

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 tubercolosi nell'infanzia: cosa deve ancora sapere e saper fare il pediatra

FAD, pag. 3

Verso un Pronto Soccorso a dimensione di bambino

Salute pubblica, pag. 15

Denatalità: cause, conseguenze e possibili rimedi

Forum, pag. 20

Editorial

- 1 Demand and supply
Enrico Valletta
- 2 Promoters, in addition of being creators of knowledge
Federica Zanetto

Formation at a distance

- 3 Tuberculosis in childhood; what a paediatrician still needs know and do
Massimo Farneti, Carlotta Farneti

Info parents

- 11 Tuberculosis: an old ghost?
Stefania Manetti, Costantino Panza, Antonella Brunelli

Public health

- 12 Pregnancy, parenthood and substance addiction III. Psychological, social and health issues in woman care and in newborn protection
Antonella Liverani, Teresa I. Ercolanese, Rita M. Pulvirenti, Enrico Valletta
- 15 Towards an emergency room suitable for children
Luciano Pinto, Antonio Urbino, Riccardo Lubrano, Battista Guidi, Stefania Zampogna, Paolo Siani

Mental health

- 19 Promotion of mathematics in preschoolers
Intervista di Angelo Spataro a Maria Teresa Pantina

Forum

- 20 Falling birth rates: causes, consequences and possible remedies
Carlo Corchia

A window on the world

- 23 The UK Parliament and female genital mutilation
Enrico Valletta

The first thousand days

- 25 Investing in children: the economic perspective and the Italian case
Vittorio Daniele

Appraisals

- 31 Misleading messages on the early introduction of allergenic foods
Adriano Cattaneo, Sergio Conti Nibali

Off side

- 34 The magic of being at peace procures beauty opportunities. The fairytale: an experience in primary school
Paola Dalle Pezze

Community corner

- 36 Complementary feeding from 3-4 months and allergy risk: the EAT study results

Vaccinacipi

- 37 Amish and Measles
Franco Giovanetti

38 Film

39 Libri

42 Lettere

44 Info

Nati per Leggere

- 46 The needs of children at the center of cultural policies and welfare in Lombardy region
Giovanna Malgaroli

Meeting synopsis

- 48 Wounded inside: protecting children victims of violence

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
Naïre 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

Altra adolescenza, di M. Francesconi, Concorso fotografico "Pasquale Causa", 2016

Publicazione iscritta nel registro nazionale della stampa n. 8949
© Associazione Culturale Pediatri ACP
Edizioni No Profit



Domanda e offerta



Enrico Valletta

UO Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

Pochi giorni fa ero in commissione a un concorso per dirigente medico di pediatria a tempo indeterminato in un ospedale del Nord-Italia. L'incarico a tempo indeterminato significa, come ben sanno tutti coloro che hanno partecipato a un concorso, un posto di ruolo "sicuro" in una struttura del SSN. Fatti salvi, naturalmente, l'adeguato posizionamento in graduatoria e il superamento del consueto periodo di prova. Si trattava di un reparto di Pediatria di tutto rispetto, un punto nascita con oltre 1500 parti/anno, in una città capoluogo di provincia, con un direttore capace e motivante, e buone possibilità di sviluppare la propria attività professionale nell'ambito di un sistema sanitario regionale efficiente. I candidati, sulla carta, erano tre, e già questo non lasciava tranquilli. Se fino a pochi anni fa si presentava alle prove di ammissione circa il 50% di chi aveva fatto pervenire domanda, recenti esperienze indicavano come più realistica una percentuale del 30-40%. Arrotondando, pertanto, eravamo preparati a dare il benvenuto a un singolo candidato (essendo altamente improbabile si presentassero frazioni di candidato...) che, a meno di imprevedibili stati amnesici o afasici, rischiava fortemente di guadagnarsi l'assunzione. Insediata la commissione alle ore 9, constatato che alle ore 10 NESSUN candidato si era presentato, assolvevamo gli ultimi adempimenti burocratici e rompevamo le file dopo esserci scambiate alcune tristi considerazioni.

Il futuro è arrivato

Quello che è accaduto non mi ha colto del tutto di sorpresa. Poche settimane prima, analoga scena si era verificata in occasione di un bando per un incarico a tempo determinato. Qualche mese orsono si sono presentati alle prove due soli candidati, ma erano "interni" già in organico, e quindi nessuna nuova acquisizione si è potuta realizzare. E 3-4 anni fa, per un incarico con ottime prospettive di stabilizzazione, due dei cinque candidati ammessi alle prove erano specialisti ma non in Pediatria. La stessa AUSL nella quale lavoro (oltre un milione di abitanti, quattro pediatrie di apprezzabile livello, sei punti nascita, circa 9000 parti/anno, tre TIN di cui due di terzo livello) ha indetto nell'ultimo anno ripetuti concorsi, ma con una crescente difficoltà a reclutare un numero di pediatri sufficiente a stabilizzare gli organici in sofferenza.

Cosa sta accadendo, quindi? Evidentemente, stiamo iniziando a verificare quello che – almeno da quindici anni – le proiezioni continuano a dirci: a volumi di domanda (servizi territoriali e ospedalieri) invariati, l'offerta di nuovi pediatri è destinata a rivelarsi inadeguata a sostenere l'inevitabile turnover professionale [1-4]. Le stime sono note e non starò qui a ripercorrerle. È possibile che ci siano margini di errore nei numeri che conosciamo e che risentono di variabili solo parzialmente prevedibili – andamento della natalità, opportunità di prepensionamenti, variazioni nel numero degli specializzandi in Pediatria o nella durata del Corso, revisione organizzativa dell'assistenza pediatrica –, ma è innegabile che il problema esiste e iniziamo a toccarlo con mano.

Ora l'ospedale, domani...

Su quale dei tre classici settori della Pediatria – universitaria, ospedaliera, territoriale – sia destinato ad entrare prima o maggiormente in sofferenza si discute da tempo [5]. Dando per ac-

quisito che l'area *pediatrica* nel suo complesso è a rischio, alle riflessioni di 10 anni fa dovremmo forse aggiungere un nuovo elemento: la legge della domanda (elevata) e dell'offerta (inizia a scarseggiare) fa sì che oggi, molto più di un tempo, il pediatra possa orientare le proprie scelte con maggiore libertà. E tra i criteri di scelta c'è senz'altro la *vocazione* a un certo tipo di attività, ma non soltanto.

Cliniche universitarie e Pediatrie ospedaliere hanno, per molti versi, problemi simili: crescente turnover (fisiologico o per transito alla Pediatria di famiglia), carico assistenziale spesso rilevante, necessità di mantenere un'elevata efficienza. Rispetto all'ospedale, l'università ha in più l'indubbio fascino della ricerca e del prestigio che dà l'elevata specializzazione e, vantaggio non da poco, la possibilità di selezionare e cooptare i giovani pediatri già durante gli anni della specialità. Qualche carta da giocare, le Pediatrie universitarie sembrano ancora averla, almeno nel breve-medio periodo.

Decisamente più in affanno sono i reparti ospedalieri che pagano un'ormai irragionevole frammentazione sul territorio, la necessità di mantenere guardie attive o pronta disponibilità 24/24 ore per volumi di attività talora irrisori e con organici spesso decimati e, non da ultimo, il continuo stillicidio di medici verso la Pediatria di famiglia. È quest'ultimo un fenomeno a senso unico – ben noto e con diverse motivazioni – che determina un progressivo impoverimento di organici e professionalità che un diverso rapporto ospedale-territorio dovrebbe consentire di recuperare, almeno in maniera funzionale.

E infine, la Pediatria di famiglia che, almeno per ora, sembra reggere favorevolmente la "competizione" delle risorse umane con i reparti ospedalieri, ma che avverte impellente l'obbligo di ripensare la propria attività perché il tempo e i numeri giocano a suo sfavore, rischiando di metterne in discussione natura e funzioni stesse.

Il futuro è quindi già qui e quello che oggi inizia a preoccupare i reparti ospedalieri potrebbe domani coinvolgere altri settori della Pediatria in un effetto "domino". I pediatri in Italia sono ancora tanti e, pur in diminuzione, il loro numero resterà ragguardevole per molti anni ancora. Non è pensabile rimettere in equilibrio la bilancia con il solo incremento del numero degli specializzandi. Razionalizzazione della rete ospedaliera e riorganizzazione dell'attività territoriale vanno intraprese ora, prima che gli eventi ci costringano a farlo precipitosamente [6].

✉ enrico.valletta@auslromagna.it

1. Biasini G. I pediatri nel prossimo futuro: la domanda e l'offerta. *Medico e Bambino* 2002;21:585-7.
2. Saggese G. Editoriale. *Forum SIP su formazione e assistenza. Area Pediatrica* 2006;7(6):3-4.
3. SIMPe. *Cure primarie 2014-2025: analisi di sostenibilità*. www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3600254.pdf.
4. Brusoni G. Mamma, sto perdendo il pediatra! *Pediatria Preventiva e Sociale* 2010;5(2):5-9.
5. AAVV. Cercando un senso: il futuro della Pediatria in Italia. *Medico e Bambino* 2007;26:221-9.
6. Valletta E, Gangemi M. Alcuni motivi per cambiare, insieme. *Quaderni acp* 2013;20:21-5.

Essere promotori, oltre che artefici della produzione di conoscenza



Federica Zanetto

Presidente ACP

“La redazione della rivista aveva ritenuto di dover proporre questa Tavola Rotonda proprio allo scopo di domandarsi se ci sia ancora lo spazio reale per fare una ricerca medica che sia al tempo stesso valida, onesta, morale, aderente al malato”.

F. PANIZON

“(...) aumentare la cultura del medico, che sappia riconoscere tra ciò che serve e ciò che non serve, ciò che è nuovo e ciò che è una copiatura; fra ciò che ha un significato e ciò che è stato fatto per avere un prodotto in più”.

S. GARATTINI

“Non è solo acculturando il medico o demandando la propria responsabilità ai comitati che si risolvono i problemi, ma solo assumendo ciascuno su di sé l'onere di analizzare la propria posizione, le responsabilità politiche che porta, le contraddizioni che vive, e portando questo processo alle estreme conseguenze, con piena lealtà”.

G. MACCACCARO

Era il 28 ottobre 1971: a Milano F. Panizon, S. Garattini, G. Maccacaro stavano discutendo di sperimentazione clinica in pediatria con L. Bianchi d'Espinoza, F. Sereni, P. Tolentino nel corso di un simposio organizzato da *Prospettive in Pediatria*.

A distanza di 45 anni ci interpella ancora e più che mai quanto dibattuto allora, rimbalzato in un'altra tavola rotonda, questa da poco svoltasi, il 25 novembre 2016, nell'ambito dell'incontro che ha riportato a Milano, vent'anni dopo, i pediatri di famiglia partecipanti a “Bella”, percorso formativo multidisciplinare, avanzato, di alto livello, organizzato nel 1996 per misurarsi con la ricerca nella pratica.

Alcune delle domande, interessanti, su cui si è declinata la tavola rotonda 2016: chi può fare ricerca, chi è in grado di fare ricerca in uno scenario attuale dove ci sono le reti, ma spesso non ci sono i nodi? chi decide le priorità? quale è la situazione oggi rispetto al diritto e alla disponibilità all'accesso alle cure? come introdurre l'innovazione nella pratica medica di alto livello? quanti sono i clinici che parlano di consenso informato? quanto le ricerche e i protocolli sono rilevanti dal punto di vista clinico e hanno beneficio sociale? quanto sono scientificamente solidi e validi? quanto viene soppesato il rapporto rischi/benefici? quanti sono i clinici che parlano di consenso informato?

Alcuni dei temi emersi, da annotare per una riflessione che deve continuare, in particolare in ambito ACP: etica nella ricerca come pertinenza e appropriatezza delle domande e delle risposte; innovazione come scelta provocatoria di priorità che possano coinvolgere tutto l'ambito pediatrico; fare ricerca è anche evidenziare aspetti presenti nella quotidianità e spesso non noti agli operatori sanitari; fare ricerca è misurare esiti (la parte più faticosa); sperimentazione clinica come strumento e parte integrante di buona pratica clinica; dichiarare l'incertezza come componente essenziale anche della ricerca; consenso informato (oggi burocraticizzato) come condivisione delle incertezze; co-

mitato etico come luogo di mediazione fra società e ricerca e come portavoce del dibattito su quale ricerca non vediamo ed è invece necessaria.

Misurarsi con la ricerca nella pratica. Essere promotori, oltre che artefici della produzione di conoscenza. Sono sfide grandi, rilanciate a distanza di 20 anni, ancora attuali e da raccogliere in un contesto sociale più complesso e in continua evoluzione, dove fare ricerca vuole dire ancora di più fare formazione di qualità e cambiare le pratiche. Da ripensare e condividere in ambito associativo, anche alla luce della storia della ricerca nelle cure primarie in ACP e dei percorsi collaborativi e locali che ci sono stati ricordati: quelli che hanno preceduto e in qualche modo anticipato “Bella” e quelli che ne sono scaturiti.

Evoluzione continua, costanza, determinazione, entusiasmo, forza del gruppo, libero accesso, qualità metodologica, formazione continua (e anche crediti ECM “di qualità”), sforzo editoriale: sono state le parole chiave della “newsletter pediatrica ACP” a rimbalzare dal recente congresso ACP a Trieste e a fare da guida all'incontro congiunto dei gruppi di lettura ACP, lo scorso 12 novembre.

Sono state riviste insieme a L. Ronfani e R. Buzzetti alcune schede newsletter prodotte nell'ultimo anno. Si è lavorato su alcuni aspetti di metodo da migliorare nella loro stesura (richiamo alle principali evidenze della letteratura pubblicate prima dell'articolo recensito/revisione della letteratura “rapida”; valutazione del suo contributo innovativo; discussione degli aspetti metodologici dello studio, giudizio sulla sua trasferibilità e sul suo reale impatto sulla pratica clinica). Si è discusso di alcune possibili altre modalità di lavoro all'interno dei gruppi. Si è valutata la possibilità di poter accedere a una cartella condivisa che contenga il materiale formativo o articoli di riferimento EBM sempre disponibili per la consultazione.

Soprattutto, il “sistema” di sorveglianza della letteratura in ACP si è esteso ai gruppi di lettura emiliano-romagnoli (Parma, Modena, Ferrara, Forlì-Cesena, Ravenna e Rimini), attivatisi nell'ambito di un progetto formativo regionale realizzato nel 2016 in collaborazione con ACP. Un modello percorribile, rilevante e interessante per ritorno culturale, motivazione, aggiornamento ed effettiva ricaduta “sul campo”.

Continuare a mantenere attivo un sistema di sorveglianza della letteratura in ACP ed essere in grado di segnalare e commentare articoli rilevanti in modo non occasionale, ma secondo un percorso strutturato, metodologicamente corretto e condiviso rappresentano un'altra opportunità significativa di formazione e conoscenza, anche per produrre documentazione di interesse comune nell'area della salute e della cura del bambino. È un altro aspetto della sfida, impegnativo ma che vale la pena valutare.

Per essere promotori, oltre che artefici della produzione di conoscenza.

✉ zanettof@tin.it

La tubercolosi nell'infanzia: cosa deve ancora sapere e saper fare il pediatra



Massimo Farneti*, Carlotta Farneti**

*Pediatria, Cesena. APeC; **Specializzanda in Pediatria, Università di Ferrara

BOX 1. Definizioni e quadri clinici	
Quadri clinico-laboratoristici della TB tratti dall'American Academy of Pediatrics	
Esposizione	Bambino che ha di recente avuto contatti significativi con un soggetto affetto da malattia tubercolare, ma manca la prova che sia avvenuta l'infezione. In questa fase, il bambino non presenta segni o sintomi di malattia, il test cutaneo alla tubercolina (TST) o il test di rilascio di interferone- γ (IGRA) sono negativi, la radiografia del torace è normale. NB: il bambino può essere infettato ma essere ancora nel periodo finestra.
Infezione tubercolare latente (Latent Tuberculosis Infection [LTBI])	Bambino che ha una Mantoux o un test IGRA positivo, ma nessuna evidenza clinica o radiologica di malattia tubercolare attiva. Sono inclusi in questa categoria pazienti con segni radiologici di pregressa infezione tubercolare (calcificazioni parenchimali e/o linfonodali ilari).
Malattia tubercolare [MT]	Bambino con infezione tubercolare (Mantoux e/o IGRA positivi), in cui siano presenti segni clinici e/o radiologici di malattia tubercolare (polmonare, extrapolmonare o entrambe).
Forme particolari di TB	
Tubercolosi multiresistente (Multi-drug-resistant tuberculosis [MDR-TB])	Forma di tubercolosi in cui l'infezione è causata da batteri resistenti al trattamento con almeno due dei farmaci di prima linea più potenti, l'isoniazide e la rifampicina.
Tubercolosi estensivamente resistente ai farmaci (Extensively-drug-resistant TB [XDR-TB])	Forma di tubercolosi resistente anche ai farmaci di seconda linea, resistente quindi anche a tutti i fluorochinoloni e ad almeno uno dei 3 farmaci iniettabili (kanamicina, capreomicina, amikacina).

Introduzione – Epidemiologia

La tubercolosi (TB) a livello mondiale, soprattutto nei Paesi poveri, continua a essere un importante problema di sanità pubblica. Si stima che nel 2014 vi siano stati globalmente 9,6 milioni di nuovi casi di TB, di cui un milione in età pediatrica. La mortalità negli ultimi anni è diminuita ma ancora 1,5 milioni di persone ogni anno muoiono per la TB, di cui 140.000 bambini.

A livello della Regione Europea OMS, comprendente 53 Paesi, sono stati stimati 340.000 nuovi casi di TB, di cui l'83% in 18 Paesi "ad alta priorità", cinque di questi facenti parte dell'Unione Europea (Armenia, Azerbaijan, Bielorussia, Bulgaria, Estonia, Georgia, Kazakistan, Kirghizistan, Lettonia, Lituania, Moldova, Romania, Russia, Tajikistan, Turchia, Turkmenistan, Ucraina e Uzbekistan). Dei 340.000 nuovi casi, 2258 si sono ve-

rificati in bambini <15 anni di età (tasso d'incidenza pari a 2,8/100.000).

L'incidenza di casi di TB notificati nel 2014 a livello della Regione Europea OMS continua a mostrare un trend in diminuzione rispetto agli anni precedenti (numero di casi diminuito del 16% rispetto al 2010). Per quanto riguarda la multiresistenza ai farmaci, è allarmante il dato che nel 2014 un quarto dei 480.000 casi mondiali di TB multiresistente (MDR-TB) si sia verificato nella Regione Europea, soprattutto nei Paesi dell'Est europeo (Box 1).

La situazione italiana

L'Italia è un Paese a bassa incidenza di TB: nel nostro Paese il tasso di incidenza annuale della TB nell'anno 2013 (ultimo anno di cui si conosce il dato ufficiale) è stato pari a 5,7 casi per 100.000 abitanti. L'Italia è pertanto ben al di sotto del limite OMS che definisce "Paese a bassa inci-

denza" una nazione con tasso annuale pari o inferiore a 10 casi per 100.000.

Nonostante il significativo ingresso nel nostro Paese di stranieri provenienti da zone ad alta endemia che presentano naturalmente tassi di incidenza molto superiori agli italiani, ciò non ha comportato un aumento nel tempo del tasso di incidenza generale, che al contrario presenta un trend in diminuzione.

Bisogna comunque considerare, al fine di indirizzare meglio gli interventi di profilassi, che circa il 66% dei casi di TB in Italia si è verificato in soggetti di nazionalità straniera.

Altro dato tranquillizzante è la bassa prevalenza nel nostro Paese di MDR-TB: solo il 3,1% delle TB contro un 18% a livello europeo OMS.

L'incidenza pediatrica (0-14 anni) di TB è di poco superiore a 1 per 100.000, pari a circa un terzo di quella europea.

Gioie e dolori di essere un Paese a bassissima incidenza di TB

Essere un Paese a bassissima incidenza di TB è un privilegio: gli abitanti dell'Italia infatti presentano un rischio molto limitato di incontrare il *Mycobacterium tuberculosis* e di infettarsi (LTBI); rischio ancor più basso è quello di ammalarsi di TB.

È necessario però tenere presente che una bassa incidenza si lega spesso a una bassa attenzione clinica legata in parte a una scarsa conoscenza della patologia stessa da parte del clinico (patologia ormai poco considerata nel curriculum formativo e nell'aggiornamento periodico del medico) e, in parte, al fatto che la TB non viene tenuta in considerazione nelle diagnosi differenziali. A ciò si aggiunge la intrinseca difficoltà diagnostica legata a una sintomatologia spesso assente o aspecifica. Il problema delle attuali scarse conoscenze nella classe medica della TB ha portato recentemente il Ministero della Salute, di concerto con le Regioni, a inserire come primo punto del documento "Stop alla tubercolosi in Italia: obiettivi e azioni prioritarie" l'obiettivo di "aumentare la percezione del problema (MMG, formazione)".

La rarità della malattia ha portato anche al conseguente smantellamento dei servizi dedicati (consorzi antitubercolari, sanatori ecc.), diminuendo così anche le competenze specialistiche che per decenni hanno caratterizzato questa patologia. Le competenze risultano ora frammentate tra vari servizi (Dipartimento Sanità pubblica, Ospedale, Dipartimento cure primarie ecc.), il che rende difficoltosa la gestione della profilassi e del trattamento, che invece dovrebbero essere strettamente legati.

Considerando inoltre che i tassi d'incidenza negli stranieri sono molto superiori agli italiani, la maggior parte delle TB e delle LTBI colpisce queste popolazioni, e ciò provoca ulteriori difficoltà di gestione a causa di barriere linguistiche, culturali e sociali (Tabella 1).

Concentrarsi sulle "popolazioni" a rischio

In una realtà a bassa endemia hanno poco significato, per il controllo e la profilassi della TB, interventi a livello della popolazione generale; la strategia più efficace si basa su:

- indagine epidemiologica di ogni caso di TB con successiva chemiopprofilassi dei contatti risultati infetti;
- corretta gestione clinico-terapeutica dei casi di TB e di LTBI;

TABELLA 1. Rischi di un Paese a bassa incidenza di TB e LTBI

Essere un Paese a bassa incidenza è un privilegio ma ci possono essere dei rischi...

- Patologia rara per cui bassa attenzione clinica
- Diminuzione delle competenze specialistiche e scomparsa dei servizi dedicati
- Frammentazione delle competenze
- Difficoltà di gestione legate a barriere linguistiche, culturali, sociali ecc.

TABELLA 2. Popolazioni a rischio di LTBI

- Immigrati da zone ad alta endemia tubercolare
- Contatto familiare o assimilabile con TB contagiosa
- Operatori socio-sanitari in contesti a rischio (reparti geriatria, mal. infettive, lungodegenza ecc.)
- Senza fissa dimora, tossicodipendenti, alcolisti ecc.

- controllo delle popolazioni a rischio di infezione TB e/o di malattia TB.

Ogni sanitario deve avere ben presente quali sono le cosiddette "popolazioni a rischio", tenendo conto che vi sono gruppi a rischio di sviluppare una LTBI, ma anche che ci sono sottopopolazioni in cui è maggiore il rischio di sviluppare la malattia tubercolare.

Nella Tabella 2 sono riportate le popolazioni a rischio di LTBI. Tra queste si segnalano:

- **Immigrati da zone ad alta endemia tubercolare**

Nel mondo esistono molti Paesi ove l'incidenza annuale di TB è molto elevata. OMS considera Paese ad alta endemia una nazione in cui il tasso d'incidenza sia $\geq 50/100.000$, mentre

considera un Paese ad altissima endemia se l'incidenza annua di TB è $\geq 100/100.000$. Nella Figura 1 è visibile la mappa mondiale con l'incidenza della TB. Nella Tabella 3 sono riportati, divisi per continente, i Paesi con incidenza di TB $\geq 50/100.000$.

I bambini (e i genitori) che provengono da Paesi ad alta endemia devono essere considerati a rischio di LTBI ed è opportuno che vengano sottoposti a controllo TB il più presto possibile dal loro arrivo in Italia. Altrettanta attenzione il pediatra dovrà riservare ai bambini adottati provenienti da questi Paesi. Spesso questi bambini sono a maggior rischio poiché assommano al rischio del Paese di origine quello della convivenza, a volte prolungata, in comunità a

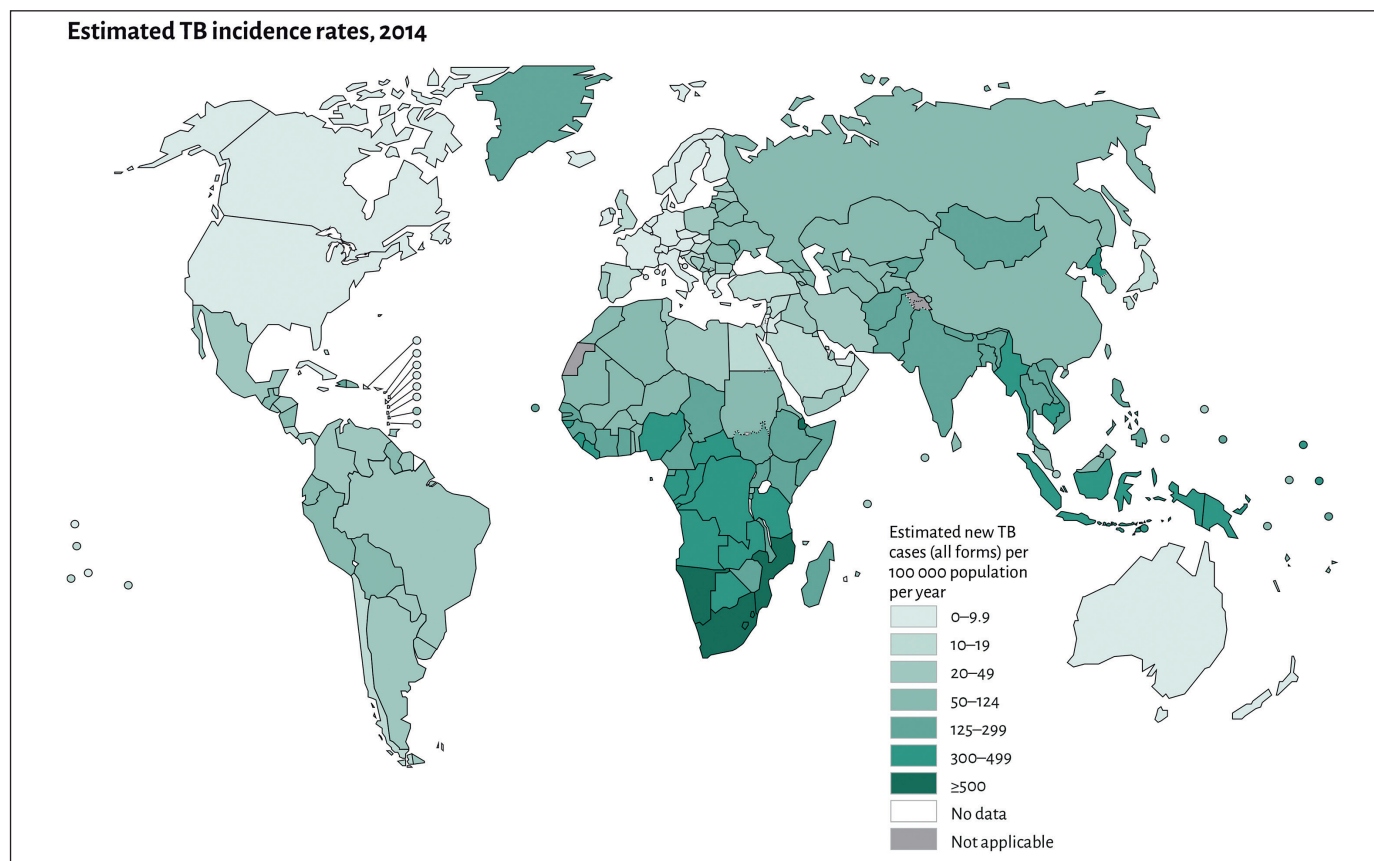


Figura 1. Tratta da "Global tuberculosis report 2015".

TABELLA 3. Paesi ad alta e altissima endemia tubercolare				
Africa				
Algeria	Costa d'Avorio	Lesotho	Nigeria	Tanzania
Angola	Djibouti	Liberia	Rep. Centrafricana	Togo
Benin	Eritrea	Madagascar	Ruanda	Uganda
Botswana	Etiopia	Malawi	Sao Tomè – Principe	Zaire (DR Congo)
Burkina Faso	Gabon	Mali	Senegal	Zambia
Burundi	Gambia	Marocco	Sierra Leone	Zimbabwe
Camerun	Ghana	Mauritania	Somalia	
Capo Verde	Guinea	Mozambico	Sud Africa	
Ciad	Guinea Bissau	Namibia	Sudan	
Congo	Kenya	Niger	Swaziland	
America del Nord, Centrale e Latina				
Bolivia	Groenlandia	Guyana	Honduras	Rep. Dominicana
Ecuador	Guatemala	Haiti	Perù	
Asia				
Afghanistan	Cambogia	India	Mongolia	Tailandia
Armenia	Cina	Indonesia	Myanmar	Tajikistan
Azerbaijan	Corea del Nord	Kazakhstan	Nepal	Timor-Est
Bangladesh	Corea del Sud	Laos	Pakistan	Turkmenistan
Bhutan	Filippine	Macao	Singapore	Uzbekistan
Brunei Darussalam	Hong Kong SAR. Cina	Malesia	Sri Lanka	Vietnam
Europa				
Bielorussia	Georgia	Latvia	Moldova	Ucraina
Fed. Russa	Kyrgyzstan	Lituania	Romania	
Oceania				
Kiribati	Micronesia	Papua – Nuova Guinea	Tuvalu	
Marshall Islands	Northern Mariana	Solomon Islands	Vanuato	

loro volta a rischio (brefotrofi, bimbi di strada ecc.).

- **Contatto familiare o assimilabile con TB contagiosa**

Il rischio d'infezione in caso di contatto con TB contagiosa dipende da alcune variabili:

- 1 Caratteristiche del caso fonte
- 2 Caratteristiche dell'esposizione
- 3 Grado di suscettibilità del soggetto esposto
- 4 Virulenza del germe

1. A ogni paziente con diagnosi di TB respiratoria va determinato il grado di contagiosità in base alla localizzazione anatomica (polmonare o laringea), ai reperti microbiologici (positività dell'espettorato per bacilli alcol-acido-resistenti [BAAR] all'esame microscopico) e radiologici (presenza di cavitazioni) e ad altri elementi che favoriscono la contagiosità (es. tosse frequente).

2. In primo luogo si devono tenere in considerazione la frequenza, la

durata dell'esposizione e la vicinanza alla fonte. Quest'ultima dipende a sua volta dalla condivisione di spazi confinati, dal tipo di ventilazione dell'ambiente stesso e dal volume d'aria condiviso con il paziente contagioso; classico esempio di alta esposizione è quella che avviene durante viaggi aerei, ove, pur essendo la durata limitata, il volume d'aria condiviso è molto elevato a causa del ricircolo dell'aria. Per valutare la vicinanza si adotta una suddivisione a tre livelli:

- contatti familiari o assimilabili: persone che convivono con il caso o che hanno condiviso lo stesso spazio confinato per numerose ore al giorno;
- contatti regolari: persone che condividono regolarmente lo stesso spazio chiuso;
- contatti occasionali: persone che condividono occasionalmente lo stesso luogo chiuso.

I membri della famiglia che vivono sotto lo stesso tetto con la fonte in-

fettante sono classificati sempre ad alto rischio di infezione.

In età pediatrica il rischio di contagio aumenta inoltre se la fonte infettante è la madre e se il bambino condivide il letto o la stanza da letto con il caso contagioso.

3. La suscettibilità all'infezione dipende da vari fattori, in primo luogo l'età. I bambini di età inferiore a 5 anni e gli adolescenti sono maggiormente suscettibili. Altre categorie a rischio sono rappresentate dalle persone affette da condizioni patologiche che determinano una depressione immunitaria (HIV, diabete scompensato, alcolismo, malnutrizione, anoressia nervosa ecc.), o sottoposte a trattamenti con farmaci immunosoppressori (corticosteroidi, antitumorali, anti-TNF α ecc.).

Fra tutte le categorie a rischio di LTBI, alcune corrono l'ulteriore rischio che la loro LTBI evolva più o meno velocemente in malattia TB.

TABELLA 4. Popolazioni e condizioni a rischio di malattia TB

- > Bambini ≤ 5 anni (molta attenzione ai neonati)
- > Infezione TB (LTBI) recente
- > Immunodepressione per: malattia (in particolare HIV), terapie (steroidi ad alte dosi, chemioterapia, antagonisti TNF α)
- > Alcune malattie croniche (diabete scompensato, fibrosi cistica, anoressia nervosa, insufficienza renale cronica, malnutrizione ecc.)

Nella **Tabella 4** sono riportate le popolazioni a rischio di malattia TB.

- **Bambini ≤ 5 anni** (molta attenzione ai neonati)
I bambini sotto i 5 anni di età, e in particolare sotto i 2 anni, presentano un rischio molto aumentato di sviluppare una malattia tubercolare. Minore è l'età e più è frequente che l'infezione si trasformi immediatamente in TB miliare con alta probabilità di sviluppare una meningite tubercolare. Fino al 40% dei bambini ≤ 2 anni con LTBI sviluppa una malattia tubercolare.
- **LTBI recente**
Il rischio, nella popolazione generale, che una LTBI evolva in malattia TB è di circa l'8-10%; questo rischio è concentrato particolarmente nei due anni successivi all'infezione. Il massimo livello di rischio si ha perciò in corso di infezione recente in un bambino sotto i 5 anni di età.
- **Immunodepressione**
L'HIV rappresenta la principale causa della recrudescenza di TB nei Paesi in cui l'HIV è endemica. Nel 2014 dei 9,6 milioni di nuovi casi il 12% era HIV positivo (pari a 1,2 milioni). Il rischio di passare da LTBI a TB per un soggetto HIV+ è calcolato tra il 7% e il 10% all'anno. Molta attenzione va inoltre posta a quei bambini che effettuano terapie immunosoppressive, in particolare con farmaci anti-TNF α , sempre più utilizzati per alcune malattie autoimmuni (es. artrite reumatoide giovanile).
- **Alcune malattie croniche**
Numerose malattie croniche possono facilitare la comparsa di TB: il pediatra deve tenere in considerazione in particolare la fibrosi cistica, i tumori e l'anoressia nervosa. Va verificato sempre che i centri di assistenza per queste patologie abbiano eseguito regolarmente la ricerca della TB.

Le fasi da affrontare nella diagnostica della TB

Alla base della diagnostica per individuare una LTBI o una TB stanno i test immu-

nomediati (test cutaneo secondo Mantoux [TST] e test di rilascio dell'interferone γ [IGRA]) e la diagnostica per immagini (principalmente Rx del torace), senza naturalmente sottovalutare la clinica (**Box 2**) e gli altri esami di laboratorio (in primo luogo quelli per la ricerca dei batteri alcol-acido-resistenti nell'espettorato) (**Figura 2**).

La LTBI è definita come una infezione da *Mycobacterium tuberculosis* (MT) in assenza delle caratteristiche cliniche e radiografiche della malattia TB. Essendo una diagnosi di esclusione, in caso di positività dei test immunomediati è necessario sempre eseguire almeno una radiografia del torace per escludere la malattia TB.

Qualora invece vi siano segni clinici e/o radiologici di malattia TB, è necessaria la conferma di laboratorio. Il gold standard diagnostico della TB è costituito dal riscontro diretto del bacillo di Koch (BAAR) all'analisi microscopica e/o colturale dell'espettorato o, in alternativa, dell'aspirato gastrico mattutino, prelevato con sonda. Tuttavia, per l'elevata frequenza delle forme paucibacillari e per l'oggettiva difficoltà a ricavare campioni biologici adeguati in età pediatrica, le indagini microscopiche risultano positive in meno del 10% dei bambini con diagnosi clinico-radiologica di TB, mentre l'esame colturale, che necessita di tempistiche molto più lunghe (fino a 8 settimane), risulta diagnostico in circa il 40% degli affetti, con conseguente rischio di sottostima diagnostica. Per ovviare a ciò recentemente sono stati sviluppati metodi che si basano su tecniche molecolari di amplificazione dell'acido nucleico (NAAT), e che, utilizzando la reazione a catena polimerasica (PCR), sono in grado di rilevare materiale

genetico proprio del MTB presente anche in minima quantità all'interno dei campioni biologici analizzati.

Come sopra accennato, i test diagnostici immunomediati sono costituiti da TST e IGRA, entrambi fondati sulla messa in evidenza dell'immunità cellulo-mediata che si sviluppa da 2 a 12 settimane dopo l'infezione (periodo finestra). Questo deve essere tenuto in attenta considerazione poiché durante il "periodo finestra", i test possono risultare falsamente negativi. Un altro limite del TST, ma non dei test IGRA, è la negatività in corso di TB qualora la malattia provochi uno stato anergico, fatto non raro nell'infanzia e nell'adolescenza.

Il TST consiste nell'iniezione intradermica, a livello della faccia volare dell'avambraccio, di 0,1 ml contenenti 5 unità di derivato proteico purificato tubercolinico (PPD). Dopo circa 48-72 ore si valutano le dimensioni dell'infiltrato dermico (diametro massimo dell'infiltrato in mm). Tale valutazione non è fissa, ma risente di fattori epidemiologici e di rischio propri di ciascun soggetto. Per soggetti a basso rischio si considera positivo un infiltrato di diametro ≥ 15 mm. Nei soggetti a più alto rischio (es. contatti con malati TB) si adotta come cut off un infiltrato ≥ 5 mm. Nella **Tabella 5** è riportato uno schema esemplificativo del cut off del TST da adottare nei bambini. Da segnalare che in caso di soggetti provenienti da Paesi ad alta endemia il cut off dell'infiltrato è ≥ 10 mm. La variabilità del cut off adottato incide naturalmente sui valori di sensibilità e specificità: più alto è il cut off per considerare "positiva" una persona, più si alza la specificità (pochi falsi positivi) a scapito della sensibilità.

BOX 2. Manifestazioni cliniche della tubercolosi

Le manifestazioni cliniche dipendono soprattutto dalla localizzazione della malattia e sebbene la localizzazione polmonare sia di gran lunga la più frequente, trattandosi di una malattia sistemica, possono essere interessati ogni organo e sistema.

La principale localizzazione della tubercolosi pediatrica è quella polmonare con linfadenopatia ilare, rappresentando il 70-75% dei casi. Tra le localizzazioni extratoraciche, la forma linfonodale è la più frequente; seguono la localizzazione al sistema nervoso centrale, pleurica, miliare e/o disseminata e ossea.

Le forme miliari e meningee sono più frequenti nei bambini di età inferiore ai 3 anni e/o nei bambini HIV positivi.

La TB polmonare, nella quasi totalità dei casi, si manifesta con sintomi poco specifici: febbre (semita), tosse (secca e irritativa), inappetenza, astenia, adinamia, sudorazione e calo ponderale. Più del 50% dei lattanti e dei bambini con quadro radiografico di tubercolosi polmonare da moderato a severo non presenta in realtà segni clinici e viene individuato soltanto in seguito alle indagini svolte nei contatti di casi-indice.

I bambini, soprattutto di età inferiore ai 3 anni, hanno un rischio maggiore di progressione verso forme extra-polmonari (25-30% dei casi) rispetto agli adulti (15% dei casi). Molta attenzione quindi in caso di crisi convulsive subentranti, vomito, irritabilità o sonnolenza, paralisi dei nervi cranici e rigidità del collo, che possono essere suggestivi per una meningite tubercolare. La sintomatologia dolorosa dello scheletro rappresenta una "red flag" per localizzazioni ossee e la presenza di ghiandole ingrossate e dure, soprattutto a livello del collo, una "red flag" di una forma linfonodale.

TABELLA 5. Schema esemplificativo del cut off del TST da adottare nei bambini, tratto da "Linee Guida per il Controllo della Tuberculosis nella Regione Veneto"

Cut off	Gruppo a rischio	Quando eseguire il TST
≥ 5 mm	Infezione da HIV	All'atto della diagnosi Annualmente se altri fattori di rischio per TB Con l'immunoricostruzione*
	Contatti recenti di TB attiva	Basale e, se negativo, 8-10 settimane dopo il termine dell'esposizione
	Età < 1 anno – a basso rischio	NON RACCOMANDATO
≥ 10 mm	Bambini > 6 mesi immigrati da o che hanno vissuto per > 12 mesi in Paesi ad alta endemia	All'arrivo in Italia
	Bambini o adolescenti esposti ad adulti ad alto rischio (p.e. contatti regolari con adulti HIV+, senza tetto, carcerati, tossicodipendenti per via endovenosa)	Ogni 2 anni
	Bambini con condizioni cliniche favorevoli la TB: - diabete mellito - insufficienza renale cronica - leucemia o linfomi - malnutrizione/calco ponderale > 10% del peso corporeo ideale	Al momento della diagnosi
	Età > 1 anno e < 5 anni – a basso rischio	NON RACCOMANDATO
≥ 15 mm	Età > 5 anni – a basso rischio	NON RACCOMANDATO

*p.e. risalita dei linfociti CD4+ sopra 200/mm³ o aumento dei CD4+ di almeno 200/mm³ dopo HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy – terapia antivirale fortemente attiva)

In generale la sensibilità del TST viene considerata buona (pochi falsi negativi); la sensibilità è minore nei bambini variando dal 75% al 90%.

Il TST presenta una specificità non ottimale (discreto numero di falsi positivi). Questo problema dipende soprattutto da due fenomeni:

- a cross-reazione con il vaccino antitubercolare BCG;
- b cross-reazione con micobatteri non tubercolari (MNT).

Ciò è dovuto al fatto che il PPD contiene antigeni in comune con il bacillo di Calmette-Guérin (BCG) e con i MNT. Per questi motivi il TST può fornire risultati falsamente positivi quando eseguito in individui precedentemente vaccinati oppure con infezioni micobatteriche non tubercolari. Mentre le infezioni non tubercolari in Italia sono rare per cui è trascurabile la frazione di false positività a esse conseguenti, l'evenienza di una falsa positività può essere frequente nei soggetti provenienti da aree ad alta endemia ove la vaccinazione è ancora effettuata routinariamente, a volte anche con richiami periodici (soprattutto nei Paesi francofoni dell'Africa). Un altro limite del TST è la possibilità, soprattutto nei vaccinati, di presentare il cosiddetto "effetto booster" se si ripete il test. Ciò comporta un aumento del diametro dell'infiltrato non dovuto a una sopravvenuta infezione o reinfezione TB ma alla riattivazione della memoria immunologica già presente, conseguente alla sensibilizzazione dei linfociti T al PPD. Questo effetto deve essere tenuto in considerazione

in caso di ripetuti TST nel tempo, come può essere negli immigrati nei primi due anni dal momento dell'immigrazione o nei sanitari operanti in reparti a rischio (es. malattie infettive, lungodegenze ecc.). Normalmente viene preso come TST di riferimento il secondo test eseguito a una certa distanza dal primo e solo in caso di un aumento dell'infiltrato >10 mm ai test successivi si può ritenere che si tratti di infezione o riattivazione della TB. Il riscontro di risultati "positivi" in questi casi può essere comunque difficilmente distinguibile da una vera conversione post-infettiva.

Accanto a questi problemi legati direttamente al test è opportuno sottolineare altre tre variabili che possono limitare l'uso del TST. Le prime due sono legate al personale addetto all'esecuzione dell'iniezione intradermica e a quello addetto alla lettura dei risultati. Entrambe le azioni possono apparire teoricamente semplici ma nella pratica non lo sono, soprattutto se il personale incaricato non ne esegue/legge un congruo numero routinariamente. Anche in fase di lettura possono sorgere difficoltà di interpretazione sull'area dell'infiltrato da misurare; la metodologia più precisa è quella di utilizzare una penna biro perpendicolarmente alla cute facendo scorrere la punta fino allo "scalino" della zona infiltrata. La terza variabile è la necessità che il soggetto si presenti per la lettura del test dopo 48-72 ore, cosa che rischia di provocare una perdita al follow-up, soprattutto in soggetti/zone socialmente fragili.

Da ultimo è da ricordare che il TST ha un costo molto basso rappresentando, soprattutto in contesti a risorse limitate, un rilevante vantaggio.

I test IGRA sono test "in vitro" su campioni di sangue venoso, basati sul principio che, nei soggetti infettati da MTB, i linfociti T producono interferone γ (IFN- γ) specifico se stimolati da specifici antigeni micobatterici tubercolari (ESAT-6, CFP-10 e TB7.7). Un alto livello di produzione di IFN- γ specifico è indicativo d'infezione tubercolare. In commercio attualmente in Italia esistono due test IGRA, il QuantiFERON-TB Gold In-Tube Assay e il T-SPOT TB. I dati finora forniti dalla letteratura non evidenziano significative differenze in sensibilità e specificità tra i due IGRA, che possono perciò essere considerati equivalenti dal punto di vista delle performance. Attualmente la maggior parte dei laboratori utilizza il QuantiFERON-TB. Il risultato di questi test viene espresso come positivo, negativo o indeterminato. Un valore "indeterminato" degli IGRA non significa che il test ha fallito, ma indica che il campione presenta una risposta non adeguata o non interpretabile. Se escludiamo i casi di errore (prelievo non adeguato o errore di laboratorio), piuttosto rari e facilmente superabili con un secondo esame di controllo, il valore indeterminato può essere interpretato come uno stato di anergia (es. immunodepressione severa) con scarsa produzione di IFN- γ (con l'uso del TST invece i casi di anergia risultano negativi e non sono distinguibili dai veri negativi).

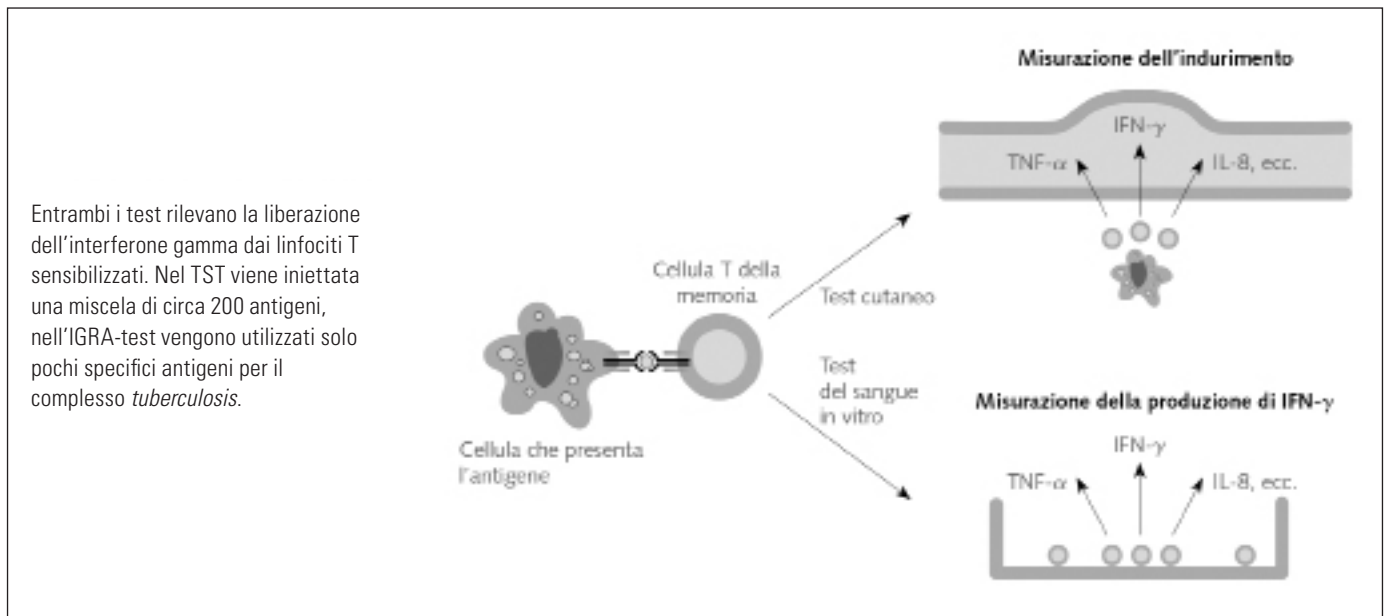


Figura 2. Principio dei test per la rilevazione dell'infezione tubercolare latente (tratto da "Manuale della tubercolosi", Lega polmonare svizzera 2011).

Gli IGRA non erano in passato indicati nei bambini, in particolare in quelli <5 anni, a causa della mancanza di dati attendibili e poiché sembravano più frequenti i risultati indeterminati; una recente meta-analisi ha invece evidenziato una buona risposta anche in questa fascia di età. Questi test mostrano altre due caratteristiche migliorative rispetto al TST: non presentano effetto booster e non sono influenzati dalla vaccinazione BCG né da infezioni da micobatteri non tubercolari, poiché tali test si basano su antigeni che sono specifici per il *Mycobacterium tuberculosis*. Ciò fa sì che gli IGRA test abbiano una specificità maggiore del TST, mentre la sensibilità è solo leggermente migliore.

I test IGRA hanno però due limiti: un alto costo e la necessità di un laboratorio di alto livello qualitativo; per questi motivi tali test non vengono consigliati dall'OMS nei Paesi con risorse limitate.

Le linee guida più recenti raccomandano di impiegare in prima battuta il TST e nei casi positivi di aggiungere, per migliorare la specificità, gli IGRA test. Questa metodologia in due fasi permette di confermare l'infezione da MT e di evitare inutili trattamenti per false LTBI. Questa strategia si è dimostrata la più efficace sotto il profilo dei costi.

In caso di contatto certo con un soggetto infettante sarà inoltre necessario verificare a quando risale l'ultimo contatto e programmare l'eventuale esecuzione di una seconda serie di test immunomediati alla fine del "periodo finestra", sincerandosi dell'allontanamento dalla fonte infettante. Nel caso in cui il soggetto in questione abbia < 5 anni o sia ad alto rischio (es. HIV), durante il "periodo finestra" è necessario eseguire la chemioprolifassi.

Nel caso si tratti di un neonato, oltre a un attento follow-up clinico che deve prolungarsi a lungo, sarà necessario ripetere il test immunomediato a 6 mesi dalla fine del "periodo finestra" per evitare eventuali infezioni sconosciute.

La profilassi nella LTBI

Come già precedentemente accennato, prima di avanzare la diagnosi di LTBI è indispensabile escludere la presenza di malattia TB; inoltre bisogna tenere presente che, soprattutto in pediatria, la negatività dei test immunomediati non è sufficiente per escludere la malattia qualora ci sia un sospetto di TB. Questo comporta che, davanti alla positività dei test immunomediati o a un forte sospetto di malattia TB, sia necessaria l'esecuzione di una radiografia del torace ed eventualmente degli esami ematochimici per la valutazione delle condizioni generali. Qualora queste indagini risultino negative, si può avanzare la diagnosi di LTBI e programmare la chemioprolifassi con lo scopo di abbassare il rischio di evoluzione in malattia TB.

La chemioterapia profilattica si basa sull'uso dell'isoniazide (INI). Durante il trattamento con INI in età pediatrica non sono necessari esami di funzionalità epatica, che invece sono opportuni nell'adulto anche se da una revisione del 2010 il controllo della funzionalità epatica appare meno stringente che in passato, vista la rarità degli effetti collaterali.

La profilassi con INI, ben condotta, abbassa del 60%, in età pediatrica, il rischio di evoluzione della LTBI in malattia tubercolare.

La profilassi deve essere eseguita giornalmente per almeno sei mesi al dosaggio di

5-10 mg/kg; nel neonato e nel lattante è opportuno associare all'INI la piridossina (da 5 a 10 mg/die) per prevenire le neuropatie periferiche causate dall'INI (la neuropatia è stata attribuita a una reazione tra INI e vitamina B6, che provoca un deficit di vitamina B6).

Qualora ci siano difficoltà nel seguire lo schema terapeutico giornaliero (es. scarsa compliance), esistono schemi "semplificati" di assunzione dei farmaci che permettono di raggiungere gli stessi effetti di protezione con un minor numero di somministrazioni. I due schemi "semplificati" più adottati ed efficaci sono: la somministrazione di INI al dosaggio di 20-30 mg/kg/dose, 2 volte/settimana per almeno 6 mesi (+ piridossina nel lattante); oppure, nei bambini > 2 anni, regimi settimanali per 12 settimane di INI (15 mg/kg) + rifampicina (10-14 kg = 300 mg; 14-25 kg = 450 mg; 25-32 kg = 600 mg; 32-49,9 kg = 750 mg) (si segnala però che la rifampicina, una rifampicina a lunga emivita, non è attualmente disponibile in Italia).

In caso di compliance particolarmente bassa, indipendentemente dallo schema profilattico scelto, il regime DOT (Directly Observed Treatment, somministrazione del trattamento sotto osservazione diretta da parte di un incaricato) rimane la scelta più opportuna, poiché una buona parte delle TB post-profilassi sono dovute a una chemioprolifassi non correttamente eseguita.

La chemioprolifassi è fondamentale, ma bisogna tenere presente che abbassa "solo" del 60% il rischio di malattia tubercolare post-LTBI nell'infanzia. Tenendo presente inoltre che il 50% delle malattie TB si ha nei due anni dopo il contagio, risulta fondamentale eseguire per almeno un

biennio un attento follow-up dopo aver concluso la chemioprolifassi.

La terapia nella malattia TB

I principi di trattamento e gli schemi raccomandati per l'utilizzo dei farmaci nella malattia TB sono in generale simili in adulti e bambini.

La durata della terapia per forme di tubercolosi polmonare ed extrapulmonare nei bambini è di regola di sei mesi. Esistono vari schemi, il più utilizzato si basa sull'utilizzo di INI e rifampicina, associati, nei primi due mesi, a pirazinamide ed eventualmente etambutolo. Nella maggior parte dei casi è sufficiente una tripla combinazione (INI, rifampicina [10-15 mg/kg/die], pirazinamide [25-35 mg/kg/die]); se si sospetta una resistenza ai farmaci antitubercolari, va iniziata invece una quadriterapia (in aggiunta etambutolo o un aminoglicoside).

I bambini metabolizzano l'INI più rapidamente degli adulti. Nella prima infanzia viene perciò raccomandata una posologia più elevata (10 mg/kg/die; max 300 mg) rispetto a quella per i giovani e gli adulti. L'impiego di etambutolo nella prima infanzia necessita di un'attenta valutazione rischi/benefici poiché, pur essendo la neurite ottica un effetto collaterale molto raro, nell'infanzia è difficoltoso effettuare una diagnosi precoce dell'alterata percezione dei colori. Anche l'etambutolo presenta un metabolismo più veloce nei bambini e perciò viene raccomandato in dosaggi più elevati di 20 (15-25) mg/kg/die.

Nei bambini con immunodeficienze, in particolare HIV, la terapia in linea generale si rifà allo stesso schema terapeutico standardizzato utilizzato per i casi immunocompetenti. I pazienti HIV positivi però presentano nel corso del trattamento un tasso di effetti collaterali maggiore. Un altro problema di particolare rilevanza nel trattamento antitubercolare di pazienti HIV positivi è costituito dalle interazioni con la terapia antiretrovirale: essendo queste ultime particolarmente complesse, è necessario richiedere il consiglio di uno specialista.

La profilassi con vaccino BCG

Il vaccino BCG è un vaccino vivo costituito da un ceppo attenuato di *Mycobacterium bovis*, usato in oltre 100 Paesi, per la maggior parte a risorse limitate. È usato principalmente in piccoli lattanti per la prevenzione della grave tubercolosi miliare in età pediatrica. Il BCG ha una elevata efficacia protettiva (fino all'80%) verso la meningite tubercolare e la TB miliare nel bambino ma perde di efficacia nel tempo; inoltre non vi è una standardizzazione del vaccino, per cui composizione ed efficacia

variano da produttore a produttore. Le caratteristiche del BCG sono tali per cui non è indirizzato alla prevenzione della TB ma solo a evitare, nell'infanzia, TB gravi e mortali. Questo è il motivo per il quale il BCG ha solo marginalmente contribuito alla diminuzione dell'incidenza della TB.

Nella nostra realtà la vaccinazione BCG non è indicata per la popolazione generale; attualmente le norme sull'uso del vaccino antitubercolare BCG fanno riferimento al DPR del 7/11/2001, n. 465, che all'articolo 1 sancisce, per quanto riguarda l'età pediatrica, quanto segue: "la vaccinazione antitubercolare è obbligatoria per: a) neonati e bambini di età inferiore a 5 anni, con test tubercolinico negativo, conviventi o aventi contatti stretti con persone affette da tubercolosi in fase contagiosa, qualora persista il rischio di contagio". Queste indicazioni restringono perciò l'uso del vaccino ai soli casi in cui "persista il rischio di contagio"; difficile però nella pratica stabilire i casi in cui vi sia effettivamente tale rischio, soprattutto quando la TB colpisce soggetti in condizioni socio-sanitarie precarie. Nonostante dunque la vaccinazione con BCG sia ancora obbligatoria in casi selezionati, attualmente il vaccino non è reperibile presso le AUSL.

Il ruolo del pediatra di famiglia nella profilassi della TB

Quali possono essere, nella nostra realtà italiana, i ruoli dei vari professionisti della salute nella profilassi della TB? Escludendo la terapia della TB che è di competenza specialistica, ci si concentra sul controllo delle popolazioni a rischio e sulla corretta gestione dei bambini che presentano una LTBI.

Controllo delle popolazioni a rischio

È compito dei servizi delle AUSL (Igiene pubblica e/o Pediatria di comunità) lo screening degli immigrati da zone ad alta endemia (Tabella 3). Dato che il periodo a più alto rischio di passaggio da LTBI a malattia TB sono i primi due anni dopo l'immigrazione, periodo spesso caratterizzato da condizioni socio-economiche più precarie, lo sforzo dei Servizi si deve concentrare in questa finestra temporale e in questa fascia di immigrati (soggetti di recente immigrazione da Paesi ad alta endemia tubercolare). Per l'età pediatrica esistono due efficaci filtri che, se ben attivati, possono rappresentare validi momenti per attuare uno screening:

- a iscrizione del bambino alle comunità educative e alla scuola;
- b vaccinazioni obbligatorie e raccomandate.

Nelle AUSL ove ciò avviene lo screening delle LTBI pediatriche rappresenta un valido strumento preventivo e inoltre, dato che in ogni LTBI pediatrica è opportuna la ricerca della fonte infettante, la scoperta di una LTBI in un bambino può rappresentare la chiave per mettere in evidenza una TB infettante nell'ambito familiare, con un'importante ricaduta in termini di cura del soggetto malato e di profilassi dei contatti.

Qualora la AUSL non abbia attivato un sistema di sorveglianza per la TB nelle popolazioni immigrate, è opportuno che il pediatra di famiglia (PdF), al momento della presa in carico, si prenda l'impegno dello screening TB dei propri piccoli assistiti immigrati di recente da aree ad alta endemia.

È altresì compito del PdF sorvegliare le popolazioni a rischio per problemi clinici. Tenendo conto di una media di 800 assistiti, ogni pediatra dovrebbe avere 2/3 assistiti, affetti da una malattia o curati con farmaci, a rischio di sviluppare una TB. Pur essendo tutti pazienti che, per l'importanza della loro patologia, vengono usualmente seguiti da Centri di 2°/3° livello e quindi da colleghi esperti e che dovrebbero adottare protocolli di follow-up comprendenti anche il controllo TB, non è infrequente incontrare tra questi piccoli malati casi in cui non è stato eseguito lo screening TB.

Sorveglianza dei bambini con LTBI

Una volta effettuata diagnosi di LTBI e impostata la terapia profilattica, compito dei servizi specialistici (pediatri ospedalieri, medici infettivologi ecc.), si apre un lungo periodo di follow-up (almeno un biennio). Nella prima fase ci si dovrà focalizzare sul controllo della corretta assunzione del/i farmaco/i e successivamente sulla sorveglianza clinica del bambino per cogliere precocemente eventuali segni di una malattia TB "sfuggita" alla chemioprolifassi.

Tutte queste azioni possono essere efficacemente svolte dal PdF in collegamento con il Servizio specialistico che ha impostato la chemioprolifassi. La vicinanza e la consuetudine che ha il PdF nei confronti dei suoi assistiti possono permettere un migliore controllo della terapia e una più facile messa in risalto di eventuali segni clinici di sospetto (in particolare nel bambino più piccolo la scarsa crescita). È consigliabile anche che il proseguo della terapia profilattica venga prescritto dal PdF, in modo che sia più facile verificare l'aderenza allo schema terapeutico impostato rispetto alla quantità di farmaci prescritti.

Prospettive future

Al momento si possono identificare tre filoni di ricerca che potranno in un futuro, presumibilmente vicino, aiutare a migliorare il controllo della TB:

- migliori test per identificare i soggetti con LTBI a maggior rischio di evolvere in malattia;
- schemi di chemioprolifassi più brevi, efficaci e meglio tollerati;
- nuovi vaccini più efficaci.

Per quanto riguarda i test è opportuno tenere presente che i soggetti con LTBI sono di fatto asintomatici e attualmente non esistono strumenti per sapere chi progredirà da LTBI a malattia attiva; non si è perciò in grado di eseguire una profilassi solo nei pazienti veramente a rischio e quindi una "profilassi personalizzata". Ciò comporta la difficoltà di far comprendere al soggetto con LTBI l'importanza della chemioprolifassi quando nella popolazione adulta il rischio di evolvere in TB attiva è "solo" del 10% (in età pediatrica questo è diverso poiché, soprattutto nel bambino piccolo, questo rischio è molto più alto, fino al 60%). Un recentissimo studio di Zak e collaboratori suggerisce la possibilità di mettere in evidenza la presenza di biomarcatori genetici nel sangue, utili a identificare le persone a rischio per la progressione in malattia TB attiva. Se i risultati di questo studio fossero confermati e la tecnica laboratoristica utilizzata diventasse accessibile, ciò permetterebbe la selezione di quei soggetti a cui prioritariamente indirizzare la chemioprolifassi.

Per quanto riguarda il secondo punto, è necessario ricordare la difficoltà di portare a termine il ciclo di chemioprolifassi: un recente lavoro statunitense riporta che solo il 50% di coloro che iniziano la chemioprolifassi la completano. I nuovi schemi di profilassi "semplificati" possono essere un aiuto importante per superare l'alto abbandono della terapia. Ci si augura che la rifampicina, indispensabile per lo schema profilattico più breve, sia al più presto disponibile anche in Italia.

In pediatria non sono presenti problemi di tollerabilità ai farmaci utilizzati nella chemioprolifassi, come invece succede nell'adulto, con necessità a volte di sospensione del trattamento; problemi analoghi si possono invece avere in pediatria per quanto

riguarda la politerapia in corso di malattia tubercolare (es. etambutolo). Tutto ciò rende urgente la ricerca di nuovi farmaci efficaci e sicuri soprattutto per le TB multifarmacoresistenti.

Come sopra accennato, l'efficacia del vaccino BCG è limitata sia come copertura che come durata nel tempo. Nelle aree ad alta endemia l'avvento di nuovi vaccini più efficaci potrebbe aiutare significativamente il controllo della TB. Mai come negli ultimi anni così tanti gruppi di ricercatori stanno lavorando sullo sviluppo di vaccini anti-TB innovativi. Approcci sofisticati nella progettazione dei vaccini hanno portato a varie tipologie di vaccini: BCG da ceppi ricombinanti, ceppi di *Mycobacterium tuberculosis* attenuati, piattaforme virali funzionanti da vettori di proteine antigeniche tubercolari ricombinanti, proteine tubercolari ed estratti da micobatteri combinati con nuovi adiuvanti. Attualmente sono entrati in sperimentazione quindici vaccini, di cui 8 in fase 2 e 3. Tutti questi vaccini hanno come popolazione target gli adolescenti e gli adulti, fonti infettanti primarie, allo scopo di avere un impatto significativo sulla epidemia di tubercolosi globale. Questi vaccini mirano sia a prevenire l'infezione (pre-esposizione) sia a prevenire la progressione primaria verso la malattia o la riattivazione della LTBI (post-esposizione).

Vi sono finalmente i presupposti per avere dai nuovi vaccini anti-TB un importante contributo per sconfiggere la tubercolosi.

✉ carlotta.farneti@student.unife.it

Ayieko J, Abuogi L, Simchowitz B, et al. Efficacy of isoniazid prophylactic therapy in prevention of tuberculosis in children: a meta-analysis. *BMC Infectious Diseases* 2014;14:91.

Berti E, Galli L, Venturini E, et al. Tuberculosis in childhood: a systematic review of national and international guidelines. *BMC Infectious Diseases* 2014;14:S3.

Blumberg HM, Ernst JD. The Challenge of Latent TB Infection. *JAMA* 2016;316:931-3.

D'Ettore G, Faccini E, Mangiarotti V, et al. Linee Guida per il Controllo della Tubercolosi nella Regione Veneto. Direzione Regionale per la Prevenzione - Servizio di Sanità Pubblica e Screening, 2007.

Ge L, Ma JC, Han M, et al. Interferon- γ release assay for the diagnosis of latent *Mycobacterium tuberculosis* infection in children younger than 5 years: a meta-analysis. *Clin Pediatr (Phila)* 2014;53:1255-63.

Harris RC, Sumner T, Gwenan M, Knight G M, et al. Systematic review of mathematical models exploring the epidemiological impact of future TB vaccines. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2016;0:1-20.

Ki Wook Y, Young Kwang K, Hae Ryun K, et al. Usefulness of interferon- γ release assay for the diagnosis of latent tuberculosis infection in young children. *Korean J Pediatr* 2016;59:256-61.

Kunst H, Khan KS. Age-related risk of hepatotoxicity in the treatment of latent tuberculosis infection: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010;14:1374-81.

Machingaidze S, Wiysonge CS, Gonzalez-Anhulo Y, et al. The utility of an interferon gamma release assay for diagnosis of latent tuberculosis infection and disease in children - a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Infect Dis J* 2011;30:694-700.

Mangtani P, Abubakar I, Ariti C, et al. Protection by BCG vaccine against tuberculosis: a systematic review of randomized controlled trials. *clin infect dis* 2014;58:470-80.

Manuale della tubercolosi. Lega polmonare svizzera e Ufficio federale della sanità pubblica, luglio 2011.

Martini S. Nuove metodiche diagnostiche nella tubercolosi pediatrica. *Area Pediatrica* 2013;14:30-9.

Stagg HR, Zenner D, Harris RJ, et al. Treatment of latent tuberculosis infection: a network meta-analysis. *Ann Intern Med* 2014;161:419-28.

Stockdale AJ, Duke T, Graham S, et al. Evidence behind the WHO guidelines: hospital care for children: what is the diagnostic accuracy of gastric aspiration for the diagnosis of tuberculosis in children? *J Trop Pediatr* 2010;56:291-8.

Villarino ME, Scott NA, Weis SE, et al. Treatment for preventing tuberculosis in children and adolescents. A randomized clinical trial of a 3-month, 12-dose regimen of a combination of rifampine and isoniazid. *JAMA Pediatr* 2015;169:247-55.

Visca P, D'Arezzo S, Principe L. Innovazione tecnologica nella diagnostica delle infezioni occupazionali batteriche e fungine aerotrasmesse, 2009. Istituto nazionale per le malattie infettive "Lazzaro Spallanzani".

WHO-Global Tuberculosis Report 2015. World Health Organization. Ginevra, Svizzera, 2015. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

Zak DE, Penn-Nicholson A, Scriba TJ, et al. A blood RNA signature for tuberculosis disease risk: a prospective cohort study. *Lancet* 2016;387:2312-22.

La tubercolosi: un vecchio fantasma?



Stefania Manetti, Costantino Panza, Antonella Brunelli

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

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

DIRITTO ALLA SALUTE

Etcì! – Salute!

Le malattie son brutte

È meglio stare bene

La febbre è nelle vene

Arriva la puntura

Ma io non ho paura

Perché ci sono i miei

Senza come farei

E poi viene il dottore

Con il suo strano odore

E poi c'è l'ospedale

E poi viene Natale

E quando starnutisce

Le cose conosciute

Mi dicono "Salute!"

E allora io guarisco

B. Tognolini

Cari bambine e bambini... 2002.

La tubercolosi (TB) è una malattia infettiva seria che colpisce prevalentemente i polmoni, e anche altri organi. La sua trasmissione si può interrompere attraverso due vie: isolando i casi contagiosi, ed effettuando controlli su alcune categorie a rischio di malattia. In tutti i Paesi del mondo si segnalano casi di TB; in alcuni Paesi è in aumento, in Italia negli ultimi anni la malattia è in lieve diminuzione. Tuttavia alcuni bambini possono avere un rischio maggiore di ammalarsi:

- bambini che vivono con adulti con una tubercolosi attiva, cioè contagiosa, o con un alto rischio di ammalarsi;
- bambini con una infezione da HIV (AIDS), o con altre malattie che possono deprimere le difese immunitarie;
- bambini nati in Paesi dove la TB è diffusa
- bambini in viaggio in un Paese dove la TB è endemica, cioè piuttosto frequente, e che hanno contatti ripetuti e prolungati con le persone del posto;
- bambini in comunità nelle quali ricevono cure inadeguate, o rifugiati;
- bambini con conviventi che sono stati detenuti.

Come si ammalava un bambino di TB?

L'agente patogeno della tubercolosi, *Mycobacterium tuberculosis*, si trasmette da una persona ammalata a una persona sana solo per via aerea e non attraverso gli oggetti come posate, piatti, giochi, o sedendosi sulla

stessa toilette. Quando una persona ammalata di tubercolosi polmonare ha una forma di TB polmonare definita aperta, con i batteri che vengono eliminati con la tosse, e tossisce o starnutisce, parla o canta, le persone vicine respirano e possono infettarsi, specialmente se sono in contatto intimo. Un contatto viene considerato intimo se si abita nelle stesse stanze, o si trascorre molto tempo della giornata nello stesso ambiente con la persona ammalata, se la persona non è in cura, e l'ambiente dove vive è poco aerato: se si è al parco, o in metro, o al cinema o al ristorante è molto improbabile infettarsi.

Non tutte le persone che contraggono l'infezione si ammalano. Esistono forme di infezione tubercolare in cui la persona infettata non sviluppa la malattia, pur essendo stata contagiata. Queste persone non hanno sintomi, non si sentono male, e non possono contagiare gli altri. Però, col tempo, o in circostanze sfavorevoli, si potrebbe sviluppare una TB attiva, con sintomi e con la possibilità di contagiare altri. Per questo motivo, anche con una infezione latente, è importante contattare il proprio medico.

Tutte le persone ammalate di TB oggi possono guarire, ma hanno bisogno di cure mediche specifiche.

Se un bambino viene a contatto con il bacillo tubercolare si attivano gli anticorpi per combattere l'infezione, il bacillo viene debellato e la malattia non si attiva.

In questa condizione il bambino non è contagioso, non è ammalato, ha solo avuto un contatto con il batterio che può rimanere per tutta la vita un ospite. Tuttavia, in caso di contatto, anche se non si è ammalati, è necessario fare una profilassi, ossia prendere un farmaco specifico per la durata di 6 mesi; è molto importante essere scrupolosi e completare l'intero ciclo di terapia. La profilassi serve per evitare di passare da uno stato di non malattia alla malattia tubercolare attiva, per questo è necessario completare l'intero ciclo di terapia, anche se può sembrare lungo. Se ci sono dubbi, non esitate a contattare il vostro pediatra.

Quali sono i sintomi della TB?

Nei bambini che sono venuti a contatto con il bacillo tubercolare e non hanno fatto una profilassi, l'infezione può progredire con sintomi come febbre, stanchezza, irritabilità,

tosse persistente, affanno, sudorazione, ghiandole gonfie e perdita di peso. Sono sintomi non specifici della malattia tubercolare, ma comuni anche ad altre malattie. Quindi il miglior consiglio è sempre di fare riferimento al vostro pediatra in caso di dubbi.

Ma come si capisce se c'è stato un contatto?

Esiste un test, il test alla tubercolina o test di Mantoux. È importante ribadire che essere positivo al test alla tubercolina non significa essere ammalati.

Il test alla tubercolina è semplice e indolore: si somministra sotto la pelle con un piccolo ago la tubercolina, dopo 48-72 ore si valuta la presenza e le dimensioni di un indurimento della pelle. Se l'indurimento supera i 5-10 mm, il test è positivo.

Se il test è negativo, non c'è stato contatto con il bacillo di Koch; in questi casi è opportuno ripeterlo dopo 4-6 settimane. Il test di Mantoux è il test di prima scelta, tuttavia, per alcune situazioni, che sarà il vostro pediatra a valutare, esiste un test su sangue che si chiama Quantiferon.

E se la scuola segnala un caso di TB?

Dobbiamo ricordare che, se un bambino risulta positivo al test, vuol dire che c'è una fonte di contagio: in questi casi il servizio di Sanità Pubblica del territorio potrebbe ritenere utile fare il test a tutta la comunità interessata, per individuare chi ha l'infezione attiva e ha bisogno di trattamento, e chi è venuto a contatto e necessita di una profilassi.

Esiste un vaccino?

Il vaccino contro la TB esiste, viene utilizzato nei Paesi in cui la TB è molto diffusa per ridurne la diffusione. Il vaccino è sicuro ma non molto efficace, per questo non viene proposto in Italia e nei Paesi in cui la malattia è rara. Il vaccino può essere proposto a neonati e bambini piccoli qualora essi convivano con un familiare ammalato e contagioso, e in situazioni in cui il rischio di contagio sia persistente.

Molti ricercatori al momento stanno sperimentando vaccini che potrebbero, in un prossimo futuro, contribuire a sconfiggere la tubercolosi.

✉ doc.manetti@gmail.com

Gravidanza, neogenitorialità e tossicodipendenza III. Aspetti psicologici e socio-sanitari nell'assistenza alla donna e nella tutela del neonato

Antonella Liverani*, Teresa I. Ercolanese**, Rita M. Pulvirenti**, Enrico Valletta**

*Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche; **UO Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

In questo terzo e ultimo articolo vengono affrontate, attraverso la descrizione di due situazioni esemplificative, le difficoltà che un Percorso Nascita strutturato su una metodologia di lavoro multidisciplinare può trovarsi a dovere gestire per garantire la salute della gestante in stato di tossicodipendenza e del neonato. Viene discussa la necessità di un forte coordinamento tra i diversi servizi socio-sanitari lungo tutto il decorso della gravidanza e di una progettualità attenta e flessibile nel post-parto per favorire lo sviluppo di una corretta genitorialità salvaguardando, allo stesso tempo, il benessere del neonato.

In this third and last paper we describe, moving from two clinical stories, some challenges that a pregnancy assistance program should manage in a multidisciplinary setting to protect the health of the addicted woman and of the newborn. We discuss the opportunity of a strong cooperation between the different health and social services and the need for a careful and flexible project planning that can support the development of a healthy parenthood protecting, at the same time, the wellbeing of the newborn.

Volendo riflettere sulle possibili modalità di approccio e di intervento nei confronti della donna in condizione di tossicodipendenza, in gravidanza e nel post-partum, almeno due sono gli ambiti da considerare. Anzitutto l'importanza di porsi di fronte alla donna in modo non predefinito. È necessario, cioè, che la "tossicodipendenza" non diventi l'elemento dominante in grado di compromettere la capacità del professionista di mantenere un pensiero critico e consapevole, preservando altresì l'attitudine ad accogliere la donna nella sua interezza e con la sua storia. Il secondo elemento è la possibilità di lavorare integrando i contributi dei diversi Servizi socio-sanitari, perché la progettazione degli interventi tenga conto della complessità e della indispensabile multidisciplinarietà. Risposte articolate e flessibili, quindi, a problematiche assistenziali complesse dove la "tutela", intesa in termini non solo giuridici, assume rilevanza sociale, culturale e sanitaria e riguarda madre e feto, neonato, relazione primaria madre-bambino e genitorialità.

La storia di Elena

Elena ha 22 anni ed è di origini sudamericane. La madre emigra in Italia quando

Elena ha 5 anni lasciandola con il padre e una zia. A 13 anni Elena arriva in Italia per ricongiungersi alla nuova famiglia della madre, che si è risposata e ha avuto un'altra figlia. Il Ser.T la conosce quando è ancora minorenne, accompagnata dalla madre su invio dell'Ufficio Minori della Questura per problemi legati all'uso di eroina. Considerando la grave fragilità e la minore età, a Elena viene proposto un inserimento in Comunità, che accetta e dove rimane fino alla maggiore età. Al rientro in famiglia riprende l'uso di eroina e l'abuso di alcol, acuendo i comportamenti a rischio all'interno di uno stile di vita marcatamente sregolato (condotte aggressive auto- ed etero-dirette, comportamenti illeciti/illegali, frequentazioni e rapporti sessuali promiscui). In questo periodo sperimenta anche due detenzioni per spaccio di stupefacenti. Nella primavera del 2015 Elena inizia una gravidanza che intende portare a termine, senza peraltro includere il padre nel progetto di genitorialità. In questa fase è in trattamento con metadone, ma non segue in modo regolare il programma terapeutico e persiste in condotte altamente trasgressive che mettono a grave rischio la prosecuzione della gestazione, la

propria salute e quella del nascituro. Ammette di non riuscire a mantenere uno stile di vita più regolare e a evitare l'uso di sostanze e di alcol, non esegue con puntualità il monitoraggio ostetrico e gli esami prescritti che rivelano, tra l'altro, una positività per HCV. Elena non mostra forme di interessamento e coinvolgimento nel rispetto del bambino che dovrà nascere e rifiuta un possibile ricovero volto alla disintossicazione. Nei confronti degli operatori assume atteggiamenti provocatori e scarsamente collaboranti.

Verso il 6° mese di gravidanza, il Ser.T concorda con Elena l'inserimento in una Struttura COD (Centro di Osservazione e Diagnosi) finalizzato alla disintossicazione e al mantenimento dell'astinenza da alcol a tutela e fino al termine della gravidanza. Il lavoro diagnostico delinea un disturbo psichiatrico con personalità borderline dai tratti istrionici e antisociali (labile moralità e discontrollo degli impulsi) e si conviene con la donna per un parto cesareo programmato. Anche durante il ricovero in COD Elena manifesta condotte impulsive con fughe (e positività per cocaina) e successivi rientri volontari. Si rende necessario quindi un passaggio di ricontrattazione con il Ser.T e a questo punto Elena si pone finalmente in termini più critici e motivati, mantenendo da lì in poi una migliore adesione alle prescrizioni.

Per scarso accrescimento fetale, partorisce alla 35ª settimana. La proposta di allattare al seno, anche come elemento di protezione nei confronti di una possibile sindrome astinenziale neonatale, viene rifiutata dalla donna per la consapevolezza di non poter garantire l'astensione da alcol e sostanze. Tuttavia, già nelle prime fasi del puerperio, manifesta un buon interessamento nei riguardi del bambino e si rende progressivamente autonoma nell'accudimento e nella nutrizione, affidandosi alle indicazioni della infermiere. Durante la permanenza in

Neonatologia gestisce correttamente un paio di uscite in permesso, rientrando puntualmente e in buone condizioni. Al momento della dimissione, a sostegno della genitorialità di Elena e del suo percorso terapeutico, si organizza, in sinergia con gli altri servizi, la transizione presso una Comunità terapeutica madre-bambino.

La storia di Valeria

Valeria ha 27 anni. La presa in carico da parte del Consultorio avviene alla 26^a settimana di gravidanza. La richiesta iniziale è di interrompere la gravidanza – scelta non più possibile considerata l'età gestazionale – ma è disponibile a considerare anche la possibilità di un abbandono alla nascita.

La gravidanza si colloca all'interno di una tossicodipendenza attiva e nota al Ser.T da quando, due anni prima, i genitori di Valeria, divenuti consapevoli del suo stato di dipendenza, le hanno imposto di rivolgersi al Servizio. Tuttavia la motivazione al trattamento si mantiene altalenante, se non esplicitamente refrattaria, anche di fronte alla gravidanza. Il compagno è anch'esso seguito al Ser.T da diversi anni. Nella storia di quest'ultimo emergono svariati ingressi in Comunità, alcuni con buon esito anche se recidivanti, che finiscono con il cronicizzarne la condizione patologica. Nonostante la buona volontà, si denota una profonda fragilità strutturale che si manifesta soprattutto al di fuori dei contesti protetti. La coppia si è formata da circa un anno, è in una condizione di grave precarietà e conduce uno stile di vita altamente sregolato con condotte antisociali. Entrambi sperimentano la detenzione.

Valeria affronta il programma terapeutico con un atteggiamento acritico e accondiscendente, senza mostrare un'autentica motivazione. Appare compiacente alle richieste dei genitori che regolarmente la accompagnano ai controlli ma mantiene in sé il forte desiderio di non interrompere il rapporto con la sostanza. L'atteggiamento in riferimento alla gravidanza è distaccato e indifferente. I suoi genitori, al contrario, appaiono partecipi ed esprimono direttamente al Servizio Sociale la loro disponibilità a rendersi responsabili del bambino sia in termini economici che di accudimento. Valeria partorisce in analgesia alla 35^a settimana. Il neonato viene ricoverato in Neonatologia, soprattutto per sorvegliare un'eventuale sindrome astinenziale che peraltro non si verifica. La scarsa affidabilità materna riguardo alla recidivanza nell'abuso di sostanze rende opportuno l'allattamento artificiale. Durante il ricovero e in accordo con il Servizio Sociale, il

bambino viene riconosciuto da entrambi i genitori. In questo periodo, il programma di trattamento della madre è direttamente gestito dal Ser.T, i cui operatori la incontrano in Ostetricia mantenendo i contatti anche con il personale ostetrico. Un tentativo di manipolare le urine raccolte per l'esame tossicologico dà la misura della scarsa motivazione della donna ad affrancarsi dalla dipendenza.

Lo sviluppo della relazione primaria è caratterizzato dallo scarso investimento materno che non si esprime con un interessamento mirato sui bisogni del bambino, quanto piuttosto con un'attenzione su aspetti secondari e più superficiali. Prima della dimissione viene discussa la possibilità di una pianificazione delle future gravidanze e viene applicato un dispositivo anticoncezionale sottocutaneo.

Considerando la grave fragilità della coppia, il Servizio Sociale inoltra una segnalazione in Procura e definisce, insieme ai neogenitori, un progetto che includa i nonni materni a sostegno e protezione del bambino. In accordo con il Ser.T stabilisce anche il programma di verifiche sul percorso terapeutico. Dopo la dimissione protetta a domicilio con la corresponsabilizzazione dei nonni, il progetto deve confrontarsi con la scarsa adesione della coppia al percorso terapeutico e con una nuova detenzione del padre del bambino. A questo punto la madre accetta l'inserimento in Comunità terapeutica mentre il bambino viene affidato ai nonni materni.

La complessità delle situazioni e il coordinamento delle azioni

Nella vicenda di Elena emerge il concretizzarsi di azioni sinergiche di più Servizi socio-sanitari e del Terzo Settore che hanno contribuito a una progettualità complessa e multidisciplinare. Il Ser.T, nella sua funzione specialistica, ha mantenuto la continuità del rapporto terapeutico con la donna attraverso i diversi contesti (il COD, l'Ostetricia e la Neonatologia, la Comunità terapeutica). Il Servizio Sociale ha operato a salvaguardia del rapporto madre-bambino in un ambito protetto che sostenesse la genitorialità, pur in una situazione di grave fragilità personale. L'Ostetricia e la Neonatologia hanno gestito il parto e la degenza integrandosi con il Ser.T e con il Servizio Sociale per il monitoraggio del programma terapeutico e del percorso di tutela. Le Comunità che si sono susseguite nel pre e nel post-partum hanno fornito validi contenitori in grado di osservare e accompagnare Elena in questa prima fase della sua genitorialità. La pianificazione dei diversi tasselli operativi ha trovato

voce al tavolo dell'Equipe Multidisciplinare dove i servizi coinvolti hanno portato ciascuno la propria lettura dei bisogni, integrandola in risposte che tenessero conto di una valutazione condivisa.

Nel caso di Valeria, l'integrazione dei Servizi socio-sanitari si è realizzata con tempi e modalità diversi e (solo) apparentemente non sinergici. La complessità del funzionamento multidisciplinare prevede infatti la capacità di gestire l'operatività di ciascun Servizio, mantenendo salda la cornice entro cui ogni intervento si colloca e si integra. In questo caso il Ser.T aveva già un'approfondita conoscenza di entrambi i genitori, mentre il Servizio Sociale si avvicinava solo nel momento della gravidanza alla prima presa in carico della coppia. D'altra parte, l'Ospedale che si trova ad agire nel tempo circoscritto della degenza, ha tempi operativi molto rapidi ma che devono comunque condensare tutte le azioni necessarie per realizzare una dimissione protetta. Tutti i passaggi richiedono quindi forte integrazione ma anche rispetto dei tempi operativi dei diversi Servizi. Questa integrazione non può che realizzarsi attorno al tavolo multidisciplinare, dove convergono i diversi punti di osservazione, si definiscono i passaggi operativi e si prevedono i tempi esecutivi [1-3].

La dipendenza che può "intossicare" la maternità: tra rischi e potenzialità

Come abbiamo visto, il mondo della dipendenza può caratterizzarsi per condizioni di vita malsane, fondate spesso su condotte e comportamenti antisociali, nei quali la capacità riflessiva e adattiva è sostituita da un'impulsività che non lascia spazio al processo di mentalizzazione [4]. Inoltre, la condizione di tossicodipendenza si accompagna talora a un disturbo psichico che complica ulteriormente il contesto ed eleva il rischio di condotte antisociali [5]. Di fronte a quadri così complessi e ormai organizzati ci si confronta con un funzionamento patologico già strutturato o che tende a strutturarsi e che contempla l'eventualità di importanti momenti di esacerbazione.

Le relazioni di coppia sono spesso connotate da tratti di grave instabilità e vulnerabilità, dove la gravidanza si colloca in uno spazio "non pensato". Le istanze affettive ed emotive sono tendenzialmente immature e la stessa gravidanza appare come un agito e l'arrivo del figlio è l'imprevisto. Paradossalmente, il bambino incarna in sé un significato idealizzato salvifico e non c'è spazio per l'impegno e la responsabilità che questo cambiamento comporta. La gravidanza può assumere quindi una valenza "narcisistica" a compensazione dei vuoti materni ed essere vissuta come intri-

sa di significati risolutivi, dove “il bambino salva la madre” o come forma di “risarcimento” e “riparazione” del fallito rapporto con le proprie figure primarie. Ancora, può essere percepita esclusivamente nella sua concretezza, come condizione fisica stressante, dove la scarsa mentalizzazione la riduce a un mero mutamento fisico e, impedendo un valido processo evolutivo, non consente neppure l’insorgere di un compiuto sentimento di maternità. Frequenti sono le donne che si trascurano prima e nel corso della gravidanza e che hanno scarsa capacità di dare un senso alle proprie trasformazioni fisiche.

La regressione psichica che la madre sperimenta durante la gravidanza e dopo il parto per contattare il “Sé bambina” e la relazione primaria con la propria madre – passaggio necessario per attivare quelle corde emozionali che le consentiranno di entrare in contatto con il proprio bambino – in casi così compromessi rischia di “cadere nel vuoto”. Nella storia di queste pazienti troviamo rapporti affettivi difficili e ambivalenti, dove quelle corde emozionali sono molto fragili o rotte. Eventi traumatici, relazioni trascuranti, difficoltà nell’organizzazione e nella rielaborazione della propria storia minano la struttura del Sé. Questo si traduce in modalità di funzionamento dominate da impulsività e mancanza di controllo, passaggio all’atto e scarsa capacità di pianificazione che si manifestano anche con una profonda diffidenza nei confronti delle Istituzioni. Tutti questi elementi sono da considerarsi poten-

ziali “agenti tossici” che, in modo pervasivo, influenzano la relazione con il bambino intaccando la costruzione della sincronia della diade, funzione fondamentale che autoregola le reciproche interazioni madre-bambino e sulla quale poggia tutto il processo di attaccamento primario [6-8].

La complessità di questi elementi ci pone di fronte a una condizione in cui la salvaguardia della salute richiede un approccio – sia nei confronti della donna che del feto-neonato – che non può esaurirsi nel consueto lavoro clinico, ma che deve necessariamente protendersi verso il sostegno e l’accompagnamento alla maternità e alla genitorialità come fattori di salute psicologica e di tutela sociale. Gestire la complessità significa, soprattutto, lavorare in equilibrio tra i rischi e le potenzialità, perché, se da un lato è necessario prevenire i possibili danni, dall’altro è doveroso dare la possibilità che le risorse della donna trovino valorizzazione nel processo della maternità e della genitorialità. Ed è qui che l’integrazione socio-sanitaria e la sinergia delle diverse professionalità consentono di lavorare sulla prevedibilità dei bisogni, la ricerca delle migliori soluzioni e la condivisione del percorso dedicato. È una forma di accompagnamento nel quale non c’è interruzione di presa in carico ma una continua integrazione delle parti all’interno di nuovi scenari che danno coerenza alle proposte e puntano a colmare la diffidenza nei confronti delle Istituzioni. Sono la coesione e la compattezza tra i Servizi che restituiscono alla donna e/o alla coppia una

condizione di maggiore stabilità e fanno sì che i singoli interventi possano venire accolti come forme di aiuto, piuttosto che come interventi di controllo.

✉ enrico.valletta@auslromagna.it

✉ antonella.liverani@auslromagna.it

1. Bertozzi N, Inostroza N, Balzani V, Martino F (a cura di). La nascita colora la vita. Azioni e progetti intorno al Percorso Nascita nel territorio forlivese. Franco Angeli, 2012.
2. Liverani A, Ercolanese TI, Valletta E. L’Equipe Multidisciplinare in ambito materno-infantile: uno strumento di intervento socio-sanitario integrato. *Quaderni acp* 2014;21:260-3.
3. Liverani A, Massa L, Ercolanese TI, et al. La gravidanza nell’adolescente: perché dobbiamo e come possiamo prendercene cura. *Quaderni acp* 2015;22:241-4.
4. Bignamini E, Bombini R. Considerazioni sul pensiero e sul linguaggio delle tossicodipendenze. *Medicina delle Tossicodipendenze* 2003;11(38).
5. Di Giannantonio M. La doppia faccia della doppia diagnosi. Franco Angeli, 2008.
6. Ammaniti M, Pazzagli C, Speranza AM, Vimercati Sanseverino L. Attaccamento e sistemi regolativi nelle tossicodipendenze. In: Fava Vizziello G, Stocco P. Tra genitori e figli. La tossicodipendenza. Masson, 1997.
7. Crittenden PM. Nuove prospettive sull’attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio. Guerini e Associati, 1994, pp 31-60.
8. Fava Vizziello G, Leo MG, Simonelli A. Il destino delle madri, la tossicodipendenza nei figli. In: Fava Vizziello G, Stocco P. Tra genitori e figli. La tossicodipendenza. Masson, 1997, pp. 383-412.

Ringraziamenti

Accompagnare e sostenere queste donne non sarebbe possibile senza il costante coordinamento dei Servizi dell’AUSL della Romagna e del Comune di Forlì e del Terzo Settore, diretti da Edoardo Polidori (Ser.T), Licia Massa (Consulitorio), Anna Maria Baldoni (Pediatria di comunità), Celestino C. Bertellini (UO Ostetricia-Ginecologia), Maria Teresa Amante (Servizio Sociale, Area Tutela Minori) e Nadia Bertozzi (Centro per le Famiglie). Preziosa per competenza e sensibilità la collaborazione di Tamara Fanelli (Ufficio Minori, Questura di Forlì-Cesena). A loro, ai loro collaboratori e a tutto lo staff dell’UO Pediatria va la nostra riconoscenza.

Verso un Pronto Soccorso a dimensione di bambino



Luciano Pinto*, Antonio Urbino**, Riccardo Lubrano***, Battista Guidi°, Stefania Zampogna°, Paolo Siani°°°

*Simeup, Gruppo di Lavoro OBI-Triage Ministero della Salute; **Past-President SIMEUP; ***Presidente SIMEUP; °Coordinatore Commissione Triage SIMEUP; °°Vice-Presidente SIMEUP; °°°Past-President ACP

Un Gruppo di lavoro istituito dal Ministero della Salute, a cui ha partecipato la SIMEUP per la pediatria, ha elaborato una "Proposta di aggiornamento delle Linee Guida del Triage" all'esame della Conferenza Stato-Regioni. Il Triage deve essere attivato nelle 24 ore in tutte le strutture sede di PS. È una funzione infermieristica, svolta in autonomia da personale specificamente formato. I 4 codici colore per definire la priorità di accesso alla visita medica sono sostituiti da 5 codici numerici. Attenzione è dedicata al Triage Pediatrico, a maltrattamenti e abusi su minori, donne e anziani, ai disturbi della sfera psichica nell'adolescente e nell'adulto. Per svolgere la funzione di Triage occorrono una formazione di accesso e una formazione permanente.

A working group set up by the Ministry of Health, attended also by SIMEUP (Paediatric association for medical and paediatric emergency), has drafted a "Proposal for an update of the Triage Guidelines" examined by the Italian Conference of State and Regions. The Triage must be activated within 24 hours in all the emergency rooms. Its a nursing facility, conducted independently by personnel specifically trained. For each assigned code the maximum waiting times to access the treatment areas are indicated. Particular attention is given to the Paediatric Triage, to maltreatment and child abuse, women and the elderly, disorders of the psychic sphere in adolescents and adults. To perform the triage function both a specific training on access and a lifelong learning are needed.

In Italia, come in altri Paesi industrializzati, si sta riducendo progressivamente il numero degli ospedali e dei posti letto ospedalieri, con conseguente difficoltà in alcuni periodi nel ricoverare i pazienti nei reparti degli ospedali per indisponibilità di posti letto dopo il completamento della fase di cura in Pronto Soccorso (PS) [1].

Contestualmente vi è stato un incremento degli accessi al PS, che contribuisce al sovraccollamento non programmabile dell'area di emergenza e urgenza ospedaliera [2]: ne conseguono disservizi, aumento dei tempi di attesa all'interno del PS, pressione sul personale sanitario, ritardo di accesso alle cure e disagi per coloro che hanno una reale necessità di prestazioni ospedaliere, aggravio di costi per il Sistema Sanitario Nazionale [3,4].

Questi fattori hanno orientato la ricerca di nuovi modelli, capaci di realizzare una presa in carico precoce del paziente fin dal suo arrivo in PS. La prima risposta è stata l'introduzione della metodologia del Triage infermieristico per effettuare una selezione degli accessi in PS in base alla priorità determinata dalle condizioni cliniche dei pazienti e del loro rischio evolutivo, nonché dal grado di impegno delle risorse disponibili.

Il Triage intraospedaliero: modello attualmente in uso

In Italia è stato introdotto nel 1996, con le "Linee Guida sul sistema Emergenza Sanitaria in applicazione del DPR 27/3/92" [5], e ha trovato una definitiva strutturazione nel 2001, con le "Linee Guida sul Triage intraospedaliero per gli utenti che accedono direttamente al Pronto Soccorso". "Il triage viene svolto da un infermiere specificamente formato, presente nella zona di accoglimento del pronto soccorso, che opera sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attività, secondo protocolli approvati dal responsabile del pronto soccorso o del D.E.A.," "in grado di considerare i segni e i sintomi di una persona che si presenta al PS, identificando le condizioni potenzialmente pericolose per la vita, e attribuisce uno dei 4 codici colore di gravità per stabilire le priorità di accesso alla visita medica" [6]:

- **codice rosso:** molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure;
- **codice giallo:** mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita;
- **codice verde:** poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili;
- **codice bianco:** non critico, pazienti non urgenti.

Questo modello di Triage oggi è in grave difficoltà!

Il sistema, nato con l'obiettivo di ridurre al minimo il ritardo dell'intervento sul paziente che giunga in emergenza, non consente di differenziare, nell'ambito dei "codici verdi", i soggetti che hanno realmente bisogno dell'assistenza offerta da un PS, mentre invece, soprattutto in pediatria, bisogna tener conto del significativo contributo dato dagli accessi "non urgenti" o "inappropriati" all'affollamento dei PS. Nelle ore diurne, nei giorni prefestivi e festivi e in particolari periodi dell'anno (nei mesi invernali o in corso di epidemie), il maggior afflusso è infatti rappresentato da accessi non urgenti per patologie di criticità clinica medio-bassa che potrebbero trovare una risposta nell'ambito delle cure primarie [7]: i codici bianchi e una parte dei codici verdi [8].

Il fenomeno è ubiquitario e ha una notevole rilevanza: la proporzione dei pazienti che si reca al PS per problemi non urgenti si attesta tra il 9% e il 54,1% negli USA, tra il 25,5% e il 60% in Canada, tra il 19,6% e il 40,9% in Europa [9,10]. Si è calcolato che negli USA sia potenzialmente evitabile il 56% di 120 milioni di visite/anno presso i Dipartimenti di Emergenza ospedaliera (DEA), che comportano una spesa aggiuntiva di 38 miliardi di dollari [11,12].

L'incidenza degli accessi inappropriati è più elevata nei primi anni di vita [13,14]. Non sono pochi infatti i genitori di un bambino che si rivolgono al PS per problemi non urgenti, per il bisogno di essere rassicurati, per l'aspettativa che in Ospedale si possano effettuare le indagini necessarie, per l'impossibilità di accedere alle cure del pediatra o del medico di famiglia in certi giorni e in certi orari [15], soprattutto per l'urgenza soggettiva, e cioè la percezione che il proprio figlio abbia bisogno di assistenza immediata [16,17]. In uno studio condotto in Inghilterra, su 15.530.178 accessi ai Dipartimenti di Emergenza avvenuti in un anno fra il 2011 e il 2012, l'Odds Ratio aggiustato (AOR) degli accessi immediati aveva un picco all'età di 1-2 anni (AOR: 1,53; p<0,001), si riduceva gradualmente fino ai

13 anni (AOR:0,84; $p<0,001$), risaliva fino all'età di 25 anni (AOR: 1,14; $p<0,001$), per poi ridursi progressivamente con l'aumento dell'età [18]. Fra i dati più recenti sugli accessi pediatrici non urgenti al PS sono da segnalare il 58% negli USA [19], il 39,9% nel Belgio [20], il 55,97% [21] e il 57,1% [22] in Italia.

L'attuale modello di Triage è inoltre privo di qualsiasi riferimento al Triage di un paziente in età pediatrica, laddove è possibile che un minore venga accolto in un PS Generale da un infermiere privo di formazione e di esperienza nel Triage Pediatrico. In Italia, nel 2012, l'82,2% degli Ospedali era dotato di un PS, ma solo il 16,8% di un PS Pediatrico (PSP) [23]. Nonostante l'impegno della SIMEUP, che fin dalla sua istituzione si è dedicata alla formazione in Triage Pediatrico degli infermieri dell'area di emergenza, creando una rete formativa su tutto il territorio nazionale e pubblicando nel 2009 un *Manuale formativo in Triage Pediatrico*, il 55% degli infermieri dei PS Generali di Ospedali in cui è presente un reparto di pediatria non è formato in Triage Pediatrico [24], ed è lecito ipotizzare che nei PS di Ospedali in cui la pediatria è assente questa percentuale sia ancora più elevata.

Appare quindi necessario:

- utilizzare un sistema di Triage a 5 livelli [25], in linea con le più moderne esperienze internazionali: particolarmente idonei all'uso anche in pediatria si sono dimostrati il Manchester Triage System [26-28] e il Paediatric Canadian Triage and Acuity Score (paedCTAS) [29,30];
- formare in Triage Pediatrico anche gli infermieri addetti al Triage che operano in un Ospedale Generale senza PSP.

Per rispondere a queste esigenze il Ministero della Salute ha istituito il 12/12/ 2012 un Gruppo di lavoro a cui hanno partecipato rappresentanti delle Regioni e della Pubblica Amministrazione, i referenti delle principali Società Scientifiche di settore (fra cui la SI-

MEUP per la pediatria), tecnici dell'Agenas e del Ministero, con il compito di mettere a punto una "Proposta di aggiornamento delle Linee Guida sul Triage intraospedaliero (accordo in Conferenza Stato-Regioni, 25 ottobre 2001) [31,32] e di adeguare la prima fase del percorso assistenziale del PS alle attuali necessità.

Al termine di quasi tre anni di intenso lavoro, si è giunti alla versione finale, che il Ministero della Salute ha sottoposto alla Conferenza Stato-Regioni. Anche se il documento non ha ancora terminato il suo iter, riteniamo utile illustrarne i principali elementi innovativi, evidenziandone in particolare gli aspetti di interesse pediatrico.

Il modello di Triage intraospedaliero proposto

Il Triage in PS è una funzione infermieristica, svolta da personale con appropriate competenze sulla base di linee guida e protocolli in continuo aggiornamento. L'infermiere di Triage è dotato di autonomia professionale e può essere autorizzato alla somministrazione di alcuni farmaci, all'esecuzione di prelievi ematici e all'inizio di trattamenti, qualora questa attività sia prevista da protocolli interni [33].

Il Triage deve essere attivato continuamente nelle 24 ore presso tutte le strutture sede di PS, e di norma garantito **entro 5 minuti** a tutti coloro che accedono al PS. Nei PS con affluenza >25.000 accessi all'anno, il Triage deve essere svolto da infermieri dedicati in maniera esclusiva a tale funzione.

L'infermiere di Triage attribuisce un codice di priorità: viene proposto un sistema di codifica a **5 codici numerici di priorità**, da **1 a 5 (Tabella 1)**, differenziando nelle condizioni cliniche che rientrano nell'attuale "codice verde" i quadri meritevoli di maggior impegno assistenziale (urgenza differibile, codice 3) da quelli a minore carico gestionale (urgenza minore, codice 4). Per ogni codice vengono indicati i **tempi massimi di attesa** per l'accesso alle aree di trattamento, che vanno dall'accesso immediato per l'emergenza (codice 1) all'accesso entro 240 minuti per le situazioni di

non urgenza (codice 5). Non necessariamente il codice di priorità assegnato al Triage corrisponde alla gravità del paziente; soltanto la successiva visita medica permetterà di disporre degli elementi necessari per formulare un giudizio di gravità clinica. **In nessun caso il codice di priorità può essere usato per scopi diversi dall'individuazione della priorità dell'accesso alle cure.**

Durante l'attesa della visita medica il paziente viene rivalutato in rapporto al codice attribuito:

- a codice 2 (urgenza): monitoraggio costante con osservazione diretta o video-mediata;
- b codici 3 (urgenze differibili), 4 (urgenze minori) e 5 (non urgenze): a giudizio dell'infermiere o su richiesta del paziente o dei familiari.

Nelle grandi strutture ospedaliere deve essere previsto un infermiere addetto alla rivalutazione e sorveglianza della sala d'attesa post-Triage.

Attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici dopo l'assegnazione del codice di priorità

L'infermiere, assegnato il codice di Triage, può attivare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) più appropriato tra quelli previsti, fra cui vi possono essere dei percorsi rapidi per prestazioni a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS/DEA quali:

- **See and Treat:** il paziente è accolto in un'area specifica del PS dall'infermiere, che in autonomia valuta l'appropriatezza dell'accesso, e attua le procedure previste dai protocolli, fino alla dimissione.
- **Fast-Track:** per le urgenze minori di tipo mono-specialistico, si attiva nella fase di Triage un percorso che prevede la consulenza specialistica e la dimissione diretta del paziente da parte dello specialista, salvo i casi che necessitano della presa in carico da parte del medico del PS.

TABELLA 1. Codici di priorità e tempi di attesa del nuovo modello di Triage

Codice	Denominazione	Definizione	Tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
1	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	ACCESSO IMMEDIATO
2	URGENZA	Rischio di compromissione delle funzioni vitali, condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo	15 minuti
3	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	60 minuti
4	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico-terapeutiche semplici mono-specialistiche	120 minuti
5	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	240 minuti

Triage Pediatrico

Nella organizzazione del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza si deve considerare il minore insieme alla sua famiglia, nel rispetto delle indicazioni della Carta dei Diritti del Bambino e dell'Adolescente in Ospedale, redatta nel 2008 dalla Società Italiana di Pediatria [34].

Per la prima volta si tiene conto della specificità del Triage Pediatrico, che si fonda sulla valorizzazione di parametri, segni e sintomi peculiari delle diverse fasi dell'accrescimento (neonato, lattante, bambino, adolescente) e diversi da quelli dell'adulto. Il Triage Pediatrico deve essere effettuato da **un infermiere specificamente formato** per la valutazione e per la presa in carico del paziente pediatrico e della sua famiglia, e quindi in grado di rispondere alle loro necessità fisiche, emotive e psichiche. Particolare attenzione deve essere dedicata al trattamento del dolore pediatrico e a tale scopo devono essere utilizzate scale validate del dolore pediatrico, specifiche per fascia di età. Importante è la fase della rivalutazione, a causa della variabilità del manifestarsi della condizione clinica. Il bambino infatti non è sempre in grado di manifestare il mutamento della sua condizione: tanto più è piccolo, tanto maggiore sarà la difficoltà nella segnalazione dei cambiamenti, per cui è necessario prevedere la ripetizione della rilevazione di uno o più parametri vitali, nonché dell'esame fisico, per confermare o modificare il codice di priorità assegnato all'ingresso.

Il Triage nelle condizioni di fragilità

Particolare attenzione è dedicata ai maltrattamenti e agli abusi su minori, donne e anziani, ai disturbi della sfera psichica nell'adolescente e nell'adulto. L'infermiere di Triage concorre all'identificazione di tali condizioni, rilevando gli indicatori anamnestici e clinici di sospetto abuso, e attivando fin dai primi istanti un percorso personalizzato e di sostegno.

Nell'**area di accoglienza del PS** vi devono essere sale riservate ai pazienti pediatrici, ai pazienti affetti da malattie potenzialmente contagiose, alle persone in condizioni di fragilità e vittime di abuso; locali per gli assistenti sociali, per la comunicazione dei lutti o delle gravi malattie, per le necessità sociali degli accompagnatori; servizi igienici, anche per disabili, punti acqua e ristoro facilmente accessibili dalla sala di attesa.

Umanizzazione

Per migliorare il comfort la sala di attesa deve essere dotata di monitor TV, filodiffusione, erogatori di bevande e cibo, piante; di display che consentano di co-

noscere in tempo reale il numero di postazioni di emergenza impegnate, il numero di pazienti nelle sale visita o in attesa di ricovero, per aggiornare i pazienti in attesa e i loro familiari anche sul carico di lavoro del PS. La comunicazione degli operatori di Triage deve essere empatica sia con il paziente che con i suoi familiari, focalizzata cioè non solo sull'aspetto clinico, ma anche su quello emotivo da loro manifestato. Può contribuire a migliorare questa fase la presenza di un Responsabile per la gestione dei conflitti con gli utenti in attesa, di Volontari con funzioni di Assistenti in Sala di Attesa, di Mediatori Culturali.

Formazione del Triage

Accesso alla Formazione: sono necessari titolo di studio e abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico, ostetrico; esperienza lavorativa in Pronto Soccorso di almeno sei mesi; titolo certificato alle manovre di Supporto Vitale di Base nell'adulto e nel bambino.

Per svolgere la funzione di Triage infermieristico in Pronto Soccorso sono richieste:

- una **Formazione di accesso (corso teorico** residenziale della durata minima di **16 ore** e un **periodo di affiancamento** a tutor esperto di durata non inferiore a **36 ore**). Il corso deve prevedere attività formative che permettano, fra l'altro, di acquisire competenze nella individuazione e gestione dei principali problemi del Triage pediatrico, e nell'accoglienza di un minore e della sua famiglia;
- una **Formazione permanente** basata sul monitoraggio del sistema Triage a livello aziendale (discussione di casi, eventi critici/sentinella, analisi di dati statistici) e regionale. La formazione deve essere completata entro due anni con la frequenza di un corso certificato di Supporto Vitale di Base per adulti e pediatrico, un corso sulla Gestione Avanzata delle emergenze mediche, cardiologiche, traumatologiche e pediatriche.

Gli infermieri del Pronto Soccorso generali a cui afferiscono pazienti pediatrici devono frequentare un corso sul Triage pediatrico di almeno 6 ore. Per quanto riguarda gli ambiti pediatrici le attività formative sono svolte da istruttori certificati in Triage pediatrico.

In conclusione

Con il modello di Triage all'esame della Conferenza Stato-Regioni si è cercato di mettere a frutto l'esperienza acquisita nei 15 anni di applicazione sul campo dell'at-

tuale modello a 4 codici colore, per dare una ragionevole risposta ai principali problemi emersi in questo periodo.

La figura dell'infermiere di Triage assume un funzione fondamentale nel contesto delineato da questa proposta. È dotato di autonomia decisionale nel rispetto di linee guida e protocolli concordati, e in questo ambito può attivare direttamente dei percorsi diagnostico-terapeutici: tale prassi è di dimostrata efficacia nel ridurre i rischi anche per i pazienti in età pediatrica [35-39]. Il Fast-Track [40] e il See and Treat [41,42] si sono dimostrati di grande utilità nel ridurre i tempi di attesa, incrementare la soddisfazione dei pazienti e fornire cure appropriate con un ragionevole rapporto costo-efficacia.

La codifica a 5 livelli numerici consentirà all'infermiere di Triage di differenziare gli accessi identificati attualmente come "codice verde" in due "codici di priorità": le "urgenze differibili" (codice 3), e le "urgenze minori" (codice 4). Queste ultime, insieme agli "accessi non urgenti" (codice 5), potrebbero essere inviate a team sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero.

È necessario che l'infermiere di Triage possa contare su strumenti idonei a guidarlo in questa attribuzione. La SIMEUP si sta attivando per adeguare alle nuove esigenze il Corso di Formazione sul Triage e il *Manuale Formativo in Triage Pediatrico* del 2009, e per fornire agli aspiranti triagisti e agli infermieri di Triage gli elementi essenziali per la corretta attribuzione del codice di priorità a un bambino che venga condotto a un PS, sia Pediatrico che Generale.

Un ulteriore elemento è rappresentato dalla diversa accoglienza che verrà offerta a una persona e ai suoi accompagnatori che si presenteranno a un PS, grazie a una adeguata strutturazione degli ambienti dedicati al Triage e a una maggiore capacità di comunicazione degli operatori: potrà così iniziare dal Triage un percorso assistenziale centrato sul bambino e sulla sua famiglia [43], indipendentemente dall'esistenza o meno nell'Ospedale di un PS Pediatrico o Generale.

✉ p.siani@santobonopausilipon.it

1. SIMEUP Policy Statement Sovraffollamento dei Pronto Soccorso 7/11/ 2015; <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2440267.pdf>.

2. Rastelli G, Cavazza M, Cervellin G. Sovraffollamento in Pronto Soccorso: analisi del fenomeno e proposte di gestione Emergency Care J 2010;2:25-35.

3. Panuccio A. Sistema di Emergenza Urgenza. Appropriately nell'utilizzo dei servizi di primo contatto. *Quaderni di Monitor* 2013;11:24-7.
4. Bellentani M, Catani S, Bugliari Armenio L, et al. La ricerca: Assistenza h24, Cure primarie e riduzione accessi impropri al Pronto Soccorso. *Quaderni di Monitor* 2013;11:34-8.
5. Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992. GU n. 114 del 17/05/1996.
6. Accordo Stato-Regioni 25 ottobre 2001. Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria. GU n. 285 del 7/12/2001.
7. Haltiwanger KA, Pines JM, Martin ML. The pediatric emergency department: a substitute for primary care? *Cal J Emerg Med* 2006;7:26-30.
8. Accordo Stato-Regioni "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale". Rep. Atti n. 53/CSR del 7 febbraio 2013. <http://www.statoregioni.it/dettaglioDoc.asp?i-dprov=11682&idoc=39732&tipodoc=2>.
9. Mengoni A, Rappini V. La domanda non urgente al Pronto Soccorso: un'analisi. *Mecosan* 2007;62:61-82.
10. Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica* 2009;25:7-28.
11. Weirick RM, Billings J, Thorpe J. Ambulatory Care Sensitive Emergency Department Visits: A National Perspective. *Abstr Academy Health Meet* 2003;20:525-6.
12. National Priorities Partnership Compact Action Brief: A Roadmap For Increasing Value In Health Care – Reducing Emergency Department Overuse: A \$38 Billion Opportunity. http://www.nehi.net/bendthecurve/sup/documents/ED_Overuse_Brief.pdf.
13. Davis JW, Fujimoto RY, Chan H, et al. Identifying characteristics of patients with low urgency emergency department visits in a managed care setting. *Manag Care* 2010;11:38-44.
14. Dinh MM, Berendsen Russell S, Bein KJ, et al. Statewide retrospective study of low acuity emergency presentations in New South Wales, Australia: who, what, where and why? *BMJ Open* 2016;6:e010964.
15. Fieldston ES, Alpern ER, Nadel FM, et al. A qualitative assessment of reasons for non-urgent visits to the emergency department: parent and health professional opinions. *Pediatr Emerg Care* 2012;28:220-5.
16. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003;117:250-5.
17. Lega F, Mengoni A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy* 2008;88:326-38.
18. McHale P, Wood S, Hughes K, et al. Who uses emergency departments inappropriately and when – a national cross-sectional study using a monitoring data system. *BMC Med* 2013;11:258.
19. Kubicek K, Liu D, Beaudin C, et al. A profile of nonurgent emergency department use in an Urban pediatric hospital. *Pediatric Emergency Care* 2012;28:977-84.
20. Benahmed N, Laokri S, Zhang WH, et al. Determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. *Europ J Pediatr* 2012;17:1829-37.
21. Fontanazza S, Piccotti E, Sartini M, et al. Development of stratification criteria of green codes in a pediatric emergency department: a pilot study. *Minerva Pediatr* 2016.
22. Vedovetto A, Soriani N, Merlo E, et al. The burden of inappropriate emergency department pediatric visits: why Italy needs an urgent reform. *Health Services Research* 2014;49:1290-305.
23. Ministero della Salute. *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, Anno 2012*. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2370_allegato.pdf.
24. Borea R. Aggiornamento sulla rete dei Pronto Soccorso Pediatrici e la loro organizzazione, anno 2012. 11° Congresso Nazionale Simeup. Squillace, 15-17 ottobre 2015.
25. Proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso. Linee d'indirizzo per l'attività di Triage di Pronto Soccorso. *Monitor* 2012;29:44-53.
26. van Veen M, Steyerberg EW, Van't Klooster M, et al. The Manchester triage system: improvements for pediatric emergency care. *Emerg Med J* 2012;29:654-9.
27. Manchester Triage Group. *Emergency Triage. Third Edition, 2013, Wiley Blackwell*.
28. Seiger N, van Veen M, Almeida HJ, et al. Improving the Manchester Triage System for pediatric emergency care: an international multicenter study. *PLoS One* 2014;15(9):e83267.
29. Gravel J, Fitzpatrick E, Gouin S, et al. Performance of the Canadian Triage and Acuity Scale for children: a multicenter database study. *Ann Emerg Med* 2013;61:27-32.e3.
30. Bullard MJ, Chan T, Brayman C, et al. Members of the CTAS National Working Group. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines. *CJEM* 2014;16:485-9.
31. Pinto L, Panuccio AR. Le nuove Linee Guida del Triage. Convegno Simeup "25 anni di Emergenze Pediatriche". Roma, 12 marzo 2016; <http://www.simeup.it/?p=7607>.
32. Pinto L, Urbino A, Lubrano R, Guidi B. Verso un nuovo modello di Triage intraospedaliero Newsletter Simeup 2016, 4; <http://www.simeup.it/doc2/nuovo%20modello%20di%20Triage%20intraospedaliero.pdf>.
33. DPR 27, marzo 1992. Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza. GU 31703/1992, n. 76.
34. Carta dei Diritti del Bambino e dell'Adolescente in Ospedale; <http://www.abiomilano.org/images/pdfxpagine/cartadeidiritti.pdf>.
35. Zand DJ, Brown KM, Lichter-Konecki U, et al. Effectiveness of a clinical pathway for the emergency treatment of patients with inborn errors of metabolism. *Pediatrics* 2008;122:1191-5.
36. Browne GJ, Giles H, McCaskill ME, et al. The benefits of using clinical pathways for managing acute paediatric illness in an emergency department. *J Qual Clin Pract* 2001;21:50-5.
37. Scribano PV, Lerer T, Kennedy D, Cloutier MM. Provider adherence to a clinical practice guideline for acute asthma in a pediatric emergency department. *Acad Emerg Med* 2001;8:1147-52.
38. Zemek R, Plint A, Osmond MH, et al. Triage nurse initiation of corticosteroids in pediatric asthma is associated with improved emergency department efficiency. *Pediatrics* 2012;129:671-80.
39. Barata I, Brown KM, Fitzmaurice L, et al. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine; American College of Emergency Physicians Pediatric Emergency Medicine Committee; Emergency Nurses Association Pediatric Committee. Best practices for improving flow and care of pediatric patients in the emergency department. *Pediatrics* 2015;135:e273-83.
40. Ford KE, Cooper LL, Thenabadu S. Acute testicular pain in children: collaboration in timely management. *Eur J Emerg Med* 2015; 22:55-7.
41. Quattrini V, Swan BA. Evaluating care in ED fast tracks. *J Emerg Nurs* 2011;37:40-6.
42. Rosselli A, Becattini G, Cappugi M, et al. See & Treat – Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso. Giunti, 2012.
43. Dudley N, Ackerman A, Brown KM, et al. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine; American College of Emergency Physicians Pediatric Emergency Medicine Committee; Emergency Nurses Association Pediatric Committee. Patient-and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics* 2015;135:e255-72.

Promozione della matematica nei bambini in età prescolare



Rubrica a cura di Angelo Spataro

Intervista di Angelo Spataro* a Maria Teresa Pantina**

*Pediatria di famiglia, Palermo; Responsabile del Gruppo "Salute mentale" dell'ACP

**Insegnante di scuola primaria, membro del Consiglio di presidenza dell'AICM (Associazione Insegnanti e Cultori della Matematica), Palermo

La matematica è una materia che piace poco ai bambini. Perché?

Si deve partire dal concetto che la matematica non è solo una materia scolastica ma è qualcosa che entra in gioco in qualunque attività svolgiamo, non solo mentre si eseguono i compiti assegnati dalla maestra per casa, ma anche quando si fanno acquisti, quando si parla con un amico, quando guardiamo l'orologio, quando si deve fare una torta seguendo una ricetta di cucina. Secondo la maggioranza degli Autori la motivazione della disaffezione dei bambini per la matematica risiede nella "astrazione degli oggetti matematici". I concetti astratti sono elaborati attraverso simboli ed è spesso questo linguaggio simbolico con cui i bambini e i ragazzi entrano in contatto fin dalle prime classi della scuola primaria a intimidire e a suscitare difficoltà. La matematica è vista spesso come una materia astratta e fuori dalla realtà (+ significa sommare e non moltiplicare, ma + e × sono segni che si somigliano molto ed è facile sbagliare; > significa maggiore e < significa minore, ma non è facile ricordarlo; a che cosa servono esattamente l'equazione esponenziale e il logaritmo di un numero?). Secondo diversi Autori l'approccio alla matematica dovrebbe avvenire attraverso la presentazione di situazioni reali e vicine agli scopi e ai sentimenti del bambino. I racconti matematici o le situazioni problematiche ricche di particolari narrativi come i pensieri e le riflessioni del protagonista stimolano la curiosità del bambino a fare nascere in lui il desiderio di una conoscenza maggiore. Secondo molti ricercatori la matematica è alla portata di tutti e non per pochi eletti; tutto dipende da come viene insegnata.

L'accostamento dei bambini molto piccoli alla matematica, prima del loro ingresso a scuola, può favorire un loro successo in questa materia?

L'uomo adulto, ma anche il neonato e numerosi animali, sono capaci di com-

piere dei calcoli. Si tratta di un "senso dei numeri", secondo la definizione del matematico Tobias Dantzing, che permette la percezione del numero e quindi della quantità allo stesso modo in cui si percepiscono il colore, la forma, la posizione degli oggetti. Alcuni ricercatori hanno dimostrato che neonati di pochi giorni sono in grado di distinguere il numero 2 dal numero 1 senza sapere che esistono i numeri e senza possedere il concetto di quantità; essi sanno però che 2 è diverso da 1, così come sanno che il colore nero è diverso dal colore bianco. Altri esperimenti dimostrano che bambini di quattro e cinque mesi possiedono il concetto di addizione e sottrazione e che dopo i quindici mesi incominciano ad avere il concetto di quantità e a capire quindi che 3 è maggiore di 2 e incominceranno da questa età a scegliere il numero maggiore di giocattoli. Il bambino quindi, fin dai primi mesi di vita, può entrare nel mondo dei numeri e delle figure geometriche attraverso disegni, libri, giochi, filastrocche, canzoni, in stretta armonia con la madre o di chi si prende cura di lui. Con l'ingresso a scuola il bambino inizia a compiere calcoli complessi utilizzando anche la scrittura. Il primo livello di apprendimento della matematica è quindi quello "naturale", detto così perché non richiede informazioni che avvengono per via culturale. Il concetto di "più", come abbiamo detto, è un apprendimento naturale, innato, presente anche negli animali. A un secondo stadio si collocano gli apprendimenti "culturali informali" che avvengono generalmente fuori dalla scuola, soprattutto a casa, e in cui è indispensabile una trasmissione sociale, e infine avvengono gli apprendimenti "culturali formali" attraverso l'insegnamento nella scuola. Anche gli animali, come abbiamo detto, hanno un "senso dei numeri", ma quella degli animali è una aritmetica approssimata in quanto

per un animale 5+5 non fa mai 10 ma "forse 7-10-13". L'essere umano invece, nel corso dell'evoluzione, ha acquisito l'abilità del linguaggio orale e scritto, e quindi a inventare un vasto numero di parole e di simboli che gli hanno permesso di superare il limite dell'approssimazione per cui l'uomo sa perfettamente che 15+25 fa 40.

Allora possiamo dire che la matematica è alla portata di tutti? Che tutti possono essere bravi in questa materia?

Scrivo lo psicologo Stanislas Dehaene: "Ci sono ben poche prove che i grandi matematici siano dotati di una struttura neurobiologica eccezionale. Se hanno successo è solo perché dedicano un tempo considerevole all'argomento. Quello che di speciale c'è in loro è la spropositata passione per la matematica. Io sono convinto che bambini con capacità di partenza uguale possano raggiungere in matematica eccellenti o pessimi risultati a seconda del loro amore o odio per la materia. La passione feconda il talento, e i genitori e gli insegnanti hanno una considerevole responsabilità nello sviluppo di un atteggiamento positivo o negativo verso la matematica". Possiamo quindi concludere dicendo che il bambino nasce con il senso del numero e che già dai primi mesi di vita possiede concetti matematici che possono essere facilitati e potenziati con diversi materiali e attività. Quando si descrive, ad esempio, un oggetto, una scena o un evento con un gioco, con la lettura di un libro o con una canzone, si deve parlare al bambino oltre che del colore anche della dimensione e della quantità degli oggetti, degli animali e delle persone. Diversi studi dimostrano che le influenze familiari favoriscono nei bambini l'acquisizione di competenze numeriche, fanno diminuire "l'ansia specifica per la matematica" e che essere bravi in matematica significa potere avere maggiore successo non solo a scuola ma anche nel mondo del lavoro.

Denatalità: cause, conseguenze e possibili rimedi

Carlo Corchia

Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects and Prematurity, Roma

Anche il Forum sulla denatalità è alla sua conclusione. L'argomento ha forse sorpreso i pediatri che leggono *Quaderni acp*, probabilmente più interessati a temi strettamente connessi alla loro pratica clinica. Il fenomeno della denatalità tuttavia, oltre a essere all'ordine del giorno nel dibattito pubblico ormai da diversi anni, interessa direttamente il mondo dell'infanzia ed è quindi necessario capirlo, interpretarlo, spiegarlo quanto più è possibile. Anche i pediatri devono saper sviluppare nuove proposte per la ridefinizione e la ricollocazione di bambini, ragazzi e adolescenti in una società che nel futuro sarà completamente diversa, per caratteristiche demografiche e composizione sociale, rispetto a quella del secolo scorso, assunta spesso, sbagliando, come paradigma cui fare tuttora riferimento.

I toni che accompagnano la divulgazione di notizie sulla diminuzione delle nascite (generalmente a commento dei rapporti periodici dell'ISTAT) sono quasi sempre allarmistici, del tipo: "continuando così fra centocinquanta anni gli italiani saranno scomparsi", oppure "senza bambini e futuri giovani come si reggerà il sistema previdenziale/assistenziale della nazione e in generale il suo welfare data la grande e preponderante massa di anziani e molto vecchi?". La prima di queste asserzioni difetta di conoscenza storica, perché non tiene conto di chi sono esattamente gli italiani attuali e da dove son venuti fuori; la seconda si rifà a una opinione molto diffusa secondo cui l'aumento della popolazione è necessario per la crescita economica, ma soprattutto non tiene conto del fatto che i giovani, per mantenere il sistema, devono poter lavorare, mentre lo scenario attuale dà indicazioni esattamente contrarie, nonostante forse qualche piccolo barlume di miglioramento negli ultimi mesi.

Per non rimanere a livello epidermico danzando sulle onde delle opinioni e del sentito dire, si è ritenuto pertanto necessario approfondire, se non tutti, almeno gli aspetti principali del fenomeno denatalità.

La transizione demografica e i suoi determinanti

I cambiamenti nella struttura della popolazione cui stiamo assistendo, come è stato illustrato da chi scrive nel primo contributo al Forum (*Quaderni acp* 2016;23:65-6), possono

essere interpretati alla luce di ciò che i demografi chiamano "transizione demografica", innescata dal calo della mortalità conseguente allo sviluppo economico, alle sempre migliori condizioni di vita e al progresso in molti campi del sapere, inclusa la medicina. A distanza di due-tre generazioni da quel momento anche la natalità inizia a diminuire, mantenendosi però su livelli più elevati della mortalità. Secondo questo modello, per tutto il periodo in cui la natalità è più alta della mortalità, e fino al raggiungimento di un nuovo equilibrio, la popolazione ha il suo massimo incremento. In Italia la transizione è iniziata prima della fine del XIX secolo, si è accentuata dopo la seconda guerra mondiale e si è arrestata alla fine degli anni '80, quando mortalità e natalità hanno ripreso ad avere più o meno gli stessi valori. A quel punto la popolazione ha smesso di crescere e solo i flussi migratori hanno provocato, negli anni più recenti, un ulteriore leggero aumento.

Ciò considerato, appare abbastanza evidente che sono lo sviluppo economico e il progresso a esso associato ad agire come determinanti principali dell'aumento della popolazione; il contrario sembra essere più difficile da dimostrare. In ogni modo, tutto ciò non spiega perché alla fine del periodo di transizione il tasso di fecondità totale sia rimasto al di sotto del livello di sostituzione (2,1 figli per donna) in quasi tutti i Paesi europei e in particolare in Italia, dove solo quello della popolazione straniera vi si avvicina (almeno per ora). Anche per quest'aspetto, tuttavia, i maggiori determinanti appaiono i fattori socio-economici, come ha ben puntualizzato Franzini nel suo contributo (*Quaderni acp* 2016;23:264-6). Da quasi tutti gli studi empirici emerge, infatti, che l'effetto delle variabili economiche – e, soprattutto, delle loro variazioni – è forte e sistematico. Queste variabili comprendono: il reddito della famiglia e l'occupazione dei genitori, il rischio di perdita dell'occupazione dopo la maternità, i costi da sopportare per allevare i figli, il valore che si attribuisce alla maternità e alla paternità in relazione ad altre attività e anche l'aiuto sociale di cui si potrà godere in caso di difficoltà con i figli. Il costo crescente dei figli può protrarsi nel tempo, soprattutto se le politiche non riescono o non si curano di tenere questi costi sotto controllo. Anche se condizionamenti sociali e fattori

psicologici possono a loro volta influire sui comportamenti riproduttivi, le variabili economiche, pertanto, appaiono essere quelle maggiormente responsabili sia dell'aumento di popolazione legato alla transizione demografica che del basso tasso di fecondità totale che si osserva nelle nazioni sviluppate.

Il panorama globale

Nel suo contributo Tamburlini (*Quaderni acp* 2016;23:110-2) ci ha ricordato che attualmente la popolazione mondiale è di 7,3 miliardi di individui e che le stime per il futuro forniscono valori di 9,7 miliardi nel 2050 e di 11,2 miliardi alla fine del secolo. La situazione dei Paesi non occidentali è molto variegata, perché alcuni di essi sono già entrati nella fase di transizione demografica o vi sono appena usciti, mentre altri sono nella fase iniziale, come accade nell'Africa sub-sahariana. Per i Paesi di quest'area, infatti, si registra il tasso di crescita maggiore, nonostante vi sia stata una riduzione del tasso di fecondità totale da 4,5 bambini per donna nel 1970 a 2,5 bambini nel 2014. L'aumento della popolazione, tuttavia, è il prodotto non solo dei tassi di fecondità ma anche della proporzione di donne in età fertile, che è molto aumentata e continuerà ad aumentare per parecchio tempo per effetto del cosiddetto "effetto coorte fertile", che potrà durare più o meno fino al 2060. Tamburlini ricorda anche come il calo del numero di figli per donna, soprattutto quando avviene in Paesi ad alta fecondità, influisca sul calo della mortalità infantile più che gli stessi programmi sanitari. Infine, anche nell'Africa sub-sahariana vi sono grandi differenze: la popolazione dei Paesi meno sviluppati raddoppierà o anche triplicherà entro il 2050, mentre quella dei Paesi più sviluppati aumenterà solo di poco. Questo influisce sulla composizione, più o meno giovane, della popolazione, ma sottolinea ancora una volta quanto lo sviluppo socio-economico sia importante per il contenimento del suo incremento.

Popolazione e sostenibilità ambientale

Uno degli aspetti più controversi e inquietanti connessi all'aumento della popolazione mondiale è quello della sostenibilità ambientale, come hanno sottolineato Toffol et al. (*Quaderni acp* 2016;23:157-9) ricordando l'equazione di Ehrlich e Holdren, nella quale

impatto ambientale = $P \times A \times T$; dove P è la popolazione complessiva mondiale, A è l'impronta ambientale, intesa come consumo di materiale e conseguente produzione di inquinanti, e T è la tecnologia (che agisce in modo contrario rispetto alle altre). Si potrebbe quindi concludere che il rallentamento della crescita della popolazione derivante da una riduzione del numero medio di figli per donna in età fertile non è affatto negativo. Tuttavia c'è anche da considerare che negli ultimi cinquant'anni i Paesi con maggiore impronta ecologica sono stati quelli in cui la popolazione è cresciuta meno; si tratta naturalmente dei Paesi sviluppati e ricchi nei quali gli stili di vita prevalentemente rivolti al consumo sono strettamente collegati alla produzione di inquinanti e alla emissione di gas a effetto serra. Ma anche i Paesi in via di sviluppo che vedranno ancora crescere la loro popolazione nei prossimi decenni potrebbero gradualmente "occidentalizzarsi" e contribuire non poco all'impatto ambientale globale. Toffol et al. ci hanno anche ricordato che gli effetti delle strategie di pianificazione familiare sulla salute globale non sono trascurabili, in particolare per i loro effetti positivi sulla salute materno-infantile, citati anche da Tamburlini nel suo intervento. È comunque necessario investire prima di tutto nell'istruzione scolastica e nell'utilizzo appropriato degli strumenti informativi, con l'obiettivo di ottenere un miglioramento culturale che consenta a tutte le donne di decidere liberamente della loro vita sessuale e riproduttiva.

Quali politiche economiche per evitare scenari "catastrofici"

I problemi relativi alla sostenibilità ambientale rappresentano probabilmente, come ha sottolineato Franzini nel suo contributo, l'aspetto critico principale della teoria neoclassica, formulata da Solow negli anni '50, secondo cui ogni incremento di popolazione ha effetti positivi sulla crescita della produzione e del reddito. L'esaurimento delle risorse, infatti, potrebbe rallentare la produzione e ostacolare la crescita economica, per cui i beni pro-capite disponibili per il consumo sarebbero sempre meno, con riduzione del benessere economico. D'altro canto, anche una riduzione della popolazione può avere ripercussioni economiche negative: si pensi al problema del finanziamento della spesa previdenziale e sociale, ma anche alla possibile contrazione dell'innovazione. I giovani, infatti, hanno una forte funzione di stimolo nei confronti dell'innovazione e sono anche i principali fruitori dei beni prodotti. Per il contemporaneo intervento di molte altre variabili – relative a tecnologia, istituzioni, politiche ecc. – sulle quali si formulano tacite e discutibili asserzioni – è difficile definire a priori qual è la "popolazione ottimale" e la sua dinamica. Riuscire a farlo

significherebbe evitare scenari "catastrofici", tra cui una diminuzione troppo marcata della popolazione. Un altro aspetto preso in considerazione da Franzini è quello della libertà, cui hanno accennato anche Toffol et al. Il problema riguarda le libertà considerate incoercibili, tra cui le scelte riproduttive. D'altro canto, se la libertà conduce alla "catastrofe", si tratta di un problema che non si può trascurare. È difficile che la "mano invisibile" di Adam Smith possa risolvere i problemi, ma secondo Franzini non è necessario cambiare il sistema dei valori, basta cambiare le convenienze. E allora, che fare? La risposta può venire da "interventi ben congegnati e da politiche dirette a ridurre i costi o ad allentare i vincoli quando sono rilevanti; ciò vale soprattutto se essi consistono non nel dare incentivi diretti per incrementare la fecondità ma nel creare condizioni che migliorino complessivamente la situazione delle donne e degli uomini in età riproduttiva. In altri termini, le politiche più efficaci sembrano essere quelle non direttamente mirate alla riproduzione, ma che la facilitano in modo un po' obliquo, favorendo l'occupazione delle donne e la loro sicurezza economica, migliorando il reddito familiare, riducendo il costo di allevare i figli e così via". Si tratta di "ampliare le opportunità di vasti strati della popolazione e in particolare delle donne che più soffrono della loro mancanza"; per cui, citando Davies, "i ministri dell'economia e dell'istruzione, non il ministro della salute, devono essere la fonte delle politiche per la popolazione". A questo punto è facile capire come i vari bonus siano sicuramente ben accetti da chi li riceve, ma non servono ad aumentare la natalità. Eppure le scelte del nostro governo vanno ancora in questa direzione, come dimostrano i bonus, probabilmente legati al reddito, previsti dalla legge di bilancio 2017 (ANSA, 16 ottobre 2016)¹. Ancora meno utili e controproducenti sono poi le campagne informative scellerate come quella tentata e fallita nel settembre scorso col *fertility day*.

Investire sui bambini e sull'istruzione per contrastare l'esclusione sociale e le disuguaglianze e per promuovere un nuovo patto tra generazioni

Sostanzialmente alle stesse conclusioni di Franzini giungono Cederna e Siani (*Quaderni acp* 2016;23:216-8), quando affermano che le politiche di investimento sulla famiglia devono essere considerate un investimento che dà i suoi frutti nel tempo e non un costo. Lo stesso vale per l'istruzione, che rappresenta un altro punto debole dell'Italia. Dicono Cederna e Siani: "la spesa globale per tutto il sistema dell'istruzione è un punto in meno di PIL rispetto alla media UE28. Quanto alla spesa sociale è noto che l'investimento sulla popolazione anziana è tra i più alti del mondo men-

tre quello per l'area famiglia e minori è più basso rispetto alla media europea (313 € pro capite, contro 506 €, per non parlare della nostra distanza dalla Germania, che spende 952 € pro capite)".

Bisogna tener presente che quando si parla della quota di PIL devoluta in istruzione, in spesa sociale o in qualunque altro settore inclusa la sanità, ci si esprime in termini relativi, ma le differenze tra Paesi sono molto più marcate se ci si riferisce ai valori assoluti di PIL pro capite. Per esempio, il PIL pro capite medio dei Paesi UE28 è stato nel 2014 pari a 27.300 €; quello dell'Italia è stato di 26.600 €, ma quello di altre nazioni è stato molto superiore [1]. Pertanto, anche se le differenze tra le quote di PIL destinate all'istruzione sono piccole, le differenze assolute di risorse pro-capite investite possono essere molto rilevanti. Per esempio, pur avendo la Spagna un PIL leggermente inferiore a quello dell'Italia, la spesa per l'istruzione (esclusi gli asili nido) è di circa 980 € pro capite, mentre da noi supera di poco i 900 €; in Francia, dove sia il Pil pro capite che la quota di PIL destinata all'istruzione è più elevata che in Italia, la cifra è di quasi 1850 € pro capite [2]. D'altro canto, se il PIL di un Paese è alto, anche investendo una quota elevata nell'istruzione, in assoluto rimangono molte più risorse da destinare ad altri settori della spesa sociale. I margini di manovra sono pertanto molto stretti nel nostro Paese, a meno di scelte impopolari, con conseguenze penalizzanti soprattutto per le fasce di popolazione più vulnerabili. È stato anche dimostrato che la rendita nel tempo degli investimenti nei primi tre anni di vita è superiore a quella di interventi in età successive; dicono Cederna e Siani: "più è precoce l'investimento, maggiore è il tasso di rendimento economico; gli investimenti fatti in età prescolare sono molto più redditizi, da 12 a 17 volte in più rispetto a quelli di pari entità nell'età lavorativa, e circa il doppio di ciò che si ottiene se si interviene nella scuola dell'obbligo". Allo stesso tempo il legame tra diffusione della povertà e denatalità è ormai evidente, come risulta dall'ultimo Rapporto Giovani della Fondazione Toniolo, dove si auspica che le nuove generazioni siano messe nelle condizioni di realizzare i propri obiettivi di vita e riproduttivi attraverso politiche di sostegno alla formazione della famiglia e di conciliazione tra accudimento dei figli e lavoro. Tutto ciò consentirebbe anche di contrastare il reclutamento di ragazzi e giovani, generalmente appartenenti alle classi sociali più svantaggiate, da parte della criminalità organizzata, che vede nell'istruzione e nella presa in carico precoce dei bambini in condizioni disagiate come i nemici principali per i suoi affari (sporchi) e la sua stessa esistenza. È necessario infine pensare a un nuovo patto tra generazioni mediante un piano ben congegnato con un ap-

proccio globale ai problemi. Probabilmente solo così potremo avere più forza lavoro, più cultura e più solidarietà tra generazioni. Ci vuole uno sforzo di immaginazione, un guardare più in là, prefigurare nuovi scenari, e, come afferma Franzini, immaginare politiche che agiscano in modo “obliquo”.

Note conclusive

Economia e natalità sono quindi strettamente legate. Le variabili economiche maggiormente presenti nel dibattito pubblico sono attualmente la crescita (economica) e il PIL che ne è l'espressione. Ora, così come è difficile pensare che esistano sistemi biologici che crescono all'infinito, altrettanto difficile è pensare a un'economia il cui PIL aumenti indefinitamente.

Luca Ricolfi, in un libro del 2014, partendo dalla constatazione del fallimento, quando applicato alle economie avanzate, del modello di Mankiw, Romer e Weil (MRW), che riconduceva le differenze di benessere tra Paesi al tasso di risparmio, al tasso di scolarizzazione e al tasso di crescita della popolazione, si è riproposto di individuare i principali fattori che hanno influenzato l'andamento della crescita economica (PIL) dei Paesi con economie avanzate (22 Paesi OCSE) nel periodo 1995-2007, cioè prima dell'inizio della grande crisi [3]. Da una prima analisi è scaturito che erano cresciuti di più i Paesi con un PIL più basso all'inizio del periodo, mentre il contrario era mediamente avvenuto per i Paesi con un PIL più alto. Quindi la crescita economica avrebbe, almeno nei Paesi sviluppati, un limite che è insito in se stessa, perché non si può crescere all'infinito. Esisterebbero inoltre una retroazione del benessere sulla crescita e una relazione inversa tra benessere e tasso di crescita. Successivamente, da una serie di variabili e mediante analisi multivariate e regressioni lineari multiple, i fattori principali con effetto positivo sul tasso di crescita sono risultati: il capitale umano, il saldo degli investimenti diretti esteri e la qualità delle istituzioni economiche; altre due variabili invece agirebbero da freno alla crescita, cioè le tasse che gravano direttamente sull'impresa e il benessere, ossia il reddito per abitante a parità di potere d'acquisto. Poi vi sono altre forze il cui ruolo nel go-

verno della crescita è dubbio; tra queste merita una menzione il “capitale sociale”. A tal proposito, i dubbi non riguardano il segno della relazione ma l'entità del suo impatto, le condizioni perché esso sia significativo, i canali di trasmissione. Secondo diversi studi, per esempio, il capitale sociale sostiene la crescita ma lo fa indirettamente, influenzando i livelli di criminalità, la propensione a innovare, il grado di sviluppo finanziario, la diffusione dell'istruzione secondaria; oppure agisce non come complemento ma come sostituto di buone istituzioni formali. Esisterebbe anche un lato oscuro del capitale sociale, perché l'appartenenza a gruppi formali non sembra connessa alla performance economica, mentre la cooperazione civica sì. Inoltre, i legami esterni alla famiglia (*bridging social capital*) sosterebbero la crescita, mentre quelli interni alla famiglia (*bonding social capital*) non avrebbero effetti.

Se torniamo alla denatalità, possiamo notare come l'aumento della popolazione non compaia mai tra i fattori favorevoli la crescita economica. Un aspetto interessante del lavoro di Ricolfi è che l'analisi è stata condotta per gli anni precedenti la crisi; quindi la situazione attuale era in parte già scritta in epoca pre-crisi, solo che nessuno se n'è accorto o lo ha detto. A questo punto dovremmo chiederci non quale politica ci piace di più, ma quale può funzionare meglio (come il sistema delle “convenienze” citato da Franzini), consentendo che trascorra un tempo appropriato affinché essa dispieghi i suoi effetti. Bisognerebbe poi tener conto della “classe di opportunità” di un Paese, nel senso che più si è indietro in un certo ambito, più alta è la possibilità di automigliorarsi; per l'Italia ciò vale per le istituzioni (burocrazia), il sistema di tassazione e la giustizia civile, settori nei quali siamo in sofferenza.

Quanto poi siano importanti gli aspetti economici sulla salute dei bambini lo rivela un recente studio negli USA, nel quale sono stati presi in esame i salari minimi nei vari stati dell'unione. Ebbene, l'aumento di un dollaro del salario minimo al di sopra del livello federale si associa a una riduzione dell'1-2% del basso peso alla nascita e del 4% della mortalità post-neonatale [4].

Ma intanto nel nostro Paese le nascite continuano a calare: nei primi sei mesi del 2016 vi è

stata una riduzione del 6% rispetto al 2015, quando già si era verificato una notevole riduzione rispetto all'anno precedente; i numeri assoluti dicono che i nuovi nati sono stati 221.500 contro i 236.100 del 2015 [5]. Bisognerà vedere quanto questo calo sia da mettere in relazione con una ulteriore diminuzione della fecondità e quanto, invece, non sia ascrivibile all'effetto coorte fertile (meno donne in età fertile a seguito della diminuzione del numero delle nascite nei decenni passati = meno nati).

Comunque sia, rimane il fatto che lo scenario “catastrofico” ipotizzato da Franzini sembra essere sempre più vicino. Per contrastarlo, l'obiettivo da porsi non dovrebbe essere l'aumento o la non diminuzione della popolazione, bensì il ritorno graduale del tasso di fecondità totale verso il livello di sostituzione. In questa prospettiva, non tenendo conto dei fenomeni migratori, una leggera diminuzione della popolazione può essere accettabile, fino a quando, nel medio-lungo periodo, non sarà stato raggiunto un nuovo equilibrio, diverso da quello del passato, caratterizzato anche da un diverso rapporto quali-quantitativo tra la generazione dei giovani e quella degli anziani.

Conflitto d'interessi

L'autore dichiara di non aver alcun conflitto d'interessi.

¹ Al momento della stesura di questo contributo ancora non si sa esattamente cosa succederà.

✉ corchiacarlo@virgilio.it

1. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/National_accounts_and_GDP/it. Accesso il 4/11/2016.

2. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Educational_expenditure_statistics. Accesso il 5/11/2016.

3. Ricolfi L. L'enigma della crescita. Alla scoperta dell'equazione che governa il nostro futuro. Mondadori, 2014.

4. Komro KA, Livingston MD, Markowitz S, Wagenaar AC. The effect of an increased minimum wage on infant mortality and birth weight. *Am J Public Health* 2016;106:1514-6.

5. http://www.repubblica.it/cronaca/2016/10/20/news/natalita_calò-150159154/?ref=search.

- Nei Paesi sviluppati, a differenza di quelli in via di sviluppo, l'aumento della popolazione non genera un aumento della ricchezza (PIL)
- Esaurita la fase della transizione demografica, la diminuzione del tasso di fecondità totale è prevalentemente dovuta a variabili economiche, ma vi possono contribuire anche condizionamenti sociali e fattori psicologici
- Gli interventi con elargizione di bonus per la gravidanza e i figli hanno scarsa probabilità di incidere sulle scelte riproduttive
- Più efficaci sarebbero le politiche mirate al miglioramento del quadro economico complessivo e alla riduzione della disoccupazione, e quelle che agiscono indirettamente, in modo “obliquo”, sull'insieme dei fattori socio-economici
- È necessario favorire l'istruzione e gli investimenti sul capitale umano e sociale, e promuovere un nuovo rapporto/patto quali-quantitativo tra le generazioni dei giovani e degli anziani, adeguato ai cambiamenti nella struttura della popolazione
- L'aumento della popolazione mondiale e gli stili di vita occidentali, che producono un'enorme quantità di inquinanti e rifiuti tossici, impattano negativamente sull'ambiente e ampliano le disuguaglianze tra popolazioni

Il Parlamento Britannico e le mutilazioni genitali femminili



Enrico Valletta

UO Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

“Female genital mutilation is a severe form of gender-based violence, and where it is carried out on a girl, it is an extreme form of child abuse”

UK HOUSE OF COMMONS,
HC 2011, 2014

L'argomento è stato affrontato oltre due anni fa, sull'onda di una singola esperienza che, tuttavia, faceva intravedere un fenomeno emergente e di più ampie proporzioni [1]. In Italia sarebbero circa 40.000 le donne/ragazze sottoposte a mutilazioni genitali (MGF) [2]. In alcune regioni del mondo – a noi molto vicine in termini di flussi migratori – gli interventi rituali sono una realtà di origini antichissime e di abituale pratica. La **Figura 1** vale a ricordare la sua diffusione in Africa e nella Penisola Arabica [3,4].

Pronunciamenti e leggi per contrastare le MGF

Adeguandosi alle indicazioni dei maggiori organismi internazionali – ONU, UNICEF, UNFPA e Parlamento Europeo, tra gli altri – molti Paesi occidentali e buona parte delle stesse nazioni afro-asiatiche si sono dotati o si stanno dotando di una legislazione volta a prevenire, perseguire e punire queste pratiche. Nonostante le rilevazioni epidemiologiche ci dicano che rispetto a 30 anni fa le bambine hanno meno probabilità di essere sottoposte a MGF nei loro Paesi di origine, il contrasto a questa forma di violenza è lento e difficile e deve poter contare non solo sulle disposizioni di legge, ma soprattutto sui mutamenti sociali e culturali, sulla lotta alla povertà e su un più diffuso accesso all'istruzione [3].

Dal punto di vista legislativo, l'Italia sta facendo la sua parte. Nel 2006 ha approvato la Legge n.7 *Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile* che inserisce nel Codice Penale uno specifico reato; nel 2012 ha ratificato la cosiddetta Convenzione di Lanzarote impegnandosi a inasprire le pene per chi si rende responsabile di una MGF; sempre nel 2012 la Conferenza Stato-Regioni ha siglato un'intesa in materia di prevenzione e contrasto delle MGF, consentendo il realizzarsi di numerose iniziative in questa direzione. La responsabilità penale coinvolge non solo l'esecutore della MGF – eseguita da cittadino italiano in Italia o all'estero – ma anche i genitori della minore fino alla decadenza perpetua della patria potestà. È un reato perseguibile d'ufficio, nei confronti del quale il sanitario che ne abbia avuto notizia è obbligato a inoltrare referto o denuncia all'Autorità Giudiziaria.

La Gran Bretagna alza il livello di attenzione

La Gran Bretagna (GB) si propone di rendere più stringente il ruolo dei sanitari su questo tema, auspicando che l'omessa segnalazione di qualsiasi caso di MGF osservato nel corso della loro attività professionale sia considerato reato penale [4,5]. Il problema interessa il Regno Unito in misura consistente: circa 170.000 donne che vivono in GB sono state sottoposte a una MGF e almeno 13.000 bambine sono considerate a rischio [6]. Circa 6000 casi sono stati identificati nel 2015-16, 18 dei quali avvenuti in territorio britannico [7].

L'attenzione della GB al problema delle MGF parte da lontano: già nel 1861 l'*Offences Against the Person Act* proibiva e puniva gli autori di mutilazioni nell'ambito dei delitti contro la persona. Nel 1985 il *Prohibition of Female Circumcision Act* (**Figura 2**) definiva con maggiore precisione l'illegalità degli interventi sui genitali femminili, punendo non solo chi effettua-

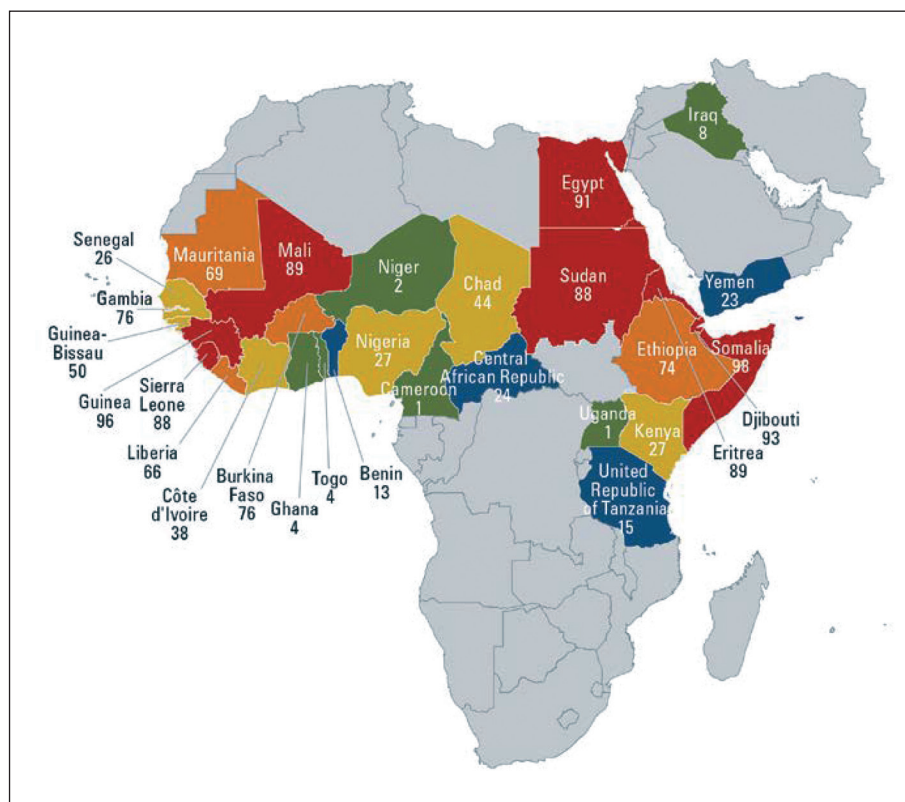


Figura 1. Percentuali di donne sottoposte a mutilazioni genitali (modificato da rif. 4).

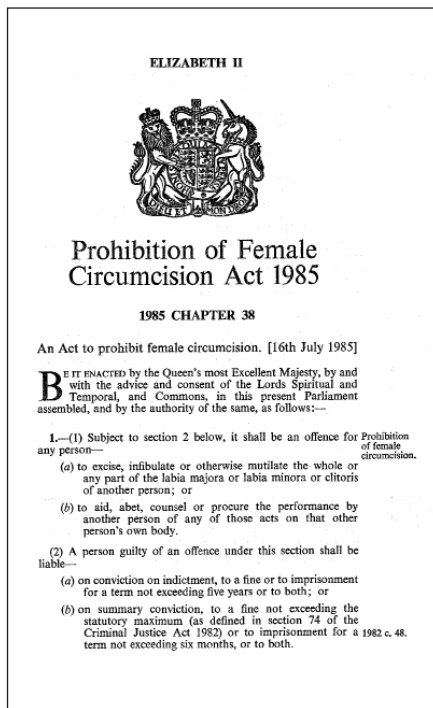


Figura 2. *Prohibition of Female Circumcision Act*, 1985.

va materialmente l'intervento, ma anche chi lo consentiva, lo rendeva possibile o lo incoraggiava, responsabilizzando penalmente così anche i genitori o i tutori della vittima [8,9]. Altresì, non erano punibili gli interventi eseguiti per garantire la salute fisica e mentale della bambina o della donna, ma escludendo esplicitamente che tra queste motivazioni potesse essere intesa la tradizione o la ritualità dell'intervento. Nel 1989, il *Children Act* riforma estesamente la legislazione relativa alla protezione dell'infanzia introducendo importanti provvedimenti di tutela (allontanamento dalla famiglia, restrizione dei viaggi all'estero) qualora si ravveda un rischio per l'incolumità della bambina [10]. Le successive revisioni legislative del 2003 (*Female Genital Mutilation Act 2003*) [11] e del 2015 (*Serious Crime Act 2015*) [12] ribadiscono l'illegalità delle MGF condotte dentro e fuori i confini del Regno Unito, inaspriscono le pene per i responsabili a ogni effetto del reato e obbligano i professionisti sanitari, dei servizi sociali e della scuola a denunciare ogni caso di MGF entro i 18 anni di età di cui siano venuti a conoscenza.

A fronte di questo forte impegno legislativo, il Parlamento Britannico rileva ancora oggi in maniera critica la carenza di dati epidemiologici attendibili, l'assenza di un organismo centrale che raccolga le informazioni disponibili e governi gli interventi ma, soprattutto, rimarca l'insufficiente impegno dei professionisti sanitari nel segnalare i casi di MGF osservati nella loro pratica clinica [4,5]. Secondo i componen-

ti della Commissione Affari Interni, le sanzioni disciplinari a carico di chi omette la segnalazione non sono sufficienti, da sole, a mantenere medici e personale sanitario all'interno di un corretto comportamento che li obbliga a denunciare qualsiasi crimine di cui vengano a conoscenza in relazione alla loro attività professionale. E le MGF sono a tutti gli effetti crimini gravi (*horrific crime*) nei confronti delle donne e un abuso violento (*violent child abuse*) se inflitte a una bambina. La Commissione invita pertanto i dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale (NHS), gli Ordini professionali e il Ministero della Salute a richiamare duramente i clinici ai loro doveri di segnalazione.

Nonostante le MGF siano illegali in GB da oltre 30 anni, stupisce i parlamentari che non un solo processo si sia ancora concluso con la condanna di chi ha provocato o favorito una pratica che tuttora coinvolge bambine e giovani donne dentro e fuori i confini britannici. Nel 2015 un ginecologo, accusato di avere reinfibulato una donna somala dopo il parto in un ospedale di Londra, è stato prosciolto (e con lui il mediatore culturale che lo affiancava) derubricando l'evento a sutura maldestra eseguita da ginecologo poco esperto [13]. Il medico rischiava una condanna fino a 14 anni di carcere. L'atto del medico appariva in realtà come l'ultimo di una catena di piccole o grandi omissioni che non avevano consentito di intercettare la donna prima e durante la gravidanza: mutilata all'età di 6-7 anni, era stata sottoposta nel 2011 a un intervento per facilitarle il rapporto sessuale e la sua situazione clinica, apparentemente ignorata nel corso di tutta la gestazione, si era resa evidente solo al momento del parto. Responsabilità condivise e diffuse, quindi, di un sistema socio-sanitario che stenta ancora a farsi carico del problema e che richiede maggiore consapevolezza, formazione, cultura e percorsi assistenziali e di tutela ben strutturati.

Probabilmente, anche il sistema giudiziario potrebbe essere più tutelante nei confronti delle vittime. La Commissione parlamentare osserva – un po' pleonasticamente – che improbabilmente le bambine/ragazze che hanno subito una MGF denunceranno i propri parenti e che pertanto i sanitari hanno un ruolo fondamentale nel rilevare il reato e nel consentirne la persecuzione. Da questo punto di vista, la Francia sembra fare meglio: dal 1983 le MGF sono considerate un reato punibile con una pena da 10 a 20 anni di carcere e da allora sono stati istruiti circa 40 processi che hanno portato a un centinaio di condanne. Il programma francese di visi-

te periodiche per bambini fino ai sei anni di età e di controlli annuali per bambine a rischio può avere contribuito a fare emergere il fenomeno, ma anche – secondo alcuni – determinato lo spostamento dell'età dell'intervento dopo i 6-11 anni per eludere l'attenzione di pediatri e insegnanti.

È evidentemente una battaglia di civiltà che vede la Gran Bretagna in ritardo, non tanto legislativo, quanto culturale, organizzativo e professionale socio-sanitario. L'applicazione delle norme penali per i professionisti che omettono di denunciare una MGF è un provvedimento che suscita apprensione nel mondo sanitario [13-15], ma che appare doveroso oltre che probabilmente utile soprattutto se accompagnato da misure di sensibilizzazione, prevenzione e integrazione culturale delle etnie a rischio (*vedi* anche il video dell'NHS: www.nhs.uk/video/pages/female-genital-mutilation.aspx#).

✉ enrico.valletta@auslromagna.it

1. Venturi V, Fanelli T, Valletta E. Le mutilazioni genitali femminili: basta una storia per svelare un mondo. *Quaderni acp* 2014;21:132-5.
2. UNICEF Italia. www.unicef.it/Allegati/MGF_scheda_dati_2014.pdf.
3. UNICEF. Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. July 2013.
4. House of Commons. Home Affairs Committee. Female genital mutilation: abuse unchecked. Ninth report of Session 2016-17. HC 390, 15 September 2016.
5. Dyer C. Repeated failure to report female genital mutilation should be a criminal offence, MPs say. *BMJ* 2016;354:i5038.
6. Dyer C. Referrals for female genital mutilation must rise, say MPs. *BMJ* 2014;349:g4447.
7. Seven days in medicine: 20-26 July 2016 ("Nearly 6000 cases of FGM were identified last year"). *BMJ* 2016;354:i4148.
8. Offences Against the Person Act. www.legislation.gov.uk/ukpga/1861/100/pdfs/ukpga_18610100_en.pdf.
9. Prohibition of Female Circumcision Act. www.legislation.gov.uk/ukpga/1985/38/pdfs/ukpga_19850038_en.pdf.
10. Children Act 1989. www.legislation.gov.uk/ukpga/1989/41/contents.
11. Female Genital Mutilation Act 2003. www.legislation.gov.uk/ukpga/2003/31/pdfs/ukpga_20030031_en.pdf.
12. Serious Crime Act 2015. www.legislation.gov.uk/ukpga/2015/9/contents/enacted.
13. Dyer C. Surgeon acquitted of carrying out female genital mutilation in a prosecution criticised by obstetricians. *BMJ* 2015;350:h703.
14. Dyer C. First UK prosecution for female genital mutilation raises concerns among doctors. *BMJ* 2014;348:g2424.
15. Bewley S. Misinformed debates on FGM can harm understanding. *BMJ* 2016;354:i4804.

Investire nell'infanzia. La prospettiva economica e il caso italiano



Vittorio Daniele

Professore Associato di Politica economica, Università Magna Graecia di Catanzaro

La ricerca economica mostra come l'investimento nel capitale umano, a partire dalla prima infanzia, produca un elevato rendimento sociale. La disponibilità di servizi per l'infanzia accresce l'occupazione femminile. Il ruolo del settore pubblico nel contrasto alla povertà economica, educativa e nella realizzazione di uguali opportunità di partenza, è motivato da ragioni di efficienza e di equità sociale. L'articolo esamina questi temi da una prospettiva economica, soffermandosi sul caso italiano.

According to recent economic research, investment in early childhood is rewarded by high economic and social payoffs. Furthermore, the provision of childcare services boosts female employment. There are, therefore, efficiency and equity reasons for fighting child poverty and educational disadvantages, pursuing equality in opportunities. This paper reviews the economic arguments for investing in human capital since early childhood, focusing on the Italian case.

1. Il capitale più prezioso

Nel 1890, nei *Principi di Economia*, Alfred Marshall scriveva: «Il più prezioso di tutti i capitali è quello investito negli esseri umani; e di quel capitale la parte più preziosa è il risultato delle cure e della influenza materne» [1]. L'economista evidenziava come nelle classi meno abbienti «gli scarsi mezzi e la scarsa istruzione dei genitori e la loro capacità relativamente debole di realizzare distintamente il futuro» impedissero di investire il capitale nell'istruzione e nelle cure dei figli. In un processo cumulativo, gli svantaggi dei genitori si sarebbero trasmessi ai figli. Analogamente, il miglioramento delle condizioni di una generazione avrebbe avvantaggiato quella successiva, generando un beneficio per la società.

La ricerca economica ha confermato le intuizioni di Marshall. Il *capitale umano* – lo *stock* di competenze, capacità e abilità degli individui – è il risultato di un processo che ha le fondamenta nei primi anni di vita, se non in utero. Poiché la qualità del capitale umano è un fattore fondamentale per lo sviluppo economico, l'investimento nell'infanzia genera benefici per i singoli e per la società nel suo complesso. Ma non è solo una questione di efficienza. Come notava Marshall, povertà e disuguaglianza tendono a trasmettersi tra le generazioni: rimuovere le condizioni che impediscono agli individui di sviluppare le proprie potenzialità è un modo, tra i più efficaci, per perseguire l'obiettivo dell'equità sociale.

2. Lo sviluppo nell'infanzia

Lo sviluppo del cervello è un processo che comincia due settimane dopo il concepimento e si protrae per circa 20 anni, fino alla prima età adulta [2]. Nei primi mesi e anni di vita, la formazione delle connessioni neurali è molto rapida: ogni secondo si formano 700 nuove sinapsi. Dopo una fase di rapida sinaptogenesi, in un certo momento specifico per ogni area, inizia un processo di *pruning* sinaptico, letteralmente “potatura” o sfortimento delle sinapsi scarsamente utilizzate [2,3]. Le connessioni si generano e si sfortiscono secondo un preciso ordine, il cui *timing* è genetico ma anche influenzato dall'ambiente. Fino alla fase della sinaptogenesi lo sviluppo del cervello dipende principalmente

dai geni, mentre il processo di *pruning* principalmente dalle sollecitazioni ambientali. Nelle regioni della corteccia visiva, il *pruning* ha inizio già nel primo anno di vita e si completa tra il quarto e il sesto anno, mentre nei lobi frontali – le aree coinvolte nelle funzioni intellettive superiori – continua nell'adolescenza [2,4]. La **Figura 1** schematizza il processo di formazione delle sinapsi – sinaptogenesi e *pruning* – per alcune specifiche funzioni. Si osserva come i primi tre anni siano di particolare importanza. Considerata l'estrema plasticità del cervello nelle prime fasi dello sviluppo, la qualità del contesto affettivo e relazionale, dell'ambiente in cui i bambini trascorrono i primi anni di vita, produce effetti duraturi sul corso della vita. Nei primi anni, l'interazione con i genitori e con gli altri membri della famiglia ha un ruolo fondamentale. Se tale interazione – che avviene attraverso espressioni facciali, vocalizzi, gesti, parole, scambi affettivi – è assente o inappropriata, lo sviluppo cerebrale può risentirne, con conseguenze negative sull'apprendimento e sul linguaggio. Capacità cognitive, emotive e sociali sono, infatti, inestricabilmente connesse così come, in modo simile, lo sono l'apprendimento, il comportamento e la salute fisica e mentale, durante il corso della vita [3]. La plasticità dello sviluppo cerebrale sia durante gli ultimi mesi della gravidanza, sia

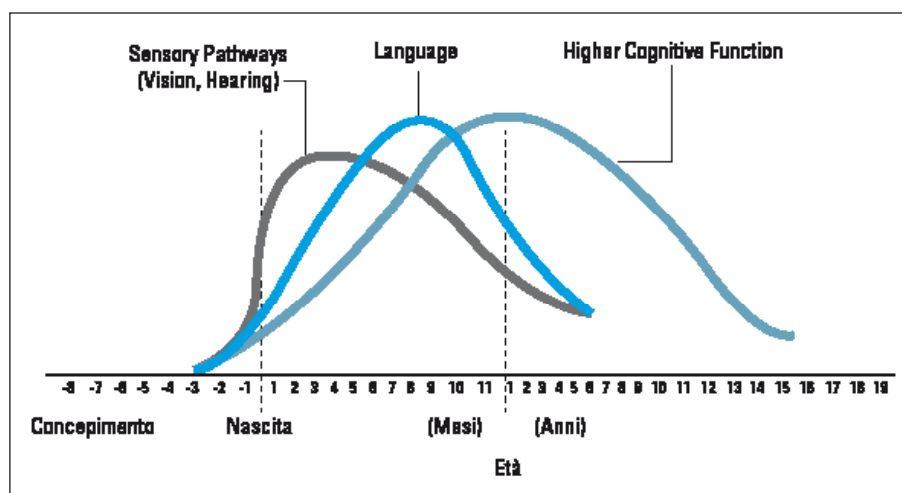


Figura 1. Uno schema dello sviluppo del cervello: formazione delle sinapsi in alcune aree. Fonte: [3: 1].

nei primi mesi e anni di vita, fa sì che i bambini siano particolarmente vulnerabili a fattori ambientali o traumi che possono determinare problemi dello sviluppo [5]. Nei primi anni, forti stress, come quelli derivanti da povertà estrema, abusi, violenze, abbandono o da grave depressione materna, possono essere estremamente dannosi, “tossici” per il cervello in via di sviluppo. Studi neurofisiologici, condotti su bambini di famiglie con diverso status socioeconomico, mostrano come la deprivazione economica si associ con alterazioni in alcune delle funzioni cerebrali prefrontali di tipo cognitivo e linguistico [6]. Tanto più gravi le esperienze avverse, tanto maggiori le probabilità di ritardi mentali e conseguenze sulla salute: gli individui che hanno avuto esperienze avverse nella prima infanzia hanno maggiori probabilità di incorrere in patologie come l'alcolismo, l'obesità, la depressione, disturbi cardiaci e diabete [3]. Anche i bambini cresciuti in condizioni di povertà hanno più elevate probabilità di contrarre alcune patologie da adulti. A loro volta, tali patologie si riflettono negativamente sulle capacità lavorative e, dunque, sulle condizioni socioeconomiche [7]. È necessario sottolineare che lo sviluppo cognitivo e della personalità è un processo assai complesso, risultante dall'interazione tra geni e ambiente, che non si esaurisce nei primi 3 o 5 anni ma continua nell'infanzia e nell'adolescenza, a seconda delle funzioni cognitive considerate [8].

3. Un investimento a elevato rendimento

Nel suo sviluppo, il cervello non è mai una “lavagna bianca”: ogni competenza, ogni funzione è costruita su altre, secondo un processo in cui «*skills beget skills and abilities beget abilities*». Alcune competenze sono di tipo non cognitivo: autocontrollo, motivazione, perseveranza, pazienza, socializzazione... Si tratta di competenze che si riflettono sia sulla performance scolastica, sia sulla condizione socioeconomica da adulti [9,10].

La famiglia è la variabile più importante per la “produzione” delle capacità umane durante l'infanzia. Le differenze nella formazione del capitale umano nella prima infanzia sono infatti in larga misura spiegate da differenze nell'ambiente familiare, per cui il *gap* tra bambini svantaggiati e avvantaggiati si forma già nei primi anni di vita [11,12]. Già all'asilo si possono riscontrare significative differenze nelle capacità di lettura e matematica tra i bambini a seconda del loro *background* familiare. Oltre a ottenere in media minori punteggi scolastici, i bambini di famiglie

povere hanno maggiori probabilità di incorrere in problemi comportamentali. Queste differenze iniziali nelle capacità cognitive e non cognitive persistono oltre il percorso scolastico. Studi longitudinali riferiti agli Stati Uniti mostrano come differenze iniziali nell'ambiente familiare siano correlate con una serie di variabili socioeconomiche in età adulta, tra cui: incidenza della criminalità, condizioni di salute, livello d'istruzione [13].

Interventi precoci migliorano le capacità cognitive e non cognitive e le condizioni di salute dei bambini più svantaggiati. Negli Stati Uniti, un Paese caratterizzato da elevate disuguaglianze sociali, sono numerosi i programmi d'intervento per bambini in età prescolare, come l'Abecedarian (0-5 anni), il Perry Preschool (3-4 anni), il Chicago Child-Parent Center (3-9 anni), l'Head Start (3-4 anni) e l'Early Head Start (0-3 anni), con un numero di bambini interessati assai variabile a seconda dei programmi [11]. Le analisi costi-benefici, mostrano come i programmi a favore delle famiglie e dei bambini più svantaggiati abbiano impatti positivi e di lunga durata: migliorano i risultati nel percorso educativo, riducono i tassi di criminalità, accrescono la produttività sul lavoro e incidono su altri aspetti, come la probabilità di divenire ragazze madri. I benefici superano ampiamente i costi sostenuti. L'analisi del Perry Preschool Program, attuato negli Stati Uniti a favore di bambini svantaggiati afro-americani, ha stimato un tasso di rendimento annuo compreso tra il 7 e il

10%, includendo tra i benefici sociali sia gli effetti sul livello d'istruzione e sulla carriera lavorativa dei beneficiari, sia i risparmi sugli interventi di recupero dell'istruzione, per cure, per spese giudiziarie e per la sicurezza [14]. Una valutazione del Chicago Child Parent Center Study (CPC), condotta all'età di 26 anni su individui che in età prescolare avevano partecipato al programma, ha stimato che ogni dollaro investito ha generato un rendimento totale di 10,8 dollari [15].

L'investimento in età prescolare, tra 0 e 5 anni, ha un rendimento sociale maggiore degli interventi effettuati durante l'età scolare o adulta. È socialmente più conveniente, per esempio, rispetto alle spese sostenute per aumentare il rapporto tra insegnanti e studenti, a quelle per la riabilitazione, per l'istruzione degli adulti e rispetto a molte politiche attive per il lavoro. Il tasso di rendimento sociale dell'investimento in capitale umano decresce, cioè, al crescere dell'età degli individui. Un andamento schematizzato nella Figura 2, in cui il rendimento sociale è misurato sull'asse verticale, mentre su quello orizzontale è riportata l'età degli individui.

Come mostra la Figura 2, la produttività dell'investimento in capitale umano è assai elevata nei primi anni di vita, quando lo sviluppo è più rapido e si pongono le basi delle capacità che influenzano i successivi risultati scolastici e socioeconomici. Con l'età, il rendimento decresce. Come proposto da alcuni studiosi [11], tuttavia, l'efficacia degli interventi precoci, cioè ri-

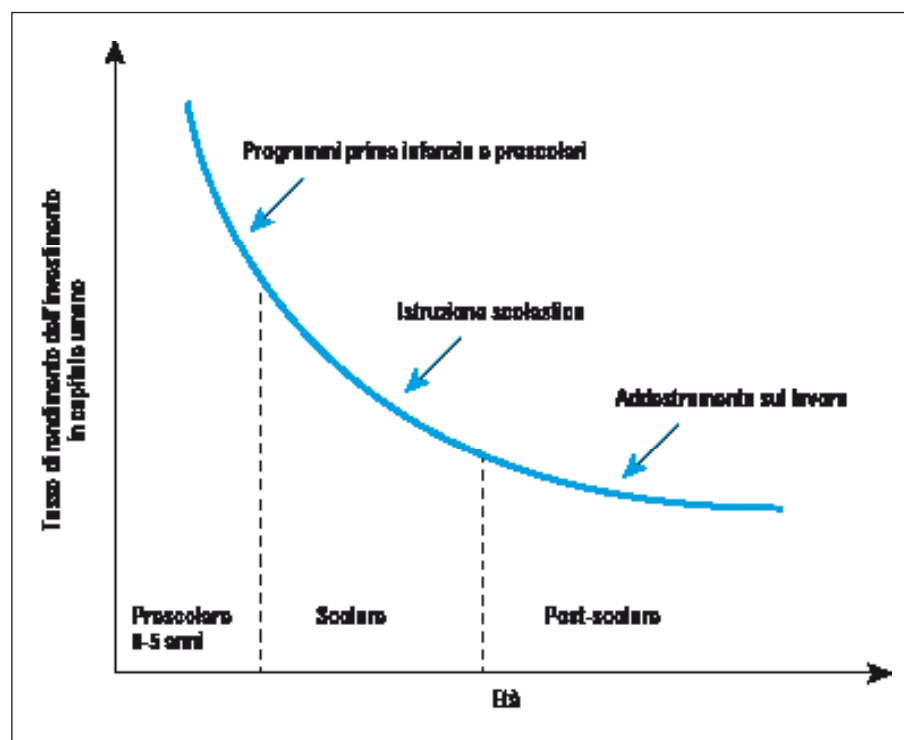


Figura 2. Rendimento dell'investimento in capitale umano. Fonte: Adattamento del grafico in [9: 311].

guardanti bambini tra 0 e 5 anni, può essere accresciuta attraverso la realizzazione di programmi successivi, volti a migliorare la qualità dell'apprendimento almeno fino ai 10 anni, cioè nell'età in cui i bambini frequentano la scuola primaria, in tal modo consolidando e rafforzando i risultati ottenuti nell'età prescolare.

3. Un paese disuguale

3.1. I divari nelle competenze

In Italia, a causa della carenza di dati longitudinali, le ricerche sulle relazioni tra condizione dell'infanzia, accumulazione di capitale umano ed effetti socioeconomici sono relativamente poche. Il caso italiano è tuttavia d'interesse per diversi motivi. L'Italia è infatti caratterizzata da profonde disuguaglianze regionali nei livelli di sviluppo socioeconomico, nelle competenze medie degli studenti e nella qualità e quantità di alcuni servizi pubblici di base. Le competenze degli studenti italiani quindicenni, misurate dai test internazionali condotti nell'ambito del *Programme for International Student Assessment (PISA)*, risultano inferiori alla media delle nazioni dell'OCSE [16]. La posizione dell'Italia nella graduatoria internazionale è dovuta all'ampio divario tra Nord e Sud. Nell'ultima rilevazione disponibile (PISA 2012), il punteggio medio in matematica degli studenti del Sud e Isole è stato di ben 68 punti più basso di quello del Nord Est (Figura 3). I risultati degli studenti del Nord erano in linea con quelli tedeschi, cioè tra i più elevati dei Paesi OCSE, mentre quelli degli studenti meridionali inferiori a quelli della Turchia.

Questi divari si manifestano già nei primi anni di scuola. Lo mostrano i test in italiano e matematica, condotti dall'Invalsi nella scuola primaria (Tabella 1). Nel 2015, i bambini del Nord Ovest frequentanti la quinta primaria hanno ottenuto, in media,

TABELLA 1. Punteggi medi in italiano e matematica nelle prove Invalsi (2015)

Italiano					
Classe	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud	Sud e Isole
Il primaria	203	198	203	196	198
V primaria	204	202	202	194	196
III secondaria I grado	207	206	203	193	189
Il secondaria II grado	210	210	196	192	190
Matematica					
Classe	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud	Sud e Isole
Il primaria	202	200	201	196	200
V primaria	204	205	200	194	196
III secondaria I grado	209	208	202	190	187
Il secondaria II grado	212	212	197	191	186

Fonte: Invalsi – Servizio Statistico. Rilevazioni 2014-15. I dati si riferiscono alle "stime di abilità" e al campione comprendente tutti gli studenti.

204 punti in matematica, mentre quelli del Sud 200 punti. Si tratta di differenze significative che aumentano nel tempo. Nella seconda classe della secondaria superiore, gli studenti del Nord distaccano quelli del Sud e Isole di ben 26 punti in matematica e di 20 punti in italiano. I divari sono ampi per tutte le tipologie di istituti (Licei, Tecnici, Professionali).

Le ricerche mostrano come i differenziali regionali nei risultati scolastici siano spiegati da una serie di variabili di carattere socioeconomico riguardanti sia il *background* familiare degli studenti, sia il territorio di provenienza. Una parte significativa dei divari tra Nord e Mezzogiorno è poi attribuibile agli studenti provenienti da famiglie svantaggiate [17,18]: un risultato coerente con gli studi internazionali, come quelli PIRLS e TIMMS¹, che mostrano come gli studenti provenienti da famiglie con minori risorse economiche e culturali ottengano, in media, punteggi comparativamente inferiori nei test condotti nelle scuole primarie e secondarie [19].

Anche la qualità delle scuole ha un peso non trascurabile nella spiegazione dei divari regionali nei livelli d'apprendimento. Al Nord le scuole risultano mediamente più efficaci nel ridurre gli svantaggi socioeconomici e l'influenza del *background* familiare sui risultati scolastici [20]. Le condizioni socioeconomiche dei contesti territoriali esercitano, comunque, un effetto rilevante sui divari regionali nelle competenze [21]. Un indicatore importante per valutare le differenze regionali è il tasso di povertà. Nella Tabella 2 si riportano alcuni dati sull'incidenza della *povertà assoluta*². Nel 2015, nel Mezzogiorno, 744mila famiglie (il 9% del totale) vivevano in condizioni di povertà assoluta: un'incidenza quasi doppia rispetto al Nord. L'incidenza della povertà aumenta notevolmente al crescere della numerosità della famiglia; a livello nazionale raggiungeva il 18% per le famiglie con tre o più figli minori (Figura 4). Nel 2014, nel Paese, i minori in condizione di povertà assoluta erano un milione, di cui 430mila stranieri; 410 mila risiedevano nel Mezzogiorno (Tabella 3).

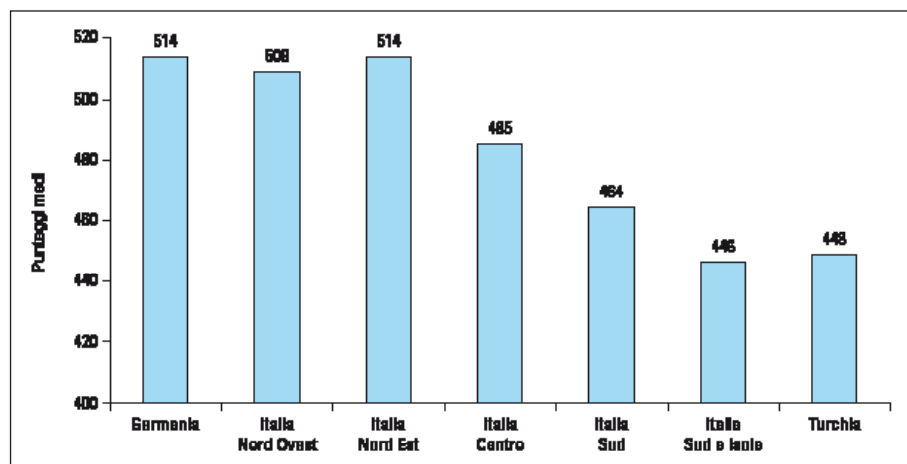


Figura 3. Punteggi medi in matematica nei test OCSE-Pisa 2012. Fonte: OCSE-PISA 2012 – Sintesi dei risultati per l'Italia a cura di Invalsi.

3.2. Povertà educativa

La povertà economica si associa spesso con quella educativa. Per *povertà educativa* si intende la privazione, o la limitazione, della possibilità di apprendere e di sviluppare liberamente capacità, talenti e aspirazioni, a partire dalla prima fase della vita, in cui il capitale umano è più malleabile e recettivo. Nel 2014, Save the Children ha introdotto per la prima volta in Italia, in via sperimentale, un indice di povertà educativa (IPE 2014) che, considerando l'offerta educativa a scuola e la partecipazione dei minori a una serie di attività ricreative e culturali, ha fornito una misura sintetica delle di-

Anni	Nord		Centro		Mezzogiorno	
	Famiglie povere (migliaia)	Incidenza povertà (%)	Famiglie povere (migliaia)	Incidenza povertà (%)	Famiglie povere (migliaia)	Incidenza povertà (%)
2005	274	2,5	134	3,0	411	5,5
2010	407	3,4	173	3,6	400	5,1
2015	613	5,0	225	4,2	744	9,1

Fonte: Istat, *La povertà in Italia*, 2014 e 2015.

		Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
Italiani	Minori	174.000	86.000	355.000	615.000
	Incidenza (%)	4,6	5,0	9,3	6,6
Stranieri	Minori	303.000	72.000	55.000	430.000
	Incidenza (%)	40,7	27,1	40,1	37,5
Totale	Minori	477.000	158.000	410.000	1.045.000
	Incidenza (%)	10,5	7,9	10,4	10

Fonte: Istat, Audizione del Direttore centrale delle statistiche socio-economiche dell'Istat, Commissioni XI 'Lavoro pubblico e privato' e XII 'Affari sociali' della Camera dei Deputati, 14 marzo 2016.

suguaglianze nelle opportunità d'istruzione e formazione tra le regioni. L'indice, rivisitato nel 2016 (IPE 2016) nella metodologia (più raffinata) e nella natura degli indicatori, mostra una forte correlazione tra povertà materiale e povertà di apprendimento e sviluppo, in particolare al Sud (Sicilia, Campania, Calabria, Puglia, Molise). Il legame tra svantaggio "ereditato" e povertà educativa potrebbe essere spezzato attraverso servizi educativi di qualità e l'attivazione di "percorsi di resilienza" tra i bambini e gli adolescenti più svantaggiati. Ma i servizi sono maggiormente carenti proprio nelle regioni in cui i problemi dei

minori sono più acuti. In altre parole, la povertà educativa è maggiore proprio dove vi sarebbe più bisogno d'istruzione e formazione [22].

Al Sud, la spesa socio-assistenziale pro capite è circa un terzo di quella del Nord. Nette differenze esistono, poi, nella distribuzione dei servizi per la prima infanzia (servizi di *childcare*) come gli asili nido. La **Figura 5** mostra le percentuali di bambini 0-2 anni (su 100 residenti) che hanno usufruito di servizi per l'infanzia, in strutture pubbliche o convenzionate, nelle tre macroregioni negli anni 2003-2013. Si notano ampie disparità, con percentuali che vanno dal 17-18% del Centro-Nord al 5%

del Mezzogiorno, dovute alle differenze nella disponibilità di queste strutture.

Ferma restando l'importanza fondamentale della famiglia nello sviluppo del bambino, molte ricerche mostrano come la frequenza dei servizi per l'infanzia produca un effetto positivo sulle competenze cognitive e sui risultati scolastici, in particolare per i bambini di famiglie con situazioni di svantaggio e che, quindi, beneficiano di minori risorse in ambito familiare [23,24]. Un'analisi condotta su un campione di 7,757 bambini statunitensi mostra come i *gap* nelle competenze siano evidenti sin dall'età prescolare [12]. Le competenze in età prescolare predicono quelle nelle scuole primarie e i risultati in scienze nei livelli scolastici dal terzo all'ottavo. Anche il livello d'istruzione e la condizione socioeconomica dei genitori, il tipo di asilo nido e di scuola primaria frequentati, insieme con altre variabili, come l'ascolto di letture e di racconti serali durante l'infanzia, predicono le performance scolastiche successive [25]. Interventi precoci sui fattori ambientali possono, perciò, ridurre i *gap* nelle competenze.

Uno studio condotto in Italia utilizzando dati sui test Invalsi ha stimato che l'aumento dell'1% nel numero di posti negli asili nido pubblici accresce dello 0,85% (una deviazione standard) i risultati nei test in italiano nella seconda classe primaria e, aspetto non trascurabile, aumenta dell'1,3% la probabilità che la madre lavori [26]. Si tratta di risultati in linea con quelli ottenuti a livello internazionale. Dati contrastanti emergono, invece, da

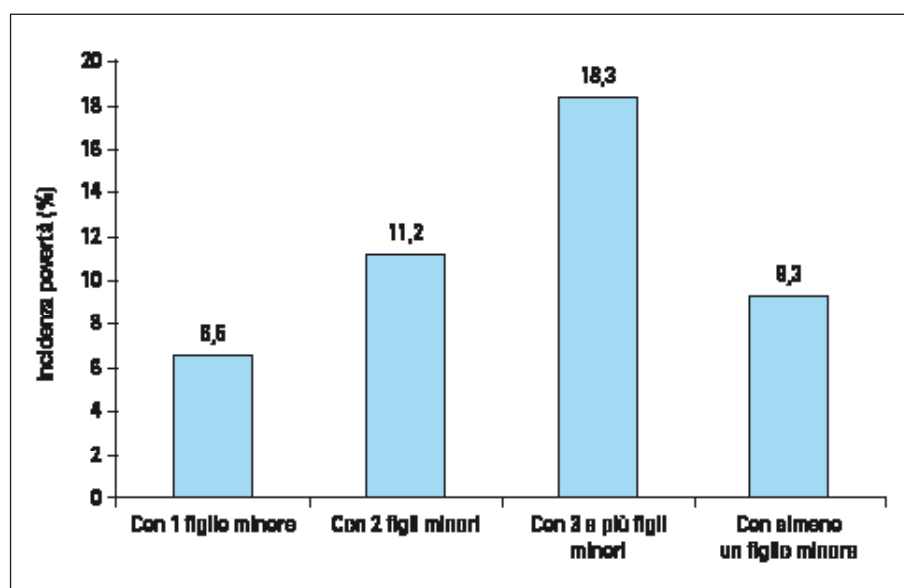


Figura 4. Incidenza della povertà assoluta (%) nelle famiglie con figli minori, 2015. Fonte: Istat, *La povertà in Italia*, 2015.

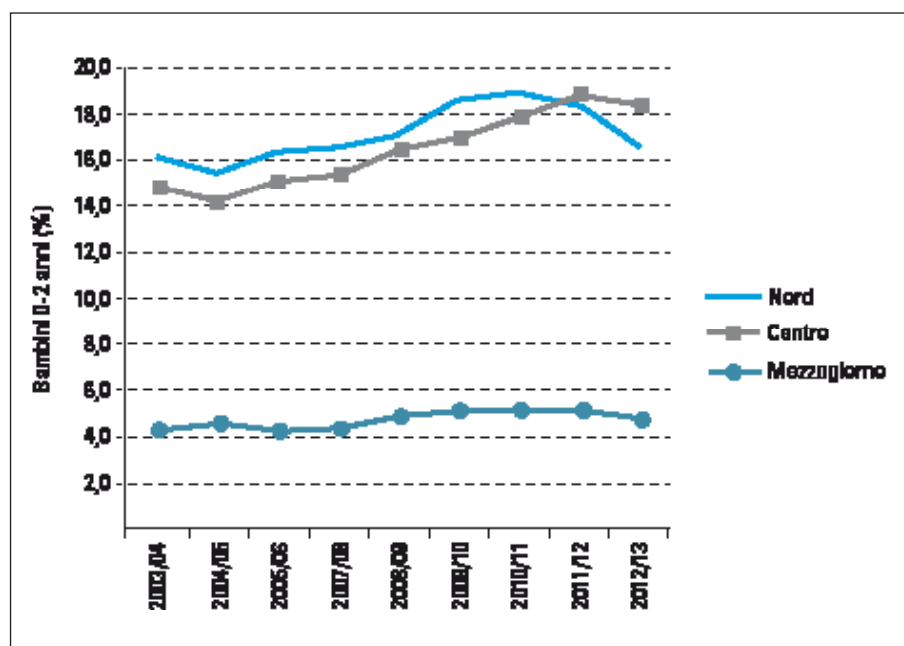


Figura 5. Bambini 0-2 anni che hanno usufruito di servizi pubblici per l'infanzia, per ripartizione geografica, 2003-2013 (%).

Nota: I "servizi per l'infanzia" fanno riferimento alle strutture pubbliche di titolarità comunale o strutture private in convenzione o finanziate dai comuni. I servizi compresi sono asili nido, sezioni primavera, servizi integrativi per la prima infanzia. Fonte: Istat, *Indagine sugli interventi e servizi sociali offerti dai comuni singoli o associati*.

un'analisi econometrica su un campione di bambini bolognesi di 8-14 anni [27], secondo la quale ogni mese in più di asilo in età 0-2 anni si assocerebbe con una riduzione media del *QI* dello 0,5% (0,6 punti *QI* nel campione in esame). Tale effetto riguarderebbe unicamente le bambine, in particolare quelle delle famiglie più benestanti del campione [27].

In sintesi, gli studi mostrano come la frequenza dei servizi di *childcare* nei primi tre anni, per i bambini svantaggiati, produca effetti positivi per lo sviluppo cognitivo, linguistico e socio-relazionale [23,25]. Esiste poi una forte correlazione positiva tra istruzione pre-primaria e risultati scolastici [23,28]. Nei Paesi OCSE gli studenti quindicenni che hanno frequentato per più di un anno la scuola pre-primaria ottengono, in media, 54 punti in più nella scala di lettura nei test PISA rispetto a quelli che non l'hanno frequentata³. Una differenza che equivale a più di un anno di scuola (39 punti). Tenendo conto del *background* socioeconomico degli studenti, la frequenza della pre-primaria si traduce in un punteggio medio di 33 punti più alto nei test. Gli effetti variano a seconda dei Paesi. In Belgio, Francia e Israele, a parità di *background* familiare, il vantaggio supera i 60 punti. In poche nazioni, tra cui Estonia, Finlandia e Corea, la differenza invece è minima o nulla. In generale, si osserva come gli studenti svantaggiati abbiano un minor accesso all'istruzione pre-primaria

rispetto a quelli avvantaggiati. Le indagini condotte dall'OCSE mostrano, inoltre, come i sistemi di istruzione che raggiungono i risultati migliori siano quelli che forniscono eque opportunità di apprendimento a tutti gli studenti, a partire dall'istruzione pre-primaria [28].

4. Conclusioni

L'infanzia rappresenta un periodo cruciale per lo sviluppo delle capacità cognitive e non cognitive degli individui. La famiglia ha un ruolo primario e insostituibile nello sviluppo, ma anche il settore pubblico, attraverso i servizi per l'infanzia e l'assistenza alle famiglie più svantaggiate, può svolgere un'importante funzione. Data l'elevata plasticità dei processi di formazione del cervello nei primi anni di vita, l'investimento nell'infanzia ha elevati rendimenti sociali.

La qualità del capitale umano è un fattore fondamentale per lo sviluppo economico. Le "competenze cognitive" – misurate dai test sull'apprendimento degli studenti – influenzano i redditi individuali, il grado d'ineguaglianza nella distribuzione del reddito e la crescita economica [29]. In Italia, i differenziali regionali nei risultati scolastici, nella disponibilità di servizi pubblici per l'infanzia, nell'incidenza della povertà economica ed educativa, mostrano un Paese diviso. Come in un circolo vizioso, povertà educativa ed economica si alimentano a vicenda. Le disuguaglianze nella qualità e quantità di servizi pubblici

come quelli sanitari, assistenziali, educativi, oltre a ostacolare la concreta attuazione dei diritti di base, rappresentano anche un'insidia: limitando le opportunità, contribuiscono alla trasmissione della povertà e delle disuguaglianze tra le generazioni. La riduzione di tali disuguaglianze avrebbe effetti positivi sullo sviluppo socioeconomico e, allo stesso tempo, sull'equità sociale.

¹ PIRLS: *Progress in International Reading Literacy Study*; TIMMS: *Trends in International Mathematics and Science Study*.

² La povertà assoluta è definita come l'incapacità a sostenere la spesa minima necessaria all'acquisto di beni e servizi essenziali inclusi in un paniere. La soglia di povertà assoluta varia rispetto al numero dei componenti familiari, l'età, la ripartizione geografica e le dimensioni del comune di residenza (ISTAT, *La povertà in Italia*, 2015).

³ Nella definizione OCSE, l'istruzione pre-primaria comprende l'asilo nido, la scuola dell'infanzia e i centri di affidamento diurno – programmi generalmente offerti ai bambini dall'età di 3 anni [28].

✉ v.daniele@unicz.it

1. Marshall A. *Principi di economia*. Milano: Finanza Edizioni, 2006 [ed. or. 1890], cit. p. 747.
2. Tierney A, Nelson CA. Brain development and the role of experience in the early years. *Zero three* 2009;30:9-13.
3. Center on the Developing Child. Core concepts in the science of early childhood development. Harvard University. www.developingchild.harvard.edu.
4. Shonkoff JP. Investment in early childhood development lays the foundation for a prosperous and sustainable society. In: *Encyclopedia on Early Childhood Development*, CEECD/SKC-ECD, 2012.
5. Nelson CA, Fox NA, Zeanah CA. Anguish of the abandoned child. *Scientific American* 2013;62-7.
6. Kishiyama MM, Boyce WT, Jimenez AM, et al. Socioeconomic disparities affect prefrontal function in children. *J Cognitive Neurosci* 2009;21:1106-15.
7. Duncan GJ, Kalil L, Ziol-Guest KM. Early childhood poverty and adult achievement, employment and health. *Family Matters* 2013;93:27-35.
8. Howard-Jones PA, Washbrook E, Meadows S. The neuroscience of "learning begets learning". *Developmental Cognitive Neuroscience* 2012;2:S18-S29.
9. Heckman JJ. Schools, skills, and synapses. *Economic Inquiry* 2008;46:289-324.
10. Cunha F, Heckman JJ. The economics and psychology of inequality and human development. *Journal of the European Economic Association* 2009;7:320-64.
11. Ludwig J, Sawhill I. Success by ten. Intervening early, often, and effectively in the education of young children. The Brookings Institutions, Discussion Paper 2007-02.

12. Morgan PL, Farkas G, Hillemeier MM, Maczuga S. Science achievement gaps begin very early, persist, and are largely explained by modifiable factors. *Educational Researcher* 2016;45:18-35.
13. Heckman JJ. The Economics of inequality. The value of early childhood education. *American Educator* 2011;35:31-47.
14. Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, et al. The rate of return to the HighScope Perry preschool program. *Journal of Public Economics* 2010;94:114-28.
15. Reynolds AJ, Temple JA, White BA, et al. Age 26 cost-benefit analysis of the child-parent center early education program. *Child Development* 2011; 82:379-404.
16. OECD, PISA 2012 results in focus: what 15-year-olds know and what they can do with what they know. OECD 2014. <http://www.oecd.org/pisa/>.
17. Triventi M. Le disuguaglianze d'istruzione secondo l'origine sociale. Una rassegna della letteratura sul caso italiano. *Scuola democratica* 2014;2:321-41.
18. Asso PF, Azzolina L, Pavolini E. eds. L'istruzione difficile. I divari nelle competenze fra Nord e Sud. Roma: Donzelli, 2015.
19. Martin MO, Mullis IVS (Eds). *Timss and Pirls 2011: relationships among reading, mathematics, and science achievement at the fourth grades – implications for early learning*. TIMSS & PIRLS International Study Center, Boston College, 2013.
20. Agasisti T, Longobardi S. Inequality in education: can Italian disadvantaged students close the gap? *Journal of Behavioral and Experimental Economics* 2014;52:8-20.
21. Agasisti T, Vittadini G. Regional economic disparities as determinants of Students' achievement in Italy. *Research in Applied Economics* 2012;4:33-50.
22. Save the Children Italia. Liberare i bambini dalla povertà educativa: a che punto siamo? Un'analisi regionale. 2016. <http://www.savethechildren.it>.
23. Melhuish EC. A Literature review of the impact of early years provision on young children, with emphasis given to children from disadvantaged backgrounds. London, UK: National Audit Office, 2003.
24. Del Boca D, Pasqua S, Suardi S. Child care, maternal employment, and children's school outcomes. An analysis of Italian data. *European Journal of Population* 2016;32:211-29.
25. Câmara-Costa H, Pulgar S, Cusin F, Dellatolas G. Facteurs associés aux difficultés scolaires: une étude de suivi de la maternelle à la fin du collège. *Archives de Pédiatrie* 2016;23:136-42.
26. Brilli Y, Del Boca D, Pronzato CD. Does Child Care Availability Play a Role in Maternal Employment and Children's Development? Evidence from Italy. *Review of Economics of the Household* 2016;14:27-51.
27. Fort M, Ichino A, Zanella G. Cognitive and non-cognitive costs of daycare 0-2 for girls. IZA DP n. 9756, 2011.
28. OECD (2011). PISA in Focus, 2011/1.
29. Hanushek EA, Woessmann L. The role of cognitive skills in economic development. *Journal of Economic Literature* 2008;46:607-68.



Il Convegno Internazionale Transdisciplinare Brazelton

INTERVENTI E POLITICHE PER PROMUOVERE LO SVILUPPO DEL BAMBINO

Roma, Auditorium Antonianum, 17 - 19 marzo 2017

Per programma info e invio contributi scientifici: www.conigenitori.it

Per la prima volta in Italia saranno riuniti in un convegno tutti gli attori coinvolti nel sostegno alla genitorialità: clinici, ricercatori, operatori, amministratori pubblici, politici e genitori. La promozione dello sviluppo del bambino attraverso il sostegno alla genitorialità ha ormai prove solide, come conferma la serie di articoli appena comparsi su *The Lancet*. In Italia, il 4° Piano di azione Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza individua tra le sue 4 priorità proprio il sostegno alla genitorialità. Gli obiettivi di questo Convegno:

- condividere le esperienze e le conoscenze sull'efficacia delle azioni di promozione delle competenze genitoriali e realizzare un Catalogo nazionale delle buone pratiche di promozione delle competenze genitoriali.
- promuovere programmi regionali e nazionali di sostegno basati sulle evidenze scientifiche, costo-efficiacia e fondati sulle migliori pratiche presenti oggi sul territorio nazionale, superando l'attuale frammentazione degli interventi, in uno spazio innovativo di confronto multi-professionale e multi-disciplinare tra ricercatori, clinici, operatori, genitori, politici, amministratori e responsabili dei servizi pubblici.

Accanto a relatori internazionali come E. Tronick, J. Sparrow e B. Lester, membri storici del gruppo di Berry Brazelton, parteciperanno alcuni tra i maggiori esperti italiani coinvolti nella promozione dello sviluppo e del benessere del bambino.

Messaggi fuorvianti sull'introduzione precoce di alimenti allergizzanti



Adriano Cattaneo*, Sergio Conti Nibali**

*Epidemiologo, Trieste; **Pediatra di famiglia, Messina

Nel corso degli ultimi anni sono rimbalzati sulla rete molti messaggi relativi all'età di introduzione di alimenti potenzialmente allergizzanti. Abbiamo verificato quanto le informazioni indirizzate ai lettori di alcuni siti internet fossero coerenti con gli studi scientifici citati. Dall'analisi di due studi clinici randomizzati, dai quali questi siti desumono raccomandazioni sull'importanza di introdurre precocemente alimenti allergizzanti nella dieta dei lattanti, abbiamo tratto la conclusione che questi messaggi sono fuorvianti e, per certi versi, inappropriati.

In the last few years, several messages on the age of introduction of potentially allergenic foods have bounced in internet. We verified the extent to which information addressed to the users of some internet sites were consistent with the cited scientific studies. From the analysis of two randomized clinical trials, from which these sites derive recommendations on the importance of an early introduction of allergenic foods in the infant diet, we draw the conclusion that these messages are misleading and, in some ways, inappropriate.

Introduzione

L'informazione che viaggia sul web, raggiungendo una platea potenzialmente sconfinata di utenti, ne può influenzare i comportamenti. Quando si riferisce ad aspetti legati alla salute, può indurre a prendere decisioni che possono essere in contrasto con le evidenze scientifiche correnti.

Nel corso degli ultimi anni sono rimbalzati sulla rete molti messaggi relativi all'età di introduzione di alimenti potenzialmente allergizzanti. Ci è sembrato interessante verificare quanto le informazioni rivolte agli utenti fossero coerenti con i risultati degli studi scientifici che spesso venivano citati a sostegno. Ci siamo limitati a due esempi (Box 1 e 2) lanciati sul web dopo la pubblicazione di due studi clinici rando-

mizzati su un'importante rivista medica. Il primo è un sito generico per mamme, il secondo un sito rivolto in maniera specifica ai medici [1,2].

Lo studio LEAP

Si tratta di uno studio clinico controllato condotto in Gran Bretagna, randomizzato e aperto, cioè non in cieco o doppio cieco [3]. Non era infatti possibile nascondere al gruppo di intervento, cioè ai genitori che dovevano dare le arachidi ai loro figli, il fatto che stavano dando le arachidi. Il fatto di non poter usare il cieco o il doppio cieco toglie un poco di validità, ma non troppa, allo studio.

Per entrare a far parte della ricerca, i bambini dovevano avere almeno 4 e meno di 11 mesi di età e dovevano soffrire di grave ec-

zema, grave allergia alle uova o entrambe queste condizioni. Si tratta di bambini ad alto rischio di allergia, anche se non necessariamente allergia alle arachidi. Qualsiasi conclusione di questo studio si applica quindi solo a bambini ad alto rischio di allergia (possibilmente alle arachidi) e non a tutti i bambini. L'editoriale che accompagna l'articolo afferma che negli Stati Uniti, dove questo tipo di allergia ha una frequenza maggiore che in altri Paesi, i bambini allergici alle arachidi sono circa il 2% della popolazione [4]. Lo stesso editoriale suggerisce anche, prima di decidere se introdurre precocemente le arachidi nella dieta di un bambino, di far fare un test cutaneo a un allergologo ai bambini tra 4 e 8 mesi di età a rischio di allergia, per scoprirne la predisposizione. Una raccomandazione che dubitiamo sia fattibile e che complicherebbe, probabilmente senza necessità, un processo naturale come dovrebbe essere l'introduzione di alimenti complementari.

A questo punto i bambini erano randomizzati o al gruppo di intervento o al gruppo di controllo. Quelli del gruppo di controllo dovevano evitare di consumare arachidi, più precisamente proteine di arachidi, fino a 60 mesi (5 anni) di età compiuti. Quelli del gruppo di intervento erano all'inizio sottoposti a una prova: i genitori somministravano loro 2 grammi di proteine di arachidi (corrispondenti a circa 8 arachidi) in singola dose. Se non vi era nessuna reazione, la dose di proseguimento era di 6 grammi di proteine di arachidi (sostituibili con equivalenti quantità di burro di arachidi) alla settimana, divisi in tre o più dosi, fino all'età di 5 anni. Se vi era una reazione allergica, si diceva ai genitori di evitare l'uso di arachidi, ma questi bambini erano mantenuti nel gruppo di intervento ai fini dell'analisi statistica finale *per intention-to-treat* (cioè in base alla randomizzazione), anche se erano esclusi dall'analisi *per protocol* (cioè in base a cosa avessero effettivamente mangiato).

Ma a che età i bambini del gruppo di intervento hanno cominciato a mangiare arachidi? Meno del 3% aveva tra i 4 e i 5 mesi, mentre l'età mediana era di 7,8 mesi (range interquartili tra 6,3 e 9,1 mesi). Oltre il 50%, cioè, aveva più di 7,8 mesi

BOX 1

"Per scongiurare l'allergia alle arachidi bisogna mangiarle fin da piccoli: lo dice un recente studio inglese pubblicato sul *New England Journal of Medicine* e condotto su 600 bambini tra i 4 e gli 11 mesi. L'introduzione progressiva di questi alimenti nella dieta, infatti, porterebbe a una riduzione di oltre l'80% del disturbo. I ricercatori hanno diviso i bambini in due gruppi in maniera casuale, uno che consumava arachidi e l'altro no. I bambini che avevano cominciato a mangiare precocemente questi alimenti, all'età di 5 anni vantavano un tasso di allergie inferiore dell'81% rispetto agli altri. ... Questo lavoro è una conferma di risultati precedenti, dice Attilio Boner, Direttore UOC di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Policlinico G.B. Rossi di Verona. Molte ricerche ormai hanno messo in luce come l'introduzione precoce di cibi allergizzanti nella dieta dei bambini riduca il rischio di allergia. Già nel 2008 l'ESPGHAN (la Società europea di gastroenterologia, epatologia e nutrizione pediatrica) raccomandava ai genitori di introdurre tutti gli alimenti, anche quelli allergizzanti, tra la 17ª e la 27ª settimana di vita, possibilmente senza sospendere l'allattamento materno. A questa idea si è giunti dopo una revisione sistematica dei precedenti lavori della letteratura scientifica eseguita per avviare all'eterogeneità di raccomandazioni e per fornire informazioni corrette e aggiornate sullo svezzamento." [1]

quando ha ricevuto la prima dose di arachidi e probabilmente oltre l'80% aveva già compiuto i 6 mesi, perché il 25% aveva meno di 6,3 mesi. Purtroppo né l'articolo né le appendici dello stesso riportano completamente la distribuzione per età dei bambini dei gruppi intervento e controllo. Cosa vuol dire allora, in questo caso, "introduzione precoce"? Non certo quello che scrivono i siti riportati nei **Box 1 e 2**. In questo caso per "precoce" si intende prima di quanto raccomandato in precedenza; e la raccomandazione, in Gran Bretagna, era di aspettare il compimento dei 12 mesi, mentre negli Stati Uniti era di aspettare fino al compimento del terzo anno di età.

L'analisi *per intention-to-treat* mostra che a 5 anni di età il 13,7% dei bambini del gruppo di controllo aveva sviluppato un'allergia alle arachidi, contro l'1,9% dei bambini del gruppo di intervento; una riduzione dell'allergia dell'86,1%. L'analisi *per protocol* ha dato risultati molto simili. Per quanto riguarda l'aderenza al trattamento, nei primi due anni di età nessun bambino del gruppo di controllo aveva ingerito arachidi, mentre la dose mediana settimanale nel gruppo di intervento era di 7,7 grammi. L'aderenza

non è stata egualmente rigorosa tra i 2 e i 5 anni, ma come abbiamo visto ciò non ha influenzato i risultati finali. Uno studio di follow up mostra che la protezione contro l'allergia da arachidi restava uguale anche a 72 mesi (6 anni) di età [5].

I risultati sembrano abbastanza chiari. L'applicazione degli stessi nella realtà di tutti i giorni lo è meno. Abbiamo già citato la difficoltà di identificare i bambini ad alto rischio e di sapere se questo alto rischio si applica all'allergia alle arachidi, piuttosto che alle uova o ad altri cibi. L'editoriale pone altre domande: bisogna proprio attenersi alla dose dello studio (2 grammi di proteine di arachidi tre volte alla settimana fino ai 5 anni) per ottenere gli effetti sperati? O si possono ottenere gli stessi risultati usando le arachidi quando se ne ha voglia? L'effetto protettivo permane anche se si sospende l'uso di arachidi per lunghi periodi? Si possono applicare gli stessi principi anche ad altri cibi allergizzanti? Non è facile rispondere.

Quello che si può dire è che, se in una famiglia si usano le arachidi, non ha senso evitare di darle ai figli prima di un'età prestabilita, che siano 1 o 3 anni. Si può anche dire che qualsiasi raccomandazione del

tipo: a) introdurre arachidi non prima dei 4 e non dopo i 6 mesi (o non prima di 17 e non dopo 26 settimane) nei bambini ad alto rischio di allergia; o b) introdurre arachidi precocemente (tra 4 e 11 mesi di età) in tutti i bambini; o c) introdurre cibi allergenici precocemente (tra 4 e 11 mesi di età, o non prima di 17 e non dopo 26 settimane, o qualsiasi altra combinazione di età) nei bambini ad alto rischio di allergia (o in tutti i bambini), non potrebbe derivare dai risultati di questo studio e rappresenterebbe una loro distorsione, forse per altri fini.

Lo studio EAT

Anche questo è uno studio clinico controllato e randomizzato, condotto in Gran Bretagna [6]. Anche in questo caso lo studio era aperto, nel senso che sia i genitori sia i ricercatori sapevano a quali bambini e a quali no si tentava di dar da mangiare, precocemente, cibi potenzialmente allergizzanti. Ma per aumentare la validità dello studio i ricercatori hanno fatto in modo che almeno la diagnosi finale di allergia, confermata, prima dei test immunologici, tramite la somministrazione di prova di un alimento allergizzante, fosse in doppio cieco (cioè né i genitori né chi sottoponeva i bambini al test sapevano se era stato effettivamente somministrato un alimento allergizzante o un placebo).

Contrariamente allo studio LEAP, i bambini di questo studio erano normali bambini di 3 mesi di età, ancora allattati al seno in maniera esclusiva. Dei circa 1300 bambini arruolati, la metà sono stati assegnati al gruppo di controllo; essi dovevano continuare a essere alimentati solo con latte materno fino a circa 6 mesi, dopo di che i genitori dovevano iniziare a dar loro alimenti complementari, compresi quelli potenzialmente allergizzanti. L'altra metà è stata assegnata al gruppo di intervento; fin da subito (e l'età media era di 3,4 mesi, non meno di 3 mesi come erroneamente riportato nel **Box 2**) dovevano introdurre latte di mucca (e derivati come lo yogurt), seguito in ordine casuale da arachidi, uova cotte, sesamo e pesce bianco, tenendo per ultimo il grano. I bambini del gruppo di intervento erano sottoposti anche, all'inizio, a un test cutaneo per evidenziare eventuali allergie. Se il test era positivo per le proteine di qualche alimento, si somministravano dosi progressivamente maggiori, fino a 2 grammi, di quella proteina per vedere se c'erano reazioni e, se c'erano, quella proteina veniva eliminata dalla dieta del bambino, che però continuava a ricevere gli altri alimenti allergizzanti. Se non c'erano reazioni, il bambino continuava a ricevere 2 grammi di quella proteina due volte alla settimana.

BOX 2

"Allergie alimentari nei bambini. Per evitarle meglio inserire al più presto nella dieta gli alimenti allergenici. Dalle uova al pesce. Dopo lo studio LEAP dello scorso anno, il *New England Journal of Medicine* pubblica il trial EAT che, sebbene non conclusivo per la scarsa compliance registrata, suggerisce nell'analisi 'per-protocol' i benefici dell'introduzione precoce, entro cioè i primi tre mesi di vita (*sic*), di alimenti allergenici, quali latte, uova, pesce, per proteggere i piccoli dallo sviluppo di future allergie alimentari. ... Poi lo scorso anno è arrivato lo studio LEAP (*Learning Early about Peanut Allergy*), un vero e proprio tsunami per la comunità scientifica, che ha scardinato il mantra delle allergie pediatriche. Questo studio dimostra infatti che la somministrazione precoce di arachidi a neonati a rischio riduce in maniera drammatica il rischio di sviluppare l'allergia. Le ricadute sono state immediate. Dieci società mediche nazionali e internazionali hanno siglato una *consensus* su come introdurre le arachidi nell'alimentazione dei neonati ad alto rischio come strategia di prevenzione primaria. ... Ma le arachidi sono solo una parte del problema. Come comportarsi con latte, uova, pesce? A questa domanda hanno cercato di dare risposta i ricercatori dello studio EAT (*Enquiring About Tolerance*), appena pubblicato sul *New England*, che ha valutato se l'introduzione precoce nell'alimentazione dei neonati sotto i 3 mesi di età (*sic*) di sei alimenti allergenici potesse prevenire la comparsa di allergia almeno a uno di questi cibi. A questo scopo sono stati arruolati 1300 neonati inglesi, tutti in allattamento materno, assegnati in maniera randomizzata a due gruppi: quello 'introduzione precoce' (entro i 3 mesi di vita) (*sic*) e quello 'introduzione standard' (intorno a 6 mesi di vita). I neonati del primo gruppo ricevevano dai loro genitori ogni settimana 3 cucchiaini di burro di arachidi, un piccolo uovo, due porzioni (40-60 grammi) di yogurt di latte vaccino, 3 cucchiaini di pasta di sesamo, 25 grammi di pesce bianco e due biscotti ai cereali a base di grano. Tutti i piccoli sono stati rivalutati regolarmente fino al raggiungimento dei 3 anni d'età. L'analisi *per intention-to-treat* non ha rivelato differenze statisticamente significative tra i due gruppi. Ma al momento del disegno dello studio i ricercatori inglesi sapevano che questa ricerca non sarebbe stata facile. Prova ne è il fatto che meno della metà (42,8%) dei partecipanti al gruppo 'introduzione precoce' ha aderito fino in fondo al protocollo dello studio. E l'analisi *per-protocol* (quella che ha considerato solo chi ha aderito al protocollo fino in fondo) racconta infatti un'altra storia. L'*endpoint* primario in questo caso è risultato significativamente inferiore nel gruppo 'introduzione precoce' (2,4%) rispetto a quello 'introduzione standard' (7,3%), il che suggerisce ... che questo approccio risulta efficace solo se genitori e neonati riescono ad aderire fedelmente al protocollo. ... Ma al di là di tutte queste questioni ancora aperte, resta il fatto che anche questo studio spezza una lancia a favore dell'introduzione precoce degli alimenti come strategia di prevenzione primaria delle allergie alimentari. Una storia che è arrivato forse il momento di riscrivere." [2]

Oltre il 90% dei circa 1300 bambini iniziali ha completato lo studio, fino a quando, a 3 anni di età, sono stati calcolati i tassi di allergia. I genitori dei due gruppi compilavano un questionario su cosa avesse mangiato il loro bambino, comprese le quantità per i 6 alimenti allergizzanti nel gruppo di intervento, ogni mese nel primo anno e ogni tre mesi nei due anni successivi. Ma mentre nel gruppo di controllo quasi il 93% dei genitori e dei bambini che hanno concluso lo studio ha rispettato le istruzioni, somministrando cioè i 6 alimenti allergizzanti solo a partire da circa 6 mesi, nel gruppo di intervento questa percentuale era del 42,8% (il 31,9% se consideriamo tutti i bambini che erano stati inizialmente randomizzati a questo gruppo). Tra i fattori che hanno più contribuito a questa mancanza di rispetto per le istruzioni ricevute vi erano: la percezione da parte dei genitori di sintomi negativi associati alla somministrazione di qualche alimento, la ridotta qualità della vita quotidiana percepita dalla madre, la presenza di eczema nel bambino al momento dell'arruolamento nello studio, e l'appartenenza a un gruppo di popolazione non bianco.

A 3 anni di età, nell'analisi *per intention-to-treat*, 74 bambini avevano sviluppato un'allergia ad almeno uno dei 6 alimenti allergizzanti, 42 (7,1%) nel gruppo di controllo e 32 (5,6%) nel gruppo di intervento. Questa piccola differenza di circa il 20% nei tassi di allergia non è statisticamente significativa. Anche le differenze tra i due gruppi per le due allergie più frequenti, a uova e arachidi, non sono statisticamente significative. Questi risultati non depongono a favore di un effetto protettivo contro le allergie dell'introduzione precoce, prima dei 6 mesi (a partire da 3,4 mesi), di alimenti allergizzanti. Le differenze ci sono, e sono statisticamente significative, nell'analisi *per protocol*. Nel gruppo di controllo, il 7,3% dei bambini aveva un'allergia ad almeno uno dei 6 alimenti allergizzanti, contro il 2,4% nel gruppo di intervento. Per l'allergia alle uova i tassi sono rispettivamente 5,5% e 1,4%, per quella alle arachidi 2,5% e 0%. Ma effettuare un'analisi *per protocol* vuol dire rinunciare ai benefici di uno studio randomizzato, perché i due gruppi perdono la perfetta comparabilità che solo una buona randomizzazione può garantire. Da randomizzato lo studio diventa osservazionale, e cioè meno valido, e meno convincenti diventano le conclusioni. Consci

di questa limitazione, i ricercatori hanno aggiustato l'analisi *per protocol* rispetto a una serie di fattori che potrebbero confondere i risultati. E le differenze sono un po' diminuite, pur restando statisticamente significative. Ma chi ci può dire che non si sarebbero annullate se l'aggiustamento avesse riguardato tutti i possibili, e a volte sconosciuti, fattori di confusione?

I ricercatori non possono che concludere che "lo studio non ha dimostrato l'efficacia dell'introduzione precoce di alimenti allergizzanti nel prevenire le allergie". Resta in piedi tuttavia l'ipotesi, sostenuta dai risultati dell'analisi *per protocol*, che ciò possa essere vero. Ma ci vorranno altri studi, nei quali dovrà essere posta particolare attenzione al rispetto delle istruzioni da parte dei genitori che accetteranno la sfida di somministrare alimenti allergizzanti a partire dai 3 mesi di età, per stabilire se l'ipotesi sia vera o falsa. Non sarà facile perché, come scrive l'editoriale che ha accompagnato l'uscita dello studio, l'aderenza a istruzioni così impegnative e difficili da mettere in pratica potrebbe essere ancora minore nella vita reale, rendendo addirittura inapplicabile un'eventuale prova prodotta da uno studio ben fatto [7]. Non è facile infatti forzare la somministrazione di alimenti complementari durante il periodo di allattamento esclusivo. Solo a circa 6 mesi di età, qualcuno un po' prima ma la maggioranza dopo, i bambini sono pronti a introdurre altri alimenti oltre al latte in base allo sviluppo dei loro sistemi metabolici e neuromotori.

Conclusioni

Da quanto esposto, è evidente come sia facile distorcere messaggi scientifici quando sono riassunti e commentati per pubblici diversi (mamme e medici, nel nostro caso), e come sia possibile indurre a comportamenti che potrebbero essere errati. E sappiamo quanto sia difficile modificare un comportamento errato quando è stato assunto nella pratica quotidiana, per esempio da genitori e pediatri. L'analisi dettagliata degli studi LEAP ed EAT ha anche rafforzato la nostra convinzione che, per la stragrande maggioranza dei genitori e dei bambini, l'approccio più giusto e più facile sia quello che chiamiamo alimentazione complementare a richiesta. Assicurarsi che i cibi normalmente messi in tavola in una famiglia siano sani (se non fossero sani, li consiglieremmo anche ai genitori), e of-

frirli ai bambini quando questi sembrano essere pronti: in grado di stare seduti senza sostegno, interessati ad afferrare il cibo per portarlo con movimenti coordinati alla bocca, capaci di tenerlo in bocca senza espellerlo con i movimenti della lingua, e in grado di masticare e inghiottire in sicurezza. Se non funziona, vuol dire che il bambino non è pronto, e si riproverà un altro giorno, o dopo una settimana, fino a quando sarà chiaro a tutti che il bambino può alimentarsi con qualcos'altro che non sia latte (preferibilmente materno). Andrebbero privilegiati cibi solidi, che si possano manipolare e che aiutino a sviluppare la motricità e un approccio attivo al cibo, rispetto a cibi semisolidi o liquidi, che possono solo essere somministrati da un adulto, con l'aiuto di un cucchiaino, a un bambino che deve solo aprire passivamente la bocca. Sarà il bambino a scegliere, tra i cibi che gli sono offerti, quelli di cui ha voglia (e che probabilmente corrispondono a quelli di cui ha bisogno), nella quantità che gli serve per soddisfare l'appetito e sentirsi sazio. Non possiamo che finire con l'auspicio che, prima di elargire consigli scientifici sul web, gli "esperti" imparino a leggere gli studi clinici.

Conflitto d'interessi

Gli autori dichiarano di non aver alcun conflitto d'interessi.

✉ adriano.cattaneo@gmail.com

1. <http://www.quimamme.it/con-il-bebe/2015/03/23/svezzamento-quando-introdurre-gli-alimenti-che-possono-provocare-allergia/>.
2. http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=39442.
3. Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, et al.; for the LEAP Study Team. Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *N Engl J Med* 2015;372:803-13.
4. Gruchalla RS, Sampson HA. Preventing peanut allergy through early consumption: ready for prime time? *N Engl J Med* 2015;372:875-7.
5. Du Toit G, Sayre PH, Roberts G, et al.; for the LEAP Study Team. Effect of avoidance on peanut allergy after early peanut consumption. *N Engl J Med* 2016;374:1435-43.
6. Perkin MR, Logan K, Tseng A, et al.; for the EAT Study Team. Randomized trial of introduction of allergenic foods in breast-fed infants. *N Engl J Med* 2016;374:1733-4.
7. Wong GWK. Preventing food allergy in infancy: early consumption or avoidance? *N Engl J Med* 2016;374:1783-4.

La magia dello stare in pace procura occasioni di bellezza. La fiaba: una esperienza nella scuola primaria

Paola Dalle Pezze

Esperta in Filosofia dei bambini e in Didattica dell'arte, Verona

Questo percorso di ricerca e formazione si prefigge di incoraggiare esperienze di trasformazione e di attenzione per la bellezza intesa come capacità di dare forma alla realtà e alle relazioni che circondano i bambini e le bambine.

Il titolo, "La magia dello stare in pace procura occasioni di bellezza", evoca il potere trasformativo della fiaba che, tra i suoi motivi principali, affronta il tema delle metamorfosi e delle trasformazioni magiche in vista del raggiungimento del *lieto fine* (lo stare bene in un contesto di bellezza).

I temi della conversazione/ricerca nascono dalla lettura orientata di una situazione-problema o del materiale strutturato.

Il lavoro si articola in diversi modi: a scuola, al museo o presso altre agenzie educative.

Le attività vengono svolte a livello individuale e a piccoli gruppi; il ruolo dell'insegnante è quello del mediatore-guida, di colui che affianca e suggerisce: ogni fase del lavoro privilegia la sequenza progettare/fare-costruire/inventare e considera centrali il senso di meraviglia, la curiosità, le domande e le esperienze da cui nascono le idee dei bambini.

Ciascuna sessione si divide in cinque momenti:

- la "lettura" del materiale prescelto con la formulazione delle osservazioni e delle domande;
- la costruzione dell'"agenda", vale a dire del piano delle domande sulle quali si intende avviare lo scambio delle idee, del pensiero e delle emozioni;
- la trasformazione della conversazione nel dialogo come pratica filosofica;
- la ricerca di una *Damadomanda* intorno alla quale convergono e si sviluppano le riflessioni conclusive;
- la realizzazione creativa di un elaborato che esprime le competenze raggiunte dal bambino (capacità di osservare, ascoltare, interpretare, rielaborare...).

Così, grazie agli interrogativi e alle osservazioni suscitati dall'ascolto e dall'analisi della fiaba, lo spazio d'aula può trasformarsi nel luogo in cui si impara a porsi e a porre domande di esperienza e di sapienza; esso si realizza nella fondazione di una comunità, il cui fine è soprattutto l'inaugurazione di uno spazio-tempo nel quale il pensiero e il sentire, dei bambini e degli adulti, aprono un varco-spiraglio alla rivelazione di qualcosa di sé.

D'altro canto, nella prospettiva dell'insegnante, fare filosofia con i bambini e le bambine è una pratica che richiede una forte messa in gioco: mentre apre la possibilità di trasformazioni profonde, offre le condizioni per declinare la filosofia, responsabilmente vissuta quale strumento che espone in modo diverso nel mondo della scuola, e ravviva la speranza che il ruolo di guida, inscritto nel profilo e nell'agire del docente, abbia ancora un senso e un valore.

Nella pratica dei laboratori proposti, l'educazione si accorda essenzialmente alla filosofia: la scommessa sull'efficacia di questo intreccio in un contesto di scuola primaria induce a privilegiare ancor più il sapere della vita, spinge a centrare lo sguardo sulla forma e sulla libertà dell'alunno.

Sullo sfondo emergono i comportamenti e le azioni che trasformano il modo di stare nelle relazioni che attraversano il contesto scolastico: l'innesto della filosofia sull'educazione (filosofia intesa come apertura e disponibilità di un cammino "per tutti") dovrebbe impreziosire la qualità di queste relazioni, finalizzandole alla scoperta dell'unicità inscritta nella forma del nostro essere.

Ma di quale filosofia sto parlando? Una opportunità di rinnovamento e di scoperta nella riflessione teorica mi è stata offerta dal pensiero di María Zambrano¹ e dal tema filosofico dell'impossibile-reale elaborato e proposto da Cristina Campo².

Sottolineo che, volendo privilegiare la tendenza dei bambini a pensare per immagini, solitamente le attività progettuali e i percorsi laboratoriali da me proposti si ispirano alle opere d'arte: perché, allora, in questo caso ho scelto il genere letterario della fiaba?

In realtà il linguaggio della fiaba è fatto di figure e di simboli in divenire: il suo mondo è qualcosa di allegorico che ci interpella *personalmente*; i bambini, ancor più degli adulti, sono implicati e complicati in questo mondo, specchio del mondo "reale": lo ascoltano, lo fantasticano, per alcuni versi lo temono, per altri lo invocano e vi proiettano la fatica delle piccole grandi imprese quotidiane, vi leggono il compiersi di un desiderio, si affidano alla visione di un incanto che accarezza i loro destini. La fiaba, intreccio fascinoso di simboli e figure che delizia e attrae il pensiero dei bambini, è la narrazione allegorica in cui le loro domande trovano sempre accoglienza, prepara il terreno di un'interrogazione folgorante intorno al mistero della vita³.

Compito dell'insegnante è l'esercizio di una mediazione nella quale l'ascolto e l'attenzione, pratiche care a María Zambrano, costituiscono i modi, le vie nei quali viene a presentarsi l'essere degli allievi: allorché i bambini incoraggiano l'eroe della fiaba e si identificano nelle sue trasformazioni, quando si immedesimano nelle difficoltà della sua realizzazione e ne ammirano il coraggio per aver affrontato da solo, e con successo, una condizione problematica, essi crescono con l'eroe, scoprono significato nella vita e sicurezza in loro stessi. I bambini rivelano la finezza accorta di saper cogliere e leggere le molteplici tonalità dell'esistenza umana che la trama della fiaba lascia affiorare⁴.

Nell'incanto della fiaba ho l'occasione di guidare gli alunni alla scoperta del lato interiore della bellezza che si manifesta come ricerca dell'armonia e della sospensione creatrice in cui il pensiero si risveglia. E la

lingua, intreccio di parola e silenzio, tessitura di immagini e simboli, è lo strumento principale per esprimere idee e interrogazioni destinate a trasformare la realtà a partire dall'esperienza dei bambini... È lo sfondo per costruire un percorso focalizzato sul senso dello "stare bene" in relazione alla magia e alla bellezza⁵.

La fiaba è al centro di questa attenzione per un duplice motivo: in quanto strumento utile per onorare la dimensione fantastica del mondo infantile e in quanto altro modo per guardare il reale, nell'accezione che ne dà Cristina Campo. I temi della fiaba rintracciabili nella sua elaborazione sono essenzialmente due: la figura, intesa come letteralità che rimanda all'allegoria e alla metafora, e il mistero, che è la radice di ogni fiaba. Di esso fa parte la bellezza «nella sua immisurabile portata», via al divino percorsa dall'eroe⁶.

E i bambini? Quali rapporti intrecciano con la fiaba e la sua magia? Come possono accedere a questo regno dell'impossibile-reale?

Scrivendo Calvino: le fiabe «sono vere [...]»; sono il catalogo dei destini che possono darsi a un uomo e a una donna, soprattutto per la parte di vita che appunto è il farsi di un destino⁷.

Ebbene, a mio avviso l'infanzia incarna la possibilità di un varco privilegiato per entrare nel regno dell'invisibile in cui il destino si fa; con il loro sguardo acuto, e i loro «organi misteriosi, di presagio e corrispondenza»⁸, i bambini aprono una via di accesso alla maturità alla quale non si arriva solo con un lungo e difficile percorso di iniziazione⁹.

La valorizzazione della fiaba, *figura del viaggio*, è una valorizzazione della immaginazione vera in cui il bambino può ritrovarsi, è una forma di orientamento che coincide con l'attenzione al reale, in quanto in essa convivono la realtà dei fatti e la dimensione dell'invisibile, in una narrazione che ha le sue leggi. Condivido in pieno questa idea esistenziale-filosofica che ne fa Cristina Campo che diverge dalla concezione più comune, concentrata soprattutto sul piacere di raccontare storie: la

fiaba è un percorso molto reale nella nostra esistenza e può aiutarci a capirne il senso¹⁰. E i bambini, tradizionalmente intesi come coloro che subiscono il fascino magico della fiaba, possono trasformarsi negli attori che, con la guida mediatrice di un adulto attento, gettano i semi per arrivare a una considerazione della fiaba come strumento che coglie nella fruizione della bellezza la coincidenza con lo stare-bene.

¹ Ciò che più colpisce e convince in María Zambrano è l'estrema coerenza tra pensiero e vita, tra etica teorizzata ed etica praticata: la sua è una filosofia in cui non si separano i piani, è l'inaugurazione di un buon inizio della filosofia che coincide con il suo nome (vivere in modo integrato). Fra i suoi numerosi saggi, segnalo *Per l'amore e per la libertà. Scritti sulla filosofia e sull'educazione*, a cura di A. Buttarelli. Il libro è una raccolta di articoli e manoscritti appartenenti a momenti e a tappe differenti che María Zambrano ha dedicato al tema dell'educazione filosoficamente intesa.

² Bologna, 1923 – Roma, 1977. Cristina Campo, pseudonimo di Vittoria Guerrini, è stata una scrittrice, poetessa e traduttrice italiana. Nella sua elaborazione la fiaba è la figura di un percorso spirituale, una metafora dell'esercizio poetico. Questa pensatrice sottolinea che c'è una parte della nostra esistenza non pienamente afferrabile, una presenza-assenza molto forte, del trascendente/impossibile, che non si può toccare o vedere, ma c'è. Si tratta allora di trovare vie alternative per la trasmissione del sapere, e la fiaba, con il suo alludere alla dimensione dell'invisibile, fa riferimento all'altro mondo per comprendere il senso di questo, è una forma narrativa che rinuncia alla pretesa della verità oggettiva per dare voce all'esperienza nella sua molteplicità.

³ Commenta Bruno Bettelheim: «Le fiabe hanno un valore senza pari. Offrono nuove dimensioni all'immaginazione del bambino [e ...], cosa ancor più importante, la forma e la struttura delle fiabe suggeriscono al bambino immagini per mezzo delle quali egli può strutturare i propri sogni ad occhi aperti e con essi dare una migliore direzione alla propria vita.» Bruno Bettelheim, *Il mondo incantato. Uso, importanza e significati psicoanalitici delle fiabe*. Milano: Feltrinelli, 2013, intr. pp. 12-13.

⁴ Su questo punto osserva ancora Bruno Bet-

telheim come sia importante «Fornire al bambino moderno immagini di eroi che devono uscire da soli nel mondo e che [...] trovano luoghi sicuri nel mondo seguendo la loro giusta via con profonda fiducia interiore. [...] La sorte di questi eroi convince il bambino che, come loro, può sentirsi emarginato e abbandonato nel mondo, [...] ma, come loro, nel corso della vita verrà guidato ad ogni suo passo, e otterrà aiuto quando ne avrà bisogno.» *Il mondo incantato*, cit., intr. p. 17.

⁵ Scrive Cristina Campo: «Come nella natura, che è bella solo per necessità reale, così anche nell'arte la bellezza è un soprammercato: è il frutto inevitabile della necessità ideale.» *Gli imperdonabili*, cit., p. 146.

⁶ «Bellezza e paura, poli tragici della fiaba, sono i suoi termini, insieme, di contraddizione e conciliazione. [...] L'impossibile è aperto all'eroe della fiaba che lo raggiunge attraverso ostacoli (l'impossibile negativo da superare), contrastati dai talismani (l'impossibile benefico). L'eroe di fiaba ha una ascetica disposizione dell'animo per misurarsi con l'impossibile (il *senza speranza*); per affrontarlo occorre dunque un impossibile "altro" che segnali un aiuto proveniente da un altro mondo, il *sopramondo*, quell'insieme di capovolgimenti a cui la fiaba conduce e che l'eroe è chiamato a leggere in filigrana. A soccorrerlo, nel momento dell'estremo pericolo, intervengono la memoria del supremo bene a cui egli tende (l'*irrinunciabile*) e gli aiuti esterni (angeli, patroni, fata madrina...).» *Gli imperdonabili*, cit., pp. 32-33-34.

⁷ Calvino I., *Fiabe italiane*. Torino: Einaudi, 2012, intr. pp. XIII-XIV.

⁸ *Gli imperdonabili*, cit., p. 39. V. anche p. 150.

⁹ «Maturità è districare continuamente dal mondo [...] solo ciò che è nostro, dalle origini, "quindi per destinazione".» Ivi, p. 152.

¹⁰ Non mi soffermo sulla sua concezione della fiaba come percorso mistico, poco attinente al lavoro da sviluppare con gli alunni.

✉ pdp.verona@gmail.com

Bettelheim B., *Il mondo incantato. Uso, importanza e significati psicoanalitici delle fiabe*, Feltrinelli, 2013.

Calvino I., *Fiabe italiane*, Einaudi, 2012.

Campo C., *Gli imperdonabili*, Adelphi, 2012.

Zambrano M., *Per l'amore e per la libertà. Scritti sulla filosofia e sull'educazione*, a cura di A. Buttarelli, Marietti, 2008.

Alimentazione complementare dai 3-4 mesi e rischio di allergia: i risultati dell'EAT study

Oltre 1300 bambini allattati esclusivamente al seno sono stati randomizzati a continuare con l'allattamento al seno esclusivo fino a 6 mesi prima dell'introduzione dell'alimentazione complementare (651 bambini), oppure a una introduzione a partire dai 3 mesi, ed entro i 6 mesi di vita, di sei alimenti allergenici: arachidi, uovo cotto, latte vaccino, sesamo, pesce, frumento (652 bambini). Obiettivo primario la valutazione di allergia alimentare all'età di tre anni, misurata attraverso una prova da carico orale. L'aderenza al protocollo è stata dell'80,5% nel gruppo di controllo e del 31,9% nel gruppo di intervento. L'allergia alimentare ad uno o più dei sei alimenti è stata sviluppata da 42 bambini (7,1%) del gruppo di intervento e da 32 bambini (5,6%) del gruppo di controllo senza il riscontro di una differenza significativa tra i due gruppi ($p = 0,32$, RR 0,80, IC 95% 0,51-1,25). Il trial non ha dimostrato l'efficacia della precoce introduzione di alimenti allergenici rispetto a un modello di introduzione standard.

* Perkin MR, Logan K, Tseng A, et al. *Randomized Trial of Introduction of Allergenic Foods in Breast-Fed Infants*.

N Engl J Med 2016; 374(18):1733-43

L'allergologo

Lo studio EAT ha cercato di rispondere alla domanda: "Il beneficio derivante dalla introduzione precoce dell'arachide in categorie a rischio, è ottenibile anche in bambini non a rischio e per altri alimenti?". Lo studio EAT non è riuscito a darci questa risposta. E questa è già una interpretazione benevola dei risultati. L'analisi *intention to treat* (la più aderente alla realtà di ogni giorno) dice che l'introduzione precoce degli alimenti testati non dà benefici riguardo alla prevenzione delle allergie. Tuttavia, l'analisi per protocollo un beneficio lo evidenzia: l'allergia nei confronti di arachidi e uovo è meno frequente nel gruppo che ha introdotto precocemente questi due alimenti. L'analisi per protocollo riguarda solamente i pazienti che hanno seguito bene quanto gli è stato indicato, nel caso specifico che hanno mangiato gli alimenti nelle quantità e nei tempi indicati dai ricercatori. E allora? Non possiamo affermare che l'introduzione precoce degli alimenti previene le allergie in chi per davvero ingerisce gli alimenti precocemente? Secondo me non lo possiamo affermare perché nello studio EAT non hanno seguito bene il

protocollo quasi il 60% di coloro che erano stati assegnati al gruppo "introduzione precoce". Il 60% è davvero un gran numero, noi non possiamo sapere cosa sarebbe successo, se avessero introdotto precocemente gli alimenti, per la maggioranza dei pazienti randomizzati a questa opzione. Quindi, per questo argomento vale il suggerimento dell'EAACI che in pratica dice di fare come meglio ci pare a partire dai 4 mesi di età. Lo studio EAT se qualcosa ha dimostrato è la grande difficoltà di attuare una introduzione precoce degli alimenti.

Stefano Miceli Sopo, Roma

✉ stefano.micelisopo@unicatt.it

Il pediatra

Gli autori lasciano aperta la possibilità che con una maggiore aderenza al protocollo di introduzione precoce il risultato sarebbe stato diverso. Che bisogno avevano di fare questo salto nel buio di una introduzione contro natura, ai tragici tre mesi della alimentazione complementare d'antan, quando l'efficacia di una introduzione "tempestiva" era già stata dimostrata nel precedente studio LEAP in una coorte di partecipanti di età media di 7,8 mesi? Per chi ancora dubita della alimentazione complementare a richiesta risulta particolarmente istruttivo il dato di una aderenza al protocollo di introduzione precoce di meno del 32% in questo studio e del 92% nel precedente (LEAP); in pratica dimostrato, da più di vent'anni, che dare tutto e subito non fa male e, oggi, che probabilmente fa bene. Forzare l'introduzione di alimenti allergenici prima che i bambini siano pronti potrebbe anche scoraggiare una introduzione tempestiva all'età giusta, con la perdita di tutti i possibili vantaggi.

Lucio Piermarini, Terni

✉ giovannaelucio@googlemail.com

Salute materno-infantile

Al quesito clinico: «Anticipare l'introduzione dei cibi dal 6° al 4° mese riduce il rischio di allergia?», oltre allo studio EAT, rispondono altre prove di efficacia che respingono l'ipotesi di una "finestra di opportunità" e depongono contro lo svezamento anticipato. Per esempio il trial PREVENTCD (somministrare glutine a 4-6 mesi di età a bambini a rischio di celiachia non riduce il rischio di malattia a 3 anni di età), il trial LEAP (in bambini a ri-

schio, la riduzione della frequenza di allergia alle arachidi si ottiene con l'assunzione di noccioline a un'età media di 7,8 mesi). Generalmente prima di sei mesi il bambino non mostra interesse verso alimenti diversi dal latte, non è capace di stare seduto senza appoggio, di deglutire e di portare alla bocca l'alimento. Questo può spiegare il basso tasso di adesione all'intervento dello studio EAT. In assenza di beneficio, in presenza di prove che l'allattamento esclusivo per 6 mesi si associa a benefici maggiori, perché offrire cibo diverso dal latte prima che il bambino si mostri interessato?

Simona Di Mario, Vittorio Basevi, SaPeRiDoc, Servizio Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna

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

L'epidemiologo

Credo che l'attenzione principale nella lettura dei risultati di questo studio ben condotto vada concentrata sull'efficacia differente che l'intervento proposto ottiene secondo il modo di analizzare i dati. L'analisi per intenzione mostra un effetto debole e non significativo della introduzione precoce rispetto alla introduzione standard dopo i sei mesi. L'analisi per protocollo fa emergere un chiaro effetto. Praticando molto bene l'intervento proposto, si può prevenire efficacemente l'allergia, abbattendone l'incidenza: su un gruppo particolarmente selezionato di genitori super motivati e super aderenti, avrò una buona efficacia. Considerando invece il grande numero di genitori cui potrei proporre la nuova dieta, l'efficacia globale sarà molto ridotta, in quanto una grande quota di non aderenti "inquinerà" i buoni risultati del gruppo degli aderenti. Da una parte "si può fare", selezionando molto bene i candidati, e a questo proposito l'articolo fornisce alcuni elementi ulteriori, come non avere eczema, essere bianchi ecc. Dall'altra, sembra destinato a fallire l'intervento di massa. Un invito alla *precision medicine*.

Roberto Buzzetti, Bergamo

✉ robuzze@gmail.com

Per la definizione di analisi per intenzione e analisi per protocollo *vedi* la Newsletter pediatrica 2014;11(2):10 (http://www.acp.it/wp-content/uploads/Newsletter_pediatria_20141121.pdf).

Gli Amish e il morbillo



Franco Giovanetti

Dirigente medico, Dipartimento di Prevenzione, ASLCN2, Alba, Bra (Cuneo)

Gli Amish sono una pacifica comunità religiosa protestante che vive in diverse aree degli Stati Uniti. In una di queste aree, precisamente in Ohio, nel 2014 si è verificata un'epidemia di morbillo con 383 casi confermati: numeri piccoli se valutati con il metro di noi Europei, grandi se consideriamo che gli Stati Uniti sono una delle poche Nazioni ad aver eliminato il morbillo autoctono, sicché i casi di morbillo che ancora si verificano sono una conseguenza dell'importazione del virus dall'estero [1]. L'epidemia in Ohio non ha fatto eccezione: il giorno dopo il rientro dalle Filippine per una missione umanitaria, due giovani Amish manifestarono i consueti prodromi del morbillo cui fece seguito, due giorni dopo, un esantema maculopapulare. La diagnosi formulata presso l'ospedale di zona fu di dengue, verosimilmente sulla base dell'anamnesi di viaggio e della presenza di trombocitopenia. Dopo due settimane altri due soggetti rientrati dalle Filippine con lo stesso quadro clinico ricevettero la diagnosi di dengue. Solo dopo altre due settimane, allorché altri 12 membri della comunità, che non avevano viaggiato, presentarono febbre e rash, ci si rese conto che si trattava di morbillo. È iniziata quindi la consueta attività di contenimento, basata sull'indagine epidemiologica dei casi (completata dalla conferma di laboratorio della diagnosi, ove possibile) e sull'offerta attiva della vaccinazione sia ai contatti dei casi sia, più in generale, ai soggetti suscettibili appartenenti alla comunità. Tra i casi, 340 soggetti (l'89% del totale) non erano vaccinati e la ragione principale della mancata vaccinazione era rappresentata da convinzioni personali (dichiarate per l'83% dei non vaccinati).

La confessione religiosa Amish non vieta esplicitamente la pratica vaccinale [2]; tuttavia, poiché i suoi aderenti rifiutano le comodità moderne e conducono una vita improntata a modelli e abitudini del passato, è più diffusa la diffidenza nei confronti della vaccinazione, specialmente tra i gruppi più conservatori. Non è un caso quindi che nella comunità interessata dall'epidemia del 2014 la copertura vaccinale stimata tra i bambini e gli adolescenti prima dell'evento epidemico fosse soltanto del 14%,

contro il 95,6% per almeno una dose di MMR nella popolazione generale dell'Ohio. Durante l'epidemia, che è durata ben 4 mesi, tra gli Amish sono state vaccinate più di 10.000 persone, a testimonianza di una mutata percezione del rischio conseguente all'osservazione diretta dei casi di malattia.

Che cosa ci può insegnare questa vicenda? Anzitutto alcune considerazioni meritano la gestione dei primi quattro casi di questa epidemia e in generale la preparazione dei volontari delle organizzazioni umanitarie. Il fatto che si siano presentati con un quadro di febbre, esantema, tosse, rinite o congiuntivite e piastrinopenia al ritorno dalle Filippine ha portato a una frettolosa diagnosi di dengue, quando invece si sarebbe dovuto investigare in una ben precisa direzione, visto che i pazienti stavano perfettamente dentro alla definizione di caso di morbillo. Per quanto riguarda il secondo punto, nelle Filippine il morbillo non è sotto controllo e proprio nel 2014 si sono verificati più di 50.000 casi [3]. Il morbillo legato ai viaggi è una realtà con cui sempre più stiamo facendo i conti, vista la frequenza e l'intensità degli spostamenti da un Paese all'altro e da un continente all'altro. Per questo motivo i volontari di organizzazioni umanitarie suscettibili al morbillo non dovrebbero recarsi in aree in cui questa malattia è endemica se prima di partire non si vaccinano. La valutazione della loro idoneità al servizio dovrebbe essere effettuata anche in base allo stato vaccinale, e questo problema ovviamente riguarda tutte le malattie prevenibili da vaccino.

Un altro insegnamento importante da trarre è che un'epidemia di morbillo, oltre a costituire un problema di sanità pubblica, rappresenta anche un'occasione. Almeno il 95% di quelle 10.000 e più persone vaccinate nel corso dell'emergenza manterranno la protezione per tutta la vita e sono quindi uscite dal pool dei suscettibili che in tutte le comunità umane alimenta le epidemie di morbillo, una volta superata la soglia epidemica. Un'epidemia è anche l'occasione per studiare le caratteristiche culturali e sociali delle frazioni suscettibili di una popolazione: perché esiste un'enclava

che rifiuta la vaccinazione? Quali sono le convinzioni dei suoi componenti? Che cosa è possibile fare per superare gli ostacoli di ordine culturale e sociale? Come è possibile comunicare con queste persone? Tale approccio non vale solo per gli Amish, la cui vicenda può insegnare qualcosa anche a noi. Infatti ultimamente varie voci si sono levate in Italia a favore di un approccio di tipo "amministrativo", già tradotto in alcuni provvedimenti regionali sotto forma di un obbligo vaccinale per l'iscrizione al nido, e si scorgono qua e là forme di comunicazione che sviliscono le ragioni della buona scienza presentandole in modo aggressivo o irrisorio nei confronti di quei genitori che hanno fatto scelte diverse. Servirebbe invece quella "spinta gentile" evocata da un recente articolo di Luca De Fiore e Maurizio Bonati, secondo cui «non sono gli argomenti di una medicina onnipotente che potranno mettere in atto una "spinta gentile" nei confronti di cittadini attraversati dal dubbio» [4].

Conflitto d'interessi

L'autore dichiara di non avere conflitti d'interesse, neppure sotto forma di sponsorizzazioni o inviti da parte di aziende farmaceutiche per partecipare a convegni negli ultimi tre anni.

✉ giovanetti58@alice.it

1. Gastañaduy PA, Budd J, Fisher N, et al. A Measles Outbreak in an Underimmunized Amish Community in Ohio. *N Engl J Med* 2016; 375:1343-54. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1602295>.

2. Amish America. Do Amish vaccinate their children? <http://amishamerica.com/do-amish-vaccinate-their-children/>.

3. WHO. Reported measles cases and incidence rates by WHO Member States 2013, 2014 as of 11 February 2015. http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measlesreportedcasesbycountry.pdf.

4. De Fiore L, Bonati M. Vaccinazioni, serve una nuova comunicazione. *Sanità* 24. Il Sole 24 Ore. http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2016-10-03/vaccinazioni-spinta-gentile-deve-partire-politica-caso-vaxxed-104048.php?uuiid=AD-Q4bAVB&refresh_ce=1.

Indivisibili: sceneggiata napoletana e tragedia



Rubrica a cura di Italo Spada

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi, Roma

Indivisibili

Regia: Edoardo De Angelis
 Con: Marianna e Angela Fontana,
 Antonia Truppo, Massimiliano Rossi,
 Toni Laudadio, Peppe Servillo
 Italia, 2016
 Durata: 100'



Immaginate di stare a teatro. Un teatro dove su una metà del palco viene rappresentata una tragedia shakespeariana e nell'altra metà una sceneggiata napoletana. Tensione e sangue misti a musica e folklore e l'attenzione che si sposta da Laurence Olivier a Mario Merola, senza capire se si sta assistendo alla versione capovolta di "Romeo e Giulietta" (dal divieto di stare insieme al divieto di dividersi) o a quella rimaneggiata di "Lacrime napoletane" (dal padre e marito che lascia figlie e moglie a figlie e moglie che lasciano padre e marito). Con il risultato di rimanere più affascinati che turbati, convinti ancora una volta di quanto sia sottile la linea di demarcazione tra la bellezza e lo

squallore, l'armonia e la dissonanza, l'attrazione e la repulsione. Lasciamo il teatro per tuffarci nel cinema. Esattamente in quello di Edoardo De Angelis, trentottenne regista campano che, dopo "Mozzarella Stories" (2011) e "Perez" (2014), ha vinto con "Indivisibili" il "Premio Pasinetti" alla Mostra del Cinema di Venezia 2016 ed è rimasto in lizza fino all'ultimo per la candidatura all'Oscar per il miglior film straniero. Quello che abbiamo immaginato davanti al palco si concretizza sullo schermo.

Siamo a Castel Volturno, in provincia di Caserta. Due gemelle siamesi, Viola e Dasy (le splendide esordienti Angela e Marianna Fontana), vivono in una villetta squallida anche se piena di moderni elettrodomestici. Hanno una bella voce e con i proventi delle loro esibizioni ai matrimoni, alle feste e nelle serenate di innamorati sostengono l'intera famiglia. A gestire gli affari ci pensa soprattutto il padre (Massimiliano Rossi) che le ha trasformate in fenomeno da baraccone per lucrare su superstizioni e credenze popolari. Due incontri sconvolgono la vita delle ragazze ormai diciottenni e i piani dell'intera famiglia: quello con un libertino sedicente più che altro alla loro diversità sessuale e quello con un chirurgo che si dichiara disponibile a effettuare l'intervento che potrà farle vivere separate. Tutto precipita. Dasy smette di credere in quello che le dice il genitore e accarezza il sogno di una vita normale per poter viaggiare, ballare, bere, fare l'amore senza temere di procurare del male alla sorella; Viola non riesce a concepire una vita da single e teme le conseguenze di quel distacco; in famiglia esplodono liti e rancori. La sceneggiata napoletana diventa tragedia, si tinge di fughe, paure, ansie, tuffi di disperazione, false stimmate su Madonne pagane, sangue. La sequenza finale (che fa da contrap-

punto allo squallido rientro a casa delle lucciole del litorale Domizio che aveva aperto il film) è un poetico affresco alla tenerezza e sembra voler suggerire che, a volte, la crescita è dolorosa perché comporta la rinuncia a una parte di se stessi. Edoardo De Angelis ha visto ancora una volta Napoli come "una calamita di storie, un faro per l'immaginazione", una terra di musical e melodramma (con le canzoni di Enzo Avitabile a ricordarci la malia del Sud) che "rappresenta tutto quello che c'è di bello e di brutto al mondo, e lo contiene nello stesso metro quadrato". Con un particolare che rende meno gratuito l'accostamento alla patria di Shakespeare di cui sopra: il richiamo alla vicenda delle due gemelle siamesi inglesi realmente esistite – Daisy (con la i) e Violet Hilton – che si esibirono in diversi spettacoli, compreso il film "Freaks" che Tod Browning realizzò nel 1932. Castel Volturno come Brighton, la Campania di oggi come l'Inghilterra della prima metà del Novecento. Cos'è pertanto questo "Indivisibili"? Un'amara favola realistica? Una storia d'amore tra sorelle? Un reality sul conflitto uomo-ambiente? Una denuncia al degrado, al malaffare, all'egoismo, al paganesimo atavico, al materialismo della religione e alla superstizione? Una tesi sulla difficoltà di essere normali? Una riflessione sul dolore della separazione e della lacerazione dei corpi? Troppi interrogativi che non sminuiscono il valore dell'opera. Tutt'altro: se visti come "ricchezza di contenuto", infatti, autorizzano a trovare risposte personali. Vicenda dalle mille letture che, come accade spesso, ha valori universali e va oltre le intenzioni di chi le racconta per confluire in quel miscuglio di immaginazione e realtà che sembra esclusiva prerogativa del cinema, ma che, a ben riflettere, è solo un riflesso della vita.

✉ italospada@alice.it

Libri: occasioni per una buona lettura



Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

Parlare di ISIS ai bambini

di Alberto Pellai, Edgar Morin,
Riccardo Mazzeo, Marco Montanari
a cura di Dario Ianes
Erickson Editore, 2016, pp. 147, € 14,50



Come aiutare i bambini a comprendere l'orrore

Gli autori sono tutti persone ben conosciute ognuna nel proprio campo di azione e si sono coordinate per offrire una chiave di lettura psicoanalitica, sociologica, storica, geopolitica, filosofica subito dopo gli orrori della strage del Bataclan a Parigi. Il libro è rivolto ai genitori, agli insegnanti, ai professionisti che si occupano di bambini per "aiutarli ad aiutare". Alberto Pellai (psicoterapeuta dell'età evolutiva, ricercatore presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano) ha scritto il primo capitolo che è una esaustiva disamina delle strategie che gli adulti possono utilizzare per aiutare i bambini a comprendere gli orrori della vita: una strage di terroristi, ma anche una catastrofe naturale come il terremoto. "In questo libro gli autori cercano di dare un aiuto psicologico ed educativo agli adulti che vogliono arricchire la loro responsabilità educativa, anche affrontando temi difficili e tragici. Da alcuni anni il terrorismo di matrice islamica è entrato nella vita di noi tutti. Ma cosa

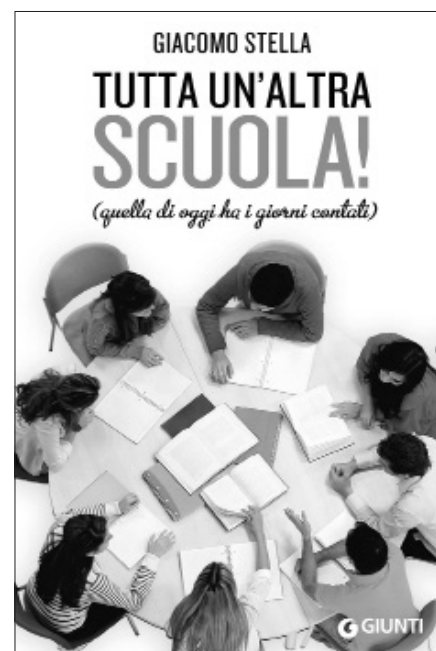
succede ai nostri figli o ai nostri alunni quando i fatti come quelli degli attentati di Parigi del novembre 2015 irrompono con subitanea irruenza nelle nostre case?". Pellai ci aiuta a comprendere che non parlarne o cambiare canale televisivo sono reazioni comuni, ma non per questo sono azioni di aiuto: è l'adulto che fa la differenza nel trasmettere al figlio o all'alunno un messaggio di paura e di incertezza o un messaggio tranquillizzante per scaricare la tensione. L'importanza del contatto fisico è un linguaggio che tutti e a tutte le età possono capire: "sei qui, tenuto forte dentro la morsa delle mie braccia. Io sono qui per te e non ti lascio solo. Con la mia forza adulta ti tengo e ti proteggo". E poi seguiranno le parole tranquillizzanti, senza peraltro negare la emozione: "vieni qui, bambino mio, e abbracciami più forte, così la paura scappa via e io e te insieme ci sentiamo più forti". Il secondo capitolo è scritto da Marco Montanari (funzionario internazionale della UE e del Ministero degli Esteri) e si occupa di geografia concettuale dello Stato Islamico. Parla dei luoghi comuni che gli occidentali hanno riguardo ai musulmani nel mondo (esaminandoli non senza problemi soprattutto legati alla scarsità di dati affidabili), agli stati dove sono la maggioranza della popolazione e a quelli dove è in vigore la sharia, la legge islamica. Affronta anche la questione palestinese dal punto di vista storico e di tutti i tentativi fatti per risolverla e conclude con una storia breve dell'Islam. Ma è soprattutto la terza parte del suo intervento a essere interessante per i non addetti ai lavori, perché introduce l'interpretazione dei fatti utilizzando le teorie della geopolitica (teoria geografica delle relazioni internazionali che equipara gli stati a organismi viventi e li studia in relazione all'ambiente, cioè la geografia). Il terzo capitolo è invece una intervista-dialogo tra Riccardo Mazzeo (coautore con Zygmunt Bauman di *Conversazioni sull'Educazione*) ed Edgar Morin (filosofo e sociologo) sul cercare di comprendere l'ISIS nella complessità. Vengono discusse domande come "perché nasce l'ISIS", perché "l'orrore viene spettacolarizzato", ma soprattutto vi è un mes-

saggio positivo sulla possibilità di prevenzione del fanatismo in senso lato, con interventi educativi già nella scuola primaria. Il libro è assolutamente da leggere e ciascuno potrà trovare nelle tre parti spunti per la propria cultura generale, spunti di riflessione per la propria quotidianità e spunti per aiutare i figli o alunni ad affrontare quello che sta succedendo nel mondo senza esserne sopraffatti.

Andrea Guala

Tutta un'altra scuola! Quella di oggi ha i giorni contati

di Giacomo Stella
Giunti Editore, 2016, pp. 128, € 8,50



Cambiare il modo di insegnare

Il pediatra oggi è chiamato sia dalla famiglia sia dalla scuola a esprimere un giudizio circa il rendimento scolastico di un bambino. Succede spesso che il pediatra avverta che tra scuola e famiglia non ci sia un dialogo costruttivo e che sia i genitori sia gli insegnanti abbiano difficoltà nell'esercizio dei propri compiti. "A scuola non stanno male solo gli scolari o gli studenti. Ci sono anche molti insegnanti che stanno male, hanno gli stessi sintomi dei loro studenti: vanno a scuola malvolentieri, restano spesso a ca-

sa, sono frustrati e a volte si sentono un po' perseguitati dal dirigente o dalle famiglie". Giacomo Stella descrive una scuola che arreca disagio agli allievi, soprattutto ai bambini con disturbi dell'apprendimento, agli insegnanti e alle famiglie e suggerisce una scuola in cui deve cambiare il modo in cui si insegna e si impara. L'insegnante non deve essere più la fonte indiscussa delle informazioni ma deve trasformarsi in fulcro della ricerca collettiva del sapere, in cui gli allievi devono avere un ruolo attivo, con meno compiti per casa, con un sistema di valutazione che cancelli il voto e quindi la paura di sbagliare, sollecitando invece gli studenti al lavoro in gruppo e dando un modello di conoscenza nuovo grazie anche all'informatica. Ai bambini e ai ragazzi devono essere forniti gli strumenti per ragionare e per sapere affrontare con più competenze e con più coraggio il mondo che li aspetta fuori dalla scuola.

Angelo Spataro

L'alimentazione complementare responsiva. Una guida allo svezzamento per educatori e operatori sanitari dell'infanzia.

di Maurizio Iaia

Il Pensiero Scientifico Editore, 2016,

pp. 122, € 22



Come e quando svezzare, cosa mangiare

Le guide anticipatorie sull'alimentazione complementare sono il piatto forte dei bilanci di salute nei primi mesi di vita. Le discussioni sul quando, sul come, sul cosa con i genitori non finiscono mai. E le famiglie si dividono ormai tra quelle che credono all'autosvezzamento e quelle tradizionaliste con il calendario degli alimenti scolpito nella pietra già prima che il cucciolo decida di venire al mondo. Il vo-

lume di Maurizio Iaia aiuta a mettere ordine tra i molti trial, statement, position paper, ricerche osservative, teorie che affollano la testa del pediatra, con indicazioni spesso conflittuali tra loro, attraverso un contributo chiaro, rigoroso e molto esaustivo.

Quando svezzare, come svezzare, cosa e quanto mangiare, i LARN 2014 per la prima infanzia e la prevenzione primaria dell'obesità nella prima infanzia sono i cinque capitoli che, sostanzialmente, costruiscono l'impianto del libro. Ma ogni capitolo è attraversato dal concetto dell'alimentazione responsiva che riconosce l'importanza fondamentale che si deve dare al bambino durante l'atto alimentare; solo intorno al lattante possono essere costruite quelle poche e semplici regole di una corretta alimentazione in famiglia. Molto apprezzati ed esaurienti i riferimenti al baby lead weaning e il confronto con l'alimentazione complementare "secondo Piermarini", utilissime le informazioni sugli ultimi LARN rivolti al mondo dell'infanzia ed estremamente pratiche le proposte per le guide anticipatorie da offrire ai genitori. Infine, la bibliografia proposta stimola a ulteriori personali approfondimenti. In un mondo, quello dell'alimentazione, dove le certezze si sciolgono nel piatto, questo di Iaia è un contributo dal sapore buono e sicuramente persistente.

Costantino Panza

Il nome di Dio è Misericordia

di Francesco

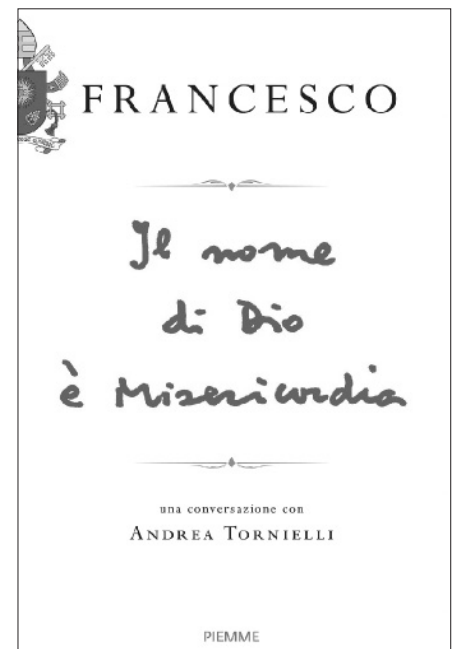
Piemme, 2016, pp. 113, € 15

Accudire con amore

Mentre leggevo questo libro mi era inevitabile paragonare ogni parola con la mia esperienza di vita, anche di medico, e accorgermi di quanto sono inevitabilmente mancante riguardo a quello sguardo di misericordia di cui si parla, quindi anche sui miei pazienti e sui loro genitori, oltre che su me stesso. Da qui il desiderio di recensire il libro per segnalarlo ai colleghi ACP, credenti e non.

È un libro che può essere veramente educativo per tutti noi, semplice da leggere nella sua struttura di domande e risposte. Da dove nasce quell'amore ai nostri pazienti per i quali tanto ci adoperiamo e a cui siamo così sensibili in particolare noi acipini? Quell'amore per cui investiamo, oltre che nel nostro agire più prettamente "medico", anche nella relazione, negli interventi precoci, nell'advocacy...? Sono solo buone pratiche o giusti propositi? Sappiamo quanto sia importante la relazione adulto-bambino e come i gesti e le parole siano un mezzo che fin dai primi

momenti dopo la nascita (ma anche prima) veicolano importanti significati.



Siamo ben consapevoli che se la vita prende una direzione "buona" o no molto dipende da quanto si è ricevuto da chi ci accudisce, specie nei primi anni. Ma come gli atti e le parole, le buone parole, si possono radicare come significato nella coscienza di ciascuno di noi o dei nostri genitori fino a trasmetterle a chi ci sta accanto? Questo è uno degli aspetti che mi ha accompagnato durante la lettura del libro che consiglio, laicamente, di leggere.

Stefano Gorini

Contro il mercato della salute

di Iona Heath

Bollati Boringhieri, 2016, pp. 110, € 11

Il suo motore segreto dell'assistenza sanitaria: il profitto privato

Iona Heath ha lavorato per 35 anni come medico di base in uno dei quartieri più poveri di Londra, è stata presidente del Royal College of General Practitioners, ha presieduto l'Ethics Committee del *British Medical Journal* e ora dirige il comitato scientifico della rivista.

Nel 2008 ha pubblicato con Bollati Boringhieri un libro bellissimo, che è anche un viaggio tra innumerevoli citazioni di poeti e scrittori, dal titolo "Modi di morire", frutto della sua esperienza accanto ai pazienti terminali o semplicemente agli anziani. Ora con questo nuovo libro l'autrice socchiude la porta e guarda l'altra faccia della medicina, fuori dai luoghi comuni del buonismo in cui è da sempre avvolta, intrappolata in schemi moralistici.

La Heath ha il coraggio di esprimere una posizione radicale (squisitamente anglo-

sassone), ti fa respirare la passione per il paziente e la nostalgia e la disillusione nei confronti di un lavoro bellissimo come quello di medico, che pare ormai cedere sotto i colpi del mercato e della politica. Forse perché non siamo più abituati a un linguaggio così diretto o forse perché abitualmente immersi nel clima afoso del politically correct, Iona Heath ci appare come la nipotina di Karl Marx. Il titolo originale del libro suona infatti così: "Opium of the Masses", spostando l'oggetto dalla religione alla salute. L'autrice sostiene che ai sistemi sanitari si impone il compito impossibile di capovolgere le disuguaglianze di salute, mentre i governi (definisce il governo di David Cameron come "un governo di fighetti per fighetti") si sottraggono alla responsabilità di una politica fiscale che sta alla base di ogni forma di ingiustizia sociale. Ecco l'ipotesi della Heath: "che l'assistenza sanitaria, puntellata dai tanti scrupolosi professionisti della salute che colmano il divario tra pazienti e politica, celi dietro una maschera di umanità e sollecitudine il suo motore segreto, vale a dire il profitto privato entro il complesso medico-industriale?". Al di là

dell'indiscussa efficacia della medicina nel ridurre le sofferenze, i tentativi di prevenire lo sviluppo di malattie stanno diventando sempre più normativi e coercitivi, e vengono utilizzati per bollare i comportamenti e gli stili di vita devianti, in modo da consentire al complesso medico-industriale di pilotare la medicalizzazione nei confronti di un numero sempre maggiore di aspetti della vita. "Oggi screening e medicina preventiva paiono offrire la possibilità di rinviare la morte" e invece gli eccessi di speranza (l'autrice parla di *wishful thinking*) si trasformano in frustrazione e dolore. Secondo la Heath queste scelte sanitarie spostano ingenti risorse dalla cura dei malati a quella dei sani. A supporto della sua tesi cita i dati del Canadian National Breast Screening Study che indicano che il controllo mammografico non ha ridotto la mortalità per tumore al seno. Sarebbe interessante avere a proposito il parere di Roberto Buzzetti. Come dice John Berger nella prefazione, "questo libro è un pamphlet implacabile contro le lobby farmaceutiche e le politiche servili dei governi nei confronti dei mercanti della salute, ma anche una lettera d'amore a una

persona amata (il paziente) che è stata rimossa".

Claudio Chiamenti



Ricordo di Maria Edoarda Trillò: tutta l'ACP si unisce al cordoglio per la perdita di una socia storica

Cara Maria Edoarda,

ci hai lasciato all'improvviso, non abbiamo fatto in tempo a salutarti e allora vogliamo farlo ora.

Ci siamo conosciuti 30 anni fa, uno più, uno meno; nel nostro gruppo di pediatri di famiglia tu eri l'unica pediatra di comunità; gli scontri, le accese discussioni tra noi a difesa dei nostri rispettivi ruoli testimoniavano la passione e l'entusiasmo che ci animava tutti, ma sui temi fondamentali quali il rigore, l'onestà intellettuale, i problemi etici ci siamo sempre trovati d'accordo.

Anche dopo la pensione hai continuato con il tuo impegno nell'Associazione Culturale Pediatri, rivestendo il ruolo di presidente dell'ACP Laziale; hai tenuto le fila di tutto con una mente organizzativa e pragmatica davvero speciale; le riunioni a casa tua rimarranno nei nostri cuori, così come quel buon pane che preparavi con le tue mani.

Recentemente insieme ad alcune di noi è iniziata una collaborazione con l'associazione Piano Terra, centro di ascolto ricreativo culturale per mamme e bambini in difficoltà e con Civico Zero, luogo di incontro per minori non accompagnati in transito e ci hanno colpito i tuoi contatti con moltissime persone impegnate in altri centri a svolgere attività simili, ma soprattutto la scoperta del tuo impegno umano e professionale in molteplici attività di assistenza e sostegno ai più deboli, anche tra i rifugiati e i ROM. Le infinite manifestazioni di affetto che abbiamo letto dopo che ci hai lasciato, lo provano. Senza clamore, con umiltà e semplicità hai lavorato sodo per gli altri fino all'ultimo e poi te ne sei andata in silenzio.

Sarà dura andare avanti senza i tuoi consigli, la tua determinazione, i tuoi rimproveri, il tuo sorriso e le tue carezze. Hai dedicato tutta la vita ai bambini, agli emarginati, alle donne e hai creduto sempre fermamente in un mondo migliore.

Con te nel cuore andremo avanti.

Gli amici del gruppo ACP Lazio

Lettere



Gentile direttore, in qualità di segretario del Gruppo di Studio dell'Ipertensione e del Rischio Cardiovascolare della Società Italiana di Pediatria la ringrazio dell'ampio spazio che è stato dedicato al tema dell'ipertensione arteriosa in età evolutiva nel numero 5/2016 di *Quaderni acp*. Devo tuttavia precisare di non essere del tutto d'accordo con alcuni aspetti dell'articolo. Per brevità tratterò solo quello che, a mio parere, sembra il punto più importante. Mi riferisco all'utilità dello screening per l'ipertensione in età pediatrica. Nell'articolo si afferma che gli screening generalizzati non si dovrebbero fare, motivando questa posizione col fatto che non ci sono evidenze che trattare l'ipertensione nel bambino eviti la comparsa di patologie cardiovascolari da adulto e che si teme una eccessiva "medicalizzazione" di soggetti peraltro sani. La discussione tra gli esperti sull'utilità degli screening della pressione è stata ampia e a essa ho avuto occasione di contribuire [1]. Le recenti linee guida della Società Europea dell'Ipertensione Arteriosa [2], oltre al parere espresso da tempo dalla American Academy of Pediatrics [3], sono a favore di una misurazione pressoria in tutti i bambini. Tuttavia, se per screening si intende un intervento ad hoc, per esempio nelle scuole, con impiego di risorse specificamente dedicate, concordo con l'autore dell'articolo sulla non opportunità di eseguirlo, ma per motivi diversi da quelli da lui sostenuti. Dalla letteratura risulta infatti ormai accertato che interventi di questo tipo registrano una prevalenza di almeno il 3-4% di soggetti che, a ripetute misurazioni, collocano i loro valori pressori sopra il 95° percentile, cioè nella fascia dell'ipertensione [4]. Al contrario è consigliabile che la pressione venga rilevata dal pediatra durante i controlli annuali di crescita, e questo non andrebbe considerato screening, ma buona pratica medica per i motivi che cercherò di esporre. Anche se è vero che non esistono studi che correlino l'ipertensione del bambino con gli eventi cardiovascolari in età adulta, per le evidenti difficoltà a eseguirli, è tuttavia noto che è statisticamente confermata la correlazione tra i valori pressori in età pediatrica e quelli dell'adulto [5,6]. In altre parole il

bambino iperteso ha molte possibilità di diventare un adulto (giovane) iperteso e quindi di essere esposto per molto tempo a un importante fattore di rischio cardiovascolare. Ragionando per paradossi, nessuno pensa che dobbiamo evitare di pesare i bambini perché non ci sono studi che correlino l'obesità in età pediatrica con lo sviluppo di patologie cardiovascolari da adulto. Per l'ipertensione esistono poi le evidenze, ricordate anche nell'articolo, di una sua associazione con l'ipertrofia ventricolare sinistra e l'aumento dello spessore dell'intima-media della carotide, cioè con veri e propri danni d'organo, per fortuna ancora reversibili riducendo per tempo i valori pressori. Quanto al rischio di "medicalizzare" troppo, dobbiamo ricordare che l'ipertensione essenziale (le forme secondarie sono un discorso a parte) nella stragrande maggioranza dei casi in età pediatrica viene trattata con un intervento dietetico-comportamentale sovrapponibile a quello che dovremmo consigliare a tutti i bambini indipendentemente dal loro peso o dalla loro pressione. Si fa fatica a pensare che si "medicalizzi" quando si consigliano solo corretti stili di vita e di alimentazione che, tra l'altro, le famiglie sono più propense a seguire in caso di valori aumentati di pressione rispetto a quando è presente solo l'eccesso ponderale che di per sé spesso non viene considerato un problema. Infine un'ultima considerazione di carattere molto pratico. Nell'articolo si suggerisce di controllare la pressione solo ai soggetti a rischio. Ma quanti sono i soggetti a rischio di ipertensione? Nel nostro Paese abbiamo circa un terzo di bambini in eccesso ponderale (Okkio alla Salute), mentre da un lavoro eseguito presso i pediatri di famiglia su bambini di 8-14 anni [7] è risultato che i figli di ipertesi sono circa il 19%, i figli di dislipidemici il 20%, i figli di genitori diabetici il 3,5% (ma il dato aumenterebbe moltissimo se considerassimo anche i nonni), i figli di cardiopatici il 5%, i bambini nati SGA o pretermine (a particolare rischio di ipertensione) non sono ancora tantissimi ma destinati a crescere. Si potrebbero considerare a rischio di ipertensione anche i figli di fumatori (31%) sia per il rischio che essi stessi diventino o siano già fumatori sia per-

ché è stato segnalato che i bambini esposti al fumo passivo tendono ad avere la pressione più alta. Tralasciamo di considerare a rischio i soggetti sedentari esposti a un video per più di due ore al giorno (praticamente tutti) che a rigore potrebbero anch'essi avere più probabilità di sviluppare ipertensione. Anche se queste percentuali non possono essere semplicemente sommate perché alcuni bambini sovrappongono più di una di queste condizioni, sembra più semplice misurare la pressione a tutti che non selezionare quelli a rischio, dovendo poi spiegare ai genitori perché al loro piccolo non è stata rilevata la pressione come invece è stato fatto al suo amichetto della stessa età.

Marco Giussani

1. Genovesi S, Antolini L, Giussani M. Hypertension screening in children: is it necessary? *J Hypertens* 2015;33:2179-80.
2. Lurbe E, Agabiti-Rosei E, Cruickshank JK, et al. European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents. *J Hypertens* 2016;34:1887-920.
3. Committee on practice and ambulatory medicine, bright futures periodicity schedule workgroup. *Pediatrics* 2014;133:568-70.
4. Chiolerio A, Bovet P, Paradis G, Paccaud F. Has Blood Pressure Increased in Children in Response to the Obesity Epidemic? *Pediatrics* 2007;119:544-53.
5. Chen X, Wang Y. Tracking of blood pressure from childhood to adulthood: a systematic review and meta-regression analysis. *Circulation* 2008;117:3171-80.
6. Tirosh A, Afek A, Rudich A, et al. Progression of normotensive adolescents to hypertensive adults: a study of 26,980 teenagers. *Hypertension* 2010;2:203-9.
7. Giussani M, Antolini L, Brambilla P, et al. Cardiovascular risk assessment in children: role of physical activity, family history and parental smoking on BMI and blood pressure. *J Hypertens*. 2013;31:983-92.

Caro direttore, era nelle mie intenzioni presentare nel testo sull'ipertensione, riguardo l'argomento su cui il dr. Giussani esprime il suo dissenso, due linee di pensiero: per entrambe ho cercato di esprimere i punti forti e i punti deboli. Non mi pare di aver mai affermato

che gli screening (soprattutto se considerati come buona pratica) non si dovrebbero fare. E, nonostante l'autorevolezza di chi con decisione li sostiene, è vero che traspare effettivamente (soprattutto nelle conclusioni) la mia propensione ad avere qualche perplessità; ma questa è di fondo, sugli screening in generale. Per questo ho sostenuto che il compito del pediatra di famiglia è soprattutto quello di identificare e curare bene chi ha effettivamente un problema clinico e/o che comporti dei rischi per il suo futuro.

Su molte delle cose che M. Giussani scrive sono d'accordo, e mi pare ci siano già nel testo. Mi preme tuttavia sottolineare alcuni punti. È altamente probabile, se non certo, che la grandissima maggioranza dei bambini con ipertensione ricada nelle categorie di rischio che non io ma, autorevoli esperti hanno identificato e che ho fedelmente riportato nel mio scritto.

La misurazione della PA è un atto facile e non costoso ma, come ben sappiamo, passibile di errori, molto più in eccesso della PA misurata, che non in difetto: l'atto per molti bambini, soprattutto nei più piccoli, è fonte di paura e pianto, e fisiologicamente in questa situazione i valori rilevati sono scorretti, per cui sarà necessario ripetere più volte questa misurazione per avere dei dati forse attendibili. E questo è un piccolo problema in più nel considerare la fattibilità di un programma di screening ("ma perché continua a misurargli la pressione? C'è qualcosa che non va" potrebbe dire una mamma un po', solo un po', in ansia).

La messa in atto di provvedimenti dietetico-comportamentali, come giustamente dice M. Giussani, fa parte degli stili di vita consigliabili per tutti i bambini, ma in tal caso questo si configura non più come atto terapeutico ma preventivo, indipendentemente dall'aver misurato o meno la PA a questi bambini.

Diverso il discorso nell'adolescente e pre-adolescente, dove la misurazione della PA è più facile e attendibile, e dove la correlazione con danni d'organo (per la PA che si collocano nella fascia medio-alta) è più probabile. In questa fascia di età il dato rilevato sarebbe più attendibile e quindi forse più utile.

Ringraziando M. Giussani, che mi ha altrettanto fornito l'occasione per esporre alcune considerazioni che forse nel testo non erano chiare, gli ricordo che è del tutto legittimo avere opinioni diverse e che quindi la discussione sui punti controversi non può che far bene alla comprensione dei problemi. E soprattutto gli auguro, come sta facendo lui e non posso più fare io, di continuare a far ricerca in questo campo, dove le incertezze sono ancora tante.

Cordialmente

Leopoldo Peratoner

Quaderni acp Indice Pagine elettroniche (numero 6, 2016)

NEWSLETTER PEDIATRICA

- > Episodi simil-asmatici ricorrenti in bambini di 1-3 anni e azitromicina, poche certezze da un RCT.
- > Il vaccino tetano, difterite, pertosse acellulare non assicura una adeguata immunità contro la pertosse negli adolescenti.
- > Racecadotril per la diarrea acuta nei bambini: una recente revisione sistematica con metanalisi.
- > Cochrane Database of Systematic Review: revisioni nuove o aggiornate [ottobre-novembre 2016](#)

DOCUMENTI

IV Piano nazionale di azione e interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2016/2017 (Commento di Giuseppe Cirillo e Paolo Siani)

AMBIENTE E SALUTE

- > Inquinanti ambientali e patologie metaboliche: conoscenze, dubbi, possibili azioni preventive (Laura Brusadin)
- > Cambiamento climatico: le azioni possibili per contrastarne gli effetti sulla salute (Giacomo Toffol, Laura Reali)

ARTICOLO DEL MESE

Progressi nello Sviluppo fin da piccoli: dalla ricerca scientifica alla piena realizzazione (Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale, The Lancet – terza serie, 2016)

POSTER CONGRESSI

Poster specializzandi (2° parte) Tabiano XXV: Allargare lo sguardo

NARRARE L'IMMAGINE

Edward Hopper: Nighthawks (1942)

Descrizione a cura di Cristina Casoli

Impressioni di Patrizia Rogari ed Enrico Valletta

SPECIALE

28° congresso nazionale ACP – Sessione pregressuale

"Le prospettive della ricerca in ambito pediatrico e le possibili ricadute per l'Associazione!"

13 ottobre 2016 TRIESTE

Info: notizie sulla salute



Rubrica a cura di Sergio Conti Nibali

Le leggi per proteggere l'allattamento sono inadeguate nella maggior parte dei Paesi

Un nuovo rapporto di OMS, UNICEF e IBFAN rivela lo stato delle leggi nazionali per proteggere e promuovere l'allattamento. Tra i 194 Paesi analizzati nel rapporto, 135 hanno una qualche forma di misura legale relativa al *Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei sostituti del latte materno* e le successive risoluzioni adottate dall'Assemblea mondiale della Sanità. Un incremento rispetto ai 103 paesi rilevati nel 2011, quando è stata fatta l'ultima analisi dell'OMS. Tuttavia solo 39 Paesi hanno leggi che mettono in atto tutte le disposizioni del Codice, uno scarso aumento rispetto ai 37 del 2011.

OMS e UNICEF raccomandano che i bambini siano nutriti solo con latte materno per i primi 6 mesi, e che successivamente continuino a essere allattati – mangiando altri alimenti sicuri e nutrizionalmente adeguati – fino a 2 anni di età o oltre. In tale contesto, gli Stati membri dell'OMS si sono impegnati ad aumentare il tasso di allattamento esclusivo nei primi 6 mesi di vita di almeno il 50% entro il 2025 come parte di un insieme di obiettivi nutrizionali globali.

Il Codice invita i Paesi a proteggere l'allattamento fermando la commercializzazione inadeguata dei sostituti del latte materno, biberon e tettarelle. Esso mira inoltre a garantire che i sostituti del latte materno vengano utilizzati in modo sicuro quando sono necessari. Vieta ogni forma di promozione dei sostituti, compresi la pubblicità, i regali agli operatori sanitari e la distribuzione di campioni gratuiti. Inoltre, le etichette non possono contenere affermazioni nutrizionali e sulla salute o includere immagini che idealizzino le formule artificiali; devono inoltre includere istruzioni chiare su come utilizzare il prodotto e riportare messaggi sulla superiorità dell'allattamento rispetto alla formula e sui rischi legati al non allattamento.

Il business dei sostituti del latte materno è grande, con un fatturato annuo pari a quasi 45 miliardi di dollari, ed è destinato ad aumentare di oltre il 55% – fino a 70 miliardi – entro il 2019.

Nel complesso, i Paesi più ricchi sono in ritardo rispetto a quelli più poveri. La proporzione di Paesi aderenti all'OMS con una legislazione completamente in linea con il Codice è più alta nel Sud-Est Asiatico (36%, o 4 su 11 Paesi), seguita dalla Regione Africana (30%, o 14 su 47 Paesi) e dalla Regione del Mediterraneo Orientale (29%, o 6 su 21 Paesi). La Regione delle Americhe (23%, o 8 su 35 Paesi); il Pacifico Occidentale (15%, o 4 su 27 Paesi); e la Regione Europea (6%, o 3 su 53 Paesi) hanno percentuali inferiori di Paesi con una legislazione completa.

Tra i Paesi che hanno una qualsiasi legge sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno, a livello globale:

- poco più della metà vieta sufficientemente la pubblicità e la promozione dei sostituti del latte materno;
- meno della metà vieta la fornitura alle strutture sanitarie di scorte gratuite o a basso costo di sostituti del latte materno;
- poco più della metà vieta doni agli operatori sanitari o ai loro familiari;
- il campo di copertura dei prodotti ai quali si applica la normativa rimane limitato. In molti Paesi le leggi coprono le formule di partenza e di proseguimento, ma solo un terzo coprono esplicitamente prodotti destinati ai bambini di età superiore all'anno (i cosiddetti "latte di crescita");
- meno della metà dei Paesi vieta indicazioni nutrizionali e sulla salute fornite sui prodotti designati.

Il rapporto *"Marketing of breast-milk substitutes: National implementation of the international code – Status Report 2016"* comprende le tabelle che mostrano, Paese per Paese, quali misure del Codice sono o non sono state emanate in legge. Esso comprende anche esempi sui Paesi che hanno rafforzato le loro leggi o sistemi di monitoraggio del Codice in questi ultimi anni, tra cui l'Armenia, il Botswana, l'India e il Vietnam.

Il monitoraggio è essenziale per l'applicazione

Il monitoraggio è essenziale per rilevare le violazioni e segnalarle alle autorità compe-

tenti in modo che possano intervenire e fermare tali attività. Eppure, solo 32 Paesi riferiscono di avere un meccanismo di controllo in atto e, di questi, pochi sono completamente funzionali. Tra i Paesi con un meccanismo di controllo formale, meno della metà pubblica i risultati, e solo 6 Paesi hanno dedicato risorse o finanziamenti per il monitoraggio e l'applicazione. OMS e UNICEF hanno recentemente creato una rete globale per il monitoraggio e il supporto all'attuazione del Codice (NetCode) per contribuire a rafforzare la capacità dei Paesi e della società civile di monitorare e far rispettare efficacemente le leggi del Codice. Hanno aderito a questa rete organizzazioni non governative chiave, tra cui IBFAN, Helen Keller International e Save the Children, insieme con centri accademici e alcuni Paesi selezionati.

UNICEF lancia il rapporto "La Condizione dell'Infanzia nel Mondo 2016"

Se il mondo non si concentrerà sulla drammatica situazione dei bambini più svantaggiati, entro il 2030 (data conclusiva degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile) 69 milioni di bambini sotto i 5 anni moriranno per cause prevalentemente prevenibili, 167 milioni di bambini vivranno in povertà e 750 milioni di donne si saranno sposate da bambine; più di 60 milioni di bambini in età da scuola primaria saranno esclusi dalla scuola: questo l'allarme lanciato oggi dall'UNICEF con il rapporto annuale "La Condizione dell'Infanzia nel Mondo 2016 - La giusta opportunità per ogni bambino".

Secondo il rapporto sono stati fatti importanti progressi nel salvare le vite dei bambini, riportandoli a scuola e aiutando le persone a uscire dalla povertà. Il tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni, dal 1990, è più che dimezzato e in Paesi come Etiopia, Liberia, Malawi e Niger il tasso è sceso di oltre due terzi; in 129 Paesi un eguale numero di bambini e bambine frequentano la scuola primaria e, rispetto al 1990, a livello globale, il numero delle persone che vivono in povertà estrema si è ridotto quasi della metà. Dal 1990 il numero di morti tra le madri è diminuito del 43%;

il numero annuale di morti di bambini sotto i 5 anni per polmonite, diarrea, malaria, sepsi, pertosse, tetano, meningite, morbillo e AIDS è diminuito da 5,4 milioni nel 2000 a 2,5 milioni nel 2015. I programmi per le vaccinazioni hanno portato a una diminuzione di circa l'80% dei decessi per morbillo tra il 2000 e il 2014, prevenendo così la morte di circa 1,7 milioni di bambini.

Secondo il rapporto, questo progresso però non è ancora equo. I bambini più poveri hanno il doppio delle probabilità, rispetto a quelli più ricchi, di morire prima del loro quinto compleanno e di soffrire di malnutrizione cronica. Attualmente un bambino nato in Sierra Leone ha probabilità 30 volte maggiori di morire prima dei 5 anni rispetto a un bambino nato nel Regno Unito. Nell'Africa sub-sahariana le donne corrono un rischio di mortalità materna pari a 1 su 36, mentre nei Paesi ad alto reddito tale rischio è pari a 1 su 3300. In molte aree dell'Asia del Sud e dell'Africa sub-sahariana, un bambino che nasce da una madre non istruita ha circa 3 probabilità in più di morire prima del quinto compleanno rispetto a un bambino nato da una madre con un livello di istruzione secondaria. Le ragazze delle famiglie più povere hanno il doppio delle probabilità di essere sposate da bambine rispetto alle ragazze di famiglie più benestanti.

La prospettiva più incerta è in Africa sub-sahariana, dove almeno 247 milioni di bambini – 2 su 3 – vivono in condizioni di povertà multidimensionale, privati di ciò di cui hanno bisogno per sopravvivere e svilupparsi, e dove circa il 60% dei giovani tra i 20 e i 24 anni, che appartiene al quinto più povero della popolazione, ha meno di quattro anni di scolarizzazione alle spalle.

Stando alle tendenze attuali, secondo il rapporto, entro il 2030, in Africa sub-sahariana si verificheranno:

- la metà delle morti per cause prevenibili dei 69 milioni di bambini prima del loro 5° compleanno;

- oltre la metà dei 60 milioni di bambini che in età da scuola primaria non frequenterà le scuole;
- 9 bambini su 10 vivranno in condizioni di povertà estrema.

Sebbene l'istruzione giochi un ruolo fondamentale nel fornire le stesse opportunità a tutti i bambini, dal 2011 il numero di bambini che non frequentano la scuola è aumentato e un numero significativo di coloro che vanno a scuola non apprende. Circa 124 milioni di bambini oggi non frequentano la scuola primaria e la secondaria inferiore, e almeno 2 su 5 che finiscono la scuola primaria non hanno imparato a leggere, scrivere o svolgere semplici operazioni aritmetiche.

La Condizione dell'Infanzia nel Mondo presenta un quadro preoccupante per ciò che il futuro riserva ai bambini più poveri del mondo, a meno che i governi, i donatori, le organizzazioni internazionali e del mondo economico non accelerino i propri sforzi a favore dei bisogni di questi bambini.

Dal rapporto emerge che investire sui bambini più svantaggiati può dare benefici nell'immediato e nel lungo periodo. I sussidi in denaro, per esempio, aiutano i bambini ad andare a scuola più a lungo, consentendo loro di raggiungere livelli di istruzione più alti. In media, ogni anno in più di scuola per un bambino rappresenta da adulto un incremento di circa il 10% della paga da lavoro. E in media per ogni anno di scuola in più completato da un giovane adulto in un Paese, il tasso di povertà di quel Paese diminuisce del 9%.

La disuguaglianza non è permanente o insormontabile. Una raccolta di dati più approfondita su: condizioni di vita dei bambini più svantaggiati, soluzioni integrate per le sfide che i bambini devono affrontare, strade innovative per risolvere vecchi problemi, investimenti più equi e un maggior coinvolgimento delle comunità – tutte queste misure insieme – può aiutare a dare ai bambini opportunità più eque.

Nel 2014, nei 41 Paesi più ricchi, quasi 77 milioni di bambini vivevano in condizioni di povertà monetaria. Prendendo come riferimento i livelli pre-crisi, dopo il 2008 i tassi di povertà infantile sono aumentati in 23 Paesi OCSE. In cinque di questi, i tassi di povertà infantile sono saliti più del 50%. Nella maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea, la percentuale dei bambini che vive in povertà è superiore a quella degli adulti. Comunità emarginate come la popolazione rom in Europa centrale e orientale, per esempio, subiscono continuamente disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari. Un bambino rom su cinque in Bosnia ed Erzegovina e uno su quattro in Serbia presentano moderati o gravi ritardi nella crescita. Nel 2012, solo il 4% dei bambini rom tra i 18 e i 29 mesi in Bosnia ed Erzegovina aveva ricevuto tutte le vaccinazioni raccomandate, in confronto al 68% dei coetanei non rom.

Secondo un recente rapporto, le emergenze umanitarie e le crisi protratte hanno interrotto l'istruzione in più di 75 milioni di bambini dai 3 ai 18 anni di età in 35 Paesi. Di questi, più di 17 milioni sono rifugiati, sfollati o appartenenti a un'altra popolazione a rischio. In particolare, le bambine in contesti colpiti da conflitto hanno probabilità 2,5 volte superiori di non andare a scuola rispetto alle coetanee in ambienti più pacifici. Nel 2014 in Nigeria il gruppo armato Boko Haram ha rapito centinaia di donne e ragazze nel corso di pesanti attacchi. Tra il 2012 e il 2014 il gruppo ha ucciso 314 bambini nelle scuole della Nigeria nord-orientale. Dall'inizio della rivolta alla fine del 2015, più di 600 insegnanti hanno perso la vita e più di 1200 scuole sono state danneggiate o distrutte. Docenti e alunni sono stati attaccati, rapiti e uccisi anche nello Yemen, nella Repubblica araba di Siria e in molti altri Paesi. Solo nel 2014 sono avvenuti 163 attacchi contro scuole in Afghanistan, nove istituti nella Repubblica Centrafricana e 67 scuole in Iraq.

I bisogni dei bambini al centro delle politiche culturali e del welfare della Regione Lombardia

Giovanna Malgaroli

Segreteria nazionale Nati per Leggere

Venerdì 11 novembre 2016 è stato presentato a Milano il Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia, Centro per la salute del bambino e Comitato Italiano Unicef, finalizzato alla promozione delle competenze genitoriali attraverso la diffusione del programma Nati per Leggere e dei Baby Pit Stop. Sono intervenuti Sabrina Sammuri (Direttore della Direzione Generale Culture, Identità, Autonomie di Regione Lombardia), Liliana Coppola (Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia), Claudio Gamba (Direzione Generale Culture, Identità, Autonomie di Regione Lombardia), Antonella Costantino (Presidente della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza – Direttore UONPIA della Fondazione IRCCS Ca' Granda – Ospedale Maggiore Policlinico di Milano), Giovanna Malgaroli (Coordinamento regionale NpL Lombardia), Stefano Taravella (Presidente del Comitato Regionale Unicef Lombardia) e Fiammetta Casali (Presidente del Comitato Provinciale Unicef Milano).

Sabrina Sammuri ha introdotto i lavori evidenziando l'importanza della “doppia firma” (DG Culture e DG Welfare) di Regione Lombardia, a testimoniare una visione della cultura come modalità di miglioramento del benessere sociale, e di attenzione nei confronti delle nuove generazioni, in particolare come in questo caso dei bambini in età prescolare. Ad Antonella Costantino è stato affidato il compito di richiamare quali sono i benefici di una precoce introduzione ai libri e della lettura condivisa con i bambini in ambito familiare. Numerose e realizzate in diversi contesti sociali e geografici sono le ricerche che hanno confermato la bontà del promuovere i libri e la lettura con i bambini anche molto piccoli, soprattutto per contrastare le disuguaglianze che dipendono dal tipo e dalla quantità di parole che i bambini, in relazione al contesto familiare di appartenenza, hanno l'opportunità di ascoltare già nei primi anni di vita. Un libro può sostenere un genitore nella relazione con il proprio bambino, fornendogli le parole adatte a instaurare e mantenere quel

particolare tipo di rapporto che la lettura condivisa implica. Leggere aiuta a comprendere le emozioni proprie e quelle altrui, le regole sociali implicite nelle storie narrate, e a riconoscere un diverso modo di pensare dell'altro.

La comprensione linguistica dipende dal contesto extra-linguistico, dalla struttura morfo-sintattica e narrativa, dall'attenzione condivisa e dall'intonazione della voce, che orienta, evidenzia e favorisce la comprensione. Il libro consente un'esposizione potenziata a tutti questi aspetti, oltre che attivare la comprensione cognitiva e del funzionamento della letto-scrittura, indispensabili per raggiungere adeguati livelli di health literacy. È stato poi evidenziato il ruolo dei libri in simboli, che dovrebbero essere accessibili a tutti i bambini con sviluppo del linguaggio inferiore al 25° centile.

Liliana Coppola ha sottolineato le connessioni tra lettura e allattamento al seno per favorire il benessere del bambino e dei genitori, richiamando il modello di salute promosso dalla Carta di Ottawa, dal Piano nazionale e regionale della Prevenzione, che vedono la salute come un “processo che consente alle persone e alle comunità di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla.” In questa logica le condizioni che determinano la salute dipendono da un insieme di fattori, da quelli individuali a quelli sociali e ambientali. I sei programmi orientati alla promozione della salute previsti nel Piano regionale della Prevenzione si ispirano ai principi di efficacia teorica e pratica, di sostenibilità, equità, intersectorialità.

Nello specifico il programma regionale *Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita* prevede di valorizzare il programma nazionale Nati per Leggere in raccordo con le politiche regionali nel settore bibliotecario, con l'obiettivo di sostenere le competenze dei genitori nel prendersi cura di sé e dei loro bambini. In particolare la Direzione Generale Welfare si impegnerà nel dare visibilità e promuovere le azioni previste da Nati per Leggere, con particolare riguardo per la

formazione degli operatori sanitari del percorso nascita.

Claudio Gamba ha ripercorso i diversi significati attribuiti alla cultura, quale fattore economico di sviluppo, attrattore di largo pubblico, di innovazione, senza dimenticare quello di tutela e conservazione a cui le istituzioni sono comunque chiamate a rispondere. Ma tutti questi aspetti non devono farci dimenticare la dimensione più originale e profonda della cultura, cioè il suo essere fattore di espressione, di crescita e di benessere della persona. I principi internazionalmente diffusi della valorizzazione dei beni culturali poggiano ampiamente su concetti come l'inclusione, l'accessibilità, la condivisione, la democrazia, lo sviluppo dell'uomo e della società. In questo contesto, in particolare, è forte l'attenzione verso le fasce più giovani della popolazione, viste come un terreno fertile su cui investire perché la società del futuro sia nel suo complesso migliore, più vivibile e più giusta. Biblioteche e musei sono chiamati in causa nel loro ruolo educativo rispetto alla lettura le prime, come luoghi che si aprono a un pubblico vasto e diversificato con una funzione educativa e formativa i secondi. Rendere un museo o una biblioteca accoglienti per i bambini, con spazi adeguati ai più piccoli e alle mamme che allattano, rende questi luoghi accessibili e non ostili o lontani, per crescere con l'idea che siano luoghi di normale vita quotidiana in grado di dare risposta a bisogni e desideri “adatti a tutti”. Questo protocollo d'intesa è una tappa importante perché sancisce una collaborazione tra più soggetti e valorizza ulteriormente le attività che il Coordinamento regionale NpL Lombardia ha potuto realizzare negli ultimi anni proprio grazie ai finanziamenti regionali al progetto *Comunicare Nati per Leggere e l'offerta delle biblioteche ai bambini e alle loro famiglie*. L'intervento di C. Gamba si è concluso con la visione dello spot *La sua storia comincia dalle tue parole: leggere insieme, crescere insieme*, destinato alle proiezioni in tv (30”) o in sale cinematografiche (45”), che ha ottenuto il patrocinio della Fondazione Pubblicità Progresso.

La settimana nazionale Nati per Leggere

di Stefania Manetti

Dal 13 al 20 novembre 2016, con il #dirittoallestorie delle bambine e dei bambini #, si è svolta la settimana nazionale Nati per Leggere (NpL) in tutto il nostro Paese. A livello regionale e locale in ogni presidio Nati per Leggere si sono organizzati momenti di lettura e condivisione con i bambini e le famiglie, affinché questo diritto sia garantito prima di tutto in famiglia, e poi nei tanti altri luoghi frequentati dai bambini.

Nella settimana in cui cade la Giornata Internazionale dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Nati per Leggere ha aperto, come sempre, le porte dei tanti luoghi dove, con modalità diverse, si raggiungono le famiglie e i bambini che hanno, anche, il diritto alle storie: biblioteche, ambulatori pediatrici, punti lettura, consultori, centri vaccinali, librerie, scuole. Gli operatori del programma NpL hanno celebrato ancora di più, in questa settimana, il diritto alle storie per tutti, in ogni luogo dove NpL è entrato e si è radicato grazie alla passione di tanti e alla curiosità dei bambini. I destinatari, ma anche i promotori, del programma.

La settimana nazionale NpL nasce con l'obiettivo di poter garantire a tutti i bambini e le bambine il tempo da dedicare alle storie in famiglia, in tutte le famiglie, con spazi dedicati a libri di qualità e belli, che nutrono la mente. Libri da portare a casa e da leggere insieme.

Tutto questo con l'auspicio che a nessun bambino, ovunque nasca, sia negato il diritto a eque opportunità di sviluppo.

In questa settimana che oramai da tempo ci ricorda ogni anno, con sempre maggiore intensità, la forza di Nati per Leggere, è doveroso ringraziare tutti coloro che offrono il proprio tempo, con passione, studio e amore, a questo programma contribuendo alla sua crescita.

✉ www.natiperleggere.it

Giovanna Malgaroli ha inquadrato il programma Nati per Leggere nell'ambito dei programmi di promozione della lettura precoce (Bookstart, Reach out and read, Lire à Paris, Stiftung Lesen) che dagli anni Ottanta si sono diffusi in diversi Paesi, a sottolineare che la lettura nei primi anni di vita dei bambini è un'istanza ampiamente condivisa, motivata e sostenuta da organismi internazionali quali l'UNESCO, l'IFLA e l'OMS. Ha richiamato le finalità del programma: avvicinare i bambini, già nei primi mesi di vita, ai libri e alla lettura nel contesto familiare; sostenere i genitori nel loro compito educativo incentivando una positiva relazione tra adulto e bambino tramite la condivisione dei libri e della lettura; promuovere una cultura professionale di tutti coloro che si prendono cura dei bambini attenta ai biso-

gni di questi ultimi e delle famiglie mettendo al centro i libri e la lettura. Nati per Leggere ha un approccio che intende essere inclusivo e universale, cercando di raggiungere soprattutto le famiglie più povere di opportunità grazie alla rete di operatori e servizi che ne condividono gli obiettivi. Malgaroli ha richiamato i prodotti e le attività che il Coordinamento regionale NpL Lombardia ha realizzato dal 2011 con i contributi di Regione Lombardia e di 27 enti territoriali tra sistemi e province lombardi: oltre allo spot che è stato proiettato in sala e alle attività formative che hanno coinvolto in 4 anni un migliaio di persone, sono stati distribuiti locandine, segnalibri, pieghevoli in 13 lingue sui benefici della lettura e la brochure illustrata *I bebè amano i libri*. A questo si aggiunge una bibliografia di libri per bambini in età

prescolare in sette lingue (albanese, arabo, cinese, francese, inglese, rumeno e spagnolo), intitolata *Mamma lingua* e il passaporto delle bambine e dei bambini NpL Lombardia, finalizzato a promuovere l'iscrizione ai servizi bibliotecari dei bambini dai primi mesi di vita.

Stefano Taravella e Fiammetta Casali hanno salutato con favore il protocollo d'intesa con Regione Lombardia e Centro per la Salute del Bambino che prevede la diffusione dei Baby Pit Stop (BPS) nelle biblioteche e nei musei lombardi e che sancisce un'importante partnership tra istituzioni pubbliche e Unicef per promuovere l'allattamento al seno.

Il BPS prende il nome dalla nota operazione del "cambio gomme + pieno di benzina" che viene effettuata in tempi rapidissimi durante le gare automobilistiche di Formula Uno. Nei BPS il cambio riguarda il pannolino, e il "pieno" è di sano latte materno, ricco di nutrienti e di anticorpi.

«Se si rendesse disponibile un nuovo vaccino che prevenisse un milione o più di morti infantili all'anno, e che fosse oltretutto poco costoso, sicuro, somministrabile per bocca, e non richiedesse la 'catena del freddo', diventerebbe immediatamente un imperativo di salute pubblica» scrive J. Dobbing in *A Warm Chain for Breastfeeding* sulla prestigiosa rivista medica internazionale *The Lancet* (1994). *«L'allattamento al seno può fare questo e altro, ma richiede una sua 'catena calda' di sostegno – e cioè assistenza competente alle madri perché possano avere fiducia in se stesse e per mostrare loro cosa fare, e protezione da pratiche dannose. Se questa catena calda si è persa nella nostra cultura, o ha dei difetti, è giunto il tempo di farla funzionare.»*

L. Coppola e C. Gamba hanno concluso invitando i soggetti attivi sul territorio a pensare e progettare attività tese alla promozione della lettura e della salute, secondo i principi di benessere nella cultura, di multidisciplinarietà e intersettorialità.

✉ giovanna.malgaroli@gmail.com

Feriti dentro: tutelare i minori vittime di violenza



Il seminario “Feriti dentro: tutelare i minori vittime di violenza”, ideato e organizzato da Cira Stefanelli dall’Istituto Centrale di Formazione del Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità in collaborazione con l’Associazione Italiana Psicologia Giuridica (AIPG), si è tenuto a Roma nelle giornate del 7 e 8 luglio 2016 presso la suggestiva sede dell’istituto, con la consueta calda accoglienza che Cira sa offrire e con la competenza che ACP le ha già riconosciuto nel corso della sessione sugli adolescenti al Congresso di Cesena.

Il seminario, dai contenuti di alto livello, nato anche dall’esigenza di analizzare le più recenti normative in materia (Ratifica della Convenzione di Lanzarote L. 172/2012, D.L. del dicembre 2015 in attuazione della direttiva 2012/29/UE), ha esplorato, con l’aiuto di esperti e operatori del settore, le tante sfaccettature di un tema più che mai attuale: avvicinarsi al mondo delle vittime di violenza infatti, sia pur nell’ambito di un seminario, è questione estremamente complessa e delicata, e necessita di un approccio al tempo stesso rispettoso, scientifico e interdisciplinare. Le quattro sessioni di lavoro hanno affrontato altrettanti temi.

La prima, “*Le parole e i contesti della violenza*”, di ambito psico-sociale e medico, ha approfondito le attuali rappresentazioni sociali della violenza in diversi ambiti (le principali forme di violenza agite nella società, i modelli d’interpretazione dei comportamenti violenti nell’era della globalizzazione e della post-modernità), ha sottolineato il valore di protezione rappresentato da una buona rete sociale e dalla solidarietà di comunità e di quartiere,

ha analizzato i sistemi familiari ‘visibili e invisibili’, i principali elementi biologico-organici e comunicativo-relazionali.

La seconda sessione, “*La tutela dei diritti delle vittime minorenni*”, ha affrontato la posizione del minore vittima di violenza nella delicatissima fase dell’audizione, l’analisi della normativa europea sul tema in esame; ha interrogato gli esperti del settore sulla utilità di una figura di riferimento a tutela del minore vittima; ha introdotto l’approfondimento del rappresentante dell’Eurocef presso il Consiglio d’Europa con alcune proposte che mettono al centro il valore della formazione degli operatori e la costituzione di reti sempre più ampie e integrate fra rappresentanti della società civile e dei governi degli Stati membri.

Nella terza sessione, “*Il minore vittima: interpretazioni e criticità dei mandati*”, la tavola rotonda ha messo a confronto magistrati e professionisti coinvolti nelle diverse fasi del percorso di tutela dei minori vittime di violenza, con un’interessante centratura sui paradossi del sistema normativo e sulla necessità emergente di un chiarimento dei mandati e degli interventi riguardo al controverso dibattito sull’attivazione degli interventi di tutela e di assistenza per i minori vittime, con riguardo al coinvolgimento delle due magistrature implicate, la Procura Ordinaria e il Tribunale per i Minorenni. Hanno fatto eco, nel confronto su questo delicato tema, le riflessioni sul ruolo e sulla funzione delle figure del Tutore e del Curatore speciale per i minori vittime, e l’esigenza di un chiarimento della normativa vigente per una più completa assunzione di responsabilità e presa in carico delle vittime da parte dei Servizi.

Infine, nella seconda giornata di approfondimento, la quarta e ultima sessione del seminario, “*L’assistenza alle vittime: esperienze a confronto*”, ha inteso far dialogare le varie esperienze operative (Servizi della giustizia e del territorio, Comunità, ASL) nel campo dell’intervento, dell’assistenza e del supporto alle vittime minori, con l’esame di casi concreti e di prospettive integrate. La giornata si è conclusa con una sintesi e una riformulazione dei tanti preziosi contributi, e ha ribadito l’importanza di: 1. ri-conoscere/individuare situazioni di violenze, singole e collettive, strutturali o episodiche, attraverso una profonda conoscenza delle situazioni e degli indizi, per puntare sulla resilienza dei ragazzi, valorizzando le loro risorse per cercare ri-composizioni; 2. perseguire due strade principali nel lavoro professionale, quelle dell’innovazione e dell’integrazione; 3. investire per progettare, cioè sostenere le relazioni in contesti micro-sociali, ricostituire ambiti relazionali specifici, riflettere e rielaborare i dati di contesto e gli esiti delle progettualità; 4. puntare sulle équipes, quali ‘*articolazioni organizzative dinamiche*’; 5. creare forme di ri-collocazione dei vari interlocutori coinvolti, aprendo nuovi percorsi di alleanze nella frammentazione dei Servizi e creando ‘*Reti Mobili*’ che siano di supporto alla fatica quotidiana, ridando senso a percorsi di lavoro integrati.

Molto apprezzato, dai partecipanti al seminario, il *reading* serale nel parco dell’istituto sul tema della violenza ai minori a cura dell’attrice Laura Nardi (che ha adattato per l’occasione un racconto di Susanna Tamaro), accompagnata dal musicista Andrea Lattarulo alla viola da gamba.

FaD 2017

www.acp.it

Q ACP

- ✓ La tubercolosi nell'infanzia: cosa deve ancora sapere e saper fare il pediatra
M. Farneti, C. Farneti
- ✓ Algoritmo diagnostico delle anemie in età pediatrica
L. Sainati, R. Colombatti, F. Menzato, V. Muneretto M.C. Putti
- ✓ Segnali d'allarme in età pediatrica delle evoluzioni disarmoniche o psicopatologiche dell'età adolescenziale e adulta
L. Rinaldi
- ✓ Il bambino neglect: cosa deve sapere il pediatra
C. Berardi, A. Paglino
- ✓ Il trattamento di urgenza delle aritmie in età pediatrica
R. Paladini
- ✓ Dalla prevenzione alle nuove terapie: gestione condivisa del bambino con fibrosi cistica
G. Magazzù, C. Lucanto

• **Qualità elevata**
... senza sponsor

- **Problematicità**
- **Interattività**
- **Messa in pratica**

18
ECM*

Editoriale

- 1 Domanda e offerta
Enrico Valletta
- 2 Essere promotori, oltre che artefici della produzione di conoscenza
Federica Zanetto

Formazione a distanza

- 3 La tubercolosi nell'infanzia: cosa deve ancora sapere e saper fare il pediatra
Massimo Farneti, Carlotta Farneti

Infogenitori

- 11 La tubercolosi: un vecchio fantasma?
Stefania Manetti, Costantino Panza, Antonella Brunelli

Salute pubblica

- 12 Gravidanza, neogenitorialità e tossicodipendenza III. Aspetti psicologici e socio-sanitari nell'assistenza alla donna e nella tutela del neonato
Antonella Liverani, Teresa I. Ercolanese, Rita M. Pukvirenti, Enrico Valletta
- 15 Verso un Pronto Soccorso a dimensione di bambino
Luciano Pinto, Antonio Urbino, Riccardo Lubrano, Battista Guidi, Stefania Zampogna, Paolo Siani

Salute mentale

- 19 Promozione della matematica nei bambini in età prescolare
Intervista di Angelo Spataro a Maria Teresa Pantina

Forum

- 20 Denatalità: cause, conseguenze e possibili rimedi
Carlo Corchia

Osservatorio internazionale

- 23 Il Parlamento Britannico e le mutilazioni genitali femminili
Enrico Valletta

I primi mille

- 25 Investire nell'infanzia. La prospettiva economica e il caso italiano
Vittorio Daniele

Il punto su

- 31 Messaggi fuorvianti sull'introduzione precoce di alimenti allergizzanti
Adriano Cattaneo, Sergio Conti Nibali

Off side

- 34 La magia dello stare in pace procura occasioni di bellezza. La fiaba: una esperienza nella scuola primaria
Paola Dalle Pezze

Angolo della comunità

- 36 Alimentazione complementare dai 3-4 mesi e rischio di allergia: i risultati dell'EAT study

Vaccinacipi

- 37 Gli Amish e il morbillo
Franco Giovanetti

Film

- 38 Indivisibili: sceneggiata napoletana e tragedia

Libri

- 39 Parlare di ISIS ai bambini *Alberto Pellai, Edgar Morin*
- 39 Tutta un'altra scuola! Quella di oggi ha i giorni contati *Giacomo Stella*
- 40 L'alimentazione complementare responsiva. Una guida allo svezzamento per educatori e operatori sanitari dell'infanzia *Maurizio Iaia*
- 40 Il nome di Dio è Misericordia *Francesco*
- 40 Contro il mercato della salute *Iona Heath*

Lettere

- 42 Ipertensione

Info

- 44 Le leggi per proteggere l'allattamento sono inadeguate nella maggior parte dei Paesi
- 44 Il monitoraggio è essenziale per l'applicazione
- 44 UNICEF lancia il rapporto "La Condizione dell'Infanzia nel Mondo 2016"

Nati per Leggere

- 46 I bisogni dei bambini al centro delle politiche culturali e del welfare della Regione Lombardia
Giovanna Malgaroli

Congressi controluce

- 48 Feriti dentro: tutelare i minori vittime di violenza

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2017 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per il personale sanitario non medico e per i non sanitari. Il versamento può essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a Associazione Culturale Pediatri, Via Montiferru, 6 - Narbolia (OR) (indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota), oppure attraverso una delle altre modalità indicate sul sito www.acp.it alla pagina "Come iscriversi". Se ci si iscrive per la prima volta occorre compilare il modulo per la richiesta di adesione presente sul sito www.acp.it alla pagina "Come iscriversi" e seguire le istruzioni in esso contenute, oltre a effettuare il versamento della quota come sopra indicato. Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista bimestrale Quaderni acp, le pagine elettroniche di 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; a uno sconto sulla quota di abbonamento a Medico e Bambino (come da indicazioni sull'abbonamento riportate nella rivista); a uno sconto sulla quota di iscrizione al Congresso nazionale ACP. Gli iscritti possono usufruire di iniziative di aggiornamento e formazione. Potranno anche partecipare a gruppi di lavoro tra cui quelli su ambiente, vaccinazioni, EBM. Per una informazione più completa visitare il sito www.acp.it