Donati (ISS, Roma),

L'esperienza dei pediatri in FVG
(gruppo ACP FVG)

15.30 - 16.30 La newsletter

Gruppo di lavoro ACP, La FAD, Direttore Quaderni ACP

16.30 - 18.30 Assemblea ACP

20.00 Cena ed evento sociale

SABATO 15 OTTOBRE

Reti di prevenzione \ reti di cura

8.30 - 9.30 Pediatri in rete: esperienze di reti di prevenzione e di presa in carico, da tutta Italia

Insegnare e apprendere la medicina e la pediatria

9.30 - 10.15 Un nuovo curriculum per il medico generale

Gilliat Falbo, (Facultade Pernambuco de Ciencias de Saúde, Recife, Brasile)

10.15 - 10.45 Il curriculum europeo di pediatria delle cure primarie

Carmen de Villaizan, (European Confederation of Primary Care Pediatricians, Working group on Pediatric Primary Care Curriculum)

10.45 - 12.30 La Formazione del pediatra in Italia

Andrea Biondi (Clinica pediatrica, Università Milano Bicocca), Alessandro Ventura (Clinica Pediatrica, Università di Trieste), studenti, specializzandi e neopediatri

12.30 - 13.00 Saluti e arrivederci a Cortona nel 2017

Editoriale

145 Uova, speranza di vita e politiche sanitarie

*Carlo Corchia***Formazione a distanza**

146 La comunicazione efficace e le problematiche medico-legali nelle vaccinazioni

*Franco Giovanetti, Michele Gangemi***Infogenitori**

151 Le vaccinazioni: una protezione efficace e sicura per tutti

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

152 Le comunicazioni orali presentate dagli specializzandi al Congresso Tabiano XXV

Forum

157 Denatalità: un'opportunità per una redistribuzione delle risorse e per la sopravvivenza del pianeta?

*Giacomo Toffol, Vincenza Briscioli, Laura Reali***Aggiornamento avanzato**

160 Ematuria nel bambino

*Stefano Guarino, Pierluigi Marzuillo, Angela La Manna, Emanuele Miraglia del Giudice, Laura Perrone, Giovanni Montini***Il punto su**

165 Ripensare la ricerca pediatrica in Italia

Simona Di Mario, Vittorio Basevi, Roberto D'Amico, Carlo Gagliotti, Michele Gangemi, Federico Marchetti, Maria Luisa Moro, Giorgio Tamburlini

167 Le potenze del 10 e la potenza dell'acqua

Roberto Buzzetti

169 Nati per non essere maltrattati

*Redazionale***Il caso che insegna**

171 Una bambina con anemia ipocromica persistente e indici infiammatori molto elevati

*Andrea Smarrazzo, Angela Sodano, Marta Lamba, Paolo Siani***Telescopio**

174 L'allattamento materno riduce il rischio di leucemia in età pediatrica

*Assunta Tornesello***I primi mille**

177 1000 giorni: dalla gravidanza ai primi tre anni di vita del bambino. Centro per donne, neogenitori e nuclei familiari

*Flaminia Trapani, Chiara Arpaia, Irene Esposito, Elisa Serangeli, Alessandro Telloni, Giuseppe Cirillo***Offside**

179 Difendersi dalla sofferenza, ma a quale prezzo? L'attivazione di meccanismi difensivi nella cura di bambini gravemente malati nel corpo

*Alberto Stefana, Alessio Gamba***Vaccinacipi**

181 Accesso scolastico e vaccini

*Rosario Cavallo***Film**183 Mito e parabola in *Julieta* di Almodòvar**Libri**

184 Caro Papa, liberaci dal male

184 La prima verità

185 Metà di un sole giallo

185 Guarire d'amore. Storie di psicoterapia

Lettere

187 Slow Medicine e il decreto ministeriale sull'appropriatezza prescrittiva

187 Medicina basata sulle prove e ampliamento delle indicazioni terapeutiche

188 L'infermiere e l'emergenza-urgenza

Nati per leggere

190 Secondigliano, periferia del Sud.

(Nati per) Leggere ad alta voce in un carcere

*Lina di Maio***Lo specializzando**

191 Un'ottica più ampia: insieme con il CUAMM

*Marta Lusiani***Congressi in controluce**

192 Corso di formazione ACP – SaPeRiDoc

*Costantino Panza***Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP**

La quota d'iscrizione per l'anno 2016 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 Montiferro, 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 60 euro anziché 80; 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