

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

Il “rigoroso Corchia”: un ricordo di Carlo

[Editoriale, pag. 49](#)

Algoritmo diagnostico per l’anemia
in età pediatrica

[Formazione a distanza, pag. 53](#)

Vaccinazioni: tra il dire e il fare...

[Osservatorio internazionale, pag. 68](#)

Editorial

- 49 The "rigorous Corchia": in memory of Carlo
Dante Baronciani
- 50 Bella after 20 years
Maurizio Bonati
- 51 The Verona WHO center celebrates 30 years and becomes the international headquarters of the "Cochrane Global Mental Health"
Corrado Barbui, Marianna Purgato
- 52 FAD (at distance training) by *Quaderni acp*: which repercussions?
Michele Gangemi

Formation at a distance

- 53 Paediatric anemias diagnostic algorithm
Federica Menzato, Vania Munaretto, Raffaella Colombatti, Maria Caterina Putti, Laura Sainati

Info parents

- 62 A postman in "Ferrari Testarossa": information for parents on anemia
Stefania Manetti, Costantino Panza, Antonella Brunelli

Research

- 63 Tackling obesity in the Family Paediatrician's office
Vincenza Briscolio, Maria Stefania Bellesi, Irene Benaglio, Alessandra Buracci, Laura Imperadori, Ivanna Lascioli, Daniela Caminada, Barbara Corsi, Bruna Faletti, Barbara Fogazzi, Giuseppe Marchese, Pietro Minini, Elio Tironi, Ettore Tomagra, Danilo Viggiani, Claudia Pastorelli, Genny Poetini, Tiziana Torri, Stefano Poli, Rita Tanas

A window on the world

- 68 Vaccinations: between words and deeds...
Stefania Manetti

The first thousand days

- 70 The big bet
Gigi Di Fiore

Learning from a case

- 72 A persistent fever with elevated inflammatory markers
Martina Rezzuto, Andrea Smarrazzo, Carla Russo, Marta Lamba, Paolo Siani

Keep an eye on skin

- 75 Strange blue spots on the trunk
Iria Neri

The child and the legislation

- 76 Civil Union: do we know everything?
Augusta Tognoni

Il punto su

- 77 The Royal College of Paediatrics and Child Health and funding by the formula industry
Adriano Cattaneo
- 79 Contributions of industries and conflicts of interest: an update
Costantino Panza
- 80 Verification of chromatic perception in children using the HRR test
Elena Cattaneo, Alessio Facchin, Silvio Maffioletti

Personal accounts

- 84 A place where childhood exists
Teresa Mariano Longo

Vaccinacipi

- 87 True or false epidemic?
Franco Giovanetti

89 Movies

90 Books

92 Info

The world of postgraduate

- 94 Young doctors in UK: land of exodus or counter-exodus?
Naire Sansotta, Fabio Capello

Meeting synopsis

- 96 GenitoriPiù... from theory to practice
Leonardo Speri, Lara Simeoni

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
Franco Giovanetti
Naire Sansotta
Italo Spada
Augusta Tognoni

Presidente ACP

Federica Zanetto

Progetto grafico ed editing

Studio Oltrepagina, Verona

Programmazione web

Gianni Piras

Indirizzi

Amministrazione:
Via Montiferru, 6
09070 Narbolia (OR)
tel./fax 078 57024
Direzione: Via Ederle 36
37126 Verona
migangem@tin.it
Ufficio soci: Via G. Leone, 24
07049 Usini (SS)
cell. 392 3838502, fax 1786075269
ufficioci@acp.it
Stampa: Cierre Grafica
via Ciro Ferrari, 5
Caselle di Sommacampagna (VR)
www.cierrenet.it

Internet

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

Redazione

redazione@quaderniacp.it

NORME REDAZIONALI PER GLI AUTORI

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

- Negli articoli di ricerca, testo e riassunto vanno strutturati in Obiettivi, Metodi, Risultati, Conclusioni.
- I casi clinici per la rubrica "Il caso che insegna" vanno strutturati in: La storia, Il percorso diagnostico, La diagnosi, Il decorso, Commento, Cosa abbiamo imparato.
- Tabelle e figure vanno poste in pagine separate, una per pagina. Vanno numerate, titolate e richiamate nel testo in parentesi tonde, secondo l'ordine di citazione.
- Scenari secondo Sakett, casi clinici ed esperienze non devono superare i 12.000 caratteri, spazi inclusi, riassunti compresi, tabelle e figure escluse. Gli altri contributi non devono superare i 18.000 caratteri, spazi inclusi, compresi abstract e bibliografia. Casi particolari vanno discussi con la redazione. Le lettere non devono superare i 2500 caratteri, spazi inclusi; se di lunghezza superiore, possono essere ridotte dalla redazione.
- Le voci bibliografiche non devono superare il numero di 12, vanno indicate nel testo fra parentesi quadre e numerate seguendo l'ordine di citazione. Negli articoli della FAD la bibliografia va elencata in ordine alfabetico, senza numerazione.
- Esempio: Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. *Quaderni acp* 2000;5:10-4. Nel caso di un numero di autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura et al. Per i libri vanno citati gli autori secondo l'indicazione di cui sopra, il titolo, l'editore, l'anno di edizione.
- Gli articoli vengono sottoposti in maniera anonima alla valutazione di due o più revisori. La redazione trasmetterà agli autori il risultato della valutazione. In caso di non accettazione del parere dei revisori, gli autori possono controdedurre.
- È obbligatorio dichiarare l'esistenza di un conflitto d'interesse. La sua eventuale esistenza non comporta necessariamente il rifiuto alla pubblicazione dell'articolo.

IN COPERTINA

Il gruppo, di M. Francesconi, Concorso fotografico "Pasquale Causa", 2016

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



Il “rigoroso Corchia”: un ricordo di Carlo



Dante Baronciani

Neonatologo

Il “rigoroso Corchia”: così fu definito Carlo, in un editoriale su *Medico e Bambino*, da Franco Panizon, in relazione a un vivace confronto tra il gruppo di Epidemiologia Pediatrica della SIP (di cui Carlo era segretario) e un gruppo di amici triestini che avevano sottoposto alla discussione un loro progetto di ricerca.

Si, Carlo Corchia era rigoroso, sia nell’ambito professionale sia nelle scelte di vita.

Chi abbia avuto occasione di dialogare con lui, qualunque fosse l’oggetto della discussione (scientifico, etico, politico, sociale), ha potuto verificare che due erano gli elementi costanti del suo modo di confrontarsi: il riferimento a un sistema valoriale e il metodo di analisi. I suoi giudizi potevano essere a volte spiazzanti, inattesi, non condivisibili, ma gli argomenti portati a supporto erano tali da far sì che, dopo ogni confronto, si fosse costretti a riflettere, a prendere in considerazione aspetti che non erano apparsi evidenti prima di quel dialogo. Il rigore in lui si accompagnava a una grande capacità di riflettere sul proprio operato: era rigoroso prima di tutto con se stesso e ciò gli dava il diritto di essere rigoroso con gli altri.

Il termine “rigoroso” è assai lontano da quello di “rigido”. La rigidità non apparteneva a Carlo, non poteva appartenergli perché agli antipodi della sua curiosità culturale, del suo perenne coltivare il dubbio.

Per quanto riguarda quest’ultimo punto si veda, a titolo di esempio, quanto esposto da Carlo nel 1998 circa l’Evidence Based Medicine (EBM). A quell’epoca, il riconoscimento dell’EBM quale paradigma di riferimento nel confronto scientifico avrebbe potuto essere rivendicato da Carlo come il risultato del proprio impegno negli anni precedenti, quando era stato tra i promotori, in Italia, della formazione all’epidemiologia clinica in ambito pediatrico. Viceversa, il suo coltivare il dubbio lo portava a un’analisi critica, in cui egli sottolineava il “... *timore che l’EBM, invece di costituire un fondamento della moderna medicina clinica, diventi un corpo separato, assimilabile a una delle tante branche specialistiche, con i propri esperti, il proprio gergo e con lo scopo principale di autoriprodursi*” e ancora “... *il rischio di cadere in un nuovo autoritarismo scientifico in cui i ruoli di chi cercherà la migliore evidenza e fornirà le linee guida e di chi sarà chiamato ad applicarle saranno separati, è molto alto*”. Il tempo ha dato ragione a quei dubbi e a distanza di più di quindici anni i temi sollevati da Carlo con grande preveggenza sono diventati oggetto di un dibattito a livello internazionale.

La sua curiosità culturale è testimoniata dall’ampia gamma dei suoi interessi, dalla sua capacità di approfondire temi solo apparentemente distanti tra loro. È stato un neonatologo che, lungi dal considerarsi un semplice rianimatore del neonato, ha esplorato tutti gli orizzonti. Alcuni esempi:

- ha cercato costantemente di valutare i fattori di rischio che potessero essere oggetto di interventi di prevenzione. Negli anni è stata costante l’analisi del ruolo delle disuguaglianze sociali, con particolare attenzione alla differente mortalità perinatale e infantile tra Sud e Nord del Paese; un impegno che lo portò, nel 1994, all’organizzazione del primo convegno, in ambito pediatrico italiano, sulle disuguaglianze dell’infanzia. La costante attenzione all’ambito perinatale, che significa non limitare i propri interessi a ciò che avviene dopo la nascita, l’ha portato

negli ultimi anni a impegnarsi (nell’ambito dell’ICBD, Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects and Prematurity) affinché gli interventi efficaci di prevenzione preconcezionale fossero adottati da tutti i professionisti coinvolti (<http://www.pensiamociprima.net>);

- ha analizzato i dati per cercare una risposta ai problemi della pratica clinica, senza avere come obiettivo principale la pubblicazione di un articolo, ma la comprensione di eventi al fine di migliorare l’assistenza neonatale. In questo senso vanno intesi sia il costante interesse alle statistiche vitali (quanti di noi si sono formati sul piccolo volume del Pensiero Scientifico che lo aveva visto tra gli autori!) sia il suo contributo all’Italian Neonatal Network (branca italiana del più grande registro internazionale sulla nascita pretermine, il Vermont Oxford Network) e a uno dei maggiori studi italiani su una coorte di nati pretermine (ACTION, Accesso alle Cure e Terapie Intensive Ostetriche e Neonatali);
- si è domandato quale organizzazione sanitaria fosse in grado di trasformare le conoscenze acquisite nell’ambito clinico in prassi quotidiana. Se da un lato è stato protagonista di un importante studio sui volumi di attività e carichi di lavoro infermieristici nei centri italiani di Terapia Intensiva Neonatale, dall’altro si è misurato, nell’ultimo periodo, nella progettazione concreta di un polo assistenziale per bambini e adolescenti nel Salento (<http://www.triacordaonlus.it>).

Questa molteplicità di interessi, d’altro canto, non è mai stata sinonimo di superficialità. In un periodo caratterizzato da affermazioni semplicistiche, Carlo amava affrontare la complessità, in qualsiasi campo. Certo, in molti ambiti, le sue capacità e competenze gli permettevano di semplificare, a fini didattici, temi complessi, senza mai cadere nel semplicismo. Si rileggano i forum, da lui diretti su questa rivista, e si comprenderà la sua volontà (e capacità) di affrontare i diversi aspetti di un tema, facilitando il confronto tra diversi punti di vista e diverse discipline (a volte distanti dall’ambito medico). Erano queste doti che hanno fatto sì che molti di noi, praticamente suoi coetanei, guardassero a Carlo come a un maestro.

Il rammarico è che a Carlo non sia stato permesso di completare la carriera universitaria (la valutazione dei candidati non può avvenire solo sulla base degli articoli pubblicati e delle citazioni degli stessi!). Un rammarico pensando a quanti giovani avrebbero potuto approfittare della ricchezza del pensiero e del sapere di Carlo, a quanto il suo esempio avrebbe consentito loro di essere professionisti costantemente tesi a rivedere il proprio operato.

In un autoscatto su questa Rivista, alla domanda “il tempo che dedichi allo studio” rispondeva “sempre troppo poco” e alla successiva “l’argomento che più ti appassiona” rispondeva “quello di cui non so niente o quasi”. Questo è Carlo Corchia.

Al mondo pediatrico ed epidemiologico mancherà immensamente il suo contributo culturale e a chi, come me, gli è stato amico fraterno, anche la possibilità di un dialogo con un uomo coerente, pulito, ricco di passione e intelligenza.

Bella 20 anni dopo



Maurizio Bonati

Dipartimento di Salute Pubblica, IRCCS-Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

Moltiplicatore di buone pratiche

Il compito non finito:

Ancora avanti,

Sceveri di certezze

Cerchiamo ancora l'origine dell'arcobaleno ...

E ancora ...

E ancora amor ci guida:

Alla faccia di chi si è spento!

SERGIO DAVICO

Valutare gli esiti di un intervento, sia a breve che a distanza di tempo, è caratteristica essenziale della metodologia scientifica. Caratteristica della scienza moderna, elemento essenziale della medicina da sempre. In politica o nelle scienze umanistiche la valutazione degli esiti, in particolare quelli a distanza, è affidata agli storici: è attività "altra" e di "altri". Per il medico il postulare ipotesi e verificarne l'appropriatezza è parte essenziale del percorso diagnostico-terapeutico che intraprende con ciascun paziente (fare ricerca nella pratica); la valutazione degli esiti è parte della quotidianità, del suo operare "secondo scienza e coscienza". È (anche) per questa ragione che a vent'anni esatti di distanza ci si è ritrovati per una valutazione collegiale, amicale, informale, ma seria, dell'esito a distanza del per-Corso Bella nella pratica di 19 dei 22 partecipanti. Le caratteristiche (uniche) del per-Corso si possono rileggere su *Quaderni*, archivio e patrimonio storico dell'Associazione Culturale Pediatri, ma anche strumento di in-formazione [1].

A cinquant'anni dalla pubblicazione di *Lettere a una professoressa* [2], rileggere oggi la raccolta di articoli prodotti nell'ambito del per-Corso [3-7] rimanda a riflessioni di comunanza che non sono forzature della memoria. Bella è stata un'esperienza educativa tra pari, alternativa ai percorsi tradizionali della formazione pediatrica, contro il modello del "Pierino del dottore" [2] che perpetua ancor oggi nella formazione medica, e in particolare in quella delle cure primarie. Come per i ragazzi di Barbiana anche per i 22 "ragazzi" di Bella il motto (forse inconsapevole) era *I Care*, "mi sta a cuore". Un per-Corso autofinalizzato, non solo economicamente, in cui le risorse e i contributi di tutti i partecipanti (allievi, docenti, organizzatori, animatori) sono stati messi in comune nell'arco di un anno e hanno contribuito a procedere e rinforzarsi nella vita professionale e forse non solo, come testimoniato durante l'incontro.

"Misurarsi con la ricerca nella pratica" è stato il leitmotiv di Bella, rimandando alla curiosità e al gioco come elementi essenziali del per-Corso che ha spaziato dalla fotografia al cinema, dal fumetto alla musica classica per stimolare sguardi ampi, contesti diversi e complessi dove i bambini vivono e gli esperti pediatri ne garanti-

scono la salute in modo appropriato. Il senso di una formazione (continua) che ha nelle domande importanti la produzione di risposte (Ricerca) determinate dagli esiti (Pratica).

Cosa ha prodotto la Barbiana milanese? Bella ha contribuito a indirizzare scelte e attitudini professionali, consapevoli che non tutti devono essere ricercatori, ma che giocare a fare il ricercatore è utile per essere un medico migliore. Poco più della metà dei partecipanti sono stati attivi promotori di ricerca a livello locale e hanno partecipato a significativi studi collaborativi nazionali e di rilevanza internazionale [8-11]. Gli esiti del per-Corso sono stati quindi positivi per i partecipanti, ma anche per chi ha poi potuto beneficiare del loro lavoro (assistiti, colleghi, e non solo).

I bisogni di salute permangono; le iniquità si accentuano; la ricerca con i bambini genera risposte appropriate; ... i principi di Bella sono ancora attuali [12]. Avanti!

✉ maurizio.bonati@marionegri.it

1. Bonati M. Formare(si) alla ricerca è un investimento. *Quaderni acp* 1999;6:7 e 12.
2. Milani L (a cura di). Lettera a una professoressa. Firenze: Libreria Editrice Fiorentina, 1996.
3. Siracusano MF, Conti Nibali S, Puliafito A, Busà A. La vaccinazione antimorbillosa a Messina fra pediatri e servizi. *Quaderni acp* 1999;6:10-2.
4. Gangemi M, Lubrano P. Indagine sul comportamento diagnostico terapeutico del pediatra di base di fronte al bambino con enuresi notturna. *Quaderni acp* 1999;6: 11-3.
5. Brivio L. Le consulenze specialistiche al pediatra di libera scelta. *Quaderni acp* 2000;7:10-4.
6. Nova A, Sala E. L'obesità nella pratica ambulatoriale. *Quaderni acp* 2000;7:12-4.
7. Cazzato T. Profili prescrittivi dei farmaci in pediatria di base. *Quaderni acp* 2001;8:10-2.
8. Cazzato T, Pandolfini C, Campi R, Bonati M; ACP Puglia-Basilicata Working Group. Drug prescribing in out-patient children in Southern Italy. *Eur J Clin Pharmacol* 2001;8:611-6.
9. Marchetti F, Ronfani L, Conti Nibali S, Tamburini G; Italian Study Group on Acute Otitis Media. Delayed prescription may reduce the use of antibiotics for acute otitis media: a prospective observational study in primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;7:679-84.
10. Marchetti F, Bua J, Tornese G, Piras G, Toffol G, Ronfani L; Italian Study Group on Undescended Testes. Management of cryptorchidism: a survey of clinical practice in Italy. *BMC Pediatr* 2012;12:4.
11. Clavenna A, Sequi M, Cartabia M, Fortinguerra F, Borghi M, Bonati M, on Behalf of the ENBe Study Group. Effectiveness of Nebulized Beclomethasone in Preventing Viral Wheezing: An RCT. *Pediatrics* 2014;133:e505-12.
12. Editorial. Strengthening clinical research in children and young people. *Lancet* 2015;385:2015.

Il Centro OMS di Verona celebra 30 anni e diventa sede internazionale del “Cochrane Global Mental Health”



Corrado Barbui*, Marianna Purgato**

*Direttore, Centro OMS per la Ricerca in Salute Mentale, Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Sezione di Psichiatria, Università di Verona; **Centro OMS per la Ricerca in Salute Mentale, Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Sezione di Psichiatria, Università di Verona

Il “Centro Collaboratore dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la Ricerca e la Formazione in Salute Mentale e Valutazione dei Servizi” della Sezione di Psichiatria dell’Università di Verona celebra quest’anno i suoi 30 anni dalla fondazione. La designazione di “Centro Collaboratore” è stata attribuita, infatti, nel 1987 sulla base di un processo di valutazione delle attività didattiche e assistenziali, della produzione scientifica e della rilevanza per l’OMS delle ricerche e della formazione svolte. Dal febbraio di quell’anno, il centro di Verona ha mantenuto questo ruolo all’interno dell’OMS, rivestendo incarichi di prestigio e collaborando a progetti che hanno influito sulle politiche sanitarie in termini di salute mentale su scala internazionale.

Nel 1996 il Centro OMS di Verona ha cambiato nome aggiungendo una qualifica specifica al tipo di collaborazione. Da allora si chiama ufficialmente “Centro Collaboratore OMS per la ricerca e la formazione in salute mentale e per la valutazione dei servizi”. Questo nome sta proprio a sottolineare l’ambito specifico di collaborazione che il Centro di Verona ha con l’importante istituzione sanitaria con sede a Ginevra. Obiettivo primario del Centro OMS di Verona è quello di fornire supporto scientifico nel promuovere e valutare programmi orientati a migliorare la qualità dell’assistenza psichiatrica nei Paesi in via di sviluppo e nei contesti economici svantaggiati.

Dato il rigore con cui la sede centrale dell’OMS di Ginevra valuta – ogni quattro anni – l’operato scientifico dei Centri Collaboratori, in Italia vi sono solo tre Centri OMS per la salute mentale e quello di Verona è l’unico al mondo designato alla valutazione dei servizi in questo campo. Dalla tradizione di ricerca in farmacologia con studi condotti con approccio critico alla centralità dei percorsi di riabilitazione, con una forte attenzione alla dimensione etica del fare ricerca in un’ottica di sanità pubblica, il lavoro del Centro ha consentito di fare grandi passi avanti per migliorare la qualità della vita delle persone con malattie mentali e delle loro famiglie. Il Centro partecipa anche a numerosi progetti internazionali, tra cui l’mhGAP “Mental Health Gap Action Programme”, che ha l’obiettivo di colmare il divario esistente tra le evidenze disponibili sull’efficacia degli interventi e le pratiche ancora oggi troppo arretrate in molti contesti assistenziali del mondo. È, inoltre, impegnato nell’implementazione a livello globale del “Mental Health Action Plan 2013-2020”, un piano di azioni orientate alla promozione della salute mentale e alla prevenzione, trattamento e riabilitazione delle principali patologie psichiatriche [1,2].

Sulla base di questa attenzione alla salute mentale “globale” e alla sua storica tradizione nel produrre e implementare evidenze scientifiche a livello internazionale, il Centro diverrà da quest’anno la sede di una nuova entità Cochrane, denominata “Cochrane Global Mental Health” (CGMH), che si pone come trasversale a tutti e cinque i gruppi Cochrane che già lavorano nell’ambito della salute mentale (che hanno sede in diversi Paesi del mondo), inclusa l’area che riguarda il bambino e l’adolescente. La Cochrane è la più autorevole istituzione mondiale che si occupa della sintesi di evidenze scientifiche, e l’obiettivo del CGMH di Verona si articola su tre livelli: 1) supporta-

re la produzione di revisioni sistematiche focalizzate specificamente sulla salute mentale nei Paesi del mondo definiti a basso e medio reddito; 2) supportare la disseminazione, l’accesso e l’uso delle evidenze scientifiche anche nei contesti socio-economici svantaggiati, dove spesso i professionisti della salute non hanno accesso diretto a questi strumenti; 3) fornire al personale sanitario che opera localmente in questi contesti formazione scientifica relativa alla sintesi delle evidenze, al loro significato clinico, e alla loro implementazione nel contesto locale [3,4]. Alla base di questo lavoro vi sono i principi della ricerca pragmatica, realmente calata nella pratica clinica quotidiana; l’approccio terapeutico integrato e attento alle diverse fasi dello sviluppo della persona; l’attenzione ai fattori contestuali, inclusi tradizioni locali e aspetti culturali; e l’atteggiamento consapevole e critico nei confronti delle evidenze. Il tutto all’interno di una dimensione di sanità pubblica in cui hanno importanza non solo il trattamento dei disturbi mentali ma anche la prevenzione del disagio psichico e la promozione del benessere.

Come principio generale, il CGMH intende sviluppare un approccio di “mutuo apprendimento” tra gli operatori della salute che lavorano in diversi contesti internazionali, e coinvolgere attivamente nelle sue attività scientifiche i professionisti che di fatto vivono e lavorano in contesti socio-economici svantaggiati, così da valorizzare il loro punto di vista mantenendo una prospettiva che sia realmente “globale” e non solo occidentale. Il Centro OMS di Verona sarà la sede e il coordinatore delle attività scientifiche del CGMH. In aggiunta, istituirà un “Advisory board” composto da un panel di esperti internazionali – anche di politica sanitaria – provenienti da Paesi del mondo a basso e medio reddito, i quali avranno un ruolo attivo nel fornire input strategici, nell’orientare la sintesi delle evidenze, e nello sviluppo di un pensiero critico.

L’inaugurazione del CGMH di Verona avverrà in occasione del congresso internazionale organizzato dal Centro OMS per i suoi 30 anni, intitolato “Evidence-based medicine for global mental health: opportunities and challenges”. L’evento avrà luogo il 21 aprile 2017 nell’aula magna del policlinico di Verona, e prevede la partecipazione dei massimi esperti mondiali che lavorano nell’ambito della salute mentale a livello globale, nonché i rappresentanti dell’OMS di Ginevra.

✉ marianna.purgato@univr.it

1. Dua T, Barbui C, Patel AA, et al. Discussion of the updated WHO recommendations for mental, neurological, and substance use disorders. *Lancet Psychiatry* 2016;3:1008-12.
2. Saraceno B, Barbui C. Global mental health: achievements, concerns and (unanswered) questions. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016;25:493-4.
3. Barbui C, Purgato M, Churchill R, et al. Cochrane for global mental health. *Lancet Psychiatry* 2017; in press.
4. Barbui C, Purgato M, Churchill R, et al. Evidence-based medicine for global mental health: role and mission of a new Cochrane initiative. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; in press.

La FAD di *Quaderni acp*: quale ricaduta?



Michele Gangemi

Direttore di *Quaderni acp*

Si è conclusa anche la quarta edizione della FAD di *Quaderni acp*, con un gradimento lusinghiero sia per la qualità formativa che per la rilevanza degli argomenti trattati (Figure 1, 2).

Il numero degli iscritti (260) è rimasto stabile dallo scorso anno, nonostante il lieve rincaro della quota di iscrizione dopo i primi 3 anni e per questo desideriamo ringraziare soci e lettori.

Il nostro target è rappresentato dai pediatri di famiglia e ospedalieri/universitari di aree non superspecialistiche. Anche i medici di medicina generale (MMG) e di continuità assistenziale si sono aggiunti recentemente. I bambini del resto possono essere in carico dai 6 anni ai MMG e vengono visti in condizioni di urgenza dai medici di continuità assistenziale. L'attenzione al contesto in cui vengono erogate le cure pediatriche è necessaria quando si valuta la rilevanza degli argomenti proposti in relazione al proprio profilo professionale. In un'ottica sistemica non possiamo limitarci ai bisogni di una sola categoria, ma prevedere una formazione che rispecchi il reale percorso di cura. Potrà quindi succedere che un argomento interessi maggiormente il territorio piuttosto che l'ospedale o viceversa, ma la visione sistemica del percorso di diagnosi e cura porta a superare il rischio di una frammentazione degli interventi.

La nuova organizzazione delle cure pediatriche, che dovrebbe sempre di più andare verso un vero lavoro di gruppo e la individuazione di percorsi condivisi tra ospedale e territorio, impone una riflessione sulla reale ricaduta di una formazione fatta in solitudine. Nel suo commento al sondaggio sulla formazione a distanza (*Ricerca e Pratica* 2016;32:277-9), R. Buzzetti afferma che "la FAD rischia dunque di perpetuare la solitudine che purtroppo caratterizza la vita professionale di molti, soprattutto dei medici e pediatri di famiglia".

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua parla espressamente di dossier formativo di gruppo. I fabbisogni formativi andrebbero definiti in base ai vigenti accordi tra Stato e Regioni e il ruolo della struttura pubblica dovrebbe essere fondamentale nel sostenere il piano formativo. Si afferma anche che: "il dossier formativo di gruppo è una opportunità per favorire nelle diverse organizzazioni uno strumento facilitante la programmazione e pianificazione professionali nei gruppi, nella logica di aumentare l'integrazione e la ricaduta formativa nel gruppo a beneficio della salute della collettività". In linea di principio è tutto condivisibile.

Ma come si pensa di formare medici e infermieri senza investimenti?

Cosa possiamo fare nel nostro piccolo a fronte della latitanza del Sistema Sanitario Nazionale rispetto a una formazione trasparente e rispondente ai bisogni reali del sistema?

La FAD di *Quaderni acp* si caratterizza per l'assenza di sponsor e il provider (Accademia Nazionale di Medicina) ci conferma che siamo un esempio pressoché unico per quanto a loro conoscenza.

Sembra impossibile pensare a una formazione senza l'intervento della Industria Farmaceutica a meno che una Associazione Culturale o Società Scientifica non si faccia carico degli inevitabili costi. La realtà dell'ACP, sia per il codice etico di cui si è dotata che per il numero di iscritti, ci permette di poter coprire i costi e di trarne anche un guadagno che viene reinvestito nella rivista.

Contiamo sul vostro sostegno e vi proponiamo di utilizzare la FAD non solo "nella solitudine", ma anche nei numerosi gruppi locali. La nostra proposta è di cercare di attuare nelle varie realtà locali un vero cambiamento di sistema a partire dai dossier della FAD.

Ogni gruppo potrebbe individuare un argomento di quelli trattati e cercare, dopo un confronto tra ospedale e territorio rispetto alle novità emerse e alle criticità locali, di realizzare il cambiamento richiesto. Penso per esempio al dossier sulle piastrinopenie, ben lontano dall'essere messo in pratica in molti contesti, in quanto richiede una completa revisione della gestione del problema da parte sia dell'ospedale che del territorio. In tutto questo non possiamo trascurare il bambino e la sua famiglia su cui ricadono le nostre scelte in termini di preoccupazioni e di limitazione dell'attività fisica e dello stile di vita in generale.

Non è un caso che ogni argomento sia corredato dall'informazione per i genitori proprio per chiudere il cerchio in termini di salute della collettività.

L'impianto della FAD di *Quaderni acp* attraverso i casi didattici, magistralmente curati da Laura Reali, permette poi di trasformare le conoscenze in competenze, e questo aiuta la ricaduta pratica del cambiamento del singolo.

Questa nuova modalità di usufruire della FAD potrebbe rispondere alle giuste paure di R. Buzzetti circa la solitudine del pediatra, ma anche stimolare la parte pubblica di fronte a una latitanza

non più tollerabile rispetto a una formazione in chiave sistemica come peraltro auspicato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua. Solo una formazione adeguata può essere lo strumento per un cambiamento nel modo di lavorare.

Vi ringraziamo per i vostri riscontri positivi e vi invitiamo a far conoscere e condividere con tutti i lettori le nuove esperienze portate avanti dai gruppi locali a partire dalla FAD 2017 che speriamo sia sempre all'altezza delle vostre aspettative.

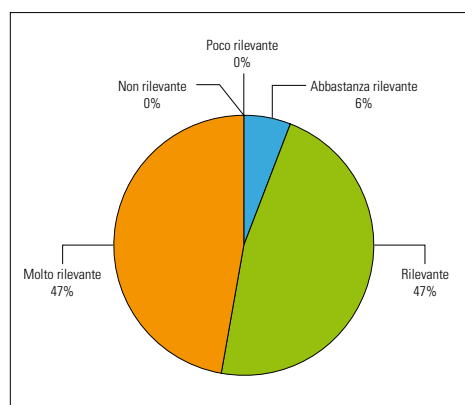


Figura 1. Rilevanza degli argomenti.

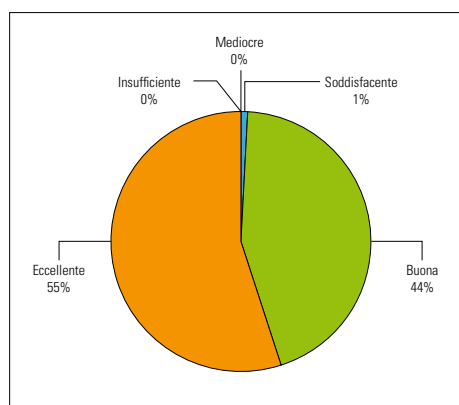


Figura 2. Qualità formativa.

✉ migangem@tin.it



Algoritmo diagnostico per l'anemia in età pediatrica

Federica Menzato, Vania Munaretto, Raffaella Colombatti, Maria Caterina Putti, Laura Sainati

Clinica di Onco-Ematologia Pediatrica, Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino, Azienda Ospedaliera-Università di Padova

Introduzione

Definizione

L'anemia è un condizione di frequente riscontro in età pediatrica, ed è caratterizzata da valori dell'emoglobina (Hb) o dell'ematocrito (Hct) inferiori di almeno 2 deviazioni standard ai valori medi per età e sesso (Tabelle 1-3).

Segni e sintomi più frequenti

I segni e i sintomi dell'anemia sono legati alla ridotta capacità di trasporto dell'ossigeno nei diversi distretti corporei e all'instaurarsi di meccanismi di compenso, che sono rispettivamente direttamente proporzionali alla gravità della condizione e alla velocità con cui si instaura l'anemia stessa. Comprendono: letargia, pallore e tachicardia, ma anche irritabilità e ridotto appetito.

Un meccanismo emolitico è suggerito dalla presenza di subittero sclerale, ittero franco, urine ipercromiche ed epatosplenomegalia. Segni e sintomi di sanguinamento (es. del tratto gastrointestinale) possono accompagnare un'anemia da perdita ematica.

Durante la visita è importante porre maggiore attenzione alle misure antropometriche (eventuale rallentamento della crescita),

soffi cardiaci di nuova insorgenza, splenomegalia, deformazioni ossee (talassemia), malformazioni congenite, deficit neurologici, ragadi labiali, coilonichia (indice di sideropenia cronica).

Esami di laboratorio di I livello

Gli esami di primo livello che permettono di intraprendere uno specifico algoritmo diagnostico sono: emocromo, reticolociti, bilirubina indiretta e striscio periferico.

L'emocromo rappresenta il cardine principale nell'iniziale valutazione, e tutti i parametri devono essere presi in considerazione per una valutazione complessiva. Ciascun valore deve essere confrontato con il range di normalità per età, sesso ed età gestazionale in caso di anemia neonatale (Tabelle 1-3).

L'emocromo permette di valutare:

- Hb (emoglobina) e Hct (ematocrito);
- MCV (volume corpuscolare medio): esprime il volume medio degli eritrociti nel campione di sangue. Nei neonati pretermine il valore di MCV aumenta con il diminuire dell'età gestazionale. L'MCV è un parametro fondamentale per la classificazione delle anemie in:
 - Microcitica se MCV < 2,5° percentile per età, sesso ed etnia (<70-78 fl)

- Normocitica se MCV è tra 2,5 e 97,5° percentile per età, sesso ed etnia (tra 70 e 96 fl)
- Macrocitica se MCV > 97,5° percentile per età, sesso ed etnia (>84-96 fl)
- Megaloblastica se MCV >100 fl

In generale nel bambino oltre i 6 mesi la microcitosi si definisce se il diametro dell'eritrocita è <70 fl e la macrocitosi quando il diametro è >100 fl;

- MCHC (concentrazione di emoglobina corpuscolare media): corrisponde al rapporto tra Hb e Hct. In base al valore di MCHC le anemie possono essere classificate in:
 - ipocromiche se MCHC <32 g/dl
 - normocromiche se MCHC è tra 33 e 34 g/dl
 - ipercromiche se MCHC > 35 g/dl;
- RDW (volume di distribuzione degli eritrociti): è una misura quantitativa della variabilità di dimensioni degli eritrociti (nello specifico l'ampiezza della curva dei volumi dei globuli rossi, GR); i valori normali si aggirano tra 12 e 14%. Un aumento di RDW è indicativo di anisocitosi (popolazioni eritrocitarie con diversi volumi). Questo parametro può, in caso non sia disponibile lo striscio periferico, dare informazioni utili riguardo

TABELLA 1. Valori ematologici di riferimento in età pediatrica

Età	Emoglobina (g/dl)		Ematocrito (%)		MCV (fl)		Reticolociti (%)
	Media	Limite inferiore*	Media	Limite inferiore*	Media	Limite inferiore*	
1-3 giorni (neonato a termine)	18,5	14,5	56	45	108	95	3-7
1 mese	14,0	10,0	43	31	104	85	0,1-1,7
2 mesi	11,5	9,0	35	28	96	77	0,1-1,7
3-6 mesi	11,5	9,5	35	29	91	74	0,1-1,7
6 mesi-2 anni	12,0	11,0	36	33	78	70	0,7-2,3
2-6 anni	12,5	11,5	37	34	81	75	0,5-1,0
6-12 anni	13,5	11,5	40	35	86	77	0,5-1,0
12-18 anni (Femmine)	14,0	12,0	41	36	90	78	0,5-1,0
12-18 anni (Maschi)	14,5	13,0	43	37	88	78	0,5-1,0

MCV = volume corpuscolare medio.

*Limite inferiore minore di 2 deviazioni standard rispetto alla media.

Dallman PR, Siimes MA. Percentile curves for hemoglobin and red cell volume in infancy and childhood. *J Pediatr* 1979;94:26-31.

alla morfologia dei GR ed è tipicamente aumentato in associazione a ipocromia nelle anemie sideropeniche.

L'emocromo ci permette anche di valutare leucociti e piastrine, e quindi di distinguere tra anemia isolata e anemia associata ad alterazioni di altre linee cellulari, come è illustrato nell'algoritmo in **Figura 1**.

La conta reticolocitaria, in particolare il numero assoluto dei reticolociti, rappresenta un indice dell'attività eritropoietica del midollo osseo in risposta all'anemia. Il numero assoluto dei reticolociti si ottiene calcolando il rapporto tra percentuale di reticolociti e numero di GR totali. Il range di normalità per ARC è: 40-60.000/ μ l (<2 aa: 25-50.000/ μ l). In caso di anemia, un valore basso o normale di ARC generalmente indica un'inappropriata risposta eritropoietica midollare. Nella diagnosi di anemia deve sempre essere considerato il numero assoluto dei reticolociti, il valore percentuale non è altrettanto informativo.

La bilirubina totale e frazionata (\uparrow bilirubina indiretta) e gli altri indici di emolisi (LDH, aptoglobina) permettono di individuare le forme di anemia da aumentata distruzione delle emazie.

Lo striscio periferico permette di rivelare particolari anomalie cellulari che consentono di identificare le specifiche cause di anemia o orientano nella diagnosi differenziale; per esempio l'anisopoichilocitosi nelle forme emolitiche, le alterazioni dei leucociti quali l'ipersegmentazione nei deficit di B12 o la vacuolizzazione in alcune insufficienze midollari costituzionali (SDS e Pearson).

I principali indici valutati nello striscio periferico sono:

- le dimensioni degli eritrociti, che normalmente hanno un diametro pari a quello del nucleo dei linfociti: parametro di facile utilizzo nella valutazione della morfometria eritrocitaria allo striscio periferico (esempio di emazie microcitiche in **Figura 2**);

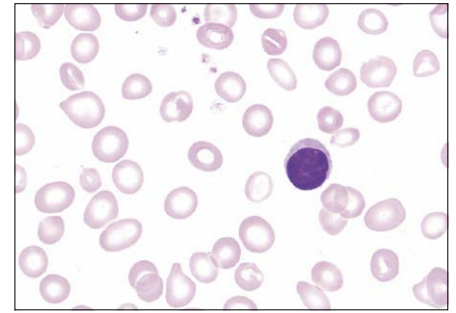


Figura 2. Esempio di emazie microcitiche allo striscio periferico in cui il diametro delle cellule eritrocitarie è inferiore al nucleo dei linfociti.

- il colore degli eritrociti: l'eritrocita maturo normale è un disco biconcavo con un'area di pallore centrale pari a circa 1/3 del diametro cellulare. In caso di anemia, in particolare ferropriva e talassemia, si verifica un aumento dell'area di pallore centrale;
- la presenza di frammenti cellulari può indicare anemia microangiopatica (da emolisi o ipersplenismo).

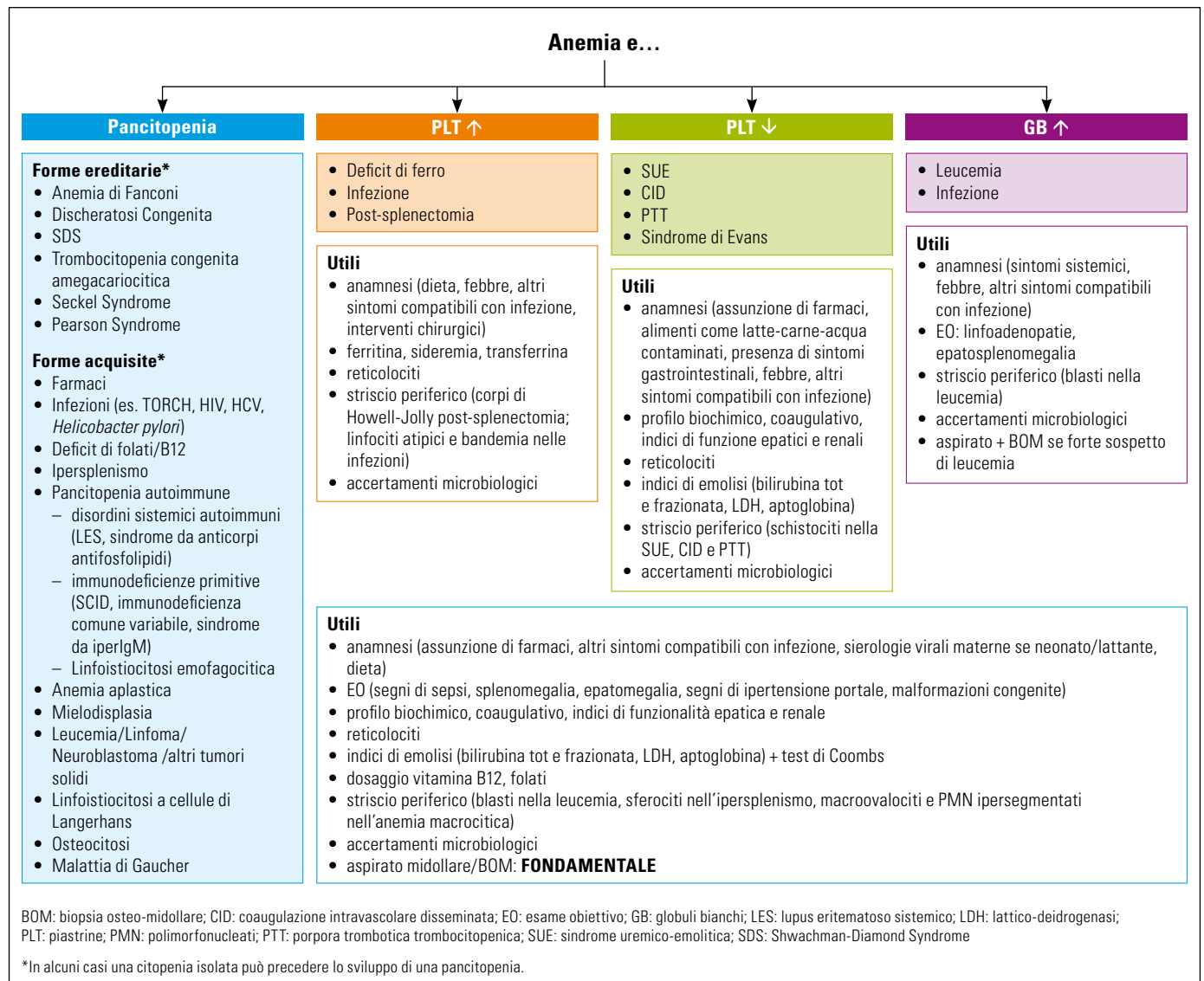


Figura 1. Algoritmo diagnostico per l'anemia associata al coinvolgimento di altre linee cellulari.

	Eritrociti a falce, indici di drepanocitosi		Eritrociti nucleati, indici di rapido turnover midollare in seguito a processi emolitici
	Ellissociti, indici di ellissocitosi ereditaria		Eritrociti agglutinati, indici di anemia emolitica da anticorpi freddi
	Poichilociti, indici di anemia sideropenica, talassemia		Corpi di Howell-Jolly, indici di iposplenismo o asplenia
	Cellule a bersaglio, indici di talassemia, epatopatie, post-splenectomia		Punteggiature basofile, indici di avvelenamento da piombo
	Corpi di Heinz e bite cells (cellule morsicate), indici di deficit di G6PD		Sferociti, indici di sferocitosi ereditaria
	Neutrofili ipersegmentati, indici di deficit di Vit B12 o folati		Sideroblasti ad anello in anemia sideroblastica

Figura 3. Principali caratteristiche dello striscio periferico nelle diverse forme di anemia.

Esistono inoltre altre caratteristiche degli eritrociti patognomoniche di particolari forme di anemia, come illustrato nella **Figura 3**.

Cenni di fisiopatologia

Il mantenimento di valori di Hb e Htc circolanti dipende da un equilibrio dinamico tra produzione e distruzione delle emazie, garantito da una serie di condizioni: 1) esistenza di un microambiente midollare adatto, per estensione e caratteristiche funzionali, alle esigenze del processo emopoietico; 2) normalità del compartimento delle cellule staminali e dei progenitori eritroidi; 3) normalità dei processi di proliferazione cellulare e di sintesi di un'emoglobina funzionalmente efficiente; 4) adeguato apporto dei fattori nutrizionali; 5) normalità del processo emocateretico e assenza di perdite dovuto ad alterazioni della parete vasale. La modifica di uno o più di questi elementi determinerà un quadro clinico di anemia, una volta superati i meccanismi di compenso dell'organismo.

Tra le varie classificazioni di anemia disponibili, due appaiono più funzionali a un approccio diagnostico: la prima, *patogenetica*, riconosce due gruppi principali di anemia: **da ridotta produzione eritrocitaria e da aumentata distruzione** e i cui elementi distintivi sono la conta reticolocitaria e gli indici di emolisi; la seconda, *morfologica*, identifica sulla base del valore di MCV, tre diversi gruppi di anemia: **microcitica, normocitica, macrocitica**. L'approccio diagnostico alle forme più comuni di anemia pediatrica in base alle fasce d'età, con cenni relativi alle forme più rare, verrà di seguito affrontato.

Anemia nel neonato

Per la diagnosi di anemia, specialmente nel neonato e nel lattante, è indispensabile riferirsi ai valori normali di Hb e Htc per età neonatale e gestazionale (**Tablelle 2, 3**). Va ricordato che i valori di Htc capillari, a cui spesso si fa riferimento, sono normalmente più elevati di 3-5 punti rispetto a quelli venosi. L'algoritmo diagnostico per l'anemia nel neonato è illustrato nella **Figura 4**.

1. Le anemie iporigenerative (reticolociti ↓, MCV N o ↓, bilirubina indiretta N)

Le forme più frequenti sono l'anemia "fisiologica" e l'anemia della prematurità, entrambe caratterizzate da diminuita conta reticolocitaria.

Anemia fisiologica nel neonato e nel lattante

Il neonato a termine presenta alla nascita un quadro ematologico caratterizzato da un aumento di tutti i valori eritrocitari (numero dei GR, MCV, Hb, Htc), dovuto a molteplici fattori tra cui: riduzione del tempo di sopravvivenza dei GR (60-70 giorni rispetto ai 90-120 giorni degli adulti), maggiore affinità per l'ossigeno dell'emoglobina fetale, improvvisa riduzione dell'attività eritropoietica con i primi atti respiratori (aumento del livello di PaO₂). Tale quadro si manifesta con una progressiva riduzione della concentrazione dell'Hb causando una forma di anemia "fisiologica" transitoria, di adattamento, asintomatica, che non richiede alcun intervento terapeutico. A un mese di vita il

Età	Hb (g/dl)		Htc (%)		GR (1012/l)		MCV (fl)		MCH (pg)	
	Media	-2 DS	Media	-2 DS	Media	-2 DS	Media	-2 DS	Media	-2 DS
Cordone ombelicale	16,5	13,5	51	42	4,7	3,9	108	98	34	31
1-3 giorni	18,5	14,5	56	45	5,3	4,0	108	95	34	31
7 giorni	17,5	13,5	54	42	5,1	3,9	107	88	34	28
14 giorni	16,5	12,5	51	39	4,9	3,6	105	86	34	28
4 settimane	14,0	10,0	43	31	4,2	3,0	104	85	34	28
8 settimane	11,5	9,0	35	28	3,8	2,7	96	77	30	26
12 settimane	11,5	9,0	35	29	3,8	3,1	91	74	30	25

Hb: emoglobina; Htc: ematocrito; GR: globuli rossi; MCV: volume corpuscolare medio; MCH: emoglobina corpuscolare media.

Antoncacci S, Casadei AM, Del Vecchio A, et al, Recommendation for transfusion therapy in Neonatology. On behalf of the Italian Society of Neonatology and the Italian Society of Transfusional Medicine and Immunohematology, 2014.

TABELLA 3. Valori di riferimento dell'emoglobina nel neonato pretermine

Età (settimane)	Hb in base al peso alla nascita	
	1000-1500 g	1501-2000 g
2	16,3 (11,7-18,4)	16,8 (11,8-19,6)
4	10,9 (8,7-15,2)	11,5 (8,2-15)
8	8,8 (7,1-11,5)	9,4 (8-11,4)
12	9,8 (8,9-11,2)	10,2 (9,3-11,8)
16	11,3 (9,1-13,1)	11,3 (9,1-13,1)

livello medio di Hb è pari a 14 g/dl ma già a questa età si possono osservare valori di Hb inferiori a 2 deviazioni standard rispetto alla media di 10 g/dl (Tabella 2). Tra i 2-6 mesi dopo la nascita, i livelli di Hb possono raggiungere un nadir di circa 9 g/dl per poi ricrescere gradualmente (grazie all'aumentata produzione di eritropoietina da stimolo ipossico).

Fondamentale quindi per la conferma della diagnosi è il confronto con i valori di riferimento, ed eventualmente l'esclusione di

altra patologia e il follow-up clinico ed ematologico.

Anemia della prematurità

Il neonato pretermine, < 32 SG, può presentare la medesima alterazione del quadro ematologico. Tanto minore è il peso neonatale tanto più precoce è il nadir dei livelli di Hb e Htc che risulteranno ancor più bassi rispetto ai valori dei neonati a termine (es. in un neonato con PN < 1200 g il nadir si verifica a 4-8 settimane con livelli Hb 6,5-9 g/dl e Htc 21%). Tra i fattori endogeni ed esogeni che contribuiscono maggiormente a tale condizione vi sono: a) ridotti livelli circolanti di eritropoietina per ridotta produzione e aumentato catabolismo, b) infezioni, c) deficit nutrizionali in particolare di ferro, che accumulandosi a livello epatico nelle ultime settimane di gestazione rende i neonati anche con lieve prematurità a rischio di presentare riserve marziali molto ridotte o assenti con predisposizione all'anemia; a ciò si aggiunge il non trascurabile impiego di numerosi prelievi ematici a scopo diagnostico, pratica frequente nei neonati ospedalizzati.

Altre forme di anemie iporigenerative del neonato

Altre anemie iporigenerative comprendono forme conseguenti a infezioni (TORCH, Parvovirus B19) e farmaci. Cause più rare sono le gravi carenze materne come il deficit di B12, di solito identificato nei nati da madri vegane, e le forme costituzionali, la cui diagnosi tuttavia è molto rara in questa età poiché di solito si manifestano nel bambino più grande (es. anemia di Fanconi, discheratosi congenita, Shwachman-Diamond syndrome). Rare sono anche le cause di anemia conseguenti a infiltrazioni midollari o sostitutive (osteopetrosi, leucemia congenita, neuroblastoma, istiocitosi a cellule di Langerhans). Spesso in tali condizioni vi può essere il coinvolgimento di altre linee cellulari con una pancitopenia e per la diagnosi è utile l'aspirato midollare (Figura 4 e Tabella 4).

2. Le anemie iper-rigenerative (reticolociti ↑, MCV N o ↓, bilirubina indiretta N o ↑)

Le più frequenti forme di anemia iper-rigenerativa nel neonato sono le anemie emolitiche. Queste possono essere determinate da

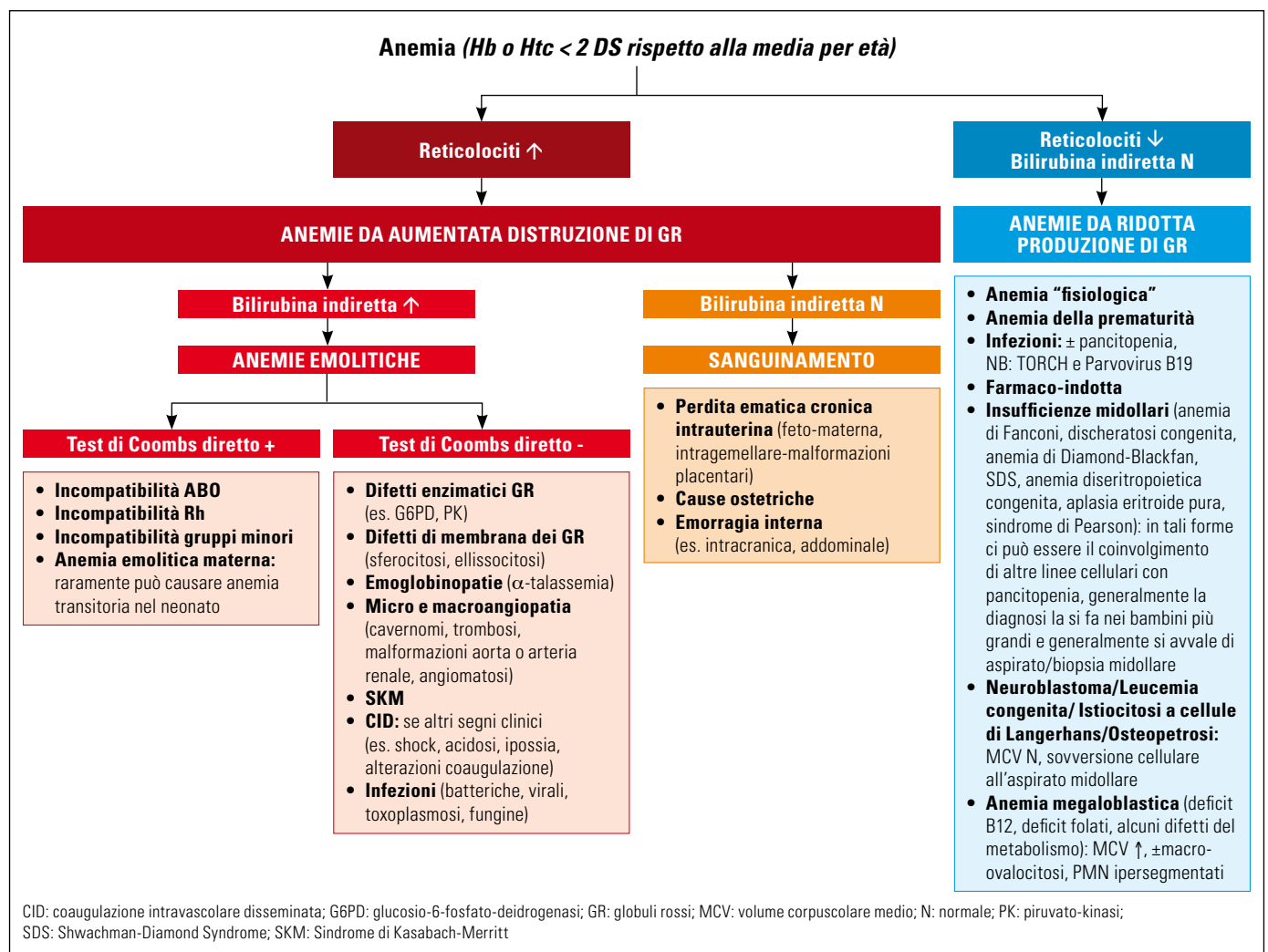


Figura 4. Algoritmo diagnostico per l'anemia nel neonato.

TABELLA 4. Diagnosi differenziale nel neonato tra anemie iper-rigenerative (emolitiche, da sanguinamento) e iporigenerative

ANEMIA EMOLITICA	Reticolociti ↑	Bilirubina ↑	Test di Coombs – (nelle enzimopatie, emoglobinopatie, anemie microangiopatiche, CID, infezioni) Test di Coombs + (nelle forme immuni)	SP: – sferociti (sferocitosi, MEN ABO) – ellissociti (ellissocitosi) – GR frammentati ± corpi di Heitz (enzimopatie, anemie microangiopatiche, emoglobinopatie)
ANEMIA DA SANGUINAMENTO	Reticolociti N o ↑	Bilirubina N	MCV N o ↓	SP: GR N o microcitici
ANEMIA IPORIGENERATIVA	Reticolociti ↓	Bilirubina N	MCV N MCV ↑ (nelle anemie megaloblastiche da carenza B12, folati, rari difetti metabolici)	SP: macro-ovalociti ± PMN ipersegmentati (nelle anemie megaloblastiche) Aspirato/biopsia midollare: – ipocellularità (anemie di Fanconi, SDS) – aplasia pura della serie eritroide (PRCA, anemia di BD), morfologia N nella maggior parte dei casi o arresto maturativo o evoluzione a MDS/LMA

BD: Blackfan-Diamond; LMA: leucemia mieloide acuta; MCV: volume corpuscolare medio; MDS: mielodisplasia; N: normale; PRCA: aplasia eritroblastica pura; SDS: Shwachman-Diamond Syndrome; SP: striscio periferico

incompatibilità materno-fetale (Rh-ABO), sepsi batteriche o infezioni congenite, CID, micro e macroangiopatia (angiomi, cavernomi, trombosi, malformazioni aorta o arteria renale), farmaci. Forme più rare, in cui gioca un ruolo fondamentale l’anamnesi per la diagnosi, sono i difetti di membrana e i difetti enzimatici. Nel neonato si possono presentare forme gravi di alfa-talassemia, mentre le emoglobinopatie da anomalie della catena beta si manifestano dopo i primi mesi di vita (Box 1, 2).

Altre forme di anemia iper-rigenerativa (reticolociti ↑ e bilirubina indiretta N) sono rappresentate dai sanguinamenti: prenatali (feto-materno, feto-placentare, intragemellare); malformazioni placentari o del cordone (placenta previa, distacco di placenta, rottura di vasi anomali o del cordone stesso); incidenti ostetrici; emorragia interna (intracranica, cefaloematoma, retro o intraperitoneale); iatrogena (secondaria a numerosi prelievi ematici).

Incompatibilità Rh-ABO (↑ reticolociti, MCV N o ↓, bilirubina ↑)

La *malattia emolitica del neonato (MEN)* è un quadro clinico di anemia da aumentata distruzione, nel quale le emazie del feto o del neonato vengono distrutte con un meccanismo immunomediato per la presenza in circolo di anticorpi rivolti contro antigeni eritrocitari. Si tratta di IgG di origine materna, che in corso di gravidanza attraversano la barriera placentare, si legano agli eritrociti fetali e ne determinano la lisi immunomediata. La forma più importante e grave si verifica nei casi in cui il feto abbia un fenotipo Rh+ e la madre abbia un fenotipo Rh-; tuttavia attualmente, grazie all’immunoprofilassi con la somministrazione alla madre di IgG anti-D dopo ogni parto o interruzione di gravidanza, l’incidenza di questa patologia è drasticamente diminuita. La forma di MEN a oggi più frequente è quella dovuta a incompatibilità ABO. Nella popolazione caucasica, circa il 15% dei neonati sono, teoricamente, a rischio di soffrire di MEN da incompatibilità ABO. I figli A o B di madri O sono quelli a maggior rischio: si deve considerare, infatti, che le donne di gruppo O contengono nel loro plasma, quasi invariabilmente, anticorpi anti-A-B di classe IgG, mentre le madri A o B molto più raramente presentano anticorpi IgG anti-B o anti-A, rispettivamente. Ma se il numero di neonati a rischio è alto e se circa il 5% dei neonati presentano, alla nascita, segni sierologici di MEN ABO (la cosiddetta MEN “da laboratorio”), le malattie emolitiche clinicamente impor-

BOX 1. Approccio diagnostico dell’anemia neonatale

L’approccio diagnostico dell’anemia di un neonato non può prescindere dalla considerazione dei seguenti fattori:

- > età neonatale ed epoca gestazionale;
- > anamnesi familiare (utile nell’individuare forme di disordini ereditari tra cui difetti enzimatici, difetti di membrana del globulo rosso ed emoglobinopatie) e anamnesi materna (anemia, eventuali patologie autoimmuni, sierologie virali e crescita fetale durante la gravidanza, complicanze del travaglio o del parto);
- > segni e/o sintomi dovuti all’anemia (pallore, tachipnea, tachicardia, difficoltà di alimentazione, apnea, letargia, ipotensione, acidosi metabolica);
- > ittero ed epatosplenomegalia come segni di emolisi;
- > segni di infezione, o di coagulazione intravascolare disseminata (CID);
- > segni e/o sintomi associati ad altre condizioni più rare, suggestivi di anemie costituzionali quali: l’anemia di Fanconi (anomalie scheletriche con bassa statura, difetti mano e avambraccio, endocrinopatie, anomalie dell’apparato uro-genitale, cardiache, dell’orecchio e oculari); discheratosi congenita (distrofia ungueale, leucoplachia delle mucose, anomalie della pigmentazione cutanea); Shwachman-Diamond Syndrome (insufficienza del pancreas esocrino, ritardo di crescita, anomalie scheletriche, infezioni ricorrenti, alterazioni dentarie); anemia di Blackfan-Diamond (difetto di crescita, ritardo mentale, malformazioni cranio-facciali, oftalmologiche, dell’arto superiore, urogenitali e cardiovascolari).

Le indagini di laboratorio devono includere l’emocromo completo, conta reticolocitaria, indici di emolisi (bilirubina totale e frazionata), test di Coombs diretto e indiretto, striscio periferico, gruppo sanguigno e tipizzazione. L’aspirato midollare è indicato solo in rari casi (Figura 4).

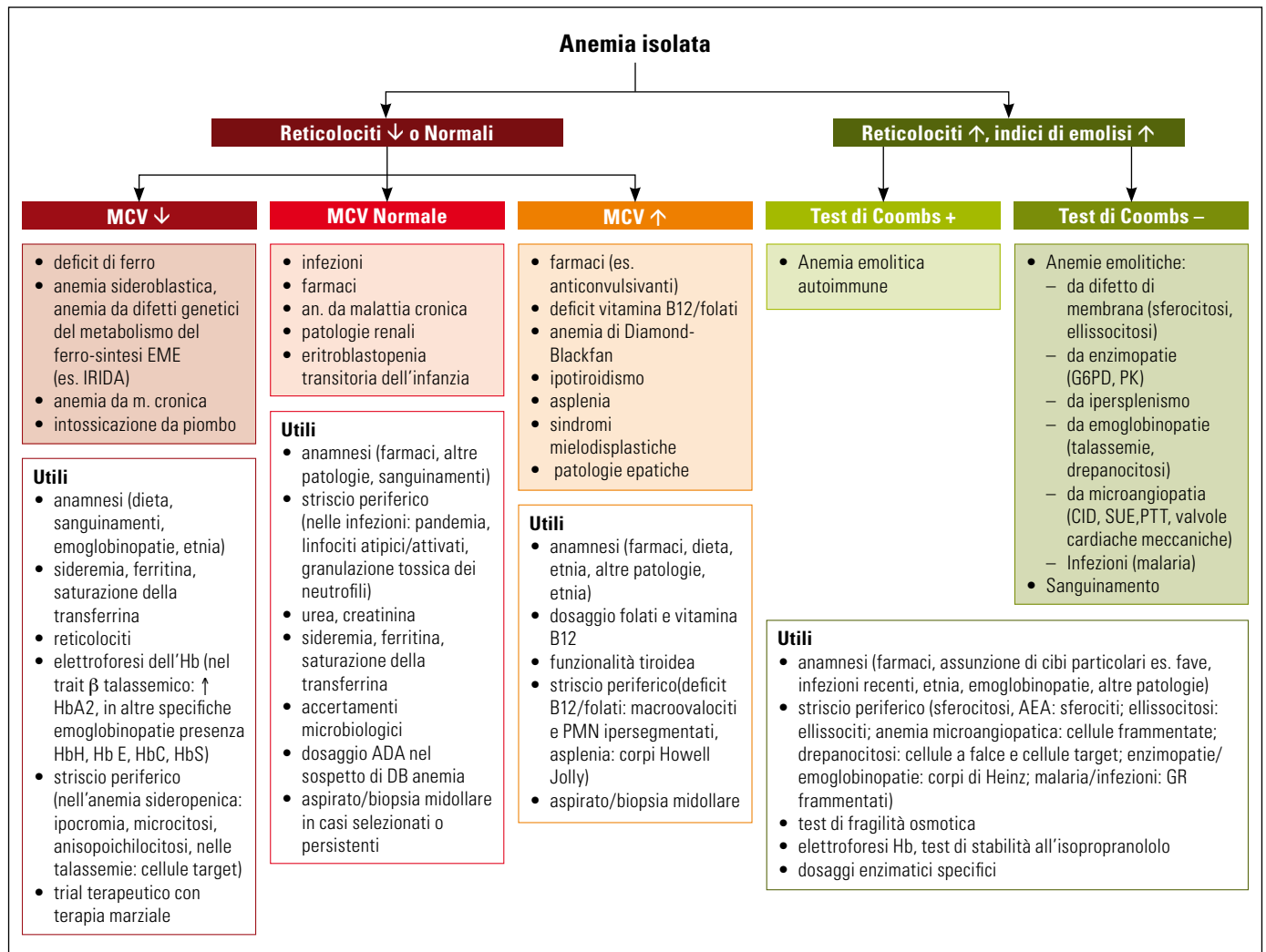


Figura 5. Algoritmo diagnostico per l'anemia isolata nel bambino.

tanti sono, in realtà, molto rare. In effetti, i neonati ABO incompatibili con la madre tendono ad avere livelli di Hb più bassi e presentano ittero (di solito lieve) molto più frequentemente dei neonati ABO compatibili, ma solo raramente necessitano di un trattamento specifico.

Anemia nel bambino

L'anemia è una delle cause più frequenti di morbilità e di accesso ai servizi sanitari in età pediatrica. La diagnosi di anemia è un processo prevalentemente di pertinenza dei pediatri delle cure primarie.

Per la diagnosi è importante ricordare che le cause di anemia possono variare molto in base all'età di presentazione, al sesso e all'etnia di appartenenza. L'algoritmo diagnostico è illustrato nella [Figura 5](#).

La forma più frequente di anemia nel bambino è l'anemia sideropenica.

1. Anemia ipo-normorigenerativa microcitica (reticulociti ↓, MCV ↓)

Anemia sideropenica

È la forma più frequente di anemia nel bambino (due picchi di incidenza: 1-2 anni e 11-14 anni): può raggiungere livelli

di emoglobina anche molto bassi (Hb < 4 g/dl), di solito ben tollerati per il cronico instaurarsi della condizione. Si tratta di un'anemia iporigenerativa (reticulociti <40-60.000), microcitica (valori di MCV anche molto bassi e RDV elevato >18%), che può associarsi a piastrinosi per stimolo midollare consensuale della trombopoietina.

Le cause di sideropenia possono essere: ridotto introito di ferro (ridotto apporto dietetico, ridotto assorbimento per patologie gastrointestinali, es. celiachia, o stati infiammatori cronici, compresi giovani atleti sottoposti ad allenamenti continui) o aumentata perdita (con sanguinamenti gastrointestinali o mestruali) o entrambi i meccanismi (allergia alle proteine del latte vaccino, parassitosi intestinale, infezione da *Helicobacter pylori*).

Per la diagnosi è importante indagare l'apporto dietetico, primo motivo di carenza nel bambino, eventuali segni e sintomi di sanguinamento, l'assetto marziale (ferro, ferritina, recettore solubile transferrina/saturazione transferrina). La ferritina è un indicatore delle scorte tissutali di ferro, non attendibile in condizioni di flogosi

acuta o cronica e danno epatico. È utile in particolare nella diagnosi differenziale tra anemia sideropenica e anemia da malattia cronica, nella valutazione delle scorte di ferro in assenza di anemia e in caso di sovraccarico di ferro. La percentuale di saturazione della transferrina in caso di sideropenia è <10%.

La crisi reticulocitaria documentabile precocemente a 3-5 giorni dall'inizio della supplementazione marziale costituisce un'utile conferma non solo dell'adeguatezza della terapia, ma anche della correttezza della diagnosi (*ex adiuvantibus*).

In caso di mancata risposta alla supplementazione di ferro (sia in termini di crisi reticulocitaria che di aumento dell'Hb) si deve considerare innanzitutto l'adeguatezza della posologia, della compliance alla supplementazione e della modalità di assunzione; necessario ricordare che l'assunzione del ferro con alcuni alimenti come latte e tè ne riduce l'assorbimento, che è invece aumentato dalla contemporanea somministrazione di vitamina C. Confermata la correttezza dell'assunzione, è necessario escludere le altre possibili cause di sideropenia. In caso di resistenza alla tera-

pia marziale si ricordano le più rare anemie da difetti genetici della sintesi dell'eme o del metabolismo del ferro (IRIDA).

Molto più rare sono le seguenti forme:

- *Anemia delle malattie croniche*: anemia prevalentemente microcitica, normo- o iporigenerativa, caratterizzata da iposideremia e iperferritinemia (*deficit marziale funzionale*: il ferro è poco legato alla transferrina, mentre è molto legato alla ferritina come deposito). Le cause sono molteplici; le condizioni caratterizzate da uno stato infiammatorio cronico sono spesso associate ad aumento dell'epcidina e ridotto assorbimento intestinale. Attenzione alle malattie renali!
- *Anemia sideroblastica*: anemia caratterizzata dalla presenza di sideroblasti o eritroblasti ad anello (depositi di ferro attorno al nucleo dell'eritroblasto) a livello midollare. Esistono forme ereditarie (X-linked o autosomiche recessive) e acquisite (secondarie all'assunzione di etanolo, antitubercolari, cloramfenicolo, o all'avvelenamento da piombo). È caratterizzata da anemia ipocromica con anisopoichilocitosi. Esame diagnostico: striscio periferico. In caso di avvelenamento da piombo la diagnosi è possibile identificando le tipiche alterazioni allo striscio periferico, rappresentate da punteggiature basofile (anomala aggregazione ribosomiale) e dal dosaggio della piombemia.

2. Anemia ipo-normorigenerativa normocitica (reticolociti ↓, MCV N)

- *Infezioni*: HBV, HCV, CMV, HIV, Parvovirus B19 (TEC), TBC, Brucella. La diagnosi si basa su specifiche indagini microbiologiche (colture batteriche, sierologie, PCR virali). L'infezione da Parvovirus B19, per esempio, la cosiddetta TEC (Transient Erythroblastopenia in Childhood), provoca un'anemia cronica iporigenerativa, con transitoria soppressione del midollo osseo, che può durare anche fino a 18-24 mesi (in media 1-2 mesi; tipicamente si risolve dopo una trasfusione di emazie). Durante la fase di guarigione, il midollo osseo recupera la sua capacità eritropoietica e la conta reticolocitaria aumenta in risposta all'anemia.
- *Assunzione di farmaci (es. citostatici, radiazioni ionizzanti, cloramfenicolo)*: importanza dell'anamnesi!

3. Anemia ipo-normorigenerativa macrocitica (reticolociti ↓, MCV ↑)

- *Deficit di vitamina B12 o di folati*: la carenza di vitamina B12 e di folati deter-

mina un'alterata sintesi di DNA che si manifesta a livello dei tessuti rapidamente proliferanti come il midollo osseo con una diminuzione della sintesi di DNA nelle cellule midollari, asincronia maturativa nucleo-citoplasma e panmegaloblastosi (alterazione della serie rossa, piastrinica e granulocitaria). Le cause principali del deficit di vitamina B12 o cobalamina (più frequente nella prima infanzia) possono essere: un insufficiente apporto (dieta, attenzione alle mamme veganel; patologie gastrointestinali); il deficit di fattore intrinseco, fondamentale per il suo assorbimento (anemia pernicioso); o l'aumentato fabbisogno (crescita staturo-ponderale).

La cobalamina è un micronutriente idrosolubile indispensabile, che agisce come cofattore enzimatico per la metionina-sintetasi (MS) citosolica e la metilmalonil-coenzima A-mutasi (MMA) mitocondriale. In caso di deficit di vitamina B12, si verifica un blocco enzimatico a livello di MS e MMA con accumulo dei relativi precursori: omocisteina e acido metilmalonico, rispettivamente. La diagnosi di deficit di vitamina B12 si basa, pertanto, non solo sul dosaggio della cobalamina, bensì sul dosaggio combinato di holo-transcobalamina (la sua forma biologicamente attiva), omocisteina e acido metilmalonico. Il livello di cobalamina isolato potrebbe infatti sovra- o sottostimare il reale quantitativo di tale vitamina nell'organismo. Le cause di carenza di folati sono: l'insufficiente introduzione alimentare (scarso consumo di frutta e verdura, malnutrizione), l'aumentato fabbisogno (crescita staturo-ponderale), l'alterato metabolismo (a causa di farmaci inibitori della diidro-folato-reduttasi). Tipica la carenza di queste vitamine negli adolescenti in rapida crescita che si nutrono di "junk food e soft drinks". La diagnosi di deficit di acido folico è legata al suo dosaggio ematico.

- *Anemie da insufficienza midollare*: anemia aplastica, sindrome clinica che si estrinseca con un quadro di ipoplasia globale delle tre linee proliferative midollari e pancitopenia periferica. Può essere ereditaria o acquisita; tra le forme ereditarie troviamo:
 - ipoplasia globale (anemia di Fanconi, discheratosi congenita, anemia di Shwachman-Diamond, sindrome di Pearson, anemia aplastica familiare);
 - ipoplasia eritroide prevalente (sindrome di Blackfan-Diamond: ane-

mia macrocitica, ma con reticolociti bassi);

- ipoplasia granulocitaria prevalente;
 - ipoplasia megacariocitaria prevalente.
- Le forme acquisite sono prevalentemente idiopatiche o secondarie all'uso di sostanze chimiche, radiazioni ionizzanti, infezioni, connettiviti, sindromi mielodisplastiche, o all'emoglobinuria parossistica notturna.
- *Anemia di Blackfan-Diamond*: sindrome a trasmissione autosomica dominante a penetranza variabile, dovuta alla mutazione di un gene codificante per una proteina ribosomiale (RPS7, RPS17, RPS19, RPS24, RPL5, RPL11, RPL35A), caratterizzata da anemia normocromica macrocitica, con bassi livelli di reticolociti, eritroblastopenia (ipoplasia midollare prevalentemente eritroide). Può essere associata a importanti turbe psicomotorie nel bambino. Tale condizione presenta un decorso progressivo con necessità di terapia trasfusionale cronica. In un bambino con anemia ed eritroblastopenia, la diagnosi può essere supportata dall'anamnesi familiare positiva (10-20% dei casi), dalle malformazioni associate (40% dei casi) e dall'aumento dell'adenosina-deaminasi eritrocitaria (ADA), oltre naturalmente all'individuazione di una mutazione in un gene-malattia che ha valore diagnostico, che però è presente solo nel 60-70% dei casi. La mancata identificazione dell'anomalia genetica non esclude la diagnosi di BD.
 - *Assunzione di farmaci (es. anticonvulsivanti, zidovudina, metotrexate)*: importanza dell'anamnesi!

4. Anemia iper-rigenerativa normo- o microcitica

L'emolisi e il sanguinamento sono le cause principali di anemia iper-rigenerativa normocitica. È pertanto importante cercare eventuali segni (subittero, ittero, urine ipercromiche e splenomegalia) e dosare i principali indici di emolisi (LDH, aptoglobina, bilirubina totale e frazionata). In caso di assenza di emolisi la causa più importante da escludere è la presenza di emorragia. In caso di presenza di segni e indici di emolisi, è necessario indagare le varie forme di anemie emolitiche.

- *Talassemia*: alterazione quantitativa della sintesi delle catene emoglobiniche dovuta a una mutazione più o meno ampia del gene codificante per la catena α o β (Hb normale: $\alpha\alpha\text{-}\beta\beta$).
 - α -*talassemia*: patologia maggiormente diffusa nel Sud-Est asiatico, causata da ampie delezioni cromosomiche a carico del gene della catena

α . In base al danno genetico può essere suddivisa in 4 forme:

- idrope fetale: delezione di 4 geni α -globinici (Hb di Bart, $\gamma\gamma$ - $\gamma\gamma$), morte intrauterina o dopo poche ore dalla nascita;
- malattia da HbH: delezione di 3 geni α -globinici con produzione di HbH ($\beta\beta$ - $\beta\beta$), che comporta un quadro di talassemia intermedia e normale aspettativa di vita;
- α -talassemia minor: delezione di 2 geni α -globinici, clinicamente silente, comporta lieve microcitosi;
- portatore silente: delezione di 1 gene α -globinico, caratterizzata da nessuna alterazione clinica o ematologica.

Esami diagnostici: anemia microcitica (MCV 60-69 fl nella malattia da HbH e 65-75 fl nella forma minor), con assetto emoglobinico normale o riscontro di HbH all'elettroforesi; la diagnosi si basa sul dosaggio di HbH e l'analisi genetica del gene dell' α -globina (nonostante la diagnosi di malattia da HbH, forma minor e stato di portatore silente non comportino di per sé alcuna implicazione dal punto di vista terapeutico, in quanto forme sostanzialmente asintomatiche).

- β -talassemia: patologia maggiormente diffusa nel bacino del Mediterraneo, causata da mutazioni puntiformi a carico del gene della catena β . In base all'entità del danno genetico, più o meno ampio, potremmo avere rispettivamente la totale assenza (β^0) o la ridotta (β^+) produzione di catene β dell'Hb. Dal punto di vista clinico avremo le seguenti forme:
 - morbo di Cooley (talassemia maior, $\beta^0\beta^0$): grave anemia caratterizzata dalla quasi completa assenza di catene β -globiniche e quindi di HbA1, che viene pertanto sostituita per meccanismo di compenso da HbF e HbA2. Dal punto di vista clinico è caratterizzata da grave anemia (Hb 4-6 g/dl, MCV <50 fl) che esordisce in genere nei primi 6 mesi di vita, epatosplenomegalia, alterazioni ossee, facies microcitica, sovraccarico marziale nei vari distretti corporei, con conseguenti insufficienza cardiaca, diabete e cirrosi. Terapia: regime trasfusionale cronico ed eventuale splenectomia.
 - β -talassemia intermedia (β^0/β^+ oppure β^+/β^+), forme di talassemia meno grave, con diagnosi spesso in età avanzata, nella maggior parte dei casi asintomatica, che prevede prevalen-

BOX 2. Approccio diagnostico dell'anemia nel bambino

- ▶ Anamnesi: fisiologica (età gestazionale, peso neonatale, ittero neonatale, crescita, dieta e stato nutrizionale, flusso mestruale); familiare (consanguineità, etnia di appartenenza, storia di anemia, calcolosi, splenomegalia, ittero, colecistectomia o splenomegalia); patologica remota (storia di anemia, pregressi emocromi) e prossima (sintomi e segni di anemia, emolisi o sanguinamento, velocità d'esordio dei sintomi, viaggi, esposizione a farmaci o tossici).
- ▶ Segni e sintomi: tachicardia, pallore, letargia, irritabilità, ridotto appetito, epatosplenomegalia, soffi di nuova insorgenza, ittero.
- ▶ Esami di I livello: emocromo con formula leucocitaria, reticolociti, bilirubina, striscio periferico.

temente il monitoraggio delle complicanze da accumulo di ferro dovuto alle trasfusioni croniche e all'aumentato assorbimento del ferro;

- β -talassemia minor (β^+/β oppure β^0/β), perlopiù asintomatica.

Esami diagnostici: assetto emoglobinico (nella talassemia maior: prevalenza di HbF, aumento compensatorio di HbA2, HbA1 assente; nella forma intermedia: prevalenza di HbF, aumento compensatorio di HbA2, HbA1 presente, ma ridotta); analisi genetica.

- *Membranopatie ereditarie (sferocitosi ed Ellissocitosi ereditarie)*: anemie emolitiche da alterazioni di proteine di membrana degli eritrociti (spectina, anchirina, banda 3, banda 4.2), responsabili di un'alterata forma delle emazie, rispettivamente di forma sferica o ellittica, caratterizzate da una diminuita resistenza osmotica e pertanto da un'aumentata suscettibilità all'emolisi. Importanti ai fini diagnostici: lo striscio periferico e lo studio delle resistenze osmotiche.
- *Enzimopatie*: il deficit di glucosio 6-fosfato deidrogenasi (G6PD) è il deficit enzimatico congenito più comune, caratterizzato da aumentata suscettibilità al danno ossidativo delle emazie. La maggior parte degli individui affetti da deficit di G6PD sono asintomatici e i pazienti sintomatici (con emolisi cronica o intermittente) sono prevalentemente di sesso maschile, essendo tale enzimopatia trasmessa con modalità X-linked. Tuttavia, le portatrici di sesso femminile potrebbero manifestare clinicamente la malattia a causa di un'inattivazione del cromosoma X contenente la variante enzimatica sana, creando così una popolazione di globuli rossi carenti dell'enzima che convive con una popolazione eritrocitaria normale e presentando quindi episodi di emolisi intermittente. Il deficit di piruvato-chinasi, a trasmissione autosomica recessiva, è meno frequente e in forma eterozigote, perlopiù asintomatico. La diagnosi di entrambi i deficit si basa sul dosaggio enzimatico.

- *Drepanocitosi o Sickle Cell Disease (SCD)*: emoglobinopatia strutturale molto diffusa, a trasmissione autosomica recessiva, caratterizzata da una mutazione del gene della beta-globina, con produzione di un'emoglobina anomala (HbS) che, in condizioni di deossigenazione, polimerizza formando catene rigide responsabili della deformazione a falce dei globuli rossi. Gli eritrociti deformati sono caratterizzati da un'aumentata rigidità di membrana e possiedono una maggiore tendenza all'emolisi, provocando le principali manifestazioni cliniche dei pazienti affetti da drepanocitosi, in acuto (crisi dolorose vaso-occlusive, *Acute Chest Syndrome*, crisi emolitiche, aplastiche, sequestri splenici o epatici, ictus) e in cronico (ipertensione arteriosa, disfunzioni d'organo, ulcere cutanee). Per la diagnosi si eseguono l'assetto emoglobinico, che rivela la presenza dell'emoglobina anomala, e l'analisi genetica.
- *Anemia emolitica autoimmune*: malattia autoimmune caratterizzata dalla presenza di diversi tipi di autoanticorpi diretti contro i globuli rossi, riducendone la sopravvivenza e causando emolisi. Gli autoanticorpi caldi (attivi a una temperatura di 37-40 °C) causano il 60-70% di queste anemie; gli autoanticorpi freddi (attivi a una temperatura inferiore a 30 °C) causano il 13-15% dei casi; i tipi misti sono presenti in meno del 10% dei casi. La diagnosi si basa sull'evidenza clinica o di laboratorio dell'emolisi e sull'individuazione degli autoanticorpi con il test diretto antiglobulina (DAT, più comunemente conosciuto come test di Coombs).
- *Anemia emolitica microangiopatica*: sindrome uremico-emolitica, porpora trombotica trombocitopenica, CID, valvole cardiache artificiali. In queste situazioni, il danno è di tipo meccanico e si verifica in seguito alla deposizione di microtrombi nel circolo capillare e arteriolare: le emazie vengono infatti danneggiate per l'adesione ai filamenti di fibrina, con conseguente stiramento e rottura.

Messaggi chiave conclusivi

1. Per la diagnosi di anemia, specialmente nel neonato e nel lattante, è indispensabile riferirsi ai valori normali di riferimento di Hb e Htc per età.
2. Tutti i valori dell'emocromo devono essere considerati.
3. L'emocromo, la conta reticolocitaria (valore assoluto) e degli indici di emolisi (in particolare la bilirubina) e lo striscio periferico rappresentano gli esami di primo livello indispensabili alla diagnosi.
4. La forma più frequente di anemia nel neonato e nei primi mesi di vita viene definita "fisiologica" in quanto rappresenta un fenomeno di adattamento alla vita extrauterina che non richiede trattamento. Tra le forme di anemia neonatale "patologica" ricordiamo la MEN da incompatibilità ABO e i sanguinamenti.
5. La forma più comune di anemia nel bambino più grande è rappresentata dall'anemia sideropenica (microcitica, ipocromica, con MCV ridotto e RDW aumentato) per la maggior parte dei casi da scarso apporto di ferro; altre cause di ridotta disponibilità di ferro sono le perdite ematiche croniche o pregresse, i difetti dell'assorbimento, la difficoltà di trasporto o di utilizzo del ferro, come può accadere nelle malattie infiammatorie croniche.
6. Il più precoce e significativo criterio per valutare la risposta alla terapia marziale nell'anemia sideropenica, è la reticolocitosi a 3-5 giorni dall'inizio del trattamento.

- *Emorragia acuta*: importanza dell'anamnesi, delle condizioni cliniche generali e trovare origine del sanguinamento.

✉ laura.sainati@unipd.it

- Castoldi G, Liso V. Malattie del sangue e degli organi ematopoietici. Mc Graw Hill. 5° Ed. 2007.
- Chung NG, Kim M. Current insights into inherited bone marrow failure syndrome. *Korean J Pediatr* 2014;57:337-44.
- Colombatti R, Sainati L, Trevisanuto D. Anemia and transfusion in the neonate. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2016;21:2-9.
- DeLoughery TG. Microcytic Anemia. *N Engl J Med* 2014;371:1324-31.
- Donker AE, Raymakers RA, Vlasveld LT. Practice guidelines for the diagnosis and management of microcytic anemias due to genetic disorders of iron metabolism or heme synthesis. *Blood* 2014;123(25):3873-86.
- D'Onofrio G, Chirillo R, Zini G, et al. Simultaneous measurement of reticulocyte and red blood cell indices in healthy subjects and patients with microcytic and macrocytic anemia. *Blood* 1995;85:818.
- Gallagher PG. The neonatal erythrocyte and its disorders. In: Nathan and Oski's Hematology and Oncology of Infancy and Childhood, 8th ed, Orkin SH, Fisher DE, Look T, Lux SE, Ginsburg D, Nathan DG (Eds). Philadelphia. WB Saunders 2015, p. 52.
- Hannibal L, Lysne V, Bjørke-Monsen A-L, et al. Biomarkers and Algorithms for the Diagnosis of Vitamin B12 Deficiency. *Front Mol.Biosci* 2016;3:27. doi: 10.3389/fmolb.2016.00027.
- Hye Lim Jung. A new paradigm in the diagnosis of hereditary hemolytic anemia. *Blood Res* 2013;48(4):237-9.
- Kliegman R, Behrman RE, Jenson Hal B, Stanton BF. Nelson Textbook of Pediatrics. Saunders Elsevier, 18° Ed. 2007.
- Linee Guida per la Gestione della Malattia Drepanocitica in età pediatrica. Associazione Italiana di Emato-Oncologia Pediatrica (2012). http://www.aieop.org/files/files_htmlarea/tutto%20giu12.pdf.
- Luzzatto L, Nannelli C, Notaro R. Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency. *Hematol Oncol Clin North Am* 2016;30:373-93.
- Reali G. MEN: una malattia scomparsa? La trasfusione del sangue; vol. 46 - num. 3, maggio-giugno 2001.
- Sandoval C. Approach to the child with anemia. *UpToDate* 2015. <http://www.uptodate.com>.
- Özdemir N et al: Iron deficiency anemia from diagnosis to treatment in children. *Türk Ped Arş* 2015;50:11-9.

Un postino in “Ferrari Testarossa”: informazioni per genitori sull’anemia

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

Filastrocca utilizzata da Tonio Cartonio
per guarire dalla Pallidite

Voglio sentirmi di nuovo io,
voglio il mio corpo di nuovo mio.
Guance rosa, fresca faccia,
grande forza nelle braccia.
Sano appetito, sete normale:
adesso basta sentirsi male!

Mela Cecchi, Bruno Tognolini.
Filastrocche e Canzoni della Melevisione.
Editore RAI-ERI, 1999

L’anemia è una condizione in cui l’emoglobina presente nel sangue è ridotta. I valori di normalità sono differenti a seconda dell’età del bambino, e infatti ci sono tabelle di riferimento apposite. L’anemia può dare pallore, oppure il bambino può sentirsi stanco o debole, mangiare poco o avere un comportamento irritabile. Questi sono sintomi che possono destare preoccupazione nei genitori. Normalmente nel bambino l’anemia è una condizione facilmente curabile e prevenibile. È utile conoscere l’anemia e sapere cosa fare per prevenirla.

Una causa frequente di anemia, dovuta a carenza di sostanze come il ferro, è la forte velocità di crescita che si osserva in due momenti: il primo anno di vita e l’adolescenza, periodi in cui si cresce in pochi mesi con molto vigore sia in altezza che in peso. Talvolta questa vigorosa crescita non è accompagnata da una introduzione adeguata di ferro.

Ma cosa è l’anemia?

Per capire cos’è l’anemia dobbiamo conoscere meglio alcune cellule chiamate globuli rossi; queste sono cellule piene di emoglobina, una proteina che prende l’ossigeno dai polmoni e attraverso i vasi sanguigni lo trasporta a tutti gli organi del nostro corpo. L’emoglobina è in effetti una specie di “postino”, veloce, efficiente e sempre disponibile, che porta l’ossigeno a domicilio usando il globulo rosso come mezzo di trasporto: un bel postino in “Ferrari Testarossa”. Spesso la carenza di emoglobina si associa ad alterazioni del numero dei globuli rossi o della loro grandezza.

Le cellule dei muscoli e dei vari organi hanno bisogno di ossigeno per sopravvivere; quando questo lavoro di consegna viene meno, si crea una situazione di stress per il corpo.

Perché un bambino può diventare anemico?

Un bambino può diventare anemico se non produce abbastanza globuli rossi. Questo può succedere quando mancano il ferro o altre sostanze.

Un bambino può diventare anemico se l’organismo distrugge i globuli rossi. Questo può succedere in presenza di una malattia ereditaria o di alcune infezioni.

Un bambino può diventare anemico se ha una perdita di sangue; pensiamo a una adolescente con un ciclo mestruale abbondante. Alcune malattie fanno perdere sangue con le feci anche per lunghi periodi.

Quali sono i sintomi più comuni dell’anemia?

Un bambino anemico può essere pallido: le unghie e il bordo palpebrale sono meno “rosa” di prima.

Può diventare irritabile e stancarsi facilmente. Quando l’anemia è provocata dalla distruzione dei globuli rossi, la pelle e gli occhi assumono un colore giallastro: l’ittero. Quando il contenuto di ferro nel sangue è molto basso, i bambini possono cominciare a fare “strane cose”: staccano e mangiano l’intonaco delle pareti di casa, mangiano il ghiaccio, la terra e l’argilla. Questo strano comportamento si chiama “Pica”. In questo caso, una eventuale intossicazione può verificarsi solo se nella vernice che riveste l’intonaco è presente piombo. Il “picacismo”, come viene definito questo comportamento, scompare trattando l’anemia con farmaci a base di ferro.

È importante sapere che livelli di anemia, anche lievi, possono interferire con il comportamento dei bambini: la loro voglia di fare, di apprendere e con l’umore. Quando l’anemia si cronicizza, cioè dura per molto tempo, si possono manifestare anche alterazioni permanenti dello sviluppo che possono interferire sensibilmente con le capacità di apprendimento.

Un semplice esame del sangue può diagnosticare l’anemia.

L’anemia si può prevenire?

Le anemie provocate da una mancanza di ferro o da altre sostanze nutrienti possono essere prevenute con una dieta bilanciata e sana.

Qualora in famiglia ci siano delle restrizioni dietetiche, una alimentazione vegetariana o vegana, o altre diete poco variate nella scelta degli alimenti, è necessario consultare il pediatra che saprà suggerire le integrazioni alimentari appropriate.

Le accortezze necessarie in caso di anemia causata da una mancanza di sostanze nutritive sono:

non introdurre il latte vaccino prima dell’anno di vita; il latte vaccino può provocare delle piccolissime, microscopiche ma continue perdite di sangue nelle feci e ridurre l’assorbimento del ferro da parte dell’intestino.

In caso di allattamento al seno, bisogna sapere che il latte materno contiene ferro in quantità sufficiente a evitare l’anemia. Nel momento di passaggio a una alimentazione complementare sarà il pediatra a consigliare come evitare, con alimenti appropriati, una eventuale carenza di ferro. I latti formulati sono arricchiti con ferro; anche in questo caso, nel passaggio verso i cibi solidi, il pediatra saprà consigliare gli alimenti appropriati.

La quantità di latte assunta dai bambini più grandi, dopo il primo anno di vita, non dovrebbe superare il mezzo litro al giorno.

Le buone abitudini alimentari nascono e si rafforzano in famiglia, durante i pasti consumati insieme, quando i bambini hanno la possibilità di sperimentare cibi diversi, osservare fin da piccoli la preparazione del pasto, i colori e sentirne i profumi.

Alcune vitamine, in particolare la vitamina C, favoriscono l’assorbimento del ferro: quindi via libera a frutta come arance, limoni, e a tutti gli alimenti freschi ricchi di questa vitamina come le verdure a foglia verde.

Se l’anemia non dipende dalla dieta ma da una distruzione o una mancata produzione dei globuli rossi è necessario scoprire la causa dell’anemia e poi curarla. Il pediatra saprà consigliare o, se necessario, chiedere la consulenza di un ematologo pediatra che potrà approfondire e richiedere ulteriori indagini.

✉ doc.manetti@gmail.com

Affrontare l'obesità nell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia



Vincenza Briscioli¹, Maria Stefania Bellesi², Irene Benaglio³, Alessandra Buracci⁴, Laura Imperadori⁴, Ivanna Lascioli⁵, Daniela Caminada⁵, Barbara Corsi¹, Bruna Faletti¹, Barbara Fogazzi⁶, Giuseppe Marchese¹, Pietro Minini¹, Elio Tironi¹, Ettore Tomagra¹, Danilo Viggiani¹, Claudia Pastorelli⁷, Genny Poetini³, Tiziana Torri³, Stefano Poli⁴, Rita Tanas⁸

¹Pediatria di libera scelta, ex ASL Valle Camonica (BS), ora ATS Montagna; ²Responsabile Promozione alla Salute – Direzione Sanitaria Aziendale, ex Asl di Valle Camonica, ora ATS Montagna; ³Psicologa, Consultorio familiare ex Dipartimento ASSI, ex ASL Valle Camonica, ora ASST Valcamonica (BS); ⁴UO di Pediatria, Ospedale di Esine, ex ASL Valle Camonica, ora ASST Valcamonica (BS); ⁵Dipartimento di Cure Primarie, ex ASL Valle Camonica, ora ATS Montagna; ⁶Pediatria di libera scelta, ex ASL Valle Camonica (BS), ora ATS Brescia; ⁷Dietista, ex ASL Valle Camonica, ora ASST Valcamonica (BS); ⁸UO Pediatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ferrara

Negli ultimi decenni in Italia, come negli altri Paesi industrializzati, si è assistito a un significativo aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità nella popolazione di ogni età. Questa “nuova epidemia” sta divenendo un problema sanitario pressante: in Italia l'eccesso di peso a 8-9 anni ha una prevalenza del 31% (21% sovrappeso e 10% obesità). La sanità pubblica sta da anni mobilitando le Cure Primarie (CP) per affrontarla con grande difficoltà e scarsa evidenza di efficacia. **Obiettivi:** Lo studio si propone di valutare sostenibilità, efficacia e gradimento di un progetto in rete (operatori sanitari cure primarie, ospedalieri, pediatri di libera scelta), preceduto da adeguata formazione. **Metodi:** Dopo un percorso di formazione rivolto a tutti i professionisti che si occupano dei bambini localmente di 16 ore, basato sui principi dell'Educazione Terapeutica Empowering e del Counseling di Motivazione, si sono organizzati 2 incontri di gruppo sviluppati da team multidisciplinari per le famiglie e un pomeriggio di attività motoria e merenda sana per bambini, familiari e amici in varie sedi del territorio. I PLS sono stati istruiti a seguire i loro bambini sovrappeso/obesi individualmente con un approccio familiare, secondo i principi del counseling di motivazione e a raccogliere i dati antropometrici. **Risultati:** I questionari di gradimento dei genitori hanno dimostrato una positiva partecipazione delle famiglie al progetto. Nei 45 bambini arruolati, di 9±2 anni, si è evidenziato un calo del BMI z-score, iniziale 2,8±0,6, dello 0,20±0,4 dopo 10 mesi. **Conclusioni:** Il progetto, valutato come sostenibile dagli operatori delle CP e favorevolmente accettato dalle famiglie, sembra determinare un buon calo del BMI z-score, per cui si propone il suo proseguimento e ampliamento localmente per una valutazione su numeri maggiori e tempi più adeguati.

*In the last decades overweight and obesity have significantly increased in any age, both in Italy and developed countries. Overweight and obesity have so far reached epidemic levels with a significant impact on overall health. In Italy 31% of children aged 8-9 are overweight (21% overweight and 10% obese). Over the last years there has been poor evidence of effectiveness and a great of difficulty by the National Public Health System in the attempt of mobilising primary care professionals, family doctors and paediatricians. **Goals:** The aim of this study has been to explore sustainability, effectiveness and value of a multidisciplinary project involving hospital primary care providers and paediatricians to manage childhood obesity and overweight successfully after suitable training. **Methods:** After a training period focused on therapeutic educational empowering and motivation counseling principles, all professionals (psychologists, paediatricians, registered dieticians) were invited to organize two multidisciplinary group sessions for families. The families, parents children and their friends, were also invited to participate to an exercise activity and healthy snack afternoon. The participants came from different parts of the territory. The paediatricians were instructed on how to manage their overweight/obese children, using individualized family approaches based on motivation counseling principles. The paediatricians were then asked to collect relative anthropometric information. **Results:** The parents' reports demonstrated a positive attitude to the project. In the 45 children aged 9±2 who participated to the project, their BMI z-score decreased significantly from 2,8±0,6 to 0,20±0,4 after 10 months. **Conclusions:** A significant decrease in the BMI z-score among the overweight/obese children in this study gave evidence of sustainability for the current project. The project was very well appreciated by primary care providers and families. However, further research is needed on this topic, as regards to investigation on larger cohorts and more convenient times.*

Introduzione

Negli ultimi decenni in Italia, come negli altri Paesi industrializzati, si è assistito a un significativo aumento di peso nella popolazione di ogni età. L'obesità, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come “la nuova epidemia”, con le sue comorbilità fisiche e psicologiche e i suoi costi, è diventata un serio problema di salute pubblica. Studi statistici prevedono che, senza interventi mirati ed efficaci, nel 2025 nel mondo ci saranno 91 milioni di bambini di 5-17 anni con obesità, molti dei quali già diabetici o prediabetici, ipertesi o con steato-epatite [1]. Ciò ha indotto sia l'OMS che i Servizi Sanitari Nazionali (SSN) di molti Paesi a intraprendere campagne di sensibilizzazione e prevenzione fin dalla prima infanzia, come quella per l'allattamento al seno.

Un bambino in sovrappeso ha elevate probabilità di diventare un adolescente e quindi un adulto e un genitore obeso. Se un tempo le complicanze cardiovascolari ed endocrino-metaboliche dell'obesità, quali aterosclerosi, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete mellito non-insulinodipendente, erano ritenute di pertinenza dell'adulto, oggi esse sono già individuabili in età evolutiva.

Molti studi hanno evidenziato che i professionisti delle Cure Primarie (CP) non si sentono adeguati a occuparsi dell'eccesso di peso: sostengono di non avere né formazione né risorse adeguate, si rifiutano di investire in un percorso che ritengono troppo difficile e destinato al fallimento [2]. In effetti, un approccio poco sensibile ai problemi di derisione sul peso, strutturato in un contesto sociale poco accogliente, può essere stigmatizzante e avere esiti negativi sulla salute dei bambini [3, 4]. Precedenti tentativi di coinvolgimento delle CP, basa-

ti sull'approccio tradizionale dietetico-pre-scrittivo con incentivi di tipo economico, hanno dato risultati deludenti sia per i professionisti che per famiglie e hanno peggiorato la relazione medico-famiglia.

I dati della sorveglianza epidemiologica di "Okkio alla salute 2014" per la Valle Camonica mostrano che il 20,6% dei bambini di 8-9 anni presenta un eccesso ponderale (sovrappeso 14,2%, obesità moderata 5,8%, obesità severa 0,6%); tali prevalenze, pur se inferiori alle medie nazionali, richiedono il coinvolgimento della sanità pubblica e delle CP.

Questo studio, denominato "Vivere in Salute, Educare al Benessere", avviato in Valle Camonica nel 2013 e ancora in essere, si pone l'obiettivo di valutare sostenibilità, efficacia e gradimento di un progetto basato sull'Educazione Terapeutica [5] e i principi del Colloquio Motivazionale [6], dalla formazione al sostegno del lavoro in rete.

Materiali e metodi

Il responsabile dell'UO di Pediatria di Esine (Valle Camonica, BS) nel 2013, nell'ambito delle valutazioni dei bisogni formativi, ha concordato e organizzato un corso sulla cura dell'obesità, basato sui principi dell'Educazione Terapeutica del paziente [7] e del Counseling di Motivazione con tutti i professionisti locali (9 PLS, 1 dietista, 3 psicologhe, 3 medici dell'UO di Pediatria, 2 medici del Dipartimento Cure Primarie e 1 assistente sanitaria della Direzione Sanitaria Aziendale).

Il programma formativo di 16 ore si è focalizzato su:

- fare diagnosi di sovrappeso/obesità e rischio di complicanze,
- comunicarla alla famiglia evitando sensi di colpa e stigma,
- valutare e sostenere la motivazione a un cambiamento possibile e concordato con la famiglia.

Il percorso, illustrato dalla dott.ssa Tanas, esperta del settore, prevedeva una visita iniziale, un incontro formativo in piccoli gruppi per le famiglie e gli adolescenti, e una rivalutazione diagnostico-terapeutica al fine di contribuire al cambiamento dello stile di vita delle famiglie, realizzando con loro un processo di crescita culturale e di presa in carico consapevole e autonoma delle loro scelte di vita e di salute. I professionisti che usano il counseling di motivazione non suggeriscono soluzioni preconfezionate, ma aiutano le famiglie a raccontarsi e, partendo dal loro racconto, a fare scelte più sane e affrontare gli ostacoli al cambiamento [8, 9]. Dopo la formazione si è costituito un gruppo di lavoro, costituito da pediatri di libera scelta (PLS), ospedalieri, psicologhe, dietista e

operatori sanitari del settore Stili di Vita e delle Cure Primarie, con la supervisione del responsabile dell'UO, per definire un percorso di collaborazione tra i vari livelli di cure e realizzare la presa in carico del bambino/adolescente con sovrappeso o obesità (BMI z-score >1 DS secondo le curve dell'OMS) e della sua famiglia. Si è quindi giunti al progetto "Vivere in Salute, Educare al benessere", costituito da 3 incontri di gruppo teorico-pratici con l'obiettivo di affrontare le tematiche relative agli stili di vita, le opportunità e gli ostacoli al cambiamento, che è stato proposto alle famiglie già seguite nell'ambito della presa in carico della patologia cronica (sovrappeso/obesità), prevista dall'ACN del 2002 per i bambini di 2-12 anni [10-12]. L'adesione verbale iniziale è stata del 70%, ma hanno partecipato agli incontri il 50% delle famiglie convocate.

Nel primo incontro di gruppo le famiglie, ovvero genitori, nonni/zie e babysitter, hanno affrontato con la psicologa e un/a PLS la tematica relativa ai fattori esterni e interni, che facilitano la loro motivazione al cambiamento/miglioramento dello stile di vita (percorso a piccoli passi raggiungibili, ruolo del modeling, sostegno all'auto-efficacia). Sono inoltre stati analizzati gli aspetti emotivi e relazionali, che possono ostacolare o facilitare il percorso di cura. Le famiglie sono state invitate a riflettere sulle proprie esperienze personali attraverso tecniche di comunicazione e il confronto attivo con gli operatori. Tali obiettivi sono stati poi rinforzati dai successivi lavori di gruppo consentendo, attraverso il confronto di esperienze di vita simili, una maggiore motivazione verso l'assunzione di stili di vita sani [7-9].

Nel secondo incontro (a distanza di quindici giorni dal precedente) i genitori hanno incontrato la dietista insieme a un PLS su due principali temi: "mangiare un po' meno e meglio" e "sedersi di meno e muoversi di più". In particolare, si è di nuovo posta l'attenzione sull'importanza del "modeling" in famiglia (cioè del ruolo di esempio dei genitori), della porzione personalizzata, del valore della prima colazione, del consumo di frutta, verdura e cereali integrali, dell'uso dell'acqua come giusta risposta alla sete e di come leggere le etichette dei prodotti alimentari. Si è inoltre discusso con le famiglie il ruolo fondamentale del movimento per la salute e il benessere del corpo e della mente, con consigli pratici (utilizzo del contapassi) per incrementarlo in ogni momento della giornata con qualsiasi tipo di attività (es. lavori domestici, gioco in cortile). All'incontro le famiglie hanno partecipato attivamente raccontando le loro esperienze e difficoltà.

Al termine dell'incontro è stata chiesta la compilazione di un questionario di gradimento.

Per gli incontri di gruppo sono state utilizzate sale civiche; l'iniziativa non è stata pubblicizzata per garantire la privacy.

Nel terzo incontro definito "esperienza di movimento", gli operatori sanitari hanno organizzato insieme ai genitori e ai bambini una camminata di circa 5 km in un pomeriggio festivo, scegliendo un percorso ciclo-pedonale e coinvolgendo anche amici e conoscenti. Alla sua organizzazione hanno contribuito dei volontari (un'infermiera e alcuni operatori dell'Ufficio Promozione alla Salute) (totale numero di partecipanti 73); al termine della camminata è stata offerta una merenda a base di frutta di stagione. Nel 2014 il percorso è stato realizzato in tre sedi (bassa, media e alta Valle Camonica); nel 2015, per l'esiguità numerica dei partecipanti, gli incontri si sono svolti solo in bassa Valle. La giornata in movimento è stata organizzata insieme all'Associazione Diabetici Camuni all'interno del progetto "La scuola della salute per una valle della salute", che mira a creare una rete di soggetti competenti nei diversi settori (alimentazione, attività fisica, promozione della sicurezza ecc.), che con professionalità e competenza rendano il cittadino capace di fare scelte sane.

I dati antropometrici dei pazienti aderenti al progetto sono stati raccolti dai PLS durante le visite di controllo (cadenza trimestrale) ed elaborati nell'ambito dello studio pilota "Perle e Delfini". Nel 2014 sono stati arruolati e seguiti per almeno 6 mesi 45 bambini di 9±2 anni con BMI z-score medio 2,8±0,6; di essi 4 erano in sovrappeso (BMI z-score ≥1 e <2), 28 con obesità moderata (BMI z-score ≥2 e <3) e 13 severa (BMI z-score ≥3) (Tabella 1).

Il tempo lavorativo richiesto dal progetto è specificato nella Tabella 2. Relativamente ai costi i PLS hanno inserito il loro operato nelle progettualità del governo clinico (2014-2016) utilizzando gli incentivi già stanziati. Il costo degli altri operatori sanitari è sulla base dei singoli contratti lavorativi.

Risultati

Risultati del questionario di gradimento

La Figura 1 mostra il gradimento da parte delle famiglie dei due incontri del 2014, simile nel 2015. La Figura 2 mostra la disponibilità a organizzare con gli operatori sanitari la giornata di movimento espressa dai genitori durante gli incontri nel 2014.

Il questionario prevedeva domande aperte sugli argomenti da approfondire.

I partecipanti del 2014 hanno richiesto approfondimento su: etichette degli alimenti,

TABELLA 1. Dati dei 45 bambini arruolati al nuovo percorso terapeutico alla prima visita e all'ultima dopo 10 ± 4 mesi e loro modifica (Δ)

Tempi	Arruolamento (DS)	Ultima visita (DS)	Δ
Età media	9,22 ± 2,3	10,6 ± 2,3	0,84 ± 0,4
BMI	24,54 ± 3,4	24,95 ± 4,2	0,41 ± 1,75
BMI z-score	2,75 ± 0,6	2,57 ± 0,7	-0,18 ± 0,4
Circonferenza vita	79,6 ± 11,8	80,8 ± 13,6	0,48 ± 3,9
Vita/altezza (W/H)	0,57 ± 0,08	0,56 ± 0,05	-0,02 ± 0,03

TABELLA 2. Tempi utilizzati per la formazione, preparazione e svolgimento del progetto

Tipo di attività	Tempo
Formazione	16 ore
Formulazione e organizzazione progetto "Vivere in salute, Educare al benessere"	8 ore
Incontri preparatori per incontri di gruppo famiglie	6 ore
Incontri di gruppo	4 ore

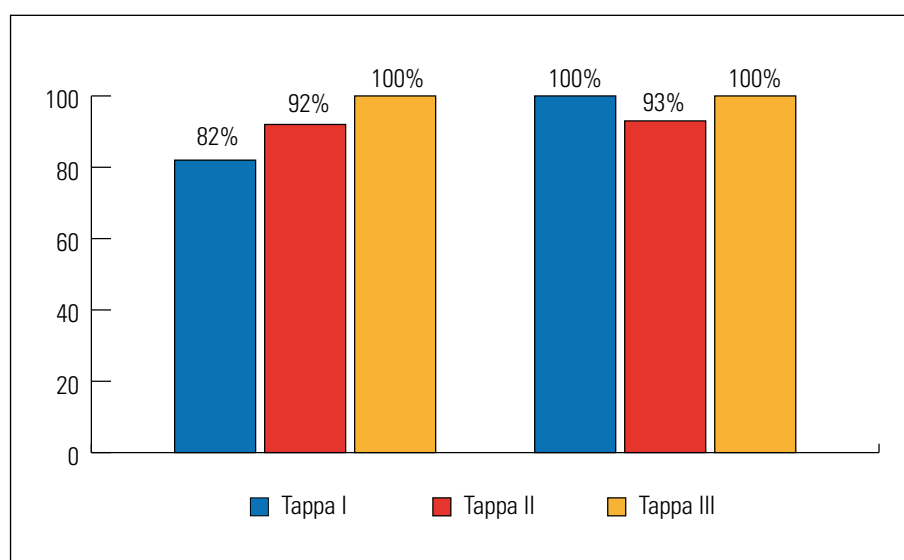


Figura 1. Esito del questionario somministrato ai genitori, relativo alla loro valutazione di gradimento dei due incontri di gruppo (2014).

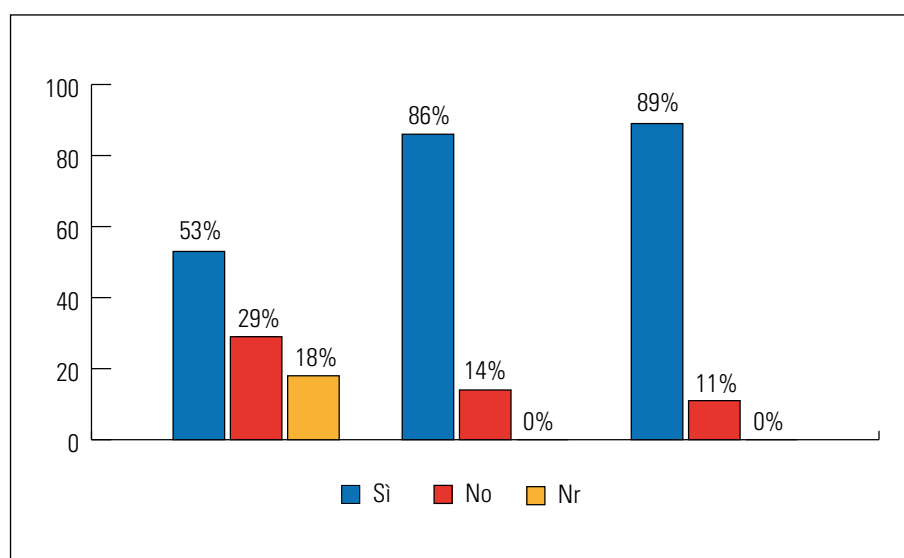


Figura 2. Disponibilità dei genitori, partecipanti agli incontri, sviluppati nelle tre sedi della Valle, a organizzare la giornata di movimento con gli operatori sanitari.

cibi senza oli vegetali, come scegliere gli alimenti, offrire frutta e verdura a bambini e adolescenti, gestire le conflittualità a tavola soprattutto con gli adolescenti, organizzare il movimento, definire un'adeguata quantità di cibo per ciascun bambino/adolescente. Il 63% ha richiesto altri incontri. Per il 2015 le tematiche da approfondire sono state quelle sul rapporto dell'adolescente con il cibo e le intolleranze alimentari; solo il 45% ha richiesto altri incontri.

Risultati del progetto clinico 2014

I 45 bambini arruolati nel 2014 dopo 10 ± 4 mesi dall'avvio del progetto hanno presentato un calo del BMI z-score, della pressione arteriosa sistolica, del rapporto circonferenza vita/altezza (Tabella 1). I bambini con obesità severa si sono ridotti da 13 a 7 (-46%) (Figura 3). Solo in 6 casi il BMI z-score è aumentato più di 0,1. Dividendo il campione per sesso ed età, si è evidenziato che il BMI z-score si è ridotto nei maschi e nei bambini di età inferiore ai 10 anni (in entrambi i sottogruppi -0,29), mentre è rimasto quasi stazionario nelle femmine e nei bambini di età superiore ai 10 anni (rispettivamente -0,10 e -0,03) (Tabelle 3, 4).

Discussione

I risultati dei dati antropometrici raccolti dai pediatri sono stati discussi con il formatore in una giornata di aggiornamento nell'aprile 2015.

Dalla discussione sono emersi:

- la positività dei risultati confrontati con quanto riportato dalla letteratura, pur ottenuto in progetti di ricerca [2] e non di vita reale;
- la possibilità di un ulteriore miglioramento dei risultati con una maggior cura nella raccolta dati (per esempio dati antropometrici con un decimale);
- l'aumento della competenza nei confronti del Counseling di Motivazione dei professionisti, che si impara facendo;
- il richiamo dei pazienti che non tornano spontaneamente in ambulatorio ai tempi previsti dal progetto;
- lo sviluppo di una maggior fiducia nel risultato nei professionisti e la loro capacità di restituire questa fiducia alle famiglie con il rinforzo positivo [13];
- la presa in cura di famiglie nuove, non già trattate con le procedure prescrittive dietetiche, senza attenzione alla derisione e quindi con già un'esperienza fallimentare alle spalle.

È stata inoltre valutata la possibilità di verificare l'efficacia del progetto su un campione più numeroso, con tempi di osservazione

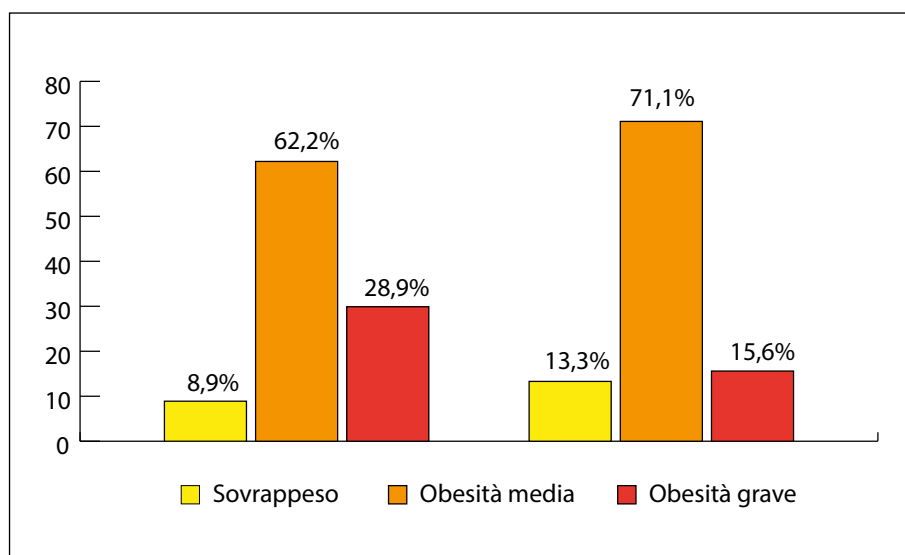


Figura 3. Cambiamento nella distribuzione percentuale dei 45 bambini nei 3 gradi di eccesso ponderale dall'avvio del progetto (Tempo 0) al termine (Tempo 1) dopo 10 ± 4 mesi.

di almeno 2 anni e coinvolgimento di bambini sotto i 6 anni d'età e con particolare attenzione alle femmine. L'avvicinarsi di pubertà e adolescenza rende infatti il percorso di cura più difficile e i risultati meno eclatanti [14].

In particolare, la presa in carico della famiglia del bambino/adolescente in sovrappeso/obesità ha consentito al pediatra di libera scelta una maggiore consapevolezza delle dinamiche relazionali della famiglia e del bambino sottese alla problematica del cibo e dello stile di vita, e quindi nuove possibilità di sostegno.

Limiti

I limiti dello studio sono molti, legati al tipo di patologia e al tipo di cura proposta. Manca un gruppo di controllo ma, come espresso dall'European Association for the Study of Obesity [15], la cura per l'obesità e i tempi per evidenziarne l'efficacia sono troppo lunghi perché sia etico tenere in attesa senza cure bambini che potrebbero beneficiarne.

Inoltre, formando tutti i PLS della Valle al nuovo approccio, non è stato possibile dividere bambini trattati e non, e un trattamento educativo non può essere somministrato in doppio cieco.

I risultati sono relativi solo a un piccolo numero di bambini, già presi in cura con percorso tradizionale, forse già esposti alla derisione sul peso, presente in ogni ambito persino nelle CP [16], e seguiti per soli 10 mesi. Infine la cura dell'obesità non ha come unico né principale effetto il calo del BMI z-score o degli indici di patologia metabolica, ma in questa prima fase non è stato possibile valutare altri indici di esito come la qualità della vita o il benessere psicologico dei bambini e delle famiglie [13]. Una criticità rilevante è stata la scarsa fiducia dei PLS nelle loro capacità nel curare l'obesità, cambiare approccio e avviare un cambiamento duraturo dello stile di vita delle famiglie. Questa sfiducia diffusa universalmente fra tutte le persone, compresi gli operatori sanitari, riduce l'autoefficacia e i risultati della cura. All'atto terapeutico

partecipano, infatti, sia il terapeuta che il paziente, e la sua buona riuscita dipende dalla coalizione e autoefficacia condivisa. Senza fiducia, inoltre, i sanitari spesso si rifugiano nello stigma sul peso nell'illusione che tale atteggiamento possa essere motivante, mentre invece allontana dalla cura. È auspicabile che i primi successi terapeutici possano modificare questi atteggiamenti.

Conclusioni

Il progetto "Vivere in salute, Educare al benessere", scelto e sostenuto dal responsabile della rete sanitaria della Valle Camonica, è stato accettato come sostenibile dagli operatori delle CP e ha interessato favorevolmente le famiglie; persino i suoi risultati preliminari sul BMI z-score sono buoni, anche se su numeri e tempi limitati e senza gruppo di controllo. Il progetto, con le piccole modifiche proposte, sta continuando l'arruolamento di nuove famiglie e il monitoraggio di quelle già in cura. I primi risultati, se confermati, potrebbero dimostrare che le CP, soprattutto se formate e sostenute dal II livello a un lavoro multiprofessionale in rete, possono realizzare il trattamento di una patologia difficile, per la quale si cercano ancora soluzioni validate efficaci e realizzabili nella pratica quotidiana [13, 17-19]. Certamente anche le azioni realizzate nel setting scolastico dalle Amministrazioni comunali con il coinvolgimento delle famiglie e della comunità intera sono un prerequisito per raggiungere l'obiettivo. Nel territorio della Valle Camonica molte sono le scuole che lavorano sulla merenda sana e il "piedi bus" (attivato dal 35% circa dei plessi del territorio). Continuare la sua realizzazione in rete potrebbe migliorare ulteriormente i risultati registrati e gli esiti di salute a distanza.

✉ tanasc.rita@tin.it

TABELLA 3. Cambiamento del BMI, BMI z-score, Pressione Sistolica (PAs) e Diastolica (PA_d) e rapporto vita/altezza (W/H) nei bambini trattati suddivisi secondo l'età (26 bambini < 10 anni e 19 ≥ 10 anni)

Età	BMI	BMI z-score	PAs	PA _d	W/H
<10 anni	-0,02 ± 1,8	-0,29 ± 0,4	-1,23 ± 8,2	0,69 ± 5,2	-0,03 ± 0,03
≥10 anni	1,01 ± 1,5	-0,03 ± 0,3	-1,74 ± 7,8	-1,63 ± 5,4	-0,01 ± 0,02

TABELLA 4. Cambiamento del BMI, BMI z-score e rapporto vita/altezza (W/H) nei bambini trattati suddivisi secondo il sesso (26 femmine e 19 maschi)

Sesso	BMI	BM z-score	W/H
Femmine	0,88 ± 1,7	-0,10 ± 0,33	-0,02 ± 0,03
Maschi	-0,23 ± 1,7	-0,29 ± 0,36	-0,02 ± 0,03

1. Lobstein T, Jackson-Leach R. Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-age children in 2025. *Pediatr Obes* 2016;11(5):321-5.
2. Sim LA, Lebow J, Wang Z, Koball A, Murad MH. Brief Primary Care Obesity Interventions: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2016;138(4) pii: e20160149.
3. Vallgård S. Ethics dilemmas of early detection of obesity. *Scand J Public Health* 2016;44(6):543-5.
4. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 2009;17:941-64.
5. WHO working group. World Health Organization, Regional Office for Europe. Therapeutic Patient Education. Continuing education programs for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Geneva, 1998.
6. Miller WR, Rollnick S. Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare. Erickson, 2014.

7. Tanas R. Perle e Delfini. Latina: Edizioni Draw UP, 2016.
 8. Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gili G. A family-based education program for obesity: a three-year study. BMC Pediatr 2007;7:33.
 9. Tanas R, Mazza F, Caggese G, Rossato E, Donach M, Marcolongo R. A Pilot Experience in the training of Healthcare Professionals to face the childhood obesity epidemic through family therapeutic education. OJPed 2013;3:165-76.
 10. Brambilla P, Giussani M, Nova A, Picca M, Sala E. Raccomandazioni per il Percorso Assistenziale al Bambino con Sovrappeso - Obesità. Manuale 2007. https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww2.asl.bergamo.it%2Fportale%2Flibreria_medici.nsf%2F141344b7fa3ed89ac1256bc00052adfb%2F9797acbf84347f3807c12572dd00440a2b%2F%24FILE%2F2%2520obesita%25202007.doc.
 11. Piano Integrato per la Promozione alla Salute ANNO 2014, Breno 05.02.2014. Pia-

no Promozione Sana Alimentazione Area Materno-Infantile, Percorso Condiviso Ospedale-Territorio per la Prevenzione dell'Obesità Infantile, pag 41-45. http://www.aslvallecamicasebino.it/files/documenti%20istituzionali/2014_allegato%20_ddp_Pil.pdf.
 12. Valerio E. Linee d'indirizzo per la Prevenzione della Malnutrizione. "Linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione integrata ospedale-territorio del sovrappeso e dell'obesità in Lombardia" per il triennio 2008/2010. ASL MILANO, Dipartimento di Prevenzione Area Tecnico-Funzionale Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, UO di Igiene Nutrizione. http://www.asl.milano.it/user/download.aspx?FILE=OBJ00987.PDF&TIPO=FLE&NOME=SIAN_-_Linee_di_indirizzo_per_la_prevenzione_della.
 13. Armstrong SC, Skinner AC. Defining "Success" in Childhood Obesity Interventions in Primary Care. Pediatrics 2016 Oct;138(4). pii: e20162497.
 14. Danielsson P, Svensson V, Kowalski J, Nyberg G, Ekblom O, Marcus C. Importance of age for 3-year continuous behavioral obesity

treatment success and dropout rate. Obes Facts 2012;5:34-44.
 15. Holm JC, Nowicka P, Farpour-Lambert NJ, et al. The ethics of childhood obesity treatment - from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of European Association for the Study of Obesity (EASO). Obes Facts 2014;7:274-81.
 16. Khandalavala BN, Rojanala A, Geske JA, Koran-Scholl JB, Guck TP. Obesity bias in primary care providers. Fam Med 2014;46:532-5.
 17. Tanas R, Lera R, Caggese G. Un approccio integrato al bambino e all'adolescente che pesa troppo. Come definire un modello che contempli l'integrazione di diverse componenti per il bambino e l'adolescente che sono sovrappeso o obesi. Area Pediatrica 2014;15:33-42. http://sip.it/wp-content/uploads/2014/05/AP_151_GenMar14_pp23-42.pdf.
 18. Limauro R, Gallo P, Cioffi L, Farris E, Tanas R. La terapia del bambino sovrappeso e obeso nell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia con l'Educazione Terapeutica Familiare: Follow-up di 3 anni. Medico e Bambino 2013;32:667-8.



NOGRAZIE

Lettera di informazione periodica

Esce ogni due mesi circa; contiene le notizie più significative già pubblicate sul sito www.nograzie.eu e su facebook <https://facebook.com/pages/NoGraziePagolo/180764791950999>

LETTERA N. 45 - FEBBRAIO 2017

Berlino, 15-17 Settembre 2017
 Global No Free Lunch Conference/Seminar

How do conflicts of interest in healthcare hinder the human right to the highest attainable standard of health

Sarebbe bello se a questa prima conferenza internazionale dei gruppi No Free Lunch partecipasse una (magari folta) delegazione di NoGrazie. Il programma preliminare prevede la partecipazione di gruppi provenienti da tutto il mondo: Germania, Olanda, Australia, India, Cile, Brasile, Sudafrica, ecc. Vi saranno relazioni sulle esperienze nei vari paesi, dibattiti su temi comuni, gruppi di lavoro per costruire strumenti utili a tutti, ma anche canti e balli, oltre a momenti di convivialità con l'obiettivo di conoscerci meglio. Cercheremo anche di darci un'organizzazione sfruttando le potenzialità della rete. Non mancheranno discussioni e proposte su come diffondere le nostre idee e crescere sia numericamente sia in qualità ed efficacia delle azioni. Se pensate di partecipare, mettetevi in contatto con Adriano Cattaneo (adriano.cattaneo@gmail.com) e/o con Alice Fabbri (alealifab@gmail.com).

Indice

1. Lo studio 329	pag. 2
2. Pazienti, Big Pharma e conflitto di interessi	pag. 2
3. Quando medici e pazienti fanno gli interessi dell'industria	pag. 4
4. Conflitti d'interesse non finanziari: arma di distrazione di massa	pag. 5
5. Pfizer Canada lancia la sua carta fedeltà	pag. 6
6. Società Canadese di Pediatria: i rapporti con l'industria	pag. 7
7. L'Emilia Romagna regola l'attività degli informatori farmaceutici	pag. 8
8. Automobili a gasolio: le città soffocano ma i governi prendono tempo	pag. 10

Vaccinazioni: tra il dire e il fare...



Stefania Manetti

Pediatra di famiglia, Piano di Sorrento (Napoli)

È ben noto come i vaccini, rispetto ai farmaci, hanno la capacità di funzionare sia a livello individuale che comunitario. La potenza dei vaccini risiede in gran parte in questo aspetto fortemente “democratico” delle vaccinazioni: mentre nessun vaccino è efficace al 100% sul singolo individuo, se usato ampiamente in una comunità, lo stesso vaccino riesce a evitare l’insorgenza di diverse malattie prevenibili. Per raggiungere questo obiettivo è necessario tuttavia avere, per ogni vaccino, una adeguata copertura vaccinale della popolazione in modo da poter ridurre il rischio di malattia. Anche nei Paesi con elevate coperture vaccinali ci possono essere piccoli cluster o sottogruppi con coperture più basse rispetto a quelle necessarie per proteggere la comunità. Per questo motivo sono ricomparse malattie che fino a un decennio fa sembravano sotto controllo, come il morbillo, la parotite, la pertosse.

Le evidenze scientifiche sui benefici delle vaccinazioni sono travolgenti. Vaccinare è tra gli interventi più efficaci per promuovere la salute, e con il migliore rapporto costo/efficacia in assoluto. In tutto il mondo i vaccini hanno debellato malattie mortali, salvato vite e migliorato la salute.

Nel 2011 il gruppo di lavoro SAGE (Strategic Advisory Group of Experts) dell’OMS, gruppo di esperti sulla immunizzazione, ha riconosciuto, con non poca preoccupazione, l’impatto della riluttanza a vaccinarsi riscontrato sia nei Paesi in sviluppo che in quelli sviluppati. A seguito di queste evidenze, nel 2012 si è costituito un gruppo di lavoro centrato proprio sulla esitazione vaccinale. Nell’ottica di raggiungere coperture vaccinali adeguate a ottenere e sostenere una immunità di gregge, il fenomeno della esitazione vaccinale va capito nelle sue sfaccettature e affrontato adeguatamente. Il gruppo di esperti SAGE ha riscontrato come il problema non sia in effetti circoscritto a una regione specifica o a un sottogruppo definito di popolazione.

Il termine esitazione vaccinale deriva dall’inglese “vaccine hesitancy”, definito dal gruppo SAGE come “ritardo nella accettazione o nel rifiuto di vaccinare nonostante la disponibilità dei servizi vaccinali”. È un fenomeno complesso e legato al

contesto (politico, sociale, ideologico). Esso include diversi fattori definiti con le tre C: “Compiacenza, Convenienza e Confidenza”.

È un comportamento che si inserisce tra due estremi: da una parte la totale accettazione dell’offerta vaccinale e all’estremo opposto il rifiuto vaccinale. Nel 2012 l’assemblea mondiale ha approvato il Piano di azione globale dell’OMS sulle vaccinazioni, dove si afferma necessario che gli individui e le comunità comprendano il valore delle vaccinazioni e richiedano la vaccinazione come diritto e come responsabilità”.

Da questa affermazione si evince come sia necessaria una totale trasparenza e condivisione nelle modalità di offerta delle vaccinazioni e degli obiettivi di salute ottenibili attraverso la somministrazione dei vaccini. È necessario raggiungere quindi un consenso generale delle comunità nei confronti delle vaccinazioni.

L’esitazione vaccinale non è il rifiuto a vaccinarsi: essa si colloca lungo un percorso definito che può condurre al rifiuto o alla adesione alle vaccinazioni.

Qui entrano in gioco le tre C individuate dagli esperti SAGE come fattori che possono sostenere l’esitazione vaccinale.

- La **Convenienza** della scelta di non vaccinare che potrebbe sembrare come la scelta più semplice e facile da prendere. La convenienza vaccinale si misura in base alla disponibilità fisica, alla possibilità di pagare laddove sia necessario, alla capacità di capire il messaggio (linguaggio e health literacy) e alla capacità dei servizi di condizionare l’accettazione della vaccinazione. Gli aspetti che potrebbero influenzare l’esitazione a vaccinare sono diversi, quali la qualità percepita e/o reale del servizio, o quanto i servizi vaccinali siano “confezionati” in maniera adeguata al setting in cui operano sia come tempi, luoghi, e contesti culturali. Decidere di non decidere o prendersi tempo per decidere deve essere una scelta consapevole e basata su informazioni corrette e trasmesse con empatia e rispetto.
- La **Compiacenza** riguardo alle malattie prevenibili (“le abbiamo prese anche noi senza problemi”... “La poliomielite

non esiste più ormai”...) è influenzata da diversi fattori, tra cui anche altre criticità in termini di salute, che potrebbero sembrare più importanti in un determinato tempo. Il paradosso è che i programmi di immunizzazione possono portare alla esitazione vaccinale quando gli individui pesano il rischio dei vaccini contro quello di ammalarsi di una malattia oramai scomparsa e sempre più sconosciuta alle nuove generazioni di genitori. In questi casi il rischio percepito viene a mancare.

- La **Confidenza** ossia la fiducia in chi offre la vaccinazione come atto a vantaggio del vaccinato, la fiducia nella efficacia e sicurezza dei vaccini, la fiducia nel Sistema che implementa le vaccinazioni. La fiducia nei servizi include l’affidabilità e la competenza dei servizi e degli operatori.

Appare chiaro come la risposta in questi casi non possa provenire solo dai servizi sanitari, ma sono necessari impegni e azioni a livello politico e/o ideologico. Pur non essendo un rifiuto a vaccinarsi, l’esitazione vaccinale è un fenomeno in crescita che non va sottovalutato per motivi diversi: basta pensare agli sforzi organizzativi ed economici necessari per recuperare coloro che risiedono in questa zona grigia, oppure alla presenza all’interno di una popolazione di soggetti suscettibili a malattie per tempi lunghi, con conseguenti cali delle coperture ed emersione di malattie che decenni fa erano quasi scomparse. L’esitazione vaccinale in alcune situazioni di tempi stretti, data la stagionalità, come la vaccinazione anti-influenzale, diventa automaticamente un rifiuto vaccinale, lasciando grosse parti della popolazione esposta alla malattia influenzale. Un intero programma vaccinale può perdere molto in efficacia proprio a causa della esitazione vaccinale. In alcune nazioni alcuni programmi di eradicazione, come quello della poliomielite, sono stati rallentati proprio a causa della esitazione, fenomeno non considerato come criticità al momento della realizzazione del programma stesso.

In Italia, una indagine svolta in Veneto, dove nel 2008 è stato sospeso l’obbligo vac-

cinale e sono state investite notevoli risorse nelle modalità legate all'offerta vaccinale, ha dimostrato come i genitori titubanti a vaccinare i propri figli siano con maggiore frequenza italiani, di cultura elevata (specialmente delle mamme), e non al primo figlio. Situazioni in cui non entra tanto in gioco l'accesso alle informazioni riguardanti le vaccinazioni quanto l'impatto di fattori culturali e sociali diversi. Altre regioni italiane (Lombardia, Emilia-Romagna) hanno elaborato strategie atte a combattere l'esitazione vaccinale attraverso documenti, video, siti web e app mirati a una informazione corretta e responsabile.

Da tutte queste considerazioni ed evidenze scaturiscono delle riflessioni: appare quanto mai necessario e immediato lavorare alla costruzione di un Sistema efficiente in cui riallineare la domanda di salute con l'offerta di vaccinazione. Tale Sistema dovrebbe essere in grado di operare in maniera continua sui guadagni di salute ottenibili con le vaccinazioni e sulla sicurezza dei vaccini, in modo da poter intervenire anche sui determinanti emotivi e sociali del consenso alla vaccinazione.

Il gruppo SAGE, tenendo in considerazione l'impatto che l'esitazione vaccinale può avere sulle coperture vaccinali e sui programmi di immunizzazione, ha sottolineato alcuni aspetti sottesi alla esitazione vaccinale e alcune criticità che non sono le vere cause della titubanza a vaccinare ma, se presenti, possono facilitarla.

L'esitazione vaccinale non si applica alle situazioni in cui non c'è la disponibilità dei vaccini, dove l'accesso alle vaccinazioni per motivi diversi è carente, dove la comunicazione è deficitaria, e dove fondamentalmente aspetti organizzativi possono inficiare la realizzazione di un programma vaccinale. In queste situazioni l'esitazione vaccinale può essere presente ma non è la ragione principale della presenza di una bassa copertura nella comunità. In questi settings la priorità è il miglioramento del servizio.

La preoccupazione sulla sicurezza dei vaccini può essere associata alla esitazione vaccinale ma essa non è l'unico motivo della esitazione; usando buone pratiche atte a superare le preoccupazioni collegate agli effetti avversi dei vaccini, si possono minimizzare gli impatti negativi. La comunicazione è la chiave del successo di qualsiasi programma vaccinale ma non è un determinante specifico della esitazione vaccinale. Tuttavia una comunicazione povera o inappropriata sui vaccini può indubbiamente pesare.

Bisogna considerare che ci sono molti determinanti sottesi alla incertezza nei confronti delle vaccinazioni che possono es-

sere identificati in contestuali, individuali e di gruppo, e legati ai singoli argomenti specifici per ogni tipologia di vaccini. Importante è capire la grandezza del fenomeno, il suo setting, le radici che sono alla base di queste incertezze e le giuste strategie basate su evidenze scientifiche e "confezionate" in rapporto alle cause. Il monitoraggio e la valutazione degli interventi per poterne quantificare l'impatto sull'accettazione della vaccinazione sono altresì necessari per monitorare una eventuale ricorrenza del fenomeno. I singoli Paesi dovrebbero valutare in maniera adeguata quali siano i determinanti responsabili della incertezza nel vaccinare nei singoli contesti: questo perché non esiste una strategia univoca mirata a risolvere tutte le istanze alla base della esitazione vaccinale. Una review sistematica sulle strategie efficaci per affrontare e risolvere l'esitazione vaccinale ha evidenziato come gli interventi più efficaci siano quelli multi-componenti basati sulla comunicazione e mirati a gruppi specifici di non vaccinati o con coperture vaccinali inadeguate, o a settori specifici della popolazione. Questi interventi dovrebbero essere focalizzati esclusivamente sui determinanti sottesi alla esitazione vaccinale. Sono quindi strategie "confezionate su misura", elaborate dal gruppo di esperti SAGE per un uso globale (WHO EUR Guide to Tailoring Immunization Program-TIP).

Dalla lettura delle strategie individuate dal gruppo di esperti emerge come il problema non sia solo sanitario:

- cercare la collaborazione attiva di leader influenti in campo religioso per promuovere le vaccinazioni;
- mobilitazione sociale;
- utilizzo dei mass media;
- migliore accesso ai vaccini;
- sanzioni per i non vaccinatori;
- incentivi non finanziari;
- formazione degli operatori sulla comunicazione;
- aumento della conoscenza e della consapevolezza delle persone riguardo ai vaccini.

Le raccomandazioni del gruppo SAGE per le varie nazioni sottolineano come in contesti con scarsi servizi e basse coperture sia prioritario implementare questi aspetti e non focalizzare l'attenzione sulla esitazione vaccinale.

Ogni nazione dovrebbe implementare e inserire nei programmi di immunizzazione un piano atto a monitorare il fenomeno della esitazione vaccinale e a sviluppare strategie per approcciarla in maniera appropriata. Una modalità potrebbe essere l'utilizzo di un questionario validato per valutare l'esi-

tazione vaccinale, confrontabile quindi con altri Paesi. Indiscutibile appare inoltre la formazione degli operatori su come approcciare in maniera appropriata e scientificamente adeguata l'esitazione vaccinale. Queste tematiche dovrebbero poi far parte dei curricula formativi degli operatori sanitari; l'educazione e la consapevolezza dei giovani individui, concludono gli esperti, potrebbe modificare le credenze e i comportamenti futuri di una comunità.

Ogni genitore è esperto del proprio bambino. Noi pediatri siamo gli esperti dei bambini. In questo incontro tra esperti che hanno in comune il bene del bambino, è necessario porsi in ascolto, cercando di capire le motivazioni che sono alla base della riluttanza a vaccinare. È importante individuare gli strumenti giusti per rispondere alle preoccupazioni e paure e portare i genitori verso una migliore comprensione riguardo all'importanza di vaccinare, sempre attraverso una comunicazione trasparente, rispettosa, amichevole e autorevole.

Il problema della esitazione vaccinale necessita ancora di sforzi per essere capito nella sua complessità e nelle sue molteplici sfaccettature. È necessario sviluppare strumenti efficaci ma anche competenze organizzative a livello locale, nazionale e globale, per identificare e monitorare il fenomeno. Altrettanto importante e urgente è rispondere in maniera adeguata ai movimenti anti-vaccinatori in caso di disinformazione o di potenziali effetti avversi.

La monografia elaborata dal gruppo SAGE sottolinea anche l'urgenza di coinvolgere il maggior numero di stakeholders nel processo decisionale sui programmi di immunizzazione.

Le raccomandazioni finali del report si concentrano su tre categorie principali: capire i determinanti della *esitazione vaccinale*; evidenziare gli aspetti organizzativi che facilitano l'adesione; valutare gli strumenti necessari per contrastare questo fenomeno.

✉ doc.manetti@gmail.com

Giovannetti F, Gangemi M. La comunicazione efficace le problematiche medico-legali nelle vaccinazioni. *Quaderni acp* 2016;23:146-50.

Valsecchi M, Speri L., et al. Indagine sui Determinanti del Rifiuto dell'Offerta Vaccinale nella Regione Veneto. Report di ricerca, analisi e indicazioni, DGR n. 3664 del 25.11. 2008.

<http://www.who.int/immunization/policy/sage/en/>

<http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/ToolkitTeamVaxItalia.asp>

www.voicesforvaccines.org

www.wikivaccini.com

<http://teamvaxitalia.it/download/Non-esitare-parla-agli-amici-dubbiosi.pdf>

La grande scommessa



Gigi Di Fiore

Inviato del Mattino e saggista

Nei quartieri-Stato di Napoli¹, dove germogliano da almeno tre anni le gang metropolitane guidate da giovani e giovanissimi che scimmiettano gli storici clan della camorra, i bambini hanno perso la loro innocenza. Hanno perso il diritto a credere alla favole, a Babbo Natale, alla Befana. Hanno perso la capacità di identificarsi nel sogno creativo di un bel disegno, sostituito dalle crude immagini della vita reale cui sono costretti ad assistere e da quelle virtuali della televisione e, più ancora, degli smartphone e dei social network. I bambini, in alcune zone di Napoli, sono già adulti, impregnati di quella “ideologia del crimine” che, secondo l’analisi del professore Isaia Sales, è ormai sostegno culturale all’industria della delinquenza organizzata cittadina².

Se dovessi parlare ai bambini di un quartiere-Stato, per cercare di scuoterli contro la cupa cultura di morte in cui rischiano di sprofondare, comincerei con alcune domande: “Ti piacciono i tatuaggi?” “Sai usare bene il telefonino?” “Sei già iscritto a Facebook?” “A casa, hai qualcuno che *fa la droga*?”. Sono sicuro che riceverei un gran numero di risposte positive. Le terminologie tanto care agli studiosi di camorra, diventate ormai patrimonio comune, come *paranze dei bimbi* o *stese*³, non sono altro che una questione sociale, di ampiezza molto più grande rispetto al problema criminale. Il secondo è l’effetto della prima e non è un caso che, dal suo osservatorio di guida dell’ufficio investigativo che coordina la repressione giudiziaria, il procuratore capo di Napoli, Giovanni Colangelo, parla di “questione che non si può risolvere o affrontare solo ricorrendo alla repressione giudiziaria e al contrasto di polizia”⁴. Per l’attività dei sostituti procuratori della Repubblica, Colangelo ha fatto ricorso a un termine preso in prestito dalla medicina: un lavoro che cura i sintomi, ma non la malattia.

La malattia, è ben noto a chi fa il medico per professione, si evita (a volte non sempre, ma spesso) con tutta una serie di accortezze preventive. Con l’attività di prevenzione, si anticipano l’esplosione dei virus e lo scatenarsi degli effetti dirompenti di una patologia sul corpo e sulla mente. Come si

può prevenire la diffusione, tra i più piccoli, della “ideologia del crimine”? In molti sostengono che, per salvare un bambino e non farlo crescere troppo in fretta, bisogna educarlo nei primi quattro anni di vita. A partire dalla scuola materna, insomma. E c’è chi propone soluzioni drastiche: strappare i bambini alle famiglie di camorristi, a quelle dove la contaminazione criminale è radicata e senza speranze di essere bloccata. Una soluzione giuridica studiata in Calabria dal procuratore capo di Reggio, Federico Cafiero de Raho, e che si va a estendere, ancora timidamente, anche a Napoli. Una soluzione che, giuridicamente, può trovare applicazione soltanto attraverso un provvedimento del tribunale per i minori che, a integrare una condanna e su richiesta motivata di un’autorità giudiziaria, può privare della patria potestà i genitori che si sono macchiati di delitti mafiosi.

L’effetto immediato è uno sradicamento socio-familiare. Toglie quei bambini da zone come Forcella, il centro storico, i Quartieri spagnoli, la Sanità, o Scampia, per rieducarli altrove. Un’operazione quasi chirurgica, su cui il procuratore Colangelo ha espresso moderazione nella necessità di una valutazione “caso per caso”, spiegando: “Togliere la patria potestà a un condannato per camorra non può essere provvedimento automatico. Bisogna lavorare in sintonia con i giudici minorili, tenendo presente sempre quello che stabilisce la Costituzione e cioè la prevalenza dell’interesse del bambino”⁵.

Se si chiedesse a quei bambini cosa preferirebbero scegliere mentre il padre è in carcere e i fratelli più grandi già seguono l’esempio paterno, la maggioranza risponderebbe sicuramente che si trovano bene a casa con le loro abitudini, che quello è il loro mondo, che Babbo Natale non esiste e che sanno già guidare i motorini. Bambini cresciuti, adulti con i volti acerbi che spesso tirano tardi la notte, si divertono in gruppo a gettare rifiuti e non solo contro gli extracomunitari che vendono la loro mercanzia per le strade, hanno già fumato le prime sigarette e conoscono assai bene l’uso delle parolacce. Si può aumentare l’età imputabile nel codice minorile? An-

che in questo caso il procuratore Colangelo non risponde in maniera netta, ma invita a un approccio multidisciplinare su questa ipotesi tecnico-giuridica e dice: “La questione investe diversi aspetti sociali e non si può avere solo un approccio tecnico-giuridico. Certamente, un adolescente di oggi è molto diverso da un adolescente di 20 anni fa e negli anni ’70 del secolo scorso si pensò di elevare la maggiore età dai 21 anni ai 18, ritenendo che si maturasse prima”⁶.

Un’epoca che corre e, se sono cambiati gli adolescenti, se forniscono sempre di più manovalanza e aspiranti capi ai gruppi e gruppetti criminali che spuntano come funghi in ristrette strade di quartiere, anche i loro fratellini sono più avanti rispetto a qualche anno fa. I bambini sono diventati, in certe zone cittadine e non solo, come erano gli adolescenti di ieri. Maneggiano telefonini, cavalcano motorini, parlano come i loro fratelli maggiori e, dinanzi a loro, si parla senza alcuna remora di spaccio di droga, di botte, che poi sarebbero i colpi di pistola, di azioni contro i gruppi avversari. Facile, per questi “piccoli uomini” ancora sotto i 10 anni, assorbire quella cultura, anche perché a quell’età si impara e si memorizza con molta più facilità, come dimostrano le ricerche e gli studi medici. Cosa fare, come salvare quei bambini che, andando avanti, nella maggioranza dei casi non avranno più voglia di “essere salvati” secondo un metro che non è più il loro?

Il procuratore Colangelo parla della necessità di “una sinergia di obiettivi e intenti tra istituzioni pubbliche”. La repressione interviene sulla patologia sociale, quando è ormai già esplosa. L’inchiesta e gli arresti si occupano di eventi già avvenuti, sono un intervento successivo, quando le cause scatenanti, socio-economiche ed educative, hanno già prodotto i loro effetti penali. Quando già si è ucciso, si è venduto droga, si è inquinato il contesto sociale di riferimento.

Ci vuole anche altro, quindi, oltre alla repressione che non basta. Fino a ora, si è pensato che inserire dei pregevoli progetti di legalità nelle scuole medie e superiori fosse una delle principali strade da percorrere. È vero, anche se si tratta di una solu-

zione di lungo periodo e oggi mostra dei limiti, se a rischio sono anche i bambini. C'è chi sostiene da tempo che un progetto di educazione sugli adolescenti parte già in ritardo, perché opera su persone già formate e strutturate in certi contesti sociali. Persone con le loro convinzioni, magari già con precedenti penali. E allora bisogna abbassare l'età dell'intervento sociale. Se una riforma per abbassare l'età imputabile è soluzione da repressione che crea molti problemi e discussioni sulla effettiva praticabilità, si potrebbe invece pensare di abbassare l'età dell'intervento educativo. Insomma, fare nella prevenzione sociale quello che nella repressione giudiziaria è più complesso.

E allora si ritorna al discorso sulla patria potestà da togliere ai condannati per mafia. E se, in alternativa e con strumenti da individuare, si cominciasse con un progetto coordinato che metta insieme educatori, maestri elementari, psicologi, enti locali, associazioni, che si prendano in cura quei minori prima che sia troppo tardi? Un progetto che parta dalle scuole materne e abbia per destinatari i bambini dai 2 ai 5 anni. Magari sostituendo una pagina Facebook con una favola di Rodari, una lettura del "Piccolo principe" a una fiction violenta. Un gioco a un telefonino. Utilizzando parole, molte parole, che sostituiscano bestemmie e parolacce e riescano a far scattare interessi in quelle piccole menti fertili: la musica, lo sport, la lettura, la creatività. Più maestri Maddaloni con le loro palestre di judo, con il rispolvero dei vecchi maestri di strada che sappiano parlare al cuore senza supponenza o puzza sotto al naso. Sarebbe l'apertura a un mondo di sogni positivi e belli in grado di soppiantare la chiusura rappresentata dalle cupe culture della morte, che si crogiolano e prosperano in format televisivi, di cui quei bambini sono ghiotti, dove l'eroe è quello che ammazza, che pre-

varica gli altri, che pianifica le sue strategie di potere sulla pelle dei "nemici".

Forse, è un sogno anche questo. Ma anche raccontare una bella storia può aiutare. Nessuno più racconta belle storie a quei bambini, cui si va spegnendo la capacità di immaginare qualcosa di positivo che offra una speranza. Sarebbe bello poter raccontare loro storie, con parole in grado di affascinarli, prima che sia troppo tardi. Prima che entrino nell'età in cui già l'assuefazione e la rassegnazione li abbiano resi sordi. Il bene e il male, quando si ha meno di dieci anni, non è ben chiaro. Il bene e il male sono gli esempi, sono i discorsi che si ascoltano in famiglia, sono le cose che i più grandi raccontano e fanno vedere in tv.

Basta con la retorica del "certe cose, le realtà criminali, vanno raccontate, anche in maniera cruda". Bisogna pur porsi il problema di quei bambini, che sfrecciano senza casco sui motorini nei loro quartieri, che diventano alibi per narratori pigri: "vedete, nulla si inventa, è questa la realtà". Siamo sicuri che, pur essendo cresciuti troppo in fretta, quei bambini siano in grado di capire che certi racconti, che guardano in tv con genitori e fratelli più grandi, siano il male? Forse, per metterli in condizione di capirlo, bisognerebbe prima educarli. È questa, nell'era della nuova sensibilità e conoscenza diffusa sulla camorra e sulle mafie in genere, ma anche negli anni delle *paranze dei bimbi* la vera sfida da lanciare. Senza comode deleghe a "eroi", o solo a professori di scuola sempre più spesso alle prese con le aule vuote, perché in certe zone i bambini a lezione non ci vanno più o i loro genitori non li hanno mai iscritti.

✉ Idifio1@tin.it

1. Questa definizione fu coniata dal giudice Corrado Guglielmucci in un provvedimento da

lui firmato nel 1986 sulle misure di prevenzione a carico di Nunzio Giuliano, uno dei fratelli della storica famiglia camorristica di Forcella, poi ucciso. Secondo la definizione, si intende per *quartieri-Stato* quelle zone della città di Napoli dove la famiglia di tradizioni camorristica rappresenta un punto di riferimento nei valori e nelle regole da seguire, evidentemente contrarie alla legge. Il giudice Guglielmucci si riferiva al quartiere Forcella, ma io credo che la definizione possa estendersi, almeno per il periodo tra gli anni '90 del secolo scorso e i primi dieci anni del 2000, anche a zone come Sanità, Quartieri spagnoli, con l'intero centro storico (vedi G. Di Fiore, *La camorra e le sue storie - la criminalità organizzata a Napoli dalle origini alle paranze dei bimbi*. Nuova edizione aggiornata. De Agostini-Utet, Milano 2016, pp. 248-269).

2. I. Sales, *I clan fai da te, la svolta ideologica. Così le paranze terrorizzano Napoli*. Il Mattino, 18 settembre 2016.

3. Vedi G. Di Fiore, *La camorra e le sue storie*, cit., pp. 322-366. Le "paranze dei bimbi" sono le gang criminali, che controllano lo spaccio su piccole fette di quartiere, guidate da giovanissimi. Flessibili, durano spesso lo spazio di un mattino e sfuggono al controllo degli storici boss della camorra, in gran parte in carcere o diventati collaboratori di giustizia. Le "stese" sono le indiscriminate azioni dimostrative, prive di obiettivi in carne e ossa, per marcare la presenza, la spavalderia, il controllo su un territorio: scorribande sui motorini, condite da spari in aria o contro finestre e porte. Come a dire: qui ci sono io, qui comando io e nulla mi fa paura. Il termine prende riferimento dalla reazione dei passanti che, per evitare di essere colpiti, si distendono a terra. Purtroppo, per una "stesa" dinanzi la stazione della Cumana in piazzetta Montesanto, morì il suonatore di fisarmonica romeno Petru Birladeanu il 26 maggio 2009. Una vittima innocente, cui è ora intitolata la stazione della Metropolitana di Montesanto.

4. Intervista del procuratore capo di Napoli Giovanni Colangelo al Mattino, 19 settembre 2016: "Togliere ai camorristi la patria potestà? Non è così semplice".

5. Intervista citata.

6. Ivi.

Rubrica a cura di Luciano De Seta



Una febbre persistente e indici infiammatori elevati

Martina Rezzuto*, Andrea Smarrazzo*, Carla Russo*, Marta Lamba**, Paolo Siani**

*Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Settore di Pediatria, Università Federico II, Napoli

**Dipartimento di Pediatria Specialistica, UOC Pediatria 2, AO Santobono-Pausilipon, Napoli

È descritto il caso di una bambina di 8 anni con febbre persistente, artralgie e quadro laboratoristico caratterizzato da incremento degli indici di flogosi. Escluse le principali cause di febbre persistente, ci si orienta per una diagnosi di Artrite Idiopatica Giovanile (AIG) a esordio sistemico. La ripresa della febbre dopo 5 giorni dalla sua scomparsa in seguito a terapia cortisonica induce a pensare a una complicanza dell'AIG. Sono infatti presenti gli elementi di laboratorio (iperferritinemia, neutropenia, ipertrigliceridemia, piastrinopenia ed evidenza di fagocitosi nel midollo) caratteristici della Sindrome da Attivazione Macrofagica (SAM), che è una forma di linfocitopenia emofagocitica che può essere attivata dalla AIG. Vengono, pertanto, discusse le difficoltà della diagnosi dell'AIG, il suo trattamento e le complicanze, con particolare riferimento alla SAM e al suo trattamento.

The case of an 8 years old girl with persistent fever, arthralgia, increased inflammatory markers is described. Once excluded the main causes of persistent fever, a diagnosis of a Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis (SJIA) is supposed. The reappearance of fever in spite of corticosteroid treatment could be due to a complication of SJIA. In fact, the typical laboratory markers (hyperferritinemia, neutropenia, hypertriglyceridemia, platelet decrease and phagocytosis of bone marrow) of Hemophagocytic Lymphohistiocytosis (HLH), as complication of SJIA are present. Diagnosis, treatment and complications of JIA are discussed, in the specific HLH and its therapeutic approaches.

La storia

I.I. è una bambina di 8 anni e 9 mesi che non ha mai presentato problemi clinici di rilievo. Da circa 11 giorni presenta iperpiressia (39-40 °C) persistente associata a difficoltà nella deambulazione. Gli esami di routine mettono in evidenza un rialzo degli indici di flogosi (PCR 34 mg/l, VES 65 mm/HG). Per questo la bambina viene ricoverata. La terapia antibiotica empirica praticata a domicilio (6 dosi di ceftriaxone alla posologia di 70 mg/kg, in seguito sostituito dal meropenem, somministrato per 4 giorni al dosaggio di 19 mg/kg) non aveva dato luogo alla scomparsa della febbre.

Il percorso diagnostico

All'ingresso in reparto le condizioni cliniche generali sono mediocri. L'unico rilievo obiettivo rimane l'iperpiressia (TC 39 °C), in quanto negativi sono i reperti obiettivi degli altri organi e apparati, incluse artrite, epatosplenomegalia e linfadenomegalia. Una febbre alta e persistente pone una serie di problematiche e, poiché nel frattempo sono state ampiamente superate le due settimane continue di iperpiressia, si deve pensare a escludere le possibili cause di Febbre di Origine Sconosciuta (FOS); in prima battuta, le cause di origine infettiva

quali la febbre tifoidea, una pielonefrite, la mononucleosi infettiva [1,2]. Lo striscio periferico è negativo, sterili le più volte ripetute emocolture e l'urinocoltura. La Mantoux negativa e una Rx del torace normale completano il quadro delle possibili malattie infettive. Vengono anche praticate l'ecografia dell'addome e del collo, la visita cardiologica con ecocardiogramma, tutte nella norma. Le indagini di laboratorio ripetute mostrano un importante incremento degli indici di flogosi (PCR 309.34 mg/l, VES 64 mm/HG) e una elevata ferritinemia (2367 ng/ml) con normale valore di trigliceridi, motivo per cui vengono praticate una TC total body (negativa) e una mielobiopsia con riscontro di un aumento della quota istiocitaria e con diverse figure di macrofagi in evidente fagocitosi di emazie e piastrine. Il reperto midollare esclude un'invasione midollare da parte di cellule neoplastiche.

A questo punto la situazione è la seguente: bambina con febbre alta e persistente e comparsa di dolori articolari alle ginocchia e ai polsi senza segni obiettivi di artrite e indici di flogosi molto elevati. Nel sospetto di un'Artrite Idiopatica Giovanile (AIG) a esordio sistemico è eseguita visita oculistica con valutazione del fondo oculare ed

esame con lampada a fessura risultato nella norma. Viene pertanto intrapreso trattamento con prednisone per os alla dose di 2 mg/kg/die in due somministrazioni.

Dopo 48 ore dall'inizio della terapia viene osservata normalizzazione della temperatura corporea e, dopo qualche giorno, una progressiva riduzione degli indici di flogosi (PCR da 188,1 a 46,65 mg/l) e della ferritinemia (da 2367,8 ng/ml a 1344,2 ng/ml).

La diagnosi e il decorso

In considerazione del quadro clinico, degli esami di laboratorio e della soddisfacente risposta al trattamento corticosteroidico, viene confermato il sospetto diagnostico di AIG a esordio sistemico. Dopo circa 5 giorni dall'inizio della terapia cortisonica la bambina presenta nuovamente picchi febbrili, associati a rash cutaneo sfumato al tronco e agli arti. Un controllo effettuato a circa 10 giorni di terapia mostra nuovo incremento della ferritinemia (5800 ng/ml), dei trigliceridi (254 mg/dl) e degli indici di flogosi (PCR 96 mg/l, VES 85 mm/HG) associati a citopenia (piastrine 90.000/mm³, leucociti 3100/mm³) e anemia (emoglobina 8,5 g/dl).

La ripresa della febbre e il nuovo innalzamento degli indici infiammatori inducono a ipotizzare una complicanza dell'AIG (la più temibile): la Sindrome da Attivazione Macrofagica (SAM), una forma di linfocitopenia emofagocitica che insorge quasi esclusivamente come complicanza dell'AIG a esordio sistemico. Infatti sono presenti quasi tutti i segni clinici e di laboratorio della SAM (iperpiressia persistente, iperferritinemia >5000 µg/l e almeno 2 degli altri criteri: ipertrigliceridemia di 2,8 mmol/l e piastrinopenia 81.000/mm³). Il reperto midollare dell'emofagocitosi rafforza la diagnosi, confortata anche dagli altri criteri aggiuntivi per la SAM (ipofibrinogenemia 2,6 g/l e aumento dell'AST a 220 U/l) [3]. Pertanto viene intrapresa terapia con metilprednisolone in bolo alla dose di 30 mg/kg/die per 3 giorni per via endovenosa, con buona risposta clinica. Dopo circa 48 ore si assiste a completa regressione della febbre e notevole miglioramento delle condizioni generali.

La terapia prosegue con metilprednisolone per os alla dose di 0,6 mg/kg/die per 15 giorni, con progressivo miglioramento delle condizioni cliniche generali e lenta normalizzazione del quadro laboratoristico. Non si è dovuto ricorrere ad altri farmaci quali la ciclosporina A, che è il farmaco di elezione nelle forme gravi e resistenti.

Commento

L'AIG non rappresenta un'unica entità patologica, come ben chiarito dalla Classificazione proposta dalla ILAR (International League of Associations for Rheumatology), per far fronte alla enorme eterogeneità epidemiologica, clinica e di outcome (Tabella 1, 2).

Tale classificazione comprende forme di artrite di interesse reumatologico a insor-

genza giovanile (<16 anni), caratterizzate da una durata della sintomatologia maggiore delle 6 settimane e artrite di una o più articolazioni, la cui diagnosi è prevalentemente di esclusione [4].

Nella forma a esordio sistemico l'artrite può comparire anche successivamente alla diagnosi, come nel caso della nostra paziente, che all'esordio non presentava una franca artrite.

L'AIG è la più comune malattia reumatologica in età pediatrica. Nei Paesi industrializzati la sua prevalenza risulta essere tra 16 e 150/100.000 [5], nonostante si ritenga che tali dati sottostimino la reale prevalenza della malattia. Le caratteristiche epidemiologiche variano in base alla forma clinica; tuttavia si può affermare che solo la variante clinica di artrite associata a entesite colpisce prevalentemente il sesso

maschile, mentre le altre colpiscono più frequentemente il sesso femminile.

La Tabella 2 riassume brevemente le peculiarità dei quadri clinici osservati nelle diverse forme di AIG.

Se non trattata, la patologia può condurre a erosione articolare (causata dalla sinovite cronica), uveite (con compromissione della vista nel 9,2% dei casi [6]) e amiloidosi renale. L'uveite associata ad AIG è una condizione che può potenzialmente compromettere la vista del paziente [7].

Tuttavia, nei casi in cui l'uveite sia sintomatica (uveite acuta), i sintomi che conducono all'approfondimento diagnostico sono dolore e rossore oculare, cefalea, fotofobia e disturbi della vista.

Tale complicanza, secondo recenti osservazioni, sembra comparire mediamente dopo 1,8 anni dalla diagnosi di AIG ed è

TABELLA 1. Principali caratteristiche epidemiologiche e laboratoristiche delle forme di Artrite Idiopatica Giovanile						
	Età di esordio	Sesso	Frequenza	Emocromo	ANA	Indici di flogosi
A. Sistemica	Tutta l'infanzia	F=M	4-17%	Leucocitosi neutrofila, trombocitosi, anemia microcitica	10%	PCR e VES aumentate
Oligoartrite	Picco 2-4 anni	F>>>M	27-56%		70-80%	VES normale, moderatamente o notevolmente elevata
Poliartrite FR + (IgM FR in almeno 2 determinazioni a distanza di almeno 3 mesi)	Infanzia-adolescenza	F>>M	2-7%			VES normale, moderatamente o notevolmente elevata
Poliartrite FR	Picco 2-4 anni Picco 6-12 anni	F>>M	11-28%			VES normale, moderatamente o notevolmente elevata
A. psoriasica	Picco 2-4 anni Picco 9-11 anni	F>M	2-11%		Spesso positivo	PCR e VES aumentate
A. associata a entesite (HLA-B27 nella maggior parte dei casi)	Infanzia-adolescenza	M>>F	3-11%		assente	PCR e VES aumentate
A. indifferenziata			11-21%			

TABELLA 2. Principali caratteristiche cliniche delle forme di Artrite Idiopatica Giovanile	
	Quadro clinico
A. Sistemica	Artrite (in genere simmetrica e poliarticolare che può essere assente all'esordio e comparire solo successivamente) e febbre quotidiana da almeno 2 settimane con almeno un altro segno (rash evanescente eritematoso in concomitanza del picco febbrile, epatomegalia, splenomegalia, linfoadenopatia generalizzata, sierosite). Dolori addominali e mialgie frequenti durante la fase di rialzo termico.
Oligoartrite	Artrite oligoarticolare asimmetrica (≤ 4 articolazioni nei primi 6 mesi), soprattutto agli arti inferiori, in particolare al ginocchio e alla caviglia.
Poliartrite FR + (IgM FR in almeno 2 determinazioni a distanza di almeno 3 mesi)	Poliartrite simmetrica alle piccole articolazioni della mano e del piede; quando sono interessate le grandi articolazioni, come il ginocchio e la caviglia, è in concomitanza dell'interessamento delle piccole.
Poliartrite FR	3 principali quadri clinici, forma più eterogenea, caratterizzata da interessamento di >5 articolazioni.
A. psoriasica	Artrite associata a rash psoriasico o 2-3 criteri (dattilite, anomalie ungueali, anamnesi familiare positiva per psoriasi nei parenti di primo grado).
A. associata a entesite (HLA-B27 nella maggior parte dei casi)	Artrite (frequente coinvolgimento delle anche) associata a entesite, localizzata soprattutto a livello del tendine di Achille, della fascia plantare e dell'area tarsale.
A. indifferenziata	Pazienti che non soddisfano i criteri per rientrare nelle altre categorie.

molto più frequente nella forma oligoarticolare con positività degli ANA [8], motivo per cui viene suggerito uno screening regolare durante il follow-up.

Ma la più temibile complicanza della AIG a insorgenza sistemica è quella da noi descritta nella piccola I.I. e cioè la SAM che può condurre rapidamente a morte il bambino se non diagnosticata e tempestivamente trattata. Si può verificare dal 5 all'8% dei pazienti [9]. Tale complicanza va sospettata in caso di febbre persistentemente elevata, epatosplenomegalia con insufficienza epatica, manifestazioni emorragiche e neurologiche. Il quadro tipico di laboratorio è la pancitopenia con ipertrigliceridemia e soprattutto incremento dei livelli sierici di ferritina (se superano i 5000 ng/ml sono fortemente indicativi di SAM) [10]. Il trattamento si avvale di terapie convenzionali, quali desametasone come prima linea (anche prednisone, prednisolone e metilprednisolone in casi di lieve gravità o senza interessamento del sistema nervoso centrale) e ciclosporina A, nei casi non responsivi.

Per quanto riguarda il trattamento dell'AIG, la terapia con antinfiammatori non steroidei (FANS) prevede l'utilizzo di naprossene, ibuprofene e indometacina; possono essere necessarie iniezioni intrarticolari di triamcinolone acetone sia all'esordio che durante il follow-up nelle forme monoarticolari.

I pazienti con AIG a esordio sistemico, la cui sintomatologia viene meno frequentemente controllata dai FANS (come nel caso della nostra paziente), possono beneficiare della terapia corticosteroidica per via sistemica a dosi medio-elevate (1-2 mg/kg/die); consigliabile tenere il dosaggio a valori <0,5 mg/kg/die quando il trattamento viene effettuato per lungo tempo) [11].

Nelle forme di artrite attiva persistente, l'uso di farmaci cosiddetti "modificanti il decorso della malattia" (DMARDs), come il metotrexate, è indicato come terapia di seconda linea (25-30 mg/m²/settimana o 0,5-1 mg/kg/settimana, raggiungendo una dose massima di 25 mg/settimana) [11].

Anche i farmaci biologici rivestono un ruolo rilevante, soprattutto nei bambini con malattia poliarticolare; in particolare Etanercept e Infliximab hanno mostrato buona efficacia e sicurezza sul piano degli effetti avversi in età pediatrica [5].

Nel 2011 e nel 2013 sono stati approvati negli Stati Uniti il Tocilizumab e il Canakinumab nelle forme a esordio sistemico. Il trattamento con Rilonacept e Anakinra è in corso di validazione [11].

L'AIG è una condizione cronica, a elevata morbilità associata alla severità della patologia e correlata al trattamento, capace di ridurre drasticamente la qualità di vita del bambino e della sua famiglia, così come dimostrato per la popolazione adulta [12]. In ambito pediatrico, le forme oligoarticolari sembrerebbero presentare un quadro clinico meno aggressivo, al contrario di quelle associate a entesite o incluse nelle forme di artrite psoriasica [13].

Dal caso e dalla letteratura abbiamo imparato che....

- Nel caso di una febbre di lunga durata e di origine sconosciuta, anche se in assenza di franca artrite ma con elevazione degli indici di flogosi, bisogna sempre pensare a un'AIG a esordio sistemico.
- Non bisogna dimenticare che l'AIG è nella gran parte dei casi una diagnosi di esclusione, che può essere proposta solo in caso di assenza di condizioni più frequenti come patologie infettive e neoplastiche.
- Nella gestione dell'AIG sistemica la ripresa della febbre, dopo un periodo di sfiebramento, deve indurre a pensare alla SAM che va rapidamente diagnosticata e trattata.

✉ siani.paolo@gmail.com

1. Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. *Medicine* 1961;40:1-30.

2. Lohr JA, Hendley JO. Prolonged fever of unknown origin: a record of experien-

ces with 54 childhood patients. *Clin Pediatr* 1977;16:768-73.

3. Ravelli A, Minoia F, Davì S, et al. Classification Criteria for Macrophage Activation Syndrome Complicating Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis: A European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology/Paediatric Rheumatology International Trials Organisation Collaborative Initiative. *Ann Rheum Dis* 2016;75:481-9.

4. ILAR. Abstracts of the 20th Congress of the International League of Associations for Rheumatology. Edmonton, Alberta, Canada. August 26-30, 2001. *J Rheumatol Suppl* 2001;63:1-120.

5. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet* 2007;369:767-78.

6. Carvounis PE, Herman DC, Cha S, et al. Incidence and outcomes of uveitis in juvenile rheumatoid arthritis, a synthesis of the literature. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2006;244:281-90.

7. Clarke SL, Sen ES, Ramanan AV. Juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Pediatr Rheumatol Online J* 2016;27:14:27.

8. Sabri K, Saurenmann RK, Silverman ED, et al. Course, complications, and outcome of juvenile arthritis-related uveitis. *J AAPOS* 2008;12:539-45.

9. Ravelli A, Magni-Manzoni S, Pistorio A, et al. Preliminary diagnostic guidelines for macrophage activation syndrome complicating systemic juvenile idiopathic arthritis. *J Pediatr* 2005;146:598-604.

10. Brisse E, Matthys P, Wouters CH. Understanding the spectrum of haemophagocytic lymphohistiocytosis: update on diagnostic challenges and therapeutic options. *Br J Haematol* 2016;174:175-87.

11. Yukiko Kimura. Systemic juvenile idiopathic arthritis: Treatment. www.uptodate.com ©2016 UpToDate.

12. Barth S, Haas JP, Schlichtiger J, et al. Long-Term Health-Related Quality of Life in German Patients with Juvenile Idiopathic Arthritis in Comparison to German General Population. *PLoS One* 2016;26(11):e0153267.

13. McErlane F, Foster HE, Carrasco R, et al. Trends in paediatric rheumatology referral times and disease activity indices over a ten-year period among children and young people with Juvenile Idiopathic Arthritis: results from the childhood arthritis prospective Study. *Rheumatology (Oxford)* 2016;55:1225-34.

Strane macchie blu sul tronco



Iria Neri

UO di Dermatologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola-Malpighi, Bologna

Laura è una bambina di 9 anni in buona salute. La mamma la porta in visita dal pediatra perché al rientro da una settimana di campeggio con la scuola la bambina presentava alcune piccole macchie bluastre sul tronco. La mamma ha dapprima sottovalutato il problema, ma le macchie non sono scomparse e anzi sembrano aumentare di numero.

Il pediatra visita accuratamente Laura e non riscontra alcun segno o sintomo patologico, tranne 5-6 chiazze bluastre sparse sul tronco, che non scompaiono alla digitopressione. Non riuscendo a chiarire l'origine delle lesioni, il pediatra decide di richiedere esami ematochimici per escludere una emopatia. Pochi giorni dopo la mamma di Laura comunica al pediatra le risposte delle analisi, che sono tutte nella norma; le chiazze però sono molto più numerose e, anche se la bambina non sembra molto sofferente, la madre esterna al pediatra tutta la sua preoccupazione. Il pediatra decide quindi di chiedere il consulto di un dermatologo.

Escluse le cause sistemiche che cosa ricercare? Esaminiamo le lesioni

All'esame obiettivo dermatologico si osservano numerose macule ovali di colorito bluastrò-purpurico, con diametro di circa 0,5-1 cm, localizzate in modo diffuso al tronco, soprattutto nel dorso (Figura 1). Tali manifestazioni risparmiano il volto e le estremità e non scompaiono alla digitopressione. La bambina non riferisce alcun fastidio, prurito o dolore.

Cosa sospettare?

Nel sospetto di una ftiriasi il dermatologo osserva attentamente le ciglia, sede elettivamente interessata nel bambino, dove si evidenziano, specie a livello della loro base d'impianto, numerose uova, denominate an-



Figura 1. Macule ovali di colorito bluastrò-purpurico, con diametro di circa 0,5-1 cm, localizzate al tronco.

che lendini (Figura 2). Con la dermoscopia si conferma il sospetto diagnostico (Figura 3). Si tratta di macule cerulee da ftiriasi.

Che relazione c'è tra le macule e la ftiriasi?

La comparsa delle macule è dovuta all'azione anticoagulante degli enzimi secreti dallo *Phthirus pubis* (*Pediculus pubis*) e al deposito di emosiderina. Le zone interessate dall'eruzione sono quelle attraversate dal parassita per andare da un'area all'altra del corpo durante il ciclo vitale.

Quale trattamento si deve consigliare per la localizzazione alle ciglia?

È stata prescritta per 1 settimana vaselina bianca filante, che favorisce il distacco delle lendini per mezzo di una pinza.

La risoluzione della parassitosi è stata completa e non ci sono state recidive. Le macule cerulee sono regredite spontaneamente dopo alcune settimane.

Cosa abbiamo imparato?

Le macule cerulee sono una manifestazione incostante e tipica dell'età pediatrica di un problema come la ftiriasi o pediculosi del pube che nei bambini interessa ciglia e sopracciglia e non dà sempre prurito.

La diagnosi è clinica. In diagnosi differenziale si possono considerare altre affezioni quali la dermatite cinerense o Ashy dermatitis (macule blu-grigiastre, comuni in pazienti dell'America Centro-Meridionale e con fototipo scuro); le eruzioni da farmaco; le manifestazioni cutanee dei disordini linfoproliferativi; le eruzioni da parassiti poco comuni nelle nostre zone e associate a sintomatologia sistemica come il tifo epidemico, la febbre delle Montagne Rocciose, la febbre delle trincee [1].

Quali manifestazioni si possono osservare nella ftiriasi del bambino?

Le macule cerulee devono fare ricercare il parassita o le uova nelle sedi tipiche del bambino, ciglia e sopracciglia. Lo *Phthirus pubis* o piattola può inoltre provocare blefarocongiuntiviti ostinate che, se isolate, vengono spesso erroneamente interpretate come forme batteriche o virali o come congiuntiviti allergiche, tutte condizioni di più comune riscontro.



Figura 2. Lendini a livello della base d'impianto delle ciglia.

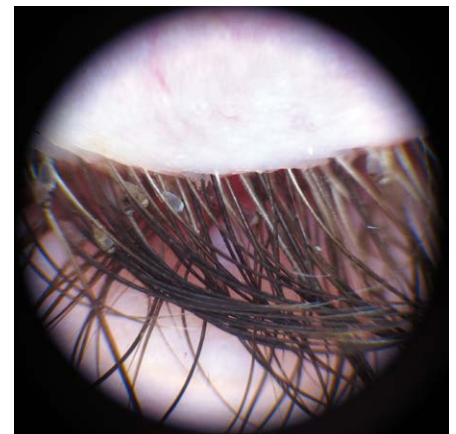


Figura 3. A maggiore ingrandimento con il dermatoscopio si evidenziano le lendini con il tipico aspetto piriforme adese alle ciglia.

Come avviene la trasmissione?

La trasmissione avviene con un contatto stretto, per lo più con i rapporti sessuali negli adulti ma anche, specie nei bambini, dormendo nel letto con un soggetto già infestato. Per tale motivo bisogna visitare anche i familiari e nei bambini bisogna tenere in considerazione anche la possibilità dell'abuso [1].

Oltre al trattamento della parassitosi si deve bonificare l'ambiente?

Oltre al trattamento della parassitosi è opportuno effettuare un accurato lavaggio degli effetti di biancheria.

È importante sapere che le macule cerulee possono persistere per varie settimane anche dopo l'eliminazione delle piattole.

✉ iria.neri@tin.it

1. Neri I, Viridi A, Baraldi C, Patrizi A. An uncommon macular rash: here is the culprit! J Am Acad Dermatol 2015;6:e139-40.

Unione civile: sappiamo proprio tutto?

Augusta Tognoni

Magistrato

La legge 20 maggio 2016 n. 76 istituisce “l’unione civile tra persone dello stesso sesso quale specifica formazione sociale ai sensi degli artt. 2 e 3 della Costituzione” (art. 1).

Che cosa significa “unione civile”?

L’unione civile è la specifica formazione sociale di due persone maggiorenni dello stesso sesso, unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale. L’unione tra persone dello stesso sesso è una “forma alternativa” diversa dal matrimonio. Con il matrimonio si acquisisce lo “status familiae” di “coniugato”. Con l’unione civile si acquisisce lo “status familiae” di “unito civilmente”.

L’unione civile si costituisce mediante dichiarazione della coppia di fronte all’ufficiale di stato civile alla presenza di due testimoni. La costituzione dell’unione civile è certificata dal relativo documento che deve contenere:

- 1 i dati anagrafici delle parti;
- 2 l’indicazione del regime patrimoniale;
- 3 l’indicazione della residenza;
- 4 i dati anagrafici e la residenza dei testimoni.

L’ufficiale di stato civile provvede alla registrazione degli atti di unione civile tra persone dello stesso sesso nell’archivio di stato civile.

La legge prevede impedimenti all’unione civile?

Sì. Non possono contrarre unione civile le persone già unite da un vincolo matrimoniale o che sono già parte di un’unione civile con altro soggetto; le persone interdette

per infermità mentale; le persone condannate in via definitiva per l’omicidio o il tentato omicidio di un precedente coniuge o contraente di unione civile dell’altra parte; le persone il cui consenso è stato estorto con violenza o determinato da paura.

Quale cognome assume la coppia?

Mediante dichiarazione all’ufficiale di stato civile le parti possono stabilire di assumere per la durata dell’unione civile un cognome comune scegliendolo tra i loro cognomi. La parte può anteporre o posporre al cognome comune il proprio, con dichiarazione all’ufficiale di stato civile.

L’unione civile tra persone dello stesso sesso prevede diritti e doveri reciproci?

Con la costituzione dell’unione civile le parti acquistano gli stessi diritti e assumono i medesimi doveri; dall’unione civile deriva l’obbligo reciproco all’assistenza morale e materiale e alla coabitazione. Entrambe le parti sono tenute, ciascuna in relazione alle proprie sostanze e alla propria capacità di lavoro professionale e casalingo, a contribuire ai bisogni comuni.

Le parti concordano tra loro l’indirizzo della vita familiare e fissano la residenza comune; a ciascuna delle parti spetta il potere di attuare l’indirizzo concordato.

Il regime patrimoniale in mancanza di diversa convenzione patrimoniale (separazione dei beni) è costituito dalla comunione dei beni. Le parti non possono derogare né ai diritti né ai doveri previsti dalla legge per effetto dell’unione civile.

L’unione civile si può sciogliere?

Non è previsto l’obbligo di fedeltà.

L’unione civile si scioglie quando le parti manifestano anche disgiuntamente la volontà di scioglimento dinanzi all’ufficiale di stato civile.

In tale caso la domanda di scioglimento è proposta decorsi tre mesi dalla data della manifestazione di volontà.

Si applicano quindi le norme della legge sul divorzio.

La sentenza di rettificazione di attribuzione di sesso determina lo scioglimento dell’unione civile.

È interessante annotare che alla rettificazione anagrafica di sesso – anche se i coniugi hanno manifestato la volontà di non sciogliere il matrimonio o di non cessarne gli effetti civili – consegue l’automatica instaurazione dell’unione civile tra persone dello stesso sesso.

Nella successione *mortis causa* si applicano le disposizioni contenute nel libro II del codice civile.

Per concludere, è bene ricordare la clausola generale di estensione: l’art. 1 comma 20 stabilisce che le disposizioni che si riferiscono al matrimonio e le disposizioni contenenti le parole “coniuge” e “coniugi” o termini equivalenti, ovunque ricorrano nelle leggi, negli atti aventi forza di legge, nei regolamenti nonché negli atti amministrativi e nei contratti collettivi, si applicano anche a ognuna delle parti dell’unione civile tra persone dello stesso sesso.

✉ augustatognoni@gmail.com

Il Royal College of Pediatrics and Child Health e i finanziamenti dall'industria dei lattini



Adriano Cattaneo

Epidemiologo, Trieste

Il Royal College of Pediatrics and Child Health (RCPCH), in Gran Bretagna, è qualcosa di più di una semplice associazione professionale come possono esserlo, anche in Italia, le varie società di pediatria. Con i suoi circa 17.000 iscritti, il RCPCH regola tutta la vita professionale dei pediatri britannici, dalla formazione all'educazione continua, dalla carriera alla ricerca, dalle attività sindacali a quelle di advocacy. E si vanta di proteggere e promuovere la salute non solo dei bambini britannici, ma di tutto il mondo.

Come quasi tutte le associazioni professionali, il RCPCH organizza corsi e congressi, nazionali e locali. Come quasi tutte le associazioni pediatriche non disdegna di ricevere, per queste attività, il contributo, ovviamente incondizionato, dell'industria della salute, e in particolare dei produttori di sostituti del latte materno e di alimenti per l'infanzia. Come la maggior parte delle associazioni pediatriche, il RCPCH ammette di ricevere fondi dall'industria, ma si guarda bene dal rivelarne i dettagli (quantità di denaro elargita da ogni sponsor, destinazione d'uso, eventuali condizioni).

Alla riunione annuale che si è tenuta a Londra il 27 aprile 2016, un gruppo di iscritti al RCPCH, capeggiati da Charlotte Wright, professoressa di salute pubblica del bambino all'Università di Glasgow, presentava la seguente mozione: "Al fine di evitare conflitti di interesse istituzionali e di mantenere la sua reputazione di organismo professionale imparziale e indipendente per la formazione medica e per la difesa della salute dei bambini, il Collegio deve rifiutare qualsiasi transazione economica o qualsiasi tipo di finanziamento o sostegno da qualsiasi azienda che commercializzi prodotti inclusi nel campo di applicazione del Codice OMS sul marketing dei sostituti del latte materno" [1]. I proponenti della mozione sostenevano che questi finanziamenti:

- aiutano i produttori di alimenti per l'infanzia a promuovere i loro prodotti come sicuri e scientifici;
- indeboliscono i messaggi di salute pubblica sull'importanza primaria dell'allattamento;
- minano la capacità dei pediatri di sostenere efficacemente l'allattamento;

- rassicurano gli operatori di salute infantile sull'accettabilità dell'interazione con i produttori di sostituti del latte materno;
- causano danni alla reputazione del RCPCH come fonte oggettiva di indicazioni su argomenti riguardanti la salute dei bambini.

Aggiungevano che uno dei modi in cui i produttori di sostituti del latte materno minano l'allattamento è la sponsorizzazione delle associazioni professionali. Ciò produce conflitti d'interesse e distorce le informazioni che le associazioni stesse sviluppano e diffondono. Pur essendo vero che alcuni prodotti sono utili, la maggior parte dei profitti delle ditte deriva da prodotti somministrati a bambini che non ne hanno bisogno. E in ogni caso, collaborare con le ditte per sviluppare prodotti validi non è la stessa cosa che ricevere soldi per attività formative. Da cui la conclusione: "Possiamo permetterci di non avere i soldi, non possiamo permetterci di perdere la reputazione".

La posizione dei proponenti la mozione, basata su evidenze riguardanti la difficoltà di aumentare i tassi e la durata dell'allattamento in Gran Bretagna anche a causa dell'indebita influenza delle ditte di alimenti per l'infanzia [2], era sostenuta anche da altre organizzazioni, in particolare da Unicef UK, che coordina le iniziative Baby Friendly (corrispondenti alle iniziative Insieme per l'Allattamento di Unicef Italia), e da Baby Milk Action, l'associazione che rappresenta l'International Baby Food Action Network (IBFAN) in quel Paese. Non era invece sostenuta dal direttivo del RCPCH, il cui portavoce affermava che "il Collegio adotta un approccio rigoroso e robusto per evitare conflitti di interesse istituzionali e per mantenere la sua reputazione di difensore imparziale e indipendente della salute dei bambini. Il RCPCH assicura la conformità con le linee guida della Charity Commission e con le migliori pratiche della comunità scientifica in campo medico".

Alla prova del voto, i favorevoli erano 66, i contrari 53, e la mozione è quindi passata [3]. Il voto però non era vincolante, nel senso che sarebbe stato il consiglio direttivo del RCPCH, che si riuniva a luglio, a decidere se prendere in considerazione la mozione per

cambiare le regole riguardanti le sponsorizzazioni. La presidentessa del RCPCH, Neena Modi, professoressa di neonatologia all'Imperial College di Londra, disse che si doveva tener conto delle implicazioni di un'eventuale modificazione delle attuali regole e che poteva essere necessario sondare l'opinione di tutti i soci con un referendum interno.

E così è stato. Al consiglio direttivo di luglio si decise di indire un referendum e si approntò una scheda che fu inviata a tutti gli iscritti ad agosto [4]. Gli estensori della mozione iniziale espressero immediatamente delle riserve su questa scheda. A loro parere, la stragrande maggioranza degli iscritti non era stata adeguatamente informata sulle ragioni del sì e del no, ed era tenuta all'oscuro sulla quantità di denaro coinvolta. Inoltre, sempre a parere degli estensori della mozione, il modo in cui le domande erano poste induceva risposte favorevoli a mantenere la possibilità di ricevere finanziamenti dall'industria [5]. La scheda, divisa in sei sezioni (donazioni e riconoscimento del marchio; pubblicità; stand ai congressi; eventi collaterali organizzati dalle ditte; progetti educativi specifici; progetti di ricerca), conteneva tre domande per sezione, la prima delle quali riguardava sempre la necessità di una *due diligence*, cioè di un audit preliminare su qualsiasi offerta di finanziamento. Questa formulazione, a parere degli estensori della mozione, induceva a un voto favorevole nel caso la ditta dichiarasse di attenersi a un codice etico. E ciò sarebbe in contrasto con quanto previsto dall'ultima risoluzione dell'OMS, secondo la quale le associazioni professionali "non dovrebbero accettare regali o incentivi dalle ditte ... né permettere alle ditte stesse di sponsorizzare riunioni e congressi scientifici", indipendentemente da qualsiasi altra considerazione [6]. Il problema, quindi, secondo gli estensori della mozione iniziale, non è se le singole ditte si comportino "eticamente". Esse devono rispondere ai loro azionisti e massimizzare le vendite di un prodotto che, per sua natura, sostituisce il latte materno. I loro finanziamenti non sono di tipo caritativo, ma finalizzati ad aumentare le vendite; essi permettono alle ditte, associandosi ai pediatri, di rappresentare i loro prodotti come sicuri e scientifici. A scapito della fiducia che i cittadini ripongono nel RCPCH.

TABELLA 1. I risultati del referendum del RCPCH (luglio-agosto 2016)

Possibili risposte	Le sei sezioni della scheda					
	Donazioni e riconoscimento del marchio	Pubblicità ¹	Stand ai congressi	Eventi collaterali organizzati dalle ditte	Progetti educativi specifici	Progetti di ricerca ²
Non accettare finanziamenti	650 (26%)	637 (25%)	364 (15%)	677 (28%)	482 (20%)	419 (17%)
Accettarli dopo <i>due diligence</i>	698 (28%)	695 (28%)	912 (36%)	606 (25%)	679 (28%)	590 (24%)
Accettarli dopo <i>due diligence</i> e ulteriori salvaguardie	1083 (43%) ³	1086 (43%) ⁴	1173 (47%) ⁵	1034 (42%) ⁶	1239 (50%) ⁷	1402 (57%) ⁸
Astenuti	75 (3%)	96 (4%)	66 (3%)	145 (6%)	57 (2%)	48 (2%)

¹ Per esempio su Archives of Disease in Childhood o sul sito internet del RCPCH.

² Approvati da comitati etici indipendenti.

³ Solo se depositati in un fondo generale controllato dal Consiglio di Amministrazione, dopo aver completato la *due diligence*, con donatori e importi trasparentemente dichiarati, nessuna attribuzione a progetti specifici, nessun coinvolgimento del donatore nell'uso dei fondi, e nessun logo in qualsivoglia prodotto.

⁴ Solo per lattini speciali.

⁵ Solo per informazioni limitate ai lattini speciali.

⁶ Solo per informazioni relative ai lattini speciali.

⁷ Solo per progetti educativi specifici che soddisfino tutti i seguenti criteri: *due diligence* completata; donatori e importi trasparentemente dichiarati; nessun coinvolgimento del donatore nella selezione dei relatori, nella scelta dei temi, o nell'uso dei fondi; nessun logo in qualsivoglia prodotto.

⁸ Solo per progetti di ricerca che soddisfino tutti i seguenti criteri: *due diligence* completata; donatori e importi trasparentemente dichiarati; revisione da parte di peer reviewers indipendenti; supervisione da parte di un gruppo di ricercatori indipendenti; dati di proprietà del RCPCH; nessun coinvolgimento del donatore nell'analisi e nell'interpretazione dei dati; nessun coinvolgimento del donatore nella stesura e approvazione della pubblicazione.

La scadenza per restituire le schede per il referendum è fissata al 6 settembre. Il conteggio dei voti è immediato e il comitato addetto allo stesso ne discute i risultati, a porte chiuse, l'8 settembre, annunciando che ne riferirà al consiglio direttivo nella riunione prevista per il 27 ottobre. I risultati vengono diffusi il giorno dopo e sono riassunti nella **Tabella 1** [7]. Su 15.442 schede spedite, le risposte ricevute sono state 2522, il 16%. Le percentuali in tabella si riferiscono ai voti validi. La vittoria, con percentuali variabili tra il 42 e il 57% a seconda del quesito, è andata ai fautori dell'accettare i finanziamenti dall'industria, a condizione che vi sia una *due diligence* e che siano messe in atto ulteriori salvaguardie. Il significato del termine "ulteriori salvaguardie" per ognuna delle sezioni della scheda referendaria è spiegato in calce alla tabella stessa. Il voto è stato ratificato dal consiglio del RCPCH, che si adopererà per mettere in pratica la volontà espressa dagli iscritti. Neena Modi ha preannunciato che, a partire dal prossimo congresso annuale, non saranno più messi in evidenza gli sponsor che, se vorranno, potranno depositare i loro contributi in un fondo congressuale per l'infanzia, destinato a sostenere le attività del RCPCH senza originare conflitti d'interesse [8].

Tutti soddisfatti? Non proprio. In primo luogo per la partecipazione al voto. Il 16% indica, tristemente, lo scarso interesse dei pediatri britannici per una questione che molti ritengono cruciale, e non solo per la protezione dell'allattamento. Gli inviti da parte degli

estensori della mozione iniziale a considerarla una questione di rettitudine, strettamente legata alla reputazione del pediatra e dei pediatri, fanno capire che il problema va ben oltre l'allattamento. Si tratta di guadagnare o perdere la fiducia dei genitori, delle famiglie e dei cittadini.

Poi vi è la questione delle salvaguardie votate dalla maggioranza, che apparentemente sembrano porre dei limiti rigorosi alla possibilità dell'industria di influenzare la volontà espressa dai pediatri di proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento. Ma il gruppo che aveva presentato la mozione iniziale, oltre alla portavoce di Baby Milk Action e a un pediatra indiano che esercita in Australia, ritengono che, tra i meandri delle nuove regole e della *due diligence*, le ditte troveranno facilmente le scappatoie per inserirsi con il loro marketing. Per le ditte potrebbe anche essere sufficiente continuare ad associare il loro marchio a quello del RCPCH [9-11].

Infine, una nota positiva. Nonostante la bassa partecipazione al voto, la tendenza è di rifiutare i finanziamenti dell'industria in maniera radicale (tra un quinto e un quarto dei votanti) o di accettarli a condizioni intransigenti, almeno sulla carta (quanto siano poi applicabili, lo si capirà in seguito). Ciò farebbe ben sperare. Se non ci fosse quella disturbante maggioranza silenziosa. Ma almeno in Gran Bretagna se ne discute. E se si facesse un referendum tra i pediatri italiani?

✉ adriano.cattaneo@gmail.com

1. Gulland A. Paediatricians call on royal college to drop financial ties to infant formula firms. *BMJ* 2016;353:i2221.

2. Open letter on the crisis in UK breastfeeding. <https://ukbreastfeeding.org/open-letter/>.

3. Gulland A. Royal college told to stop taking money from infant formula milk firms. *BMJ* 2016;353:i2459.

4. Gulland A. Paediatricians criticise college survey on links with formula milk firms. *BMJ* 2016;354:i4555.

5. British Association for Child and Adolescent Public Health. Briefing paper for RCPCH members responding to the survey on sponsorship by formula manufacturers, 2016. www.bacaph.org.uk/index.php/blog/32-blog/294-blog-item1-37.

6. World Health Organization. Maternal, infant and young child nutrition: guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children, 2016. apps.who.int/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7Add1-en.pdf.

7. RCPCH. Formula Milk Company Consultation results. <http://www.rcpch.ac.uk/system/files/protected/page/FMC-consultation-results.pdf>.

8. <http://blogs.bmj.com/bmj/2016/10/31/neena-modi-the-rcpch-and-funding-from-infant-formula-companies/>.

9. <http://blogs.bmj.com/bmj/2016/11/04/why-the-rcpch-should-stop-taking-funds-from-the-baby-food-industry/>.

10. Thornton J. Paediatricians vote for college to continue accepting funds from infant formula companies. *BMJ* 2016;355:i5827.

11. Athikarisamy SE. Developed nations should set an example on accepting funds from infant formula companies. *BMJ* 2016;355:i6284.

Contributi delle industrie e conflitti di interesse: un aggiornamento



Costantino Panza

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

La battaglia tra conflitti di interesse, società scientifiche, agenzie della salute e industrie è sempre alla ricerca di una regola definitiva. La Food and Drug Administration è alle prese con una modifica dei regolamenti che permetterebbe all'agenzia di ruscare o escludere in modo arbitrario la partecipazione di professionisti alle votazioni su farmaci o *medical device* perché ritenuti a rischio di conflitto di interesse "intellettuale", anche se completamente indipendenti dal punto di vista finanziario dalle industrie. Così come si continuano a scoprire interessi privati all'interno di un'altra prestigiosa istituzione come il Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta. Anche l'European Medicines Agency presenta sulla carta il problema del conflitto di interessi, con una dipendenza dai contributi dell'industria di 250 milioni di euro, ben oltre l'80% del budget annuale.

Un quarto delle entrate dell'industria farmaceutica viene speso in marketing: solo in USA, la spesa in marketing è stimata essere circa 60 miliardi di dollari/anno che scorrono lungo gli infiniti sentieri della sanità. Un apparente non senso in un mondo scientifico dove ci si dovrebbe basare sull'*evidence based* e sulla *best practice*. Il Sunshine Act ha permesso di rilevare, sempre in USA, una spesa diretta verso i medici di 7

miliardi e mezzo di dollari da parte delle industrie nell'anno solare 2015, di cui solo circa la metà per pagamenti di ricerche, con contributi per singolo medico variabili da 50mila a 8mila dollari circa a seconda delle specialità.

La stragrande maggioranza del sostegno finanziario all'aggiornamento medico in tutta Europa è sostenuta dall'industria farmaceutica, a eccezione della Norvegia dove la legge vieta espressamente questa possibilità. Gli eventi ECM, obbligatori per i medici, permettono il finanziamento o la partecipazione delle industrie. Molti congressi presentano eventi satelliti come simposi completamente organizzati dalle aziende del farmaco o di attrezzature mediche. È dimostrato che i medici ai quali vengono pagati il viaggio e la permanenza al convegno, pur essendo convinti di non essere influenzati dalla ditta che offre l'evento, aumentano la prescrizione dei prodotti di quella ditta. Sono numerose le ricerche che confermano come i doni o le spese pagate dalle industrie aumentino il numero di ricette, i costi per le cure e le prescrizioni non basate sulle prove di efficacia.

La situazione italiana

Dalla consultazione di 154 siti web di società medico-scientifiche italiane risulta

che solo il 4,6% di queste presenta un codice etico specifico mentre il 45% segnala nello statuto una indicazione per il conflitto di interesse; su 131 società scientifiche, solo il 6,1% presenta un bilancio societario trasparente visibile sul web.

In questa ricerca di Alice Fabbri e coll., il 29% dei siti web presenta loghi di industrie nella home page e oltre il 65% ha accettato sponsorizzazioni industriali nell'anno 2013/2014. Solo la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) hanno adottato un rigoroso codice etico.

In particolare, l'ACP ha approvato nell'ottobre 2013, in occasione dell'assemblea annuale dei soci, un documento sull'impegno di autoregolamentazione nei rapporti con l'industria e *Quaderni acp* dal 2007 non ospita più pubblicità commerciali.

Un oramai antico editoriale di *Quaderni acp* (2004;11:47-8) segnalava con soddisfazione che anche in Italia si iniziava a parlare di conflitto di interesse all'interno delle società medico-scientifiche. A distanza di 12 anni, quando ancora i 2/3 dei congressi vedono coinvolte le industrie tramite finanziamenti e simposi satelliti, ci fa ricordare sul nostro passato ottimismo.

✉ costpan@tin.it

La verifica della percezione cromatica dei bambini mediante il test HRR



Elena Cattaneo¹, Alessio Facchin^{2,3}, Silvio Maffioletti³

¹ Corso di Laurea in Ottica e Optometria, Università degli Studi di Milano Bicocca; ² Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Milano Bicocca; ³ Istituto di Ricerca e di Studi in Ottica e Optometria (Irsoo), Vinci

In età evolutiva spesso gli screening visivi comprendono nelle loro procedure anche la verifica della percezione del colore mediante test che vengono somministrati ai bambini a partire dai 5 anni. Si utilizza comunemente il test di Ishihara, composto da una sequenza di tavole pseudoisocromatiche; negli ultimi anni si è però diffuso l'utilizzo del test HRR, che offre il vantaggio di diagnosticare non solo le anomalie relative all'asse rosso-verde ma anche relative all'asse blu-giallo.

Sebbene i deficit relativi alla percezione cromatica non possano essere corretti con mezzi ottici, è comunque opportuno che i familiari e gli insegnanti ne siano informati affinché, nell'attività scolastica e domestica, si tenga conto delle difficoltà del bambino nel distinguere alcuni colori e si possano altresì utilizzare, quando opportuno, tali informazioni in relazione alla sua futura attività professionale.

Starting from 5 years of age, among the visual screening tests, there are tests for the verification of chromatic perception. The Ishihara test is the one commonly used; it consists of a number of colored plates each of which contains a circle of dots randomized in color and size. Recently, another test has been frequently used, the HRR test, this test can diagnose not only red-green color, as the Ishihara test, but also deficiencies but also blue-yellow color vision defects.

Although these defects cannot be corrected with lens, it is important that both teachers and parents be informed about them in order to understand childrens' difficulties in color perception and be able to advise them regarding their future occupation.

Introduzione

La capacità di percepire i colori è uno degli aspetti più complessi e affascinanti dell'esperienza visiva del bambino. Vi partecipano fenomeni fisici, fisiologici e percettivi che sono relativi alle proprietà fisiche della scena osservata, alle lunghezze d'onda della luce che raggiunge i suoi occhi, alle caratteristiche dei fotorecettori retinici e infine all'elaborazione degli stimoli luminosi, che avviene sia a livello retinico che a livello corticale.

A livello anatomico, nel tappeto retinico del bambino sono presenti tre tipologie di fotorecettori che, in assenza di anomalie, consentono la normale percezione dei colori: si tratta dei coni S (*Short*), dei coni M (*Middle*) e dei coni L (*Long*), i quali sono sensibili rispettivamente alle lunghezze d'onda corte (colore blu), a quelle medie (colore verde) e a quelle lunghe (colore rosso). I coni S - M - L sono dotati di pigmenti visivi con un picco di sensibilità rispettivamente di 425 nm, 530 nm e 560 nm, e la loro distribuzione è differenziata; i coni S sono infatti assenti nella fovea, dove sono presenti soltanto coni L e coni M [1]. Nel linguaggio comune, i bambini che presentano un'alterata percezione dei colori vengono definiti genericamente daltonici [2] in

quanto non sono in grado di cogliere alcune differenze tra i colori che invece sono percepite dai bambini con una percezione cromatica nella norma. In realtà le alterazioni della percezione cromatica vanno classificate con precisione, distinguendo anzitutto se il funzionamento dei coni è anomalo oppure assente: nel primo caso alcuni tipi di coni hanno una funzionalità ridotta e determinano anomalie nella percezione dei colori, nel secondo caso l'attività di alcuni tipi di coni è totalmente assente e ciò induce anopia ovvero incapacità a percepire alcuni colori. Quando i bambini percepiscono correttamente i tre colori primari (blu, verde e rosso), sono detti tricromati; i bambini nei quali vi è assenza completa della percezione di uno dei tre colori primari sono definiti dicromati, l'incapacità totale di distinguere

I deficit della percezione dei colori

I deficit della percezione dei colori possono avere un'origine genetica oppure un'origine acquisita. Tra i deficit di origine genetica, le anomalie protan (rosso) e deuteran (verde) sono diffuse tra i maschi e derivano da un'ereditarietà autosomica recessiva: due dei tre geni responsabili della codifica delle proteine per i coni M e L fanno infatti parte del cromosoma sessuale X e le femmine, che sono in possesso di una coppia di cromosomi X, hanno un'elevata possibilità di non evidenziare il problema. Le anomalie tritan (blu) e tetartan (giallo) hanno invece origine nel pigmento dei coni S che è codificato nel cromosoma 7 e per questo non è collegato al genere, tanto che uomini e donne ne sono affetti in percentuale simile [3].

I deficit di origine acquisita comprendono invece malattie a carico degli occhi e del cervello oppure patologie e alterazioni sistemiche: cataratta, glaucoma, degenerazione maculare, retinite pigmentosa, sclerosi multipla, malattie del fegato e diabete; comprendono inoltre intossicazioni sia con farmaci quali antibiotici, barbiturici e antiepilettici [4], sia con sostanze volatili come il monossido di carbonio.

TABELLA 1. Schema riassuntivo dei deficit della percezione dei colori

COLORE	ANOPIA <i>Dicromatopsia</i>	ANOMALIA <i>Tricromatopsia anomala</i>
Rosso	Protanopia	Protanomalia
Verde	Deuteranopia	Deuteranomalia
Blu	Tritanopia	Tritanomalia
Giallo	Tetartanopia	Tetartanomalia

L'epidemiologia a livello mondiale evidenzia che circa l'8% dei maschi e lo 0,5% delle femmine presenta un deficit della percezione dei colori [5]. Vi è peraltro una notevole variabilità tra le diverse etnie: tra i caucasici il deficit della percezione cromatica evidenzia una maggiore prevalenza, mentre tra gli africani la sua percentuale è inferiore alla media mondiale [3]. Analizzando più in dettaglio, la percentuale maschile è composta da deuteranopi (1%), protanopi (1%), protanomali (1%) e deuteranomali (5%); circa la metà dei maschi con problemi di percezione cromatica presenta un deficit lieve, mentre l'altra metà presenta un deficit medio-grave che potrebbe penalizzarne la vita professionale: per effettuare alcune attività lavorative è infatti necessaria una normale percezione del colore [6].

L'esame della percezione cromatica del bambino

L'esame della percezione cromatica del bambino viene generalmente effettuato durante gli screening visivi eseguiti in ambiente scolastico oppure nel corso di visite mediche di approfondimento condotte dal pediatra o dall'oftalmologo. L'opportunità di una sua esecuzione precoce è ancora controversa: se infatti c'è accordo su quali abilità visive vadano valutate durante gli screening visivi in età pediatrica [7], non vi è unanimità sul fatto che, nel corso degli screening, debba essere indagata anche la percezione cromatica [8-10].

Alcuni Autori ritengono sia superfluo indagarla in età precoce: i difetti congeniti della visione dei colori, essi sostengono, non sono curabili e non è quindi necessario inserire anche i relativi test in una fascia di età precoce nella quale gli obiettivi degli screening visivi sono altri. Altri Autori ritengono sia opportuno indagarla in età precoce: la capacità di percepire i colori da parte dei bambini è importante, essi sostengono, sia per diagnosticare tipologia ed entità di un'eventuale anomalia cromatica, sia per stimare la valenza che ciò potrà assumere nelle attività didattiche del bambino; è quindi opportuna una valutazione adeguata e affidabile già a cinque anni di età e, quando si evidenziano anomalie, va effettuata una corretta informazione ai genitori e agli insegnanti per renderli consapevoli delle implicazioni didattiche conseguenti al deficit di percezione cromatica del bambino.

I test di verifica della percezione cromatica

I numerosi test che consentono di valutare la percezione cromatica dei bambini possono essere suddivisi in test di screening e

test diagnostici. Più rapidi e generici, i test di screening consentono di individuare la presenza o meno di anomalie della visione dei colori senza chiarirne la tipologia e l'entità. Più lunghi e precisi, i test diagnostici consentono di definirne il tipo e il grado di severità.

Le prove per valutare la percezione cromatica, in relazione al sistema utilizzato per la rilevazione, possono essere classificate in:

- 1 test con tavole pseudoisocromatiche: il bambino deve identificare un numero o una forma geometrica in base ai soli indizi di cromaticità;
- 2 test di arrangiamento: il bambino deve organizzare un set di colori in sequenza, basandosi sulla sola tonalità cromatica dei singoli elementi;
- 3 test di confronto: il bambino deve comparare due colori contigui, indicando se sono uguali o meno, oppure deve scegliere la coppia di colori che più si assomiglia tra quelli proposti.

Quando si progetta e si valuta un test di verifica della visione dei colori, si individuano e interpretano le caratteristiche fondamentali relative ai difetti congeniti, riproducendo proprio i colori che vengono confusi dalle persone con deficit.

Nel 1976 la CIE ha elaborato il modello colorimetrico CIE/L*a*b (conosciuto anche con il nome di CIELab) in cui ogni colore è individuato dai tre valori L*a*b. Il simbolo L rappresenta la Luminanza, espressa in percentuale (0 per il nero e 100 per il bianco); i simboli *a-*b rappresentano due gamme di colori che vanno rispettivamente dal verde al rosso e dal blu al giallo, con valori da -120 a +120. La modalità CIELab copre l'intero spettro visibile dall'occhio umano e lo rappresenta in modo uniforme, consentendo di descrivere l'insieme dei colori.

I test di screening

I test di screening sono costituiti da una serie di tavole pseudoisocromatiche e al bambino viene chiesto di identificare quali numeri, lettere, simboli o forme egli vi individui. L'indagine si fonda sul riconoscimento dei colori fondamentali, che vengono indagati lungo due assi di confusione distinti: rosso-verde e blu-giallo.

I test più diffusi e utilizzati con i bambini sono il test di Ishihara (Figura 1) e il test HRR (Figura 2). Entrambi sono costituiti da tavole pseudoisocromatiche basate sui principi di Stilling e somministrate in condizioni di illuminazione controllata. Secondo i principi di Stilling, lo stimolo e lo sfondo devono essere sezionati in molte piccole macchie di luminosità variabile, così da eliminare gli effetti dei bordi e le

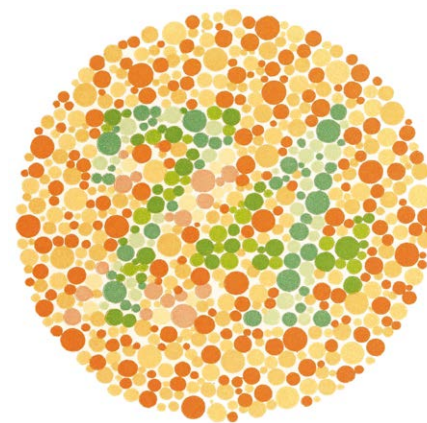


Figura 1. Esempio di tavola del test di Ishihara. Il numero 74 è facilmente riconoscibile dai bambini con una normale visione dei colori; i bambini con anomalie o anopie percepiscono invece il numero 21 mentre i bambini monocromati non vedono alcun numero.

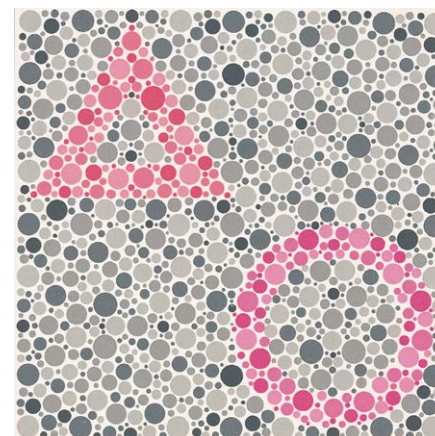


Figura 2. Tavola dalla serie diagnostica del test HRR (4° edizione) che mostra due simboli geometrici con sfondo grigio. I bambini con anomalie o anopie protan e deuteran non sono in grado di percepirli.

variazioni di luminanza che costituiscono indizi utili per la discriminazione dello stimolo stesso. Le tavole vengono realizzate con figura e sfondo di colori diversi ma con luminanze medie uguali, quindi non riconoscibili se osservate dai bambini che hanno problemi nella visione dei colori.

Test di Ishihara

Presentato per la prima volta nel 1906, è stato il primo test pseudoisocromatico utilizzato per uso clinico e, ristampato numerose volte, ancor oggi è il test di verifica della percezione cromatica più diffuso al mondo. Il test di Ishihara consiste in una serie di tavole composte da una sequenza casuale di punti di diverse dimensioni, che vanno a definire numeri oppure linee. Si distinguono cinque differenti tipologie di tavole all'interno della sequenza:

- la tavola dimostrativa

- le tavole ambigue
- le tavole a scomparsa
- le tavole diagnostiche
- le tavole segrete

Alcuni studi [11] hanno evidenziato come questo test sia ideale per una rapida identificazione dei difetti congeniti nell'asse rosso-verde, nei confronti dei quali il test di Ishihara ha un'ottima specificità e una sensibilità prossima a 1. Tuttavia il solo test di Ishihara non fornisce informazioni complete sui deficit di percezione cromatica poiché indaga l'asse rosso-verde ma non indaga l'asse blu-giallo.

Test HRR

È stato sviluppato nel 1954 da LeGrand Hardy, Gertrude Rand e M. Catherine-Rittler, che lo hanno denominato con le iniziali dei loro cognomi [12]. Il test HRR negli anni è stato revisionato due volte (1957, 1996) e la quarta versione, del 2003, è quella attualmente utilizzata.

Il test HRR è costituito da 24 tavole, le quali sono composte da una matrice di punti di grandezza variabile, che definisce una figura geometrica (croce, cerchio o triangolo), che appare facilmente riconoscibile rispetto allo sfondo ai bambini con una normale percezione cromatica. La procedura prevede la denominazione delle figure colorate, che il bambino identifica verbalmente oppure segue con un pennello. Sono ritenuti validi anche termini verbali semplici, adeguati all'età del bambino; per esempio il cerchio può essere denominato anche palla oppure sole, il triangolo può essere chiamato anche freccia oppure tetto, la croce può essere denominata anche "x" oppure incrocio. Quando la comunicazione verbale è poco sviluppata oppure scarsamente affidabile, è opportuno chiedere al bambino di segnalare la figura colorata passandovi sopra con un piccolo pennello.

Si distinguono tre differenti tipologie di tavole all'interno della sequenza:

- le tavole dimostrative, utili per spiegare il test e per definire le modalità di comunicazione con il bambino;
- le tavole di screening, che permettono di evidenziare i bambini protanopi, i deuteranopi, i tritanopi e i tetartanopi;
- le tavole diagnostiche, che indagano la severità del deficit consentendo di classificarlo in lieve, medio e grave.

I due colori che costituiscono figura e sfondo di ogni tavola appartengono allo stesso asse di confusione e sono tanto più differenti, quindi di facile riconoscimento, quanto più sono distanti tra loro sul diagramma CIE mentre quando sono molto vicini sul diagramma CIE la figura è più difficile da riconoscere. Il test HRR nella

prima parte è un test di screening, mentre nella seconda parte è un test diagnostico che dapprima è qualitativo (mediante la classificazione della tipologia del problema in protan, deuteran, tritan o tetartan) e successivamente è quantitativo per indicare la severità (lieve, medio e grave).

Il test HRR, contrariamente al test di Ishihara, consente di individuare anche i deficit di percezione cromatica lungo l'asse giallo-blu; la sensibilità e la specificità del test HRR sono rispettivamente di 0,98 e 1. Le condizioni di illuminazione nelle quali va somministrato devono essere stabili nei vari orari della giornata; le tavole vengono presentate con un illuminamento ambientale compreso tra 300 e 500 lux (luce fotografica normale), evitando che il bambino venga abbagliato in modo diretto. Le tavole vanno posizionate su un leggio, il bambino è seduto e mantiene una postura adeguata con schiena e capo dritti e con gomiti appoggiati al piano; in questo modo i due occhi sono alla stessa distanza dalle tavole e gli assi visivi sono a esse perpendicolari (Figura 3).

Le tavole del test HRR, che vengono somministrate al bambino nel corretto ordine (dalla 1 alla 24), sono così organizzate:

- tavole dimostrative (1-4), che consentono all'esaminatore di spiegare il compito al bambino e fargli prendere confidenza con il test. Se il bambino non comprende con immediatezza l'esercizio, si può aiutarlo suggerendo la risposta oppure ripassando lentamente la figura con un pennello. La finalità delle prime quattro tavole è quella di impostare la comunicazione che verrà poi adottata nelle tavole successive: se il bambino non nomina le figure ma



Figura 3. Esempio di somministrazione del test HRR: per indicare il simbolo riconosciuto, la persona esaminata lo sta riproducendo utilizzando un pennello.

si limita a ripassarle con il pennello, sarà così anche nelle tavole seguenti, nel caso in cui il bambino decida di nominarle, è invece opportuno adottare i termini da lui scelti;

- tavole di screening (5-10), che consentono di identificare l'eventuale tipologia del difetto lungo l'asse blu-giallo (5-6) e lungo l'asse rosso-verde (7-10). terminate le tavole di screening, l'operatore ripresenta quelle in cui sono stati effettuati errori (simboli non riconosciuti correttamente e simboli omessi), offrendo una seconda possibilità al bambino. Se non ci sono errori, il test è terminato: il bambino non presenta difetti nella percezione cromatica;
- tavole diagnostiche (11-24): servono per quantificare l'entità del difetto evidenziato nelle tavole precedenti in lieve, medio o severo. La difficoltà delle figure da riconoscere è funzione della differenza tra il colore dello sfondo e il colore dell'oggetto da identificare: sull'asse di confusione essi possono essere più lontani e conseguentemente di più facile riconoscimento, oppure più vicini e quindi di più difficile riconoscimento. L'errore nel primo caso evidenzia un difetto di percezione cromatica severo (tavole 19-20 per protanopi e deuteranopi, tavole 23-24 per tritanopi e tetartanopi) mentre l'errore nel secondo caso segnala un difetto lieve (tavole 11-15 per protanopi e deuteranopi). Il risultato intermedio definisce un difetto medio (tavole 16-18 per protanopi e deuteranopi, tavole 21-22 per tritanopi e tetartanopi).

Considerazioni

Nel passato il test di Ishihara è stato il principale riferimento degli specialisti per effettuare screening e indagini qualitative della percezione cromatica dei bambini. Oggi è opportuno valutare la sua sostituzione con il test HRR, che ne rappresenta un'evoluzione migliorativa in virtù della sua semplicità, versatilità e completezza. Il test HRR permette infatti di evidenziare i deficit sia lungo l'asse rosso-verde che lungo l'asse blu-giallo; lo specialista, mediante le sue prime 10 tavole, individua i bambini con deficit della percezione cromatica che necessitano di un approfondimento che evidenzia il tipo di anomalia e la sua gravità. Il test HRR viene rapidamente e facilmente somministrato nel corso del controllo in studio. Il pediatra, qualora siano presenti anomalie, prosegue oltre le prime dieci tavole e completa il test, definendo così l'entità e la qualità del deficit. Inoltre, se necessario, può suggerire alla famiglia un approfondimento presso uno specialista

della visione che analizzi, con un set di test più ampio, il difetto di percezione cromatica del bambino.

Non esistono lenti, filtri o esercizi riabilitativi che compensino le anomalie di percezione cromatica dei bambini. È però importante informare la famiglia e gli insegnanti circa la presenza del deficit, affinché nell'attività scolastica e domestica essi possano tener conto delle sue difficoltà nel distinguere alcuni colori in modo adeguato.

✉ silvio.maffioletti@gmail.com

1. Verdon W, Adams A. Color vision. *Butterworth-Heinemann*, 2002:217-87.

2. Da Pos O. La percezione del colore. In: Purgè. F, Costa T, Stucchi N (a cura di). *La percezione visiva*. UTET, 1999:538-91.

3. Xie JZ, et al. Color vision deficiency in preschool children: the multi-ethnic pediatric eye disease study. *Ophthalmology* 2014;121:1469-74.

4. Steinhoff BJ, Freudenthaler N, Paulus W. The influence of established and new antiepileptic drugs on visual perception. A placebo-controlled, double-blind, single-dose study in healthy volunteers. *Epilepsy Res* 1997;29:35-47.

5. Fletcher R, Voke J. *Defective colour vision. Fundamentals, diagnosis and management*. Bristol: Adam Hilger, 1985.

6. Dain SJ. Clinical colour vision tests. *Clinical and Experimental Optometry* 2004; 87:276-93.

7. Carlton J, Karnon J, Czoshi-Murray C, Smith KJ, Marr J. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of screening programmes for amblyopia and strabismus in children

up to the age of 4-5 years: a systematic review and economic evaluation, *Health Technology Assessment* 2008;12(25).

8. US Preventive Services Task Force. Vision screening for children 1 to 5 years of age: US Preventive Services Task Force Recommendation statement. *Pediatrics* 2011;127:340-6.

9. Committee on Practice on Ophthalmology. Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians: organizational principles to guide and define the child health care system and/or improve the health of all children. *Ophthalmology* 2003;110:860-5.

10. Stewart-Brown S, Haslum M. Screening of vision in school: could we do better by doing less? *BMJ* 1988;297:1111-3.

11. Pokorny J. *Congenital and a Acquired Color Vision Defects*. Grune & Stratton, 1979.

12. Hardy LH, Rand G, Rittler MC. HRR polychromatic plates. *JOSA* 1954;44:509-21.

Leo Venturelli nominato Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Città di Bergamo

Ho avuto l'incarico di Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza da parte del Comune di Bergamo. Ne sono particolarmente orgoglioso non tanto per una questione personale di stima nei miei confronti da parte della giunta comunale, ma per il fatto che questo incarico, quasi ovunque ricoperto da persone legate al mondo della magistratura, sia stato affidato a un pediatra. In effetti il pediatra è testimone in questi anni di una radicale trasformazione del ruolo di tutore nei confronti dell'infanzia: preparato dall'università per far fronte ai bisogni dei bambini malati, specialmente di malattie acute e infettive, si ritrova a confrontarsi con un mondo dove i problemi importanti sono le patologie croniche, i soggetti fragili sia per patologia sia per situazione sociale, economica e ambientale, le famiglie sempre più ansiose alla ricerca di un ruolo genitoriale da riscoprire. A questo punto un garante "pediatra" per l'infanzia e per l'adolescenza può e deve esercitare un ruolo di catalizzatore dei problemi emergenti: disagio sociale, bambini migranti, soggetti fragili, nuove dipendenza adolescenziali, diritti negati, famiglie monoparentali o omosessuali. Ma un impegno sul versante di iniziative propositive sarà rivolto a valorizzare e rendere attuabili percorsi che migliorino il benessere generale del bambino e della sua famiglia, nella consapevolezza che una città a misura di bambino è anche una città a misura di famiglie e in ultima analisi di tutti i cittadini residenti. Da qui la collaborazione in ambito pediatrico a favorire le iniziative del Comune di Bergamo che caratterizzano le città aderenti alla "rete di Città Sane" secondo le indicazioni dell'OMS: in particolare si vogliono valorizzare gli aspetti relativi all'infanzia: piste ciclabili, percorsi pedonali, parchi fruibili per tutti i soggetti in età evolutiva, con eliminazione delle barriere architettoniche, ampliamento dei servizi educativi per l'infanzia, cibi sani, possibilità di sport, centri di aggregazione per adolescenti e per attività ricreative, iniziative culturali, musicali, artistiche che coinvolgono i ragazzi. Cercherò di promuovere un osservatorio sugli indicatori di salute riguardanti l'infanzia, in particolare quelli sociali e scolastici. Tramite apposito sito, metterò a disposizione delle famiglie informazioni riguardanti la salute e consigli per una genitorialità consapevole. Agirò nei confronti dei pediatri del territorio di Bergamo per una maggiore sensibilizzazione ai problemi emergenti in ambito pediatrico; infine mi adopererò per "fare rete" con tutte le altre agenzie istituzionali e laiche che si occupano di infanzia nel territorio.

Leo Venturelli

Un luogo in cui l'infanzia resiste



Teresa Mariano Longo

Teresa Mariano Longo ha insegnato Educazione Comparata all'Università di Amiens fino al 2012, dopo un'esperienza all'Unesco e a Eurydice. A partire da un approccio storico, ha studiato le politiche neoliberali in educazione e il loro impatto sulla cultura della scuola e dei suoi attori (Cile, Messico, Europa). Si è in particolare interessata alle riforme dei curricula scolastici nei vari Paesi e al senso della cultura scolastica. Questa "esperienza" relativa al contesto sociale, culturale e scolastico francese, fa pensare ai problemi del nostro sistema scolastico, interessato alla creazione meccanica di competenze e meno alla costruzione di individui in armonia con se stessi, con il gruppo di pari e, come scrive la stessa Autrice, con "il proprio paesaggio".

In un quartiere popolare della periferia Sud di Parigi, Clamart, da cinquanta anni la Petite Bibliothèque Ronde (PBR) è il luogo dei bambini del quartiere. Cultura, convivialità e interesse per l'infanzia hanno fatto della PBR un punto di riferimento per i bambini e i loro genitori. Un fondo librario con la migliore produzione letteraria per l'infanzia, bibliotecari e artisti contribuiscono a costruire questo spazio abitato dai bambini. Qui, anche chi ha problemi a scuola, prende i libri in prestito, legge e impara.

Sono entrata in questa biblioteca come volontaria dopo un lavoro di insegnamento prima a scuola e poi all'Università. Ho lasciato il mondo della scuola invaso dall'ideologia delle competenze, dal sogno dei tecnici dell'educazione secondo il quale, se si scompone l'apprendimento in parti semplici che portano a risultati precisi, si possono raggiungere conoscenze di base funzionali al vivere moderno. Ho visto così i contenuti culturali impoverirsi e aumentare il numero dei ragazzi che non sanno leggere alla fine dell'obbligo.

La PBR mi ha affascinato per la quantità e la qualità dei libri per l'infanzia e per l'atmosfera calorosa e distesa così difficile da trovare in un luogo di cultura francese.

I bambini sono al centro di ogni iniziativa, non in quanto macchine per imparare, ma in quanto abitanti del quartiere con le loro storie personali spesso cominciate in altri Paesi, la

sensibilità, la fantasia, le paure, le relazioni familiari e di vicinato. La PBR è prima di tutto un luogo dell'infanzia; propone cultura con semplicità, piacevolezza, gusto, affetto e nei tempi dei bambini; non valuta, ma ottiene risultati importanti, un luogo di grande interesse per la sua capacità di "resistere".

La Petite Bibliothèque Ronde

La PBR apre nel 1965 grazie ai finanziamenti di una famiglia di industriali mecenati, ed è la prima biblioteca per bambini di Francia, creata dall'associazione "la joie par le livre". Appena aperta, conta già 3000 iscritti, la metà della popolazione giovanile del quartiere che all'epoca contava 10.000 abitanti. Il bell'edificio fatto apposta per una biblioteca dei bambini, negli anni Settanta viene ceduto dai proprietari al Comune. La doppia presenza pubblica e privata continua ai giorni nostri con scarso entusiasmo del Comune che minaccia di continuo la chiusura.

Le idee che ispirano questa iniziativa vengono dal movimento di educazione popolare e dal movimento dell'Education Nouvelle. Una delle principali fondatrici, Geneviève Patte, così la presenta: *«Il nostro desiderio era chiaro: mostrare ai bambini ciò che può dar loro una biblioteca pensata per loro, un luogo che permetta di conoscere la gioia di leggere e di viverci una parte della loro infanzia, di esserne in qualche modo gli attori; tutto ciò in un contesto di relazioni semplici e naturali con i loro pari e con gli adulti... Volevamo proporre loro la migliore produzione editoriale e allo stesso tempo aiutarli a vivere le letture in maniera personale attraverso gli incontri significativi che suscitano la loro curiosità aprendoli sul mondo, nutrendo la loro vita interiore, la loro sensibilità, il loro immaginario».*

Accanto ai cantastorie, agli artisti, ai bibliotecari, la biblioteca recluta persone capaci di stimolare la relazione del bambino con il libro, crea un ambiente in cui il bambino si sente in un luogo che appartiene ai bambini, così come i libri e gli oggetti: un luogo pubblico per l'infanzia.

Quando la PBR ha cominciato a funzionare una signora del quartiere accoglieva all'ingresso i bambini. In cinquanta anni, molte persone si sono succedute a questo posto di grande responsabilità; bisogna conoscere il quartiere, i genitori e le relazioni tra vicini. Per

le mamme spesso l'ingresso della biblioteca diventa un luogo di incontro, di scambio di tante cose: dalle ricette alle notizie sulle scuole e sul quartiere. A volte le mamme aiutano a restaurare dei libri, a cucire dei costumi, ad attaccare un bottone di quel bimbo che arriva con il cappotto aperto, a preparare una merenda. L'atmosfera di questo ingresso introduce quella della biblioteca.

La maggior parte dei bambini vengono soli o in gruppo di fratelli o amici e decidono cosa fare. Dopo aver guardato intorno, vanno a cercare un libro, un gioco e si mettono per terra sui tappeti o sui tavolini. Molti si mettono in coda per utilizzare i computers il cui uso è rigidamente regolamentato. Alcuni, soprattutto i più grandi, a volte vengono a fare i compiti. Gli animatori, i bibliotecari sono nelle sale, leggono, ci sono, ma si rivolgono ai bambini solo se sollecitati; infatti, dopo un po', la maggior parte chiede di leggere, o di giocare o di fare i compiti, altri se ne stanno per conto proprio.

A un certo momento della giornata comincia un'attività che viene annunciata nelle sale e alla quale chi vuole partecipa. La biblioteca ha una programmazione annuale e mensile. Intorno a un tema (quest'anno è stato "abitare") si propongono racconti, incontri con esperti, rappresentazioni teatrali; si costruiscono i costumi, le scene, le marionette, le maschere, si guardano dei film.

Bambini e genitori partecipano a queste iniziative concluse da rappresentazioni al pubblico con una festa piena di piatti e dolci fatti dalle mamme. Intorno ai temi scelti si organizzano anche gite a Parigi, nei musei, teatri e sale di musica.

Durante l'anno spesso viene un esperto, che racconta ai bambini come fa il suo lavoro. Può essere un artigiano, un architetto, spesso è un disegnatore di libri per l'infanzia oppure un grande saggio; una volta è venuto Vernant a raccontare della Grecia classica.

Nella programmazione si fa molta attenzione alla ricchezza culturale proposta: in un anno i bambini devono accedere a conoscenze di tutti i tipi, da quelle artistiche a quelle letterarie e scientifiche. Uno spazio particolare è dedicato al digitale: la biblioteca offre molti materiali che i bambini usano in parte guidati, in parte da soli. Quest'anno un pomeriggio

gio al mese è stato dedicato al gioco numerico in gruppi.

La partecipazione alle attività è libera, ma l'atmosfera che si crea, quando i vari gruppi si mettono intorno a un tavolo a costruire e a disegnare per una stessa opera, attira la maggior parte dei bambini. C'è un gruppo di bambini affezionati che frequenta tutti i giorni la biblioteca, ci sono quelli che partecipano per un po' di tempo, per fare un disegno, un oggetto. Qualcuno invece comincia a fare e poi lascia il gruppo per andare a fare altro. Nessun adulto lo richiama, ma se la sua opera resta incompiuta sul tavolo, un animatore o un altro bambino gli chiede: «Che ne vuoi fare?» e in genere il bambino ritorna oppure mette da parte quello che ha cominciato per finirlo il giorno dopo; niente viene distrutto.

Mentre il lavoro degli ateliers avanza, arrivano più adulti ad aiutare: chi cuce, chi dipinge, chi decora i locali, chi porta materiali da casa o da un magazzino. Per gli adulti si crea l'occasione di mettere al servizio dei bambini le loro capacità, per scoprire la biblioteca e anche utilizzarla. Infatti molti "grandi" prendono in prestito libri. Spesso sono i bambini stessi che fanno il servizio di biblioteca e di prestito per gli altri bambini e per gli adulti.

È la lettura?

Alcune idee di base guidano l'approccio alla lettura. Dice G. Patte che «i libri, per rivelare la loro ricchezza, devono raggiungere il bambino in tutti gli ambienti in cui vive; là dove le domande si pongono, in famiglia, nella sua scuola, e anche là dove ha del tempo: alla biblioteca, nelle sale d'attesa dei pediatri e dei dentisti, a casa». Lei e i suoi collaboratori leggono e hanno letto dovunque: nei reparti di pediatria degli ospedali, nelle case, per strada; gli animatori della PBR oggi leggono anche nei centri di accoglienza per immigrati o rifugiati appena arrivati e nel vicino ospedale. Sono i libri che devono raggiungere il bambino con la presenza di un adulto; si tratta di stabilire un legame di intimità tra il racconto, il bambino e l'adulto, una complicità gioiosa nella lettura. «Il racconto, continua G. Patte, è un momento in cui il bambino ha il piacere di essere con qualcuno, un adulto, il quale prova piacere al racconto stesso e a leggere al bambino»; il bibliotecario non solo consegna libri, ma li legge, li anima, li fa vivere in mezzo ad altre espressioni culturali. Il leggere insieme agli altri è concepito come un "oralità" che può avere gli stessi contenuti del gesto, del disegno, della pittura, dell'opera plastica.

Il testo deve «peupler le théâtre intérieur de l'enfant»; il testo deve evocare le paure, i sentimenti, essere in sintonia con il pensiero magico del bambino. Per questo l'espressione orale deve essere in una lingua bella che dia gusto all'ascolto.

Per questo, la lettura ad alta voce ha uno spazio importante tra le attività della PBR.

«Leggere una storia è portare le parole di colui che l'ha scritta, dare tutto il suo spessore al testo, ai dialoghi, alle voci. Il libro passa dalla penna alla bocca, si espande, si stende, prende tutte le sue dimensioni...».

L'équipe dei bibliotecari va anche nelle scuole, nei nidi, nei centri maternità e infanzia per diffondere le pratiche di lettura ad alta voce.

«Ci sembra essenziale sensibilizzare il personale e i genitori all'importanza di questa pratica a partire dai primi anni di vita». Una mattina a settimana è dedicata alla lettura per i bambini da 0 a 3 anni.

L'idea è quella di sviluppare una delle prime capacità del bambino, quella di essere "uditore" di parole, suoni e umori.

Le illustrazioni dei libri devono essere belle e sollecitare l'immaginazione, a volte per accompagnare il racconto, altre per arricchirlo; le collezioni dei migliori disegnatori per la letteratura dell'infanzia sono nella biblioteca. I bambini della PBR hanno avuto la visita e designato con illustratori famosi che hanno mostrato come nasce e cresce l'illustrazione.

In biblioteca i testi devono essere accessibili, lasciare ai bambini quel piacere tattile di prendere i libri dai piccoli box e dagli scaffali, dar loro un'occhiata e lasciarli in attesa sui tavoli. Il grande disordine che si crea è segno della presenza di ogni bambino.

Queste idee che guidano le attività della biblioteca si sono costruite un po' alla volta.

Un segno particolare hanno lasciato i gruppi di lavoro fatti con lo psichiatra e psicanalista René Diatkine negli anni '80. Per molti anni collaboratore della biblioteca, egli ne ha favorito i contatti con l'associazione da lui stesso fondata, ACCES (*Actions culturelles contre les exclusions et les ségrégations*). Quest'ultima riunisce, intorno all'obiettivo del miglioramento delle condizioni di acquisizione della lettura e della scrittura, ricercatori e operatori di diverse discipline: pediatri, psicologi, psicoanalisti, antropologi, linguisti e bibliotecari.

Recentemente, il personale riflette e discute sui libri di Serge Boimare, maestro e psicoterapeuta. Boimare considera che molti ritardi nell'apprendimento siano dovuti alla paura di imparare.

Nella PBR il modo di proporre queste idee ai bambini è molto diverso da quello della scuola. A differenza del maestro, l'animatore della biblioteca non segue ogni bambino nel suo apprendimento, il suo è piuttosto un lavoro di offerta, di proposta di occasioni «raccontiamo le storie, a volte le stesse più volte, sperando che dentro di esse i bambini trovino qualcosa di simile alla loro esperienza, per risolvere, se possibile, delle paure, degli stati di ansia. A volte succede. Crediamo all'importanza dei possibili» (Michèle Valentines).

Il racconto, la cultura portano al bambino esperienze umane antiche e internazionali, l'animatore presenta un Mondo grande al

quale il bambino appartiene e nel quale può trovare il suo posto.

Gli animatori della biblioteca hanno diverse origini professionali: sono bibliotecari, artisti, conteurs o persone con capacità particolari. Il lavoro in contatto diretto con i bambini è solo una parte del loro impegno, la mattina la biblioteca è chiusa e il personale prepara e discute o fa attività di formazione all'esterno per animatori, educatori e maestri di scuola materna.

Nelle riunioni dell'équipe si programma, ci si informa sulle ultime novità editoriali, su dibattiti in corso, si parla di ciò che è accaduto durante le attività con i bambini, se ne fa il bilancio, si discute sul come fare e sul senso delle opzioni possibili. Con lo stile rilassato, calmo, piacevole proprio del luogo, le pratiche sono sempre pensate: questo permette una distanza dal quotidiano e anche una costruzione teorica utile al proseguimento del lavoro e alla trasmissione.

La pedagogia nasce così da una pratica, da idee antiche e nuove e da uno stile di lavoro comune. Mi sono chiesta di che tipo di pedagogia si tratti, ho confrontato ogni gesto e iniziativa della biblioteca con le mie esperienze e conoscenze pedagogiche, ho trovato tanta tradizione culturale, tanta filosofia, ma non ho trovato una pedagogia. Una delle prime attività della biblioteca è stata quella della stampa, cara a Freinet, poi la composizione delle parole è stata fatta con altri strumenti, fino al computer. Che alla conoscenza ci si arrivi con l'operare, è qui idea acquisita, ma a essa si aggiunge quella delle mille possibilità, della meraviglia e del piacere della scoperta di cose belle che viene da una esperienza nella letteratura dell'infanzia. L'adulto partecipa del piacere di leggere, raccontare, costruire oggetti; egli attende che il bambino scopra, egli propone, dice: «ascolta, guarda!» presentando testi e materiali. G. Patte parla di "intimità" tra adulto e bambino, nel senso partecipazione a sentimenti profondi che sono nel testo e nelle sue rappresentazioni. Fa pensare a Galeotto fu il libro e chi lo scrisse del nostro poeta. È il testo l'oggetto che genera intimità, non una particolare relazione psicopedagogica decisa a priori. Questo comporta che nella relazione educativa le emozioni non possono essere nascoste e opposte all'oggettività del sapere e la distanza tra chi legge e chi ascolta viene dal legame affettivo al testo e al contesto del racconto. Quando si racconta con il Kamishibai, ciò che conta è l'atmosfera che si crea tra bambini e il teatrino in legno, il buta colui che racconta deve tenersi ai rituali: apertura, manipolazione dei materiali, seguire i tempi imposti da ogni scheda; la voce deve essere sempre sullo stesso tono, non deve drammatizzare troppo gli eventi. Il raccontare giapponese ha degli aspetti in comune a quello del conteur francese. Entrare con il bambino nel racconto, costruire un contesto spaziale e

temporale di cui il bambino possa appropriarsi mi sembrano obiettivi importanti della PBR. Anche i genitori non si sentono estranei al luogo, non solo per la gentilezza dell'accoglienza, ma perché percepiscono che il racconto, il rapporto con i bambini o delle altre espressioni artistiche contengono caratteri che appartengono anche a loro. A differenza di altri luoghi di cultura in cui si può entrare solo se si assumono codici gestuali e linguistici diversi da quelli della vita personale in famiglia o con gli amici, qui si cerca il più possibile di mostrare elementi di cultura in comune. Un'utopia realizzata in una città fortemente divisa.

Un luogo pubblico dei bambini

La PBR è situata in una città della periferia di Parigi, un po' più di 50.000 abitanti. Una città divisa in due grandi aggregazioni; nella zona vicina ai trasporti che la collegano alla capitale vivono le famiglie più agiate in casette a due piani con bei giardini o nelle abitazioni di due o tre piani disegnate da architetti di punta; queste abitazioni si estendono verso sud fino al bosco, luogo di sport, corse, passeggiate per i locali e per i parigini. Al di là del bosco la città continua, ma con caratteri completamente diversi. Qui, sulla piana, si estendono i grandi quartieri popolari, le piccole industrie, un grande ospedale. Il bosco separa, nasconde, distingue gli stili di vita della popolazione della stessa città. Al di là del bosco, con una densità urbana tripla rispetto alla media della città, vivono le famiglie di origine straniera, gli operai, gli addetti ai servizi urbani, i disoccupati.

In ciascuna delle due zone, le scuole elementari, le sale di ginnastica, le biblioteche, le chiese sono frequentate unicamente da quelli del quartiere. Il Liceo è uno solo per tutta la città; dunque qui i due gruppi si incontrano, ma quelli dell'al di là del bosco sono meno numerosi perché, se continuano dopo la scuola obbligatoria, è soprattutto per andare alla scuola professionale o tecnica. La città riproduce una situazione scolastica comune a tutta la Francia, paese in cui ogni anno più di 120.000 ragazzi escono dalla scuola prima della fine dell'obbligo e, di questi, la maggioranza è di origine straniera. Nonostante i molti interventi politici, la scuola francese non riesce a uscire da una pedagogia basata su regole e riti che rimontano alla III République. La scuola forma le *citoyen*: apprendere, imparare a leggere e a scrivere è, agli occhi del bambino, un dovere mentre la ricreazione è un diritto. Questo schema, basato sulla divisione netta tra pubblico e privato, accompagna tutta la scolarità di un giovane. Il "mondo"

e la cultura proposti ai bambini e ai giovani sono quelli costruiti secondo codici linguistici e culturali propri dell'istituzione e oggi, ancor più che nel passato, la scuola non riesce a essere un luogo di costruzione di culture in comune. Per i bambini di origine straniera, quelli che parlano spesso due o più lingue, che ascoltano in famiglia storie e pensieri di origine lontana, il formalismo astratto della cultura scolastica accentua differenze, contribuisce a separare i bambini e le famiglie ed entrambi dalla vita pubblica.

La Chiesa e la Moschea propongono ancora più riti e regole: anche qui l'apprendimento delle dottrine è formale, astratto, i bambini non sono riconosciuti in quanto tali, ma in quanto futuri membri del gruppo di fedeli. Nella Chiesa e nella Moschea la continuità con la famiglia è però molto importante, non solo nella partecipazione comune ai riti, ma anche nel linguaggio, nelle regole comuni a quelle della casa; per i bambini il luogo di culto è un luogo che costruisce un'identità proiettata in un futuro da adulto in continuità con i suoi antenati.

Nel quartiere c'è anche una biblioteca pubblica, molto bella e moderna, con una sezione per i bambini che funziona secondo le tradizionali regole della lettura in sala e del prestito; qui le mamme con il capo coperto dal foulard non vengono. Siamo in un luogo "pubblico" francese e qui, come nella scuola, la laicità diventa un assoluto che esclude; un'occasione di intolleranza. La cultura viene proposta come un bene universale e importante perché apre la strada all'emancipazione economica e sociale, ma la sua natura è particolare perché limitata a quella della terra di accoglienza: o chi arriva nasconde il suo modo di pensare e credere in uno spazio privato, oppure non può accedere a essa. In questo contesto c'è la PBR, in cui molte generazioni del quartiere negli ultimi 50 anni hanno trovato il "luogo" della cultura della loro infanzia. Come la scuola, la PBR forma alla lettura in lingua francese: questa è la lingua importante perché è del Paese in cui si abita, ma non esclude le lingue parlate a casa che hanno diritto di ingresso nel luogo pubblico sotto forma di canzoni, confronto di vocaboli o semplicemente suoni. L'anno scorso ho letto brani di Pinocchio in italiano e i bambini hanno giocato con i suoni delle mie parole per settimane. Nelle attività di iniziazione alla lettura per i bambini da 0 a 3 anni si cantano ninne nanne in tutte le lingue, le mamme non capiscono le parole a loro straniere, ma cantano nei ritmi di tutti. Riconoscere la presenza di più parti del mondo e cercare elementi comuni è una delle caratteristiche dell'attività

della biblioteca; si evita il multiculturalismo relativistico e stigmatizzante, cercando ciò che crea piacere, gioia, paura, consolazione ai bambini.

Parte del fondo della biblioteca è internazionale: qui si può trovare la letteratura per l'infanzia di tutto il mondo, una scoperta che emoziona sempre i genitori stranieri e che apre nuovi orizzonti ai francesi di vecchia data. Nella PBR le mamme mussulmane che portano il foulard o i loro abiti di rito non devono cambiare tenuta. Il luogo appartiene ai bambini; perché le loro madri dovrebbero cambiare di identità?

Nella sala d'ingresso, l'abbiamo detto, c'è una signora che accoglie i bambini, le mamme si fermano qui a parlare. Questo "circolo", spesso accompagnato da un tè, è ricchissimo di informazioni sul quartiere, sulla politica di assegnazione delle case popolari, sulle scuole e sugli insegnanti. Qui si confrontano varie azioni del Comune per capirne le politiche. Qui si parla dei problemi grandi del quartiere, come la droga e la violenza che l'accompagna, spesso non si trovano soluzioni, ma se ne parla. L'abitudine alla parola salva la stessa PBR quando il Comune vuole chiuderla perché troppo costosa; nel 2006 la biblioteca è stata occupata e ha vinto; in questi giorni la capacità di lotta degli abitanti della biblioteca si rimette in azione di fronte al progetto di grande trasformazione urbanistica, le Grand Paris, che espelle le popolazioni più povere ancora più lontano da Parigi.

Durante queste lotte si aprono tutte le contraddizioni della situazione: la PBR è gestita da un'associazione con fondi privati e l'edificio è di proprietà del Comune. In questi anni l'associazione è riuscita a costruire un luogo pubblico per l'infanzia. Oggi la destra al governo della città propone di trasferire la PBR nel quartiere più ricco. Un'istituzione dello stato francese che persegue interessi particolari contro un luogo pubblico gestito da un ente privato!

Di "pubblico", in epoca neoliberale, *resistono*, in luoghi come la PBR, alcune idee comuni come quella di infanzia e di cultura che la popolazione può praticare e difendere.

✉ teresamarianolongo@gmail.com

<http://www.lapetitebibliothequeronde.com/>
Mariano Longo T, Roche T. L'enfance à l'école des autres. Ed Téraèdre, Collection « L'anthropologie au coin de la rue », 2015.
Patte G. Mais qu'est ce qui les fait lire comme ça? Ed Les Arènes, 2015.
Patte G. Laissez-les lire. Mission lecture. Ed. Gallimard jeunesse, 2012.

Vera o falsa epidemia?



Franco Giovanetti

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

Tra i batteri appartenenti a una stessa specie il genoma non è identico in tutti gli individui, ma è presente una certa eterogeneità. Si hanno pertanto popolazioni differenti, geneticamente omogenee al loro interno, chiamate cloni. L'inatteso aumento dei casi di malattia invasiva da meningococco C registrato in Toscana negli ultimi due anni è legato alla circolazione di un clone ipervirulento di *Neisseria meningitidis*. I meningococchi appartenenti a tale complesso clonale (denominato cc-11 o ST-11) sono associati a un alto tasso di morbosità e mortalità e non esprimono necessariamente il polisaccaride capsulare C: possono infatti appartenere anche al sierogruppo W e, meno frequentemente, B oppure Y. Nella **Tabella 1** [1] sono riportati alcuni episodi epidemici legati alla circolazione del clone ST-11.

L'evento toscano possiede le caratteristiche per essere definito un'epidemia? Se con tale termine intendiamo una serie di casi legati fra loro da una comune esposizione, sicuramente no: in Toscana i casi non risultano correlati tra loro. Un'epidemia di meningococco è definita dalla presenza di almeno tre casi di malattia meningococcica causata dallo stesso sierogruppo in un periodo inferiore o uguale a 3 mesi, con un tasso di attacco (rapporto tra "contagiati" e "contagiabili") di almeno 10 casi per 100.000 abitanti [2], situazione questa che non corrisponde a quanto sta accadendo in Toscana. Un'altra particolarità riguarda la prevalenza dei portatori: su 2287 tamponi orofaringei effettuati in ASL toscane nel 2016 su soggetti di età 11-45 anni, solo lo

0,17% del totale è risultato positivo per il meningococco C [3]. Questo dato confermerebbe due caratteristiche del clone in questione: una breve durata dello stato di portatore e una maggiore propensione a determinare direttamente malattia invasiva. Per fronteggiare tale situazione, la Regione Toscana ha avviato una campagna vaccinale estesa anche all'età adulta. Poiché si sono registrati alcuni casi anche tra soggetti vaccinati, è emerso il problema della durata della protezione conferita dal vaccino coniugato. Sappiamo che un decadimento del titolo anticorpale interviene fisiologicamente dopo la somministrazione di un vaccino inattivato (mentre nel caso dei vaccini vivi la cinetica è più simile a quella dell'infezione naturale) e pertanto la domanda è: sappiamo che i vaccini coniugati contro il meningococco inducono la memoria immunologica, ma è sufficiente questa loro proprietà per garantire una protezione a lungo termine? Per rispondere è necessaria una premessa di carattere immunologico. Nel nostro organismo sono presenti alcuni miliardi di linfociti B, suddivisi in 100 milioni di tipi differenti di cellule; ogni tipo riconosce un particolare antigene. Per ogni possibile antigene è disponibile normalmente un numero limitato di cellule B, che va incontro alla cosiddetta "espansione clonale" quando incontra l'antigene corrispondente. Ciascun linfocita B ha circa 100.000 recettori sulla sua superficie e tutti riconoscono il medesimo antigene. Questi recettori non sono altro che anticorpi pronti a legarsi a uno specifico antigene. I processi di "mix and match" permettono di disporre

di un armamentario di anticorpi talmente vasto da garantire il riconoscimento di qualsiasi molecola organica. Il recettore delle cellule B è paragonabile all'esca che usa il pescatore: la cellula B porta in giro l'esca ma potrebbe non incontrare mai l'antigene che vi si lega (per es. il virus della febbre gialla, se una persona non si reca in aree endemiche). In seguito al primo incontro con l'antigene si ha una risposta immunitaria primaria, con la comparsa dei primi anticorpi dopo alcuni giorni e un picco in media dopo un mese. Segue una più o meno lenta diminuzione del titolo anticorpale. Un successivo incontro con lo stesso antigene determina la risposta immunitaria secondaria, con un picco anticorpale che viene raggiunto molto rapidamente (circa 7 giorni), cui fanno seguito un plateau e un decadimento molto lento e graduale del titolo. La rapidità della risposta secondaria è legata alla presenza dei linfociti B memoria, che si attivano trasformandosi velocemente in plasmacellule secernenti anticorpi. Ne consegue che questo meccanismo funziona bene quando la malattia ha una lunga incubazione (per es. epatite A e B), in cui 7 giorni sono generalmente sufficienti per bloccare l'aggressore. Non è così quando il patogeno agisce rapidamente: questa è una caratteristica comune a tutti i meningococchi, sebbene sia particolarmente pronunciata nel complesso clonale ST-11. Ciò giustifica una strategia vaccinale che includa un richiamo dopo un certo numero di anni dalla prima dose. A questo proposito si può far riferimento all'esperienza dell'Olanda, che nel bambino utilizza una sche-

TABELLA 1. Episodi epidemici conseguenti all'emergenza del clone ST-11 di *Neisseria meningitidis* [1]

Epoca	Sierogruppo	Area geografica	Popolazione coinvolta
1960	B e C	USA	Militari
1990-2000	C	Nordamerica, Europa, Australia	Popolazione generale
2000	W	Globale	Pellegrini alla Mecca e popolazione generale
2001 e anni seguenti	W	Africa sub-sahariana	Popolazione generale
2001 e anni seguenti	C	Nordamerica, Europa	Omosessuali maschi
2003 e anni seguenti	W	America Latina	Popolazione generale
2009 e anni seguenti	W	Inghilterra e Galles	Popolazione generale

dula simile alla nostra (una dose a 12 mesi di vita). Confrontando l'effetto di un booster a 15 anni vs. a 10 o 12 anni, uno studio olandese ha evidenziato il miglior risultato in termini di titolo anticorpale tra coloro che avevano effettuato il richiamo a 15 anni [4]. La dose booster, raccomandata dal nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019, ha quindi dei presupposti sufficientemente solidi: va a cadere in corrispondenza del picco adolescenziale di incidenza della malattia e prevede la somministrazione del vaccino quadrivalente ACWY, in grado di estendere la protezione anche verso sierotipi meno frequenti che tuttavia stanno emergendo in varie Nazio-

ni, incluse alcune aree dell'Europa occidentale e del continente americano [5].

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. Lucidarme J, Hill DM, Bratcher HB, et al. Genomic resolution of an aggressive, widespread, diverse and expanding meningococcal serogroup B, C and W lineage. *J Infect* 2015;71:544-52.

2. ACIP. Prevention and Control of Meningococcal Disease. *MMWR* May 27, 2005/Vol. 54/No. RR-7. <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5407.pdf>.

3. Regione Toscana. Meningite, i risultati delle indagini dell'Agenzia Regionale di Sanità. <http://goo.gl/1hiHan>.

4. Stoof SP, Knol MJ, Sanders EAM, et al. Timing of an Adolescent Booster after Single Primary Meningococcal Serogroup C Conjugate Immunization at Young Age; An Intervention Study among Dutch Teenagers. *PLoS ONE* 2014;9(6):e100651.

5. Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf.

PIANO FORMATIVO

Diagnosi e terapia delle patologie nell'area pediatrica in ambito territoriale e ospedaliero. V edizione



Data inizio: 15/02/2017

Data fine: 14/02/2018

Responsabile scientifico:

Michele Gangemi

Direttore della rivista "Quaderni ACP"

Membro del direttivo della Società Italiana di Pedagogia Medica

18
ECM

SCHEDA

ENTRA

INDICAZIONI PER IL RECUPERO DEL CODICE OTP NECESSARIO PER L'ATTIVARE DEL CORSO

- Accedere all' area riservata del portale www.acp.it con gli identificativi ricevuti al momento della registrazione. Se non si ricordano i dati di accesso visitare il link: <http://www.acp.it/wp-login.php?action=lostpassword>. I nuovi utenti devono provvedere alla registrazione visitando il link: <http://www.acp.it/wp-login.php?action=register>. Per eventuali problemi di accesso scrivere a segreteria@acp.it.
- Nell'area riservata fare click sul Menu FAD presente sul lato sinistro della pagina, all'apertura della nuova schermata, in corrispondenza del corso acquistato, si potrà vedere il proprio codice OTP (doppio click sul codice per selezionare il testo e copiarlo).
- Accedere alla piattaforma FAD dell'Accademia Nazionale di Medicina (ACCMED) visitando il link <https://fad.accmed.org/login/index.php>. **N.B. Gli identificativi per accedere al portale dell'ACP non sono gli stessi per l'accesso alla piattaforma FAD dell'ACCMED.** Gli utenti già registrati alla precedente piattaforma dell'ACCMED (consultabile qui: <http://old.fad.accmed.org/>), possono recuperare i dati di accesso visitando questo link: https://fad.accmed.org/login/forgot_password_page.php?t=1 e seguendo successivamente le istruzioni che riceveranno nella posta elettronica. Per eventuali problemi di accesso scrivere a assistenzafad@accmed.org. I nuovi utenti potranno effettuare la registrazione visitando il link: <https://fad.accmed.org/login/signup.php?>
- Effettuato l'accesso all'ACCMED incollare nell'apposita casella il codice OTP precedentemente copiato.

La colpa del sistema in *Io, Daniel Blake*



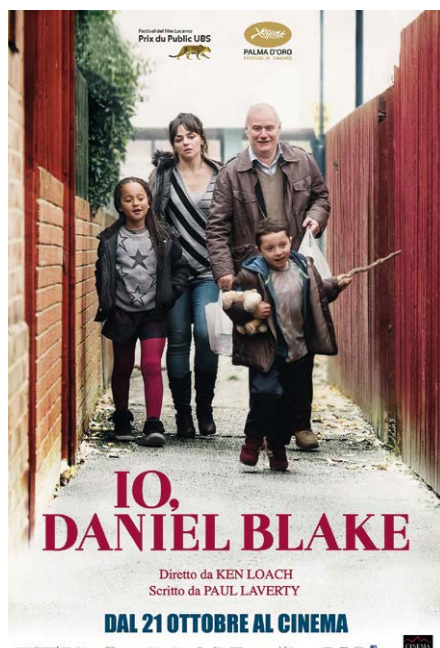
Rubrica a cura di Italo Spada

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi, Roma

Io, Daniel Blake

di Ken Loach

con: Dave Johns, Hayley Squires, Dylan McKiernan, Briana Shann, Kate Runner
Gran Bretagna, Francia 2016
durata: 100'



Chissà se Ken Loach, realizzando *Io, Daniel Blake* (meritata “Palma d’oro” a Cannes 2016), ha tenuto presente *Il processo* di Kafka. Se non lo ha fatto lui, lo fanno di certo gli spettatori che hanno letto il romanzo e ricordano l’episodio noto come “Davanti alla legge”. Troppi gli accostamenti tra l’uomo di campagna dello scrittore praghese che attende inutilmente per anni dietro il portone della legge e il sessantenne falegname del regista britannico vittima di una grave crisi cardiaca e costretto a chiedere un sussidio statale per invalidità. Nel 1915, anno in cui “Davanti alla legge” fu pubblicato come racconto breve in un settimanale ebraico, i disoccupati non si recavano ancora al Centro per l’Impiego per sbrigare la pratica, non esistevano i call center e nemmeno gli autori di fantascienza potevano immaginare

l’importanza del computer e i guai derivanti dall’analfabetismo digitale. Eppure, già allora i poveri diavoli dovevano lottare contro la burocrazia. Fino alla morte.

È una fortuna che l’ottantenne Ken Loach abbia smarrito la memoria, perché se avesse mantenuto la promessa di non fare più film dopo *Jimmy’s Hall – Una storia d’amore e libertà* (2014), non avremmo avuto questo *Io, Daniel Blake*. Al contrario dei documentari che sono film (si pensi, per esempio, a *Fuocammare* di Rosi), ecco un film che è *documentario* nel senso letterale del termine. Consegnato ai posteri, potrebbe infatti tramandare la difficoltà di essere oggi, e non solo a Newcastle, una persona con un nome e un cognome, non una pratica, un numero, un turno, un codice. Le profezie di Fritz Lang in *Metropolis* (1927) e di Charlie Chaplin in *Tempi moderni* (1936) si stanno avverando e non solo per la classe operaia. Chi, come Daniel Blake, non sa ricavare e compilare via internet un modulo, chi presenta un *curriculum vitae* scritto a mano, chi non ha la pazienza di attendere per ore al telefono perché la linea è “momentaneamente occupata” e non ha la prontezza di seguire le istruzioni della voce metallica che gentilmente invita a premere i tasti 1, 2, 3, 4... è *out*. È l’identità personale che sta scomparendo. Un certificato medico che attesta l’invalidità non basta; c’è un iter burocratico da seguire e, nell’attesa di ricevere l’indennità statale, si è costretti a frequentare un corso di formazione e a dimostrare di non rimanere con le mani in mano. E, siccome nell’elenco degli sventurati non si è mai ultimi, anche guardare le disgrazie altrui può aiutare a rimanere a galla. Daniel incontra Daisy, ragazza madre fatta sloggiare da Londra. La vede più disperata di lui perché ha due figli piccoli a cui badare e non ha un lavoro. I due si capiscono immediatamente e, per sopravvivere, si sostengono a vicenda, ricorrono alla solidarietà di associazioni benefiche che distribuiscono razioni di cibo, sperano oltre ogni delusione. Ma la filantropia non ba-

sta. Per non far subire umiliazioni ai figli, Daisy diventa ingenua ladruncola al supermarket e vende il proprio corpo. Gesti inaccettabili per Daniel che considera la perdita della dignità una sciagura ben più grave della povertà. A un passo dal naufragio, arriva uno spiraglio di giustizia che – ma tu guarda com’è la vita! – diventa beffa atroce. Come nel romanzo di Kafka. Con la chiarezza di un oratore che non ama i sentimentalismi e le parole difficili, Loach impartisce un’altra delle sue lezioni che, prima di diventare un grido di disperazione, è elogio della pazienza, accettazione umiliante delle regole, voglia di capire come poter sopravvivere. Daniel e Daisy non crollano perché sono circondati solo da persone dal cuore di pietra (l’erba buona cresce anche nelle case dei vicini, negli uffici, nelle organizzazioni no profit), ma perché vengono proiettati in un universo retto da regole che spesso fanno a pugni con i diritti fondamentali dell’individuo. La colpa è del sistema che, come un Moloch mai sazio, fagocita gli stessi funzionari costretti ad applicare rigide norme anche se non le condividono. Un uomo di cinema come Loach, da sempre impegnato dalla parte di chi cerca lavoro (*Riff Raff*, *Piovono pietre*, *La canzone di Carla*, *My Name Is Joe*, *Bread and roses*, *Paul, Mick e gli altri*, *In questo mondo libero*), può solo denunciare e approvare.

Forse si vuole leggere oltre le intenzioni del regista ma, siccome il cinema è anche interpretazione soggettiva delle immagini, mi affascina vedere l’alter ego di Loach nel clochard che, a differenza dei passanti che si limitano ad applaudire rimanendo al di là della strada, condivide la contestazione plateale di Daniel (“*Il mio nome è Daniel Blake, sono un uomo, non un cane. E in quanto tale esigo i miei diritti. Esigo che mi trattiate con rispetto. Io, Daniel Blake, sono un cittadino, niente di più e niente di meno*”) e, prima dell’arrivo della polizia, lo incoraggia e gli mette addosso il suo cappotto.

✉ italospada@alice.it

Libri: occasioni per una buona lettura



Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

Numeri per parlare

di Carla Bazzanella

Laterza, 2011, pp.163, € 12



Parlare con i numeri per esprimere emozioni

A proposito dei numeri abbiamo imparato che i bambini fin dalla nascita o quasi hanno una capacità di distinguere piccole quantità da quantità più grandi. Ma, a parte la conoscenza dei numeri derivata dalla cultura scolastica, nella lingua di tutti i giorni esiste un modo solo adulto di usare i numeri in una interpretazione approssimata, facendo loro assumere un valore vago, lontanissimo da quello numericamente esatto; un valore che si riempie di sentimento. Mi sono imbattuto in un titolo che mi ha colpito, *Numeri per parlare*. Discorre dell'uso dei numeri fra adulti nella lingua di tutti i giorni in una loro interpretazione *approssimata* molto lontana dalla conoscenza dei numeri derivata dalla cultura scolastica. I numeri in questo mondo linguistico assumono un valore vago lontanissimo dal loro valore puro più per dare voce alle emozioni che per esprimere quantità misurabili. In sostanza, oltre a un sistema *simbolico* dei numeri, ne esiste uno *non simbolico*, approssimativo, che si basa su una grossolana valutazione di una quantità lingu-

sticamente imprecisa e spesso esagerata. L'autrice riporta e classifica tutta una serie di locuzioni riportanti numeri, che del *numero simbolico* non hanno nulla. Già nella copertina sono riportate le famose "quattro chiacchiere" e il "grazie mille". Nelle pagine seguenti la ripetizione del numero per una indicazione di precisione che nulla ha di preciso come "ti dò cinque minuti *cinque*" o "mandami solo *due* pagine, *due*, intesi?". O la ripetizione della parola "numero" in "due fagiolini *di numero*" per indicare che trattasi non già di una indicazione precisa relativa al numero dei fagiolini da mettere nel piatto, ma alla mia mancanza di fame o al fatto che i fagiolini non mi piacciono. Ancora l'esagerazione sfacciata di "sono d'accordo con te al *mille per cento*" che vuole dar conto di un accordo fra due persone forse giocato sull'emozione. Ancora la falsa moltiplicazione in "ogni *2 per 3*" indica una cosa che capita spesso e che, solitamente, è fastidiosa. Non è solo nel linguaggio corrente ma anche in letteratura, da Manzoni a Gadda, che si usa l'uso approssimato dei numeri per alterare o aggiungere significato. Tutto questo non ha nulla a che fare con quello di cui stiamo parlando fra noi in questo periodo circa le abilità numeriche dei bambini, ma ho trovato la cosa curiosa.

Giancarlo Biasini

Manuale di psicoterapia centrata sulla genitorialità

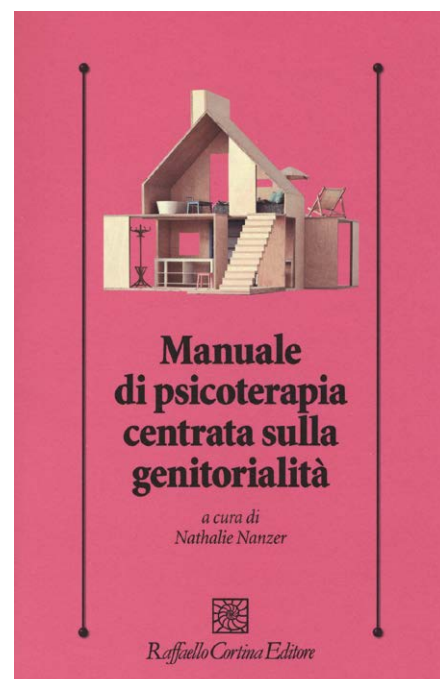
a cura di Nathalie Nanzer

Raffaello Cortina Editore, 2016, pp. 180, € 19

Essere stati prima figli

Quando l'adulto diventa genitore entra in un periodo di transizione in cui ripercorre la sua storia, rivive le relazioni precoci con i genitori e il suo essere bambino. È il momento in cui si pone domande del tipo: che bambino sono stato? come erano i miei genitori con me? che genitore vorrei essere con mio figlio? L'immagine che l'adulto ha di suo figlio e di se stesso come genitore può essere falsata o distorta da conflitti interni troppo rigidi o da rivendicazioni non risolte e può influenzare la qualità della relazione precoce col bambino. Accogliere il bambino così come è, fare il lutto del bambino immaginario, spazzando via ideali e desideri di controllo,

adattandosi e regolandosi in un andirivieni di mutua conoscenza e riconoscenza è essenziale allo sviluppo delle competenze genitoriali e di quelle del neonato. L'obiettivo della psicoterapia breve centrata sulla genitorialità è di individuare i conflitti intrapsichici predominanti dei genitori e di rendere i genitori consapevoli delle rappresentazioni patologiche e costrittive del loro mondo interno che hanno un impatto sull'interazione col bambino. Il terapeuta diventa spettatore delle sequenze interattive sintomatiche messe in scena dal bambino durante le sedute, e le videoregistrazioni, che consentono un'analisi fine, concretizzano i conflitti del genitore. Nell'introduzione a questo agile volume scritto a più mani, Dora Knauer sottolinea che le malattie dell'anima di oggi sono centrate sull'individualismo e quindi, poiché attaccano l'autostima, sono più narcisistiche che nevrotiche e prendono la forma di sentimenti di insufficienza e impotenza con tonalità depressive. La vita privata diventa rifugio e la genitorialità un luogo di realizzazione personale. Da decenni la scuola di Ginevra si occupa di queste problematiche. Una delle novità del libro è di porre la genitorialità come dimensione della personalità del soggetto. L'inquadramento dei diversi ti-

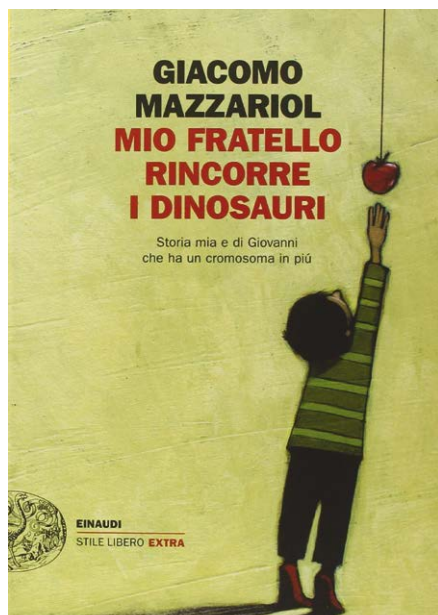


pi di genitorialità (nevrotica, masochistica e narcisistica) orienta l'indicazione terapeutica e permette di definire il focus della terapia breve. Un'altra novità è l'utilizzo di questa tecnica nella prevenzione del parto prematuro (3-4 sedute nella fase pre-parto) con risultati significativi nella ricerca col gruppo controllo. Nel "lutto evolutivo" in gravidanza sono implicate due nozioni: la perdita e l'attualizzazione. La perdita, che rinvia al lutto per la bambina che la madre è stata. L'attualizzazione, che riguarda la riattivazione dei conflitti derivanti dai legami coi genitori; tramite questa ripresa del passato la madre cerca di correggere, "con e attraverso" il bambino, i principali conflitti vissuti con i genitori. Secondo F. Palacio Espasa e J. Manzano la riattivazione dei conflitti infantili può essere in certi casi così intensa da provocare una depressione pre-partum e può minacciare il proseguimento della gravidanza. Lavoro finissimo, testo utilissimo.

Claudio Chiamenti

Mio fratello rincorre i dinosauri: storia mia e di Giovanni che ha un cromosoma in più
di Giacomo Mazzariol
Einaudi, 2016, pp. 176, € 16,50

Un libro che si legge in poche ore facendoti sorridere e riflettere su cosa voglia dire avere un fratello con una disabilità. Giovanni appunto è il fratellino di Giacomo, l'autore, ed è affetto da sindrome di Down. Giacomo con molta semplicità, senza falsi pudori o pietismi, riporta il centro dell'attenzione al mondo dei fratelli di questi bambini, talvolta lasciati un po' soli ad affrontare sentimenti spesso contrastanti e violenti. Giovanni viene presentato come un fratello speciale e Giacomo, bambino di 5 anni, immagina un super-eroe col quale finalmente potrà fare giochi da maschio (ha



già 2 sorelle). La realtà si manifesta diversa e, quando Giacomo scopre la verità, si sente tradito sia dai genitori che dalla sorella maggiore. La risposta che gli viene data dai genitori: "Il punto è che Giovanni è Giovanni. Non la sua sindrome... Ha un carattere, dei gusti, dei pregi e dei difetti... non è la sindrome che occupa i nostri pensieri, ma Giovanni..." Probabilmente arriva un po' tardi ma ciò che forse è più convincente è la serenità con cui viene fornita, tanto che Giacomo può dire: "Non avrei saputo nemmeno dire se ero preoccupato. Se non erano agitati loro per la malattia di Giovanni, perché avrei dovuto esserlo io? E loro no, non mi sembravano affatto preoccupati".

In questo scambio Giacomo ci dice una verità banale: la preoccupazione per la salute di questi bambini speciali non è appannaggio solo degli adulti, dei genitori. Un banale incidente durante un allegro pasto mette in serio pericolo la vita di Giovanni e ancora una volta capiamo quanta ansia e paura provino i fratelli. Giacomo in questo frangente capisce che non può stare senza Giovanni, che se ne deve occupare mettendo in secondo piano le sue esigenze: "I suoi problemi erano i miei. E i miei problemi? A quelli ci avrei pensato da solo, senza disturbare..."

Le visite annuali di Giovanni per accertare il livello di disabilità ("sembrava un colloquio di lavoro, e in fondo lo era: il risultato del colloquio avrebbe determinato l'assunzione nel Circolo dei disabili e il relativo stipendio") sono descritte con la stessa ironia usata per parlare della sua vergogna per avere un fratello Down quando, adolescente, arriva persino a negarne l'esistenza.

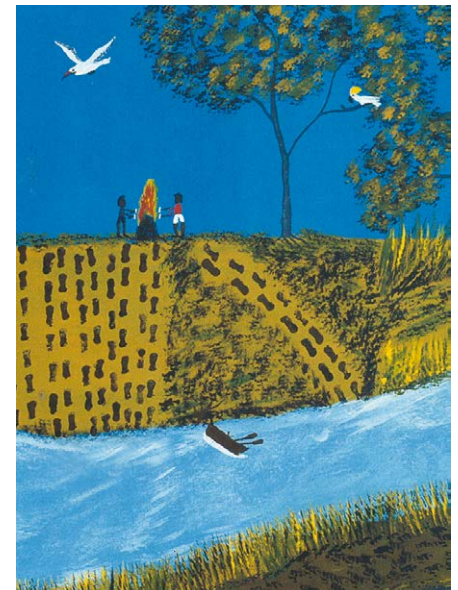
Questo libro percorre dall'infanzia all'adolescenza i mille momenti e le mille difficoltà che Giacomo affronta nel suo rapporto con il fratellino Down sino alla presa di coscienza di quanto diversa sarà la vita di Giovanni, specie quando anche lui sarà grande: non avrà una ragazza, forse non avrà degli amici, cosa farà quando scoprirà chi è veramente? E soprattutto, ancora una volta, la paura di vederlo soffrire o di vederlo morire.

Infine, se ancora non lo conoscete, potete vedere su Youtube il filmato *The simple Interview*, la cui realizzazione viene descritta alla fine del libro a suggellare la nascita di un nuovo rapporto tra i due fratelli.

Patrizia Elli

Un pappagallo volò sull'Ijssel
di Kader Abdolah
Iperborea, 2106, pp. 530, € 19,50

Storie di immigrati in volo verso un fiume
Sono passati dieci anni dalla recensione, su queste pagine, di Stefania (Manetti) di *Scrittura cuneiforme* di Kader Abdolah, "iraniano, vive in Olanda dal 1988 dove si è rifugiat-



Kader ABDOLAH

UN PAPPAGALLO VOLÒ
SULL'IJSEL



IPERBOREA

to perché perseguitato dal regime khomeinista". Nel frattempo Kader ha scritto molto altro, tra cui la *Casa della moschea* in cui la vicenda narrativa si intreccia con la storia dell'Iran moderno, opera giudicata come il secondo miglior libro della letteratura olandese contemporanea, riconoscimento non da poco per chi si cimenta con una lingua adottiva ritenuta generalmente ostica. E poi *Il corvo*, *Il re* e, ultimo, *Un pappagallo volò sull'Ijssel*. Se il suo primo libro è sospeso tra "Persia e Olanda", ora invece il pappagallo che, originario della Papua, via Australia e poi via della seta, è giunto in Occidente, vola esclusivamente nei paraggi di un piccolo fiume olandese attorno al quale ruotano le storie e le vicende degli immigrati/rifugiati (i protagonisti) che hanno chiuso con le loro patrie d'origine e che (in)volontariamente si contaminano con gli autoctoni e (in) consapevolmente fanno l'Olanda di oggi. Un inno all'integrazione qualche volta raggiunta ma anche persa, comunque dolorosa e difficile, a volte solo possibile. Non c'è un happy end scontato per i soggetti coinvolti che sono nelle parti più significative donne che non perdono mai la speranza nel futuro. L'incipit di un clandestino che arriva ad Amsterdam con una figlia gravemente ammalata per poterla curare è un invito alla lettura cui il pediatra non può sottrarsi e men che meno il seguito che si legge tutto d'un fiato sino al finale di una carrozzina che viene spinta sull'argine del fiume testimone consapevole (Kader ci racconta che per le ragazze orientali è naturale confidarsi con il fiume) di vite difficili.

Giuseppe Boschi

Info: notizie sulla salute



Rubrica a cura di Sergio Conti Nibali

Le cose vanno meglio con la Coca?

Lo slogan del 1963 che rilanciava la Coca-Cola nel mondo “Things go better with coke” era un’asserzione, ma oggi potrebbe essere interpretato come una domanda. Dagli anni '50 e per quasi 40 anni l'industria del tabacco, per far fronte ai nuovi dati della ricerca scientifica e a un possibile calo nei consumi, aveva ingaggiato una strenua battaglia con campagne di disinformazione che mettevano in dubbio il nesso fra fumo e malattie cardio-polmonari, compreso il cancro al polmone. Un’ottima strategia di marketing, quando i consumi calano per ragioni di salute, è quella di confondere le carte in tavola. Analogamente a BigTobacco, Coca-Cola si sente assediata dalle informazioni sul ruolo negativo nell’assunzione di zuccheri semplici e dalle mosse ufficiali di alcuni governi, come Regno Unito, Francia, Messico e Ungheria, di tassare le dolci bollicine, o da analoghi provvedimenti di alcune municipalità come San Francisco e Chicago.

Il consumo di Coca-Cola negli USA si è progressivamente ridotto negli ultimi 30 anni, è calato dello 0,9% nel 2014 e dell’1,2% nel 2015, anno in cui persino la Diet Coke ha visto ridotte le vendite del 5,6% (-5,8% anche per la concorrente Diet Pepsi).

Ora, attraverso 40 pagine fitte di dati, il gruppo no-profit The Praxis Project ha accusato il colosso delle bevande zuccherate e l’ABA (American Beverage Association) di ingannare il pubblico attraverso una informazione distorta che minimizza i danni alla salute dei *soda beverage*.

La denuncia è stata depositata il 4 gennaio 2017 a Oakland, presso la Corte distrettuale della California, e si propone di fermare la campagna pubblicitaria che nega l’associazione fra bevande zuccherate e obesità, diabete tipo 2 e cardiopatie. Con questa iniziativa si vuole anche dare lo stop alla massiva campagna promozionale nei confronti dei minori di 12 anni, contrariamente allo stesso codice comportamentale di marketing sbandierato dalla stessa Coca-Cola. Una lattina di coca al giorno può far incrementare il peso corporeo di 7 kg in un anno in assenza di un’attività fisica sufficiente.

Come sottolinea Nancy Huehnergath sulla pagina web di Forbes, anche se non avesse successo l’accusa lanciata contro Coca-Cola produrrà benefici attraverso una ricaduta positiva nell’informazione relativa ai danni delle bevande zuccherate.

“Ci siamo mossi – ha dichiarato Xavier Morales, Direttore del Praxis Project – perché il prezzo pagato dalla nostra comunità in termini di peggioramento della salute, aumento dei casi di diabete e di amputazione, è troppo alto”. Uno degli avvocati patrocinatori della causa, Maia Kats (del Center for Science in the Public Interest) ha dichiarato che Coca-Cola vuol fare percepire il consumo di bevande zuccherate come intrinseco a una dieta sana, se unito a moderata attività fisica. È soltanto rinunciando all’attività fisica che lo zucchero può essere nocivo, mentre al contrario esso viene completamente metabolizzato con il movimento.

Coca-Cola e ABA (associazione in gran parte finanziata dalla prima) hanno ingaggiato medici e ricercatori come Steven Blair, nutrizionista, che ha sostenuto che non esistono evidenze definitive che leghino lo zucchero all’epidemia di obesità presente negli USA.

La linea di difesa rimane la costante attenzione che Coca-Cola pone alla salute dei consumatori, tanto che dal 2014 sono stati lanciati sul mercato più di 100 prodotti a basso o zero numero di calorie.

Sempre allo scopo di ridurre il numero di calorie assunte ogni giorno dagli americani, Coca-Cola si è impegnata a ridurre il volume delle confezioni e dal 2015 (sic!) 2/3 dei suoi prodotti non conterranno più di 100 calorie per 12 onces (la lattina da 355 ml attualmente contiene 144 calorie).

Nel 2014 Coca-Cola ha speso 22 milioni di dollari in programmi di “attività fisica” nei quali pubblicizza i suoi prodotti, per rafforzare la convinzione che un breve esercizio fisico permette di “bruciare” lo zucchero mentre il resto della bevanda contribuisce all’idratazione, sostenendo che la maggior parte della popolazione non beve abbastanza.

Già nel 2015 il *New York Times* aveva riportato i finanziamenti di Coca-Cola a va-

ri ricercatori perché sviassero l’attenzione dei consumatori sullo zucchero, concentrando i danni alla salute esclusivamente sulla mancanza di attività fisica.

Un recente articolo pubblicato dall’*American Journal of Preventive Medicine*, riporta come Coca-Cola e Pepsi abbiano sponsorizzato più di 100 associazioni che si occupano di salute, perché mitigassero i dati presentati al pubblico sul consumo di zucchero negli Stati Uniti (<http://edition.cnn.com/2016/10/10/health/soda-companies-health-funding/>).

Come ricorda Praxis Project, le bevande zuccherate sono la principale fonte di zuccheri semplici nella dieta di un americano medio. Il diabete è aumentato del 50% in California fra il 2001 e il 2012, e con il trend attuale si prevede che il 50% dei nuovi nati latino-americani e afro-americani svilupperanno il diabete nel corso della loro vita. Nel 1984 il 9% degli abitanti della California era considerato obeso, oggi lo è il 25% e lo sarà il 47% nel 2030, se la tendenza attuale non si inverte.

Una Coca da mezzo litro contiene 12 cucchiaini di zucchero, quando l’American Heart Association raccomanda non più di 9 cucchiaini al giorno per i maschi e 6 per le femmine (un cucchiaino di zucchero contiene 16 calorie). Riassumendo: Things go better with coke?

(Fonte: No grazie)

Cibi industriali per i nostri bambini? No grazie!

L’Associazione Italiana Industrie Prodotti Alimentari (AIIPA) ha avviato una campagna di comunicazione con il marchio “Nutrizione e Sicurezza Specializzata” come elemento di riconoscimento degli alimenti normati e specifici per la prima infanzia; nell’ambito di tale iniziativa ha previsto due locandine-poster da distribuire e affiggere nelle sale di aspetto degli studi pediatrici, con il supporto della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) e della Società Italiana di Pediatria (SIP). Le locandine invitano i genitori a utilizzare per l’alimentazione dei bambini con meno di 3 anni prodotti specifici per l’infanzia e i cosiddetti lattini di crescita.

ACP ha preso le distanze da queste raccomandazioni sui vantaggi degli alimenti industriali specifici, in quanto ritiene che la validità delle affermazioni riportate nelle locandine sia ampiamente discutibile. In tutta l'Unione Europea, da settembre 2008 è in vigore un nuovo regolamento che modifica le disposizioni per i residui dei pesticidi (Regolamento CE n. 396/2005 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 febbraio 2005.). La legge indica i limiti quantitativi tollerabili per la sicurezza alimentare di tutti: adulti e bambini. L'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (AESA) verifica che tale residuo sia sicuro per tutte le categorie di consumatori, compresi i gruppi vulnerabili come i neonati, i bambini e i vegetariani. Il Ministero della Salute ha più volte ribadito che il controllo ufficiale dei prodotti fitosanitari, compresi i pesticidi negli alimenti, è una delle priorità sanitarie più rilevanti nell'ambito della sicurezza alimentare.

Gli organi competenti del Ministero della Salute, del Ministero dell'Agricoltura e delle Regioni effettuano controlli costanti sulla frutta, la verdura e i cereali. I dati in possesso del Ministero della Salute ci permettono di affermare che tali alimenti sono tra i più sicuri in Europa. Infatti, solo lo 0,6% di frutta fresca e lo 0,3% di cereali hanno superato i limiti fissati dalla normativa comunitaria, contro una media europea che si attesta intorno al 3,5% di irregolarità.

Il Ministero della Salute raccomanda anche per i bambini, nel contesto di un'alimentazione equilibrata e varia, il consumo di cinque porzioni di frutta e verdura al giorno, rispettando la comune regola di igiene di lavare accuratamente e, ove possibile, sbucciare i vegetali.

Per quanto concerne, poi, i cosiddetti lattini di crescita la Commissione Europea ha recentemente pubblicato un rapporto dal quale emerge che:

- dal punto di vista nutrizionale, le formule per bambini nella prima infanzia non sono necessarie;
- alcune formule per bambini nella prima infanzia possono inoltre contenere un tenore di alcune sostanze (ad esempio, zuccheri e aromi) non raccomandato per i bambini, tenendo presente il ruolo del consumo di zuccheri nel favorire lo sviluppo dell'obesità e l'impatto di zuccheri e aromi sullo sviluppo del gusto nei bambini);
- la commercializzazione di formule per bambini nella prima infanzia può in taluni casi essere considerata ingannevole, poiché solleva dubbi ingiustificati sull'adeguatezza nutrizionale degli alimenti freschi in commercio.

Secondo l'AESA-Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare, tali prodotti non hanno un "ruolo cruciale" e "non possono essere considerati necessari per rispondere alle esigenze nutrizionali dei bambini" se confrontati con altri prodotti alimentari che possono essere inclusi nella loro normale alimentazione.

Per questi motivi ACP ritiene che le affermazioni riportate nelle locandine siano ampiamente discutibili e invita tutti i pediatri italiani a non diffondere informazioni che possono disorientare i genitori.

ACP intende assicurare e incoraggiare tutti quei genitori che, intorno al sesto mese di vita, ricorrono all'alimentazione complementare a richiesta del bambino, utilizzando gli alimenti che essi stessi assumono; ribadisce l'importanza di un'adeguata informazione ai genitori per un'alimentazione salutare per tutta la famiglia e si impegnano a realizzare campagne di comunicazione ad hoc; incoraggia una dieta ricca di frutta, verdura e ortaggi freschi per tutta la famiglia, ricorrendo quando è possibile ai prodotti a filiera corta e in questo caso spesso anche biologici

(anche ricorrendo alla partecipazione a gruppi di acquisto solidale, i cosiddetti G.A.S.); ritiene che l'assunzione di cibi industriali penalizzi la ricchezza della cultura del cibo delle diverse popolazioni e di ogni famiglia, perché delega ingiustificatamente a terzi "più esperti" anche le scelte di nutrizione dei propri figli; si impegna a continuare a battersi per sensibilizzare gli enti preposti alla sicurezza alimentare per migliorare sempre di più le leggi e i regolamenti, insieme alle associazioni a tutela dei consumatori; ritiene che le azioni di advocacy per mettere a tavola cibi sicuri rientrano nel più vasto capitolo della salvaguardia dell'ambiente, obiettivo prioritario di salute pubblica. Gli interventi devono essere "politici" e devono ricadere su tutta la popolazione, con inclusione ovviamente delle fasce più vulnerabili (feti ed embrioni compresi); mette in risalto che la promozione dei cibi dell'industria per i bambini penalizza le famiglie più in difficoltà economica (fattore molto grave, per motivi etici e per l'evidenza che il tasso di obesità tra le famiglie povere è più alto, anche in relazione alla necessità di attingere agli alimenti industriali di più basso costo e di qualità scadente) e peggiora la qualità dell'ambiente, perché moltiplica i rifiuti da imballaggio, il loro smaltimento e il trasporto attraverso i territori. Infine sottolinea che, secondo aggiornate evidenze scientifiche, il contrasto all'obesità infantile richiede il coinvolgimento di tutta la famiglia in un miglioramento condiviso delle abitudini alimentari, preferendo cibi preparati in casa, con ingredienti di buona qualità e minor costo rispetto agli alimenti industriali.

In ultimo, l'ACP ritiene che, nell'ambito del generale principio di trasparenza, iniziative di questo genere comportino – come accade in tutto il mondo – la necessità di dichiarare la fonte di finanziamento alla base della campagna di informazione.

Neo-specialisti in UK: terra di esodo o controesodo?

Naire Sansotta*, Fabio Capello**

*Dipartimento di Scienze della Vita e della Riproduzione, Università degli Studi di Verona

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

Sono molti i medici italiani che dopo l'abilitazione o la specializzazione decidono di recarsi oltre Manica. Nel National Health Service (NHS) britannico, la comunità italiana di medici è la settima più numerosa, la sesta se si escludono i medici britannici, e la terza presenza europea dopo Irlanda e Grecia (Figura 1) [1]. I camici bianchi che dal nostro Paese si sono trasferiti in Gran Bretagna (UK) sono aumentati del 143% in 10 anni [2]. La percezione di un possibile precariato senza soluzioni, le ridotte prospettive di lavoro, il desiderio di incrementare la propria formazione e il divario tra numero di laureati e contratti di specializzazione disponibili negli atenei italiani spingono con forza a una scelta di questo tipo.

Le attese si confrontano con la realtà del lavoro

Le aspettative professionali dei giovani medici emigrati all'estero spesso si scontrano con una realtà molto diversa da quella attesa. Il sistema inglese, rigido e

fortemente strutturato, chiede medici in grado di prendere decisioni rapide sotto forte pressione. I neolaureati che decidono di iniziare il percorso che porta alla specializzazione nel Regno Unito si trovano in concorrenza con giovani medici già abituati sin dall'università a lavorare nelle strutture dell'NHS; gli specialisti già formati in Italia sono chiamati a operare in un contesto che capiscono poco e i cui i campi di competenza sono a volte diversi da quelli italiani. L'inasprimento delle condizioni di accesso e di iscrizione al General Medical Council (GMC) – scaturito da alcuni fatti di cronaca nei quali medici stranieri si sono trovati coinvolti – ha reso via via più difficile il riconoscimento dei titoli maturati all'estero e le condizioni per potere mantenere la licenza di pratica nel Regno Unito [3].

In un NHS in forte crisi per problemi di risorse economiche e di carenza di personale, il professionista straniero si trova quindi a operare in una realtà difficile da decifrare. Se da un lato l'NHS ha bisogno

anche di medici e personale sanitario formati all'estero, dall'altro impone i propri standard professionali e lavorativi. I medici italiani in particolare, formati in un sistema universitario che privilegia le conoscenze teoriche, devono adattarsi a lavorare secondo protocolli e procedure ben definite e non sempre pienamente condivisibili. Per contro, la facilità nel trovare lavoro – favorita anche dai sistemi a gettone (i medici che lavorano come *locum*) altamente remunerativi – e le possibilità di carriera sono fonte di attrazione, specie per i medici europei.

Tuttavia è proprio questo modello che ha portato a quella che è stata definita la peggiore crisi finanziaria di questa generazione, con un NHS in costante debito e a rischio di privatizzazione [4]. Debito che è parzialmente alla base delle riforme promosse dal precedente governo Cameron e che vorrebbero cambiare il modo in cui lavorano oggi gli *young doctors* (giovani medici neolaureati o in formazione specialistica). Un vero conflitto aperto tra la BMA (Associazione Medica Britannica) e il Ministro della Sanità sfociato in diversi scioperi che hanno paralizzato gli ospedali inglesi con oltre 3000 cancellazioni di interventi e prestazioni già programmate.

I maggiori cambiamenti in corso riguarderebbero l'orario di lavoro, il salario minimo e i turni di guardia, con il sabato formalmente non incluso tra i giorni festivi nel tentativo di assicurare la copertura sanitaria sette giorni su sette. Non solo l'offerta formativa – che interessa sia i medici italiani che decidono di trasferirsi all'estero, sia gli specializzandi italiani che svolgono periodi di formazione nel Regno Unito – potrebbe essere intaccata, ma anche la qualità stessa del servizio offerto, considerando il contributo rilevante dei giovani medici nel garantire proprio la qualità complessiva del sistema sanitario [5]. Formazione, affiancamento, supervisione e condizioni di lavoro sono elementi irrinunciabili nella prospettiva di un continuo miglioramento delle prestazioni. Senza contare che quanto recentemente avviato nel Regno Unito potrebbe entrare in contrasto con le disposizioni sull'orario di lavoro contenute nella

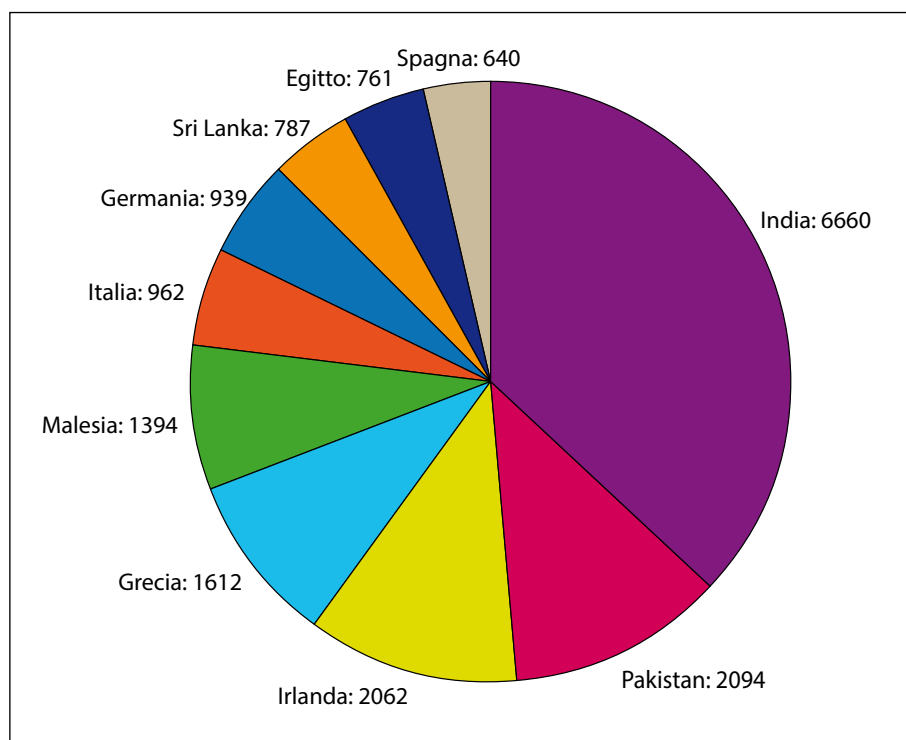


Figura 1. Medici di nazionalità non britannica che operano nel NHS: i 10 gruppi più numerosi (da rif. 1).

direttiva dell'Unione Europea (UE) [6]. In particolare, l'orario di lavoro settimanale (comprese eventuali ore straordinarie) non può, in media, superare il limite massimo di 48 ore, il riposo minimo giornaliero non deve essere inferiore alle 11 ore consecutive per ogni periodo di 24 ore e deve essere previsto un periodo di riposo minimo di 24 ore consecutive ogni sette giorni.

Le dispute sul nuovo contratto e le modifiche delle condizioni lavorative e dell'offerta formativa per i medici in specializzazione vanno a colpire un settore già debole, rendendo la carriera nell'NHS meno attrattiva e non solo per i medici stranieri. Un numero sempre più consistente di medici britannici ha già deciso di proseguire la propria carriera al di fuori del Regno Unito, in particolare nei sistemi sanitari di Australia e Nuova Zelanda, fortemente remunerativi e oggi in crisi per una carenza cronica di personale a fronte di una crescita demografica senza precedenti [7].

Quali effetti avrà la Brexit?

A questo quadro così complesso si aggiunge l'inaspettata doccia fredda dei risultati del referendum, voluto dal precedente governo, sulla decisione da parte del Regno Unito di lasciare l'UE (la cosiddetta Brexit). È difficile, se non impossibile, prevedere cosa accadrà di qui in poi. Il significato della Brexit non è solo tecnico e il segnale lanciato dal popolo inglese mette complessivamente in discussione il progetto Europa e le sue prospettive future. Si tratta di un confronto diplomatico con l'UE che durerà almeno due anni dal momento in cui il governo di Downing Street chiederà l'applicazione dell'articolo 50 che regola la procedura di uscita di uno Stato membro dalla UE. Il dato di fatto, tuttavia, è che anche se nulla è destinato a cambiare nell'immediato, da parte dei professionisti italiani in terra straniera si registrano paura e dubbi. Motivo non ultimo di questa apprensione è che il dibattito politico che ha preceduto il referendum ha avuto nella sanità uno degli argomenti più trattati e usati, da una parte e dall'altra, per convincere i cittadini a votare pro o contro il quesito. È un tema sentito, dunque, sia dai cittadini (che usufruiscono del servizio sanitario) sia dai professionisti (che ci lavorano).

Chi era favorevole alla Brexit sosteneva che l'uscita dall'UE avrebbe liberato diversi miliardi di sterline da utilizzare per la sanità, salvo poi scoprire che quei 18 miliardi

che il Regno Unito non verserà più all'UE non andranno a risanare l'NHS. Chi invece era contrario, sosteneva che la sanità pubblica avrebbe registrato un sostanziale peggioramento, visto che la vera spina dorsale dell'NHS, ovvero il personale straniero, avrebbe incontrato molte più difficoltà a inserirsi nel mondo del lavoro.

L'incertezza di questi mesi, insieme alla complessa situazione della sanità britannica, colpisce anche i medici italiani che si trovano a fare i conti con i costi – non solo economici – delle decisioni di una classe politica che non possono votare. Alle difficoltà legate all'ambiente di lavoro si aggiunge l'incertezza sulle regole che disciplineranno nel prossimo futuro i requisiti richiesti per l'ingresso nel Paese dei medici stranieri e delle loro famiglie. Condizioni che potrebbero anche diventare vessatorie se le trattative portassero a un'uscita dura, come già accade oggi per i medici che provengono da nazioni al di fuori dell'Europa o del Commonwealth. Il professionista a inizio carriera che decida di investire nel proprio futuro trasferendosi oltre Manica, acquistando casa e altri beni, potrebbe scoprire improvvisamente di non avere più i requisiti per conservare il visto e il permesso di lavoro, o potrebbe avere necessità di supportare continuamente con prove e documenti i propri requisiti. Scenario tutt'altro che remoto, se confrontato con la complessità della *revalidation*, programma di educazione continua recentemente introdotto (e fortemente criticato nelle sue modalità dagli stessi medici inglesi) che consente di mantenere e rinnovare la propria abilitazione professionale [8].

Flussi e riflussi

L'insicurezza su questi temi potrebbe produrre, a breve, un movimento in controtendenza soprattutto per quelle comunità di medici, altamente rappresentate nell'NHS, che provengono dall'UE. Secondo l'Imperial College di Londra, il numero di medici italiani che lavorano, a diverso titolo, in Gran Bretagna è aumentato da 1514 nel 2005 a 3680 (di cui circa 300 accademici) nel 2015. Questo trend, favorito anche dalle politiche europee di riconoscimento automatico dei titoli di studio conseguiti all'interno dell'UE, potrebbe invertirsi nei prossimi anni. È una situazione di stallo che rischia di paralizzare ulteriormente un sistema sanitario già fortemente in crisi.

Anche per l'Italian Medical Society of Great Britain (IMS-GB) – che rappresenta la maggiore società scientifica dei medici italiani in Gran Bretagna, ai quali fornisce orientamento e supporto per lo sviluppo professionale e di carriera – lo scenario rimane aperto.

L'impegno dell'IMS-GB resta comunque invariato, da un lato nel "favorire la formazione e l'inserimento dei giovani medici che intendono completare la loro formazione con uno stage presso istituzioni inglesi e nel facilitare la progressione di carriera di quelli già operanti in UK", dall'altro nel "cercare di porre in atto tutte le iniziative possibili per favorire il controesodo di tutti i medici che volessero rientrare nel nostro Paese, apportando il contributo dell'esperienza acquisita al miglioramento della qualità scientifica e professionale del nostro sistema sanitario" [2].

Fermo restando che sarebbe auspicabile che GMC e NHS facessero altrettanto e che, imparando dagli errori fatti, favorissero il confronto con il resto dei Paesi europei, incoraggiando i propri medici a conoscere altri sistemi sanitari oltre al proprio o accettando (con un po' di umiltà) di importare nel proprio sistema i modelli organizzativi che in Europa e in Italia si sono già dimostrati di provata efficacia.

✉ editor@fabiocapello.net

1. NHS. All staff by staff group, nationality and HEE region, 2015.
2. Iodice A. Brexit, che succede ai medici italiani in Gran Bretagna? Sanità informazione, 2016. www.sanitainformazione.it/mondo/brexit-medici-italiani-gran-bretagna/.
3. Meikle J, Campbell D. Doctor Daniel Ubani unlawfully killed overdose patient. The Guardian, 2010. www.theguardian.com/society/2010/feb/04/doctor-daniel-ubani-unlawfully-killed-patient.
4. Campbell D. NHS facing £2bn deficit and 'worst financial crisis in a generation' The Guardian, 2015. www.theguardian.com/society/2015/oct/09/nhs-trusts-in-england-run-up-almost-1bn-deficit-in-three-months.
5. Involving junior doctors in quality improvement: The Health Foundation, 2011. www.health.org.uk/publication/involving-junior-doctors-quality-improvement.
6. Aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro, Direttiva 2003/88/CE (2003).
7. Smyth J. Australia curbs flow of disgruntled UK junior doctors. Financial Times, 2016. www.ft.com/content/38513e9a-a029-11e6-86d5-4e36b35c3550.
8. GMC. Shaping the future of medical revalidation-interim report (January 2016), 2016.

GenitoriPiù... dalla teoria alla pratica



Leonardo Speri, Lara Simeoni

Il Convegno *“GenitoriPiù: uno sguardo al futuro. Nuove sfide per la Salute, nuovi orizzonti per la Prevenzione”*, in occasione del decennale della Campagna *“GenitoriPiù”* (5 dicembre 2006 – 5 dicembre 2016), si è svolto come previsto a Verona il 29 novembre 2016. È andato bene.

Il tema potrebbe essere riassunto efficacemente: applicare lo slogan della dichiarazione di Minsk 2015 (act early, act on time, act together) nei primi 1000 giorni dal concepimento al primo anno di vita.

Non tutti quelli che ci aspettavamo sono riusciti a essere presenti; presenze autorevoli e in parte inaspettate da fuori regione hanno preso il loro posto. Non sarebbe il caso di parlarne, se non fosse del tutto in tema con uno dei nodi che ci proponiamo di richiamare nel taglio *“in controluce”* richiesto.

Commentare poi il Convegno che si è organizzato, dedicato ai temi e al progetto su cui è stato speso il nostro impegno lavorativo maggiore degli ultimi 10 anni, potrebbe risultare improprio.

L'invito tuttavia del direttore di *Quaderni* non poteva essere eluso. Modera l'imbarazzo la consapevolezza di non aver voluto costruire un evento autoreferenziale e di esserci, crediamo, riusciti.

Nessuna presentazione dedicata a GenitoriPiù e ai suoi 10 anni, nessuna autocelebrazione. Solo una breve cornice iniziale sotto forma di intervista e poi una carrellata di interventi per rispondere all'esigenza – pressante – di riflettere su cosa sia oggi necessario per affrontare le nuove sfide nell'ambito della promozione della salute materno-infantile. Le presentazioni degli esperti su vari determinanti sono state commentate dai loro colleghi veneti, come *“testimoni operativi”* di quanto di nuovo appreso nel Convegno.

È possibile farsi un'opinione rivivendolo interamente sul sito (<http://www.genitoripiu.it/news/online-gli-atti-del-convegno-del-29112016-genitoripiu-uno-sguardo-al-futuro-nuove-sfide-la>), a cui rimandiamo anche per i nomi dei rappresentanti delle istituzioni, dei relatori e dei discussant, a cui dobbiamo gratitudine non formale: generosità del sapere e nessuna autoreferenzialità. Generosità anche di chi ha lasciato

ad altri la scena che pur avrebbe meritato. Anche questo è in tema.

Dobbiamo infatti accettare che visibilità e opportunità *“politica”* (legittime entrambe), da una parte, discussione nel merito e ricerca dall'altra, siano spesso in antinomia. Dare spazio a tutti gli 8 determinanti avrebbe preso almeno due giorni, avrebbe rispettato qualche sensibilità e messo forse al riparo da problemi diplomatici, ma sacrificando le novità: il ruolo dell'ambiente, il patrimonio di competenze che i genitori possono esprimere fin dalla nascita e quindi le nuove attenzioni allo sviluppo neuropsicologico confermate dall'epigenetica, l'allargarsi della forbice delle disuguaglianze, solo per citare gli argomenti principali. Abbiamo organizzato questo Convegno non per dare occasioni di (giusta) visibilità a quello che in tanti hanno fatto, ma per capire quello che manca, per poi analizzare, progettare e agire concretamente. È uno dei nodi cruciali: come possiamo tradurre operativamente ed efficacemente quanto di vecchio continuiamo a trovare confermato, come per esempio le evidenze consolidate del Progetto 6+1, e quel tanto di nuovo che andiamo a scoprire? Chi e come se ne fa carico?

Perché la domanda cruciale che ci accompagna da sempre è: come trasformare i nostri servizi e trasformarci per essere all'altezza della domanda di salute in avvio della vita? E accanto agli strumenti formativi e trasformativi per gli operatori, quali strumenti, con quali parole, con quali *“messaggi-di-GenitoriPiù”* possiamo far crescere i genitori?

La prudenza – insistita – contro l'autorappresentazione deriva dalla convinzione che far spazio all'altro è una precondizione della relazione di aiuto, la rinuncia narcisistica è quindi *“un metodo”*, un atteggiamento di fondo indispensabile verso i nostri interlocutori, genitori e bambini in primis, sia presi individualmente che come soggetto collettivo.

Altre domande si aggiungono: quali sono le condizioni istituzionali per agire? L'assenza, accennata all'inizio, di molti colleghi della rete regionale, per lo più assorbiti nella ingessata routine quotidiana, testimonia quanto sia difficile accedere a occasioni di

arricchimento, ma anche trasferire concretamente nel quotidiano quanto appreso.

Dopo il Convegno ci ritroviamo infatti con molti compiti a casa, non solo noi come GenitoriPiù; citarne alcuni non deve togliere peso a quelli omessi.

La lista precisa e concreta per il periodo preconcezionale e la gravidanza, che abbiamo sentito declinare con puntualità e chiarezza, ci avverte che ci sono più determinanti di salute, molto rilevanti, che non affrontiamo. Come inserirli?

Come possiamo valorizzare le competenze dei genitori, in tutto il percorso, prima, durante e dopo la nascita, anche per bambini pretermine? Come favorire contesti adeguati, affettivi ma anche sociali? Oltre a un sostegno individuale abbiamo *“messaggi”* da divulgare per i genitori in stato di disagio o più in difficoltà nell'accudimento?

E come muoverci con autorevolezza e contemporaneo rispetto davanti alle disparità di competenze tra le famiglie, per esempio sulla nutrizione, per non lasciare i genitori smarriti, da un lato, ma evitando di sostituirci invasivamente dall'altro? La discussione su una appropriata alimentazione complementare è stata attraversata dalla dialettica molto forte, iniziata il giorno prima del Convegno, in tema di alimenti industriali e conflitto di interesse. Resta comunque all'ordine del giorno il tema della capacità di oscillare tra intervento e non-intervento, per la nutrizione come per gli altri argomenti, comprese le vaccinazioni.

In tutti in casi, a ben vedere, la precondizione è mettersi in ascolto dell'altro, come le metodologie di counselling insegnano.

Questa specie di *“backstage”* del Convegno, fra le righe, in controluce, focalizza il problema del rapporto bisogni, risposte e risorse. La risorsa tempo soprattutto.

Come non c'è stato spazio nel Convegno per dire tutto, dovremmo seriamente interrogarci su come trovare lo spazio/tempo perché quanto necessario venga invece trasmesso ai genitori in modo appropriato, indipendente, rispettoso ed efficace, capace di ridurre e tradurre per loro la complessità, senza sacrificarla con approcci semplicistici.

✉ info@genitoripiu.it

FaD 2017

www.acp.it

QACP

- ✓ 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

- 49 Il "rigoroso Corchia": un ricordo di Carlo
Dante Baronciani
- 50 Bella 20 anni dopo
Maurizio Bonati
- 51 Il Centro OMS di Verona celebra 30 anni e diventa sede internazionale del "Cochrane Global Mental Health"
Corrado Barbui, Marianna Purgato
- 52 La FAD di *Quaderni acp*: quale ricaduta?
Michele Gangemi

Formazione a distanza

- 53 Algoritmo diagnostico per l'anemia in età pediatrica
Federica Menzato, Vania Munaretto, Raffaella Colombatti, Maria Caterina Putti, Laura Sainati

Infogenitori

- 62 Un postino in "Ferrari Testarossa": informazioni per genitori sull'anemia
Stefania Manetti, Costantino Panza, Antonella Brunelli

Ricerca

- 63 Affrontare l'obesità nell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia
Vincenza Briscoli, Maria Stefania Bellesi, Irene Benaglio, Alessandra Buracci, Laura Imperadori, Ivanna Lascioli, Daniela Caminada, Barbara Corsi, Bruna Faletti, Barbara Fogazzi, Giuseppe Marchese, Pietro Minini, Elio Tironi, Ettore Tomagra, Danilo Viggiani, Claudia Pastorelli, Genny Poetini, Tiziana Torri, Stefano Poli, Rita Tanas

Osservatorio internazionale

- 68 Vaccinazioni: tra il dire e il fare...
Stefania Manetti

I primi mille

- 70 La grande scommessa
Gigi Di Fiore

Il caso che insegna

- 72 Una febbre persistente e indici infiammatori elevati
Martina Rezzuto, Andrea Smarrazzo, Carla Russo, Marta Lamba, Paolo Siani

Occhio alla pelle

- 75 Strane macchie blu sul tronco
Iria Neri

Il bambino e la legge

- 76 Unione civile: sappiamo proprio tutto?
Augusta Tognoni

Il punto su

- 77 Il Royal College of Pediatrics and Child Health e i finanziamenti dall'industria dei lattini
Adriano Cattaneo
- 79 Contributi delle industrie e conflitti di interesse: un aggiornamento
Costantino Panza
- 80 La verifica della percezione cromatica dei bambini mediante il test HRR
Elena Cattaneo, Alessio Facchin, Silvio Maffioletti

Esperienze

- 84 Un luogo in cui l'infanzia resiste
Teresa Mariano Longo

Vaccinacipi

- 87 Vera o falsa epidemia?
Franco Giovanetti

Film

- 89 *Io, Daniel Blake*

Libri

- 90 Numeri per parlare *Carla Bazzanella*
- 90 Manuale di psicoterapia centrata sulla genitorialità *Nathalie Nanzer*
- 91 Mio fratello rincorre i dinosauri: storia mia e di Giovanni che ha un cromosoma in più *Giacomo Mazzariol*
- 91 Un pappagallo volò sull'Ijssel *Kader Abdolah*

Info

- 92 Le cose vanno meglio con la Coca?
- 92 Cibi industriali per i nostri bambini? No grazie!

Lo specializzando

- 94 Neo-specialisti in UK: terra di esodo o controesodo?
Naire Sansotta, Fabio Capello

Congressi controlloce

- 96 GenitoriPiù... dalla teoria alla pratica
Leonardo Speri, Lara Simeoni

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