

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 trattamento di urgenza delle aritmie
in età pediatrica

[FAD, pag. 194](#)

Le politiche vaccinali in Italia.
Intervista a Stefania Salmaso

[Focus, pag. 214](#)

Incontrare gli adolescenti e le loro famiglie
nei nostri ambulatori

[Saper fare, pag. 225](#)

Editorial

193 Newborn discharge: its easier said than done

Augusto Biasini

Formation at a distance

194 Emergency treatment of arrhythmias in paediatric age

Rodolfo Paladini

Info parents

200 Beating heart...

Costantino Panza, Stefania Manetti, Antonella Brunelli

Public health

201 From reproductive health to children's health, why "Think First" can make a difference

Renata Bortolus, Stefania Ruggeri, Eleonora Agricola, Elena Cesari, Maria Carmen Verga, Pierpaolo Mastroiacovo

A window on the world

206 People-friendly science

Stefania Manetti

The first thousand days

208 "Fiocchi in ospedale": a project to support new parents at the birth of a child and to promote health in the first 1000 days of life

Antonella Troilo, Francesca Romana Marta

A close up on progress

210 Newborn screening for Drepanocytic Disease: what is being done in the world, what is being done in Europe, why in Italy?

Raffaella Colombatti, Piera Samperi, Federica Menzato, Giovanna Russo, Laura Sainati

Focus

214 Vaccination policies in Italy. An interview with Stefania Salmasso

A cura di Rosario Cavallo

Scenarios

218 Infant massage: a clinical scenario

Costantino Panza

Tropics in doctor's office

221 Tropics in doctor's office: intestinal infections and infestations

Fabio Capello

At a glance

224 Skin lesions on the trunk in a 12 year old girl

Column by Enrico Valletta e Martina Fornaro

Update to practice

225 Meet adolescents and their families in outpatients clinics

Miriana Callegari, Claudia Grossi, Franco Mazzini, Nicoletta Modena, Debora Senni, Maria Luisa Zuccolo

Off side

228 Maria Montessori: forerunner of a dialogue between education and neuroscience

Anna Brigandi

The child and the legislation

232 "Legislation ZAMPA: Legislation 7/4/2017 n. 47".

Provisions on measures to protect unaccompanied minors

Augusta Tognoni

234 Books

237 Movies

238 Info

240 Letters

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 0783 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

Perlustrazione, concorso fotografico "Pasquale Causa" 2014

Tiziana Cristiani, referente NpL Campania

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



La dimissione del neonato in Italia tra il dire e il fare



Augusto Biasini

UO di Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale-Pediatrica, Ospedale M. Bufalini, Cesena

La Società Italiana di Neonatologia ha realizzato un documento con le indicazioni da offrire in occasione della dimissione del neonato da parte del personale sanitario. Il documento ha il pregio di ricercare una omogeneità unitaria di indicazioni, evidence based, con le quali occuparsi del nuovo nato. La prospettiva con cui leggerlo non deve però essere solo quella di una dichiarazione di intenti, ben consapevoli che esistono nel Paese ancora oggi differenze notevoli fra ciò che i professionisti ritengono giusto e ciò che adottano nella pratica quotidiana. Abbiamo invece ora una grande opportunità di iniziare da subito un "Programma motivato di equità sociale". L'epigenetica sta dimostrando lo straordinario vantaggio della prevenzione quando è attuata nelle fasi precoci della vita, così come dare a ogni bambino il miglior inizio è cruciale per ridurre le disuguaglianze della salute lungo il corso della vita.

Per esempio, sappiamo bene che il sostegno all'allattamento al seno è uno degli atti sanitari più potenti per l'affronto delle differenze di salute; che può funzionare da "starter" per azioni positive successive (alimentazione responsiva/sociale con conseguenti stili corretti verso l'assunzione del cibo e prevenzione primaria dell'obesità, successo nel trattamento delle allergie alimentari, attuazione del progetto GenitoriPiù); che la stragrande maggioranza di mamme (Sondaggio ISPO 2010) ritiene che allattare al seno sia un'esperienza unica in cui si crea un legame affettivo speciale, ma anche impegnativa: sono necessari grande forza di volontà e supporto del partner e dei nonni per non smettere. Tuttavia viene riportato il dato che, quanto più è basso il titolo di studio, quanto maggiore è l'attribuzione di responsabilità al pediatra per aver cessato di allattare. In relazione alla scelta della marca del sostituto del latte materno, il sondaggio dice che le mamme del sud e centro Italia chiedono al pediatra, quelle del nord-est al farmacista mentre al nord-ovest scelgono da sole al supermercato. In Emilia Romagna (Report Qualità Percepita, Novembre 2016) una donna su 5 segnala insoddisfazione sul supporto ricevuto per l'allattamento al seno. Quante sono le Aziende Sanitarie che effettivamente hanno nel loro standard di Prodotto/Servizio la promozione dell'allattamento al seno e il monitoraggio delle azioni che i professionisti compiono prima della dimissione, anche con l'obiettivo di guidarli in pratiche corrette e rispettose del Codice Internazionale a garanzia del singolo medico e degli utenti rispetto a indebite influenze o interessi commerciali? Sappiamo bene quanto sia facile scivolare verso forme ambigue di violazione del Codice in assenza di regole scritte e direttive. Per esempio, se la procedura aziendale, in caso di prescrizione di latte in formula, prevede che il medico scelga nel modo economicamente più vantaggioso per le famiglie, significa che il valore attribuito alle differenze nutrizionali fra i prodotti non giustifica l'aumento sproporzionato di prezzo. I *Late Preterm* in Italia nascono numerosi (5-7% di tutti i nati), pur non raggiungendo la prevalenza allarmante dell'11% degli Stati Uniti, e sono più esposti a ritardi dello sviluppo cognitivo; questi neonati sono allattati al seno paradossalmente meno dei prematuri *Very Low Birth Weight* (nati con peso < 1500 g), mentre abbiamo evidenze che aumentando la per-

centuale di allattati al seno potremmo diminuire il deficit di punteggio neurocognitivo. Conosciamo le modalità per aumentare la competenze genitoriali con le pratiche specifiche di addestramento all'allattamento del pretermine, prevedendo anche controlli domiciliari di supporto. In gran parte del Paese invece, con una colpevole miopia prognostica, si continua a prescrivere ai *Late Preterm* fin da subito latte formulato, temendo unicamente i rischi dell'ipoalimentazione! Nel 2012 nell'AUSL Romagna il "Progetto Allattamento al seno dei Late Preterm" fu inserito fra gli obiettivi del Dipartimento ottenendo un significativo miglioramento (l'allattamento materno esclusivo raddoppiò, salendo dal 34% al 60%). Il primo sostegno alla genitorialità che contrasta l'esclusione è stimolare e favorire la conoscenza, facilitando l'emergere dei saperi innati, la responsabilizzazione familiare, la relazione madre/bambino; ricordiamo il grande credito che i professionisti hanno verso le famiglie in questi giorni di puerperio. In sostanza, mentre le Terapie Intensive Neonatali hanno consolidato gli indubbi vantaggi di un'assistenza centrata sul bambino e sulla famiglia (Patient and Family Centered Care) con i 10 passi specifici a supporto dell'allattamento al seno nelle Unità Neonatali (Baby Friendly Hospital Initiative – BFHI di Uppsala, Sweden 2010), nei punti nascita si sconta ancora un ritardo nella continuità e coerenza di tutto il percorso a supporto del seno.

Un altro esempio è lo Screening della Displasia evolutiva dell'anca: sono diversi anni che percorsi culturalmente motivati e ragionevolmente condivisi, quali lo screening clinico universale ed ecografico selettivo definito al punto nascita e attuato dai professionisti competenti secondo il principio di equità (accesso uguale alle cure per uguali bisogni e uguale qualità di cure per tutti), vengono azzerati dalle richieste di ecografie in ambito privato per tutti i bimbi, creando confusione e diffidenza fra medici (neonatologi, pediatri, ortopedici e fisiatristi) e costringendo le famiglie a un'inutile spesa e ripetuti controlli strumentali.

La lettura del documento conferma ancora una volta che spesso la appropriatezza, cioè il "meglio", può essere ottenuta con "meno", diminuendo razionalmente il numero di interventi prescrittivi o diagnostici (meno latte formulato, meno vitamina K, meno fluoro, meno ecografie delle anche e dei reni) e aumentando la qualità della prestazione clinica (riflesso rosso, otoemissioni, ...) e del percorso tra ospedale e territorio (sostegno all'allattamento al seno, visita precoce dal pediatra di libera scelta).

Infine, quale migliore occasione della nascita per ribadire il corretto sapere sanitario in tema di vaccinazione e di lotta al calo delle coperture vaccinali principalmente come contrasto alle disuguaglianze e alle discriminazioni in tutta l'area pediatrica.

Il PNPV e lo Screening neonatale allargato per le patologie metaboliche, introdotti dalla legge 167/2016 e ora all'interno dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, sono tali da garantire in maniera uniforme sul territorio nazionale un passo concreto nella riduzione delle disparità (leggi iniquità) regionali a tutela del diritto alla salute.

Il trattamento di urgenza delle aritmie in età pediatrica

Rodolfo Paladini

UO di Cardiologia, Ospedale Pediatrico Santobono, Napoli

Premessa

Le aritmie nel bambino possono essere causate da una patologia cardiaca o sistemica, ma più frequentemente si presentano come un disturbo primitivo in soggetti con cuore strutturalmente normale e in assenza di altra patologia evidenziabile.

Sebbene le urgenze aritmiche del bambino siano di solito affrontate dal cardiologo pediatrico, è tuttavia necessario che anche il pediatra abbia alcune nozioni fondamentali per riconoscere i casi ad alto rischio. Ciò non può avvenire senza considerare il riscontro ECGrafico dell'aritmia, giacché le urgenze aritmiche, sia da tachiaritmie che da bradiaritmie, possono presentarsi con quadri clinici sovrapponibili (Agnetti A, et al. L'ECG in età pediatrica. *Quaderni acp* 2016;23:271-5).

La terapia delle urgenze aritmiche in età pediatrica, inoltre, presenta molte peculiarità che possono essere riassunte in un rapporto rischio/beneficio dei farmaci usati, sostanzialmente diverso rispetto al paziente adulto. Tale rapporto deve pertanto essere conosciuto e opportunamente valutato, soprattutto per quanto riguarda il neonato e il lattante.

Scopo di questo articolo è evidenziare le peculiarità dell'età pediatrica nel trattamento di urgenza delle turbe del ritmo cardiaco più frequenti e di considerare alcuni elementi ECGrafici, che ne permettono la diagnosi.

Generalità

L'incidenza di aritmie in tutta la popolazione pediatrica è all'incirca del 2%, ma nell'età neonatale le aritmie sono considerevolmente più frequenti (del 30-50% rispetto alle altre epoche della vita); circa il 40% dei pazienti pediatrici con aritmie presenta il primo episodio nel primo mese di vita e circa il 50% entro il primo anno.

I meccanismi che generano l'aritmia rivestono un importante significato dal punto di vista prognostico e terapeutico. Essi sono gli stessi del paziente adulto e sono costituiti da:

- Automatismo cardiaco anormale, che determina il controllo del cuore per frequenza di scarica da parte di un focus ectopico, situato in una qualsiasi parte del cuore;

- Rientro, che può determinarsi per un grosso circuito (macrorientro) che coinvolge vie che collegano in modo anormale gli atri con i ventricoli, o per piccoli circuiti in cui sono coinvolte poche cellule (microrientri). Il meccanismo del rientro, per potersi realizzare, richiede che lo stimolo elettrico percorra due vie a differente velocità di conduzione, in una delle quali si determini un blocco unidirezionale; ciò permette che tale via sia percorsa in senso retrogrado, realizzando così quel meccanismo circolare che assume il comando del cuore;
- Automatismo triggerato, molto più raro in età pediatrica, che ha caratteristiche intermedie tra meccanismo focale e rientro.

La sintomatologia provocata dalle tachiaritmie e dalle bradiaritmie non è di supporto alla diagnosi differenziale. Essa è essenzialmente legata al turbamento emodinamico provocato dall'aritmia e quindi alla sua durata e alla sua frequenza ventricolare, considerando che i valori estremi di quest'ultima, alti o bassi, determinano di fatto medesime ripercussioni emodinamiche.

Non va ricercata pertanto un'indicativa differenza dei sintomi in rapporto al sito di origine o al meccanismo che sostiene l'aritmia.

Invece una considerevole differenza della sintomatologia è legata all'età del paziente in cui insorge l'aritmia.

Nel neonato e nel lattante le tachiaritmie si manifestano comunemente con segni aspecifici di scompenso: rifiuto dell'alimentazione, pallore, irritabilità o sopore, tachipnea e dispnea, oliguria.

Anche in cuori strutturalmente normali le tachiaritmie di lunga durata possono presentarsi all'esordio con un quadro drammatico di collasso cardiocircolatorio, indistinguibile da altre emergenze neonatali che provocano shock, come la sepsi o la coartazione aortica.

Similmente le gravi bradiaritmie del neonato, la cui causa più comune è il blocco atrioventricolare congenito, possono essere causa di scompenso cardiaco nei primi giorni di vita.

Nel bambino più grande, invece, le tachiaritmie si rilevano generalmente con un cardiopalmo, più raramente con un dolore toracico. Nei casi in cui le tachiaritmie hanno lunga durata e/o frequenza molto elevata, possono presentarsi con una sincope, che comunque costituisce anche il sintomo più comune delle bradiaritmie estreme.

L'urgenza aritmica in età pediatrica

Le tachicardie che provocano urgenza sono quasi costantemente sostenute da un meccanismo di rientro; le aritmie sostenute da un automatismo anomalo sono in genere ben tollerate e raramente richiedono terapia endovenosa.

Comunque *un'aritmia, indipendentemente dal sito di origine e dal meccanismo che la sostiene, costituisce un'emergenza se determina una compromissione della perfusione di organo, o se ha caratteristiche per le quali può degenerare in una gittata cardiaca insufficiente (asistolia, tachicardia ventricolare senza polso o fibrillazione ventricolare).*

Affrontare un'urgenza aritmica necessita pertanto, innanzitutto, di una valutazione della tolleranza emodinamica, effettuata, se necessario, anche con esami ematochimici e strumentali come EAB, elettroliti sierici ed ecocardiogramma fast. Se essa ha già determinato insufficienza multiviscerale, è indispensabile procedere a una cardioversione elettrica transtoracica, previa sedazione con anestetici che non aggravino ulteriormente l'ipotensione presente.

Lo shock elettrico esterno ha il vantaggio di essere efficace senza essere pro aritmico; il suo inconveniente principale è proprio di richiedere una sedazione. Uno shock singolo non altera la funzione miocardica; cosa che avviene invece nei casi di shock ripetuti. Lo shock deve essere sincronizzato (uno shock che cade sull'onda T potrebbe far degenerare la tachiaritmia in fibrillazione ventricolare) e l'energia da impiegare è di 0,25-1,0 joule/kg nelle tachicardie a QRS stretto e di 3-5 joule/kg nelle tachicardie a QRS largo.

La cardioversione elettrica transtoracica non arresta tutte le tachiaritmie. Lo shock elettrico è efficace solo nelle tachicardie sostenute da un rientro (e da automatismo triggerato), mecca-

nismo però che è alla base di quasi tutte le emergenze aritmiche.

Nelle tachicardie secondarie ad automatismo anomalo lo shock elettrico non è efficace.

Diagnostica elettrocardiografica delle tachiaritmie

Dopo aver escluso una compromissione emodinamica, una semplice analisi delle caratteristiche ECgrafiche della tachiaritmia potrà orientare su sede e meccanismo dell'aritmia (Figura 1), permettendo di prevedere eventuali complicanze e di valutare il trattamento più opportuno.

Il primo riscontro ECgrafico da ricercare è il valore della frequenza della tachiaritmia (più è alto, meno tempo si ha a disposizione per evitare un'insufficienza cardiocircolatoria). Poi è opportuno:

- 1 misurare la durata del QRS;
- 2 individuare le onde P e valutarne cronologia (le P precedono o seguono il QRS) e rapporto numerico con il QRS (1:1 o multipli);
- 3 misurare la durata dell'intervallo fra l'onda R e l'onda P (e tra l'onda P e l'onda R).

La misura della durata del QRS è un importante elemento, che orienta sul sito di origine della tachiaritmia. Se il QRS è stretto (QRS < 80 ms), l'origine è sicuramente sopraventricolare; mentre la presenza di QRS larghi è fortemente sospetta per una sua origine ventricolare, considerato che in circa il 10% delle tachicardie sopraventricolari può verificarsi un disturbo di conduzione funzionale che slarga il QRS.

TABELLA 1 Dose dei principali farmaci antiaritmici in età pediatrica.			
Farmaco	Dose acuta EV	Infusione	Dose cronica orale
Adenosina	0,1-0,2 mg/kg	Bolo rapidissimo	
Amiodarone	5 mg/kg in 30 min	10-15 mg/kg/die	100-500 mg/m ² /die
Digossina	20-35 gamma/kg		
Flecainide	1-2 mg/kg in 20 min	0,1-0,2 mg/kg/h	50-200 mg/m ² /die
Lidocaina	1-2 mg/kg in 5 min	0,02-0,05 mg/kg/min	
Magnesio solfato	3-10 mg/kg in 5 min	1-15 mg/kg/h	
Metoprololo			1-3 mg/kg/die
Nadololo			0,5-2,5 mg/kg/die
Propafenone	1,5-2 mg/kg in 10 min	10 mg/kg/die	200-550 mg/m ² /die
Propranololo			2-6 mg/kg/die
Sotalolo			50-200 mg/m ² /die
Verapamil			5-15 mg/kg/die

Il secondo e terzo riscontro è costituito dal chiaro riconoscimento delle onde P e dalla misura degli intervalli tra l'onda R e l'onda P, due importanti elementi che orientano sul meccanismo che sostiene la tachiaritmia. Ciò in genere è reso difficile dall'elevata frequenza che le tachiaritmie hanno in età pediatrica, che causa una fusione tra le onde P e il QRS. Per questo, per individuare le onde P, è consigliabile utilizzare una velocità di scorrimento della carta ECgrafica più veloce (50 mm/sec) e/o indurre, attraverso manovre vagali o farmaci (Tabella 1), un rallentamento della frequenza della tachiaritmia.

In ambiente ospedaliero, dove è facilmente reperibile un accesso venoso prossimale al cuore, il rallentamento della frequenza si ottiene con un bolo endovenoso rapido di adenosina, un nucleotide purinico en-

dogeno, che produce un blocco atrioventricolare acuto di brevissima durata. Ciò permette di solito di identificare le onde P e la loro relazione con il QRS (cronologia, rapporto numerico, intervallo RP e PR). L'adenosina non ha soltanto potere diagnostico, ma costituisce anche un potente mezzo terapeutico per terminare tutte le aritmie da rientro in cui è coinvolto il nodo atrioventricolare. Per questo l'arresto brusco di una tachicardia dopo adenosina permetterà al tempo stesso diagnosi e terapia, dando la certezza che il meccanismo che sostiene l'aritmia è un rientro e che il nodo atrioventricolare è coinvolto nel circuito (tachiaritmia nodo-dipendente). Invece, quando il bolo di adenosina non arresta la tachiaritmia, ma ne rallenta solo la frequenza, e permette di evidenziare un numero di onde P prevalenti sul QRS, potrà considerarsi fortemente sospetto che il meccanismo che la origina è secondario ad automatismo anomalo a sede sopraventricolare.

Tachicardia atriale ectopica

La Tachicardia Atriale Ectopica (TAE) è generata da un focus ectopico, situato in un qualsiasi punto degli atri, che assume il comando del cuore per frequenza di scarica, senza coinvolgere il nodo senoatriale, la giunzione atrioventricolare o eventuali vie accessorie. La TAE si osserva a tutte le età; quando insorge prima dei 2 anni, la guarigione totale è comunemente la regola.

L'ECG evidenzia un numero di onde P superiore a quello dei QRS, evidenti già all'ECG basale o solo dopo adenosina, e irregolarità della frequenza ventricolare, per variabile blocco atrioventricolare (2:1, 3:1). La morfologia dell'onda P e il suo asse permettono di localizzare in modo approssimativo l'origine del focus ectopico. La TAE raramente altera in modo acuto l'equilibrio emodinamico e pertanto non

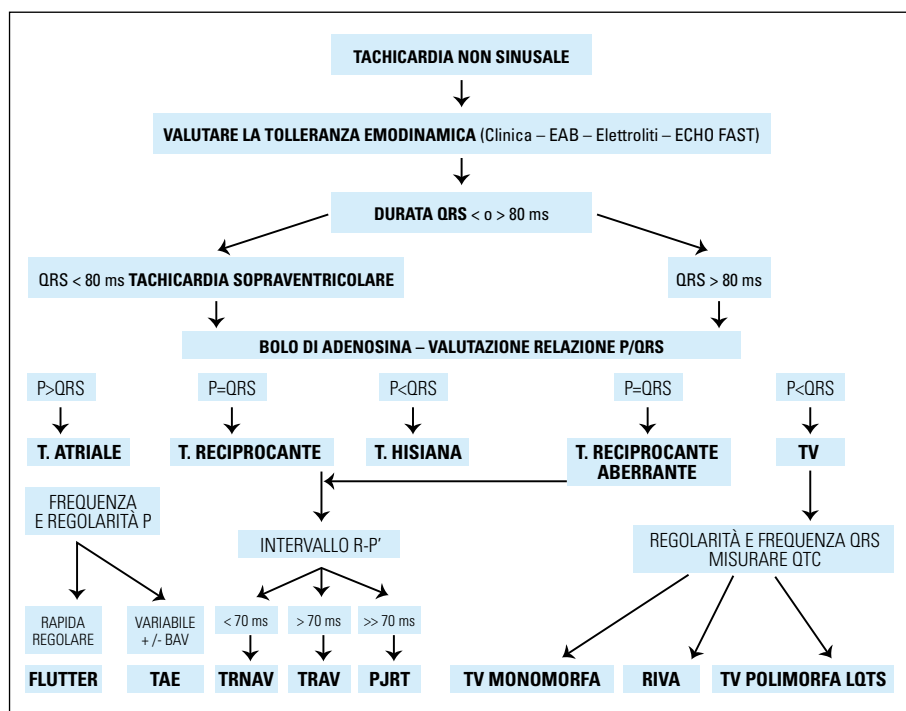


Figura 1. Flow chart per individuare sede e meccanismo delle TSV.

necessita quasi mai di farmaci antiaritmici per via endovenosa.

La TAE spesso presenta resistenza al trattamento antiaritmico per via orale; i betabloccanti e/o l'amiodarone sono in genere i farmaci più efficaci per rallentare la frequenza dei foci automatici atriali e per ottenere un ritmo sinusale stabile. Nei bambini più grandi si può ugualmente utilizzare la flecainide o il propafenone per via orale.

Flutter atriale

Il Flutter Atriale (fA) è caratterizzato da un numero di onde atriali maggiore di quello dei QRS ma, a differenza della TAE, da una frequenza ventricolare costante.

Gli atriogrammi hanno una caratteristica morfologia a dente di sega (onde f), con range di frequenza atriale tra i 400 e i 700 b/m. La conduzione atrioventricolare è generalmente 2:1. Le onde f sono visibili spontaneamente o dopo adenosina, che però non permette altro che la diagnostica, essendo il fA sostenuto da un meccanismo di rientro che non coinvolge il nodo atrioventricolare. Il fA può però essere interrotto con la cardioversione elettrica.

In età neonatale il fA rappresenta un'urgenza non infrequente, generalmente idiopatica o come complicanza di affezioni respiratorie. Nei cardiopatici è più frequente come sequela di una correzione chirurgica.

La terapia che richiede il fA neonatale dipende dalla tolleranza emodinamica e dalla disponibilità di attrezzature e capacità professionali. In caso di collasso imminente si ricorrerà allo shock elettrico. Se esistono le competenze può essere interrotto con una stimolazione atriale rapida, ottenuta attraverso un elettrocaterete introdotto per via transesofagea. Infine, se è ben tollerato clinicamente, si può utilizzare l'amiodarone per via orale alla dose di 250 mg/m²/die. In genere questa terapia permette nel breve periodo una migliore tollerabilità emodinamica, attraverso la sola riduzione della frequenza ventricolare e, in un periodo più lungo, variabile da alcune ore a qualche giorno, la ripresa del ritmo sinusale.

Il fA è molto più raro nei bambini più grandi. La terapia d'urgenza non differisce da quella indicata per l'età neonatale. Nei pazienti sottoposti a intervento cardiocirurgico che hanno delle anomalie anatomiche residuali che sostengono il fA è comunque necessaria una consulenza specialistica.

Tachicardie reciprocanti sopraventricolari

Nel caso in cui una tachicardia a QRS stretti presenti un numero di onde P iden-

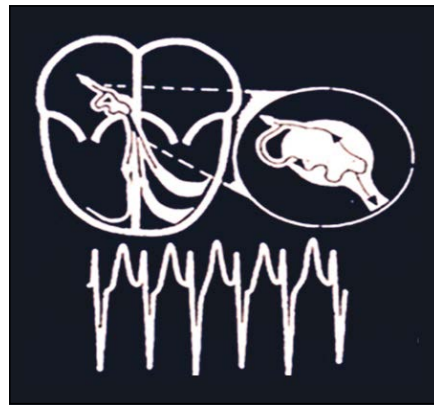


Figura 2. Meccanismo TRNAV comune.



Figura 3. Meccanismo TRAV.

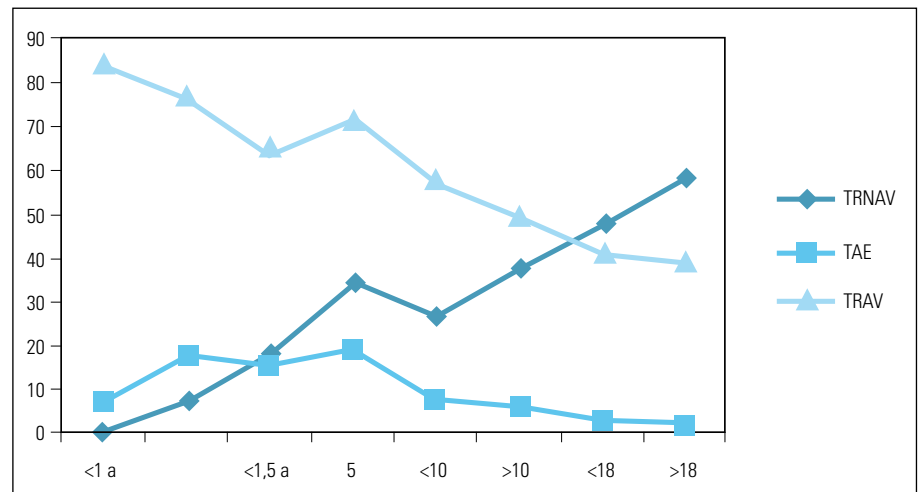


Figura 4. Incidenza dei vari tipi di tachicardie sopraventricolari in rapporto all'età.

TRAV = Tachicardia Reciprocante Atrio-Ventricolare da via anomala

TRNAV = Tachicardia Reciprocante Intranodale

TAE = Tachicardia Atriale Ectopica

tico a quello dei QRS, la diagnosi più probabile è di tachicardia reciprocante sopraventricolare (TRS). Questa rappresenta la tachiaritmia complessa di più frequente riscontro nel bambino, con un'incidenza di circa l'uno per mille.

Le TRS sono secondarie a un meccanismo di rientro, reso possibile dalla presenza di una doppia via all'interno del nodo atrioventricolare (TRNAV, Figura 2) oppure, più frequentemente, dalla presenza di una via anomala atrioventricolare (TRAV, Figura 3), di solito percorsa in senso retrogrado in corso di tachicardia.

La via anomala atrioventricolare può essere evidenziabile nel tracciato ECGrafico basale in ritmo sinusale solo nel 10% dei casi. Nei restanti casi l'ECG basale è perfettamente normale perché la via anomala è percorribile solo in senso retrogrado e quindi occulta il ritmo sinusale.

L'incidenza delle tachicardie reciprocanti varia in rapporto all'età (Figura 4) ed è massima in età neonatale.

La TRAV, secondaria alla presenza di una via anomala atrioventricolare, costituisce la TRS più frequente fino a circa i 10 anni di età. L'incidenza della TRNAV aumenta

invece progressivamente dai 5 anni di età, per diventare la TRS più frequente dopo i 18 anni.

Quasi tutte le TRS insorgono in cuori sani, anche se sono note alcune cardiopatie congenite (anomalia di Ebstein, trasposizione corretta dei grossi vasi e atresia della tricuspide) in cui esiste una più frequente presenza di vie anomale extranodali e quindi una maggiore incidenza di TRAV. La frequenza delle TRS è di solito > 220 bpm. Nel neonato le TRAV superano frequentemente i 300 bpm e, nella quasi totalità, sono a QRS stretti.

Dal punto di vista elettrocardiografico la chiave diagnostica per individuare il meccanismo della TRS consiste nell'identificare gli atriogrammi e misurare l'intervallo R-P.

Nelle TRS da rientro intranodale non è evidenziabile alcuna onda P, perché l'attivazione atriale avviene simultaneamente a quella ventricolare. Il tracciato ECG presenta le caratteristiche evidenziate nello Schema 1 e in Figura 5.

Invece in quelle secondarie a rientro atrioventricolare e che utilizzano in via retrograda una via anomala extranodale, l'onda

P è ben distinta dal ventricologramma e può essere identificata tra la fine del QRS e la branca ascendente dell'onda T, come evidenziato nello **Schema 2** e nella **Figura 6**.

Un altro tipo di TRS dell'età pediatrica è la Tachicardia Reciprocante Giunzionale Permanente (TRGP), assai più rara delle altre due, caratterizzata da una frequenza relativamente bassa e da un intervallo R-P molto più lungo di 70 ms, di cui l'articolo non si occupa perché, in pratica, non costituisce mai un'urgenza.

Il nodo atrioventricolare è sempre coinvolto nel circuito delle TRS; per questo, per terminarle, è sempre sufficiente un bolo di adenosina che determina tipicamente un arresto brusco.

Analogamente le TRS possono essere terminate con le manovre vagali, che sono da preferire quando non è disponibile un accesso venoso, che comunque dovrebbero essere eseguite sempre durante monitoraggio ECGrafico.

Nel neonato e nel lattante fino all'anno di vita, si può tentare il *diving reflex*, che consiste nell'applicazione di ghiaccio sul viso, per 10-15 secondi, durante registrazione continua dell'ECG. Questo contatto determina l'interruzione del respiro del bambino e un forte effetto vagale che generalmente interrompe la tachicardia.

Nei bambini più grandi e collaborativi (dai 3-4 anni) la manovra vagale più efficace è quella del Valsalva, che consiste in una forte espirazione a glottide chiusa, effettuabile con varie modalità. Nel bambino ancora più grande (> 6 anni) si può stimolare la faringe e indurre il vomito. La compressione dei globi oculari è controindica-

ta, perché nel neonato e nel lattante è in grado di provocare distacco di retina, anche se nel bambino grande (> 12 anni) ha gli stessi rischi che nell'adulto.

La TRNAV del bambino più grande è un'aritmia costantemente ben tollerata, che s'interrompe con facilità con le manovre vagali o con il bolo di adenosina. Più complesso è trattare una TRAV che interessi il neonato e che abbia già provocato sintomi d'insufficienza cardiocircolatoria. Questa urgenza necessita pertanto di una trattazione più dettagliata.

TRS con insufficienza emodinamica

Nel neonato e nel lattante una TRAV prolungata provoca sempre, anche nei cuori sani, un'insufficienza multiviscerale e necessita di un trattamento immediato.

Se l'urgenza è assoluta, è indispensabile una cardioversione elettrica.

Quando le condizioni sono meno precarie dal punto di vista emodinamico, il farmaco di scelta è l'adenosina, utilizzato sempre in bolo rapidissimo, seguito da infusione di fisiologica. Il risultato è comunemente l'interruzione della TRAV, tanto che il maggior problema non è costituito dall'interrompere l'aritmia, quanto fronteggiare la sua tendenza a recidivare. In questi casi è necessario valutare la presenza di comorbidità, come l'ipertermia, e soprattutto l'acidosi, sempre presente nelle TRS di lunga durata, senza la cui correzione le recidive non potranno essere prevenute.

Nel neonato e nel lattante i farmaci della classe 1C (propafenone e flecainide) per via endovenosa devono essere impiegati con molta cautela, anche nei casi in cui non siano

presenti segni clinici di scompenso; il loro impiego può essere consentito nei neonati e lattanti con TRAV recidivante, senza comorbidità, in cui sia stata documentata una normale frazione di eiezione del ventricolo sinistro all'esame ecocardiografico.

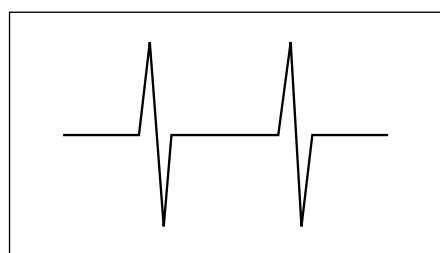
L'uso di amiodarone per via endovenosa deve essere considerato eccezionale e riservato ai neonati e lattanti con TRS e funzione sistolica globale del ventricolo sinistro depressa all'esame ecocardiografico, o per quelle TRS ad alta recidiva che resistono a multipli shock elettrici. Ciò perché l'amiodarone per via endovenosa può provocare gravi disturbi della conduzione e marcata ipotensione arteriosa, più frequentemente nelle tachiaritmie di lunga durata e/o negli stati di comorbidità. La posologia non deve superare i 5 mg/kg in 30 minuti e la perfusione deve essere effettuata in via preferenziale attraverso una vena centrale.

TRS senza insufficienza emodinamica

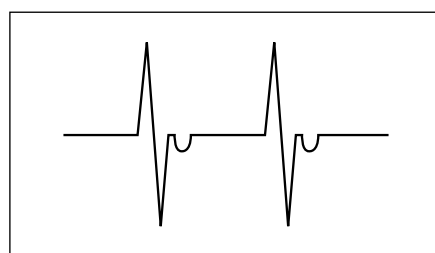
Nelle TRS stabili dal punto di vista emodinamico, interrotte con le manovre vagali o con l'adenosina, il trattamento teso a prevenire le recidive dovrebbe prevedere per lo più l'impiego di farmaci per via orale. Nelle forme ben tollerate clinicamente non c'è mai indicazione a utilizzare, in luogo dell'adenosina, farmaci antiaritmici per via endovenosa, da considerare sempre potenzialmente pericolosi in età pediatrica, a causa di effetti proaritmici, di ipotensione o di blocco atrioventricolare.

Nei rari casi in cui la tachicardia è refrattaria all'adenosina, o nei casi in cui essa abbia immediata tendenza a recidivare, possono essere impiegati i farmaci di classe 1C (propafenone o flecainide). Nella nostra esperienza è preferito il propafenone al dosaggio di 1,5 mg/kg in 5 min nel lattante e nel neonato e di 2 mg/kg nel bambino con più di 3 anni, se usato in bolo, o di 10 mg/kg/die in perfusione lenta nelle 12 ore successive, avendo sempre cura di embricarlo al più presto possibile con la terapia orale.

La somministrazione endovenosa di calcio-antagonisti, utilizzata negli adulti per in-



Schema 1. Tracciato tipico per TRNAV.



Schema 2. Tracciato tipico per TRAV.

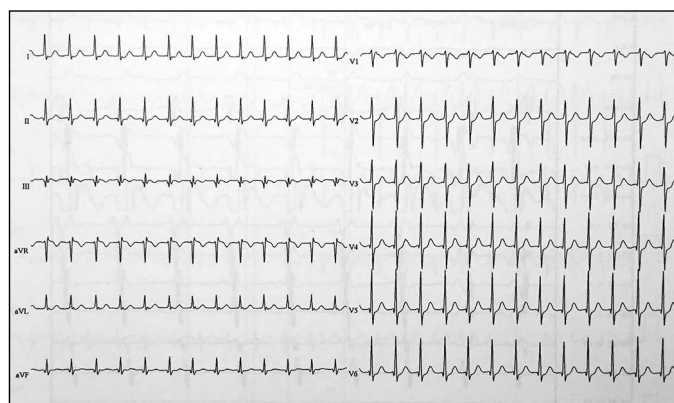


Figura 5. TRNAV comune.

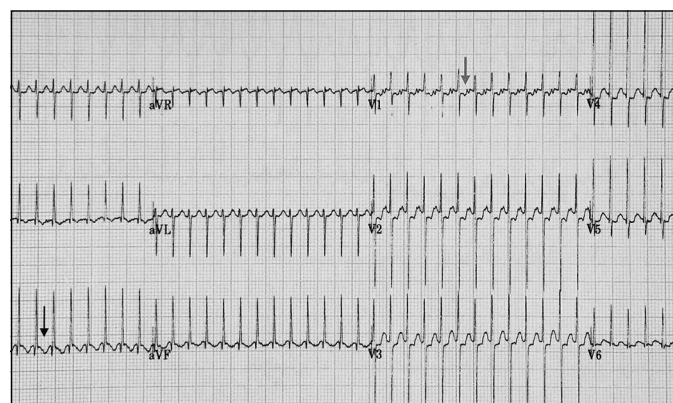


Figura 6. TRAV ortodromica.

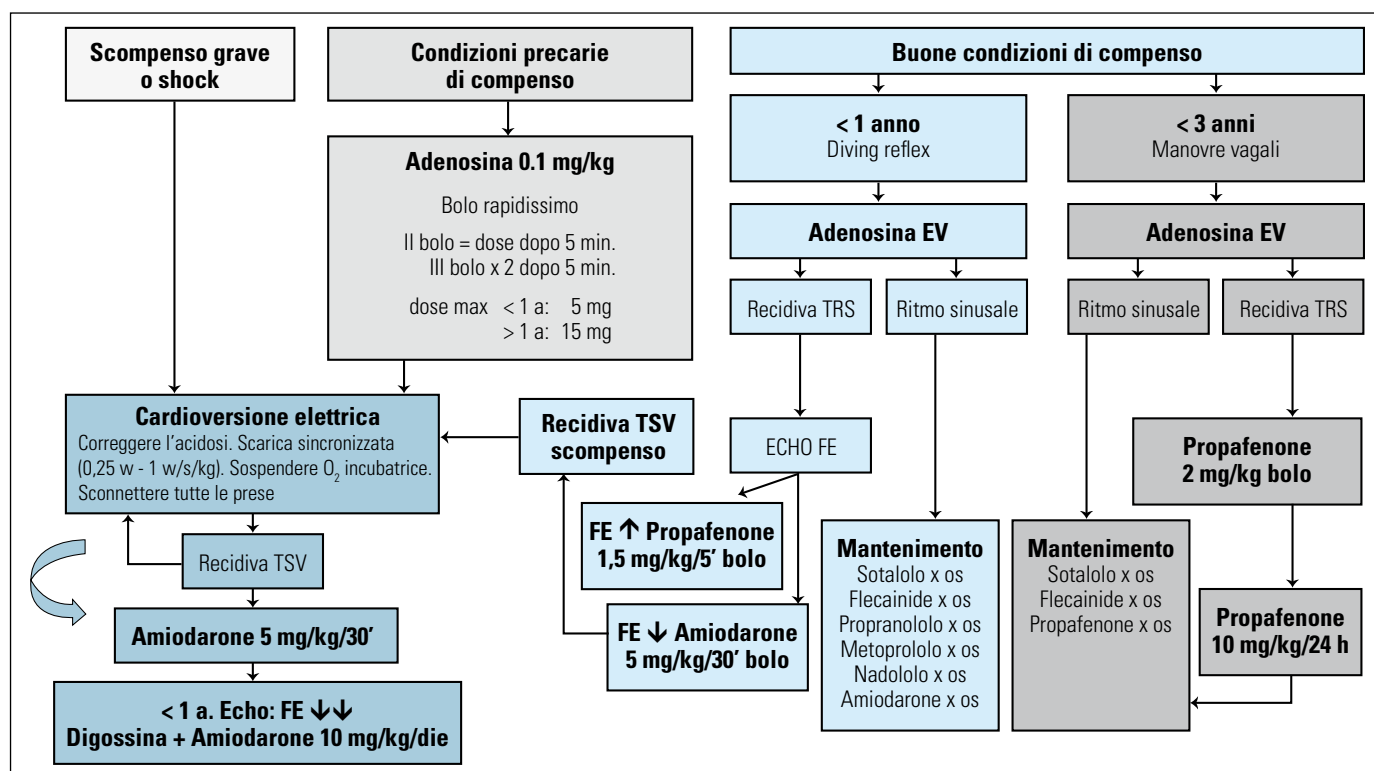


Figura 7. Flow chart per la terapia di emergenza delle TRS in età pediatrica.

terrompere le tachicardie da rientro intranodale, è completamente da bandire nei bambini sotto i 3 anni per l'elevato rischio di dissociazione elettromeccanica. Parimenti, sotto i 2 anni, è controindicata in modo assoluto l'infusione di betabloccanti per via venosa, a causa degli effetti inotropi negativi e vasodilatatori periferici.

Da tutto ciò deriva la flow chart per la terapia di emergenza delle tachicardie reciprocani dell'infanzia, che distingue il trattamento in base alle modalità di esordio clinico e all'età del paziente rispetto al meccanismo elettrogenetico (Figura 7).

Tachicardia Hisiana

Una tachicardia a QRS stretti che presenti un numero di onde P inferiore a quello dei QRS deve far sospettare una Tachicardia Hisiana (TH), generata da un focus di automatismo anomalo situato nel fascio di His. La TH può anche avere una conduzione retrograda 1:1 dell'attività ventricolare verso gli atri; in questo caso sarà presente un numero di onde P uguali a quello dei QRS, con un'onda P che segue ogni complesso QRS. In tal caso la diagnosi sarà permessa dalla somministrazione di adenosina che, creando un blocco retrogrado verso gli atri, permetterà di osservare più QRS che onde P.

La buona tolleranza iniziale di questa aritmia costituisce frequentemente la causa di ritardo diagnostico.

La prognosi della TH è stata trasformata dall'amiodarone che, somministrato a una dose di attacco di 250-500 mg/m²/die per

via orale per qualche giorno, determina un rallentamento del focus hisiano, che di solito precede la ripresa del ritmo sinusale.

I pazienti con questa tachicardia presentano comunque una cattiva prognosi soprattutto per eventi che possono indurre disturbi di conduzione avanzati e necessitano comunque di un follow-up specializzato.

Tachicardie a complessi larghi

La diagnosi di tachicardia a complessi larghi si effettua nel bambino quando la durata del complesso QRS eccede gli 80 ms. Le tachicardie a QRS largo devono essere considerate in prima istanza Tachicardie Ventricolari (TV) e, se sono sostenute e presentano un'elevata frequenza, devono essere sottoposte immediatamente a terapia d'urgenza. Invece nei pazienti con brevi run di tachicardia a QRS larghi a frequenza molto vicina a quella del ritmo sinusale si deve pensare a un Ritmo Idio-Ventricolare Accelerato (RIVA), che non richiede alcuna terapia.

Le TV presentano tipicamente un numero di QRS superiore alle onde P.

Nei pazienti stabili, con tachicardia a QRS larghi a frequenza più elevata, in cui il numero dei QRS è identico alle onde P, bisogna considerare la possibilità di una TRS condotta con aberranza (10% circa di tutte le TRS). A questo scopo, nei pazienti in equilibrio emodinamico, può essere utilizzato il bolo di adenosina che evidenzierà un numero di P uguali a quello dei QRS e/o interromperà bruscamente la tachiaritmia nei casi di TRS condotta con aberranza;

se l'origine della tachiaritmia è ventricolare, sarà evidenziato un numero di QRS superiori alle onde P, in assenza di effetti sulla tachicardia.

La certezza dell'origine ventricolare dell'aritmia comunque potrà essere desunta da altri elementi evidenziabili dal tracciato ECGrafico (come i complessi di fusione/cattura e la dissociazione atrio-ventricolare).

Il trattamento di emergenza di un paziente in collasso determinato da una TV è la cardioversione elettrica transtoracica a 3-5 joule/kg pc.

Lo shock elettrico esterno deve essere considerato la terapia di scelta in tutti i casi che si presentano anche con emodinamica precaria, in cui sono assolutamente controindicati i farmaci della classe 1C (propafenone e flecainide).

Se i QRS slargati della tachiaritmia hanno tutti la stessa morfologia, le TV sono note come *monomorfe*; in caso di due o più morfologie, come *polimorfe*, differenzia questa sostanziale essendo legata alla loro prognosi.

Le TV monomorfe hanno prognosi peggiore quando sono mal tollerate e insorgono in cardiopatici (es. tetralogia di Fallot operata, pregressa miocardite ecc.); devono essere pertanto trattate come un'emergenza perché insorgono in patologie a elevato rischio di morte improvvisa.

Invece le TV monomorfe che si manifestano in cuori sani e che sono ben tollerate hanno, per la maggior parte, una prognosi benigna. Due di queste TV monomorfe a prognosi benigna, tipiche del bambino, sono riconoscibili dalla morfologia EC-

grafica: la TV fascicolare, che insorge dal fascio posteriore di His, presenta un QRS con morfologia di BBD e asse deviato a sinistra; l'altra è la TV che origina dal tratto di efflusso del ventricolo destro che ha morfologia di BBS con asse del QRS deviato a destra.

Le TV polimorfe, invece, hanno sempre prognosi gravissima. Esse si osservano principalmente in caso di anomalia cardiaca strutturale (es. miocardiopatia ipertrofica), anomalie dei canali ionici cardiaci (LQTS, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, sindrome di Brugada...) o di intossicazione farmacologica. Una TV polimorfa può costituire anche una complicanza grave della sindrome di Wolff-Parkinson-White (WPW).

TV polimorfa nella sindrome di WPW

La gravità della sindrome di WPW è legata al rischio di morte improvvisa alla quale sono esposti questi pazienti.

Questi accidenti sono rarissimi e, di fatto, non avvengono sotto gli 8 anni. Sono provocati dalla conduzione molto rapida ai ventricoli di una turba del ritmo atriale (fibrillazione o flutter) attraverso una via accessoria assai permeabile, che cortocircuita il nodo atrioventricolare.

Quando una fibrillazione atriale è condotta attraverso una via accessoria, l'ECG mostra una tachicardia irregolare, con QRS a morfologia variabile, intervallati da QRS stretti. Ciò si verifica a seconda che lo stimolo sia in tutto o in parte condotto attraverso la via normale o quella accessoria.

Il trattamento di questa aritmia varia secondo la tolleranza clinica.

Le forme con collasso devono essere trattate con shock elettrico.

Nei bambini stabili può essere utilizzata la flecainide (1-2 mg/kg) o l'amiodarone, mentre devono essere evitati i farmaci che deprimono la conduzione nodale (adenosina, calcioantagonisti, betabloccanti, digossina), perché, rallentandola, possono favorire la trasmissione degli stimoli atriali attraverso la via accessoria, inducendo un au-

mento della frequenza ventricolare e, nei casi più gravi, una fibrillazione ventricolare.

TV polimorfa nella LQTS

Le TV polimorfe associate alla LQTS sono *torsade de pointe* che degenerano in una fibrillazione ventricolare. Il trattamento immediato consiste nella somministrazione di solfato di magnesio per via endovenosa alla posologia di 3-10 mg/kg pc (farmaco ipotensivante) in seguito a 1-15 mg/kg/h. Ciò in genere permette di trasferire il piccolo in un centro specializzato.

Le turbe del ritmo ventricolare per allungamento iatrogeno del tratto QT si giovano in genere della stimolazione ventricolare.

Bradicardie estreme

Le bradicardie estreme che richiedono un trattamento di urgenza si determinano principalmente nel neonato con blocco atrioventricolare congenito.

Il BAV neonatale può essere secondario a una malformazione congenita; se è isolato è, quasi sempre, associato al passaggio transplacentare di autoanticorpi materni (LES). La terapia d'urgenza consiste in una stimolazione ventricolare temporanea per via percutanea per poi avviare il piccolo a una stimolazione permanente attraverso un impianto chirurgico di pacemaker. La somministrazione endovenosa di isoprenalina è pericolosa perché aritmogena e suscettibile di indurre una *torsade de pointe*.

In assenza di sincope o di insufficienza cardiaca il neonato (sotto il mese di vita) che ha una frequenza ventricolare <50 bpm deve essere rapidamente sottoposto a stimolazione. Ugualmente necessitano dell'impianto di un pacemaker i lattanti con una frequenza istantanea <40 bpm all'ECG di base o con una frequenza media <50 alla registrazione di 24 ore.

Conclusioni

Una turba del ritmo o della conduzione in età pediatrica è un'emergenza se determina una ridotta perfusione d'organo, ma anche se ha specifiche caratteristiche EC-

grafiche e/o se insorge in contesti clinici noti per essere a rischio di un rapido aggravamento.

Inoltre anche un'aritmia che presenta una buona tolleranza all'esordio può rapidamente deteriorare l'emodinamica se le anomalie del ritmo persistono o se il trattamento iniziale non è congruo.

Per questo, sebbene il trattamento di queste emergenze richieda competenze specialistiche e un centro specializzato, sia il pediatra che il cardiologo senza esperienza pediatrica devono comunque conoscerne la problematica essenziale.

✉ paladinirodolfo@gmail.com

Agnetti A, Greco C, Tchana B. L'ECG in età pediatrica. Quaderni acp 2016;23:271-5.

Brugada J, Blom N, Sarquella-Brugada G, et al. Pharmacological and non-pharmacological therapy for arrhythmias in the pediatric population. EHRA and AEPC-Arrhythmia Working Group joint consensus statement. Europace 2013;15:1337-82.

Calabrò MP, Cerrito M, Luzzza F, Oreto G. Supraventricular tachycardia in infants: epidemiology and clinical management. Curr Pharm Des 2008;14:723-8.

Delise P. Aritmie. Casa Editrice Scientifica Internazionale, 2010.

Drago F, Vignati G, Bloise R, et al. Diagnosi, trattamento e follow up delle aritmie in età neonatale e fetale. GIAC 2012;15:173-85.

Gillette P, Garson A. Clinical Pediatric Arrhythmias. Saunders, 2 edition, 1999.

Kachaner J, Villain E. Les troubles du rythme cardiaque de l'enfant. Médecine-Sciences Flammarion, 2006.

Paladini R. Le urgenze aritmiche in età pediatrica. In: Coraggio F, Balzanelli MG (Eds). Trattato delle Emergenze Medico-Chirurgiche e di Terapia Intensiva. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 2003:1383-93.

Pfammatter JP, Bauersfeld U. Safety issues in the treatment of paediatric supraventricular tachycardias. Drug Saf 1998;18:345-56.

Walsh EP, Saul JP, Triedman JK. Cardiac Arrhythmias in children and young adults with congenital heart disease. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.

Wren C. Concise guide to pediatric arrhythmias. Wiley-Blackwell, 2012.

Cuor che batte...



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

*Pediatria di famiglia, Sant'Ilario Denza (Reggio Emilia), **Pediatria di famiglia, Piano di Sorrento (Napoli)

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

Il cuore battente

Pum, pum, pum, pum,
... Senti?, batte dentro,
in continuo movimento:
calmo se dormiamo,
svelto se corriamo,
piano se sono quieto,
forte se arrabbiato...

Anonimo

Il cuore ha un battito regolare definito ritmo. Il numero di battiti che il cuore compie ogni minuto varia a seconda delle età: neonato, bambino e adulto: il battito è più veloce nel bambino piccolo e più lento nelle persone adulte. Le aritmie sono disturbi del ritmo del cuore che può essere più accelerato, o più lento, oppure irregolare e saltare qualche battito o avere dei battiti in più.

Il cuore di un bambino è molto differente da quello di un adulto: corre come una Ferrari per poi rallentare con la crescita. Infatti, per un neonato 130-150 battiti cardiaci al minuto sono del tutto normali, mentre per un bambino di 6 anni, se seduto in poltrona, una frequenza cardiaca così sarebbe troppo veloce. In un adolescente molto atletico, invece, una frequenza cardiaca a riposo di 50-60 battiti al minuto può essere normale. Nei bambini il ritmo del cuore può essere irregolare durante la respirazione: si chiama aritmia respiratoria. Infatti, durante il periodo della crescita, il numero dei battiti del cuore può essere legato ai movimenti respiratori; con l'inspirazione i battiti aumentano mentre durante l'espirazione rallentano. Questo comportamento non indica una malattia, ma è una condizione normale presente in molti bambini.

Spesso le aritmie sono innocue, per esempio durante la febbre il ritmo del cuore aumenta in risposta all'aumento della temperatura; anche una corsa provoca un aumento del ritmo cardiaco, oppure una forte emozione, il pianto o un gioco molto coinvolgente. In questi casi il cuore batte velocemente per sostenere l'impegno fisico del corpo. Altre volte le aritmie possono essere manifestazioni di difetti congeniti del cuore o di altre malattie. Per capire come si manifesta un disturbo del ritmo è necessario comprendere come

funziona il cuore. Il cuore è costituito da quattro "piccole stanze" in comunicazione tra di loro: in alto si trovano i due atri, il destro e il sinistro; e in basso, i due ventricoli, destro e sinistro. Le pareti di queste quattro stanze sono costituite da un muscolo potente che si contrae in modo tale da permettere il pompaggio del sangue. Per permettere una perfetta contrazione è necessario uno stimolo elettrico che deve diffondersi in ogni fibra muscolare seguendo un percorso definito. Questo percorso elettrico è realizzato dai nervi che entrano nella sua parete. Ad ogni segnale elettrico che comincia a viaggiare dalla parte superiore del cuore a quella inferiore corrisponde una contrazione cardiaca, ossia un battito del cuore. Il segnale elettrico parte da un gruppetto di cellule situate nell'atrio destro, una piccola zona chiamata "nodo seno atriale", e da qui va all'atrio sinistro, i due atri cominciano a pompare sangue nei due ventricoli attraverso un'altra piccola zona chiamata "nodo atrio ventricolare". Questi nodi sono come delle piccole cabine elettriche da cui partono gli stimoli affinché il sangue ricco di ossigeno possa essere pompato dal cuore a tutti i vasi sanguigni per poi raggiungere tutti gli organi. Questo meccanismo perfetto assicura al cuore un ritmo regolare e cadenzato; quando questo circuito si interrompe, per motivi diversi, si può manifestare un disturbo del ritmo.

Come si può riconoscere una aritmia in un bambino?

Un bambino grande potrebbe avvertire i battiti del suo cuore più accelerati, o sentire una sorta di flip-flop, un breve frullio nel torace, o una mancanza di battiti. Questi sintomi spesso non sono segni di aritmie gravi e non richiedono terapia. La maggior parte delle aritmie nei bambini non sono spia di malattie importanti; spesso ci si accorge di una aritmia durante una visita pediatrica di controllo. Alcune volte una aritmia si può manifestare con uno svenimento improvviso: in questi casi è necessario riferire al proprio pediatra se un bambino manifesta pallore improvviso con segni di svenimento, se avverte il suo cuore accelerato quando è a riposo, o perde conoscenza.

Quali sono le cause delle aritmie nei bambini?

Il cuore di un bambino può essere aritmico a causa di una malattia del muscolo cardiaco, oppure per un difetto del cuore presente fin dalla nascita. Anche alcune infezioni possono provocare aritmie, così come alcuni farmaci, oppure situazioni come la febbre.

Come si possono diagnosticare le aritmie?

Con una storia attenta del bambino e dei suoi sintomi, con un esame clinico, a volte con esami di laboratorio, e con esami strumentali come l'elettrocardiogramma (ECG) si possono diagnosticare la maggior parte dei disturbi del ritmo del cuore.

L'ECG registra in maniera semplice e non dolorosa i battiti e rileva come si diffonde lo stimolo elettrico nel cuore del bambino. Il pediatra a volte può richiedere l'aiuto di un cardiologo pediatra per definire meglio la diagnosi. Non sempre le aritmie si manifestano durante una registrazione con l'ECG: in questi casi lo specialista può richiedere altre indagini per monitorare, per esempio, il ritmo del cuore durante un arco di tempo maggiore. Sarà necessario tenere un piccolo diario per segnalare le attività giornaliere del bambino in modo da poter fare una diagnosi con accuratezza. A volte i battiti diventano irregolari solo ed esclusivamente durante una attività fisica. In tali situazioni può essere necessario fare una "prova da sforzo", correndo su un tappeto o su una cyclette.

Come si curano le aritmie nei bambini?

Non sempre sono necessari i farmaci. La terapia dipende dal tipo di aritmia, dalla causa e dall'età del bambino. In questi casi occorre una valutazione attenta del pediatra e del cardiologo pediatra.

La maggior parte delle aritmie sono innocue, non richiedono terapie specifiche e non comportano problemi con la crescita. Anche le aritmie importanti si possono curare con efficacia.

In caso di dubbio rivolgetevi al vostro pediatra.

✉ doc.manetti@gmail.com

Dalla salute riproduttiva alla salute dei bambini: perché “Pensarci prima” può fare la differenza



Renata Bortolus¹, Stefania Ruggeri², Eleonora Agricola³, Elena Cesari⁴, Maria Carmen Verga⁵, Pierpaolo Mastroiacovo⁶

¹IPF Promozione della Ricerca, Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona; ²CREA - Centro di ricerca Alimenti e Nutrizione, Roma; ³Malattie multifattoriali e malattie complesse, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma; ⁴Clinica Ostetrica Ginecologica, Presidio Ospedaliero “Vittore Buzzi”, Università degli Studi di Milano; ⁵Pediatra di famiglia, ASL Salerno, Segretario Nazionale SIPPS; ⁶Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects and Prematurity - ICB, Roma

Introduzione

La promozione della salute si è arricchita negli ultimi anni di nuovi spazi di intervento, che hanno introdotto termini e concetti innovativi come quelli di “salute riproduttiva e preconcezionale”, che concentrano l'attenzione sullo stato di salute ottimale che ogni donna e ogni coppia in età fertile possono raggiungere per diminuire i problemi di fertilità, migliorare il decorso della gravidanza e proteggere nello stesso tempo la salute delle generazioni future. Nel 2010 l'OMS ha riconosciuto ufficialmente che gli interventi di promozione della salute materno-infantile iniziano prima della gravidanza, sottolineando quindi l'importanza del periodo preconcezionale nella prevenzione dei difetti congeniti e degli esiti avversi della riproduzione [1-3]. In particolare, la promozione della salute riproduttiva può essere definita come un *continuum* integrato di interventi socio-sanitari che, promuovendo la salute delle persone in età fertile sin dalla giovane età, ha come obiettivo specifico quello di prevenire o ridurre il rischio di alcuni esiti avversi della riproduzione. Con questo termine definiamo un insieme molto eterogeneo di condizioni che interferiscono con il concepimento, il regolare decorso della gravidanza e il suo esito normale, nello specifico:

- l'infertilità e la sterilità di coppia;
- le patologie della gravidanza come pre-eclampsia, diabete gestazionale, patologie placentari;
- le alterazioni dello stato di salute del feto, del neonato o del bambino di natura congenita, in particolare le malattie genetiche che si manifestano nei primi anni di vita, le malformazioni e le disabilità congenite, la prematurità, la restrizione della crescita fetale, le paralisi cerebrali, alcuni tumori di natura congenita e la morte improvvisa del lattante [4,5].

La frequenza globale degli esiti avversi della riproduzione non è determinata. È nota la frequenza di alcuni di essi presi singolarmente; tra quelli più rilevanti segnaliamo l'infertilità (che interessa circa il 10-15% delle coppie), l'aborto spontaneo (17-22% delle gravidanze), la pre-eclampsia (4% delle gravidanze), la prematurità (6,5% dei neonati), la restrizione della crescita intrauterina (3-5-10% dei neonati), le malformazioni (2-6% dei neonati) [5].

Questi esiti avversi, oltre a essere associati a disabilità di varia natura e gravità, sono anche responsabili, nei Paesi sviluppati, di tassi di mortalità non trascurabili, il cui miglioramento nel corso degli ultimi decenni è stato perseguito e ottenuto attraverso un sensibile miglioramento delle condizioni socio-economiche e grazie a interventi assistenziali di prevenzione e cura, focalizzati dapprima nel periodo neonatale e infantile e secondariamente nel periodo perinatale e prenatale, puntando a una più adeguata assistenza al parto e a un'anticipazione crescente della prima visita ostetrica.

Diversi interventi di prevenzione risultano tuttavia efficaci, o comunque a maggior impatto, se eseguiti durante il periodo preconcezionale e comprendono una serie di azioni ben definite, tra le quali: la supplementazione con acido folico, il mantenimento (o il raggiungimento) di un peso corporeo adeguato, l'astensione da fumo, alcol e sostanze stupefacenti, le vaccinazioni (in particolare rosolia e varicella), il trattamento appropriato pre-gestazionale delle malattie croniche materne e l'uso giudizioso dei farmaci, nonché l'identificazione dei portatori di malattie genetiche attraverso appropriati screening del portatore o anamnesi familiare (come nel caso della fibrosi cistica o della talassemia) (Tabella 1) [6].

Il periodo preconcezionale è per definizione il tempo che intercorre tra il momento in cui la donna (la coppia) è aperta alla

procreazione, perché desidera una gravidanza nell'immediato futuro o perché comunque l'accetta a medio-lungo termine, e il momento del concepimento. Si tratta perciò di un periodo non definibile con precisione e di per sé molto variabile.

La promozione della salute riproduttiva si concretizza in una serie di interventi che si dilatano per tutta l'età fertile della donna e della coppia, per concentrarsi poi nel periodo preconcezionale (o inter-concezionale, considerando che circa il 50% dei bambini nasce da una coppia che ha già un figlio), quando si programma la gravidanza. Il tentativo dev'essere, dunque, quello di spostare il centro dell'attenzione dal concetto limitato di anticipazione della prima visita ostetrica a un paradigma più globale di prevenzione e promozione della salute riproduttiva durante l'arco di vita della donna e della coppia. Il modello “*Healthy Mothers Healthy Babies*” dev'essere dilatato a un modello temporalmente più esteso: “*Healthy Women/Couples Healthy Mothers Healthy Babies*” [7].

Epigenetica e salute riproduttiva

In tempi recenti sono state delineate nuove conoscenze sul ruolo della riprogrammazione dell'epigenoma, sia nei gameti prima del concepimento che nella fase di reimpianto dell'embrione, che aprono nuove strade alla comprensione dell'insorgenza di molte patologie e alla loro prevenzione. L'epigenetica ha consentito di elaborare un nuovo modello interpretativo delle correlazioni tra genotipo, fenotipo e ambiente. Questo cambio di prospettiva rende la fase preconcezionale, insieme ai primi mille giorni, un momento importante, che può offrire opportunità uniche per modellare la salute nel lungo periodo, grazie alla messa a punto di strategie efficaci di prevenzione primaria, per la riduzione dell'esposizione a fattori di rischio in epoca preconcezionale, durante la vita embrio-fetale

TABELLA 1. Linee d'intervento in periodo preconcezionale

Nutrizione e stili di vita	<ul style="list-style-type: none"> - Informazione, educazione e counseling - Supplementazione di acido folico e iodizzazione del sale - Screening per anemia e diabete - Monitoraggio dello stato nutrizionale - Promozione di cibi ricchi di nutrienti - Management del diabete, incluso il counseling preconcezionale - Promozione dell'esercizio fisico
Storia familiare e rischio genetico	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta completa della storia familiare per identificare i fattori di rischio di malattie genetiche - Test di screening nazionali per le popolazioni a rischio - Trattamento appropriato delle condizioni genetiche
Uso di tabacco e altre sostanze	<ul style="list-style-type: none"> - Screening delle donne e ragazze per l'uso del tabacco. Fornire brevi consigli sulle modalità di interruzione del fumo - Notizie sugli effetti del fumo passivo nelle donne in gravidanza e nei bambini - Screening delle donne e delle ragazze anche per l'assunzione di alcol. Fornire consigli per indurre l'interruzione dell'assunzione di alcol e indirizzare le pazienti a rischio in Centri specializzati - Notizie sugli effetti dell'alcol nelle donne in età fertile e in gravidanza
Comportamenti ad alto rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Screening per l'abuso di sostanze - Fornire interventi e trattamenti rapidi quando necessario - Fornire assistenza familiare nel post-partum e nell'intervallo tra le gravidanze
Rischi ambientali	<ul style="list-style-type: none"> - Informazioni e linee di condotta sui pericoli ambientali - Protezione dall'esposizione non necessaria a radiazioni in ambienti lavorativi, contesti medici e ambientali - Evitare l'uso non necessario di pesticidi, fornendo le metodologie alternative - Protezione dall'esposizione al piombo - Informare le donne in età riproduttiva sui livelli di metil-mercurio contenuto nei pesci
Aspetti di salute mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione dei problemi psicosociali - Offrire counseling psicosociali ed educazionali prima e durante la gravidanza - Trattamento e management della depressione in donne che programmano la gravidanza - Migliorare l'accesso alle attività educazionali alle donne in età fertile
Aspetti sociali	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione della violenza interpersonale mediante: <ul style="list-style-type: none"> · promozione della salute · promozione dell'educazione che mira a considerare l'equità di genere, i diritti umani e le relazioni sessuali · riconoscimento dei segni di violenza contro le donne · offerta di servizi di supporto psicosociale alle vittime della violenza · attenzione verso gli individui con abuso dell'assunzione di alcol - Prevenzione delle gravidanze non desiderate, ravvicinate o in età adolescenziale - Scolarizzazione delle ragazze - Educazione sessuale appropriata all'età dei ragazzi - Educazione delle donne e delle coppie sui pericoli alla madre e al bambino dell'intervallo breve tra le nascite
Immunizzazione	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccinazione contro la rosolia - Vaccinazione contro il tetano e la difterite - Vaccinazione contro l'epatite B - Vaccinazione contro la varicella e il morbillo

OMS, modificata da voce bibliografica 6.

e nella primissima infanzia e l'inversione dei trend epidemiologici in atto, in particolare per le malattie non trasmissibili [6]. Numerosi fattori di rischio per esiti avversi della riproduzione sono anche fattori di rischio per patologie dell'età adulta nei genitori, a sostegno del fatto che, promuovendo la salute riproduttiva, si promuove più in generale la salute delle persone, con una motivazione tra l'altro più sentita e più vicina nel tempo che rende le donne e le coppie molto più sensibili e recettive ai messaggi veicolati. Determinanti quali l'età materna al parto contribuiscono inoltre a delineare una popolazione preconce-

zionale dove le condizioni croniche e l'utilizzo di trattamenti sono in aumento, a fronte di un persistente calo della natalità.

Progetti e Raccomandazioni italiane

Negli ultimi anni il progetto "Pensiamoci prima", realizzato grazie al sostegno finanziario del CCM - Centro Nazionale per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie del Ministero della Salute e affidato all' Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects and Prematurity (ICBD), ha certamente contribuito a promuovere nel nostro Paese la salute preconcezionale (Figura 1), anche grazie alla realizzazione del-

le "Raccomandazioni per il Counseling Preconcezionale" per il personale sanitario e delle "Raccomandazioni per le coppie che desiderano avere un bambino" per la popolazione generale, scaricabili dal sito web www.pensiamociprima.net.

A partire da questa iniziativa che ha promosso nel nostro Paese l'importanza della salute riproduttiva e preconcezionale, mostrando quanto possano essere "evidenti" gli interventi basati sulle raccomandazioni e come possa essere cruciale il loro ruolo all'interno di azioni di sistema, la salute preconcezionale è comparsa in più occasioni come un tema oggetto di interesse e

come un ambito dove salute e prevenzione possono fare la loro parte, per le donne, per i bambini, ma non solo. Tali interventi riguardano quattro importanti sezioni:

- 1 interventi volti a promuovere in generale la salute della donna e della coppia, e a proteggerla dal rischio di un esito avverso della riproduzione (es. vaccinazioni anti-rosolia, varicella, epatite B, educazione a stili di vita salutari, supplementazione con 0,4 mg/die di acido folico);
- 2 interventi volti a identificare e a trattare eventuali condizioni della donna e della coppia che aumentano il rischio di un esito avverso della riproduzione (es. diagnosi e trattamento di malattie sessualmente trasmesse, sovrappeso e obesità, patologie materne come diabete, epilessia, asma, ipertensione);
- 3 interventi volti ad aiutare la donna, che programma o non esclude la possibilità di una gravidanza, ad affrontare situa-

zioni relativamente frequenti come un uso giudizioso dei farmaci;

- 4 interventi volti a identificare rischi di natura genetica, informando e aiutando la coppia a prendere decisioni libere e responsabili (es. screening malattie genetiche comuni).

In alcuni casi è possibile stimare il numero di esiti attribuibili a un determinato fattore di rischio in Italia, la cosiddetta "frazione attribuibile nella popolazione", e valutare i potenziali benefici degli interventi. Nella **Tabella 2** viene considerato come esempio il fattore di rischio: fumo di sigaretta.

Al progetto "Pensiamoci prima" hanno fatto seguito altre iniziative, con l'obiettivo di implementare i contenuti della salute riproduttiva e di approfondire temi specifici. In particolare:

- Il progetto "Prima della gravidanza" (www.primadellagravidanza.it), crea-

to da un gruppo di esperti di salute riproduttiva e promosso dall'ICBD, ha preso vita sulla scia di "Pensiamoci prima", con l'obiettivo di diffondere tra la popolazione italiana la consapevolezza dell'importanza della salute in questa importante fase della vita.

- Il progetto "Prevenire patologie e disabilità congenite attraverso strategie di comunicazione efficaci" (<http://ccmgenetica.agenas.it/anode.aspx?id=71>), finanziato dal CCM - Centro Nazionale per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie del Ministero della Salute e coordinato da Age.Na.S., ha lavorato con l'obiettivo di produrre e attivare strumenti di informazione per la popolazione e di formazione per i professionisti della salute. Particolare attenzione è stata data ai programmi e alle modalità comunicative più innovative, grazie all'uso di internet.

Sempre più i tempi recenti hanno visto la salute preconcezionale superare anche nel nostro Paese gli ambiti della progettualità per essere coinvolta in contesti istituzionali; basti pensare alla "Giornata nazionale della salute della donna" del 22 aprile 2016 che l'ha vista presente al Tavolo di Lavoro dedicato alla "Sessualità, fertilità e salute materna", all'istituzione presso il Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, del "Tavolo Tecnico in materia di tutela e promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita: dal concepimento ai due anni di età", che prevede un sottogruppo di lavoro per il periodo preconcezionale, ai nuovi Livelli Es-



PENSIAMOCI PRIMA.
CONSIGLI UTILI PER CHI
DESIDERA AVERE UN BAMBINO.

La tua salute riproduttiva e preconcezionale

Salute riproduttiva e preconcezionale sono due termini medici nuovi. Servono a concentrare l'attenzione sullo stato di salute ottimale che ogni donna e ogni coppia in età fertile può raggiungere per diminuire i problemi di fertilità, migliorare la salute durante la gravidanza e tutelare la salute dei futuri bambini. Per questo consulta il tuo medico regolarmente e informalo sui tuoi progetti riguardo alla tua futura famiglia.

Lo sviluppo del futuro bambino e cosa accade prima.
La promozione della salute riproduttiva e preconcezionale si basa sulle seguenti considerazioni:

(a) Lo sviluppo del futuro bambino inizia non appena è stato concepito, in media 14 giorni dopo l'inizio del ciclo. Prima di impiantarsi nell'utero, che avviene di solito dopo 7-10 giorni dal concepimento (4^a settimana di gestazione). Quindi procede tumultuosamente: dopo 21 giorni il cuore comincia a battere (fine 5^a settimana di gestazione); dopo 28 (fine 6^a settimana di gestazione) si è completamente formata la struttura portante del sistema nervoso centrale.



(b) La futura mamma esegue la prima visita ostetrica intorno alla 7^a-8^a settimana di gestazione. Lo sviluppo embrionale è già avanti di un bel pezzo. Le fondamenta sono state costruite.

(c) Per prevenire le malformazioni congenite, l'aborto spontaneo, certi problemi della gravidanza, ed essere tempestivi per prevenire altri problemi come la prematurità e la limitata crescita prenatale bisogna intervenire prima, prima dell'inizio della gravidanza, nel periodo preconcezionale.

(d) Nel periodo preconcezionale dunque va promossa la salute della futura mamma. Se la gravidanza inizia in una donna che ha già messo in atto tutte le misure di protezione e di prevenzione è molto più probabile che la gravidanza abbia un buon andamento e che il bambino nasca sano.

(e) Ma, il periodo preconcezionale è identificabile solo nelle donne che programmano le proprie gravidanze. Ciò accade solo nel 50-60% dei casi.

(f) Inoltre, il periodo preconcezionale è la naturale conseguenza della propria storia e delle proprie

abitudini. Pensare prima alla propria salute, anche in vista della procreazione (salute riproduttiva) è senza dubbio più vantaggioso. Per tutti. Compresi i futuri papà. Ed avrà effetti positivi anche sulla fertilità della coppia futura.



In conclusione:

- **Salute riproduttiva** significa porre l'accento sulla salute delle persone, donne e uomini, anche in vista di una (eventuale) futura procreazione. E' lo stesso principio che vale in altri specifici campi: promuovere la salute delle persone, anche in vista dell'età adulta per prevenire problemi cardiovascolari (es.: infarto, ictus), metabolici (es.: diabete), oncologici (es.: tumore del polmone).
- **Salute preconcezionale** significa porre l'accento sulla salute della coppia che desidera avere un bambino. E' l'ultima spiaggia prima della gravidanza.
- Salute riproduttiva e salute preconcezionale sono due aspetti della **promozione della salute delle persone**, sin dalla giovane età e per un futuro più sereno. Un motivo in più per non trascurarla.



Figura 1. Scheda informativa per le coppie (www.pensiamociprima.net).

TABELLA 2. Stima del numero di casi potenzialmente prevenibili ogni anno in Italia, se tutte le donne smettessero di fumare prima della gravidanza	
Condizione	Numero casi/anno potenzialmente prevenibili
Infertilità femminile	3926
Gravidanza ectopica	1261
Placenta previa	282
Craniosinostosi	184
Difetti cardiovascolari	107
Piede torto	37
Labio ± palatoschisi	28
Agenesie arti	22
Palatoschisi	13
Atresia anale	9
Gastroschisi	7

senziali di Assistenza, che rinforzano il DM del 10 settembre 1998.

Tutto questo è importante, ma l'impegno degli operatori è fondamentale. La promozione della salute riproduttiva deve essere sostenuta "da ogni sanitario, con ogni donna in età fertile, in ogni occasione". Pensiamo solo alla potenzialità del nostro intervento quotidiano su un determinante di salute così importante come l'età dei genitori.

Un esempio per tutti: l'età dei genitori

Ruolo dell'età materna

L'età della donna gioca un ruolo determinante sulla capacità riproduttiva, con una fertilità che è massima tra i 20 e i 30 anni, decresce rapidamente dopo i 35 anni, per essere vicina allo zero già qualche anno prima della menopausa. L'età materna può condizionare dunque la capacità riproduttiva, il decorso della gravidanza, la salute della mamma e del bambino [8,9]. In generale, per le donne intorno ai 30 anni si assiste a un incremento del rischio di infertilità, aborto spontaneo, gravidanza ectopica, trisomia 21, con effetti evidenti soprattutto oltre i 35 anni. Per prematurità e natimortalità l'incremento inizia intorno ai 35 anni, evidenziandosi in maniera pronunciata dopo i 40 anni [10].

Ruolo dell'età paterna

Con l'aumento dell'età paterna il numero degli spermatozoi, la loro motilità e la loro qualità diminuiscono, aumentando la possibilità dell'infertilità di coppia. Aumentano inoltre anche le probabilità di aborto spontaneo e di complicanze della gravidanza. A differenza dell'età materna, quella paterna sembra giocare un ruolo importante ma meno pronunciato e i suoi effetti sull'infertilità e gli esiti avversi della gravidanza si rendono evidenti oltre i 50 anni [10]. Studi recenti suggeriscono come l'età paterna avanzata possa aumentare il rischio di problemi di salute nei figli, sia in epoca neonatale che successivamente [11-13], anche per la possibile relazione con l'insorgenza di disturbi di tipo psichico [14-16].

Studi condotti di recente nel nostro Paese hanno evidenziato la presenza di numerose barriere e una scarsa consapevolezza della salute preconcezionale, mostrando in particolare come l'età in cui si programma la gravidanza non sembri rappresentare una preoccupazione per la donna se non quando si avvicina o supera i 40 anni [17], a conferma del fatto che lavorare sul versante delle scelte consapevoli è diventata una priorità (Figura 2) [8-9, 18-20].



A quale età è meglio avere figli?

Il momento giusto della vita di coppia per avere un figlio dipende da molti fattori. L'età è uno di questi. Essere informati su come l'età influisce sulla fertilità, l'andamento della gravidanza e la salute del futuro bambino consente di prendere decisioni più informate. In questa scheda troverai le informazioni necessarie.

Decidere di avere un figlio

Se una coppia sceglie di avere dei figli vi sono due possibilità: accettare che arrivino senza alcun tipo di decisione o comportamento personale, oppure decidere il momento più adatto utilizzando uno dei tanti metodi contraccettivi per il controllo della fertilità. In quest'ultimo caso la decisione su quale sia il momento più adatto, dipende da molti fattori, intrecciati tra loro e complessi: personali, sociali ed economici. Tra questi ultimi i più importanti sono il tempo dedicato alla formazione professionale e quello necessario per trovare un lavoro che garantisca la propria indipendenza e stabilità economica. Le considerazioni che riguardano la propria salute e quella dei futuri figli passano spesso in secondo piano, perché non sono ben conosciute e perché i recenti progressi della medicina riproduttiva hanno contribuito a far credere che è possibile avere figli a qualsiasi età senza alcun rischio. Essere ben informati è un diritto e un dovere. In questa scheda troverete informazioni che potrebbero aiutarvi ad orientare le vostre decisioni.

In conclusione

Nel caso stiate pensando, quindi, a una futura gravidanza non aspettate troppo tempo: compatibilmente con le vostre esigenze e problemi di vita pratica, non rimandate a lungo questa decisione.

L'età della futura madre

Nella tabella riportata in questa scheda è indicata la frequenza di alcuni esiti avversi della riproduzione per gruppi di età materna. La tabella mostra che la frequenza di infertilità, di aborti spontanei, di complicanze della gravidanza e di problemi di salute del futuro bambino aumentano con l'aumentare dell'età materna.

L'età del futuro padre

Man mano che l'età del futuro padre avanza (soprattutto oltre i 40 anni) il numero degli spermatozoi, la loro motilità e la loro qualità diminuisce, aumentando la possibilità dell'infertilità di coppia (indipendente dall'età della futura madre) e quelle di insuccesso della fecondazione artificiale anche con la iniezione del singolo spermatozoo nell'ovulo materno (ICSI). Con l'avanzare dell'età paterna aumentano anche le probabilità di aborto spontaneo, e di una complicanza della gravidanza (la gestosi gravidica). Numerosi studi suggeriscono, infine, che l'età paterna avanzata aumenta, anche se di poco, le probabilità di avere problemi di salute nei futuri figli sia in epoca neonatale che in seguito.

Esiti avversi della riproduzione	Età della futura mamma				
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
Infertilità (%)	6	11	16	23	64
Ricorso a procreazione assistita (%) ⁽⁶⁾	0,3	0,7	1,3	2,4	5,1
Aborto spontaneo (%) ⁽⁵⁾	11	12	14	15	23
Gravidanza extra-uterina (%) ⁽⁵⁾	1,4	1,3	1,6	2,1	2,6
Amniocentesi (%) ⁽⁵⁾	16,2				57,7*
Parto cesareo (%) ⁽⁹⁾	32,7		38,3		49,9*
Mortalità materna (per 100.000) ⁽⁸⁾	5,2	9,7	11,4	14,6	33,4*
Gemellarità (%) ⁽⁵⁾	7,7	9,6	11,6	14,3	11,7
Nascita prima del termine (< 37 settimane) (%) ⁽⁵⁾	5,8	6,4	5,8	6,1	9,8
Peso del neonato inferiore a 2,500 gr (%) ⁽⁵⁾	5,7	5,3	6,8	8,3	9,1
Peso del neonato inferiore a 2,500 gr (%) ⁽⁵⁾	7,2	6,7	6,7	7,3	11,3
Limitata crescita intrauterina (< 10° percentile) (%)	9,8	8,5	8,7	10,1	10,7
Sindrome di Down (%) ⁽¹⁰⁾	0,07	0,09	0,15	0,45	1,56

(5) Koshnood et al. J Gyn Obst Biol Reprod 2008 (6) Cedap Emilia Romagna 2009 (9) CedAP 2009, Ministero Salute 2012, (10) Istitisan 12/6, * = classe (10) (11) Hecht e Hook AJMG 1996.

Figura 2. A quale età è meglio avere figli? (www.pensiamociprima.net).

L'importanza dell'implementazione e della rete che condivide esperienze

Con una bella metafora, Green [21] descrive il cammino delle scoperte scientifiche, dalla sperimentazione alla pratica clinica, come una condotta dell'acqua nella quale l'implementazione costituisce una grossa falla attraverso la quale fuoriescono e vanno perduti importanti risultati e molte nuove conquiste. Per comprendere la rilevanza del problema basti dire che nell'ambito della Cochrane è stato istituito uno specifico gruppo (EPOC - Effective Practice and Organization of Care) che pubblica periodicamente revisioni sistematiche sull'efficacia delle diverse strategie. L'implementazione delle raccomandazioni sulla prevenzione preconcezionale è inoltre particolarmente critica per la prima gravidanza, a causa della difficoltà di intercettare i futuri genitori prima del concepimento, cioè in un'epoca in cui la coppia, se in buona salute, generalmente non ha la necessità di rivolgersi ai servizi sanitari.

Nel 2016 la Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS) ha pubblicato la Consensus HELP - Human Early Life Prevention [6], un documento che per la prima volta riassume e analizza tutti i principali fattori di rischio e di prevenzione che possono intervenire nelle primissime epoche della vita e che possono condizionare lo sviluppo, in età evolutiva, nonché lo stato di salute in età adulta. Sono stati considerati, per esempio, la nutrizione, i farmaci, gli inquinanti, l'alcol, il fumo, le droghe, l'esposizione a video, ma anche la lettura ad alta voce, la musica, ecc. La SIPPS però non ha voluto limitare la trattazione ai "primi 1000 giorni", dal concepimento al 2° anno di vita, ma ha recepito la grande importanza della prevenzione preconcezionale. La Consensus HELP dedica quindi un intero capitolo all'età fertile e al concepimento, in particolare 7 delle 38 raccomandazioni e 3 dei 17 *Critically Appraised Topics*. Oltre a questo, gli interventi messi in atto dalla

SIPPS, volti a favorire l'implementazione dei contenuti, hanno posto attenzione alla:

- fruibilità e diffusione del documento: la Consensus HELP è stata strutturata su 3 livelli di consultazione e la sua diffusione è stata curata tramite l'invio della copia cartacea a tutti gli iscritti SIPPS, l'accesso libero e gratuito a ogni sezione del sito della Società, la presentazione e la citazione del documento in ogni relazione congressuale pertinente;
- trattazione in ogni altra pubblicazione pertinente: nell'ambito dei progetti editoriali SIPPS 2017 è stato inserito un capitolo sulla prevenzione preconcezionale nella "Guida pratica per le famiglie", riedizione aggiornata della "Guida 0-6 anni", che nei prossimi anni sarà distribuita ai genitori dei nuovi nati su tutto il territorio nazionale.

Nello stesso tempo è importante che i temi trattati dalle raccomandazioni preconcezionali siano sostenuti, portati all'attenzione e soprattutto circolino tra gli operatori, le donne, le coppie, e sia stimolata la realizzazione di eventi di sensibilizzazione, informazione e aggiornamento su questi contenuti. Un esempio per tutti, di disseminazione a livello capillare di informazioni e iniziative, è ciò che è stato realizzato presso l'ASST Valle Olona, che conta all'incirca 3200 parti all'anno, distribuiti nei presidi ospedalieri di Busto Arsizio, Gallarate e Saronno. Negli anni, diverse sono state le iniziative per promuovere la salute riproduttiva sia dal punto di vista clinico e di ricerca, che attraverso eventi formativi e divulgativi per i professionisti e la popolazione del territorio.

Uno degli obiettivi è stato quello di incrementare l'attenzione e l'aggiornamento tra i colleghi ospedalieri e del territorio sui principali temi della salute riproduttiva. Non secondaria è stata l'azione di promozione della figura professionale dell'ostetrica in ambito preventivo, sia per la sua funzione di sostegno alla salute della donna in generale che, in particolare, per i temi legati alla riproduzione. La centralità dell'ostetrica nei consultori e nei presidi ospedalieri è risultata strategia vincente per la diffusione di una cultura di promozione della salute.

Per l'utenza l'attività è stata diretta soprattutto alla popolazione femminile, al fine di renderla più consapevole su come mi-

gliorare la propria salute grazie a uno stile di vita sano. A questo proposito è stata focalizzata l'attenzione sulla corretta alimentazione, organizzando *show cooking* molto apprezzati dai partecipanti e producendo *pamphlet* distribuiti durante eventi o scaricabili dal sito ospedaliero.

Si è scelto inoltre di effettuare interventi su sottopopolazioni specifiche, come le donne straniere, spesso ai margini delle azioni preventive per difficoltà linguistiche, e le donne affette da patologie croniche, come sclerosi multipla e diabete. Tutto questo chiama ovviamente in causa l'importanza delle reti collaborative, a sostegno di indicazioni e messaggi chiari e condivisi. In questa prospettiva, il coinvolgimento di tutto il personale sanitario, dove ognuno ha spazi e ruoli in sinergia con gli altri, è cruciale. L'obiettivo infatti è quello di creare alleanze, non solo con i pazienti, ma prima di tutto tra operatori, società scientifiche, istituzioni.

✉ renata.bortolus@aovr.veneto.it

1. Jack BW, Atrash H. Preconception health and health care: the clinical content of preconception care. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:257-395.
2. Health Council of the Netherlands. Preconception care: a good beginning. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2007.
3. WHO. Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization, 2010.
4. Mastroiaco P. La promozione della salute riproduttiva. *Prospettive in Pediatria* 2012; 42:243-52.
5. Mastroiaco P, Baroncini D, Bortolus R. Prevenzione primaria degli esiti avversi della riproduzione attraverso la promozione della salute preconcezionale. *Quaderni acp* 2010;17: 148-53.
6. Consensus 2016 HELP - Human Early Life Prevention. Prevenzione precoce delle malattie non trasmissibili e promozione di un corretto sviluppo neurocognitivo. Atti XXVIII Congresso Nazionale SIPPS (www.sipps.it).
7. Atrash H, Jack BW, Johnson K et al. Where is the "W"oman in MCH? *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:S259-65.
8. Khoshnood B, Bouvier-Colle MH, Lericord H, Blondel B. Impact of advanced maternal age on fecundity and women's and children's health. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008;37:733-47.
9. Hecht CA, Hook EB. Rates of Down syndrome at livebirth by one-year maternal age in-

tervals in studies with apparent close to complete ascertainment in populations of European origin: a proposed revised rate schedule for use in genetic and prenatal screening. *Am J Med Genet* 1996;62:376-85.

10. Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, Nyboe Andersen A. On behalf of the ESHRE Reproduction and Society Task Force. Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Hum Reprod Update* 2012;18:29-43.
11. Malaspina D, Gilman C, Kranz TM. Paternal age and mental health of offspring. *Fertil Steril* 2015;103:1392-6.
12. Ramasamy R, Chiba K, Butler P, Lamb DJ. Male biological clock: a critical analysis of advanced paternal age. *Fertil Steril* 2015; 103:1402-6.
13. Sharma R, Agarwal A, Rohra VK, Assidi M, Abu-Elmagd M, Turki RF. Effects of increased paternal age on sperm quality, reproductive outcome and associated epigenetic risks to offspring. *Reprod Biol Endocrinol* 2015; 13:35.
14. McGrath JJ, Petersen L, Agerbo E, Mors O, Mortensen PB, Pedersen CB. A Comprehensive Assessment of Parental Age and Psychiatric Disorders. *JAMA Psychiatry* 2014; 71:301-9.
15. de Kluiver H, Buizer-Voskamp JE, Dolan CV, Boomsma DI. Paternal Age and Psychiatric Disorders: A Review. *Am J Med Genet Part B* 2016;9999:1-12.
16. Wu S, Wu F, Ding Y, Hou J, Bi J, Zhang Z. Advanced parental age and autism risk in children: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2017;135:29-41.
17. Bortolus R, Oprandi NC, Rech Morassutti F, et al. Why women do not ask for information on preconception health? A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:5.
18. Regione Emilia Romagna. Giunta Regionale - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali. La nascita in Emilia-Romagna. 7° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - 2009. <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/pubblicazioni.htm>
19. Ministero della Salute. Dipartimento della Qualità. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2009. www.salute.gov.it.
20. Senatore S, Donati S, Andreozzi S (eds). Studio delle cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. Rapporti ISTISAN 12/6.
21. Green LW. Making research relevant: if it is an evidencebased practice, where's the practice-based evidence? *Fam Pract, Advance Access* 15 Sept, 2008.

La Scienza People-friendly



Stefania Manetti

Pediatra di famiglia, Piano di Sorrento (Napoli)

Nulla è più ingiusto che far parti uguali fra disuguali.

DON LORENZO MILANI

Se v'è per l'umanità una speranza di salvezza e di aiuto, questo aiuto non potrà venire che dal bambino, perché in lui si costruisce l'uomo.

MARIA MONTESSORI

Per i lettori di *Quaderni* è ben nota l'importanza delle esperienze e delle relazioni vissute da un bambino nei primi anni di vita e il loro effetto biologico persistente sull'apprendimento, il comportamento e la salute durante tutto l'arco della vita. Con l'entusiasmo degli scienziati che hanno potuto dimostrare il peso che tali evidenze scientifiche hanno sullo sviluppo, è emerso il divario esistente tra le oramai tante e consolidate ricerche sullo sviluppo precoce del bambino (Early child development-ECD) e la realtà che rispecchia come le politiche a sostegno non siano state sufficienti.

"In molti stati USA i dibattiti pubblici sugli investimenti per promuovere lo sviluppo nei primi anni di vita spesso si concludevano e anche iniziavano con la unica soluzione di focalizzare gli interventi sul sostegno alle competenze genitoriali": questa è l'affermazione di JP Shonkoff, medico, attualmente professore di Child Health and Development e direttore del "Center on the Developing Child alla Harvard University".

Secondo il prof. Shonkoff per molti politici "non c'era motivo di parlare di programmi pubblici per i bambini nei primi tre anni di vita perché, dal loro punto di vista, la cura e la educazione dei bambini così piccoli riguardavano solo ed esclusivamente le famiglie". All'epoca negli USA, circa 15 anni orsono, i politici non avevano informazioni o consapevolezza dell'enorme impatto che le relazioni e l'ambiente potessero avere sullo sviluppo del cervello, e di come la società tutta potesse trarre grande beneficio dal sostegno al benessere dei bambini nei primi anni di vita.

Da questa constatazione gli scienziati impararono che la scienza non parla per se

stessa. Gli stessi scienziati spesso si interrogavano sull'impatto che i loro interventi (conferenze, slide, dibattiti pubblici...) avessero sui politici o sulle persone di diverse istituzioni in grado di operare e prendere decisioni. Spesso, a seguito di questi interventi, le domande dell'uditorio mettevano in risalto la scarsa conoscenza delle informazioni appena trasferite. "Lo sviluppo del cervello del bambino spesso non veniva collegato allo sviluppo del bambino stesso, ma solo a una informazione puramente accademica" affermava Pat Levitt, all'epoca Ph.D della Vanderbilt University. "Ci rendemmo conto della importanza di collaborare con esperti linguisti, sociologi ed esperti della comunicazione per comunicare in maniera efficace ai decisori". Da questa constatazione di Levitt nasceva il coinvolgimento del Framework Institute, un istituto di ricerca i cui obiettivi, usando metodi e teorie dalle scienze sociali e cognitive, sono quelli di accogliere la sfida di riuscire a comunicare uno specifico argomento in maniera alternativa, per renderlo fruibile a un pubblico di non scienziati. Con questo approccio, definito come Strategic Frame Analysis, si traduce in maniera rigorosa e chiara la scienza usando una metodologia scientifica, e si definiscono i modi per comunicare e per coinvolgere le persone nell'utilizzo di nuove idee.

Dopo 10 anni di lavoro, cercando di evitare influenze ideologiche, adoperando standard rigorosi applicati a ricerche di peer review e adottando la partnership indipendente della National Academy of Science, il livello di comprensione e consapevolezza dei decisori politici è mutato. In tutti gli stati USA l'importanza dei primi anni di vita per lo sviluppo di un bambino è parte integrante o argomento dell'agenda dei decisori. Il discorso agli Stati dell'Unione del 2012 e 2013 del presidente Obama testimonia tutto questo, così come le varie legislazioni vigenti in molti stati USA.

Da questo percorso, durato circa 10 anni, gli scienziati hanno imparato che, senza una buona conoscenza di quello che succede durante lo sviluppo di un bambino, i

decisori e i non scienziati non possono diventare consapevoli dell'importanza di intervenire in maniera appropriata, né tanto meno sviluppare politiche adeguate e allineate alle conoscenze scientifiche in continua evoluzione.

Da queste constatazioni nasceva, da parte di questi scienziati, lo sforzo, durato anni, di costruire la "Storia principale dello sviluppo del bambino" (Box 1), una storia scritta da esperti scienziati da tradurre poi per i non scienziati. Concetti da tradurre, quali gli impatti delle esperienze precoci sullo sviluppo del cervello, la natura delle interconnessioni delle abilità sociali, emotive e cognitive, l'importanza delle relazioni buone e precoci e delle interazioni con i caregivers e il ruolo della plasticità cerebrale nella capacità di adattamento durante le diverse fasi della vita.

Dalla collaborazione con il Framework Institute sono state elaborate delle indicazioni da utilizzare ai fini di una efficace trasmissione di tali concetti scientifici complessi:

- *La chiarezza*: il linguaggio deve essere privo di gergo e usare metafore per aiutare la comprensione.
- *L'accuratezza*: la scienza proviene da un corposo background, non da un unico studio recente.
- *La rilevanza*: la comunicazione deve mostrare come la ricerca scientifica si colleghi agli argomenti recenti.
- *La credibilità*: fornisce informazioni e spiegazioni adeguate e sufficienti per instillare fiducia nei risultati della ricerca.
- *Il superamento di preconcetti pre-esistenti*: può essere difficile accettare una comunicazione scientifica se i dati sono in conflitto con le proprie credenze.

Nella comunicazione per i non scienziati viene attualmente utilizzato un processo in tre fasi:

- 1 Da un percorso di discussione tra pari che può durare anche mesi, sottolinea il prof. Shonkoff, vengono tratte delle conclusioni coerenti provenienti da una serie di corpose evidenze scientifiche, con lo scopo di arrivare a una sintesi

BOX 1. La storia dello sviluppo del bambino

- > I concetti da tradurre: le esperienze precoci costruiscono l'architettura del nostro cervello con circuiti inizialmente semplici e poi più complessi.
- > I bambini si sviluppano in un ambiente di relazioni: in famiglia prima e poi con altri adulti. Questo è alimentato da un processo di "offerta e ritorno": i bambini richiedono l'interazione e gli adulti rispondono.
- > Una interazione tra geni e ambiente dà forma alla architettura del cervello. I geni danno le istruzioni di base ma le esperienze lasciano un imprinting su come e quando le istruzioni devono essere eseguite.
- > Le abilità cognitive, emotive e sociali sono interconnesse, e l'apprendimento, il comportamento e la salute mentale sono tra loro correlate durante tutto il corso della vita. Non possiamo avere l'una senza l'altra.
- > Lo stress tossico ha la capacità di far deragliare il percorso dello sviluppo di un bambino con effetti negativi sul suo apprendimento, la sua salute mentale e fisica e il suo comportamento.

che rappresenti al meglio la conoscenza degli esperti.

- 2 Gli esperti della comunicazione, che partecipano al lavoro degli scienziati, hanno poi il compito di tradurre la conoscenza. Vengono effettuate ricerche sulla comunicazione relative all'argomento in oggetto, per poi identificare e collegare eventuali disparità presenti nella comprensione tra gli scienziati e il pubblico di non scienziati.
- 3 I concetti tradotti vengono poi comunicati con nuove modalità che catturino il senso di innovazione, considerino nuovi stili di apprendimento e utilizzino la scienza dell'apprendimento traendo vantaggio dalle nuove tecnologie.

Nel corso degli ultimi 10 anni sono stati prodotti diversi format, e, sottolinea sempre il prof. Shonkoff, i video in particolare hanno richiesto notevoli investimenti di tempo e denaro. Per tradurre concetti importanti in un video di 90 secondi c'è stato un considerevole lavoro da parte del team di scienziati, linguisti e sociologi. Il sito del "Child Development Center" della Harvard University contiene circa 20 video utilizzabili, alcuni dei quali hanno ricevuto circa 350.000 visualizzazioni negli ultimi tre anni.

Altre interessanti modalità comunicative per i non scienziati, elaborati dal Centro di Harvard, sono i "giochi" interattivi presenti sul sito: alcuni, per esempio, illustrano come costruire la resilienza in una comunità da parte dei decisori politici

(<http://developingchild.harvard.edu/resilience-game/index.html>).

Diversi video e materiali utilizzano metafore per la comprensione di concetti complessi, come le funzioni esecutive o il concetto di autoregolazione. Un esempio pratico può aiutare il lettore a comprendere come questo lavoro di grande e complessa semplificazione sia efficace: "le funzioni esecutive e le abilità di autoregolazione sono processi mentali che ci consentono di pianificare, focalizzare l'attenzione, ricordare le istruzioni ed essere un po' "multi-tasking".

Questa definizione per i neuroscienziati, i neuropsichiatri e forse per molti pediatri o addetti ai lavori, può sembrare semplice. Questi concetti si semplificano adoperando la seguente metafora: "così come il sistema di controllo del traffico di un grande aeroporto riesce a gestire con sicurezza gli arrivi e le partenze di aerei diversi su piste diverse, il cervello ha bisogno di queste funzioni per filtrare le distrazioni, dare priorità alle cose da fare, stabilire e definire gli obiettivi e controllare gli impulsi".

Il video prodotto dal Centro di Harvard cerca di spiegare le funzioni esecutive, il loro impatto sulla vita e le modalità attraverso le quali i decisori politici possono impattare sullo sviluppo di tali funzioni utilizzando la metafora del "controllo del traffico aereo".

Un ulteriore esempio è il video "Brain Hero" prodotto in collaborazione con la scuola del Cinema della Università della California del Sud (USC) con lo scopo di svi-

luppate nuove modalità per comunicare la scienza dell'ECD. Un video di 3 minuti che utilizza la sensibilità visiva tratta dai modelli dei giochi interattivi come "SimCity" o "Guitar Hero" per mostrare come le azioni intraprese dalla famiglia, dagli educatori e dai decisori politici possano influenzare gli esiti non solo di un bambino, ma di una intera comunità.

In Italia abbiamo la fortuna di avere un sistema sanitario pubblico che, seppur "non in perfetta salute", è ancora molto funzionante. Tuttavia sappiamo come, per affrontare efficacemente temi complessi come quelli descritti, sia necessario un approccio multidisciplinare rigoroso e continuo nel tempo. Tutti coloro che in maniera scientifica lavorano in questo ambito sono consapevoli di quanto sia importante la messa a sistema di politiche non solo sanitarie, a gestione centralizzata, universalistiche e progressive, per sostenere e promuovere tutti gli interventi complessi.

Il Centro di Harvard solleva tuttavia un problema interessante, quello di trasferire in maniera semplice ed efficace le conoscenze scientifiche a un pubblico di non scienziati, ma di persone le cui decisioni sono di forte impatto e in grado di operare oggettivamente dei cambiamenti.

Sono stati scritti da parte di esperti scienziati molti documenti, proposte di leggi e richieste di riunioni istituzionali. La storia del "Center on the Developing Child" della Harvard University appena raccontata, anche se traslata nel nostro sistema, solleva quesiti interessanti!!

✉ doc.manetti@gmail.com

Center on the Developing Child at Harvard University, A Decade of Science Informing Policy: The Story of the National Scientific Council on the Developing Child. 2014.

Garner AS, Shonkoff JP. Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics* 2012;129:224-31.

<http://developingchild.harvard.edu>.

<http://www.developingchild.net>.

<https://vanderbiltbiomedg.com/2017/04/14/tips-to-communicate-science-to-non-scientists/>.

Rubrica a cura di Giuseppe Cirillo e Paolo Siani



Fiocchi in Ospedale: un progetto per sostenere i neogenitori al momento dell'arrivo di un figlio e promuovere la salute dei primi 1000 giorni di vita

Antonella Troilo*, Francesca Romana Marta**

* Psicologa clinica dello sviluppo e Psicoterapeuta, referente territoriale progetto Fiocchi in Ospedale, Associazione Il Melograno Centro Informazione Maternità e Nascita, Bari

** Coordinatrice nazionale del progetto Fiocchi in Ospedale, Save the Children Italia Onlus

Nell'articolo viene illustrato il progetto Fiocchi in Ospedale, realizzato presso l'Ospedale Policlinico di Bari. Il progetto mira a fornire sostegno multidisciplinare ai genitori nel periodo perinatale. Molti studi infatti hanno dimostrato come, nel periodo dei 1000 giorni che va dal concepimento ai 24 mesi di vita del bambino, si possano gettare la basi per la salute e il benessere psicofisico del bambino ma anche dell'adulto. Pertanto il progetto mira a fornire sostegno e orientamento, prevalentemente nel periodo perinatale, in ambito psicologico, ostetrico, sociale e materiale, consentendo una dimissione protetta delle neomamme facendo rete con i servizi territoriali dopo il rientro a casa.

The article describes the Fiocchi in Ospedale project, carried out at the Policlinico Hospital in Bari, Italy. The project aims to provide multidisciplinary support to parents during the perinatal period. Many studies have shown that in the first 1000 days starting from conception, the foundations for newborn's health and wellbeing throughout life can be laid. Therefore, the project aims to provide psychological, obstetric, social and material support and guidance. The project allows also a protected discharge from hospital for the new mothers through a structured network with community services.

Il progetto "Fiocchi in Ospedale" è stato avviato nel 2012 presso gli ospedali Policlinico di Bari e Niguarda di Milano, come progetto pilota attivato da Save the Children Italia Onlus, in collaborazione con i partner territoriali "Il Melograno centro informazione maternità e nascita" a Bari e "Mitades" a Milano. Successivamente il progetto è stato esteso a Napoli presso l'ospedale Cardarelli e a Roma al Gemelli. Fiocchi in Ospedale mira a intervenire nel periodo peri-natale per ridurre i fattori di rischio per la salute e lo sviluppo del bambino, potenzialmente presenti dalla gravidanza ai primi 1000 giorni di vita, con particolare ma non esclusiva attenzione ai genitori appartenenti a fasce sociali a rischio o svantaggiate. Povertà, disagio psichico, isolamento sociale, provenienza da Paesi esteri, solitudine delle mamme sono alcuni degli indicatori tenuti presenti per individuare i destinatari del progetto. Infatti la letteratura concorda che in questo periodo di vita del bambino è possibile che le condizioni di vita e gli stili di accudimento possano influire fortemente sullo sviluppo. Le azioni di Fiocchi in Ospedale pertanto mirano a realizzare un intervento preventi-

vo e di sostegno per i neo-genitori con uno sguardo multidisciplinare, tenendo presente i possibili rischi rispetto alle situazioni di vita dei genitori dal punto di vista socio-economico, psicologico o sanitario. Nel territorio di Bari, il progetto è stato affidato a "Il Melograno centro informazione maternità e nascita", associazione che opera in circa 20 sedi in tutta Italia sin dagli anni '80 per sostenere la donna nel passaggio alla maternità, attivando contesti di accoglienza e promozione personale per accompagnarla a ritrovare le proprie risorse intrinseche, fisiche e mentali nel momento della gravidanza, del parto e dell'allattamento. Il Melograno, già operante nel territorio del sud-est barese, ha avviato il progetto affidato da Save the Children, implementando un *modus operandi* consolidato negli anni. Dal punto di vista organizzativo, il primo passo è stato il reperimento di una stanza idonea con spazi sufficientemente ampi per accogliere gruppi con un massimo di 15 persone, comodamente raggiungibile per donne incinte o con neonati. La stanza è stata individuata al piano terra, vicino agli ambulatori delle Cliniche ostetriche. Il se-

condo passo ha riguardato la formazione del gruppo di operatori con differenti competenze nel sostegno alla maternità, una educatrice e una ostetrica, tutti afferenti all'associazione. Il Melograno è stato formato da una psicologa, referente anche per il coordinamento sul territorio, e da due assistenti sociali che hanno curato gli aspetti di orientamento ai servizi, informazione degli utenti e networking. Nel tempo inoltre, accanto agli operatori di sportello, si avvicendano volontari e tirocinanti. Dal punto di vista economico, i costi principali per la realizzazione del progetto sono destinati al personale impiegato per quasi 40 ore settimanali, tra lavoro di sportello, back office e consulenze esterne. Per l'allestimento della stanza si è provveduto alla creazione di uno spazio accogliente per mamme e neonati con divanetto, tappetini, fasciatoio e sedute per l'allattamento e un desk utilizzato per il lavoro di back office. L'apertura dello sportello viene effettuata tutte le mattine dal lunedì al venerdì con la presenza di due operatori, al fine di poter garantire il ricevimento del pubblico, la ricognizione giornaliera nei reparti e lo svolgimento delle attività di gruppo e individuali. La prima fase del lavoro è stata focalizzata sull'informazione degli enti e degli operatori ospedalieri e sulla creazione di una rete con i servizi tradizionalmente dediti alla salute della donna quali consultori, servizi sociali, realtà associative, centri anti-violenza, associazioni di volontariato ospedaliero e non, associazioni per l'infanzia e per il contrasto alla povertà, al fine di favorire il lavoro di rete e ottimizzare l'uso delle risorse già presenti sul territorio. Le diverse realtà interpellate per la costruzione del network hanno tutte risposto positivamente alla proposta di integrare i servizi, tenendo la gravidanza e la nascita come punto centrale della rete. L'azione di networking non si è mai interrotta nel

tempo, accrescendo il raggio di azione del progetto e il numero dei soggetti coinvolti, estendendosi anche in numerose cittadine della provincia.

Altro punto favorevole per lo sviluppo del progetto è stata la collocazione della stanza-sportello di Fiocchi in Ospedale presso le Cliniche ostetriche del Policlinico. Questo ha favorito sin da subito l'intercettazione dell'utenza all'interno di un contesto rassicurante, permettendo alle mamme di riconoscere gli operatori di Fiocchi in Ospedale come personale del presidio sanitario. Inoltre è stato possibile contattare le donne in un momento e in un luogo favorevoli per la costruzione di una alleanza e l'avvio degli interventi, ossia durante la gravidanza o subito dopo il parto, direttamente nei reparti. Altro aspetto caratterizzante la realizzazione del progetto nell'ospedale è stata la possibilità di raggiungere genitori provenienti non solo dalla città di Bari ma anche da comuni della provincia e oltre, essendo il Policlinico una struttura di terzo livello, punto di riferimento regionale per la presenza dell'Unità di Terapia Intensiva Neonatale, e con un numero medio annuo di circa 2000 parti.

Essendo un progetto "pilota", fortemente innovativo per il territorio, l'équipe del Melograno ha costantemente monitorato l'andamento delle azioni in collaborazione con il coordinamento e il comitato scientifico di Save the Children, apportando costanti aggiornamenti a seconda delle esigenze espresse dall'utenza e per ottimizzare l'uso delle risorse.

Le attività sono state così organizzate:

- **Promozione quotidiana del progetto** nei reparti e primo contatto con le donne. In queste occasioni le operatrici hanno cura di informare le mamme sui servizi offerti, ponendo attenzione alla eventuale presenza di indicatori di rischio o difficoltà personali.
- **Colloqui individuali di orientamento, psicologici e di counselling ostetrico**, per lo più finalizzati alla conoscenza della storia personale del neo-genitore, alla rilevazione del bisogno e all'impostazione di interventi mirati, o all'invio verso i servizi territoriali di competenza. Spesso, dopo un primo colloquio, alcuni nuclei familiari hanno iniziato a partecipare attivamente alle attività del progetto, avviando un percorso di partecipazione attiva e trovando risposte a dubbi, sentimenti di ansia, timori per la gestione del post parto o dell'allattamento.
- **Incontri informativi di accompagnamento alla nascita e sulla genitorialità**. Questi momenti di incontro hanno

rappresentato, sin da subito, il canale privilegiato di implementazione delle azioni di prevenzione per il disagio psicosociale, nonché di lettura dei fattori di rischio a carico delle funzioni genitoriali. La frequenza degli incontri nel reparto, in particolare, permette di creare legami stabili con le donne, nonché di individuare precocemente aspetti di fragilità che in periodo gestazionale possono accentuarsi. Tale attività permette la presa in carico non solo continuativa ma anche preventiva, favorendo nelle condizioni di fragilità psicosociale l'empowerment delle risorse interne ed esterne.

- **Il gruppo di discussione sulla genitorialità**, invece, è focalizzato sull'informazione dei genitori sulle tappe di sviluppo psicofisico e sui bisogni dei neonati, al fine di favorire la cura e le risposte adeguate nei primi 1000 giorni.

Sulla stessa linea sono stati sviluppati incontri di gruppo sull'allattamento e massaggio neonatale. Tali attività infatti rappresentano un importante momento di scambio di cura tra mamma e bambino e anche l'occasione per conoscersi, creare una rete esterna allo sportello, imparare a leggere i segnali e rispondere, sperimentando le proprie capacità di mamma.

Lo sportello di Fiocchi in Ospedale è divenuto un luogo che attiva le risorse dei genitori, permettendo alle mamme di incontrarsi, conoscersi, condividere situazioni personali e sentimenti, creando legami profondi e protettivi. Le mamme hanno dato vita, spesso, a reti spontanee di sostegno reciproco anche al di fuori dello sportello, riducendo l'isolamento sociale e aumentando il sostegno reciproco e autonomo.

Un **Banco di scambio** tra mamme è stato avviato non solo con l'obiettivo di ridurre il disagio economico e materiale ma anche per favorire il sostegno tra pari, divenendo sia beneficiarie dei beni sia donatrici di materiali non più utilizzati.

Dal 2012, anno di attivazione del progetto, Fiocchi in Ospedale ha raggiunto più di 3800 neo-genitori attraverso colloqui informativi, di orientamento ai servizi del territorio, coinvolgimento nelle attività formative, informative e laboratoriali. Di questi 170 sono stati i casi che hanno visto realizzata una vera e propria presa in carico continuativa, ossia un accompagnamento dei genitori, per più mesi, attraverso azioni mirate a rispondere alla specifica necessità legata alla gravidanza, ai primi 1000 giorni o alle condizioni di vita del nucleo: consulenze psicologiche, ostetriche o di orien-

tamento sociale e messa in rete con i servizi del territorio, percorsi nascita, sostegno psicologico, sostegno all'allattamento e in alcuni casi anche brevi interventi di sostegno domiciliare, prevalentemente in coordinamento con i servizi del territorio. La presa in carico è sempre stata finalizzata a garantire risposte mirate alle difficoltà dei genitori, attraverso gli interventi degli operatori e il coinvolgimento delle risorse del territorio. Tale metodologia ha dato vita a una sorta di dimissione protetta, della quale sono parte integrante la messa in rete dei servizi ospedalieri e socio-sanitari del territorio e l'assistenza domiciliare nei casi in cui venga richiesto dai neogenitori.

I casi presi in carico hanno riguardato situazioni di disagio economico, sociale, condizioni abitative precarie e disagio psicologico o di orientamento legale, a cui si è data risposta tenendo sempre presente l'empowerment delle risorse dell'individuo, per non creare dipendenza dal servizio.

Grazie alla solida rete costruita con i servizi territoriali è stata sviluppata una metodologia di presa in carico integrata, anche con l'invio presso lo sportello, da parte dei servizi sociali comunali, di nuclei familiari a rischio sociale.

Nel complesso si può notare come Fiocchi in Ospedale operi per attuare interventi nei primi 1000 giorni di vita, non solo a livello supportivo e assistenziale per ridurre i fattori di rischio per lo sviluppo dei neonati, ma soprattutto per favorire l'empowerment delle mamme e dei papà. Tale tipo di intervento, diversificato e individualizzato, permette di entrare nell'intimo della famiglia durante la nascita, nel rispetto delle richieste del nucleo e potendo intervenire in un periodo precoce di vita tanto delicato e importante per lo sviluppo del bambino.

✉ antonellatroilo@hotmail.it

Brazelton TB, Cramer B. The earliest relationship: parents, infant and the drama of the early attachment. Addison Wesley & Lawrence, Reading Mass, 1990. Tr. it. Il primo legame. Frassinelli, 1991.

Bowlby J. Una base sicura. Raffaello Cortina Editore, 1989.

Candelori C, Mancone A. Genitorialità situazioni a rischio e psicopatologiche. M. Ammaniti, Manuale di psicopatologia. Raffaello Cortina Editore, 2001.

Cassibba R, van Ljzendoorn M. L'intervento clinico basato sull'attaccamento. Il Mulino, 2005.

"Fiocchi in Ospedale". A cura del Comitato scientifico del progetto Save the Children Italia Onlus "Mamme in arrivo", 2015.

Prezza M (ed). Aiutare i neogenitori in difficoltà. Franco Angeli, 2006.

Screening neonatale per la malattia drepanocitica: cosa si fa nel mondo, cosa si fa in Europa, perché in Italia?

Raffaella Colombatti*, Piera Samperi**, Federica Menzato*,
Giovanna Russo**, Laura Sainati*

*Centro di Riferimento della Regione Veneto per la Diagnosi e Cura della Malattia Drepanocitica in Età Pediatrica, Clinica di Oncematologia Pediatrica, Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino, Azienda Ospedaliera, Università di Padova; **Ematologia e Oncologia Pediatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico Vittorio-Emanuele" di Catania, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Catania

La drepanocitosi è una malattia ereditaria autosomica recessiva dell'emoglobina, caratterizzata da anemia emolitica cronica, crisi dolorose vaso-occlusive e maggiore suscettibilità alle infezioni. Negli ultimi anni si è assistito in tutta Europa, Italia compresa, all'aumento dei pazienti affetti da drepanocitosi soprattutto a causa dei flussi migratori provenienti da zone ad alta prevalenza del gene S. Nell'ambito della presa in carico del bambino con drepanocitosi lo screening neonatale viene raccomandato da tutte le linee guida internazionali, in quanto una diagnosi precoce permette di attuare le misure preventive necessarie in età infantile, migliorando la sopravvivenza.

Drepanocytosis is a recessive autosomal disease of hemoglobin characterized by chronic hemolytic anemia, vascular occlusive pain, and increased susceptibility to infections. Over the last years, it has been seen throughout Europe, including Italy, an increase of patients with Drepanocytosis, mainly due to the migratory flows from high-prevalent S gene areas. Within the taking care pathway of a child with Drepanocytosis the newborn screening is recommended by all international guidelines. An early diagnosis allows for the necessary preventive measures needed to improve children's survival.

Introduzione

La Drepanocitosi o Sickle Cell Disease (SCD) è l'emoglobinopatia strutturale più diffusa al mondo [1-2]. Recenti flussi migratori da zone con alta incidenza del gene S in Europa e in Italia hanno avuto come conseguenza l'aumento del numero di pazienti con tale patologia [3-6]. Negli scorsi decenni, i Paesi che sono stati interessati prima da tale fenomeno, quali Gran Bretagna (UK), Francia, Belgio e Olanda, hanno sviluppato programmi di cura integrati (comprehensive care) sulla base di Linee Guida internazionali e nazionali [7-10]. Nell'ambito di tali programmi alcune misure diagnostiche e terapeutiche hanno consentito un notevole calo della mortalità in età pediatrica: l'inserimento dello screening neonatale (SN) con conseguente diagnosi precoce, l'instaurazione della profilassi con penicillina entro i due mesi di vita come protezione dalla asplenia funzionale e programmi di vaccinazione intensivi, l'educazione della famiglia al riconoscimento di segni e sintomi di gravità (come l'aumento della milza, possibile segno di sequestro splenico, che è una complicanza acuta potenzialmente letale) e lo screening a partire dai due anni di vita mediante doppler transcranico per la prevenzione dell'ictus [7-10].

Lo screening neonatale

Quando eseguire lo screening?

I programmi di SN per la SCD consentono di identificare precocemente i pazienti, iniziare la profilassi con penicillina a due mesi di vita, riducendo significativamente la mortalità per infezioni, e permettono la presa in carico del paziente in Centri di riferimento specializzati per la malattia, riducendo la morbilità e la mortalità successive e migliorando la qualità della vita.

I primi programmi di SN per la SCD sono stati introdotti negli USA fin dal 1975 [9] e in UK nel 1993 [11].

Nel 1987 una Consensus Conference del NIH stabiliva che ogni bambino con SCD dovrebbe essere sottoposto alla nascita allo screening per HbS per prevenire, durante l'infanzia, le complicanze della malattia, prevalentemente infezioni e sequestro splenico, potenzialmente fatali [9]. Successivamente uno studio randomizzato dimostrava l'efficacia dello SN nel ridurre drasticamente la mortalità infantile per infezione, permettendo un inizio tempestivo della profilassi con penicillina [12].

A chi fare lo screening?

I programmi di screening possono essere universali o mirati alla popolazione a rischio, allo scopo di ottimizzare le risorse.

Lo screening universale ha motivazioni etiche di equità evitando discriminazioni ed è risultato più efficace nell'identificare i malati. Lo screening di una parte della popolazione risulta anche organizzativamente più fallace. Inoltre è stato dimostrato un vantaggio in termini economici nei Paesi dove la prevalenza dei portatori è maggiore di 1,6% e l'incidenza degli affetti è superiore a 0,5/1000 nati.

Le principali Linee Guida internazionali per la SCD raccomandano lo SN universale, su base nazionale, integrato ai programmi di screening neonatali esistenti e a programmi di presa in carico in Centri di riferimento ematologici specializzati [7,9-19]. La raccomandazione è quella di eseguire lo SN per l'identificazione della SCD a tutti i neonati. Tutti gli affetti identificati devono essere tempestivamente affidati a un Centro di riferimento ematologico specializzato per la presa in carico e per iniziare la profilassi con penicillina entro i due mesi di vita.

Con quale metodica fare lo screening?

Per eseguire lo SN si può ricorrere sia alle metodiche più tradizionali, come la Isoelectric focusing (IEF) o la High Performance Liquid Chromatography (HPLC), sia ad analisi più "nuove" come la spettrometria di massa, particolarmente interessante per la possibilità di integrare lo screening per SCD, a quello per le malattie metaboliche [20]. Recentemente sono stati sviluppati test rapidi di facile esecuzione e pronta risposta, la cui potenziale applicazione in emergenza o in situazioni in cui c'è necessità di una diagnosi precoce o di uno screening rapido su vasta scala è enorme [21]. Tali test rapidi necessitano tuttavia di validazione maggiore.

Che cosa si fa nel mondo?

Negli Stati Uniti i primi programmi di SN per la SCD risalgono agli anni '70 (Stato di NY e Columbia), ma successivamente alla pubblicazione delle raccomandazioni

del NIH, anche gli altri Stati hanno avviato programmi nazionali di screening e dal 2006 in tutti gli Stati è organizzato un programma di SN universale per il gene S, associato al programma di SN per le altre malattie. L'analisi viene eseguita alla nascita su sangue capillare prelevato da puntura del tallone e raccolto su cartina di Guthrie. L'analisi avviene nella maggior parte dei casi mediante HPLC.

I risultati di 20 anni di programma (dal 1989 al 2012) indicano un'incidenza media del gene S nella popolazione generale di 1:64 (1,5%) e un'incidenza media di SCD di 1:2000 (0,05%) [22]. Il programma negli Stati Uniti si è dimostrato efficace nel ridurre significativamente la mortalità dei pazienti con SCD in età pediatrica [23].

In **Canada** nel 1988 un programma pilota di SN mirato ai neonati che avessero almeno un genitore di origine africana è stato avviato presso la struttura sanitaria di III livello afferente all'università di Montreal. Il test su cordone, eseguito mediante HPLC, ha identificato una percentuale di trait del 10% e di affetti dello 0,8%. Significativo il numero dei non arruolati al programma di presa in carico, ben 11 affetti nati nel periodo di riferimento: 5/72 dei neonati identificati come affetti sono sfuggiti alla presa in carico e 6 neonati non sono stati identificati come affetti, 3 falsi negativi e 3 campioni non adeguati, sottolineando l'importanza di un rigore assoluto nell'organizzazione di un programma di SN [24].

Nel 2006 un programma di SN universale per la SCD, su base nazionale, è stato attivato in Ontario e successivamente implementato in altre otto Province del Canada (che comprende 10 Province e 3 Territori). L'indagine viene eseguita su sangue di cordone o capillare su carta bibula mediante HPLC, utilizzando IEF o l'elettroforesi emoglobinica come test di conferma. È in corso un dibattito sull'opportunità di informare i genitori dei soggetti portatori [19].

In **Brasile** in numerosi Stati è organizzato un programma di SN per l'identificazione dei pazienti con SCD. Dal 2001 nello Stato di Rio de Janeiro è attivo un programma di SN universale, finanziato dal Sistema Sanitario Nazionale, che prevede l'analisi, mediante HPLC, su test di Guthrie eseguito al neonato dopo la dimissione in concomitanza con la prima somministrazione vaccinale; il programma prevede la successiva presa in carico dei pazienti con SCD presso il Centro di riferimento.

I risultati dei primi 10 anni di esperienza (2001-11) hanno evidenziato un'incidenza di SCD di 1:1335 nati e un'incidenza di trait di circa il 5% dei nati [25]. La

mortalità è risultata del 3,7%, drasticamente inferiore rispetto alla mortalità del 25% di una coorte di bambini brasiliani non inclusi in un programma di screening [26], ma anche significativamente inferiore rispetto a quella di una popolazione di bambini sottoposti a SN, ma non inseriti in un comprehensive program di follow up; in questa popolazione infatti la mortalità risultava essere del 5,6% [27]. L'importanza di integrare lo SN con un efficace programma di presa in carico del paziente presso un Centro di riferimento specializzato è stata più recentemente confermata da un altro recente studio brasiliano, che indicava nello Stato Minas Gerais una mortalità del 7,5% in pazienti con SCD nei primi 14 anni di vita, nonostante fossero sottoposti a SN, a causa di un non efficace programma di presa in carico [28].

Programmi di SN, universale o mirato, sono stati attivati nell'ultimo decennio in numerosi Paesi dell'America Latina, Medio Oriente, Asia e Africa, integrandosi con gli altri test di screening in corso [29].

Che cosa si fa in Europa?

In **Europa**, pur essendoci forti evidenze che le emoglobinopatie costituiscono sempre più un importante problema di salute pubblica, i dati che riguardano la prevalenza generale del portatore e dell'affetto sono molto scarsi e la politica sanitaria dei Governi, rispetto alla gestione della SCD, è difforme nelle varie Nazioni. Si stima che ci siano in Europa circa 44.000 soggetti affetti da emoglobinopatia, il 70% dei quali affetti da SCD, e si raccomanda con forza ai Sistemi Sanitari Nazionali lo sviluppo di programmi di screening e di Centri di riferimento specializzati per la presa in carico del paziente e della sua famiglia [3].

La **Gran Bretagna** è stato il primo Paese europeo a organizzare nel 1993 un programma di SN universale per la SCD sul territorio nazionale. L'iniziale programma pilota, avviato in Inghilterra, è stato successivamente implementato e dal 2010 è esteso a tutta la Gran Bretagna. Il programma, sostenuto dal NHS, prevede lo SN universale con analisi eseguita su test di Guthrie in concomitanza con gli altri screening. I campioni vengono analizzati presso 13 laboratori ematologici di riferimento mediante HPLC; ogni laboratorio valuta tra 25.000 a 100.000 neonati all'anno. L'organizzazione prevede infatti l'analisi centralizzata in laboratori di riferimento, in modo che ciascuno abbia un afflusso minimo di 25.000 test all'anno per ottimizzare risorse e competenze. L'incidenza dei carrier in Gran Bretagna è me-

diamente di 15/1000 (1,5%) e dei neonati affetti di 1:1900 (0,05%) con importanti variazioni in base all'area geografica e all'etnia [30].

In **Olanda** dal 2007 è attivo un programma nazionale di SN universale su Guthrie, mediante HPLC [31]. Un dibattito sull'opportunità di comunicare lo stato di portatore per evitare stigmatizzazioni è attualmente in corso [32].

In **Belgio** dal 1994 nella città di Bruxelles e dal 2004 nella città di Liegi tutti i neonati sono sottoposti a SN per la SCD. L'analisi viene eseguita su sangue cordonale mediante IEF e HPLC come eventuale test di conferma. La frequenza di affetti è risultata di 1:1559 [33].

In **Spagna** dal 2000 sono stati attivati programmi di SN universali in Estremadura, Paesi Baschi, Madrid, Valencia e Catalogna. Dal 2016 in tutto il Paese è attivo lo SN universale attuato mediante HPLC. La prevalenza degli affetti è variabile circa 1:3900 in Catalogna e 1:5900 nella regione di Madrid. È attivo anche un registro nazionale [34].

In **Germania** dal 2011 sono stati organizzati programmi pilota di SN universale, dapprima a Berlino, successivamente a Heidelberg e nella Regione Sud-Est della Germania, e quindi ad Amburgo. Il test veniva offerto a tutti i neonati nonostante la popolazione originaria non fosse a rischio di emoglobinopatia, con l'obiettivo di fornire informazioni riguardo alla prevalenza globale in Germania di una malattia a elevata prevalenza nelle popolazioni immigrate e provenienti prevalentemente dalle aree a rischio. Il test veniva eseguito su Guthrie mediante PCR per la catena S ad Amburgo, e mediante HPLC nelle altre esperienze; l'incidenza degli affetti varia da 1:2385 a 1:8348 [35-37].

I risultati degli studi piloti sono stati ritenuti adeguati per giustificare un programma di SN universale su base nazionale esteso a tutta la Germania. L'attivazione del progetto è in esame al Ministero della Salute e prevista per il 2017. Lo stato di portatore non viene comunicato.

La **Francia** dal 1985 ha attivato un programma SN universale per la SCD in Guadalupa; negli anni successivi numerosi studi pilota sono stati avviati in Francia; dal 2000 un programma nazionale di screening mirato ai neonati a rischio per emoglobinopatia è esteso a tutto il Paese; la selezione si basa sull'etnia di appartenenza. Nonostante il programma non sia universale, sembra essere efficace nell'intercettare la quasi totalità dei neonati affetti, garantendo la loro successiva presa in carico da parte dei Centri di riferimento [38].

Perché in Italia?

Negli ultimi anni l'aumento della popolazione immigrata in Italia da aree a elevata prevalenza del gene S ha contribuito, come nel resto d'Europa, all'aumento dei pazienti affetti da SCD [4-6]. Ciò ha portato dapprima i Centri di ematologia pediatrica e successivamente anche le ematologie degli adulti a dover organizzare i propri servizi in modo da poter assicurare una presa in carico adeguata del paziente con SCD e delle sue complicanze acute e croniche [39-46]. L'Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica (AIEOP) ha pubblicato diversi documenti con Linee Guida rivolte alla gestione di specifiche patologie ematologiche infantili [47-49], comprese quelle dedicate alla SCD in età pediatrica: nel 2010 in italiano sul suo sito web (www.aieop.org) e nel 2013 su rivista internazionale [50]. Inoltre la Società Italiana della Talassemia ed Emoglobinopatie (SITE) e l'AIEOP si sono occupate di promuovere raccomandazioni congiunte sulla diagnosi neonatale delle emoglobinopatie [51] che, per quanto riguarda lo SN nella SCD, sono in via di pubblicazione. Le raccomandazioni citate sono a sostegno di una diagnosi precoce, essenziale per l'instaurazione delle misure preventive e terapeutiche efficaci. Anche in considerazione dell'aumento del numero di affetti e dell'incremento della popolazione a rischio di SCD si auspica l'organizzazione di programmi di SN anche in Italia. Alcuni progetti di SN sono già stati sviluppati su iniziativa locale anche nel nostro Paese.

Dal 2010 al 2012 a Ferrara sono stati testati 1992 neonati e identificati 24 portatori (1,2%). Lo screening era universale, eseguito su Guthrie mediante HPLC. L'esperienza è stata sospesa per mancanza di finanziamenti [52].

Nel 2013 a Novara è stato avviato un progetto di SN mirato ai neonati con un genitore proveniente da aree a rischio di emoglobinopatia. Sono stati reclutati 337 neonati su 2447 nati e identificati 20 (6%) portatori (AS) [53].

A Modena dal 2011 è attivo un programma di SN mirato alle donne a rischio per etnia. I risultati dello studio pilota indicano la presenza di emoglobinopatia nel 27% delle 330 donne testate (copertura del programma pari al 70%). Il successivo SN dei neonati di madri portatrici dell'anomalia, eseguito su cordone e analizzato mediante HPLC, ha permesso di identificare 48 neonati portatori e 9 affetti [18]. Il programma di screening antenatale universale, esteso a tutte le donne in gravidanza e comprendente i neonati a rischio, per posi-

tività materna, è attualmente in corso e supportato da finanziamenti della Provincia.

È inoltre attivo dal 2010 un programma centralizzato di SN mirato (almeno un genitore proveniente da fuori regione) in Friuli Venezia Giulia, finanziato dalla Regione. I dati, non ancora pubblicati, riportano 6018 neonati testati dal 2010 al 2015, una percentuale di AS tra 1,74% e 4,7% a seconda delle Province (Zanolli F, comunicazione personale).

Un programma pilota di SN universale è attivo dal 2 maggio 2016 a Padova e da settembre 2016 a Monza. Nei primi 12 mesi di attività sono stati testati più di 2500 neonati con 0,07% di affetti e 0,58% di portatori presso il Centro di Padova e 0,098% di portatori presso il Centro di Monza [54].

Presa in carico del paziente

Il programma di SN per la SCD non può prescindere da un programma di presa in carico globale presso un Centro di riferimento specializzato per la cura della malattia.

L'organizzazione di Sick Cell Comprehensive Centers si è dimostrata fondamentale per l'integrazione dei programmi di screening, fornendo educazione sanitaria, trattamenti preventivi (profilassi delle infezioni, vaccinazioni complete, prevenzione dello stroke), adeguati percorsi diagnostico-terapeutici per il trattamento delle complicanze acute e croniche, pianificazione del regime trasfusionale e somministrazione di HU [7,19], accompagnamento nel passaggio alle cure dell'adulto dei pazienti adolescenti e giovani adulti mediante programmi di transizione strutturati. La presa in carico del paziente con affidamento a Centri di riferimento specializzati e multidisciplinari si è dimostrata efficace nel ridurre la mortalità [55] e migliorare la qualità della vita [23]. Laddove queste strutture erano carenti, l'efficacia del programma di SN è risultata ridotta [56]. La presa in carico del paziente presso un Centro di riferimento viene raccomandata dalle principali Linee Guida nazionali e internazionali [7,9,10,19,50].

Conclusioni

L'aumento della popolazione proveniente da zone a rischio di SCD nel nostro Paese e il conseguente aumento dei bambini affetti rendono necessario lo sviluppo su tutto il territorio nazionale di un programma di SN universale, come raccomandato dalle Linee Guida internazionali e nazionali. Esperienze pilota in alcune zone dell'Italia dimostrano la fatti-

bilità e l'efficacia di tali programmi, evidenziando dati epidemiologici che confermano tali indicazioni.

✉ laura.sainati@unipd.it

1. Ware RE, de Montalembert M, Tshilolo L, Abboud MR. Sick cell disease. *Lancet* 2017;390:311-23.
2. Piel FB, Patil AP, Howes RE, et al. Global epidemiology of sickle haemoglobin in neonates: a contemporary geostatistical model-based map and population estimates. *Lancet* 2013;381:142-51.
3. Aguilar Martinez P, Angastiniotis M, Eleftheriou A, et al. Haemoglobinopathies in Europe: health & migration policy perspectives. *Orphanet J Rare Dis* 2014;9:97.
4. Cataldo F. Immigration and changes in the epidemiology of hemoglobin disorders in Italy: an emerging public health burden. *Ital J Pediatr* 2012;38:32.
5. Russo-Mancuso G, La Spina M, Schilirò G. The changing profile of sickle cell disease in Italy. *Eur J Epidemiol* 2003;18:923-4.
6. Colombatti R, Dalla Pozza LV, Mazzucato M, et al. Hospitalization of children with sickle cell disease in a region with increasing immigration rates. *Haematologica* 2008;93:463-4.
7. NHS Standard and Guidelines for Clinical Care. <http://www.sct.screening.nhs.uk/standards-andguidelines>.
8. de Montalembert M, Girot R, Galactéros F. Sick cell disease in France in 2006: results and challenges. *Arch Pediatr* 2006;13:1191-4.
9. NIH Consensus Conference. Newborn screening for sickle cell disease and other haemoglobinopathies. *JAMA* 1987;258:1205-9.
10. de Montalembert M, Ferster A, Colombatti R, et al. European Network for Rare and Congenital Anaemias. ENERCA clinical recommendations for disease management and prevention of complications of sickle cell disease in children. *Am J Hematol* 2011;86:72-5.
11. Standing Medical Advisory Committee. Sick cell, thalassemia and other haemoglobinopathies. London: HMSO, 1993.
12. Vichinsky E, Hurst D, Earles A, et al. Newborn screening for sickle cell disease: effects on mortality. *Pediatrics* 1988;81:749-55.
13. Memish ZA, Saeedi MY. Six-year outcome of the national premarital screening and genetic counseling program for sickle cell disease and β -thalassemia in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med* 2011;31:229-35.
14. Saffi M, Howard N. Exploring the Effectiveness of Mandatory Premarital Screening and Genetic Counselling Programmes for β -Thalassaemia in the Middle East: A Scoping Review. *Public Health Genomics* 2015;18:193-203.
15. Cao A, Kan YW. The prevention of thalassemia. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2013;3:a011775.
16. Amato A, Grisanti P, Lerone M, et al. Prevention strategies for severe hemoglobinopathies in endemic and nonendemic immigration countries: the Latium example. *Prenat Diagn* 2009;29:1171-4.
17. NHS Screening Programs. <http://cpd.screening.nhs.uk/induction-resource/sct>.

18. Venturelli D, Lodi M, Palazzi G, et al. Sickle cell disease in the areas of immigration of high-risk populations: a low cost and reproducible method of screening in northern Italy. *Tranfusion Blood* 2014;12:346-51.
19. Consensus Statement on the Care of Patients with Sickle Cell Disease in Canada. http://www.sicklecelldisease.ca/wp-content/uploads/2013/04/CANHAEM-Consensus-Statement-for-SCD-Guide2015_v10.pdf.
20. Alapan Y, Fraiwan A, Kucukal E, et al. Emerging point-of-care technologies for sickle cell disease screening and monitoring. *Expert Rev Med Devices* 2016;13:1073-93.
21. Kanter J (2016). Point-of-Care Testing in Sickle Cell Disease, Sickle Cell Disease - Pain and Common Chronic Complications, Dr. Baba P.D. Inusa (Ed.), InTech, DOI: 10.5772/64862. Available from: <https://www.intechopen.com/books/sickle-cell-disease-pain-and-common-chronic-complications/point-of-care-testing-in-sickle-cell-disease>.
22. Therrell BL Jr, Lloyd-Puryear MA, Eckman JR, Mann MY. Newborn Screening for sickle cell disease in the United States: A review of data spanning 2 decades. *Semin Perinatol* 2015;39:238-51.
23. Quinn CT, Rogers ZR, McCavit TL, Buchanan GR. Improved survival of children and adolescents with sickle cell disease. *Blood* 2010;115:3447-52.
24. Robitaille N, Delvin EE, Hume HA. Newborn screening for SCD: a 1988-2003 Quebec experience. *Paediatr Child Health* 2006;11:223-7.
25. Lobo CL, Ballas SK, Domingos AC et al. Newborn screening program for hemoglobinopathies in Rio de Janeiro, Brazil. *Pediatr Blood Cancer* 2014;61:34-9.
26. Diniz D, Guedes C. Sickle Cell Anemia: a Brazilian Problem. A bioethical approach to the new genetics. *Cad Saude Publica* 2003;19:1761-70.
27. Fernandes AP, Januário JN, Cangussu CB, et al. Mortality of children with sickle cell disease. A population study. *J Pediatric (Rio J)* 2010;86:279-84.
28. Sabarese AP, Lima GO, Silva LM, Viana MB. Characterization of mortality in children with sickle cell disease diagnosed through the Newborn Screening Program. *J Pediatr* 2015;91:242-7.
29. Therrell BL, Padilla CD, Loeber JG, et al. Current status of newborn screening worldwide: 2015. *Semin Perinatol* 2015;39:171-87.
30. Streetly A. Positive screening and carriers results for the England wide universal newborn sickle cell screening program by ethnicity and area for 2005-2007. *J Clin Pathol* 2010;63:626-9.
31. Bouva MJ, Mohrmann K, Brinkman HB, et al. Implementing neonatal screening for haemoglobinopathies in the Netherlands. *J Med Screen* 2010;17:58-65.
32. Jans SM, van El CG, Houwaart ES, et al. A case study of haemoglobinopathy screening in the Netherlands: witnessing the past, lessons for the future. *Ethn Health* 2012;17:217-39.
33. Gulbis B, Cotton F, Ferster A, et al. Neonatal haemoglobinopathy screening in Belgium. *J Clin Pathol* 2009;62:49-52.
34. Cela E, Bellón JM, de la Cruz M, et al. SEHOP-Hemoglobinopathies Study Group (Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas). National registry of hemoglobinopathies in Spain (REPHem). *Pediatr Blood Cancer* 2017;64:7. doi: 10.1002/pbc.26322. Epub 2016 Nov 2.
35. Lobitz S, Frömmel C, Brose A, et al. Incidence of sickle cell disease in an unselected cohort of neonates born in Berlin, Germany. *Eur J Hum Genet* 2014;22:1051-3.
36. Frömmel C, Brose A, Klein J et al. Newborn screening for sickle cell disease: technical and legal aspects of a German pilot study with 38,220 participants. *Biomed Res Int* 2014;2014:695828. doi: 10.1155/2014/695828. Epub 2014 Jul 23.
37. Kunz JB, Cario H, Grosse R, et al. The epidemiology of sickle cell disease in Germany following recent large-scale immigration. *Pediatr Blood Cancer* 2017;64(7). doi: 10.1002/pbc.26550. Epub 2017 Apr 6.
38. Thuret I, Sarles J, Merono F, et al. Neonatal screening for sickle cell disease in France: evaluation of the selective process. *J Clin Pathol* 2010;63:548-51.
39. Menzato F, Colombatti R, Sainati L. Gestione delle principali urgenze nella drepanocitosi in età pediatrica. *Quaderni acp* 2016;23:74-6.
40. Po' C, Colombatti R, Cirigliano A, et al. The management of sickle cell pain in the emergency department: a priority for health systems. *Clin J Pain* 2013;29:60-3.
41. Colombatti R, Perrotta S, Masera N, et al. Lessons learned from the H1N1 pandemic: the need to improve systematic vaccination in Sickle Cell Disease children. A multi center survey in Italy. *Vaccine* 2011;29:1126-8.
42. Montanaro M, Colombatti R, Pugliese M, et al. Intellectual function evaluation of first generation immigrant children with sickle cell disease: the role of language and socio-demographic factors. *Ital J Pediatr* 2013;39:36. doi: 10.1186/1824-7288-39-36.
43. Manara R, Talenti G, Rampazzo P, et al. Longitudinal evaluation of cerebral white matter hyperintensities lesion volume in children with sickle cell disease. *Br J Haematol* 2017;176:485-7.
44. Colombatti R, Montanaro M, Guasti F, et al. Comprehensive care for sickle cell disease immigrant patients: a reproducible model achieving high adherence to minimum standards of care. *Pediatr Blood Cancer* 2012;59:1275-9.
45. Colombatti R, Meneghetti G, Ermani M, et al. Primary stroke prevention for sickle cell disease in north-east Italy: the role of ethnic issues in establishing a Transcranial Doppler screening program. *Ital J Pediatr* 2009;35:15. doi: 10.1186/1824-7288-35-15.
46. Marzollo A, Calore E, Tumino M, et al. Treosulfan-Based Conditioning Regimen in Sibling and Alternative Donor Hematopoietic Stem Cell Transplantation for Children with Sickle Cell Disease. *Mediterr J Hematol Infect Dis* 2017;9:e2017014.
47. Del Vecchio GC, De Santis A, Giordano P, et al; AIEOP ITP Study Group. Management of acute childhood idiopathic thrombocytopenic purpura according to AIEOP consensus guidelines: assessment of Italian experience. *Acta Haematol* 2008;119:1-7.
48. Barone A, Lucarelli A, Onofrillo D, et al. Diagnosis and management of acquired aplastic anemia in childhood. Guidelines from the Marrow Failure Study Group of the Pediatric Haemato-Oncology Italian Association (AIEOP). *Blood Cells Mol Dis* 2015;55:40-7.
49. Ladogana S, Maruzzi M, Samperi P, et al. AIHA Committee of the Italian Association of Paediatric Onco-haematology (AIEOP). Diagnosis and management of newly diagnosed childhood autoimmune haemolytic anaemia. Recommendations from the Red Cell Study Group of the Paediatric Haemato-Oncology Italian Association. *Blood Transfus* 2017;15:259-67.
50. Colombatti R, Perrotta S, Samperi P, et al. Italian Association of Pediatric Hematology-Oncology (AIEOP) Sickle Cell Disease Working Group. Organizing national responses for rare blood disorders: the Italian experience with sickle cell disease in childhood. *Orphanet J Rare Dis* 2013;8:169. doi: 10.1186/1750-1172-8-169.
51. Ivaldi G, Barberio G, Caruso V, et al. Raccomandazioni per la diagnosi neonatale delle emoglobinopatie. *Biochim Clin* 2015;39:116-32.
52. Ballardini E, Tarocco A, Marsella M, et al. Universal neonatal screening for sickle cell disease and other haemoglobinopathies in Ferrara, Italy. *Tranfus Blood* 2013;11:245-9.
53. Rolla R, Castagno M, Zaffaroni M, et al. Neonatal screening for sickle cell disease and other hemoglobinopathies in the changing Europe. *Clin Lab* 2014;60:2089-93.
54. Martella M, Cattaneo L, Viola G, et al. Universal newborn screening for sickle cell disease: preliminary results of the first year of a multicentric Italian pilot project. Abstract E1489 at the 22nd EHA Congress, Madrid 22-25 June 2017.
55. Telfer P, Coen P, Chakravorty S, et al. Clinical outcomes in children with sickle cell disease living in England: a neonatal cohort in east London. *Haematologica* 2007;92:905-12.
56. McGann P. Improving survival for children with SCD: newborn screening is only the first step. *Paediatric Int Child Health* 2015;35:285-6.

Le politiche vaccinali in Italia. Intervista a Stefania Salmaso



A cura di Rosario Cavallo

Gruppo ACP Prevenzione Malattie Infettive

Il calo delle coperture vaccinali riscontrato negli ultimi anni ha preoccupato tutto il mondo della Sanità. Le cause sono sicuramente molteplici (attivismo dei movimenti antivax, accesso a ogni tipo di informazione attraverso il web, perdita della memoria dei danni da malattia ecc.); gli effetti si estrinsecano in una diffusa sensazione di insicurezza ed esitazione, dovuta fondamentalmente al venire meno di un rapporto fiduciario con la Istituzione e con gli operatori.

La soluzione “vera” del problema non può quindi prescindere dal recupero di questo rapporto, premessa indispensabile per ottenere un intimo convincimento per la scelta vaccinale, tanto più in quanto l'attuale oggettiva complessità del calendario pone seri problemi a una corretta informazione dell'utente.

Il recente decreto che ha reso obbligatorie 12 vaccinazioni, se anche potesse nell'immediato ottenere qualche risultato sul recupero di alcune situazioni di sospensio-

ne e/o ritardo, rischia in prospettiva addirittura di complicare ulteriormente la situazione, dato che rafforza la sensazione purtroppo diffusa di scarsa trasparenza. Abbiamo riscontrato nella sua analisi, pubblicata recentemente (https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=1803657859945894&substory_index=0&id=1802090946769252), molti punti di assonanza con quanto l'Associazione Culturale Pediatri dice da anni, spesso controcorrente.

Lei afferma che “alcune vaccinazioni hanno motivi particolari per meritare di essere offerte in modo coordinato e prioritario”. Noi abbiamo da sempre proposto di considerare una specie di “fast track” per i vaccini contro le malattie diffuse o (in caso di vaccini polivalenti) per i vaccini che contengono quelli contro le malattie molto diffuse. Le modalità per realizzare la priorità potrebbero essere varie, non escludendo nemmeno l'obbligo, riservato però solo ai casi strettamente necessari, quelli

per cui può realizzarsi un vero rischio epidemiologico. Nella realtà delle attuali coperture l'eventualità dell'obbligo potrebbe essere considerata per morbillo e rosolia, forse pertosse in determinati ambiti... Una modalità alternativa potrebbe essere quella di offrire la somministrazione gratuita di vaccini più popolari (come gli antimeningococchi) solo per chi ha effettuato tutte le raccomandate e prioritarie, facendo invece pagare il vaccino alle persone che non hanno accettato i vaccini prioritari. Qual è il suo parere in proposito?

SS Ci sono infezioni la cui circolazione nella popolazione generale può essere ridotta in modo efficace se una gran parte dei soggetti suscettibili vengono immunizzati in un breve arco di tempo. Riducendo il tempo durante il quale le persone rimangono suscettibili e la distanza geografica tra un suscettibile e l'altro, siamo in grado di ridurre grandemente la circolazione di agenti patogeni a trasmissione interumana e la probabilità di contagio. Queste sono le malattie verso le quali un programma organizzato può dare i massimi risultati e le scelte collettive devono essere promosse. Le attività di vaccinazione vanno “sincronizzate” il più possibile con piani concordati e il ritardo con cui ci si vaccina rispetto all'età raccomandata deve essere il minore possibile per mantenere a un minimo costante la quantità di soggetti suscettibili in grado di veicolare l'infezione prevenibile. La copertura vaccinale è critica per quelle vaccinazioni con un obiettivo di riduzione di circolazione dell'agente patogeno, come la difterite, la poliomielite, il morbillo. Quindi, quanto vaccinare e in che tempi dipende dall'obiettivo di salute da raggiungere. Non per tutte le malattie abbiamo lo stesso obiettivo di salute e non tutte richiedono lo stesso livello critico di copertura vaccinale. Per le tre già citate malattie l'obiettivo è l'eliminazione, e i costi della vaccinazione vengono ampiamente ripagati dall'assenza totale di casi per il futuro. Ma non è la stessa situazione, per esempio, per la varicella per cui anche l'infezione da virus vaccinale rimane latente nell'organismo, anche se protegge dal quadro clinico, oppure per il meningococco B per il quale

Stefania Salmaso

Laureata in Scienze Biologiche, con un diploma di perfezionamento in Statistica Sanitaria. Dal 1979 al 2015 ha lavorato presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

In Italia ha partecipato e coordinato vari progetti di epidemiologia, sorveglianza e controllo delle malattie infettive. Gran parte dell'attività scientifica originale è stata indirizzata a ricerche su vaccini e vaccinazioni.

Dal 1996 al 2004 ha diretto il Reparto di Epidemiologia delle Malattie Infettive presso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS.

Dal 2004 al 2015 ha diretto il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS conducendo ricerca epidemiologica orientata alla sanità pubblica su vari argomenti e fornendo consulenza al Ministero della Salute, alle autorità regionali di sanità pubblica e all'Agenzia Italiana per il Farmaco (AIFA).

Dal 2002 al 2015 è stata Membro del Vaccine Working Party presso l'European Agency for Medicines (EMA), Londra. Dal 2002 al 2006 Membro della Steering Committee on Immunization Safety dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Ginevra.

Dal 2003 al 2006 Membro del gruppo ETAGE sulle vaccinazioni dell'OMS, Regione Europea, Copenaghen.

Dal 2004 al 2010 Membro dell'Advisory Forum all'European Centre of Disease Control (ECDC), Stoccolma, Svezia.

Dal 2005 al 2010 è stata Membro del Global Advisory Vaccine Safety Committee, OMS, Ginevra. È autore di circa 300 pubblicazioni scientifiche nazionali e internazionali.

Dal 2016 è esperto indipendente. Non ha mai partecipato a studi sponsorizzati da case farmaceutiche, né è mai stata oggetto di trasferimenti di valore da ditte produttrici di vaccini, neanche per la partecipazione a eventi co-sponsorizzati. Non è iscritta ad alcuna associazione o società scientifica che riceve supporto da ditte produttrici di vaccini.

la vaccinazione non sembra avere effetto sullo stato di portatore e quindi sulla circolazione di questi meningococchi nella popolazione. La presenza di un obbligo vaccinale può essere strumentale per facilitare l'offerta. In Italia, dalla fine degli anni '60, abbiamo 4 vaccinazioni obbligatorie che ci forniscono occasioni opportune anche di altre due vaccinazioni nello stesso prodotto combinato. Anche per la varicella la disponibilità di vaccinati combinati permette di effettuare questa vaccinazione senza ricorrere a un programma ad hoc. La proposta di offrire le vaccinazioni in ordine di priorità è sensata se rispetta le priorità di sanità pubblica che sono diverse, ma lasciare a pagamento alcune vaccinazioni piuttosto che altre può contrastare con il raggiungimento di elevate coperture vaccinali e quindi con il raggiungimento di un risultato di sanità pubblica. Resta quindi indispensabile chiarire il risultato di sanità pubblica che ci si prefigge, ossia il guadagno di salute che si intende conseguire, tenendo presente la specifica efficacia di ogni vaccino e le coperture critiche da raggiungere, e poi adottare strategie di efficacia dimostrabile.

Lei dice che "dato che un programma pubblico richiede la partecipazione dei destinatari... deve essere in grado di rendere conto del proprio operato". Ogni programma vaccinale dovrebbe partire solo dopo aver specificato chiaramente gli obiettivi proposti e dovrebbe prevedere il puntuale report dei risultati realmente verificati e degli eventuali effetti avversi. Ovviamente ciò richiede risorse speciali, da reperire e investire *prioritariamente* prima di pensare a ogni ulteriore allargamento del calendario.

Lei pensa che finora ci sia stata sufficiente attenzione a questi aspetti? Pensa che sia semplicemente utile avere queste attenzioni o ritiene che dovrebbe essere addirittura indispensabile?

SS Essere in grado di rendere conto dell'effetto sortito è indispensabile per qualsiasi azione di sanità pubblica. Serve a giustificare le risorse impiegate e quelle ancora da impegnare e a mantenere le motivazioni delle scelte fatte. Purtroppo in Italia questo aspetto è spesso sottovalutato. Dei diversi Piani di prevenzione vaccinale (PNPV) che si sono succeduti non esiste una valutazione formale, né sappiamo l'esito puntuale di ogni obiettivo, né sono descritti e valutati i processi che hanno portato al successo o al fallimento. Nei Piani stessi non è prevista la raccolta tempestiva di indicatori di processo e di monitoraggio. Questo fa sì che la pianificazione rimanga, per alcuni aspetti, conseguente a scelte "a priori", discusse solo in via teorica

e che le esperienze passate non vengano valorizzate. È difficile giustificare l'introduzione di nuove offerte vaccinali o nuovi obblighi in assenza di dati che traccino il percorso fatto, dimostrino i risultati ottenuti, e indichino gli elementi razionali su cui sono fissati gli obiettivi da raggiungere. Anche il PNPV recentemente licenziato non richiede agli attori il monitoraggio dei processi e dei loro esiti. Nel Piano di prevenzione nazionale, varato nel 2014 e attualmente in vigore, grande attenzione è stata data alla valutazione in corso d'opera. C'è un'intera macroarea dedicata alle malattie infettive e alle vaccinazioni in cui sono enunciate chiaramente le priorità quali la presenza (e accumulo) di suscettibili in gruppi di popolazione (diversi per età, per area geografica, ecc.), l'atteggiamento di sfiducia nelle proposte istituzionali, la scarsa adesione del personale sanitario all'offerta vaccinale. Inoltre sono indicate le azioni che il Ministero della Salute dovrebbe compiere per sostenere le Regioni e le Province Autonome nelle attività di loro competenza. In particolare le priorità centrali indicate sono: completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti) e aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie). Manca un anno alla scadenza formale del Piano. Ma a che punto siamo? Inoltre non basta rendere conto solo del programma attuato, bisogna anche chiarire il più possibile allarmi che provengono anche da altri settori. Per vincere l'esitazione vaccinale è necessario rendere partecipi tutti (i destinatari dell'offerta per primi) della quantità di malattie prevenute a fronte dei rari eventi avversi alle vaccinazioni. Infatti, sebbene gli studi scientifici e la rete di farmacovigilanza dimostrino che gli eventi avversi registrati sono quasi tutti di lieve entità e che quelli gravi sono rarissimi, c'è un numero elevato (9000 presso il Ministero e 16.000 presso le Regioni) di contenziosi legali per presunti danni permanenti da vaccinazione (legge 210/92). È necessario riconciliare i due tipi di dati. La presenza di un obbligo di vaccinazione per il singolo cittadino richiede un sistema coerente e trasparente in ogni suo aspetto, forse anche di più rispetto a un'offerta passiva e volontaristica.

Lei sostiene che "un programma pubblico di vaccinazione non ha il suo fulcro nella

quantità di vaccini da somministrare... ma nella selezione di misurabili (prima e dopo) obiettivi di salute". Le società scientifiche si sono spese molto per riuscire a garantire a tutti la massima quantità di vaccini possibile dedicandosi meno agli aspetti logistici, organizzativi, relazionali, cioè a tutte quelle cose che servono per rinforzare negli operatori e quindi nella popolazione una vera cultura delle vaccinazioni. Chi saprebbe indicare (anche tra gli operatori) i precisi obiettivi e i relativi risultati della vaccinazione contro i meningococchi B o C o contro A, C, X, W135? o contro l'HPV per i maschi? o rotavirus? e cosa succede se gli obiettivi di salute indicati non sono raggiunti? (vedi caso di aspettative sul vaccino antipneumococco; quelli indicati dal PNPV 2003-'05 non corrispondono ai risultati previsti ma il vaccino non solo è sempre in calendario, ma con costi superiori a quelli previsti (shift PCV7-PCV13, estensione della offerta agli anziani...)). Questi compiti dovrebbero competere a un organismo tecnico unico nazionale che sia e che si faccia percepire autonomo e indipendente, al di sopra di ogni contiguità e conflitto di interessi. Qual è la sua opinione?

SS La selezione degli obiettivi di salute e il disegno dei relativi programmi dovrebbero essere fatti con un processo definito e noto in cui entrano in gioco tutti i portatori di interessi, ciascuno con il proprio ruolo e contributo di competenze e soprattutto evitando i possibili conflitti di interesse. È importante riconoscere che ruoli e funzioni sono (e devono essere) differenti per i diversi interlocutori. Le Società scientifiche dei professionisti sanitari hanno il compito di mettere in evidenza il punto di vista dell'operatore sanitario che in genere, essendo vicino al cittadino, privilegia il punto di vista individuale. Per questo le Società scientifiche sono favorevoli all'allargamento dell'offerta per offrire la massima protezione possibile a tutti. In fase decisionale, questo legittimo punto di vista deve poi essere temperato da altri argomenti rilevanti per la sanità pubblica, portati da istituzioni come il Ministero della Salute, che ha come priorità la salute della comunità, ma deve predisporre programmi in base a criteri di efficacia, efficienza e in linea con gli orientamenti politici. Con efficacia intendo la necessità di definire il risultato di salute conseguibile e con efficienza intendo il miglior uso delle risorse disponibili per conseguire quel risultato. Dato che i programmi devono essere attuati dalle Regioni e Province Autonome e, a cascata, dai servizi territoriali, è importante che le scelte fatte e gli impegni presi siano condivisi. Non mi sembra

necessario invocare l'istituzione di un nuovo organismo tecnico nazionale. Mi sembra però indispensabile sottolineare l'importanza di un percorso decisionale trasparente, in cui i diversi ruoli e motivazioni siano evidenziabili. In realtà già nel 2013 era stato proposto dal gruppo tecnico del Coordinamento Inter-regionale un sistema per decidere di comune accordo tra Stato e Regioni l'allargamento delle offerte vaccinali, anche per mitigare la variabilità tra le diverse aree del Paese. Il sistema prevedeva una procedura in tre fasi distinte (istruttoria scientifica, condivisione dei contenuti, emanazione di atti formali). Le tre fasi vedevano attori con ruoli diversi in modo da distinguere il momento di discussione tecnico-scientifica dal momento decisionale (in cui potevano entrare in gioco anche aspetti di politica sanitaria) e da quello normativo. Per l'istruttoria (nella proposta, affidata al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità) sarebbero state utilizzate informazioni derivabili dalla letteratura scientifica (studi primari e secondari, documenti similari ecc.), dall'analisi dei sistemi informativi esistenti, dalla consultazione di esperti sull'argomento. L'istruttoria si sarebbe conclusa con la redazione di una bozza di documento in cui evidenziare le criticità e le opzioni decisionali. In tal modo la successiva fase decisionale, in cui sarebbero stati presi in considerazione anche altri aspetti di natura organizzativa, economica e politica, sarebbe partita da una base di elementi scientifici documentati. Ovviamente un procedimento siffatto avrebbe richiesto un sistema predisposto a espletare in tempi rapidi i passaggi richiesti, invece di consultazioni libere, ma avrebbe chiarito i ruoli, le funzioni e le responsabilità. Di fatto la redazione del nuovo PNPV ha seguito un procedimento diverso, essendo stato redatto da un gruppo di lavoro del Consiglio Superiore di Sanità e sottoscritto da alcune Società scientifiche. Il documento, fatto proprio dal Ministero, è stato poi sottoposto all'approvazione in Conferenza Stato-Regioni, secondo un modello non codificato di governo dell'intero sistema.

Lei dice che "per i Piani di eradicazione di morbillo e rosolia... il più delle volte sono stati semplicemente riproposti gli obiettivi non raggiunti senza identificare quali ostacoli impedissero il successo". Ci sembra il caso più emblematico di mancato rispetto delle priorità; si sarebbe dovuto fare di tutto per sostenere gli obiettivi di questi Piani, dedicandovi le risorse necessarie e rinviando ogni altro impegno di offerta at-

tiva e gratuita a dopo il raggiungimento dei risultati prefissati.

Come giudica il fallimento non di uno ma addirittura di due Piani di eradicazione?

SS L'Italia ha sottoscritto con l'OMS l'obiettivo di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita ed è in netto ritardo sull'impegno preso. In seguito a una disastrosa epidemia di morbillo, nel 2003 nel nostro Paese fu varato un Piano di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMRC). L'applicazione di quel Piano portò a un notevole incremento della copertura vaccinale a 24 mesi (dall'80% del 2002 al 90% del 2007) e a una riduzione dei suscettibili grazie anche a campagne di recupero dei non vaccinati fino a 11 anni di età. Tuttavia il PNEMRC non raggiunse completamente i suoi obiettivi e fu reiterato otto anni dopo nel 2011, senza però alcun particolare investimento centrale (per esempio anche con una campagna informativa nazionale) e nessun risultato conclusivo. Ogni anno il numero di suscettibili al morbillo e alla rosolia si incrementa di circa 75.000 bambini che non sono vaccinati e, se sfuggiranno alle epidemie scolastiche, acquisiranno il morbillo e la rosolia da giovani adulti, come sta già succedendo in Italia in cui l'età mediana dei casi registrati di morbillo è di 27 anni (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/Infografica2017.asp>). L'epidemia corrente testimonia l'accumulo di persone suscettibili presenti, che nel frattempo sono invecchiate e sono giovani adulti che contraggono il morbillo e la rosolia. In questo caso sarebbe necessaria una azione di recupero dei suscettibili a età ben oltre i 16 anni previsti dal decreto in vigore, con una campagna straordinaria di vaccinazione.

Lei afferma anche che "ognuno di noi ha avuto modo di vaccinarsi o meno secondo la residenza... nessun investimento è stato fatto sulla macchina organizzativa". Pensiamo che sarebbe opportuno/necessario stabilire che le politiche vaccinali debbano tornare sotto una regia unica nazionale e che si debbano stabilire LEA dettagliati sui minimi accettabili della macchina organizzativa, da rispettare in ogni angolo di Italia, dedicando gli investimenti necessari prima di qualunque altro possibile ampliamento dell'offerta di nuovi vaccini. Lei ritiene che sia sensato parlare in questo modo o ritiene, come ci è stato risposto per anni, che nulla vietava di fare entrambe le cose (allargare l'offerta e migliorare la macchina organizzativa).

SS Se le decisioni sulle politiche vaccinali vengono prese in modo condiviso e trasparente a tutti i livelli, risulta chiaro l'impegno richiesto a ogni categoria di at-

tori: Ministero, Regioni, ASL, Pediatri e Cittadini. In base all'impegno che grava su ogni livello o gruppo di interlocutori è possibile stabilire la fattibilità in termini di risorse. Certamente l'acquisto di vaccini non è l'elemento più costoso del budget richiesto, ed è una proporzione piccolissima della spesa sanitaria complessiva. Tuttavia sembra inutile continuare a pensare di allargare un'offerta attiva con più vaccini, più destinatari, quando il personale dedicato è ridotto, gli investimenti tecnologici assenti, la formazione e l'informazione carenti.

Ritiene che imporre l'obbligo per vaccinazioni relativamente alle quali non siano proponibili motivazioni di Salute Pubblica (con gli attuali tassi di copertura pensiamo a difterite, tetano, epatite B, meningococco B e C e quadrivalente, parotite, Hib) esponga a ricorsi e conflitti che allontanano ancora di più le parti?

SS Ogni allargamento dell'obbligo deve essere ben motivato e si corre comunque il rischio che venga percepito come una limitazione alla libertà di scelta personale. Inoltre l'obbligo impone anche la disponibilità di compensare eventuali "danni" da vaccinazione. La legge 25 febbraio 1992, n. 210, recante "Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati", riconosce ai soggetti che a seguito di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati hanno riportato danni irreversibili, il diritto a percepire un indennizzo, vitalizio, da parte dello Stato. Nel caso delle vaccinazioni tale beneficio è riconosciuto a seguito dell'accertamento del nesso causale tra l'infermità e la vaccinazione obbligatoria da parte della commissione medica ospedaliera competente per territorio, e l'importo è parametrato alla gravità del danno. È facile prevedere che un allargamento dell'obbligo comporterà in proporzione un aumento delle richieste di indennizzo. A oggi i contenziosi aperti sono migliaia. Avremo una copertura economica anche solo per gestirne molti altri? Certamente chi, a torto o a ragione, rimarrà in attesa di un verdetto per molto tempo contribuirà ad alimentare i timori e la sfiducia della popolazione.

Ritiene che la previsione di impedimento di iscrizione alla scuola dell'obbligo potrà portare alla effettuazione di certe vaccinazioni (Hib, meningococco) in età in cui l'effetto vaccinale sarà meno vantaggioso?

SS Certamente la vaccinazione contro Hib in età oltre i 4 anni sarebbe problema-

tica, dato che la scheda tecnica del vaccino monovalente indica che “la vaccinazione di routine oltre i 4 anni di età non è raccomandata”. Attualmente la vaccinazione contro Hib viene effettuata oltre i 4 anni di età solo per le persone con particolari condizioni di salute che li mettono a rischio di malattia invasiva, ma non è praticata in altre situazioni. Una valutazione tecnica indipendente e competente della proposta politica avrebbe evidenziato questa criticità.

Noi riteniamo che l’obbligo vaccinale sia più facilmente proponibile per gli operatori sanitari. Qual è la sua opinione?

SS Le basse coperture vaccinali tra gli operatori sanitari sono a dir poco sconcertanti. Lo studio internazionale “HProImmune: promozione delle vaccinazioni fra gli operatori sanitari” condotto nel 2013 ha dimostrato che per gli operatori sanitari l’adesione all’offerta di vaccinazione è considerata una questione quasi ideologica e non solo basata sulle evidenze scientifiche, di cui spesso gli operatori sanitari non hanno una conoscenza completa. Le opinioni personali e i dubbi degli operatori sanitari presentano analogie con quelli della popolazione generale. Sembra assurdo pensare che per un operatore che lavora con persone fragili o comunque malate non sia obbligatorio essere immune (o almeno vaccinato) contro infezioni pericolose e prevenibili. Se non si introduce un obbligo, almeno andrebbero previsti dei criteri di idoneità per i sanitari che sono in contatto con persone particolarmente a ri-

schio. È anche scandaloso che nell’epidemia corrente di morbillo, circa 240 casi siano operatori sanitari.

Il Ministero dovrebbe garantire la presenza di un perito esperto per ognuna delle cause di indennizzo in corso e dovrebbe rendere pubbliche le motivazioni sui 609 casi già definiti (spesso in modo improprio), per rafforzare con la massima trasparenza possibile la percezione di non avere nulla da nascondere. Nella massima parte dei casi gli indennizzi sono stati concessi con molta generosità rispetto alla dimostrazione di un riconoscibile nesso di causalità. L’attribuzione di un credibile nesso di causalità tra evento avverso denunciato e vaccino dovrebbe essere stabilita da commissioni specificamente competenti. Destinare risorse a questi aspetti servirebbe a rafforzare la credibilità del Sistema. Ritiene utile tutto ciò o ritiene più utile destinare le poche risorse a sempre nuove vaccinazioni?

SS Credo che la questione sia complicata, data la necessaria indipendenza delle vertenze legali e l’impatto che invece le sentenze provocano nell’opinione pubblica, ma ci sono alcune proposte che potrebbero aiutare a rendere più trasparente la situazione: 1. Istituzione di una sola commissione nazionale indipendente, ma scientificamente accreditata, per la valutazione delle richieste e l’ammissibilità della richiesta alla vertenza legale; 2. Pubblicazione periodica delle richieste ricevute, dei danni riportati, dei vaccini coinvolti, e delle risultanze legali; 3. Segnalazione au-

tomatica al Sistema Nazionale di Farmacovigilanza delle richieste ricevute; 4. Impegno dell’avvocatura dello Stato a discutere tutte le richieste ricevute; 5. Riconoscimento in tempi rapidi dei casi di danno riconosciuto e identificazione della causa (vaccino? somministrazione? ecc.).

Pensa che sia utile/necessario pronunciarsi pubblicamente su questi punti rivolgendosi a Ministero e Società scientifiche firmatarie del Calendario per la vita per sottolineare l’urgenza e la necessità di stabilire queste priorità indirizzate al ristabilimento di un patto di alleanza col cittadino utilizzatore attraverso il recupero di una relazione di fiducia?

SS Sono convinta che il nostro Servizio Sanitario Nazionale abbia gli strumenti per gestire meglio il nostro programma di vaccinazione, ma è prioritario recuperare e definire il modello decisionale per l’offerta di vaccinazione in Sanità pubblica. In tal modo si può recuperare fiducia in un sistema trasparente, comprendere e sperabilmente condividere le motivazioni. In secondo luogo vanno dichiarati gli obiettivi di salute di ogni singola vaccinazione offerta dal sistema pubblico e vanno dimostrati i risultati conseguiti e le evidenze a sostegno delle scelte. In terzo luogo va potenziata la macchina organizzativa di offerta con un investimento sul personale e sull’educazione sanitaria e va reso ancora più efficiente il sistema di verifica e valutazione degli eventi avversi.

✉ rosario.cavallo.2qkp@alice.it

Il massaggio infantile: uno scenario clinico

Costantino Panza

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

Lo scenario clinico affronta il tema del massaggio del neonato a termine o del lattante sano, una opportunità che viene spesso offerta ai genitori da molti operatori professionali o paraprofessionali. La bibliografia a disposizione è vasta e gli studi pubblicati presentano spesso scarsa qualità metodologica, rischi di bias ed una estrema varietà negli esiti ricercati. Attualmente non sono presenti consistenti prove di efficacia tale da permettere la prescrizione di questa pratica a tutti i bambini, ma sono presenti spunti teorici e prove di efficacia in alcuni trial per un possibile sostegno nell'interazione genitore-bambino in situazioni specifiche.

The clinical scenario addresses the topic of infant massage, an opportunity often offered to parents by many health professional. The bibliography available is vast and the published studies often have poor methodological quality, bias risks and an extreme variety in the outcomes sought. There is currently no consistent evidence of efficacy enabling the prescription of this practice to all children, but there are theoretical tips and efficacy tests in some trials for a possible support in parent-child interaction in specific situations.

Caso clinico

La mamma di Rosa, tre mesi, alla fine del bilancio di salute mi informa che è intenzionata a partecipare a un corso sul massaggio infantile (MI), tenuto da personale paraprofessionale. È stata informata di questa opportunità dalle altre mamme del gruppo WhatsApp e ne aveva avuto conoscenza durante il corso preparto. Mi chiede se è un'attività che fa bene. «Perché desidera farlo?», «Le altre mamme e la massaggiatrice mi hanno detto che riduce il pianto e la fa dormire...».

Confermano la credenza della mamma?

Background

L'importanza della stimolazione tattile nelle cure genitoriali e nello sviluppo dell'attaccamento è stata riconosciuta nell'animale [1] e nella nostra specie da molti decenni [2]. I primati investono molto tempo nel contatto pelle a pelle; il contatto fisico, utilizzato come forma di interazione con l'altro, aumenta in proporzione alle dimensioni del gruppo sociale di appartenenza. Nella specie umana, le cure prossimali possono differire ampiamente nelle diverse culture: per esempio, in Bangladesh le madri massaggiano l'intero corpo del bambino almeno tre volte al giorno, e in alcune zone dell'India il massaggio del lattante è riconosciuto essere un atto di prevenzione dalle malattie cardiocircolatorie e dell'apparato scheletrico; le più antiche testimonianze scritte di questa pratica risalgono a più di 4000 anni fa [3].

Il contatto pelle a pelle

Attualmente il tatto è riconosciuto essere una delle principali modalità di comunicazione tra il genitore e il proprio figlio nei primi mesi di vita [4]. Il contatto pelle a pelle tra mamma e neonato subito dopo la nascita promuove la stabilizzazione del neonato, l'allattamento al seno, favorendo la durata dell'allattamento e la percentuale di donne che allattano esclusivamente al seno anche in chi ha subito il taglio cesareo [5]. La pratica del Kangaroo care, ossia il precoce, continuo e prolungato contatto pelle a pelle tra neonato e mamma associato all'allattamento esclusivo al seno, alla dimissione precoce dal nido e a un continuo follow-up a domicilio, riduce la mortalità, il rischio di sepsi neonatale, l'ipotermia, l'ipoglicemia, la probabilità di ricovero ospedaliero, migliora le misure di stabilizzazione del neonato (temperatura, frequenza respiratoria), la crescita della circonferenza cranica e infine promuove l'allattamento al seno [6]. All'interno delle terapie intensive neonatali sono presenti alcuni programmi che promuovono l'esperienza comunicativa anche attraverso il contatto tattile tra genitore e neonato in modo da favorire una riduzione dello stress del genitore e per migliorare l'interazione tra neonato e genitori [7].

Definizione di massaggio infantile

Il MI può essere definito come la stimolazione della pelle per mezzo della mano di una persona. Alcuni ricercatori definiscono

no il MI come un tocco a pressione media sul corpo, una pressione moderata tale da modificare il colore della pelle da rosa a bianco (nei bambini di carnagione chiara) o tale da produrre una lieve depressione nella superficie della pelle in una combinazione di esperienza tattile e di pressione. Molto spesso gli interventi sono variamente combinati con carezze (*comforting touch*), stimolazioni chinestesiche, flessione-estensioni degli arti, e contatto pelle a pelle come nella Kangaroo Mother Care [3]. In letteratura sono riportati diversi approcci nella modalità di somministrazione del massaggio con o senza utilizzo di oli (Box 1).

Massaggio nei neonati pretermine

Nei nati pretermine ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale la pratica del massaggio può avere una lieve influenza positiva sullo sviluppo misurato secondo la scala di Baley e la crescita in peso, con risultati contrastanti su altri esiti come la durata del ricovero, l'intake calorico, i parametri fisiologici, le modificazioni comportamentali e il benessere materno, come indicato da una recente metanalisi [3]. Nella ricerca di una plausibilità biologica di tali effetti, alcune ricerche hanno indicato come il MI possa favorire la maturazione del sistema nervoso nel lattante stimolando la secrezione di sostanze neuroendocrine necessarie per la crescita, modulando la secrezione di cortisolo e stimolando l'attività vagale, favorendo in questo modo la secrezione di ormoni gastrointestinali coinvolti nell'assorbimento dei cibi, anche se non ci sono prove dirette di tutti questi meccanismi di azione [3].

Massaggio infantile e depressione materna

Recentemente è stato prospettato che l'esperienza tattile materna possa favorire l'interazione con il neonato, favorendo i processi comunicativi legati all'intersoggettività e quindi allo sviluppo della mente del bambino [4]. In particolar modo, se la mamma è in una situazione di depressione, l'esperienza del MI riduce i segni di stress e gli stati emotivi negativi del bambino e migliora la sua interazione con sor-

BOX 1. Modalità di massaggio infantile.

Tra le molte modalità di massaggio infantile presentiamo le più frequentemente utilizzate negli studi scientifici pubblicati.

- > **Massaggio secondo Field:** tecnica di massaggio che prevede una stimolazione tattile e chinetica, della durata di 15 minuti, suddivisa in tre fasi di 5 minuti, eseguita dopo il pasto. Nella prima e terza fase il bambino è prono e nella seconda fase supino. Le stimolazioni rispettano precise sequenze di esecuzione.
- > **Massaggio secondo Vaivre-Douret:** due sedute giornaliere di massaggi di 15 minuti ciascuna utilizzando oli vegetali, con stimolazioni tattili a partire dall'addome fino a raggiungere le estremità. Alla fine sono utilizzate stimolazioni chinetiche del capo.
- > **Massaggio secondo Vimala McClure:** pratica che raccoglie tradizioni dall'India e dalla Svezia. Prevede un contatto molto delicato della mano con la pelle del neonato con movimenti sull'intero corpo, seguendo una geografia ben delineata descritta da 6 particolari regioni anatomiche. La pressione è regolata dai segnali espressi dal lattante.
- > **Massaggio secondo Mathai:** di tradizione indiana, praticato dal 3° giorno di vita per cinque giorni. Prevede due serie di manipolazioni pressorie con il bambino supino e prono, e una terza serie di manipolazioni chinetiche. Vengono utilizzati oli minerali.
- > **Massaggio dei meridiani:** di tradizione orientale, consiste in alcune serie di massaggi della durata di 15 minuti ciascuna al giorno per 4-6 settimane. I massaggi seguono il decorso di 14 meridiani.

risi e vocalizzi rivolti alla mano che lo accarezza [8,9]. Il MI pertanto potrebbe aiutare le mamme depresse a osservare e comprendere con chiarezza i segnali provenienti dal bambino, migliorando in questo modo l'interazione diadica [10].

Massaggio infantile e disponibilità emotiva

Uno studio sperimentale ha arruolato 20 mamme e i loro bambini di età compresa tra 2 e 7 mesi. L'intervento è consistito nell'insegnamento di tecniche di MI svolte in tre distinte sedute ogni 7 giorni [11]. Dopo un periodo di 1 mese i ricercatori hanno misurato la disponibilità emotiva della madre secondo la Emotional Availability Scale [12], una misura della qualità affettiva dell'interazione tra madre e figlio. Sono inoltre stati valutati il supporto sociale, la soddisfazione di coppia e il distress psicologico della madre. Al follow-up è stato rilevato un netto miglioramento della qualità dell'interazione in tutte le 6 dimensioni della scala: sensibilità, strutturazione dell'attività, non intrusività, non ostilità, responsività del bambino e coinvolgimento del bambino. I ricercatori concludono indicando un possibile effetto del massaggio sulla capacità del genitore di essere emotivamente aperto nei confronti dei segnali del bambino, inteso come soggetto attivo e responsivo a livello comunicativo, migliorando altresì la capacità del genitore di mostrarsi pronto a cogliere i segnali del bambino. Tuttavia l'assenza di un gruppo di controllo e la scarsa numerosità del campione non possono dare in alcun modo conferma a questa stimolante ipotesi.

Domanda strutturata

In un lattante nato a termine e in buona salute [POPOLAZIONE] il massaggio

[INTERVENTO] in confronto alle normali cure [CONFRONTO] è efficace nella promozione dello sviluppo, della salute fisica, della salute mentale oppure del benessere della mamma [OUTCOME]?

Strategia di ricerca

Abbiamo ricercato sulla banca dati secondaria *Cochrane Library* dove troviamo una revisione sistematica sul MI nei bambini al di sotto dei 6 mesi di vita [13].

Su *PubMed* abbiamo eseguito la ricerca con la stringa: Massage OR 'Massage Therapy' OR Touch. In questa ricerca abbiamo utilizzato i seguenti limiti: Randomized Controlled Trial, Meta-Analysis, Systematic Reviews, Child: birth-23 months. Sono emersi 299 articoli. Di questi abbiamo quindi raccolto gli articoli comparsi dopo la revisione sistematica *Cochrane* aggiornata al 20 dicembre 2011. Dei 127 articoli disponibili abbiamo selezionato tramite lettura del titolo o degli abstract 3 articoli di interesse di cui 1 revisione sistematica [14] e 2 RCT [15,16].

Discussione

La revisione sistematica *Cochrane*, aggiornata al 2011, valuta l'efficacia del MI sulla salute fisica e mentale in bambini sani di 0-6 mesi [13]. I revisori includono 34 RCT, escludendo gli interventi multimodali dove non era possibile separare gli effetti della stimolazione tattile, e producono 14 metanalisi su outcome fisici e 18 metanalisi su outcome mentali. Alcune metanalisi eseguite sulla crescita (lunghezza, peso, circonferenza cranica, circonferenza degli arti) hanno presentato una certa significatività, non confermata a una analisi di sensibilità a esclusione di quella sulla lunghezza (un solo RCT eseguito su una

popolazione cinese per la quale non è stato possibile eseguire l'analisi di sensibilità). È presente anche un effetto sulle abilità motorie fini e di base, e sul comportamento individuale. Tuttavia questi esiti sono stati rilevati solo su due studi con elevato rischio di bias e, nell'analisi di sensibilità, senza persistenza dell'efficacia nel follow-up. La revisione non ha rilevato effetti significativi nel temperamento del bambino, nell'interazione bambino-genitore e nello sviluppo. Solo tre studi hanno contemplato la raccolta di possibili effetti indesiderati del trattamento. Gli Autori concludono segnalando che questi risultati non supportano l'utilizzo del MI nei neonati o genitori a basso rischio in quanto le prove disponibili sono di bassa qualità, e la maggior parte degli studi non è in grado di spiegare i meccanismi biologici alla base degli esiti studiati.

La revisione sistematica di Juneau e coll., aggiornata al 2013, esclude tutti gli interventi multimodali dove siano presenti carenze o stimolazioni chinesiologiche, raccogliendo 7 RCT di cui 2 non presenti nella revisione *Cochrane* [14]. Il primo RCT contenuto in questa revisione [17] ha randomizzato 17 madri HIV positive in due gruppi: le madri del gruppo che ha effettuato MI, nel confronto con le madri del gruppo di controllo, hanno presentato minor depressione, più bassi livelli di stress e attitudine positiva nel contatto fisico con il bambino; questi ultimi hanno avuto un significativo aumento di peso e di lunghezza ($p > 0,01$). Il secondo RCT [18] ha valutato l'effetto del MI nei primi giorni di vita sulla bilirubinemia in 42 neonati: nel gruppo di intervento erano presenti più scariche di feci al quinto giorno di vita ($p < 0,05$) e un decremento dei livelli di bilirubinemia al quarto giorno ($p < 0,001$), senza la proposta di una possibile spiegazione sul meccanismo biologico alla base di questo effetto. Infine, gli Autori di questa metanalisi segnalano l'estrema variabilità delle tecniche di massaggio utilizzate, dell'utilizzo di diversi tipi di olio (minerale, di sesamo, di mostarda, vegetale), della frequenza delle manipolazioni, da 1 v/settimana a 1 v/die nei diversi trial, concludendo con un'assenza di prove a supporto dell'uso del MI nella popolazione universale, ma con la possibilità di valutare caso per caso [14].

Un trial randomizzato controllato a tre bracci svolto in Florida ha confrontato due interventi psicoeducativi della durata di 4 settimane con un gruppo di controllo in 138 madri in cura per abuso di sostanze. Il primo gruppo di intervento ha eseguito sessioni settimanali in piccoli gruppi di mamme (n. 4-6) dove erano insegnate tec-

niche di MI associate a semplici giochi da fare con il lattante e canti interattivi. Nel secondo gruppo l'intervento psicoeducativo escludeva la pratica del MI. Il gruppo di controllo era impegnato in un trattamento standard (frequenza ai servizi sociali, educazione alla funzione genitoriale). Al controllo, dopo 8 settimane dalla fine dell'intervento, le madri dei due bracci di intervento presentavano minori sintomi di depressione ($p < 0.001$) e minore stress ($p = 0.002$), mentre non erano presenti differenze nell'autostima, nello stile di attaccamento o nell'interazione con il bambino. Le madri che praticavano il MI presentavano livelli di stress significativamente inferiori anche rispetto al secondo gruppo di intervento [15].

161 diadi, con madre HIV sieropositiva e neonato sieronegativo, sono state arruolate in un RCT in Sudafrica che aveva come obiettivo la valutazione dell'efficacia del MI sulla crescita staturale-ponderale e sullo sviluppo all'età di 9 mesi del bambino. Le mamme del gruppo di intervento (n. 73) sono state invitate a massaggiare il proprio bambino, dopo aver appreso la tecnica, dall'età di 6 settimane fino all'età di 9 mesi con rinforzi ogni 2 settimane, durante le visite di controllo. Il gruppo di controllo (88 mamme) praticava le normali visite di controllo. 113 diadi hanno completato il follow-up, con un dropout del 30%. Nonostante le madri del gruppo di intervento presentassero al follow-up un aumento significativo di sintomi depressivi e ansiosi, i bambini, all'età di 9 mesi, hanno mostrato punteggi significativamente migliori nella sezione del linguaggio della scala di Griffith ($p < 0.03$) e nel quoziente cognitivo generale ($p = 0.03$) rispetto al gruppo di controllo. I dati antropometrici non variavano tra i due gruppi. Gli Autori di questo intervento spiegano questo esito con il fatto che il massaggio stimola i recettori di pressione producendo una più alta attività vagale con un conseguente incremento dell'attenzione, dell'espressione di gioia e di interesse a una maggiore vocalizzazione da parte del lattante [16].

Conclusioni

Il MI raggruppa numerose modalità di tecniche di stimolazione tattile e pressoria utilizzate in molte culture già da millenni. La letteratura scientifica, pur ricca di contributi, ha prodotto pochi RCT di scarsa qualità metodologica, a rischio di bias e con ridotta numerosità. Rispetto agli esiti nel bambino pretermine, dove sembra siano presenti alcune prove di efficacia, nel bambino a termine senza fattori di rischio familiari non abbiamo chiare prove di efficacia su esiti fisici o mentali o di sviluppo. Alcuni recenti trial hanno esplorato, con successo, l'intervento con il MI su alcune madri a rischio con esiti positivi sul benessere materno o sullo stato mentale del bambino.

Cosa rispondo alla mamma di Rosa? Non ho specifici motivi di proscrivere o, al contrario, di promuovere il MI in questa famiglia. Spiego alla mamma che il massaggio può essere una esperienza piacevole, ma deve essere condivisa anche dalla bambina: è importante riconoscere i segni di benessere offerti dal massaggio o dal contatto della mano sul corpo della bambina e non insistere con la stimolazione se la bambina mostra segni di insoddisfazione. Chiedo anche di essere informato sulle impressioni e sugli effetti di questa esperienza.

✉ costpan@tin.it

1. Harlow HF. The nature of love. *American psychologist* 1958;13:673-85.
2. Bowlby J. Attachment, Vol. 1 of Attachment and loss. Hogarth Press, 1969.
3. Badr LK, Abdallah B, Kahale L. A Meta-Analysis of Preterm Infant Massage: An Ancient Practice With Contemporary Applications. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2015;40:344-58.
4. Beebe B, Jaffe J, Markese S, et al. The origins of 12-month attachment: a microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attach Hum Dev* 2010;12:3-141.
5. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 Nov 25;(11):CD003519.

6. Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2016;137: e20152238.
7. Welch MG, Myers MM. Advances in family-based interventions in the neonatal ICU. *Curr Opin Pediatr* 2016;28:163-9.
8. Peláez-Nogueras M, Field TM, Hossain Z, et al. Depressed mothers' touching increases infants' positive affect and attention in still-face interactions. *Child Dev* 1996;67:1780-92.
9. Onozawa K, Glover V, Adams D, et al. Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *J Affect Disord* 2001;63:201-7.
10. Kersten-Alvarez LE, Hosman CMH, Riksen-Walraven JM, et al. Which preventive interventions effectively enhance depressed mothers' sensitivity? A meta-analysis. *Infant Ment Health J* 2011;32:362-76.
11. Porreca A, Parolin M, Bozza G, et al. Infant Massage and Quality of Early Mother-Infant Interactions: Are There Associations with Maternal Psychological Wellbeing, Marital Quality, and Social Support? *Front Psychol* 2017;7:2049.
12. Biringen Z, Easterbrooks MA. Emotional availability: concept, research, and window on developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 2012;24:1-8.
13. Bennett C, Underdown A, Barlow J. Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Apr 30;(4):CD005038.
14. Juneau AL, Aita M, Héon M. Review and Critical Analysis of Massage Studies for Term and Preterm Infants. *Neonatal Netw* 2015;34:165-77.
15. Porter LS, Porter BO, McCoy V, et al. Blended Infant Massage-Parenting Enhancement Program on Recovering Substance-Abusing Mothers' Parenting Stress, Self-Esteem, Depression, Maternal Attachment, and Mother-Infant Interaction. *Asian Nurs Res* 2015;9:318-27.
16. Perez EM, Carrara H, Bourne L, et al. Massage therapy improves the development of HIV-exposed infants living in a low socio-economic, peri-urban community of South Africa. *Infant Behav Dev* 2015;38:135-46.
17. Oswalt K, Biasini F. Effects of infant massage on HIV-infected mothers and their infants. *J Spec Pediatr Nurs* 2011;16:169-78.
18. Chen J, Sadakata M, Ishida M, et al. Baby massage ameliorates neonatal jaundice in full-term newborn infants. *Tohoku J Exp Med* 2011;223:97-102.

I tropici in ambulatorio: infezioni e infestazioni intestinali



Fabio Capello

UO di Pediatria, Ospedale "G.B. Morgagni - L. Pierantoni", AUSL della Romagna, Forlì

Le affezioni gastrointestinali sono tra i quadri clinici più frequenti nelle aree in via di sviluppo dove le diarree acute sono la seconda causa di morte nei bambini sotto i cinque anni di età [1,2]. Le precarie condizioni sanitarie e la carenza di acqua potabile e di servizi igienici rappresentano i determinanti epidemiologici più importanti. I patogeni responsabili delle diarree infettive (Tabella 1) e delle infestazioni intestinali (Tabella 2) sono numerosi. Molti sono tipici delle zone tropicali, e il riscontro è relativamente raro alle nostre latitudini; alcuni possono essere importati come conseguenza di viaggi o di fenomeni migratori (Tabella 3) [3,4]; altri ancora sono endemici anche nei Paesi industrializzati, ma sottodiagnosticati perché autoli-

mitanti e non sempre considerati nella diagnosi differenziale. Talora la patologia intestinale si sovrappone ad altre situazioni concomitanti rendendo più difficile orientarsi correttamente.

Qualche caso

Di seguito, la breve descrizione di alcune situazioni non così rare come potrebbe sembrare.

S. è una ragazza di 12 anni, giunta in Pronto Soccorso per episodio sincopale e disidratazione per una diarrea profusa che persisteva da due settimane. Era già stata vista alcuni giorni prima presso un altro ospedale, nel corso di una epidemia di rotavirus e pertanto trattata con ondansetron, reidratante orale e probiotici. La per-

sistenza dei sintomi e di eosinofilia all'emocromo consigliavano una ricerca più approfondita delle cause della diarrea che portava a una positività nelle feci della PCR per *Giardia lamblia*. Il trattamento con metronidazolo risolveva rapidamente il quadro.

M. è una ragazza senegalese di 11 anni, da poco giunta in Italia, che lamenta da diversi mesi un non meglio descritto sanguinamento rettale ricorrente senza altri sintomi associati di rilievo. Alla colonscopia si evidenzia la presenza di un ascaride di circa 15 cm di lunghezza che viene asportato (Figura 1). Il trattamento con mebendazolo e metronidazolo risolve la sintomatologia solo per poche settimane. A una seconda colonscopia, tre mesi dopo, il qua-

TABELLA 1. Principali cause di diarrea acuta infettiva	
Virus	Rotavirus, Adenovirus, HAV, HEV, Poliovirus, Norovirus, HIV, virus Ebola
Batteri	Colera, E. coli O157: H7, E. coli enteropatogeno (EPEC), enteroemorragico (EHEC), enterotossigeno (ETEC), enteroaggregante (EAEC), enteroinvasivo (EIEC), diffusamente aderente (DAEC), salmonelle, Salmonella typhi e paratyphi, Shigella, <i>Mycobacterium avium-intracellulare*</i> , <i>Campylobacter</i> , Stafilococco, Clostridium
Funghi	<i>Candida species</i> , <i>Histoplasma capsulatum</i>
Parassiti	<i>Giardia</i> , <i>Microsporidium</i> , <i>Cryptosporidium</i> , Entamoeba histolytica, Strongyloides stercoralis, Isospora belli, Plasmodium falciparum, Schistosoma mansoni

*in corsivo gli agenti responsabili di diarrea acuta o cronica in AIDS conclamato e in pazienti immunodeficienti

TABELLA 2. Comuni forme di infestazione parassitaria intestinale nei paesi in via di sviluppo			
Classe	Sottoclasse	Parassita	Principali caratteristiche cliniche
Protozoi		<i>Giardia</i> , Entamoeba	Diarrea acquosa protratta, malassorbimento, diarrea con sangue
Elminti	Platelminti	Tenia, Schistosoma	Ostruzione meccanica, malassorbimento, distensione e dolore addominale
	Nematodi	<i>Ascaris lumbricoides</i> , Trichinella	Ostruzione meccanica, malassorbimento, distensione e dolore addominale
	Hookworms	<i>Ancylostoma duodenale</i> , <i>Necator americanus</i> , Strongyloides	Anemia da sanguinamento, larva currens, orticaria

TABELLA 3. Principali affezioni gastrointestinali di importazione (turisti o viaggiatori) [3,4]		
	Patogeno	Misure preventive o terapeutiche
Batteri	E. coli enterotossigeno e enteroaderente, Shigella, Salmonella, <i>Campylobacter</i> , <i>Vibrio</i> , <i>Aeromonas hydrophila</i> , <i>Plesiomonas shigelloides</i>	Terapia antibiotica (in particolare antibiotici non assorbibili a livello intestinale), probiotici, evitare cibi e liquidi non confezionati o acquistati per strada, igiene delle mani
Parassiti	Entamoeba, <i>Giardia</i> , <i>Cryptosporidium</i>	Trattamento antiparassitario con metronidazolo o tinidazolo (<i>Cryptosporidium</i> è autolimitante nei soggetti immunocompetenti), evitare cibi e liquidi non confezionati o acquistati per strada, igiene delle mani
Virus	Rotavirus, Norwalk virus, Adenovirus	Evitare cibi e liquidi non confezionati o acquistati per strada, igiene delle mani



Figura 1. *Ascaris lumbricoides* (UO di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Forlì).

dro endoscopico e istologico sarà indicativo per una colite ulcerosa.

M. (7 anni) e V. (12 anni) sono due bambini che tornano in Italia dopo un soggiorno di qualche settimana nei loro Paesi di origine, rispettivamente Marocco e Algeria. Trascorsi pochi giorni, iniziano a lamentare dolore addominale, vomito, febbre, astenia e inappetenza. Le sclere sono subitteriche con incremento della bilirubina diretta (5-8 mg/dl) e le transaminasi raggiungono valori di 30-60 volte la norma, per poi discendere a livelli di 2-4 volte la norma nell'arco di 10-15 giorni. La sierologia per epatite A (HAV) segnerà in entrambi una netta positività delle IgM specifiche e l'infezione contratta durante il soggiorno all'estero. Il Servizio di Igiene Pubblica compirà i necessari accertamenti sui conviventi e i contatti stretti provvedendo alla loro vaccinazione per l'HAV.

Quali patogeni per quali bambini

Per quanto, come vedremo, la terapia delle gastroenteriti sia sempre sostanzialmente di supporto, per alcune forme la diagnosi differenziale è fondamentale per instaurare una terapia antimicrobica ed evitare lo stabilirsi di diarree croniche e delle complicanze a esse legate. In particolare, quando ci sono storie di recenti soggiorni in Paesi tropicali, la diagnosi eziologica resta un elemento importante.

Le presentazioni cliniche possono essere complesse, ma dal punto di vista didattico è utile separare le infezioni autolimitanti che si manifestano per lo più con diarrea e sintomi acuti (generalmente infezioni batteriche o virali) dalle infestazioni parassitarie che possono cronicizzare dando quadri di diarrea acuta/protratta, sintomatologia ostruttiva o sindromi da malassorbimento anche gravi.

I dati epidemiologici sono scarsi e spesso aneddotici [5]. È utile quindi suddividere in alcuni sottogruppi i pazienti potenzialmente esposti:

1 bambini che provengono da aree endemiche e che non hanno mai soggiorna-

to in Paesi industrializzati (es. migranti e rifugiati);

- 2 bambini immigrati che vivono stabilmente in Paesi industrializzati ma che si recano spesso nei Paesi di origine;
- 3 bambini nati e cresciuti in Paesi industrializzati che si recano occasionalmente in aree endemiche nei Paesi di origine;
- 4 bambini nati e cresciuti in Paesi industrializzati che si recano occasionalmente in aree endemiche per turismo o attività ricreative.

I bambini appartenenti ai primi due gruppi sono a maggiore rischio di infestazioni parassitarie croniche, sono più protetti rispetto agli eventi acuti (infezioni e tossinfezioni batteriche, enteriti virali epidemiche) e possono essere portatori sani di patogeni quali la *Entamoeba* o la *Salmonella typhi*, latenti e potenzialmente infettanti anche per anni. Poiché è possibile (e anche probabile) che questi bambini non abbiano completato gli schemi vaccinali o non abbiano ricevuto alcun tipo di screening alla nascita, andrebbero sempre prese in considerazione malattie inconsuete per le nostre latitudini quali l'AIDS (diarree croniche) o la poliomielite (diarree acute con ipotonia o paralisi flaccida).

I bambini degli ultimi due gruppi sono, invece, particolarmente a rischio di infezioni acute soprattutto di origine batterica (ad esempio, la diarrea del viaggiatore). Nei bambini rientrati da soggiorni all'estero da pochi giorni o settimane è importante ricordare le forme da *Salmonella typhi* o *paratyphi* che possono dare quadri importanti di addome acuto e perforazione intestinale e le infezioni da epatite A ed E. Le altre infezioni batteriche o virali sono in genere forme autolimitanti, la cui diagnosi eziologica ha principalmente fini epidemiologici.

Le infestazioni da elminti, legate principalmente a carenze di natura igienico-sanitaria, sono più probabili nei bambini ap-

partenenti ai primi tre gruppi e sono meno frequenti nei bambini che soggiornano in strutture alberghiere con libero accesso ad acqua e impianti sanitari.

Le infestazioni intestinali da protozoi possono invece interessare tutte le categorie elencate. In particolare le forme da *Giardia*, che danno diarrea protratta di gravità variabile con malassorbimento, e le infezioni da *Entamoeba* che spesso esordiscono con dissenteria (feci con muco e sangue) e possono complicarsi con quadri di malnutrizione severa o forme viscerali potenzialmente letali. Infine, è importante ricordare che diarrea e vomito possono fare parte della sintomatologia della malaria.

La diagnosi eziologica è importante

Le infezioni intestinali acute tipiche dei Paesi tropicali hanno sintomi spesso sovrapponibili alle comuni forme gastroenteriche che ci sono più consuete: diarrea con feci più o meno formate, con o senza sangue, accompagnata da dolore addominale, nausea, vomito e febbre. Nelle forme croniche o da infestazione parassitaria il quadro può essere anche più complesso (Tabella 4). Il prurito anale delle elmintiasi porta il bambino a grattarsi e a reinfestarsi per reingestione delle uova. All'anamnesi, è fondamentale la storia recente di viaggi all'estero e, nel caso, l'area geografica, i contatti con animali domestici o selvatici (specie, frequenza e durata dei contatti), la residenza abituale (città o campagna), l'assunzione di cibi inusuali o esotici o comunque di cibo di strada oppure offerto da popolazione locale.

Gli esami di primo livello possono svelare un'anemia da sanguinamento o, soprattutto nelle parassitosi, carenziale da malassorbimento; le elmintiasi si accompagnano spesso ad eosinofilia nello striscio periferico [6]. La diagnosi eziologica è importante per orientare la terapia ma è anche utile a fini epidemiologici per stabilire la reale frequenza di patologie a noi poco note e

TABELLA 4. Segni e sintomi di parassitosi intestinale

Sindromi gastroenteriche	Diarrea, dissenteria, inappetenza
Sindromi da malassorbimento	Diarrea cronica, malnutrizione selettiva di micronutrienti, malnutrizione cronica, malnutrizione severa acuta, scarso accrescimento
Ostruzione meccanica	Distensione addominale, stipsi, dolore addominale, occlusione o subocclusione intestinale, perforazione intestinale, prolasso rettale
Neurologici	Scarso rendimento scolastico, crisi similconvulsive, segni focali (da lesioni espansive)
Indiretti da contaminazione extraintestinale	Tosse, sindromi da lesioni espansive (es. cisti di echinococco), anafilassi
Altri	Anemia (ridotto assorbimento del ferro o sanguinamento)

TABELLA 5. Caratteristiche delle infezioni intestinali che si presentano prevalentemente con diarrea [8]

Forma	Presentazione	Patogeno	Gravità	Incubazione	Trasmissibilità	Risoluzione
Acuta	Diarrea acquosa	Salmonella	++	12-36 ore	Settimane	Ore/giorni
		Tossina stafilococcica	+++	1-6 ore	Da cibo contaminato	Molto rapida
		E. coli	+	12-72 ore	8-10 giorni	2-3 giorni
		Rotavirus	+++	1-3 giorni	3-10 giorni	3-8 giorni
		Colera	++++	1-5 giorni	5 giorni	5-7 giorni
		Ebola	++++	1-21 giorni	21 giorni	Spesso letale
Acuta	Diarrea con sangue	Yersinia	+++	3-7 giorni	Reservoir animale	1-3 settimane
		Shigella	++++	1-7 giorni	4 settimane	Lenta
		E. coli O157:H7	++++	1-3 giorni	Reservoir animale	Può dare SEU (5-10% casi)
		Campylobacter	++	1-10 giorni	2-7 settimane	4-7 giorni
Cronica	Diarrea	Giardia	+	3-25 giorni	12-19 giorni	Lenta (mesi)
Cronica	Diarrea con sangue	Entamoeba	+++	2-4 settimane	Giorni/anni	Lenta
		Schistosoma	+	Anni	Reservoir animale	Lenta

per verificare l'insorgenza di focolai epidemici locali (Tabella 5).

Per le forme batteriche, l'esame colturale o la ricerca degli antigeni nelle feci resta il gold standard; la sierologia per i virus dell'epatite serve anche a differenziarle da altre patologie con ittero per noi meno consuete, quali la febbre gialla e le febbri emorragiche in generale, la leptospirosi o la malaria complicata. Nelle parassitosi si possono osservare macroscopicamente il verme nelle feci o, al microscopio, le uova, le cisti o anche le forme adulte [7]. Il normale ciclo vitale del parassita e la quantità di uova o di forme adulte emesse con le feci, tuttavia, influiscono sulla sensibilità di questi test che possono risultare falsamente negativi. Le tecniche di indagine molecolare con PCR su campione fecale vanno prese in considerazione nei pazienti nei quali storia clinica e potenziale esposizione siano fortemente suggestive di infestazione a fronte di una ricerca parassitologica diretta ripetutamente negativa.

Indagini sierologiche sono disponibili per molte forme parassitarie soprattutto da elminti (strongiloide, echinococco, schistosoma) ma, così come per la PCR sul campione fecale, il test non è disponibile in tutti i laboratori.

Qualche cenno di terapia

Infezioni batteriche

Generalmente, la terapia antimicrobica non è consigliata nelle forme acute gastroenteriche, ma in alcuni casi è necessario considerarla seriamente. In particolare, la febbre tifoide deve essere sempre trattata anche per ridurre il rischio di perforazione intestinale che, frequentemente, ne complica il decorso. Le molecole tradizionalmente usate contro la salmonella come amoxicillina, cotrimossazolo o acido nalidixico sono ormai sconsigliate in chi può avere contratto l'infezione in aree tropicali per la diffusa presenza di batteri resistenti.

Le cefalosporine di terza generazione come ceftriaxone e cefotaxima sono efficaci ma la risposta alla terapia è lenta e il miglioramento clinico si realizza dopo 7-10 giorni di trattamento. I fluorochinoloni sono anch'essi efficaci [8].

Nell'improbabile sospetto di colera, la terapia antibiotica non vale a ridurre la durata e l'entità della malattia, per le quali l'unica misura terapeutica efficace rimane la terapia di supporto. Tuttavia dosi singole di antibiotico (chinolonici o doxiciclina) riducono il rischio di diffusione dell'infezione. Nella diarrea del viaggiatore, che spesso è di natura batterica, la terapia con fluorochinoloni o rifaximina si è dimostrata utile nel ridurre i sintomi e la durata della malattia [9].

Infezioni virali

Quelle contratte in aree tropicali sono sovrapponibili a quelle presenti nei Paesi industrializzati e non è disponibile, quindi, terapia specifica. Fa eccezione la diarrea cronica in corso di infezione da HIV, che è manifestazione clinica di per sé sufficiente per porre diagnosi di AIDS conclamato (stadio 3) e che richiede trattamento antiretrovirale precoce.

Parassitosi intestinali

Devono essere sempre trattate perché il parassita, generalmente, non viene eliminato dall'organismo e può sostenere la sintomatologia intestinale per mesi. Inoltre, i bambini sono soggetti a reinfezioni e i portatori asintomatici continuano a diffondere il parassita nell'ambiente anche per anni. La scelta del trattamento farmacologico è legata al tipo di parassita responsabile [10]. Le infezioni da protozoi rispondono bene al metronidazolo e al tinidazolo. Le infestazioni da elminti necessitano di una diagnosi eziologica per la scelta della molecola adeguata e per la durata del trattamento. Cicli di tre giorni di mebendazolo o una

dose singola di albendazolo sono in genere sufficienti per risolvere le forme intestinali da nematodi o platelminti. Utile ripetere il trattamento dopo una o due settimane per ridurre il rischio di recidiva e per agire su stadi differenti dello sviluppo del parassita. In caso di riscontro di forme viscerali, di parassitosi ricorrenti o di parassiti inusuali è utile richiedere una consulenza infettivologica o rivolgersi a Centri con esperienza in medicina tropicale.

Diarrea del viaggiatore

Si intendono quelle forme gastroenteriche acquisite a seguito di permanenza in aree endemiche per le quali la principale forma di contagio è l'ingestione di cibo o acqua contaminati. *L.E. coli* enterotossica è la prima causa di infezione. Si stima che circa 50 milioni di viaggiatori ogni anno visitino Paesi in via di sviluppo e che il 30-40% di essi presentino diarrea del viaggiatore con picchi sino al 90% in regioni ad alta endemia e per permanenze di almeno due settimane [11]. Lattanti e bambini sono tra le categorie più a rischio [12]. Sono ugualmente a rischio i viaggiatori che scelgono pacchetti vacanze *all-inclusive* o "avventura" o che consumano cibo di strada. I sintomi sono diarrea e tenesmo, spesso accompagnati da crampi addominali, nausea, vomito e talora febbre e sangue nelle feci. Alcune misure preventive e terapeutiche sono riassunte nella Tabella 3. Per chi si reca in viaggio con bambini è consigliabile una consulenza specialistica per stabilire i rischi specifici di ciascun Paese e l'eventuale profilassi vaccinale da attuare (es. HAV, febbre tifoide, colera).

Terapia di supporto e delle complicanze

La terapia reidratante orale o parenterale rimane il caposaldo del trattamento delle forme gastroenteriche che si presentano con vomito o diarrea. Dati di letteratura mostrano indicazioni favorevoli anche per

la terapia di supporto nel periodo di convalescenza, con l'uso di probiotici, zinco e multivitaminici nei casi carenziali dovuti a malassorbimento selettivo [13,14].

Le complicanze possono manifestarsi con:

- malassorbimento acuto o cronico che può dare deficit selettivi e difetto di crescita. Improbabile alle nostre latitudini il riscontro di malnutrizione severa acuta (marasma e kwashiorkor), il cui trattamento rimane comunque specialistico;
- sindromi da masse espansive, come nelle parassitosi intestinali da nematodi con quadri di occlusione o subocclusione intestinale, il cui trattamento è chirurgico, o come nelle infestazioni da ameba o da echinococco nei quali il trattamento chirurgico può accompagnare quello farmacologico.

✉ fabio.capello@auslromagna.it

1. WHO. Diarrhoeal disease. 2017. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/.

2. WHO. Intestinal worms. 2017. www.who.int/intestinal_worms/more/en/.

3. Black RE. Epidemiology of travelers' diarrhea and relative importance of various pathogens. *Rev Infect Dis* 1990;12(Suppl 1):S73-9.

4. Capello F, Gaddi AV. Efficacy and safety of rifaximin in acute gastroenteritis in children: a metanalysis. *Int Ed Res J* 2016;2:117-22.

5. Taylor DN, Connor BA, Shlim DR. Chronic diarrhea in the returned traveler. *Med Clin North Am* 1999;83:1033-52.

6. Nutman TB. Evaluation and differential diagnosis of marked, persistent eosinophilia. *Immunol Allergy Clin North Am* 2007;27:529-49.

7. WHO. Bench MA for the diagnosis of intestinal parasites. 1994. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37323/1/9789241544764_eng.pdf.

8. Webber R. Communicable disease epidemiology and control. Cabi Publishing, 2009.

9. Taylor DN, Bourgeois AL, Ericsson CD, et al. A randomized, double-blind, multicenter study of rifaximin compared with placebo and with ciprofloxacin in the treatment of traveller's diarrhea. *Am J Trop Med Hyg* 2006;74:1060-6.

10. Kimberlin DW. Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics, 2015.

11. Steffen R. Epidemiology of traveler's diarrhea. *Clin Infect Dis* 2005;41(Suppl 8):S536-40.

12. Pitzinger B, Steffen R, Tschopp A. Incidence and clinical features of travelers' diarrhea in infants and children. *Pediatr Infect Dis J* 1991;10:719-23.

13. Khan WU. eLibrary of Evidence for Nutrition Action (eLENA): Zinc supplementation in the management of diarrhoea. WHO, 2011.

14. Allen SJ, Okoko B, Martinez E, et al. Probiotics for treating infectious diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD003048.

A COLPO D'OCCHIO

Rubrica a cura di Enrico Valletta e Martina Fornaro

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



Lesioni cutanee al tronco in ragazza di 12 anni

Di cosa si tratta?

- Tinea corporis
- Orticaria
- Pityriasi rosea
- Piodermite

Soluzione del quesito a p. 231.

Incontrare gli adolescenti e le loro famiglie nei nostri ambulatori



Miriana Callegari, Claudia Grossi, Franco Mazzini, Nicoletta Modena, Debora Senni, Maria Luisa Zuccolo

Gruppo Adolescenza ACP

Per il pediatra di libera scelta incontrare l'adolescente nel proprio studio rappresenta una vera e propria sfida: entrambi si trovano nella necessità di costruire un rapporto diverso, più maturo, in grado di favorire una graduale responsabilizzazione nella percezione e gestione della salute. L'obiettivo di questo articolo è quello di fornire al pediatra alcune utili informazioni per incontrare l'adolescente in modo adeguato e condurre una buona visita, focalizzando l'attenzione sulla comunicazione, sul setting ambulatoriale, sull'esame obiettivo e sul colloquio. In modo particolare ci proponiamo di fornire alcuni suggerimenti su come gestire il colloquio, offrendo la possibilità di momenti riservati e dedicando un'attenzione specifica alla storia psicosociale dell'adolescente.

For a family paediatrician meeting an adolescent in an outpatient setting can be a real challenge: both are in the need to build a different and mature relationship that can foster a gradual empowerment in perception and health management. Aim of this paper is to give family paediatrician useful information to meet the adolescent properly focusing on communication skills, outpatient setting, objective examination and interview. Tips are suggested on how to handle the interview, offering the possibility of private moments and paying special attention to the psycho-social history of the teenager.

La salute dell'adolescente, intesa come benessere psicofisico, è il risultato dell'interazione di eventi che accadono durante tutto lo sviluppo, ma in particolar modo nei primi anni di vita e nel periodo prepuberale. Per questo occorre dedicare attenzione sia al periodo infantile, quando si stabiliscono le prime relazioni significative e determinanti per la qualità delle relazioni successive, sia a quello adolescenziale, quando invece è l'ambiente esterno ad assumere maggiore rilievo. Sono queste le fasi in cui, dati delle neuroscienze alla mano, si vengono a definire e strutturare i più importanti cambiamenti sia biologici che psico-relazionali dell'età evolutiva [1]. Gli adolescenti vivono grandi trasformazioni interne che si intrecciano con la storia personale e familiare e che condizionano il processo di costruzione del proprio modo di stare nel mondo tra sollecitazioni e frustrazioni, regressioni e anticipazioni, avvicinamenti e fughe, disadattamenti e sintonie [2].

Da sempre l'attenzione dei pediatri si è concentrata sul primo periodo della vita, i primi mille giorni, e nel tempo, acquisite le opportune conoscenze, il pediatra ha individuato strategie utili a favorire il processo di attaccamento tra madre e bambino.

Meno attenzione viene rivolta invece al periodo adolescenziale; ciò ha suscitato particolare interesse alle Nazioni Unite che in un recente documento [3], commentato dal *Lancet* nel 2015 [4] e ripreso

anche da G. Biasini su *Quaderni acp* [5], identifica come prioritario iniziare a occuparsi concretamente dell'adolescente nella sua globalità e non solo quando presenta dei problemi (gravidanze, contraccezione nelle ragazze, alcol, tabacco, dipendenza da gioco e droghe per entrambi i sessi). Per predisporre adeguate politiche di salute e benessere per gli adolescenti, è indispensabile comprendere come il loro cervello abbia modalità di funzionamento particolari, ricordare che le loro decisioni dipendono molto dall'influenza degli amici e dalle circostanze e che la capacità di valutare le conseguenze future delle proprie azioni è ancora incompleta.

Appare evidente come particolarmente in questa età, la *prossimità* delle figure di riferimento sia determinante.

Fondamentale è anche modificare l'approccio che il pediatra deve tenere quando si trova a valutare l'adolescente. Con cordialità il pediatra dovrebbe creare un setting di accoglienza particolare che incoraggi l'adolescente a esprimere i propri bisogni. L'attenzione e il riconoscimento delle competenze personali sullo stato di salute favoriscono la collaborazione e la predisposizione dell'adolescente ad accogliere e a utilizzare le informazioni ricevute.

Con questo articolo ci proponiamo di fornire al pediatra di famiglia indicazioni utili per poter incontrare in modo adeguato l'adolescente e condurre, in occasione del

bilancio di salute, una buona visita focalizzando l'attenzione su comunicazione, setting ambulatoriale, colloquio ed esame obiettivo.

Il setting ambulatoriale e la comunicazione

È opportuno incontrare l'adolescente fissando appuntamenti in fasce orarie dedicate, evitando attese in compagnia di latitanti e bambini rumorosi. Inoltre, in mancanza di una sala d'attesa separata, sarebbe auspicabile allestire in maniera più consona a questa fascia di età parte della sala d'attesa comune, prevedendo materiale educativo, poster e arredi adeguati.

Il modo di interagire con l'adolescente influenza notevolmente i contenuti e la qualità della visita.

Alcuni aspetti comunicativi sono particolarmente rilevanti [6]:

- Rapportarsi direttamente con l'adolescente accogliendo gentilmente lui e i genitori/e.
- Stimolare il ragazzo/a al dialogo, parlando in modo semplice, chiaro, coinvolgente, utilizzando gli indispensabili vocaboli tecnici spiegati nel loro significato e nella loro pertinenza alla visita. Spesso l'adolescente ha difficoltà a esprimere le proprie emozioni e il suo vocabolario può essere limitato: l'adolescente possiede mediamente la metà del vocabolario di un adulto di 25-32 anni.
- Rivolgersi a lui con voce calma, rassicurante, mantenendo il contatto visivo, pur senza escludere i genitori/e presenti/e.

È importante cogliere i diversi atteggiamenti che questi ragazzi e i loro familiari esprimono nel nostro ambulatorio: vi sono adolescenti, o genitori, che occupano lo spazio mostrando disagio, altri che trasmettono anche con il corpo padronanza e soddisfazione, altri che tendono a ritrarsi e a rattrappirsi, altri che cercano di accorciare o di annullare le distanze. Il volume e il tono della voce, la velocità dell'eloquio, il contatto oculare, la mimica facciale, la postura, la gestualità e il modo di occupare lo spazio dell'ambulatorio costituiscono

l'integrazione non verbale dei messaggi espressi verbalmente [7].

La visita

Nell'approccio clinico è doveroso tenere presente che abbiamo di fronte una persona che sta attraversando rapidi cambiamenti sul piano fisico, emotivo e cognitivo, che possono comportare sentimenti di preoccupazione e dubbio rispetto a se stessi e senso di pudore verso gli altri.

L'anticipazione verbale di ciò che verrà esaminato aiuta a ridurre il livello d'ansia correlato all'atto di spogliarsi, di essere toccato e alla preoccupazione complessiva sugli esiti della visita. Pertanto l'esame clinico si carica di importanti significati di conferma e di rassicurazione nei confronti dei cambiamenti del corpo e del modo di percepirla.

Particolare attenzione e delicatezza richiederà la valutazione puberale: può essere utile rimandarla al termine dell'esame clinico, esplicitare al ragazzo il perché sia importante effettuarla, introdurla con domande su eventuali dubbi del ragazzo/a (*"come vanno le mestruazioni?... ti preoccupa qualcosa sulla tua crescita... raccontami come è cambiato il tuo aspetto in questo ultimo periodo..."*) o mostrando e descrivendo le immagini che riproducono gli stadi di Tanner. Si può anche decidere di evitare questa valutazione qualora non emergano domande o richieste specifiche o in contesti di particolare disagio emotivo.

Durante la visita è indispensabile la presenza di un adulto accompagnatore, scoraggiando la molteplicità di figure familiari e professionali spettatrici. Per rispettare il probabile imbarazzo del genitore e l'intimità dell'adolescente, in un'ottica protettiva per tutti i presenti, si possono predisporre alcune configurazioni facilitanti: nel caso di differenza di sesso fra adolescente e genitore ci si preoccuperà di frapporti tra di loro durante la valutazione puberale, in modo da tutelare la privacy del ragazzo o della ragazza; se invece vi è identità di genere tra accompagnatore e adolescente, potrebbe essere opportuno chiamare al proprio fianco l'adulto presente per favorire un maggior senso di protezione.

L'esame obiettivo

I bilanci dell'undicesimo e quattordicesimo anno sono occasione di incontro con l'adolescente per una valutazione clinica generale con lo scopo di confermare la sana crescita del ragazzo/a e, eventualmente, rilevare aspetti patologici la cui individuazione precoce può consentire di influenzarne l'evoluzione [8].

Durante l'esame obiettivo che dovrà esplorare i vari aspetti clinici (auxologico, pres-

sione arteriosa, valutazione tiroidea, della colonna vertebrale, funzionalità oculare, valutazione puberale ecc.) è bene esplicitare chiaramente i contenuti della nostra osservazione e rispondere a eventuali interrogativi proposti.

Il colloquio

Al pediatra di famiglia non vengono richieste le abilità necessarie a condurre un *colloquio motivazionale*; tuttavia è fondamentale sapere che la storia psicosociale dell'adolescente è almeno tanto importante quanto l'esame clinico ed equivale alla valutazione neuroevolutiva nel bambino più piccolo [7]. Nel corso della visita, parlando con lui e i suoi familiari, si possono formulare alcune domande per introdurre alcuni temi rilevanti per la salute e il benessere della persona.

Al fine di facilitare il pediatra a ottimizzare il colloquio, sono stati messi a punto alcuni strumenti utilizzabili anche da parte di chi non possiede particolari competenze specialistiche [9].

Per esempio, la scala HEEADSSS – acronimo di Home environment, Education and employment, Eating, peer-related Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/depression, and Safety from injury and violence – può essere un utile strumento per raccogliere informazioni sulla storia psicosociale dell'adolescente e trarre spunti per indirizzare il colloquio su eventuali aspetti critici dello sviluppo (**Box 1**).

Dopo aver accolto l'adolescente è utile chiedere la motivazione della consulenza, chi l'ha decisa e informarlo rispetto alle modalità di approccio e all'obiettivo della visita (per esempio un bilancio di salute per valutare lo sviluppo fisico). Inoltre fin da subito si potrà proporre un momento di colloquio individuale alla fine dell'incontro, chiarendo che il contenuto del colloquio rimarrà strettamente confidenziale.

È opportuno iniziare il colloquio con domande poco intrusive, esplorando la situazione familiare, scolastica, il tempo libero, per poi passare a quelle più personali riguardanti lo stato dell'umore o il rapporto con l'altro sesso. Evitare di fare domande vaghe del tipo: "come va a scuola?" il paziente risponderà semplicemente "bene" e saremo costretti a porre altre domande. Meglio invece porre domande aperte del tipo "raccontami della scuola, cosa ti piace o non ti piace?"

Parlare del comportamento degli amici può essere un modo facile per far parlare di sé o per introdurre argomenti (es. comportamenti a rischio, uso di sostanze).

Il colloquio dovrà essere condotto senza costringere a conclusioni o fini predefiniti. Se viene chiesto un parere, questo dovrà

essere espresso cercando di evitare atteggiamenti di complicità verso il genitore o l'adolescente, prestando attenzione a non essere strumentalizzati da parte degli stessi. È da evitare un atteggiamento di eccessiva 'investigazione', moralizzante, su aspetti particolarmente delicati e privati. L'affrontare temi come la sessualità, i comportamenti a rischio (devianza sociale, vecchie e nuove dipendenze), richiede molta attenzione, competenza e delicatezza per evitare di apparire inopportuni o giudicanti.

L'incontro individuale finale offre l'opportunità per eventuali comunicazioni personali e rappresenta un'occasione simbolica di responsabilizzazione e di individuazione dal genitore. Può essere proposto al termine di qualsiasi consultazione con l'adolescente, non solo al bilancio salute e presentato come una prassi offerta a ogni visita.

L'obiettivo è favorire non solo domande/preoccupazioni sulla propria salute legate alla visita appena effettuata, ma anche comunicazioni su alcuni comportamenti o abitudini del ragazzo o della ragazza. Permette infine di esplorare alcuni aspetti della scala HEEADSSS non affrontati nelle visite precedenti.

Offrire la possibilità di trascorrere anche pochi minuti senza i genitori consente di dare una voce all'adolescente e costituisce un momento importante nella transizione del giovane verso l'età adulta aiutandolo ad abituarsi a consultare un medico da solo. Informare sempre la famiglia della natura routinaria di questa prassi potrà essere utile nel fugare inutili sospetti.

Nel corso del colloquio potrebbe accadere che l'adolescente riferisca di comportamenti che determinano un rischio significativo per la sua salute (uso di stupefacenti, appartenenza a gruppi devianti, progetti o condotte autolesive, abuso di alcolici); il pediatra saprà parlarne successivamente con i genitori, dopo averne discusso con l'adolescente. L'eventuale dissenso di quest'ultimo non può limitare la responsabilità professionale di tutela dello stato di salute della persona, seriamente minacciato dal comportamento a rischio che ci è stato comunicato e che richiede il coinvolgimento della famiglia.

Al termine dell'incontro il pediatra potrà riassumere in chiave positiva e in modo chiaro e comprensibile le risorse individuali dell'adolescente e i suggerimenti che riterrà opportuno proporre.

In occasione dell'ultimo bilancio di salute è opportuno informare del cambio di assistenza, promuovendo positivamente il rapporto con il medico che succederà e garantendo la disponibilità in caso di eventuali necessità future.

BOX 1. Scala HEEADSSS

La scala HEEADSSS (Home environment, Education and employment, Eating, peer-related Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/depression, and Safety from injury and violence) è un metodo efficace di intervista centrato sull'adolescente [9]. Permette di esplorare l'ambiente domestico, l'istruzione e l'occupazione, l'alimentazione, l'interazione tra pari, la droga, la sessualità, il suicidio/depressione, la sicurezza (lesioni personali e violenza).

La prima edizione della scala di valutazione HEEADSS (con due S) fu sviluppata nel 1972 da Henry Berman, progettata per essere ragionevolmente rapida. Successivamente l'acronimo è stato esteso a HEEADSSS, includendo anche Safety.

Se l'adolescente è visto regolarmente dal pediatra, questi può scegliere di somministrarla poco per volta, esplorando le varie aree singolarmente. Qualche esempio di domande:

- **Ambiente domestico**

Hai la tua stanza? Con chi ti senti più a tuo agio in casa?
Con chi puoi parlare in casa? C'è qualche persona nuova che è entrata a far parte della famiglia?

- **Ambiente scolastico**

Quali sono le tue materie preferite? Quali le tue materie meno preferite?
Ci sono stati cambiamenti recentemente nei tuoi voti?
Raccontami dei tuoi amici di scuola. Sei mai stato sospeso?
Ci sono adulti a scuola con cui ti senti di poter parlare riguardo a cose importanti?

- **Alimentazione**

Mi racconti cosa mangi durante la giornata?
C'è una parte del tuo corpo che ti piace in modo particolare? E quello che non ti piace o che ti crea disagio?
Hai notato dei cambiamenti del tuo peso recentemente?
Hai fatto qualcosa per cercare di modificare il tuo peso?
Fai attività fisica? Quante ore al giorno o alla settimana?
Come deve essere secondo te una dieta sana?
Confrontala con la tua dieta attuale

- **Attività extrascolastiche**

Cosa fate tu e i tuoi amici per divertirvi?
Che cosa fate tu e la tua famiglia per divertirvi?
Pratichi qualche sport o partecipi ad altre attività?
Frequenti regolarmente gruppi parrocchiali, club o altre attività?

Quanto tempo passi alla settimana davanti alla TV? E al PC e videogiochi?
Quale musica ti piace ascoltare?

- **Droghe e alcol**

Ora ti faccio alcune domande più personali.
Qualcuno dei tuoi amici fuma o beve alcolici o fa uso di droga?
Qualcuno della tua famiglia fuma oppure beve alcolici o fa uso di droga?

- **Sonno**

Come dormi? Quanto ci impieghi ad addormentarti? ti svegli durante la notte? Di giorno hai sonno?

- **Suicidio e depressione**

Come definiresti il tuo stato d'animo?
Ti senti triste o più giù del solito? Piangi più del solito?
Sei "annoiato"? Hai pensato di fare del male a te stesso o agli altri?
Hai mai provato a farti del male (tagliandoti per esempio) per calmarti o per sentirti meglio?

- **Sicurezza**

Sei mai stato ferito seriamente?
(Come?) Conosci qualcuno che si è ferito seriamente?
Indossi sempre la cintura di sicurezza in auto?
Hai mai viaggiato con un autista ubriaco o che ha bevuto?
Usi le attrezzature di sicurezza per lo sport e le altre attività fisiche (per esempio caschi per la bicicletta)?
Ci sono stati episodi di violenza a casa tua?
Ci sono comportamenti violenti presso la tua scuola o nel tuo quartiere o tra i tuoi amici?

Sei mai stato vittima di violenza fisica o sessuale?

Sei mai stato vittima di incidente automobilistico o motociclistico?

Sei mai stato vittima di bullismo? Se sì, è ancora un problema per te?

Hai partecipato a conflitti fisici a scuola o nel tuo quartiere?

- **Sessualità**

Sei mai stato innamorato/a?
Mi vuoi parlare delle persone di cui sei innamorato/a?
Mi vuoi parlare della tua vita sessuale?
Hai mai avuto rapporti sessuali?
Cosa significa per te il termine "sesso più sicuro"?
Sei mai stato costretto o pressato a fare qualcosa di sessuale che tu non volevi fare?
Sei mai rimasta incinta o sei mai stata preoccupata di esserlo?
Hai mai avuto o pensato di avere una malattia sessualmente trasmessa?

Messaggi chiave dell'approccio centrato sull'adolescente

- **Setting**
 - Fasce orarie dedicate
 - Arredi adeguati
- **Accoglienza**
 - Rapportarsi direttamente all'adolescente
 - Anticipazione verbale sulle modalità della visita
- **Visita**
 - Presenza di un adulto accompagnatore
 - Rimandare alla fine della visita la valutazione puberale, esplicitare il motivo di tale valutazione
 - Configurazioni facilitanti in base al sesso dell'accompagnatore

• **Colloquio o anamnesi psico-sociale**

- Utilizzare una scala adeguata (HEEADSSS)
- Offrire routinariamente lo spazio per un colloquio individuale

✉ mlzuccolo@gmail.com

1. Mazzini F, Senni D. Si è bambini prima di essere adolescenti. *Quaderni acp* 2013;20:16-20.
2. Dolto F. *Adolescenza. Esperienze e proposte per un nuovo dialogo con i giovani tra i 10 e i 16 anni.* Mondadori, 1990.
3. United Nations. *The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): survive, thrive, transform.* Sep 2015.

4. Editoriale. *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health (2016-2030).* *Lancet* 2015;386:2227.

5. Biasini G. Il cervello dell'adolescente fra ragione ed emozione. *Quaderni acp* 2016;23:24-5.

6. Brera GR. Counseling e metodo clinico nell'adolescenza. In: *Atti del convegno "La consultazione con gli adolescenti: filosofia, metodo, ricerca e servizi nel territorio"*, 2003.

7. White B, Viner R. Improving communication with adolescent. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2012;97:93-7.

8. Iaia M, Mazzini F, Rossi O. In: *Curarsi dell'adolescente. Il bilancio di salute ed il colloquio.* SEE, 2003.

9. Goldenring J, Rosen D. Getting into adolescent heads: an essential update. *Contemp Ped* 2005;21:64-90.

Maria Montessori: antesignana di un dialogo tra educazione e neuroscienze

Anna Brigandì

Pedagogista specializzata in differenziazione didattica nel metodo Montessori
Presidente Nazionale APP (Associazione Professioni Pedagogiche), Messina

Un contributo pedagogico interessante, proposto nell'ambito dell'intesa ACP-APP e nella consapevolezza di un nesso tra la pedagogia di Maria Montessori e le attuali ricerche neuroscientifiche sullo sviluppo neuroevolutivo del bambino.

Introduzione

Le attuali ricerche neuroscientifiche hanno confermato buona parte delle intuizioni montessoriane scaturite da un metodo, o forse è meglio dire approccio, dalle rilevanti potenzialità, non solo in ambito didattico, ma anche sul piano educativo e sociale.

Alcuni aspetti delle neuroscienze ci aiutano a capire come e perché il “bambino sia davvero il padre dell'uomo” e attraverso il movimento possa affinare concentrazione, memoria e controllo esecutivo. Un sempre maggior numero di ricercatori e pedagogisti, a conferma di quanto scritto, palesa apprezzamento nei confronti di una pedagogista che ha il merito di aver gettato le basi di un “dialogo costruttivo” interdisciplinare tra la pedagogia e tutte le altre scienze. Tra l'altro M. Montessori ha dimostrato come una scuola centrata sulla promozione dei talenti personali e l'aspetto motivazionale si costituisca come “antidoto” alla dispersione scolastica. Un pensiero condiviso e ormai consolidato, al fine di rispondere al prioritario bisogno di crescita e di formazione delle nuove generazioni, è che una scuola che educi verso l'interesse, che spinga il bambino a scoprire per conto proprio, che valorizzi l'iniziativa personale, sia indubbiamente migliore rispetto a situazioni odierne di scuole un po' sclerotizzate, fisse in certi schemi e spesso incapaci di educare nell'interesse della persona. E grazie alle neuroscienze si riesce a capire meglio l'importanza, soprattutto per i più piccoli, dei contributi di questo approccio e la validità dei materiali usati da M. Montessori per la costruzione di connessioni neuronali [1].

Preparare, dunque, un contesto sociale che, a partire dalla scuola, possa con-

cretamente aiutare le nuove generazioni a divenire persone capaci di dare vita a un luogo inclusivo che eviti di dissipare risorse e potenzialità a favore di una dimensione globale dello sviluppo. Sintetizzando, potremmo asserire: “Una società come tutore dell'educazione!”

Connessioni educative nel dialogo mente-corpo: un'innovazione pedagogica annunciata cento anni fa

Attualmente le osservazioni montessoriane espresse in modo semplice, lungimirante e audace, ricevono conferme da svariate ricerche in ambito educativo, psicologico, antropologico, ecologico e recentemente anche neuroscientifico. Attualmente sappiamo, grazie alle neuroscienze, che l'acquisizione delle conoscenze avviene attraverso la relazione mente-corpo. Scoperta “pre-annunciata” da M. Montessori, la quale, ne *Il segreto dell'infanzia*, dichiara che il movimento è alla base della costruzione della psiche. Il bambino costruisce la propria intelligenza e personalità grazie alle energie sensitive che lo guidano. Per tali ragioni, al fine di dare l'opportunità al bambino di vivere l'apprendimento in modo globale, è basilare che l'insegnante sia disposto a coltivare il proprio “sguardo corporeo” sui processi di apprendimento per i quali si pone da “facilitatore”, implementando una didattica capace di “dare corpo” al sapere. Purtroppo, l'attitudine a incontrare la disponibilità ad apprendere del bambino a livello della sua sensibilità più autentica continua in molti casi a essere limitata a poche ore di pratica motoria e sportiva delegate a uno “specialista” [2].

La prima connessione è tra corpo e mente, cioè il movimento, le emozioni e i pensieri. L'intero metodo Montessori si basa totalmente su una profonda comprensione delle relazioni tra questi due elementi, la mente e il cervello. Le ricerche dimostrano che si tratta di un'esperienza olistica, che coinvolge le emozioni e i pensieri. Il pensiero astratto, dunque, si fonda nel corpo e nei sensi [3].

Pertanto diviene necessario andare oltre l'educazione motoria in senso stretto e puntare a una nuova concezione di scuola “vissuta” come luogo sensoriale di dinamiche relazionali e affettive, capace di rispondere alla naturale attitudine del bambino: rendere concreto il sapere o, come direbbe M. Montessori, “incarnare” la conoscenza. La pedagogista infatti dichiara: “*I movimenti devono venire dall'interno, dettati dall'organizzazione della vita interiore; è questa organizzazione che noi abbiamo chiamato incarnazione. I muscoli sono a servizio della volontà. I movimenti sono l'espressione di una personalità che agisce*” [4]. È un importante aspetto scaturito dalle sue esperienze educative per sottolineare quanto sia requisito imprescindibile, nei bambini, valorizzare percezione, movimento e attenzione poiché costituiscono un principio a conferma del pensiero in base al quale: “*Si afferra con la mano per afferrare con la mente!*”.

È sorprendente constatare come M. Montessori sia riuscita senza disporre di strumenti sofisticati moderni, ma semplicemente “a mani nude” e sulla scorta delle conoscenze scaturite dalla sua formazione interdisciplinare, ad anticipare intuizioni intorno al segreto dell'infanzia, alla connessione cervello-corpo-emozioni e allo sviluppo umano. Ne è un esempio il seguente estratto de “*La scoperta del bambino*”: “*Il sistema nervoso si può distinguere nel sistema nervoso del gran simpatico che presiede specialmente alle funzioni viscerali, e che molto corrisponde con gli stati emotivi; e nel sistema nervoso centrale, con le sue diramazioni infinite di nervi che provenendo dai sensi mettono in rapporto i centri del mondo esterno, e terminando nei muscoli stabiliscono la loro dipendenza dalla volontà. Bastano queste due indicazioni, cioè le “emozioni” e la “volontà”, per far subito comprendere come il sistema del gran simpatico sia un sottoposto e un dipendente dell'altro. E ciò deve soprattutto considerare chi ha di mira l'educazione (...). I piccoli organi del senso sono quasi gli spiragli dai*

quali l'anima assorbe le immagini necessarie per la costruzione psichica; ma ai muscoli è riservata la conseguenza pratica della vita. Tutto il lavoro della volontà si dispiega con quei meravigliosi strumenti del movimento. Lo scopo dell'anima è di avere, appunto, tutti questi mezzi di espressione con i quali l'idea diventa azione, il sentimento si realizza in opere" [5].

M. Montessori considera il periodo dell'infanzia che intercorre tra zero e tre anni come *humus* umano e base portante su cui si regge l'intero sviluppo cognitivo e della personalità del bambino. Proprio per questo lei ha fermamente creduto che la qualità del sistema educativo sia connessa alla motivazione, all'intenzionalità pedagogica e alla formazione dei suoi educatori, i quali, per poter svolgere il proprio lavoro con professionalità ed essere capaci di predisporre spazi all'interno dei quali fornire risposte di carattere educativo e formativo, devono possedere conoscenze e competenze prevalentemente pedagogico-didattiche e anche di natura bio-antropo-evolutiva e psicologica. In sintesi, essere in possesso di una formazione di base che permetta loro di portare avanti interventi educativi rispondenti al "periodo sensitivo" attraversato dal bambino, in modo da non incorrere nel rischio di fargli perdere preziose occasioni di apprendimento e di sviluppo. Non è un caso che abbia detto che il suo non è il metodo Montessori, ma il metodo del bambino e che gli insegnanti dovrebbero disporre di un "microscopio spirituale" che aiuti a guardare non solo ciò che è visibile, ma svelare il ricchissimo mondo dell'infanzia. In particolar modo gli studi montessoriani hanno dimostrato come, nei primi tre anni di vita, la capacità di apprendimento sia tre volte superiore ai periodi successivi della crescita grazie al ruolo esercitato dalla "mente assorbente", rivoluzionaria scoperta confermata dalle odierne ricerche attraverso il concetto di plasticità cerebrale. Ne consegue che il bambino, il quale costruisce le sue capacità mentali attraverso una polivalente esperienza sensoriale, debba essere inserito all'interno di un ambiente educativo predisposto e strutturato da un adulto pedagogicamente preparato poiché l'educazione professionale, come aveva ben evidenziato M. Montessori, non può essere affidata a qualcuno che si limita solo a una mera funzione custodialistica e assistenziale. Il suo più sentito auspicio, ma anche quello degli insegnanti e dei pedagogisti contemporanei, è che si possa finalmente volgere lo sguardo ai contesti educativi e scolastici facendosi orientare da una "forma mentis" mossa, non da logiche azien-

dalistiche, ma da concreti intenti pedagogici finalizzati alla crescita dell'altro nella sua totalità.

Seguendo l'esempio di Maria Montessori: il movimento come costruttore dell'intelligenza

La mano è l'organo dell'intelligenza e della personalità, diceva M. Montessori.

Noi non vediamo solo con il nostro cervello visivo, ma anche con quello motorio. Quando osserviamo qualcun altro svolgere un'azione, nel nostro cervello si attiva una zona neuronale che normalmente si attiva quando siamo noi a compiere quella medesima azione. M. Montessori ha organizzato l'ambiente in modo da indurre a fare oltre che pensare, attraverso una dimensione sociale compartecipata. Ne sono un esempio le classi miste che aggregano bambini di diversa età, i quali si aiutano l'uno con l'altro: i piccoli osservano ciò che fanno i grandi e chiedono spiegazioni che questi danno volentieri sperimentandosi così in un ruolo di "tutoraggio".

È un vero insegnamento, giacché la mentalità del bambino di cinque anni è così vicina a quella del bambino di tre che il piccolo capisce facilmente da lui quello che noi non sapremmo spiegargli. Vi è fra loro un'armonia e una comunicativa, come è ben raro esista fra adulto e bambino piccolo (...). Vi è tra loro una naturale osmosi mentale [6]. Queste sono le esperienze che inducono a una maturazione del senso sociale, definite da M. Montessori, *società per coesione*.

La scoperta dei neuroni specchio di Giacomo Rizzolatti ha reso evidente un tema psicologico, antropologico e sociale riguardante lo spazio d'azione condiviso, di tipo imitativo [7].

Per i neuroni specchio non vi è differenza se l'azione è eseguita da me o da un altro. È facilmente intuibile come questo ponte immediato tra sé e gli altri abbia portato a considerare i neuroni specchio la base neuronale dell'empatia e della possibilità di "leggere la mente degli altri" [8].

Il gruppo di G. Rizzolatti ha studiato in particolare la corteccia premotoria, vale a dire quell'area azzurra che si attiva quando decidiamo di svolgere un'azione ma non la eseguiamo: per esempio, quando si decide di prendere una tazzina e poi non lo si fa, la corteccia premotoria è in pre-allarme e pronta ad attivarsi nel momento in cui si decide di afferrarla. Non si tratta di una semplice imitazione, è tutt'altro: è prevalentemente l'esempio che penetra nella mente di chi osserva inducendolo a compiere un'azione. Questo avviene perché i neuroni si "rispecchiano" e di conseguenza si attivano nel momento in cui si

osserva l'azione altrui. Vi si può trovare il nesso con la pedagogia e didattica montessoriana, in particolare modo con i principi dell'apprendimento cooperativo in base al quale l'agire insieme facilita l'esecuzione del compito di un bambino, guardando altri compiere semplici azioni che entrano nella mente.

M. Montessori riconosce l'imprescindibile funzione dell'educazione alla socialità e al movimento ai fini della costruzione dell'intelligenza umana; pertanto la didattica da lei proposta, così come l'intera educativa montessoriana, deve mirare inizialmente alla formazione generale del bambino, ovvero contribuire al suo sviluppo percettivo, intellettuale, creativo, nonché all'affinamento delle facoltà psicomotorie e alla sua crescita sociale. Propone dunque attività concrete per "materializzare" i contenuti da apprendere attraverso l'uso del materiale di sviluppo, così definito in quanto risposta ai bisogni della mente del bambino. Un esempio è rappresentato dai materiali di psicoaritmetica e psicogeometria per l'apprendimento della matematica. I neuroscienziati hanno rilevato che il nostro cervello non collega il numero con concetti linguistici e che vige un divario tra la natura apprenditiva del bambino e l'insegnamento della matematica in ambito scolastico.

Si capisce l'importanza di proporre e "fare" una matematica "concreta" che si basa sul concetto di quantità (innato nel bambino) più che su quello di numerosità. Infatti, nel cervello si attivano due aree distinte, una preposta all'elaborazione numerica e l'altra all'elaborazione del linguaggio (...). Nella mente umana la grandezza numerica è rappresentata in modo analogico e visuospatiale, sotto forma di linea numerica, piuttosto che in modo simbolico-linguistico. I neuroni che trattano quantità, grandezze e posizioni, sono interconnessi nelle stesse sezioni della corteccia cerebrale e quindi i concetti di numero, spazio e tempo sono strettamente collegati tra loro quando si svolgono attività aritmetiche [9].

Aspetto non meno importante, l'apprendimento attraverso la corporeità non rimane confinato a specifiche iniziative ma diviene parte integrante di una progettualità educativa ad ampio respiro attraverso la vita pratica: cura di sé, dell'ambiente e delle relazioni sociali.

M. Montessori stessa asserisce: "Penetrare l'educazione muscolare nella vita stessa dei bambini, riattaccandola alla vita pratica di ogni giorno, è stata una delle principali pratiche del nostro metodo, che ha introdotto pienamente l'educazione dei movimenti nell'insieme unico e inscindibile dell'educa-

zione della personalità infantile” [10]. Prosegue, scrivendo: “Gli esercizi di vita pratica, a ben pensare, sono una vera e propria ginnastica, la cui palestra raffinata tutti i movimenti è l’ambiente stesso in cui vive. È cosa diversa dal lavoro manuale che produce nuove cose; da noi invece si conservano le cose esistenti e si fa uno spostamento continuo di oggetti, diretto dall’intelligenza che si prefigge uno scopo da raggiungere. Arrotolare un tappeto, spazzolare un paio di scarpe, lavare una catinella o un pavimento, apparecchiare una tavola, aprire o chiudere cassetti o sportelli, porte o finestre, assestare una stanza, mettere in ordine delle seggiole, tirare una tenda, trasportare un mobile, ecc. sono esercizi ove ora tutto il corpo si muove o dove ora questo movimento si esercita particolarmente e si perfeziona” [11].

Dunque diventa necessario offrire al bambino i mezzi per esercitare la sua attività motoria all’interno dell’ambiente circostante, poiché un “cervello in movimento” costituisce un ottimo requisito per l’esplorazione del mondo, la costruzione del pensiero e l’incremento delle conoscenze; potremmo dire che “più ci si muove, più si apprende!”.

Educare al movimento per costruire il pensiero

Un grande punto di forza dei pedagogisti a orientamento montessoriano è, parafrasando il lessico di M. Montessori, l’aver “incarnato” la profonda consapevolezza che la mente infantile è concreta e orientata alla motricità. Il movimento associato a qualcosa di astratto facilita l’apprendimento esperienziale sino all’età adulta. Anche in questo il bambino è “padre dell’umanità” e pertanto va rispettato nel suo presente, oltre che essere accompagnato nel percorso di crescita e di formazione di uomo del futuro. È empiricamente noto che il rapporto tra sensazioni, motricità e costruzione della mente avviene in età precoce. Il neonato in simbiosi con tutti i gesti e movimenti materni riesce a costruire, per esempio quando piange e la mamma risponde prendendolo in braccio, *nessi temporali* e di *causa-effetto* fondati sul prima e dopo: *prima*, il bambino piange e, *dopo*, la mamma risponde alla sua richiesta. Nessi che esercitano un loro ruolo nella costruzione di una serie e successione di attività per produrre un movimento e, pertanto, i movimenti corporei innescano movimenti mentali, proprio perché, come indicato da diversi ricercatori, la nostra mente è programmata per assorbire sensazioni, per percepire, per agire e modificare l’ambiente in cui ci troviamo inseriti. Questo pro-

cesso di preparazione sequenziale del movimento, tra l’altro, potenzia le capacità di attenzione, concentrazione e memoria, come dimostrato da Montessori nella sua minuziosa osservazione dei bambini impegnati nelle attività che sceglievano liberamente e in base all’interesse. Infatti, focalizzandosi sull’analisi di movimenti, asserisce che ogni azione complessa ha dei momenti successivi distinti tra loro: a un atto ne segue un altro come succede quando si indossa e si abbottona una giacca, si infila la chiave nella serratura o si allacciano le scarpe. La scuola montessoriana prevede una serie di attività per comprendere la successione di movimenti e poterli affinare attraverso la pratica: ne sono un esempio i telai per le allacciature, le chiavi e le serrature, i barattoli da avvitare e svitare, il travaso di liquidi da un contenitore all’altro, il filo rosso disegnato sul pavimento su cui camminare per perfezionare l’equilibrio e l’attenzione. Attraverso la ripetizione dell’esercizio si affina l’attenzione, propedeutica a successivi apprendimenti. Significativa appare, oggi, la seguente scoperta dichiarata nel testo “Autoeducazione”: “I centri cerebrali devono essere eccitati a loro volta per via interna, quando uno stimolo esterno agisce. Così, per esempio, chi aspetta una persona, la vede arrivare da lontano: ciò non solo perché la persona si fa presente ai sensi, ma perché era ‘attesa’. Questa persona ancora lontana richiama l’attenzione, perché i centri cerebrali erano già eccitati a tale scopo (...). Sulla cellula cerebrale due forze agiscono, come sopra una porta chiusa: la forza esterna sensoriale che bussa, e quella interiore che dice: *apri*. Se la forza interiore non apre, invano lo stimolo esterno bussa alla porta” [12].

L’attenzione e la concentrazione, fulcro della pedagogia montessoriana, assumono quindi una preziosa valenza in termini di costruzione psichica e motoria e di quel processo di “incarnazione” della conoscenza attraverso l’esperienza nell’ambiente, nello spazio e con gli oggetti rispondenti ai reali bisogni infantili: i materiali di sviluppo. Il cervello è in continua evoluzione grazie all’apprendimento formale e all’interazione con il contesto all’interno del quale si è inseriti e si assorbono contenuti attraverso le proprie funzioni psichiche. Questo è il concetto di plasticità cerebrale portato avanti dalle neuroscienze e che già M. Montessori definiva “mente assorbente”: molto potente da 0 a 3 anni, permane in buona misura tra 3 e 5 anni, per proseguire lungo tutto l’arco della vita anche se con un progressivo decremento. Dopo i cinque anni infatti decadono i due terzi delle sinapsi e si consolidano quelle esperienze vissute

più volte. Proprio in virtù di tali consapevolezze pedagogiche ed epistemologiche, occorre sottolineare che M. Montessori adotta una significativa metafora e “concepisce” una nuova visione dell’infanzia, giungendo così a considerare il bambino come un “embrione spirituale” poiché lo sviluppo delle funzioni mentali superiori avviene all’unisono con lo sviluppo biologico. Da ciò appare evidente come la pedagoga ritenga che niente sia già preformato alla nascita e, invece, siano presenti dei “periodi sensitivi” che definisce “nebuli”, le quali si configurano come un’organizzazione del nostro cervello che permette di acquisire il linguaggio, il movimento, la motricità fine e che, soprattutto dai 3 ai 4 anni, consente già di impugnare correttamente grazie all’affinamento e movimento indice-pollice. Le “nebuli”, alla luce delle successive scoperte neuroscientifiche, sono interpretabili come potenzialità e mappe bio-neurali o come “potenzialità plastiche del cervello” ed esprimono dei bisogni specifici da soddisfare in un contesto educativo stimolante e adeguato.

Conclusioni

Il dialogo tra educazione e neuroscienze è ormai consolidato. Assumendo come punto di partenza la consapevolezza che le neuroscienze possono spiegare molto, ma non tutto, dobbiamo ammettere che l’obiettivo di questo incontro tra universo educativo e scientifico è quello di conoscere i meccanismi neuronali che presiedono a diversi processi di apprendimento, in modo da poter (si) educare al loro utilizzo e gestire eventuali difficoltà. M. Montessori riconosceva la necessità, da parte dell’adulto, di una conoscenza di base dei processi di sviluppo del nostro cervello, non certamente per tramutare l’aula in uno sterile “laboratorio” sperimentale, ma per capire, anche sulla scorta della conoscenza dei diritti e dei bisogni di crescita di quel preciso bambino, perché e quando proporre un determinato intervento educativo realmente corrispondente al “periodo sensitivo” che sta attraversando. Un invito a fermarsi a pensare “scientificamente”, vale a dire *osservare per conoscere* e successivamente programmare un intervento pedagogico “a misura” di interesse e di libera scelta del bambino all’interno di un ambiente opportunamente organizzato.

Conflitto d’interessi

L’autore dichiara di non avere alcun conflitto d’interessi.

✉ a.brigandi80@gmail.com

1. Atti del Convegno "La mente del bambino. Maria Montessori e le neuroscienze". Convegno internazionale, 8 ottobre 2014, Edizioni Il leone verde.
2. Gamelli I., A scuola in tutti i sensi. Milano: Pearson, 2013.
3. Atti del Convegno "La mente del bambino", cit., pag 41-2.
4. Montessori M., Il bambino in famiglia. Milano: Garzanti-Elefanti, pag 42.
5. Montessori M., La scoperta del bambino. Milano: Garzanti-Elefanti, pag 84-6.
6. Montessori M., La mente del bambino. Milano: Garzanti-Elefanti.
7. Vita dell'infanzia, Rivista mensile dell'Opera nazionale Montessori-Gennaio/Febraio-Marzo/Aprile 2015, pag 9.
8. Craighero L., Neuroni specchio. Bologna: Il Mulino, pag 8.
9. Atti del convegno, "La mente del bambino", cit., pag 5.
10. Montessori M., La scoperta del bambino, cit., pag 88.
11. Montessori M., La scoperta del bambino, cit., pag 90.
12. Montessori M., L'autoeducazione. Milano: Garzanti-Elefanti, pag 139.

A COLPO D'OCCHIO

Soluzione al quesito di p. 224

Lesioni cutanee al tronco in ragazza di 12 anni

Pitiriasi rosea

Dermatosi transitoria a eziologia sconosciuta, che colpisce soprattutto i giovani per lo più nei mesi primaverili. Compare senza prodromi e interessa più frequentemente il tronco, il collo, il terzo prossimale degli arti superiori e il cuoio capelluto. Il prurito, se c'è, è modesto.

Le lesioni hanno forma ovalare, colore eritematoso, e presentano una fine desquamazione; i limiti sono netti e i bordi, appena rilevati, a volte presentano un orletto di scollamento e risoluzione centrale.

La dislocazione è casuale, spesso riconoscibile un orientamento ad albero di Natale. Raramente interessa gli arti inferiori, il volto e i genitali.

La diagnosi è clinica e l'autorisoluzione la regola. Non è necessaria alcuna terapia.



Vuoi esaminare nuovi casi e indovinare la diagnosi?

Visita la pagina della rubrica al seguente link:

<http://www.acp.it/a-colpo-docchio>

Contributo di *Sergio Conti Nibali*
Pediatria di famiglia, Messina

“Legge ZAMPA: n. 47 del 7/4/2017”

Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati



Augusta Tognoni

Magistrato

Qual è l'obiettivo della legge?

La legge rafforza gli strumenti di tutela garantiti dall'ordinamento in favore dei minori stranieri non accompagnati “titolari dei diritti in materia di protezione dei minori a parità di trattamento con i minori di cittadinanza italiana o dell'Unione Europea, in ragione della loro condizione di maggiore vulnerabilità” (art. 1).

Per “minore non accompagnato” si intende lo straniero di età inferiore agli anni 18 non avente cittadinanza italiana o dell'Unione Europea che si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano” (art. 2).

Quali sono i principi enunciati dalla legge?

Gli elementi su cui si concentra la legge riguardano il rafforzamento dei diritti e delle tutele.

In particolare:

- è vietato il respingimento;
- è prevista una procedura rigorosa e omogenea in tutto il territorio nazionale per la prima accoglienza in strutture dedicate esclusivamente ai minori per un periodo massimo di trenta giorni per l'identificazione e l'accertamento dell'età del minore, con la presenza di un mediatore culturale durante i colloqui;
- è istituito l'albo dei tutori volontari (art. 11);
- è incentivata l'adozione di specifiche misure da parte delle istituzioni per promuovere l'affidamento in famiglia, per favorire l'assolvimento dell'obbligo scolastico e formativo e per garantire l'assistenza sanitaria;
- è attivata una banca dati nazionale, dove confluiscono le cartelle sociali con le annotazioni dei percorsi dettagliati dei minori;
- è sancito il diritto del minore all'ascolto nei procedimenti amministrativi e giudiziari che lo riguardano e il diritto

all'assistenza affettiva, psicologica e legale con il gratuito patrocinio.

Perché il divieto di respingimento?

Nell'ottica del “superiore interesse del minore”, alla luce della Costituzione e delle Convenzioni internazionali, l'art. 3 stabilisce che “in nessun caso può disporsi il respingimento alla frontiera”.

L'art. 10 precisa che il questore rilascia il permesso di soggiorno: a) per minore età, valido fino al compimento della maggiore età, a richiesta dello stesso interessato; b) per motivi familiari per il minore di 14 anni affidato o sottoposto alla tutela di un cittadino italiano con lo stesso convivente, ovvero per il minore ultraquattordicenne affidato o sottoposto alla tutela di uno straniero legalmente soggiornante nel territorio nazionale o di un cittadino italiano con lo stesso convivente.

È previsto il “rimpatrio assistito e volontario del minore non accompagnato” quando “il ricongiungimento con i suoi familiari nel Paese di origine o in un Paese terzo corrisponda al suo superiore interesse”. Il provvedimento è adottato dal Tribunale per i Minorenni competente, sentiti il minore e il tutore, valutati i risultati delle indagini familiari nel Paese di origine e della relazione dei servizi sociali competenti circa la situazione del minore in Italia.

Qual è la procedura per l'identificazione del minore?

L'art. 5 detta le modalità.

Nel momento in cui il minore viene segnalato alle autorità di polizia o ai servizi sociali o all'autorità giudiziaria, il personale qualificato della struttura di prima accoglienza gli assicura un'immediata assistenza umanitaria. L'identità è accertata dalle autorità di pubblica sicurezza, coadiuvate da mediatori culturali, alla presenza del tutore, attraverso un colloquio con il minore, volto ad approfondire la sua storia personale e familiare e a far emergere ogni altro elemento utile alla sua protezione. L'età è stabilita in via principale attraverso

un documento anagrafico, anche avvalendosi delle autorità diplomatico-consolari. L'intervento delle autorità consolari è escluso nei seguenti casi:

- quando all'esito del colloquio sia emersa una possibile esigenza di protezione internazionale;
- quando l'intervento consolare possa causare pericoli di persecuzione;
- quando il presunto minore abbia espresso la volontà di chiedere protezione internazionale.

Qualora permangano dubbi fondati sull'età dichiarata, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni può disporre esami socio-sanitari: il minore è adeguatamente informato (con la presenza del tutore e del mediatore culturale) della procedura e del tipo di esami ai quali deve essere sottoposto.

Con la precisazione essenziale che “qualora anche dopo l'accertamento socio-sanitario permangano dubbi sulla minore età, questa si presume a ogni effetto di legge”.

Come è gestito il passaggio verso la maggiore età?

L'art. 13 prevede “misure di accompagnamento verso la maggiore età e misure di integrazione di lungo periodo”.

Quando il minore che ha intrapreso un percorso di inserimento sociale, al compimento della maggiore età, necessita di un supporto prolungato volto al buon esito del percorso finalizzato all'autonomia, il Tribunale per i Minorenni può disporre l'affidamento ai servizi sociali “comunque non oltre il compimento del ventunesimo anno di età”.

Chi sono i tutori volontari?

L'art. 11 prevede l'istituzione di elenchi di tutori volontari “a cui possono essere iscritti privati cittadini selezionati e adeguatamente formati da parte dei garanti regionali per l'infanzia e l'adolescenza, disponibili ad assumere la tutela di un minore straniero non accompagnato o di più minori, quando la tutela riguarda fratelli o

sorelle". È importante sottolineare che "per promuovere e facilitare la nomina dei tutori volontari sono stipulati protocolli di intesa tra i predetti garanti e i presidenti dei Tribunali per i Minorenni". Il tutore deve rispettare il diritto del minore a essere ascoltato e informato in modo comprensivo e appropriato.

Per gli adempimenti normativi previsti dall'art. 11 è stata creata una rete tra tutti i soggetti coinvolti con la predisposizione di "Linee Guida" per la selezione, la formazione e l'iscrizione dei tutori volontari negli elenchi istituiti presso tutti i Tribunali per i Minorenni.

Si profila un percorso di speranza per i minori fuggiti da situazioni drammatiche?

Gli scopi della legge sono importanti: più tutele e integrazione con la predisposizione di un sistema nazionale organico e omogeneo di strumenti finalizzati a garantire al minore:

- il diritto alla salute;
- il diritto all'ascolto e all'assistenza legale in tutte le procedure amministrative e giudiziarie che lo riguardano;
- il diritto all'istruzione con la possibilità di acquisire i titoli conclusivi dei corsi di studio con il necessario supporto fi-

no alla maggiore età e con il coinvolgimento dei servizi sociali.

Apprezzabile è la scelta dell'affido familiare come strada prioritaria di accoglienza con l'accompagnamento di un tutore.

Lo specifico programma di assistenza previsto dall'art. 17 per i minori vittime di tratta è un segno forte di rispetto per la dignità del minore "titolare dei diritti in materia di protezione a parità di trattamento con i minori di cittadinanza italiana o dell'Unione Europea" (art. 1).

✉ augusta.tognoni@gmail.com

Pagine elettroniche di Quaderni acp – 2017; 24(3)

NEWSLETTER PEDIATRICA

- > n.1 Corticosteroidi inalatori quotidiani ed intermittenti nei bambini in età prescolare con wheezing ricorrente. Una metanalisi
- > n.2 Violenza sessuale sotto i 12 anni: report da un centro di riferimento londinese
- > n.3 *Lactobacillus paracasei* CBA L74 e malattie infettive minori: risultati di uno studio randomizzato controllato italiano
- > n.4 Secondo uno studio di non inferiorità per l'otite media acuta è meglio l'amoxicillina-ac. clavulanico per 10 giorni invece di 5 nei bambini di 6-23 mesi
- > n.5 Le visite domiciliari nel primo anno di vita possono ridurre l'accesso ai servizi sanitari. Risultati di un RCT
- > n.6 Cochrane Database of Systematic Review: revisioni nuove o aggiornate aprile-giugno 2017

DOCUMENTI

- > d.1 Diagnosi, trattamento e follow-up della malattia di Kawasaki: le raccomandazioni 2017 dell'Associazione Americana di Cardiologia. Commento a cura di Martina Fornaro e Enrico Valletta
- > d.2 Disuguaglianze e prima infanzia. Interventi precoci per un futuro in salute. Commento a cura del gruppo di Chiara Saraceno
- > d.3 LA SALUTE DEI BAMBINI IN ITALIA. DOVE VA LA PEDIATRIA? IL PUNTO DI VISTA E LE PROPOSTE DELL'ACP. Garantire ai bambini con bisogni speciali cure di buon livello con percorsi integrati. Commento a cura di Massimo Farneti

AMBIENTE & SALUTE

- > a&s.1 Cambiamento climatico: il ruolo del suolo per contrastare l'aumento dei gas serra
- > a&s.2 Progetto TENDR: una chiamata all'azione per ridurre l'esposizione del feto e del bambino alle sostanze chimiche tossiche interferenti con lo sviluppo del SNC

L' ARTICOLO DEL MESE

- > am.1 Dalla sindrome feto alcolica allo spettro dei disordini ni.1 feto alcolici

POSTER CONGRESSI

- > p.1 Poster specializzandi (2° parte) Tabiano XXVI: Nessun dorma

NARRARE L'IMMAGINE

- > ni.1 Vilhelm Hammershøi, *An Old Woman*, 1886. Descrizione a cura di Cristina Casoli. Impressioni di M.L. Tortorella e S. Conti Nibali

Libri: occasioni per una buona lettura



Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

Orfanzia

di Athos Zontini

Bompiani, 2016, pp. 224, € 17



L'ambiguità dell'amore

Leggere un romanzo con protagonista un bambino di 7 anni (studia le tabelline a memoria) scritto in prima persona rischia di farmi rituffare nella mia infanzia, qui e ora, così come è successo con *Paddy Clarke ab ab ab!* e con *Quando avevo cinque anni, mi sono ucciso*. E Athos Zontini è riuscito a riportarmi nel presente un tempo ormai antico, anche se il bambino protagonista di *Orfanzia* vive immerso in altri pensieri ed esperienze alimentari. *Orfanzia* è un neologismo che ha come radice "infanzia", deturpata da un *Or* che si può associare a "orfano" oppure a "orchi" o scegliete voi cosa. Questo bambino, di cui non so il nome, è immerso in un mondo di solitudine, dove gli spazi di relazione sono molto ristretti; un mondo fantastico che ha già destinato il bambino a essere mangiato dai suoi genitori. Infelicissimi genitori che si aggrappano al bambino per la loro realizzazione, o meglio per la loro sopravvivenza in una rappresentazione degna del più famoso saggio di Alice Miller. La storia ruota attorno al cibo, presente in quasi ogni pagina e che incatena bambino e ge-

nitori in un legame asfittico. Un cibo colpevole di far crescere il bambino che non può e non deve crescere per avere salva la vita. Tuttavia nel corso delle stagioni – i quattro capitoli del libro sono le quattro stagioni di un anno – il bambino comprende che mangiare lo farà sopravvivere in un mondo difficile e selvaggio come quello dell'infanzia. La sicurezza della sua sopravvivenza sarà barattata, lo scopriremo solo alla fine, con un bene prezioso. Gli incontri con il pediatra sono di straordinaria simpatia, dall'implacabile suggerimento terapeutico: "*Mi dia retta. Se vuole che questo bambino cresca, lo deve trattare male*", alla dichiarazione del medico dopo una furibonda lotta per un'iniezione di ricostituente: "*Gl'avevo detto che era una sciocchezza*". Il finale, la torta del compleanno in un'ultima pagina imperdibile, ci svelerà la terribile verità, confermando i sospetti che infestavano la mente innocente del bambino e del lettore.

Bella storia adatta a una molteplice lettura, ricca di ambiguità e di possibilità interpretative, dove il bambino si muove tra dramma e tenerezza, con molti spazi per il sorriso. *L'esergo - It's Alright, Ma (I'm Only Bleeding)* - è un omaggio a una bella canzone di Bob Dylan. L'incipit? *Niente mi ha fatto male più dell'amore*. Direi che è un buon inizio.

Costantino Panza

La lingua geniale

9 ragioni per amare il greco

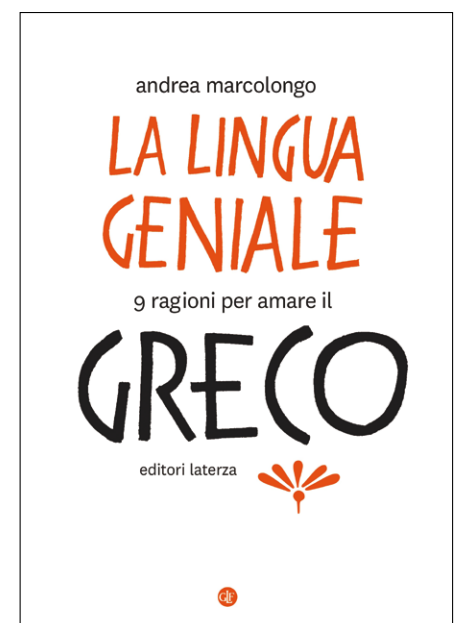
di Andrea Marcolongo

Laterza, 2016, pp. 156, € 15

Un fascino che non abbiamo colto

Questo libro ha avuto un successo editoriale inatteso in un paese dove il liceo classico, la sola scuola dove si studia il greco, è una scelta residuale. Lo sceglie infatti il 6.6% degli studenti. Fra lingue morte e lingue vive non c'è dubbio che i quattordicenni di oggi, pensando al loro futuro professionale, preferiscano le vive. La platea dei lettori dovrebbe quindi essere limitata a coloro che hanno studiato il greco a scuola. Alle numerose presentazioni del libro è stato chiesto all'autrice (che è una

donna nonostante il nome maschile) se a coloro che hanno un passato di studio del greco possa capitare di riprendere a frequentarlo. Dati non ce ne sono, ma una mia esperienza dice che questi "ritorni" sono pochi. Gli interpellati rispondono che lo farebbero molto volentieri, ma in realtà leggo nei loro occhi che sono respinti dall'idea di dovere ricominciare un'avventura che da ragazzi è stata difficile. E in fondo le occasioni di *refreshing* non sono poi moltissime. Quegli stessi ex liceali sanno condire un fatto con qualche citazione latina come *Alea acta est*, o *Quod non fecerunt Barbari fecerunt Barberini*, o *Vae victis*, oppure citano il catulliano *Vivamus, mea Lesbia, atque amemus*, magari con la metrica giusta ma non altrettanto fanno con Saffo che pure spesso hanno imparato a memoria.



Eppure la riscoperta del greco con questo libro è una interessante avventura verso ciò che non si era capito e non per colpa nostra. Le particolarità linguistiche sulle quali l'autrice ci fa riflettere testimoniano un fascino di quella lingua che non avevamo colto. Per esempio il modo greco (si parla del greco classico, non di quello posteriore) di considerare il tempo e il suo effetto sulla vita; su ciò che si fa, si vede, si

ama. Per questo i terribili verbi erano difficili da tradurre. Pensate all'oristo in cui si inciampava perché nonostante in greco *oristos* significhi tempo "indeterminato", cioè senza inizio e senza fine, gli insegnanti si ostinavano a farcelo tradurre al passato remoto. Ma con *gnôthi seautón* ('conosci te stesso') gli andava male perché stavolta l'oristo (*gnôthi*) ce lo facevano tradurre con un presente (conosci), ma non ci spiegavano perché. Perché gli effetti del conoscere – dice l'autrice del libro – non finivano mai e si trascinavano nel tempo in modo indeterminato senza fine. Dopo averlo saputo, insomma, sarà tuo per sempre. Ma sul "sapere" la grammatica si incontrava con la filosofia. Il verbo *oraō* (io vedo) finiva per diventare "io so" al perfetto (*oīda*) perché la vista è strumento di conoscere e, dopo avere veduto, io so. E straordinaria è la presenza, oltre al futuro, di un futuro più immediato. Il futuro è "io partirò" ma non ho deciso quando. Quando ho la valigia in mano la partenza è immediata e allora dirò "mèllo" seguito dall'infinito che significa *io sto per...* Sono ancora fermo ma sto per partire tra un secondo, come nelle corse a cronometro. E l'ottativo? Un modo che indica più che un'azione il desiderio di compierla. *Emoi genoito* significa "toccasse a me di..." ma quel dittongo "oi" mette di più non solo il desiderio, ma l'aura del desiderio. Una perdita la sua sostituzione col congiuntivo in latino e in italiano. E che dire della raffinatezza del duale? Che indicava 2 cose che stavano insieme (scarpe, orecchini) o 2 animali (un tiro di buoi) o 2 persone legate fra loro da una intima connessione (coppia) che non erano né l'indicazione semplice di un "io" e un "tu" da soli, e non erano ancora la folla forse anonima di "noi" o "voi". E che ne dite della genialità del trasformare un nome nel suo contrario con l'alfa privativo? Anche in parole nostre di cui non sospettiamo l'origine come "abisso" che è il contrario di *bissos* (fondo) e significa quindi "luogo senza fondo".

Giancarlo Biasini

Il desiderio che ama il lutto

di Sarantis Thanopoulos
Quodlibet Studio, 2016, pp. 96, € 14

Desiderio: dolore e aspettativa

Niente paura. A dispetto del titolo, non c'è nulla di mortifero in questo libro di Thanopoulos. Anzi, l'introduzione è quasi poetica, elemento inaspettato in psicoanalisi. "Dove il soggetto spinto dalla pulsione incontra la differenza nasce il desiderio". E la differenza non esiste senza il desiderio. Il desiderio è tensione che si lega all'altra tensione presente nell'oggetto desiderato.

Sarantis Thanopoulos
Il desiderio che ama il lutto
Quodlibet Studio

Ecco, in questa complementarità, nasce il simbolo, il combaciare di due parti separate. **Sumbolon** in greco antico indicava la metà di una tessera di terracotta che, fatta combaciare con l'altra metà, serviva come mezzo di riconoscimento. Desiderio, differenza e libertà sono indissociabili. Ma dove nasce il lutto di cui al titolo? Il coinvolgimento dell'oggetto è possibile solo nel dispiegamento libero della propria soggettività, ovvero l'oggetto desiderato ha la possibilità di respingere il soggetto desiderante. Ecco il nemico del proprio desiderio. Il bambino piccolo ha solo il presentimento dell'altro e il desiderio di sé è forma sorgente che si definisce attraverso le cure materne. "Il desiderio prende la sua forma vera e propria quando la madre torna alla sua vita precedente e riduce la costanza delle sue cure (come la madre "non tutta madre" di Recalcati). Secondo Thanopoulos, il bambino capisce che la sua soggettività sta subendo una mutilazione, che il suo desiderio non gli appartiene del tutto, che la madre è necessaria per la sua soddisfazione, ma anche che sta perdendo una parte di sé. Comprende che la scelta tra sé e l'altro è impossibile e questo lo fa entrare in una dimensione melanconica. Il bambino capisce che la pretesa per cui l'altro debba funzionare come una protesi di sé è destinata a fallire o ad assegnargli un destino melanconico; allora trasforma l'essere in avere: ciò che non può più illudersi di essere (identificazione con l'oggetto) lo recupera in termini di avere (relazione oggettuale). Insomma l'altro diventa oggetto sia di relazione che di identificazione. In questa fase, che coincide temporalmente con il rapporto con l'oggetto transizionale, se la madre funziona da proprietaria del sé, è probabile che la

soggettività eccentrica del bambino (la differenza dell'altro lo attrae, lo trascina al di fuori da sé) si esprima appieno e che tra i due nasca un'affinità elettiva. Sarà l'intensità del contatto con la madre a imprimere nel bambino la spinta a sfidare la discontinuità dell'esistenza. Il lutto della mutilazione lo pone in una posizione dolorosa (desiderio come pathos), ma anche piena di aspettative (presentimento di sensualità). "Il desiderio è la dimensione insatura del significato, l'apertura perpetua alla differenza tra il soggetto e l'altro che lo tiene vivo". Il desiderio comporta l'incertezza, il rischio di essere delusi. Si incrociano la dimensione narcisistica e quella masochistica. "Il desiderio nella sua forma compiuta ama il lutto perché è il lutto che lo fa nascere e lo mantiene vivo". L'oggetto perduto resta vivo internamente nella sua distinta identità, è irriducibile sia a una assimilazione interna sia a una sostituzione piena, è sempre perduto e sempre ritrovato in forma nuova. Citando Eraclito: "nello stesso fiume entriamo e non entriamo, siamo e non siamo".

Claudio Chiamenti

Numero 11

di Jonathan Coe
Feltrinelli, 2016, pp. 381, € 19



Alla fine siamo tutti liberi di scegliere

Il sottotitolo di questo libro è *Il baratro della follia*, e la follia è quella della società sopravvissuta alla deriva liberista del partito e del governo di Tony Blair. La storia ha nello sfondo il misterioso suicidio di David Kelly, dopo aver rivelato al mondo le bugie delle armi atomiche di Saddam Hussein utilizzate a pretesto per la guerra.

Al tempo di questi fatti le protagoniste del racconto, Rachel e Allison, hanno dieci anni e sono in vacanza dai nonni di Rachel. Il libro è diviso in racconti, in cui si trovano disseminati indizi che riportano a trovare i personaggi, una ventina, tutti legati tra loro e tutti apparentemente coinvolti in fatti tragici. È la citazione del numero 11 che ritorna. È un libro che mi ha tolto il fiato e terrorizzato per la capacità di raccontare con sarcasmo, realismo e spietatezza, gli orrori quotidiani in cui viviamo, con l'aggravio che ormai ci appaiono aspetti normali della nostra vita, la povertà, la ricchezza estrema, l'accanimento contro i valori del sistema scolastico, l'utilizzo perverso dei social, i premi, una sorta di Isola dei famosi con il suo carico di agghiacciante e distruttivo cinismo. Sullo sfondo ricompaiono i membri della mostruosa famiglia Winshaw, il primo celebratissimo romanzo di Coe. E oltre ad Allison e Rachel, alcuni personaggi positivi, tra cui il mio preferito, Pilbeam, un detective intriso di cultura, metodo e Agatha Christie. Scrittura densa e gotica che mescola comico, noir e anche una pennellata di realismo magico, ma solo alla fine, per dare al lettore la possibilità di scegliere di non vedere la verità, sotto i nostri occhi, del mondo inquietante e assurdo in cui viviamo.

Maria Francesca Siracusano

Credere tradire vivere
di Ernesto Galli della Loggia
Il Mulino, 2016, pp. 355, € 24

Le scelte politiche degli intellettuali italiani
Nelle analisi dei fatti che ti accadono attorno è sempre difficile non partire dalle storie personali e dal modo in cui ci siamo comportati. Ernesto Galli della Log-

gia, intellettuale impegnato a più riprese in politica e politologo al tempo stesso, lo ammette con tutta sincerità in questo suo viaggio negli anni della Repubblica, un insieme di storia da storico, di ricordi, di sentimenti e spesso di caldi risentimenti personali con grande abbondanza di note di molto interesse. Il che non capita nei *pamphlet* di casa nostra. Insomma un saggio di storia collettiva e personale degli intellettuali italiani e delle loro scelte politiche. Mi è capitato, leggendolo, di essere ora d'accordo, ora in leggero disaccordo, ora di trovarmi assolutamente dalla parte opposta di quella dell'autore. Il tema di fondo è la capacità e la sveltezza con cui i politici, ma soprattutto gli intellettuali italiani, hanno cambiato bandiera dal 1945 alla fine degli anni di Berlusconi. Il che è possibile, giusto e giustificabile, ma quasi sempre, anzi sempre, non è ammesso da parte di chi ha cambiato. Spiega l'autore che *"Nel corso della nostra storia troppe volte gli intellettuali e... un po' tutta la società italiana... sono state viste cambiare idee, valori e punti di vista. E però lo hanno fatto... senza alcuna discussione pubblica, senza mai ammetterlo"*. La rassegna di Galli della Loggia è molto completa: parte dalle "dimenticanze" fasciste dei campioni dell'antifascismo, a partire da Norberto Bobbio, che avevano trovato un modo per convivere con il regime, prima di diventare fieri avversari, dalle dimenticanze filosovietiche degli intellettuali di sinistra che nel 1981 citavano tra le letture giovanili Marx e Lenin, che nel 1991 erano diventate Pavese e Silone, dai democratici-liberali che sono finiti nel calderone berlusconiano. Ma in fondo l'autore non è indulgente neanche con se stesso nel dichiarare, una per una, le proprie svolte culturali e politiche, anche se rimane il dubbio che

ERNESTO
GALLI DELLA LOGGIA

credere tradire vivere

UN VIAGGIO NEGLI ANNI DELLA
REPUBBLICA

il Mulino

voglia sempre difendere una sua posizione di "terzista" non allineato, in qualsiasi posizione egli fosse: prima incerto socialista negli anni '60, poi incerto votante comunista, poi di nuovo socialista ma stavolta craxiano meno incerto e infine – egli dice – chiaramente "terzista" negli anni del berlusconismo. Il che è fortemente discutibile. A giudicare di Galli della Loggia, fra gli intellettuali fedeli a se stessi si devono ricordare certamente Ignazio Silone, Carlo Ludovico Ragghianti, Nicola Chiaromonte e Aldo Garosci. Mi sono appassionato a leggere questo libro perché mi ha fatto compiere, anche con l'aiuto delle ricche note, un curioso viaggio in aree oramai poco percorse della memoria, ma dove erano stipati molti ricordi personali e familiari di quando ero meno anziano di adesso. Ma mi chiedo perché i quotidiani e i settimanali abbiano pubblicato così poche recensioni.

Giancarlo Biasini

Una *Ninna Nanna* per la depressione post partum



Rubrica a cura di Italo Spada

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi, Roma

Ninna Nanna

Regia: Enzo Russo e Dario Germani

Con: Francesca Inaudi, Fabrizio Ferracane, Nino Frassica, Manuela Ventura, Guia Jelo, Salvatore Misticone, Maria Rosaria Omaggio Italia, 2017

Durata: 112'



Possono gli uomini comprendere in pieno quello che provano le donne quando mettono al mondo un figlio? L'interrogativo va oltre i problemi della gravidanza e del parto quando riguarda anche la depressione *post partum* che, a dar retta alle statistiche, colpisce una donna su nove. E il cinema può, in casi del genere, affrontare un tema così delicato e complesso senza rischiare di cadere nella spettacolarizzazione e/o nella superficialità? Domande che in *Ninna Nanna* hanno di certo dovuto tenere presenti sia Enzo Russo e Dario Germani, due registi alla loro prima fatica, che Damiano Bruè e Sante Paolacci che li hanno

affiancati nella stesura della sceneggiatura. Con quale risultato?

Un film è un film. Ovvero: una storia raccontata per immagini. La precisazione, per quanto ovvia, va sempre tenuta presente per mettere sull'avviso quanti si aspettano dal cinema trattati di medicina. E a questo sembra mirare anche una delle sequenze iniziali, dove alcuni personaggi che avranno parti più o meno rilevanti vengono presentati con le traballanti inquadrature di una cinepresa. L'espedito di filmare ed essere filmati non è nuovo, ma qui ha tutta l'aria di un avvertimento. Sembra dire che dalla storia che sta per iniziare lo spettatore può ricavare, a suo piacimento e secondo il personale modo di vedere le cose, distensione, evasione, notizie, insegnamenti e quant'altro.

Ninna Nanna narra le ansie e turbamenti di una bella, giovane e affermata enologa. Si chiama Anita (una brava Francesca Inaudi), è sposata con un sant'uomo (Salvo, interpretato da Fabrizio Ferracane), può fare affidamento sull'amica del cuore Stefania (Manuela Ventura) ed è circondata, in famiglia e nel posto di lavoro, da persone che la stimano e le vogliono bene. Facciamo la sua conoscenza quando sta per diventare mamma. Raggiunta da Salvo in riva al mare, brinda alla bambina che porta in seno. Nasce Gioia e la vita di Anita non è più la stessa. Un neonato fagocita tempo, attenzioni, energie, personalità. Anita però non ha intenzione di sparire dietro sua figlia e, per la prima volta e a parti invertite, rivive la frustrazione di un mancato rapporto con sua madre, eternamente in giro per il mondo. Notti di insonnia, nervosismo, improvvisi scatti d'ira. Per tutti, suocera e parrucchiere compresi, la piccola Gioia è una gioia; per Anita è un tormento. Peggio: un *mostro* che si è appropriato della sua esistenza e minaccia di annientarle la libertà e

la femminilità. *"Ma tu ce l'hai con me?"* le chiede. È il preludio a gesti pericolosi, incomprensibili e deprecabili: le procura piccole ustioni, le riversa addosso la sua malattia, l'abbandona all'interno dell'auto, la lascia a casa dimenticando di avere imprudentemente lasciato aperto il gas. I paesani la criticano, zio Luigi (un eccezionale Nino Frassica) la schiaffeggia, la pediatra le consiglia di rivolgersi a uno psicologo, il marito la caccia via di casa. In una terra che con le sue rovine archeologiche e con i cantastorie rimanda al mito (e al complesso) di Edipo e alle tragedie greche il finale sarebbe intriso di sangue. Non sarà così. E non ci sarà nessun *"deus ex machina"* ad addolcire l'esodo, ma la *"catarsi"* di una donna travagliata che sperimenta il difficile compito di essere madre e, dopo aver vagato senza meta, approda sulla spiaggia della tranquillità senza dover ricorrere al sacrificio di capri espiatori. Prima dei titoli di coda, arriva la tanto attesa ninna nanna della nuova Anita. E sarà un sollievo per tutti.

Prova d'esordio superata? Per il coraggio di affrontare un tema delicato e attuale, per le convincenti interpretazioni degli attori (comparse incluse), per alcune intuizioni ed espedienti filmici, per la magnifica fotografia, per la bella colonna sonora di Francesco Silvestre dei Modà, per l'azzeccata scelta dei luoghi – Castelvetrano, Selinunte, Tre Fontane e Gibellina (*una terra che è figlia di un parto*, come dice Dario Germani. *Gibellina nuova è figlia della Gibellina vecchia distrutta nel 1969 dal terremoto*), senz'altro. Un po' meno per i *vuoti narrativi* che non chiariscono passaggi decisivi della conversione di Anita, come gli incontri con lo psicologo e quello con la madre. Ma se non si può pretendere troppo dalla vita, a maggior ragione dobbiamo essere clementi con il cinema.

✉ italospada@alice.it

Info: notizie sulla salute



Rubrica a cura di Sergio Conti Nibali

Un nuovo Ospedale amico

L'ospedale S. Giovanni di Dio di Firenze ha superato la Fase 3 del percorso Ospedali e Comunità amici dei bambini dell'UNICEF. Così si arriva a 31 ospedali riconosciuti dall'inizio dell'iniziativa in Italia, di cui 25 riconosciuti attualmente. A questi ospedali si aggiungono le 7 comunità e i 2 Corsi di Laurea.

Come si finanzia la salute globale

L'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) dell'University of Washington è molto noto a chi si occupa di salute globale per la serie di pubblicazioni sul *Global Burden of Disease*. Per molte delle sue attività, l'IHME è finanziato dalla Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF). Questo è il caso anche di un imponente studio sul finanziamento della salute globale, con il quale gli autori hanno analizzato la spesa pubblica e privata per la salute in 184 Paesi, il finanziamento della stessa mediante aiuti allo sviluppo, e le implicazioni per gli obiettivi futuri riguardanti la copertura sanitaria universale (Universal Health Coverage, UHC). Dal documento principale, gli autori hanno ricavato anche due articoli per il *Lancet*: il primo sull'evoluzione tra il 1995 e il 2014, il secondo sulle tendenze previste tra il 2015 e il 2040. La mole di informazioni fornite dal documento principale e dai due articoli del *Lancet* è enorme. Ve ne proponiamo una sintesi.

Com'è ben noto a chi si occupa di diseguglianze, la spesa sanitaria pro capite è inferiore a 100 dollari l'anno in molti Paesi, soprattutto nell'Africa sub-sahariana, mentre supera, a volte abbondantemente, i 5000 dollari l'anno in alcuni Paesi ricchi. Tra il 1995 e il 2014, i Paesi che hanno avuto i maggiori tassi di aumento annuo della spesa sanitaria pro capite sono stati quelli a reddito medio alto e medio basso: rispettivamente più 5,9% e più 5,0% l'anno, in media. La spesa media pro capite nei Paesi a reddito medio alto è quasi triplicata in 20 anni: da 309 a 914 dollari l'anno. Nei Paesi a basso reddito la crescita è stata del 4,6% l'anno, mentre i Paesi ad alto reddito hanno avuto la crescita mino-

re, 3,0% l'anno. Ma in termini assoluti, questo 3,0% corrisponde a 2244 dollari di aumento della spesa pro capite in 20 anni, ben superiore all'aumento di 605 dollari dei Paesi a reddito medio alto e ai 162 dollari dei Paesi a reddito medio basso. Per non parlare dell'aumento di 69 dollari pro capite dei Paesi a basso reddito. Il gap nella spesa sanitaria pro capite, cioè, è aumentato di molto, invece di diminuire.

Oltre ad analizzare il livello di spesa sanitaria pro capite, è importante capire come questa sia finanziata. Il Paese con la spesa sanitaria annua pro capite più bassa nel 2014 è la Somalia con 33 dollari; quello con la spesa più alta gli USA, con 9237 dollari. La percentuale di spesa sanitaria pro capite fornita dal settore pubblico tende ad aumentare con l'aumento della spesa stessa. Com'è noto, questa percentuale è più alta nei Paesi scandinavi ed è più bassa nei Paesi che si affidano di più al mercato, come gli USA e il Brasile. In Mozambico siamo appena sopra il 10%, perché quasi tutta la spesa è coperta dall'aiuto allo sviluppo. La percentuale di spesa privata prepagata mediante vari tipi di assicurazione è notoriamente alta negli USA, circa il 39%, ma la si comincia a vedere anche in Paesi a basso reddito, come la Tanzania. Ma quella che preoccupa di più è la spesa *out of pocket* (OOP), che in Somalia è al 29% e in Bangladesh addirittura al 66%. La spesa OOP tende a crescere con il diminuire della spesa sanitaria pro capite ed è quindi relativamente più elevata nei Paesi più poveri; in quelli a basso reddito siamo al 29%, in quelli a reddito medio basso al 58%. Essendo ben noto che essa rappresenta un ostacolo all'uso dei servizi sanitari e sapendo che non è diminuita e probabilmente non diminuirà significativamente nemmeno nei prossimi 20 anni, è evidentemente in pericolo il raggiungimento dell'UHC globale, previsto dal terzo degli obiettivi di sviluppo sostenibile per il 2030.

Anche la proporzione di spesa sanitaria derivante dagli aiuti allo sviluppo, che a livello globale corrisponde a un misero 0,6%, è ovviamente nulla nei Paesi a reddito alto e medio alto e massima in quelli a

basso reddito. In Mozambico, per esempio, copre l'80% della spesa sanitaria totale, e sono una quindicina i Paesi dove supera il 40%. Nei Paesi a basso reddito, la media è sul 36% e ha contribuito per il 51% dell'aumento della spesa sanitaria pro capite registrato tra il 1995 e il 2014. Nel 2016 l'aiuto allo sviluppo destinato alla salute equivaleva a 37,6 miliardi di dollari. Negli anni '90 del secolo scorso si aggirava tra i 6 e i 10 miliardi di dollari. L'aumento verso i 30 miliardi di dollari l'anno si è verificato tra il 2000 e il 2009, in corrispondenza dello sforzo legato agli Obiettivi del Millennio. La crisi finanziaria globale ha ridotto i tassi di crescita dal 2008 in poi; gli aiuti bilaterali ristagnano, quelli multilaterali attraverso le agenzie dell'ONU e la Banca Mondiale pure, mentre aumentano leggermente gli aiuti forniti da privati (ONG e fondazioni varie). I tassi annuali di crescita dell'aiuto allo sviluppo per la salute si sono elevati tra il 2000 e il 2009, per poi regredire dopo il 2000 ai valori degli anni '90 o meno, o per assumere addirittura valori negativi (HIV/AIDS e sostegno al settore salute). Gli aumenti maggiori hanno interessato soprattutto i programmi verticali di controllo delle malattie e non le attività che rafforzano i sistemi sanitari.

Dei 423 miliardi di dollari sborsati in aiuti allo sviluppo per la salute tra il 1995 e il 2014, 113,6 sono andati all'Africa sub-sahariana, 33,4 all'America Latina e Caraibi, 31,4 all'Asia meridionale, 27,9 all'Asia orientale e Oceania, 12,3 a Medio Oriente e nord Africa, 10,6 all'Europa orientale e Asia centrale; 59,3 miliardi di dollari hanno finanziato iniziative globali, mentre 133,6 non sono stati assegnati. Quasi un quarto di questi fondi sono stati spesi per HIV e AIDS. Gli USA sono il maggiore donatore, con circa il 34% del totale nel 2016.

Le previsioni per il futuro sono ovviamente incerte, un po' a causa dei diversi modelli che si possono usare per stimare la crescita del PIL e della spesa sanitaria, un po' perché è difficile, se non impossibile, predire l'andamento relativo delle varie fonti di finanziamento dei sistemi sanitari,

compreso l'aiuto allo sviluppo. Per dare un'idea dell'incertezza, basti pensare che partendo dalla spesa globale per la salute nel 2014, un po' più di 9 trilioni di dollari, gli autori dello studio arrivano a una stima per il 2040 che varia tra 20 e 30 trilioni. In base a queste stime, la spesa sanitaria pro capite nei Paesi a basso reddito passerebbe dalla media di 120 dollari l'anno attuali a 195 dollari nel 2040, mentre quella dei Paesi ad alto reddito aumenterebbe da 5221 a 9215 dollari. Se fosse vero, il gap tra ricchi e poveri sarebbe ancora più grande. Per esempio, la Somalia passerebbe da 33 a 42 (range 23-72) dollari l'anno di spesa pro capite, gli USA da 9237 a 15.026 (range 13.412-16.776). E se fossero vere anche le stime sulle fonti di finanziamento, nei Paesi a basso reddito gran parte dell'aumento della spesa sanitaria sarebbe attribuito alla spesa governativa, seguita da quella privata prepagata e OOP, mentre sarebbe minimo il contributo dell'aiuto allo sviluppo: solo 3,2 (il 4%) dei 75 dollari di aumento previsti tra 2014 e 2040.

Gli autori di questo studio non hanno preso in considerazione due importanti variabili della spesa sanitaria all'interno dei Paesi: l'equità della sua distribuzione, quale proporzione vada cioè alle classi sociali più povere rispetto a quelle più ricche, e l'efficienza e l'efficacia del suo uso, quale proporzione vada alle cure primarie rispetto a quelle terziarie, o alle cure con impatto sicuro su fette importanti della popolazione rispetto a un impatto incerto per pochi. Gli autori dello studio ammettono questo limite e ne riconoscono l'importanza. È probabile che il livello di iniquità globale, registrato per i 20 anni trascorsi e previsto per il 2040, risulterebbe ancora più insopportabile se anche queste variabili fossero state prese in considerazione.

Nel presentare i loro risultati, gli autori dello studio sembrano dare per scontato

che il finanziamento della salute debba crescere e lamentano il fatto che esso non cresca abbastanza nei Paesi a reddito più basso, con il conseguente aumento del gap rispetto ai Paesi a reddito maggiore. Ma crescere per cosa? E fino a quando? La crescita della spesa sanitaria nei Paesi ricchi è strettamente associata al crescere del mercato della salute, con tutte le distorsioni e le conseguenze negative che ciò si porta dietro. Vogliamo che anche in Somalia si arrivi prima o poi all'eccesso di diagnosi e trattamento che registriamo nei Paesi ricchi? Vogliamo che gli ospedali del Mozambico abbiano un giorno lo stesso livello di tecnologia medica che c'è negli USA? Ivan Illich ci ha mostrato come l'eccesso di offerta di salute (ma anche di scuola e trasporti; perché tutto può essere trasformato in beni da vendere e consumare) porti non solo a un aumento delle disuguaglianze, ma anche a un aumento degli effetti negativi: iatrogenesi, ignoranza, diminuzione della velocità di spostamento (per non parlare dell'impronta ecologica). Riflettiamoci, prima che sia troppo tardi.

(Fonte: Saluteinternazionale.info)

Nascere in Lombardia

L'Italia (con il 36% sul totale) rimane ancora la prima nazione per nascite da parto cesareo in Europa (28% con la Finlandia al 16%), ma la Lombardia (al 27%) è tra le Regioni più virtuose nel contrastare questa procedura, con l'enclave brianzola (Carate 15%, Vimercate 18% e Monza 20%) allineata agli standard del Nord Europa e tra i primi 10 ospedali italiani per il minor numero di interventi chirurgici. È quanto evidenziato nell'analisi dei dati (2014) del Certificato di Assistenza al parto pubblicata sulla Rivista *Ricerca & Pratica* e condotta da un gruppo di lavoro dell'Istituto Mario Negri di Milano e dalla Regione Lombardia, coordinato da Maurizio Bonati, Responsabile del Dipartimento di

Salute Pubblica. Continua il decremento del numero dei nati in Regione Lombardia, 6241 in meno nel 2014 rispetto al 2005, con un saldo naturale che passa da +6895 nel 2005 a -4222 nel 2014. L'83,8% dei parti è avvenuto in ospedali pubblici, il 16,2% nelle strutture accreditate e solo lo 0,1% nelle cliniche private. Il 72,4% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1000 parti l'anno: 39 ospedali che rappresentano il 54,9% dei punti nascita totali lombardi. Resta quindi lo "zoccolo duro" dei punti nascita al di sotto della soglia dei 500 parti annui, ritenuti non sicuri, dove nel 2014 avveniva il 4,1% delle nascite. Il 27,6% dei parti (22.690) avviene in 47 punti nascita con meno di 1000 parti/anno senza la presenza di Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale; 3511 parti in 11 punti nascita con meno di 500 parti/anno (media 319) senza assistenza operativa di neonatologia. La procreazione medicalmente assistita è effettuata in media in 2,85 gravidanze su 100, utilizzando la Fivet (fecondazione in vitro con successivo trasferimento di embrioni nell'utero) nel 34,1% dei casi.

Il 29,8% delle madri è di cittadinanza non italiana, con gli estremi compresi tra il territorio di Milano Ovest e Cremona con il 46,4 e il 37,2% dei parti. L'età media della puerpera è di 33,6 anni per le italiane e di 30 anni per le straniere. Il livello di scolarità è medio-alto per il 45,2% delle madri italiane; è medio-basso nel 37,8% delle straniere. Le donne con scolarità medio-bassa effettuano la prima visita più avanti nel tempo rispetto alle donne con scolarità più alta. Quanto allo status professionale, il 65,1% delle madri è occupata, il 25% sono casalinghe e l'8,4% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. Tra le straniere, nel 2014 il 56,8% era casalinga, mentre il 79,2% delle madri italiane aveva un'occupazione lavorativa.

(Fonte: R&P 2017;33:54-62)

un pediatra per amico

un pediatra per amico

un pediatra per amico

ABBONATI SU
bit.ly/uppa-acp

PER I SOCI ACP
PACCHETTI DA 10 COPIE
A SOLI 24,00 € L'ANNO

Lettere



Il registro tumori per l'infanzia in Campania: un primo passo per cominciare a capire

La regione Campania ha un registro tumori per l'infanzia, 0-19 anni: è un registro serio, coordinato da persone serie e competenti e del tutto indipendenti perché lavorano esclusivamente nel Servizio Sanitario Nazionale e da oltre 20 anni al servizio dei bambini. Inoltre è un registro che rispetta le rigorose regole stabilite dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) e certificato da organismi scientifici esterni (Associazione Italiana Registro Tumori - AIRTUM, per l'Italia). Questa è una bella notizia.

Sono stati comunicati i primi dati del registro che ha esaminato i casi osservati dal 2008 al 2012 e, in maniera sorprendente, non viene segnalata una maggiore incidenza di tumori nella regione Campania e neppure nella "famosa" terra dei fuochi, dove in realtà ancora oggi c'è grande attenzione al fenomeno con vivaci e giustifi-

cate proteste dei cittadini. Ma i numeri dicono che non c'è una maggiore incidenza. L'incidenza oncologica registrata in Campania in questa fascia di età (163,9 casi per milione per anno) è risultata del 3% inferiore rispetto al dato nazionale, ma tale scostamento (circa 5 casi in meno all'anno) non è risultato statisticamente significativo. Gli stessi responsabili del registro dichiarano però che bisogna continuare a raccogliere i dati degli anni 2013 e 2014 e realizzare analisi di maggiore dettaglio e con tecniche statistiche specifiche per lo studio di fenomeni rari, caratterizzati da bassa numerosità della casistica per poter confermare i dati resi noti.

Solo i tumori della tiroide negli adolescenti presentano un rischio più elevato in Campania, ma sono tumori che hanno mostrato nell'ultimo ventennio un forte trend di incremento in tutta l'Italia.

Anche se bisogna dire, come affermano alcuni studiosi, che è vero che il dato campano del meno 3% rispetto al dato nazio-

nale è un buon risultato, ma il dato italiano è anche il peggiore d'Europa e pare tra i peggiori del mondo! [1]

Dai dati del registro sappiamo anche che la mobilità extraregionale è ancora troppo alta (superiore alla media nazionale) e c'è una dispersione dei casi oncologici in varie strutture sanitarie, tutte concentrate nella città di Napoli e tutte alle prese con difficoltà organizzative e di personale. E questa è una brutta notizia.

Sarà necessario a questo punto razionalizzare le risorse evitando inutili doppioni e sovrapposizioni, migliorare le strutture ospedaliere anche dal punto di vista ambientale, adeguare le tecnologie diagnostiche sui migliori standard europei. I dati del registro servono anche a questo.

Paolo Siani

1. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Riess LAG, et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *Lancet Oncology* 2017;18:719-31.

Ciao Silia. Ci mancherai tantissimo



Le associazioni che fanno capo alla CIANB si stringono alla famiglia di Maria Ersilia Armeni, grande donna, neonatologa e medico brillante e sempre aggiornata, mamma, amica carissima di tutti noi, che è scomparsa a Roma il 19 luglio.

Silia è stata presidente dell'AICPAM, l'associazione delle IBCLC italiane, oltre che membro del Comitato Nazionale Multisetoriale per l'Allattamento Materno presso il Ministero della Salute.

La vita di Silia è stata spesa per la salute di madri e bambini. Una mamma ha scritto di lei: "Maria Ersilia Armeni è una di quelle persone che, quando ti capita di incontrarle, ti senti fortunato".

Ha dimostrato sempre estrema dedizione alla scienza, alle evidenze scientifiche come continuo riferimento per la pratica clinica. Le sue competenze di pediatra e consulente professionale in allattamento sono state da sempre messe a disposizione di mamme e bambini e degli operatori.

Ha portato avanti una battaglia estremamente dura di sostegno all'allattamento negli ambienti scientifici ancora latitanti su questa tematica, contribuendo in modo sostanziale al cambiamento culturale che oggi stiamo vivendo.

È stata a fianco delle donne raccogliendo le loro esperienze – spesso dolorose – per dare loro voce affinché la comunità e noi tutti potessimo prendere consapevolezza dei diritti dei più deboli quoti-

dianamente negati e calpestati. Ersilia aveva sempre una risposta alle domande di aiuto di fronte a casi difficili.

Perdiamo una persona validissima per la promozione e il sostegno dell'allattamento.

Ci mancherà tantissimo.

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

193 La dimissione del neonato in Italia tra il dire e il fare
Augusto Biasini

Formazione a distanza

194 Il trattamento di urgenza delle aritmie in età pediatrica
Rodolfo Paladini

Infogenitori

200 Cuor che batte...
Costantino Panza, Stefania Manetti, Antonella Brunelli

Salute pubblica

201 Dalla salute riproduttiva alla salute dei bambini: perché "Pensarci prima" può fare la differenza
Renata Bortolus, Stefania Ruggeri, Eleonora Agricola, Elena Cesari, Maria Carmen Verga, Pierpaolo Mastroiacovo

Osservatorio internazionale

206 La Scienza People-friendly
Stefania Manetti

I primi mille

208 Fiocchi in Ospedale: un progetto per sostenere i neogenitori al momento dell'arrivo di un figlio e promuovere la salute dei primi 1000 giorni di vita
Antonella Troilo, Francesca Romana Marta

Aggiornamento avanzato

210 Screening neonatale per la malattia drepanocitica: cosa si fa nel mondo, cosa si fa in Europa, perché in Italia?
Raffaella Colombatti, Piera Samperi, Federica Menzato, Giovanna Russo, Laura Sainati

Focus

214 Le politiche vaccinali in Italia. Intervista a Stefania Salmaso
A cura di Rosario Cavallo

Scenario

218 Il massaggio infantile: uno scenario clinico
Costantino Panza

I tropici in ambulatorio

221 I tropici in ambulatorio: infezioni e infestazioni intestinali
Fabio Capello

A colpo d'occhio

224 Lesioni cutanee al tronco in ragazza di 12 anni
Rubrica a cura di Enrico Valletta e Martina Fornaro

Saper fare

225 Incontrare gli adolescenti e le loro famiglie nei nostri ambulatori
Miriana Callegari, Claudia Grossi, Franco Mazzini, Nicoletta Modena, Debora Senni, Maria Luisa Zuccolo

Off side

228 Maria Montessori: antesignana di un dialogo tra educazione e neuroscienze
Anna Brigandì

Il bambino e la legge

232 "Legge ZAMPA: n. 47 del 7/4/2017" Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati
Augusta Tognoni

Libri

234 Orfanzia *Athos Zontini*
234 La lingua geniale 9 ragioni per amare il greco
Andrea Marcolongo
235 Il desiderio che ama il lutto *Sarantis Thanopoulos*
235 Numero 11 *Jonathan Coe*
236 Credere tradire vivere *Ernesto Galli della Loggia*

Film

237 *Una Ninna Nanna per la depressione post partum*

Info

238 Un nuovo Ospedale amico
238 Come si nanzia la salute globale
239 Nascere in Lombardia

240 Lettere**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