

Quaderniacp

www.quaderniacp.it

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

www.acp.it



Rivista indicizzata in Google Scholar e in SciVerse Scopus

ISSN 2039-1374

La bronchiolite

Formazione a distanza, pag. 244

Raffreddore e soluzione salina ipertonica: un buon matrimonio?

Scenario, pag. 258

La tubercolosi resistente ai farmaci

I tropici in ambulatorio, pag. 264

Editorial

- 241 From the corruption of a subject to the institution's corrosion: notes for a debate
Michele Gangemi
- 242 School in the Hospital and Paediatricians against the stigma and suffering of disease
Tiziana Catenazzo
- 243 The ACP Congress. The new mandate
Federica Zanetto

Distance learning

- 244 Bronchiolitis
Luciano de Seta, Federica de Seta

Info parents

- 248 Something more than a simple cold: bronchiolitis
Stefania Manetti, Costantino Panza, Antonella Brunelli

Research

- 249 The nutritional relationship between mother and child in the first year of life. What paediatricians observe, what moms tell
Luisa Scuratti, Simona Cierro, Lucilla Castellazzi, Paola Cremonese

Appraisals

- 255 The critical issues in paediatric informed consent, under the recent Italian laws
Carlo Valerio Bellieni, Mario Gabbrielli, Maria Rosaria Curcio, Caterina Coradeschi, Giuseppe Buonocore

Scenarios

- 258 Cold and hypertonic saline: a good marriage?
Costantino Panza

A window on the world

- 261 "Kiss your baby goodbye"
Enrico Valletta, Maria Teresa Amante

Tropics in doctor's office

- 264 Drug-resistant tuberculosis
Fabio Capello

Keep an eye on skin

- 267 Fungal infections that do not heal... may not be fungal infections
Matteo Ferrara

At a glance

- 268 A 13 year old boy with hip pain during walking
Column by Enrico Valletta and Martina Fornaro

The first thousand days

- 269 The Fund for contrasting educational poverty
Silvia Baldini, Valentina Colonna, Anna Maria Cosatti, Irene Esposito, Elisa Serangeli, Alessandro Telloni, Flaminia Trapani

Off side

- 271 How to talk to children in the terminal phase
Claudia Chamorro
- 274 A maternal psychic conflict at the beginning of weaning
Stefano Golasmici

Vaccinacipi

- 277 The 2017 Vaccines Report drafted by AIFA
Rosario Cavallo

278 Books

280 Movies

281 Info

Nati per Leggere

- 283 About books and freedom
Stefania Manetti

284 Letters

285 Index 2018

Direttore

Michele Gangemi

Direttore responsabile

Franco Dessi

Direttore editoriale

Giancarlo Biasini

Presidente ACP

Federica Zanetto

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

Comitato editoriale

pagine elettroniche

Costantino Panza (coordinatore)

Laura Brusadin

Claudia Mandato

Maddalena Marchesi

Laura Reali

Patrizia Rogari

Giacomo Toffol

Collaboratori

Fabio Capello

Rosario Cavallo

Francesco Ciotti

Giuseppe Cirillo

Antonio Clavenna

Franco Giovanetti

Italo Spada

Augusta Tognoni

Progetto grafico ed editing

Studio Oltrepagina, Verona

Programmazione web

Gianni Piras

Indirizzi

AMMINISTRAZIONE:

tel./fax 0783 57024

DIREZIONE:

direttore@quaderniacp.it

UFFICIO SOCI:

ufficioci@acp.it

STAMPA: Cierre Grafica

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

Mangiafuoco, Raffaele D'Errico, Pediatra - Napoli

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



Dalla corruzione del soggetto alla corrosione dell'istituzione: appunti per un dibattito



Michele Gangemi

Direttore di Quaderni acp

Accompagna questo numero della rivista un contributo di Leonardo Speri in tema di corruzione, già oggetto di una conferenza tenutasi a Milano il 21 marzo del corrente anno, organizzata dall'Associazione di Psicoterapia Psicoanalitica di Gruppo (www.apgpsicoterapia.it) in collaborazione con Ariele Psicoterapia (www.arielle.info) di cui l'autore fa parte.

Leonardo Speri è noto ai lettori e soci ACP per aver coordinato per anni il progetto dell'UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative e per aver realizzato, in collaborazione anche con l'ACP, il programma GenitoriPiù. Nel suo percorso professionale ha utilizzato gli strumenti della psicoanalisi applicata alle istituzioni nella quotidianità della gestione di questi e altri progetti di salute pubblica.

Si trovano nell'allegato tracce evidenti del percorso "PsicoSocio-Analitico" dell'autore, con una lettura, in alcuni passaggi, poco familiare rispetto al nostro linguaggio e più laboriosa. L'impegno viene ripagato dall'interesse dell'analisi e dalla possibilità di contaminazione tra saperi ed esperienze.

La corruzione, problema di grande rilievo in Italia, viene affrontata da più punti di vista: sociologico, giuridico, criminologico, politico e anche religioso. In ognuno di questi ambiti viene tenuta in forte considerazione l'implicazione dell'individuo. Questo aspetto solo di recente è stato affrontato nei suoi correlati intrapsichici e intersoggettivi da alcuni ricercatori di ambito psicologico citati dall'autore. Fra i danni della corruzione, oltre a quelli subiti dalle vittime dirette e dalla società in termini economici e di qualità della vita, ve ne è anche uno immateriale di estrema importanza nelle relazioni sociali: si tratta, secondo l'autore, dell'attacco al "setting istituzionale", quell'insieme di regole che sostiene il patto sociale e sul quale è fondamentale aprire uno sguardo clinico e di ricerca.

È quello che l'autore tenta di fare, per provare a uscire da una logica puramente sanzionatoria e avviare un tentativo di indagine sui meccanismi individuali, gruppal e istituzionali profondi che intervengono a perpetuare un fenomeno al quale la politica sembra essere capace di rispondere solo attraverso l'innalzamento delle misure repressive e di controllo. Queste ultime rischiano di mettere in atto una escalation simmetrica dei comportamenti senza incidere sulla cultura e sulle premesse nascoste tra le pieghe della vita e delle relazioni nelle istituzioni.

Tentare di capire prima di agire, senza farsi scoraggiare dalla complessità e portata dei fenomeni, deve essere la premessa all'avvio di iniziative da sviluppare secondo alcuni assi che l'autore prefigura. Analizzare fenomeni anche apparentemente marginali del quotidiano può aiutare a capire il funzionamento dinamico della corruzione tra individuo, gruppo e istituzione; può suggerire vie di intervento per evitare il progressivo indebolimento delle fondamen-

ta del patto sociale che regge la salute delle nostre istituzioni, per contrastarne gli effetti potenzialmente devastanti per la comunità. Il conflitto di interessi in medicina, su cui in ACP vi è stato e tuttora è in corso un ampio dibattito, date le sue pesanti implicazioni sulla ricerca e sulla formazione, diventa qui uno degli esempi di quanto sottili e pervasivi possano essere questi meccanismi.

Soci e lettori ricorderanno le difficoltà nel fare emergere il problema, i continui distinguo, i sofferti tentativi di soluzione che l'ACP ha messo in campo nella redazione del regolamento sui rapporti con l'industria, e l'impegno costante per mantenerne viva l'applicazione.

Sia in ambito di ricerca che di formazione (sistema ECM e non solo) il problema è ancora aperto e alla ricerca di soluzioni convincenti. Non vengono ignorati dall'autore i casi più clamorosi e avvilenti, di puro mercimonio, ma lo sguardo a trecentosessanta gradi comprende anche gli aspetti meno sensazionali.

Nel conflitto di interessi il movente di scelte condizionate e di compromesso non è tanto o soltanto, secondo i casi, la remuneratività economica, ma intervengono anche altre forme di lusinga e di remuneratività, alcune citate anche nel supplemento, quali il potere, il presunto prestigio, e altri benefici immateriali.

La vita associativa, il dibattito, l'apertura multiprofessionale dell'Associazione possono essere, anche alla luce di questo supplemento, un importante antidoto alla solitudine, che, come sottolinea l'autore, aumenta l'esposizione e la vulnerabilità degli operatori sanitari nei propri luoghi di lavoro, laddove l'istituzione risulta più malata.

Questa solitudine, unita alla routinarietà dei comportamenti (così fan tutti, che c'è di male?), può anche condizionare la sottovalutazione del problema e una sua visione semplificata. Un punto di vista altro, più libero, che proprio la vita associativa può garantire, può aiutare a superare questi limiti.

Essi investono il tessuto connettivo istituzionale che, con la metafora dell'autore, come le reti dei pescatori va continuamente ripristinato.

Gli esempi scelti dall'autore mettono in luce alcuni aspetti della vita quotidiana del pediatra, sia ospedaliero che territoriale, che permettono una migliore comprensione e percezione del fenomeno.

La richiesta al lettore è di una riflessione personale che contribuisca ad alimentare un dibattito da non restringere all'ambito ACP e che vada al di là di sterili moralismi.

Gli interventi, che ci attendiamo numerosi, saranno ripresi o sotto forma di lettere o raggruppati in un forum. Potrebbero diventare un importante diario di bordo per aiutare i capitani a individuare buone rotte e i pescatori a riparare le reti sfilacciate.

✉ migangem52@gmail.com

Scuola in Ospedale e Pediatri contro lo stigma e la sofferenza della malattia



Tiziana Catenazzo

Dirigente scolastico della Scuola Polo regionale "Peyron" per il Piemonte e Presidente della Rete nazionale di scopo per la Scuola in Ospedale e l'istruzione domiciliare

La Scuola in Ospedale in Italia (Sio) sta vivendo un periodo di significativa transizione. Il Servizio nazionale del Miur sta recependo con attenzione le sollecitazioni e gli stimoli dei territori regionali e, in particolare, le richieste provenienti dalle sezioni ospedaliere e dalle Scuole Polo regionali, che ne coordinano e indirizzano il lavoro. Quel che è urgente e si richiede, alla complessa organizzazione della Sio, con 245 sezioni scolastiche ospedaliere italiane e circa 58 mila progetti ospedalieri l'anno (e oltre mille interventi domiciliari) è di aggiornarsi rapidamente, accompagnando la nuova organizzazione sanitaria (non più ospedalocentrica ma territoriale: si pensi agli AFT, UCCP, i nuovi Hub, centri spoke di primo e secondo livello, i distretti) poiché, purtroppo, la Sio è rimasta sostanzialmente invariata negli anni, priva di quella flessibilità negli interventi che sarebbe utile realizzare sui territori, a cura di docenti esperti in grado di sviluppare attività educative e formative interdisciplinari e modulari. I docenti più competenti non dovrebbero essere più, soltanto, legati ai grandi presidi pediatrici ma anzi muoversi sui territori, con un'organizzazione reticolare che ottimizzi il Servizio per erogare le migliori 'cure educative', sia nella fase acuta sia nel predisporre e accompagnare il rientro degli alunni alle classi di appartenenza. Perché la criticità del Servizio sta proprio nel rientro alla quotidianità degli studenti, dopo mesi di degenza, in classi che spesso non sono realmente accoglienti. La malattia dei piccoli e dei giovani adolescenti è ancora molto stigmatizzante ed escludente, in moltissime realtà scolastiche italiane (specie se a colpirla è la sofferenza psichica). È su questo versante che la Sio rivolge un appello ai pediatri. Nel corso degli ultimi mesi, il Servizio si è impegnato a cambiare volto. In meglio. È nata la Rete di scopo nazionale, che riunisce tutte le 18 Scuole Polo regionali (e mette quindi in collegamento fra loro le sezioni scolastiche italiane) che ha, fin da subito, assunto la configurazione di una comunità educante dialogica e collaborativa, perché composta da dirigenti scolastici competenti e sensibilissimi alle strategie della rete e della condivisione. La Rete ha comportato la condivisione immediata dei saperi, con un vivace confronto su procedure e metodologie, oltre che sull'adeguamento della normativa. Tale confronto è divenuto sempre più stabile e attento grazie al sostegno della Dottoressa Giovanna Boda, Direttore Generale dell'Ufficio IV per lo Studente del Miur. Le metodologie del Servizio (spesso disomogenee da regione a regione) sono allo studio della Rete ed è prossima la pubblicazione di un'intelligente riformulazione delle Linee guida per l'istruzione domiciliare (l'ultima è del 2003): la proposta della Rete consiste, fondamentalmente, nell'allargamento delle patologie che consentono alle scuole di attivare i progetti di istruzione domiciliare (aprendo il ventaglio alle patologie croniche invali-

danti come la fobia scolare, le gravidanze a rischio, i disturbi del comportamento alimentare, l'abuso di sostanze, gli stati d'ansia, gli attacchi di panico, i comportamenti autolesivi e anticonservativi) che stanno tenendo lontani dalle classe migliaia di giovanissimi. Il Servizio non può non rispondere alle nuove emergenze. In attesa delle nuove Linee guida, le Scuole Polo e gli Uffici scolastici regionali valutano le situazioni relative a patologie non rientranti nel vecchio Vademecum, decidendo se sostenerle comunque e in quale misura, in modo da facilitare il recupero dell'alunno e scongiurare il rischio dell'abbandono scolastico. Il secondo aspetto, anch'esso proposto alla riflessione del Miur, è la necessità di separare i due canali formativi: se ad oggi l'attivazione dei progetti di istruzione domiciliare è possibile solo a seguito di un precedente ricovero, la Rete ora spinge per l'indipendenza delle procedure e quindi sulla possibilità di realizzare progetti anche in assenza di una precedente ospedalizzazione. Perché, l'abbiamo visto, sono in fortissimo aumento le problematiche che, pur non conducendo a un ricovero, costringono a casa i ragazzi. L'attivazione dei servizi scolastici rappresenta un fattore importante di prevenzione: la degenza si è abbreviata ma costituisce sempre un'esperienza dolorosa, con sentimenti abbandonici e solitudine che favoriscono atteggiamenti regressivi, di isolamento, quando non di ostilità e aggressività. Condizioni invalidanti, perché la qualità di vita per i minori non richiede solo il mantenimento della più 'sana' quotidianità (o comunque delle condizioni di vita antecedenti la malattia) ma il continuo sviluppo di nuove acquisizioni sul piano emotivo, sociale, cognitivo. La Sio lancia quindi un appello serissimo all'Associazione culturale pediatri: è urgentissima, irrimandabile, una formazione di base di qualità dei docenti di classe, per accrescere capacità e competenze inclusive. Per avviare questa collaborazione interprofessionale, è nato a Torino il primo Master nazionale sulla Scuola in ospedale, coordinato dalla Scuola Polo Peyron, con medici professionisti autorevolissimi come Michele Gangemi. Ma l'esperienza, la professionalità e la conoscenza del territorio, che hanno solo i pediatri, risulterebbe decisiva per sostenere la Sio nella definizione di criteri per l'istituzione delle sezioni ospedaliere sui territori regionali. E ancora, nel promuovere gli scambi professionali fra i docenti delle diverse Regioni, con l'individuazione dei contesti più utili sui quali attrarre risorse e opportunità formative. La scuola capofila della Rete delle Scuole Polo ha così proposto l'attivazione di una convenzione con l'ACP, che renda concrete tali azioni. L'augurio, di poter collaborare attivamente con l'Associazione per un efficace modello educativo di intervento e recupero contro lo stigma della malattia, a scuola.

✉ tiziana.catenazzo@gmail.com

Il Congresso ACP. Il nuovo mandato



Federica Zanetto

Presidente ACP

Il Congresso ACP si è aperto, nel suo trentesimo compleanno, con gli auspici che Franco Panizon aveva espresso in vista dell'edizione di Assisi (1990): *“sarà un bel Congresso. Bello, speriamo, come occasione per discutere i problemi dell'assistenza e della cultura pediatrica (sui quali e per i quali è nata l'Associazione e che costituiscono le sue ragioni sociali), bello, anche questo è nei voti, per le occasioni di confronto sui temi di pediatria pratica, e bello infine, di questo siamo certi, per le caratteristiche della città che ci ospita e per le occasioni di incontro tra amici e di convivialità che ci attendono”*.

A Treviso quest'anno, connubio perfetto di arte, storia e acqua, è stato così.

Ci sono state proposte tematiche particolari ed emergenti della salute del bambino, anche in questa edizione a partire da “cose che si fanno” e con cui potersi misurare, ciascuno nel proprio ambito. Alcuni esempi: i nuovi farmaci “correttori e potenziatori” nella fibrosi cistica e quelli biologici nell'asma grave, la personalizzazione delle cure in oncematologia pediatrica; l'accessibilità delle nuove terapie e la loro sostenibilità in termini di spesa sanitaria e di scelte strategiche nazionali e non solo; le responsabilità dei medici, dei ricercatori e dei sistemi di formazione; il problema della “medicina-spettacolo” e delle grandi speranze che però sono realtà solo per una piccola fetta di pazienti; il tempo dedicato, oggi più che mai indispensabile, per parlare con la famiglia e anche il sapere quando “togliere le mani” nel rispetto del bambino; gli aumentati bisogni percepiti dalla popolazione, il depauperamento culturale della pediatria e il forte bisogno di una professionalità alta in tutti gli ambiti della cura.

Abbiamo capito cosa è cambiato in 30 anni nelle cure neonatali e con quali richieste ha a che fare tutti i giorni il pediatra ospedaliero oggi. Il tema della sostenibilità economica e quello dell'appropriatezza fanno da sfondo a un processo di riorganizzazione che vede il pediatra in ospedale come snodo di un sistema più complesso e articolato, e che deve investire congiuntamente i diversi livelli di cure pediatriche, in stretta connessione funzionale. Una maggiore integrazione tra territorio, ospedale e centri di formazione e alta specializzazione continua a essere una sfida indispensabile a fronte di una continua riprogettazione che raramente diventa risorsa, con una pediatria del territorio che fa fatica a fare rete e a forzare schemi e processi consolidati. Centralità della propria professione e/o del proprio servizio, risposte troppo esclusive, poca consuetudine al confronto, leadership professionali insufficienti e incapaci di riformulare missione e obiettivi in rapporto al cambiamento dei bisogni e alle risorse umane disponibili continuano a ostacolare a tutti i livelli la continuità dei percorsi assistenziali soprattutto nelle fragilità e nella cronicità, il loro radicamento nella comunità, la percezione positiva di un miglioramento dei servizi offerti grazie alla riorganizzazione, l'appropriatezza della cura/assistenza, il coinvolgimento della rete familiare.

Abbiamo ascoltato con particolare attenzione quali sono le lacerazioni che caratterizzano la traiettoria evolutiva dei bambini vit-

time di violenza assistita, i rischi di una osservazione da parte nostra ingenua e, come tale, sempre estremamente pericolosa e fuorviante; ci sono state suggerite le domande che nei nostri ambulatori possono “aprire una porta” e che fanno sentire il bambino oggetto di attenzione, correggendo la lente del “io non valgo nulla”; ci è stato ricordato il diritto di questi bambini “invisibili” ad accedere a percorsi di cura gratuiti, specialistici, integrati, centrati sul trauma, accanto alla necessità di un confronto su come le istituzioni sociosanitarie affrontano di fatto tutti questi aspetti.

Abbiamo capito come si diffondono le bufale sulla salute e abbiamo ascoltato una interessante lettura antropologica sulle differenti e consolidate rappresentazioni di alcuni aspetti di salute e malattia in ambito pediatrico. Abbiamo ripercorso i 30 anni di ricerche sugli effetti dell'inquinamento in Italia, ricerche che devono ora prevedere il passaggio da studi trasversali a studi di coorte (in particolare le coorti di nuovi nati), il mantenimento del rigore scientifico, la valutazione del miglioramento, la partecipazione dei cittadini. Ci è stata ricordata la necessità e l'importanza di un buon percorso che deve precedere l'ingresso in adolescenza e che riguarda l'approccio al mondo, all'ambiente, all'educazione alle cose belle e alla diversità: un lavoro costante, minuzioso, delicato, in accoglienza e ascolto da parte dei genitori e anche di tutti coloro che lavorano con i ragazzi.

Ci siamo chiesti se l'EBM e la disseminazione delle evidenze sono in crisi, per la frequente falsificazione dei dati, per i numerosi studi non pubblicati, per le riviste predatorie, per l'assenza di ricerche sulla implementazione. Anche per essere in grado di valutare questi aspetti è stata ribadita la necessità di una formazione sobria, rilevante, responsabile, e anche gratificante che non deve essere o ridursi a un semplice accumulo di conoscenze: i gruppi di lettura ACP continuano a essere in tal senso un modello praticabile, interessante e da continuare a sostenere.

L'angolo di *Quaderni acp*, presente in tutte le sessioni del Congresso, ne ha arricchito i contenuti clinici.

Accanto a quelli illustrati nella sessione conclusiva e strettamente acpina, riguardante formazione e ricerca (aggiornamento del documento formazione ACP, dati finali del monitoraggio dei bambini coinvolti nello studio ENBe, avvio del progetto di coorte NASCITA, stato di avanzamento della ricerca “Nati per Contare”), sono dunque molti i “compiti a casa” per questo secondo mandato alla presidenza ACP e per il nuovo direttivo nazionale che esce e si insedia al termine di un Congresso che, ancora gli auspici di F. Panizon, *“ha contribuito alla vita dell'ACP per mezzo della parola, dell'ascolto, dell'incontro, che è anche un incontro sulle cose e quindi buono per tutti i pediatri”*.

Un'altra sfida impegnativa, anche questa volta da raccogliere con spirito di servizio, attenzione, pazienza, umiltà, sobrietà, equilibrio.

✉ zanettof@tin.it

La redazione augura ai lettori e alle loro famiglie
Buon Natale e felice 2019

La bronchiolite



Luciano de Seta*, Federica de Seta**

*Primario Emerito di Pediatria, Napoli; **Pediatra, Napoli

Aggiornare i criteri diagnostici e terapeutici e il management della bronchiolite può sembrare non molto attuale e non molto impegnativo. Soprattutto perché tra il 2014 e il 2016 sono comparse nella letteratura internazionale tre Linee Guida (LG), una americana (USA), una inglese (UK) e una italiana che più che una LG è una Raccomandazione. Le difficoltà risiedono nel confrontare gli elementi discordanti delle diverse linee guida. Una discordanza, che definiremmo "storica", è quella che riguarda l'età entro la quale un bambino può ammalare di bronchiolite che per gli Autori anglosassoni arriva fino ai 2 anni, creando un po' di confusione spesso con le bronchiti asmatiche e eziologia virale. Perché allora un aggiornamento sulla bronchiolite? Soprattutto perché in Italia, ma non solo in Italia, le LG continuano a essere in parte disattese e, cosa ancora più grave, continuano a essere prescritti farmaci che numerose ricerche ormai da anni hanno dimostrato non utili a migliorare il decorso e i tempi di guarigione della bronchiolite e, talvolta, persino dannosi. I più usati fra questi sono il cortisone, i beta2 stimolanti e l'adrenalina per aerosol.

Obiettivo di questo dossier è di aggiornare la diagnosi e il trattamento della bronchiolite sulla base delle LG più recenti americane e inglesi, della Consensus italiana della SIP e della letteratura internazionale più recente.

Che cos'è la bronchiolite: dalla fisiopatologia alla clinica

La bronchiolite è caratterizzata, da un punto di vista anatomico-patologico, da un'estesa infiammazione ed edema delle vie aeree, aumentata produzione di muco e necrosi delle cellule epiteliali. Il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) si lega alle cellule e si moltiplica, il che determina necrosi delle cellule epiteliali. La distruzione delle cellule epiteliali innesca una risposta infiammatoria con proliferazione delle cellule polimorfe nucleate e dei linfociti. La sottomucosa diviene edematosa con un incremento della produzione di muco. Tappi formati da detriti cellulari e muco si formano nel lume dei bronchioli inducendo un'ostruzione bronchiolare, intrappolamento d'aria e differenti gradi di collasso lobare.

La bronchiolite è la più comune infezione delle basse vie aeree nel primo anno di vita e il VRS ne è il principale agente infettante (>80% delle infezioni delle basse vie respiratorie nei lattanti). Gli altri virus respiratori che sono stati individuati come responsabili della patologia e occasionalmente di co-infezione sono il Rhinovirus, i virus parainfluenzali, il Metapneumovirus. È ancora oggi la causa principale di ospedalizzazione nei lattanti (con un picco a due mesi di vita); approssimativamente 1 su 3 bambini colpiti sviluppa la bronchiolite nel primo anno e il 2-3% di questi richiedono l'ospedalizzazione. Si associa a un tasso relativamente alto di mortalità, non solo nei Paesi in via di sviluppo, ma anche nei Paesi industrializzati, essendo la principale causa di morte per infezione virale (attribuibile a nove volte quella dell'influenza). L'epidemia di bronchiolite inizia tipicamente alla fine di ottobre, con picco a gennaio-febbraio, per poi terminare ad aprile.

Come diagnosticare la bronchiolite

La diagnosi di bronchiolite è fondamentalmente clinica perché non esistono né segni, né sintomi o esami di laboratorio che consentano una diagnosi di certezza. Anche l'isolamento del VRS nel rinofaringe sta solo a testimoniare un'infezione da VRS che può essere causa di altre patologie che nulla hanno a che fare con la bronchiolite. Il bambino affetto da bronchiolite può presentare una variabilità di sintomi che possono andare da un modesto impegno delle vie respiratorie con rinite e qualche rantolo all'ascoltazione del torace, fino a un notevole distress respiratorio con aumento della frequenza respiratoria, dispnea, talvolta febbre (nel 30-40% dei casi), difficoltà ad alimentarsi, ipossia con desaturazione < 90%. I bambini più piccoli di 1-2 mesi di vita, ma soprattutto i neonati pretermine e/o di basso peso alla nascita, sono i bambini che presentano il maggior rischio di contrarre forme gravi, a volte anche mortali. Ad alto rischio sono anche i bambini di età superiore, ma affetti da displasia broncopulmonare, fibrosi cistica, cardiopatie congenite, malattie neuromuscolari. I criteri che devono guidare nella diagnosi sono anche quelli epidemiologici genera-

li (periodo epidemico invernale) e l'eventuale presenza di altri bambini ammalati di infezioni delle prime vie respiratorie tra i componenti del nucleo familiare o che frequentano l'asilo-nido.

Le LG americane dell'AAP, il documento di Consensus della SIP e le linee guida inglesi NICE sono concordi nel porre l'accento sul fatto che la diagnosi di bronchiolite si basa fondamentalmente sulla storia clinica e sull'esame obiettivo. Il quadro più frequente e più classico di presentazione della malattia è caratterizzato da una fase prodromica (1-3 giorni), con segni di flogosi delle alte vie aeree (rinorrea, starnuti), seguita da tosse stizzosa, ingravescente, segni di aumento della frequenza respiratoria e, nei più piccoli, anche episodi di apnea. Il reperto ascoltorio è tipicamente caratterizzato da rantoli crepitanti diffusi, ascoltabili principalmente alle basi polmonari. Talvolta prevale un reperto di sibili e gemiti espiratori (bronicospasmo) con espirazione prolungata, peraltro più frequente nei bambini sopra i sei mesi.

Il ruolo degli esami di laboratorio e della radiografia

Tutte e due le LG straniere concordano nel ritenere che la diagnosi è anamnestica e clinica, e pertanto non ritengono utile il ricorso di routine agli esami di laboratorio e alla radiografia (Grado B; Raccomandazione moderata). E questo perché un aumento della PCR o della procalcitonina o un'alterazione della formula leucocitaria anche significativi raramente sono indice d'infezione batterica sovrapposta. È dimostrato inoltre che il medico che richiede esami di laboratorio lo fa per escludere l'infezione batterica e pertanto è propenso all'impiego di antibiotici. La ricerca del VRS, che la Raccomandazione italiana della SIP ritiene molto utile per escludere un'eziologia batterica ma soprattutto a fini epidemiologici per evitare contagio ad altri bambini degenti in ospedale, potrebbe essere di una qualche utilità, anche se l'isolamento prudenziale di un bambino con probabile bronchiolite sarebbe buona norma da seguire sempre in ogni caso sospetto. Altrettanto importante per evitare il diffondersi del contagio sia in ospedale che a casa è il lavaggio delle mani con

sapone o soluzioni disinfettanti di tutto il personale di assistenza e/o dei familiari. La radiografia del torace nella bronchiolite non è di grande aiuto per la diagnosi perché la bronchiolite può presentare quadri radiologici diversi e, in primo luogo, la Rx del torace nella bronchiolite non è in grado di discernere tra quadri di atelectasia (presente sino al 25% dei casi) e addensamento polmonare.

Se il sospetto clinico-anamnestico è ben fondato, è inutile la Rx del torace che nulla di sostanziale aggiunge al sospetto clinico. Per questi motivi eseguire la Rx del torace in tutti i casi di fondato sospetto clinico di bronchiolite non deve modificare l'atteggiamento terapeutico da tenere, esponendo il bambino al rischio di ricevere inutilmente una terapia antibiotica. L'unica importante indicazione all'esecuzione di una radiografia è nel bambino che non migliora dal punto di vista respiratorio e delle condizioni generali per un sopraggiunto pneumotorace o nei casi di evoluzione verso un addensamento polmonare (la cui spia potrebbe essere la comparsa di una febbre elevata e persistente), che richiede un opportuno trattamento antibiotico.

Curare a domicilio o ricoverare?

Questa è la prima e più importante domanda che ogni pediatra si pone di fronte a un bimbo con bronchiolite. Domanda cui molto spesso è difficile dare una risposta certa perché, come si è visto, il decorso della bronchiolite è molto variabile. Infatti, un lattante può presentare tosse, rinite, scarso appetito senza essere né abbattuto né poco vivace, con qualche rantolo in torace quando lo si visita per la prima volta, mentre il giorno successivo lo possiamo trovare con respiro sibilante, tachipnea, pallido, con difficoltà respiratoria, per cui dobbiamo valutare attentamente se ricoverarlo o tenerlo sotto controllo dopo qualche ora o, al massimo, il giorno successivo. Questo per dire che l'evoluzione della bronchiolite è mol-

to variabile, per cui è fondamentale parlarne con i genitori e anche, sentito il loro parere, prendere una decisione. Nella **Tabella 1** sono elencati i criteri di gravità riportati nella Consensus italiana, utili per discernere tra un bambino da poter trattare a domicilio oppure in ospedale. I criteri riportati sono esatti ma alquanto generici. Per essere più precisi, quando si decide di tenere il bambino in casa perché le condizioni lo consentono, bisogna insegnare ai genitori a valutare alcuni parametri, quali: 1) la diuresi e indirettamente la quantità di liquidi ingeriti pesando il pannolino ogni sei-otto ore, 2) la quantità di latte o alimento solido ingerito nelle 24 ore, 3) il controllo del respiro del bambino, insegnando alla mamma a misurare la frequenza respiratoria ponendo la mano sulla pancia per 60 secondi e contando i movimenti addominali. La valutazione delle condizioni respiratorie del bambino deve anche prevedere delle bandierine rosse che richiedono l'immediato ricovero in ospedale, quali: 1) il colorito scuro delle labbra, 2) la comparsa di brevi crisi di apnea, 3) i rientramenti respiratori alla base del torace. Quanto detto presuppone un'attenta valutazione del livello socio-culturale della famiglia, che dovrebbe essere medio-alto; dell'ambiente domestico, che dovrebbe essere salubre (troppo caldo? troppo freddo? umido?), l'assenza di fumo di sigaretta ecc. Tenere a casa un bambino con una forma lieve-media di bronchiolite presuppone infine un controllo da parte del pediatra di famiglia che, particolarmente nei primi giorni, non deve essere inferiore alle 12-24 ore e associato a frequenti contatti telefonici.

Valutare le condizioni di gravità anche in relazione all'evoluzione clinica

Abbiamo visto nel precedente paragrafo quali sono i principi su cui si deve basare la decisione di ricoverare o curare a casa il bambino. La variabilità e il decorso a volte anche rapido devono guidare la nostra de-

cisione, tenendo conto anche di altri fattori: l'età cronologica (< 3 mesi), l'età gestazionale (< 32 settimane), la presenza di cardiopatie congenite o di broncopneumopatie croniche quali la fibrosi cistica del pancreas o la displasia broncopolmonare. Nella Consensus italiana la **Tabella 2** mostra una serie di criteri clinici che richiedono una messa in allarme e che possono rendere necessario un supporto ventilatorio. Tra questi una frequenza respiratoria > 70 atti/min, il ripetersi di crisi di apnea, una tachicardia > 180 battiti/min, una saturazione di ossigeno < 90% di O₂ che non si corregge con la somministrazione di ossigeno.

La terapia e il management

Le diverse LG internazionali e la Consensus italiana sono concordi nel ritenere che i fondamentali presidi alla base della terapia della bronchiolite sono:

- 1 un'adeguata somministrazione di ossigeno;
- 2 una corretta idratazione;
- 3 una congrua alimentazione.

1 Un'adeguata somministrazione di ossigeno

Le LG USA ritengono che l'ossigenoterapia debba essere somministrata solo quando i bambini hanno una saturazione di O₂ stabile < 90%. Il monitoraggio della saturazione di ossigeno può essere continuo e discontinuo. È consigliabile comunque monitorare l'O₂ in modo continuo nei bambini con distress respiratorio importante e significativa desaturazione.

Da qualche anno diverse ricerche hanno dimostrato l'efficacia della somministrazione di ossigeno umidificato, riscaldato, ad alto flusso tramite naso-cannule. La cannula nasale ad alto flusso consente di erogare valori elevati di fluidi (di solito 1-2 l/kg al minuto) che consentono in molti casi di evitare l'intubazione di alcuni bambini con grave distress respiratorio, come ha dimostrato uno studio australiano. L'unico rischio è quello del pneumotorace, peraltro molto raro, che la letteratura riporta dello 0,4%, anche se il lavoro non specifica se lo 0,4% riguardava

TABELLA 1. Definizione della severità della bronchiolite (da Baraldi E, et al. 2014, modificata)

	LIEVE	MODERATA	SEVERA
Frequenza respiratoria	Normale o lievemente aumentata	Aumentata	Nettamente aumentata
Lavoro respiratorio	Lievi rientramenti della parete toracica	Modesti rientramenti Ondeggiamento del capo (nodding) Alitamento pinne nasali	Importanti rientramenti Alitamento pinne nasali
Saturazione di ossigeno	Non richiesta supplementazione di O ₂ SaO ₂ > 95%	SaO ₂ 90-95%	SaO ₂ < 90% Mancata risposta all'O ₂
Alimentazione	Normale o lievemente ridotta	50-75% del normale introito alimentare	< 50% del normale introito alimentare Incapacità ad alimentarsi
Apnea	Assente	Brevi episodi	Episodi in aumento

TABELLA 2. Criteri di ospedalizzazione e trasferimento in terapia intensiva
(da Baraldi E, et al. 2014, modificata)

CRITERI DI OSPEDALIZZAZIONE

- > SaO₂ persistentemente inferiore a 90-92% (o SaO₂ ridotto rispetto ai valori di base in bambini con cardiopatia congenita)
- > Presenza di distress respiratorio
- > Apnea
- > Disidratazione
- > Quadro di bronchiolite moderato-severa (Tabella 1)
- > Prematurità con età gestazionale < 37 settimane o età del lattante < 6-12 settimane
- > Ridotta responsività e modificazione dello stato di coscienza
- > Fattori sociali: distanza dall'ospedale, mancato accesso al mezzo di trasporto, scarsa compliance familiare
- > Fattori ambientali: esposizione al fumo di sigaretta, ambiente umido o freddo
- > Presenza di fattori di rischio preesistenti: displasia broncopulmonare cronica, cardiopatia congenita cianogena e/o cardiopatia associata a ipertensione polmonare, immunodeficienza, malformazione delle vie aeree, gravi deficit neurologici, fibrosi cistica

CRITERI DI TRASFERIMENTO IN TERAPIA INTENSIVA

- > Insufficienza respiratoria con necessità di ventilazione assistita (la CPAP dovrebbe essere garantita in un regime di assistenza sub-intensiva)
- > Apnea con desaturazione
- > Grave compromissione delle condizioni generali

anche casi di bronchiolite. Esistono diverse pubblicazioni sull'argomento, comprese le LG del Regno Unito, che raccomandano di prendere in considerazione la pressione positiva continua nei bambini con imminente insufficienza respiratoria in corso di bronchiolite.

Nelle forme con grave distress respiratorio l'O₂ terapia è il presidio terapeutico fondamentale e indispensabile.

2 Una corretta idratazione

Le difficoltà correlate al distress respiratorio suggeriscono un'idratazione naso-gastrica o, quando non è possibile, un'idratazione per via venosa. E questo è uno dei motivi più frequenti per ricoverare il bambino. Uno studio multicentrico di 759 lattanti di età inferiore ai 12 mesi, ricoverati in ospedale per bronchiolite, non mostra miglioramenti dalla somministrazione dei liquidi per via venosa, paragonata con la somministrazione di liquidi per os, rispetto alla durata media della degenza, del ricovero in terapia intensiva o di eventi avversi. Tutta la letteratura sull'argomento è concorde nel privilegiare l'idratazione per via naso-gastrica.

3 Una congrua alimentazione

Nei bambini affetti da forme gravi e/o da distress respiratorio l'alimentazione non può avvenire con la suzione; bisogna ricorrere all'alimentazione mediante sondini naso-gastrici, assicurando in tal modo l'apporto calorico necessario.

I farmaci

Le LG dell'AAP ribadiscono che oltre all'O₂ terapia "non si dovrebbe somministrare salbu-

tamolo o altri beta2-agonisti ai bambini con bronchiolite (Grado B, Raccomandazione forte)". Gli estensori della Consensus della SIP non concordano con quanto affermato dalla LG americana, ritenendo che il salbutamolo potrebbe essere utilizzato una sola volta, soprattutto nei bambini con familiarità per atopica, e sospeso se il distress respiratorio non migliora entro qualche ora. Il tentativo con il salbutamolo potrebbe trovare una giustificazione solo in bambini di età superiore ai sei mesi, età nella quale il miglioramento potrebbe essere dovuto al fatto che il piccolo soffre di una bronchite asmatica da virus, e non di bronchiolite, e quindi potrebbe essere utile nel differenziare le due forme.

L'altro farmaco che non dovrebbe essere utilizzato è l'adrenalina per aerosol. La LG americana assegna una raccomandazione forte (Grado B, Raccomandazione forte) al divieto di utilizzare l'adrenalina per aerosol nella bronchiolite. Gli studi pubblicati sull'utilizzo dell'adrenalina per aerosol non dimostrano né un miglioramento più rapido dell'evoluzione della malattia, né una più precoce dimissione. Solo una ricerca, nella quale l'adrenalina è associata ad alte dosi di cortisone, avrebbe dimostrato di ridurre i giorni di ricovero. Le dosi eccessive di cortisone impiegate sconsigliano questo tipo di approccio. Ciò nonostante le LG americane dell'AAP si ostinano a ritenere che in casi gravi un tale approccio potrebbe essere utile. Da qualche anno è invalso l'uso di utilizzare la soluzione salina ipertonica al 3% in nebulizzazione. Dal punto di vista teorico potrebbe essere utile per fluidificare i muco, ridurre l'edema delle vie bronchiali, migliorare la clearance mucociliare. Tutto questo

è anche confortato da trials che dimostrano un più rapido miglioramento clinico, confermato anche da metanalisi.

Pubblicazioni successive su riviste autorevoli hanno riportato risultati contrastanti: infatti alcuni hanno dimostrato che non c'era nessun sostanziale miglioramento tra i gruppi trattati con soluzione salina ipertonica al 3% e quelli trattati con semplice soluzione salina). Un recentissimo trial giapponese pubblicato su *Pediatric Pulmonology* ha confermato che non esiste differenza nei gruppi trattati con la soluzione salina ipertonica al 3% rispetto ai gruppi trattati con quella salina. Sembrerebbe, in conclusione, che non esistano dati certi e ben documentati sugli effetti positivi della soluzione ipertonica al 3% nebulizzata. Nonostante ciò le LG americane limitano l'impiego della soluzione salina ipertonica al 3% solo nei bambini ospedalizzati mentre la Consensus italiana ne consiglia l'utilizzo sia in ospedale sia a domicilio.

I corticosteroidi

I corticosteroidi sistemici non hanno nessun ruolo nella terapia della bronchiolite sia da soli sia associati ad altri farmaci, quali l'adrenalina per aerosol. Molti studi hanno esaminato il ruolo dei corticosteroidi nel trattamento della bronchiolite. I dati di due trials non hanno dimostrato nessun beneficio nella riduzione dei tempi di ricovero in ospedale. E le LG americane assegnano a questo farmaco nella bronchiolite un Grado A (Raccomandazione forte) perché non sia utilizzato.

Anche i cortisonici topici non devono essere utilizzati né nella fase acuta né per prevenire il wheezing post-bronchiolite.

Gli antibiotici

Non esiste nessuna evidenza che il bambino con bronchiolite debba ricevere antibiotici. La causa più frequente per cui gli antibiotici sono prescritti è, probabilmente, la presenza di febbre ma anche per la difficoltà nel differenziare un'atelettasia da un focolaio di consolidamento alla radiografia. La bronchiolite è un'infezione virale e nulla giustifica l'uso di antibiotici perché il rischio di batteriemia o meningite è inferiore all'1%. Un altro motivo che spinge il pediatra all'uso dell'antibiotico è l'otite che spesso accompagna la bronchiolite, quasi facesse parte del quadro della malattia. L'otite guarisce quando si risolve la bronchiolite. Anche la considerazione che gli antibiotici utilizzati nella bronchiolite (i macrolidi) hanno un'azione antinfiammatoria spinge alcuni medici a prescriberli, sia per l'azione antibatterica sia per quella antinfiammatoria. Studi controllati non hanno mai dimostrato un qualche effetto positivo sulla più rapida guarigione della malattia.

Conclusioni

Tutte le LG e i trials più recenti evidenziano che le maggiori difficoltà nel trattamento della bronchiolite non s'incontrano nell'impostazione terapeutica, che sembra ben standardizzata. La diagnosi è esclusivamente clinica e spesso è ingannevole perché la bronchiolite può iniziare con un banale raffreddore ed evolvere nel giro di poche ore o di uno, due giorni verso un distress respiratorio che, segnatamente nei lattanti più piccoli, può presentarsi anche con apnee e richiedere il ricovero. Quindi occorre grande attenzione e, nel dubbio, ricoverare anche per 12-24 ore, fino a quando il quadro clinico non si chiarisce. Per quanto riguarda la terapia sembrerebbe che i beta2 stimolanti e i broncodilatatori non abbiano nessun ruolo, così come i corticosteroidi. Gli antibiotici possono essere utili solo nelle forme complicate da infezioni batteriche. L'ossigeno-terapia ad alti flussi mediante cannula nasale è un presidio importante che può svolgere un ruolo determinante nelle forme gravi con saturazione di O₂ < 90%. Così come l'idratazione con sonda naso-gastrica, pratica e utile anche per alimentare un piccolo lattante che non riesce a farlo spontaneamente. Nonostante quanto sostenuto da diverse LG e da numerosi trials, in Italia si continuano a prescrivere farmaci dei quali non è stata dimostrata nessuna efficacia terapeutica nella bronchiolite. E si trascura l'uso appropriato di quelli che sono di grande aiuto soprattutto nelle forme medio-gravi, anche perché molto spesso nei reparti non sono approntati, dopo essere stati elaborati e discussi con tutto il personale di assistenza, dettagliati protocolli applicativi, che rappresentano l'unico modo per uniformare i comportamenti diagnostici e terapeutici. An-

che la letteratura straniera dimostra che l'uso di protocolli di reparto, elaborati dalle LG, determina una maggiore aderenza alle LG stesse.

In conclusione, ancora dopo molti anni si conferma la sicura validità terapeutica dei due "storici" presidi della bronchiolite: una corretta ossigeno-terapia e l'idratazione mediante naso-cannula.

✉ ludeseta@tin.it

- Baraldi E, Lanari M, Manzoni P, et al. Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborn and infants. *Ital J Pediatr* 2014;40:65.
- Barben JL, Kuehni CE, Trachsel D, et al. Swiss Paediatric Respiratory Research Group. Management of acute bronchiolitis: can evidence based guidelines alter clinical practice? *Thorax* 2008;63:1103-9.
- Bronchiolitis in children: diagnosis and management. NICE guideline [NG9] Published date: June 2015.
- Corneli HM, Zorc JJ, Mahajan P, et al. A multicenter, randomized, controlled trial of dexamethasone for bronchiolitis. *N Engl J Med* 2007;357:331-9.
- Cozzi S, Pusceddu L, Mambelli E, et al. Le nuove Linee Guida sulla bronchiolite. *Medico e Bambino* 2015;34:369-75.
- Farley R, Spurling GK, Eriksson L, Del Mar CB. Antibiotics for bronchiolitis in children under two years of age. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;10:CD005189.
- Florin TA, Shaw KN, Kittick M, Yakscoe S, Zorc JJ. Nebulized hypertonic saline for bronchiolitis in the emergency department: randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2014;168:664-7013.
- Everard ML, Hind D, Ugonna K, et al. SABRE: a multicentre randomised control trial of nebulised hypertonic saline in infants hospitalised with acute bronchiolitis. *Thorax* 2014;69:1105-12.
- Gadomski AM, Scribani MB. Broncodilatators for bronchiolitis. *Cochrane Database System Rev* 2014;6:CD001266.

- Kallappa C, Hufton M, Millen G, et al. Use of high flow nasal cannula oxygen in infants with bronchiolitis on a paediatric ward: a 3-year experience. *Arch Dis Child* 2014;99:790-1.
- Levine DA, Platt SL, Dayan PS, et al. RSV-SBI Study Group of the Pediatric Emergency Medicine Collaborative Research Committee of the American Academy of Pediatrics. Risk of serious bacterial infection in young febrile infants with respiratory syncytial virus infections. *Pediatrics* 2004;113:1728-34.
- Mandelberg A, Tal G, Witzling M, et al. Nebulized 3% hypertonic saline solution treatment in hospitalized infants with viral bronchiolitis. *Chest* 2003;123:481-7.
- Morikawa Y, Miura M, Furuhashi MY, et al. Nebulized hypertonic saline in infants hospitalized with moderately severe bronchiolitis due to RSV infection: A multicenter randomized controlled trial. *Pediatr Pulmonol* 2018;53:358-65.
- Oakley E, Borland M, Neutze J, et al. For the Paediatric Research in Emergency Departments International Collaborative (PREDICT). Nasogastric hydration versus intravenous hydration for infants with bronchiolitis: a randomised trial. *Lancet Respir Med* 2013;1:113-20.
- Plint AC, Johnson DW, Patel H, et al. Epinephrine and dexamethasone in children with bronchiolitis. *N Engl J Med* 2009;360:2079-89.
- Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics* 2014;134:e1474-502.
- Sina IP, McBride AK, Smith R, et al. CPAP and high-flow nasal cannula oxygen in bronchiolitis. *Chest* 2015;148:810-23.
- Wing R, James C, Maranda LS, et al. Use of high-flow nasal cannula supporting the emergency department reduces the need for intubation in pediatric acute respiratory insufficiency. *Pediatr Emerg Care* 2012;28:1117-23.
- Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, et al. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD006458.

Via gli studenti in medicina sauditi dal Canada per un tweet del governo

Una grave crisi fra Arabia Saudita e Canada è iniziata, il 3 agosto 2018, per un tweet del governo canadese che si diceva preoccupato per l'arresto di due attiviste saudite e ne chiedeva immediatamente il rilascio. Subito dopo il tweet l'Arabia Saudita ha intimato ai 15mila studenti sauditi nel Paese, inclusi gli stagisti presso la facoltà di Medicina, di rientrare entro fine agosto. Il numero di tirocinanti nelle scuole di medicina in Arabia Saudita fra residenti e fellows era nel 2017 di 1658. I programmi di formazione rappresentano una notevole fonte di investimenti stranieri nel sistema di formazione medica canadese. I finanziamenti per tirocinanti provengono in gran parte dal governo di residenza degli studenti ma anche da fonti canadesi in una proporzione di circa 70:30. Allo stato attuale, l'Arabia Saudita prevede di spostare almeno gli studenti di medicina in altre scuole internazionali entro la fine del mese, ma questo trasferimento rimane molto difficile. Una dichiarazione del Comitato degli studenti sauditi in Canada sottolinea che "l'improvvisa decisione del nostro governo avrà molte ripercussioni negative per noi e il nostro paese nel campo dell'assistenza medica". In realtà la decisione saudita ha interrotto anche la fornitura dei servizi offerti dagli stagisti negli ospedali universitari canadesi. Quelli affiliati alla McGill University di Montreal, per esempio, hanno perso 225 (il 20%) dei loro 1250 residenti.

The Lancet Online First E-mail Alert - August 23, 2018

Qualcosa in più di un semplice raffreddore: la bronchiolite

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

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

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

Marco ha 3 anni, si è svegliato con febbre, naso colante e di pessimo umore perché la tosse non riesce a farlo dormire bene. "Ci risiamo - pensa la mamma - il 5° raffreddore dell'inverno, da quando ha cominciato la scuola..."

È un raffreddore o potrebbe essere una infezione da Virus Respiratorio Sinciziale (VRS)? Beh, nel caso di Marco, anche se lo fosse, poco importa, è un bimbo sano e forte e il VRS può produrre solo un semplice raffreddore. Marco ha una sorellina di due mesi, Giulia, e per lei invece una infezione legata al VRS può manifestarsi come bronchiolite. Per Giulia bisogna correre ai ripari ed evitare il contatto con il fratellino.

Che cosa è la bronchiolite?

La bronchiolite è una malattia respiratoria frequente nei bambini molto piccoli; si manifesta generalmente nel primo anno di vita. È una infezione che colpisce i bronchioli, i piccoli tubicini dei polmoni attraverso i quali passa l'aria. L'infezione dei bronchioli provoca una ostruzione degli stessi, ostacolando il passaggio dell'aria; diventa, quindi, difficile respirare. Il sintomo principale della bronchiolite è proprio la difficoltà a respirare. La bronchiolite si manifesta nei lattantini perché le vie aeree sono molto piccole e si "ostruiscono" facilmente. La bronchiolite è diversa dalla bronchite che è una infezione dei "tubi" più grandi, i bronchi.

Quante bue!

Bua grande, bua piccina
Bua di sera e di mattina,
Bua scura, bua chiara
Bua di pulce e di zanzara...
...Bua fredda, bua calda,
Bua timida e spavalda
Bua leggera, bua pesante
Bua vicina e bua distante...
...Buicina Buicina
Un etto di farina
Un pizzico di sale
Una piuma di guancia
Due semi di mela
Un pezzetto di tela
Gira gira tutto
Scaccia il male brutto!

*Filastrocche Scaccia Bua
P. Nencini, Giunti kids*

Quali sono le cause?

La bronchiolite è causata da virus che intaccano l'apparato respiratorio come il virus respiratorio sinciziale (VRS), il virus dell'influenza o della parainfluenza e il metapneumovirus.

I bambini con bronchiolite da VRS hanno il più delle volte sintomi come il *wheezing* (un sibilo che si sente appoggiando lo stetoscopio sul torace) e la dispnea (difficoltà nel respirare). Il VRS è un virus che nei bimbi più grandi e negli adulti si manifesta spesso solo con raffreddore.

Il VRS si diffonde rapidamente attraverso il contatto con il muco o la saliva della persona infetta, con le microscopiche goccioline che si diffondono con la tosse e gli starnuti.

Quali sono i sintomi iniziali?

La bronchiolite spesso comincia come un semplice raffreddore, naso colante, tosse e febbre. Dopo 2-3 giorni la tosse può peggiorare e il piccolo comincia ad avere difficoltà nel respirare.

Come si valuta una difficoltà nel respiro?

Il bimbo allarga e contrae le narici oppure contrae i muscoli costali nel tentativo di far entrare e uscire una maggiore quantità di aria; il bimbo respira velocemente "con il pancino che va su e giù"; il bimbo, spesso, emette un fischietto a ogni respiro nel tentativo di far uscire l'aria, poiché i tubicini dell'aria (i bronchioli) sono infiammati e pieni di muco; il bimbo può avere difficoltà a succhiare e ingoiare; quando la difficoltà a respirare è forte può comparire una colorazione bluastra intorno alle labbra o sulle unghie. **Se il bambino mostra segni di difficoltà nel respirare contattare rapidamente il pediatra. Se il bambino urina poco, beve poco ed è sonnolento contattare il pediatra.**

Come si cura la bronchiolite?

Essendo una infezione virale gli antibiotici non hanno una indicazione nella bronchiolite. Per alleviare i sintomi si può pulire il naso con la soluzione salina. Non sono indicati nei bambini piccoli altri tipi di gocce nasali medicamentose.

In caso di febbre si può somministrare un antipiretico come il paracetamolo in base alle indicazioni del pediatra.

La cosa importante è l'idratazione attraverso liquidi come acqua e latte da somministrare in piccole quantità e molto spesso. La maggior parte dei bambini migliorano nel giro di 3-5 giorni e ricominciano a respirare normalmente senza problemi; spesso tuttavia il "fischietto" e la tosse permangono anche per una o due settimane. In alcuni casi è necessario il ricovero ospedaliero per sostenere l'idratazione attraverso la via venosa (ossia la flebo) e per somministrare l'ossigeno: due cure importanti per contrastare la disidratazione e per aiutare il respiro.

La bronchiolite si può prevenire?

I virus della bronchiolite sono molto diffusi e, tra essi, il VRS è il maggiore responsabile delle bronchioliti nei bambini dai 2 agli 8 mesi di vita. Le infezioni da VRS si manifestano prevalentemente tra l'autunno e la primavera.

Come per la gran parte delle infezioni trasmissibili, il lavaggio delle mani con acqua calda e sapone è l'arma di prevenzione principale, da fare sempre e in modo particolare se ci si prende cura di un bebè.

Evitare il contatto tra un bebè e le persone affette da forme di raffreddore e altre malattie stagionali. In caso di raffreddore, la mamma deve continuare ad allattare per donare al suo bambino anticorpi e nutrimento, è bene lavarsi spessissimo le mani e coprirsi la bocca con una mascherina durante l'allattamento.

Se ci sono fratellini o sorelline con raffreddore limitare il contatto con il bebè. Attenzione agli utensili condivisi.

Evitare di frequentare luoghi affollati e chiusi nei periodi di maggiore incidenza di queste malattie.

Evitare il fumo, il fumatore si ammala più facilmente con il virus VRS, ma evitare anche il fumo passivo che rende i bambini più suscettibili nei confronti di queste malattie virali.

Un adulto o un bimbo grande con una infezione da VRS eliminerà il virus dai suoi bronchi, diffondendolo nell'ambiente almeno per una settimana, pertanto il periodo di contagiosità è lungo.

In caso di dubbio contattare sempre il pediatra.

✉ doc.manetti@gmail.com

La relazione alimentare tra mamma e bambino nel primo anno di vita. Cosa osservano i pediatri, cosa raccontano le mamme



Luisa Scuratti, Simona Ciervo, Lucilla Castellazzi, Paola Cremonese

Associazione per la Ricerca in Psicologia Clinica (ARP), Milano

Obiettivi: Un gruppo di lavoro, composto da pediatri e psicologi, sulla base dell'analisi della letteratura e della pluriennale pratica clinica ha esplorato come le mamme di oggi vivano la relazione alimentare con il proprio bambino nel suo primo anno di vita.

Metodi: Lo studio, sviluppato in due fasi, ha utilizzato questionari appositamente progettati e rivolti a pediatri e mamme della Regione Lombardia. Nella prima fase sono stati coinvolti 131 pediatri di famiglia, nella seconda fase hanno risposto al questionario 3705 mamme.

Risultati: L'analisi ha mostrato come le mamme di oggi vivano l'allattamento e lo svezzamento del bambino, le loro emozioni e difficoltà psicofisiche coinvolte nella relazione alimentare.

Conclusioni: I risultati della ricerca sono utili ai pediatri di famiglia, agli psicologi e a tutti gli operatori dell'area materno-infantile per migliorare l'efficacia degli interventi e accrescere la consapevolezza che le mamme sono la risorsa primaria da supportare per la sana crescita psicofisica di un bambino.

Aims: A working group of paediatricians and psychologists has explored how today's mothers live the nutritional relationship with their baby during the first year of life.

Method: The study, developed in two phases, used specifically designed questionnaires aimed at paediatricians and mothers of the Lombardy Region. In the first phase 131 paediatricians were involved, in the second phase 3,705 mothers answered the questionnaires.

Results: The analysis of the data shows how today's mothers live breastfeeding and weaning, their emotional assets and psychophysical difficulties involved in the nutritional relationship.

Conclusions: This picture is useful to family paediatricians, psychologists and all the other professionals involved in the mother and child care in order to improve the effectiveness of their interventions and increase their awareness regarding mothers as the primary resources to support for the child's well-being.

Obiettivi

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'UNICEF [1] raccomandano l'allattamento al seno in maniera esclusiva fino ad almeno il 6° mese di vita del bambino. Tuttavia numerosi studi mostrano come esso tenda a diminuire progressivamente nelle prime settimane successive alla nascita [2]. A tale proposito la letteratura internazionale rileva alcuni fattori significativi, soprattutto di tipo fisico, che portano all'interruzione dell'allattamento al seno [3]. In Italia, nonostante l'attenzione e la messa in pratica di azioni volte a promuovere e supportare l'allattamento al seno, le statistiche nazionali mostrano che il numero medio di mesi di allattamento esclusivo, dopo le dimissioni dal Punto Nascita, è pari a 4,1 [4].

Ci troviamo di fronte a prassi e indirizzi sanitari poco efficaci? [5]. Vanno ricercati

in altri ambiti gli specifici fattori che impediscono alle neomamme di proseguire l'allattamento al seno?

All'inizio della vita, l'atto alimentare è la prima forma di comunicazione con il mondo che ogni individuo sperimenta, risponde al fondamentale bisogno del bambino di interagire con l'ambiente circostante e importante fattore evolutivo. Attraverso l'allattamento la madre instaura una relazione affettiva con il figlio e lo accompagna nel graduale sviluppo delle proprie abilità autoregolatrici, a partire dalla sensazione di fame e dalla percezione di sazietà [6].

Stile materno e regolazione del comportamento alimentare rappresentano, dunque, insostituibili fattori primari che intervengono nella crescita psicofisica di ogni bambino [7]. Con questi presupposti un gruppo di lavoro multidisciplinare¹ ha

“Anche se il bambino possiede un innato potenziale per svilupparsi, senza una madre sufficientemente buona, che si prodiga nella cura del figlio, egli non sarà in grado di divenire una persona intera e indipendente”

D.W. WINNICOTT

voluto guardare all'alimentazione del lattante nel primo anno di vita, ponendo al centro la relazione tra madre e bambino e spostando il focus dall'osservazione del fare (l'attenzione a “quanto mangia il mio bambino”) alla comprensione del sentire (l'attenzione all'atmosfera emotiva tra una mamma e il suo piccolo durante il pasto). Sono state esplorate difficoltà, sensazioni ed emozioni che le neomamme sperimentano nella precoce relazione alimentare col proprio figlio, con l'obiettivo di rilevare come le donne di oggi vivano l'allattamento e lo svezzamento nei primi fondamentali 12 mesi di vita del bambino.

Metodi

La ricerca si è articolata in due fasi.

Nel 2013 è stato predisposto un questionario ad hoc [8], con domande dettagliate in merito ai comportamenti e agli atteggiamenti delle mamme nel periodo dell'allattamento (al seno o alimentazione con formula) e dello svezzamento, inviato via e-mail ai pediatri di famiglia lombardi, iscritti a SiMPeF.

Gli items del questionario prevedevano risposte multiple e, in alcuni casi, veniva chiesto ai pediatri di indicare – su una scala Lickert da 0 (= per niente) a 4 (= molto frequente) – quanto spesso osservano determinati comportamenti delle mamme durante le visite in ambulatorio. I dati raccolti sono stati elaborati con il sistema SPSS.

L'analisi dei risultati ottenuti ha stimolato ulteriori quesiti, oggetto di un successivo questionario, questa volta cartaceo,

pensato con l'obiettivo di "fotografare" le mamme di oggi nella quotidianità della relazione alimentare con il proprio bambino. Il questionario è stato strutturato in tre sezioni: informazioni demografiche di mamma e bambino; allattamento (materno o con formula); svezzamento.

Ne sono state predisposte due versioni, omogenee nei contenuti ma parzialmente differenti in alcune domande della seconda sezione, in base al tipo prevalente di alimentazione del bambino nei primi 6 mesi di vita: allattamento esclusivo al seno o misto (gruppo Materno) e alimentazione con formula (gruppo Formula). Gli items prevedevano risposte chiuse, multiple o binarie.

Sono state chieste alle mamme le motivazioni personali nella scelta del tipo di allattamento, le ragioni principali del passaggio all'alimentazione con formula (nel caso di passaggio dall'allattamento materno esclusivo), la comprensione e coerenza delle informazioni ricevute sull'allattamento al seno "a richiesta" (punti nascita e pediatria di famiglia).

È stato anche chiesto di riportare la presenza o l'assenza di difficoltà, preoccupazioni, pensieri e sentimenti poco piacevoli durante l'allattamento e lo svezzamento. E infine è stata esplorata la propensione delle mamme a raccontare i propri timori a qualcuno e, in tal caso, la presenza o meno del pediatra di famiglia e/o di altri operatori sanitari tra le figure di riferimento affidabili.

Questa seconda fase della ricerca è stata proposta nel 2015 da SiMPeF ai propri iscritti come esperienza di formazione sul campo con il compito di distribuire casualmente almeno 15 questionari, dopo aver individuato la prevalenza dell'uno o dell'altro tipo di alimentazione (seno o formula). Compilato in autonomia dalle mamme e con garanzia di anonimato, il questionario veniva riconsegnato in busta chiusa.

L'età del bambino, compresa tra 1 e 12 mesi, ha costituito il criterio di inclusione. La scarsa o nulla comprensione della lingua italiana da parte delle neomamme è stato l'unico criterio di esclusione. Per l'elaborazione statistica dei dati è stato utilizzato il modello di regressione logistica. Le domande dei due questionari (pediatri e mamme) sono state pensate simili per contenuto ma non sono state (e non potevano essere) formulate nello stesso modo. Le risposte del questionario rivolto ai pediatri sono riferite ai casi osservati dai medici nel corso della propria esperienza professionale, mentre quelle delle mamme si riferiscono alla singola esperienza di un figlio.

Risultati

Che cosa osservano i pediatri nei loro ambulatori

Il questionario iniziale è stato compilato da 131 pediatri di famiglia su un totale di 850 medici lombardi interpellati. Hanno risposto soprattutto pediatri di età superiore ai 50 anni (65%), pediatri operanti nel distretto di Milano e hinterland (43%), pediatri di sesso femminile (84%).

Il 69,2% dei pediatri intervistati afferma che nella pratica clinica la relazione madre-bambino è il fattore più importante cui porre attenzione durante l'allattamento e lo svezzamento.

I dati emersi evidenziano alcune aree critiche.

Allattamento al seno "a richiesta": la comprensione del messaggio

Le raccomandazioni sull'allattamento al seno "a richiesta" rappresentano un'occasione cruciale in grado di favorire l'inizio di una buona pratica dell'allattamento.

L'81% dei pediatri risponde che le mamme interpretano queste raccomandazioni del Punto Nascita come se si dicesse loro di essere sempre disponibili ad attaccare il bambino al seno, ogni volta in cui inizia a piangere. Al contrario, le proprie indicazioni sono orientate a favorire un percorso di allattamento gradualmente guidato dalla madre, in cui il bambino impara ad autoregolarsi (85,5%).

I pediatri sembrano evidenziare che l'espressione "a richiesta" – interpretata soggettivamente – può creare fraintendimenti e indurre le neomamme a considerare il compito dell'allattamento al seno per lo più come un obbligo di disponibilità continua verso il figlio. Le mamme sono spesso in difficoltà e non riescono a mettere in pratica i suggerimenti del pediatra (45%) percepiti come discordanti rispetto alle indicazioni ricevute al Punto Nascita (25%).

Le preoccupazioni delle neomamme

Intendere l'allattamento al seno come "essere sempre disponibile" può aumentare nelle mamme il senso di responsabilità e le incertezze rispetto alla propria adeguatezza come caregiver. I pediatri di famiglia rilevano frequentemente che le mamme sono preoccupate nell'alimentare il proprio piccolo, molto di più quando allattano al seno (Tabella 1). Le loro risposte mostrano quanto sia essenziale per le mamme la comprensione dei bisogni del bambino e come il suo comportamento durante la poppata sia fonte di apprendimenti (Tabella 2).

L'affaticamento psicofisico delle mamme durante l'allattamento

I dati indicano che le mamme, nell'imparare a nutrire il proprio bambino, possono sperimentare problemi di ordine fisico e incertezze emotive.

Il 17% dei pediatri riscontra molto frequentemente che l'avvio dell'allattamento al seno è vissuto dalle neomamme come costantemente impegnativo e faticoso. Il dato si dimezza nel caso delle mamme che iniziano l'alimentazione con formula (8%). Dunque, allattare è normale ma non è semplice e, secondo i medici, le mamme che allattano al seno sembrano sperimentare un affaticamento psicofisico maggiore.

La maggioranza dei pediatri segnala che le mamme, quando viene proposto il passaggio all'alimentazione con formula (per es. il latte materno non soddisfa i bisogni nutrizionali e/o motivi di salute di madre e bambino), si sentono aiutate e sollevate, e solo in minima parte compaiono reazioni di fallimento, dispiacere e inadeguatezza (Tabella 3).

Riguardo agli stati d'animo, i medici dichiarano che l'ansia materna è un fenomeno ricorrente nella propria esperienza ambulatoriale, indipendentemente dal tipo di alimentazione (il 49,6% dei medici la rileva nelle mamme che allattano al seno e il 44% nelle mamme che praticano l'alimentazione con formula).

Le mamme: lo svezzamento del bambino

I pediatri evidenziano che durante lo svezzamento (inteso come momento in cui si cominciano a introdurre cibi complementari al latte) le precedenti difficoltà e preoccupazioni delle mamme tendono per lo più a ridursi (64,9%) e sparire (6,9%). In altri casi, si mantengono (21,4%) o persino aumentano (6,1%).

I dati indicano quindi che un'importante quota di mamme continua a vivere in modo problematico la relazione alimentare col figlio. È un comportamento da monitorare perché l'86,9% dei pediatri riscontra che, nella propria esperienza ambulatoriale, un bambino su quattro presenta difficoltà alimentari che iniziano con l'allattamento e continuano nella fase dello svezzamento.

A chi si rivolgono le mamme

I dati evidenziano che il pediatra di famiglia è un'importante figura di riferimento nelle difficoltà pratiche dell'allattamento al seno, dell'alimentazione con formula e dello svezzamento. Quasi la totalità dei medici interpellati afferma che le mamme, in entrambi i tipi di alimentazione praticati, chiedono aiuto e acquisiscono abilità sperimentando i suggerimenti ricevuti.

TABELLA 1. Le preoccupazioni che le mamme manifestano con maggiore frequenza ai pediatri di famiglia (riguardo a se stesse)

	Gruppo Materno %	Gruppo Formula %
1. Non capire quando il bambino ha fame	45,1	10,8
2. Non tollerare il pianto del bambino	42,7	11,1
3. Non accettare la variabilità del bambino ad alimentarsi	39,1	12,6

TABELLA 2. Le preoccupazioni che le mamme manifestano con maggiore frequenza ai pediatri di famiglia (riguardo al bambino)

	Gruppo Materno %	Gruppo Formula %
1. Il bambino non mangia abbastanza	60,4	29,1
2. Il bambino rigurgita	50,7	40,9
3. Il bambino si assopisce ripetutamente durante la poppata	35,7	13
4. Il bambino è agitato o imprevedibile	26,6	14,5
5. Il bambino mangia con eccessiva voracità	26,4	24,8

TABELLA 3. Come si sentono le mamme a seguito del passaggio all'alimentazione con formula

Sensazione di sollievo	53,3%
Sensazione di sentirsi aiutata	74%
Sensazione di fallimento	21%
Sensazione di inadeguatezza	12,4%
Sensazione di dispiacere	37,1%

Le mamme non riferiscono invece ai pediatri gli stati d'animo poco piacevoli e/o i pensieri negativi che possono entrare in gioco nella relazione alimentare con il proprio bambino e, probabilmente, influire sulla persistenza delle criticità. Ciò fa ipotizzare l'esistenza di un disagio silente ovvero di particolari inquietudini delle mamme, rispetto a se stesse e/o al bambino, non semplici da confidare. I dati suggeriscono che un ascolto discreto, partecipe e facilitante da parte del pediatra, può essere d'aiuto.

Che cosa raccontano le mamme

Sono state raccolte 3705 schede di cui 3045 valide, compilate da mamme (1500 residenti a Milano) afferenti all'ambulatorio di 236 pediatri di famiglia lombardi. 1731 schede sono state compilate da mamme che, in quel momento, praticavano l'allattamento al seno (56,8% gruppo Materno) e 1314 compilate da mamme che praticavano l'alimentazione con formula (43,2% gruppo Formula). L'età media dei bambini è di 5,7 mesi nel gruppo Materno e di 6 mesi nel gruppo Formula. I dati demografici del campione sono riportati nella **Tabella 4**.

L'analisi di questi dati rileva che i fattori favorevoli l'allattamento materno sono: l'e-

levato livello di istruzione, l'appartenenza a culture diverse, il poter usufruire di un'aspettativa dal lavoro, l'aver avuto un parto naturale e a termine (**Tabella 5**). Tuttavia, ciò non è sufficiente a spiegare cosa incida sulla prosecuzione o, viceversa, sull'interruzione dell'allattamento al seno.

I risultati emersi sono stati suddivisi in due macroaree: allattamento (seno e formula); svezzamento.

Allattamento: la scelta delle neomamme

Abbiamo domandato alle mamme che hanno compilato il questionario "Allattamento al seno" quale sia stata, nella loro scelta, la motivazione prevalente. Il desiderio risulta essere il motivo predominante (76,5%), seguito dal ruolo delle informazioni (15,2%) ricevute in ambito sanitario (corsi di preparazione al parto, punti nascita).

Si osserva, dunque, che la scelta di un allattamento naturale è determinata in larga misura dalla motivazione intrinseca delle mamme, antecedente la nascita del bambino.

I dati segnalano che il 46,8% di queste mamme tende a portare avanti l'allattamento esclusivo oltre il 6° mese di vita del bambino, quindi più a lungo di quanto consigliato da OMS e UNICEF.

Tuttavia la presenza di una forte motivazione personale, pur determinando la scelta di allattare al seno, non ne garantisce sempre la continuità se sopraggiungono problematiche fisiche e/o insicurezze emotive. I risultati evidenziano che il passaggio all'alimentazione con formula o la rinuncia all'allattamento al seno avviene nella maggior parte dei casi (69,1%) entro il secondo mese di vita del bambino.

Dai dati riguardanti le mamme che hanno compilato il questionario "Alimentazione

con formula" si rileva che il 77% dichiara d'aver preso una decisione autonoma ("l'ho scelto io") e il 22,4% risponde "me l'ha indicato/suggerito/prescritto il pediatra". Tra le mamme che indicano di aver scelto liberamente il passaggio all'alimentazione con formula, la motivazione prevalente risulta essere "poco latte" (66%), seguita da "situazioni di stress/affaticamento" (22,4%) e da "esigenze lavorative" (8,4%). Sono rare le "interferenze familiari" (2,6%) e le "motivazioni estetiche" (0,7%).

Nei casi in cui è il pediatra a proporre il passaggio all'alimentazione con formula, le motivazioni sono: il latte materno non soddisfaceva i bisogni nutrizionali del bambino (71,6%) e ragioni altre di natura strettamente medica (28,4%).

La scarsa quantità di latte e le situazioni di stress/affaticamento rappresentano, dunque, i fattori principali che determinano la scelta autonoma delle mamme di passare all'alimentazione con formula.

Rileviamo che, a seguito del passaggio all'alimentazione con formula, le mamme dichiarano di sentirsi per lo più sollevate (41,8%) e aiutate (42,1%). Nel 16,2% dei casi le mamme esprimono sensazioni di fallimento e inadeguatezza.

I risultati mostrano che l'85% delle mamme subito dopo il parto riceve informazioni sull'allattamento al seno a richiesta, mentre ben il 15% dichiara di non averle ricevute. Tra le donne che sono state informate, una parte intende il messaggio come "devo essere sempre disponibile ad attaccare al seno il mio bambino" (58% gruppo Materno e 67% gruppo Formula - $p < 0,0001$), mentre un'altra parte comprende "devo regolare io l'allattamento, imparando gradualmente a capire quando mio figlio ha fame" (42% gruppo Materno e 33% gruppo Formula - $p < 0,0001$). Quest'ultimo gruppo è rappresentato soprattutto da donne pluripare e donne con elevato livello d'istruzione (**Tabella 4**). Al contrario le primipare, complice l'inesperienza, sono soggette a maggior incertezza nella comprensione del messaggio. Infatti, circa il 23,5% di esse comprende il messaggio come "essere sempre disponibile". L'analisi statistica mostra che le mamme, comprendendo le informazioni sull'allattamento al seno "a richiesta" come "essere sempre disponibile", portano avanti l'allattamento naturale con maggiori difficoltà e possono, perciò, più facilmente passare a quello artificiale (**Tabella 5**).

I dati evidenziano che le informazioni fornite dal personale sanitario vengono comprese in modo antitetico dalle mamme ("essere disponibile" vs "devo regolare"), sve-

lando una criticità importante nell'efficacia del processo di comunicazione. L'equivoco che si genera ha, dunque, effetti paradossali in contrasto con l'obiettivo dei punti nascita di sostenere l'allattamento al seno.

Le difficoltà materne durante l'allattamento

I risultati dello studio indicano che l'alimentazione del neonato è molto complessa per le mamme, con una differenza statisticamente rilevante ($p < 0.0001$) tra i due gruppi Materno e Formula (75,5% vs 39,7%). Tale problematicità risulta trasversale all'età del bambino (1-3 mesi, 3-6 mesi, >6 mesi).

La gran parte delle neomamme prova sentimenti di fiducia nella possibilità di imparare a fare meglio (78,5% gruppo Materno vs 67,9% gruppo Formula), ma si rileva-

no anche sensazioni di impotenza e di impazienza (17% gruppo Materno vs 26,9% gruppo Formula).

Si osserva che, nonostante le minori difficoltà dichiarate, le mamme del gruppo Formula sembrano meno fiduciose nella possibilità di superare le proprie incertezze e segnalano maggiormente sensazioni di impotenza e di impazienza ($p < 0.001$).

Le preoccupazioni più frequenti durante l'allattamento

Durante i primi mesi di vita del bambino, le mamme si sentono complessivamente tranquille e soddisfatte nel nutrire il proprio piccolo (87,5% gruppo Materno e 78,8% gruppo Formula - $p < 0.001$), ma vivono vari timori che riguardano il comportamento alimentare del figlio. Tra

questi, emergono: non mangia abbastanza (25,5% gruppo Materno e 33,7% gruppo Formula), rigurgita spesso (21,8% gruppo Materno e 26% gruppo Formula), mangia troppo/da ingordo (21,8% gruppo Materno e 23,8% gruppo Formula). I dati mettono in evidenza che il come e il quanto mangia il bambino rappresentano elementi di apprensione molto comuni tra le mamme, ma non per questo meno importanti. Infatti, il 12,5% delle mamme del gruppo Materno e il 21,2% delle mamme del gruppo Formula segnalano che tali preoccupazioni sono alla base di una problematicità nella relazione alimentare col bambino che si mantiene nel tempo.

I sentimenti ricorrenti delle mamme durante l'allattamento

Lo studio ha cercato di definire meglio le criticità delle mamme sul piano dell'esperienza emotiva con una domanda specifica che riguardava i pensieri o le sensazioni poco piacevoli rispetto a se stesse e/o al proprio bambino. Si tratta dell'unico item del questionario che prevedeva la possibilità di una scelta multipla con 12 opzioni di risposta.

Le mamme del gruppo Materno manifestano apertamente di aver avuto pensieri o sensazioni poco piacevoli rispetto a se stesse e al proprio bambino (90,6%). È inferiore la percentuale delle mamme del gruppo Formula che risponde a questa domanda (73,7%). La differenza che si delinea tra i due gruppi è statisticamente significativa ($p < 0.001$).

La distribuzione delle risposte ottenute, accorpate in 5 aree per tipologia e rilevanza, è riportata nella **Tabella 6** e dimostra quanto sia complesso il mondo emotivo materno.

Stati d'ansia e sentimenti depressivi appaiono trasversali e omogenei nei due gruppi (**Figura 1**). Al riguardo, occorre precisare che il presente studio non vuole indicare situazioni patologiche, ma vuole evidenziare la presenza di sentimenti ambivalenti, anche intensi, nell'esperienza delle

DATI DEMOGRAFICI		GRUPPO MATERNO (1731 SOGGETTI)	GRUPPO FORMULA (1314 SOGGETTI)
Età	<25 anni	6,2%	6,3%
	25-35 anni	51,8%	51,2%
	>35 anni	42%	42,5%
Nazionalità	italiana	86,4%	90,4%
	straniera	13,6%	9,6%
Istruzione	medie superiori	42,7%	49%
	università	56,2%	49,4%
Lavoro	occupata	35,1%	38,6%
	disoccupata	19,5%	23,8%
	in aspettativa	45,4%	37,7%
Stato civile	in coppia	92,2%	91,9%
	sola	7,8%	8,1%
Tipo di parto	naturale	74,1%	62,8%
	cesareo	21,9%	33,6%
	a termine	93,1%	87,9%
	pretermine	6,9%	12,1%
	gemellare	0,9%	3,9%
Primipare		49,2%	53,5%
Pluripare		50,8%	46,5%

VARIABILI CHE LO FAVORISCONO					VARIABILI CHE NON LO FAVORISCONO				
	OR	INF	SUP	P		OR	INF	SUP	P
Elevato titolo di studio	1.29	1.099	1.515	0.0019	Comprendere informazioni sull'allattamento al seno "a richiesta" come "essere sempre disponibile"	0.715	0.606	0.844	<0.0001
Appartenere a una cultura diversa	1.649	1.256	2.163	0.0003	Parto gemellare	0.265	0.13	0.541	0.0003
Fruire di un'aspettativa dal lavoro	1.243	1.026	1.505	0.026	Parto cesareo	0.607	0.503	0.732	<0.0001
					Disoccupazione	0.656	0.522	0.823	0.0003

mamme durante il primo anno di vita del proprio bambino.

A chi si rivolgono le mamme

Nel primo semestre di vita del lattante il pediatra di famiglia è al primo posto come supporto concreto per le mamme in difficoltà, in misura molto maggiore per le mamme Formula (34,4% gruppo Materno vs 56,4% gruppo Formula). Il Consultorio e/o il Punto Nascita sembrano essere preferiti dalle mamme Materno (28,3% gruppo Materno vs 17,3% gruppo Formula). Alcune mamme, però, tendono a cercare da sole le soluzioni ai loro problemi (20,9% gruppo Materno vs 16,4% gruppo Formula) oppure si rivolgono ad altre persone che conoscono e di cui si fidano (16,4% gruppo Materno vs. 9,9% gruppo Formula). Le mamme confidano pensieri e sensazioni poco piacevoli soprattutto a familiari (49% gruppo Materno e 49,7% gruppo Formula) e a persone di fiducia (37% gruppo Materno e 36,9% gruppo Formula). Solo il 14% individua nel personale sanitario un punto di riferimento.

Lo svezzamento

Le mamme che hanno compilato anche la parte del questionario relativa allo svezzamento (inteso come “inserimento di cibi diversi dal latte”) sono state 1404 (Materno 743 vs Formula 661) e rappresentano il 46,1% del campione totale. I risultati evidenziano che lo svezzamento avviene tra il 4° e il 5° mese di vita del bambino, in linea con i dati ISTAT.

La quasi totalità delle mamme riporta di aver ricevuto le informazioni sullo svezzamento dal pediatra di famiglia (94,3%). Al riguardo, entrambi i gruppi segnalano sufficiente chiarezza (95,3% gruppo Materno e 96,1% gruppo Formula); circa una mamma su venticinque necessita di maggiori spiegazioni e/o rassicurazioni.

Le difficoltà delle mamme nel periodo dello svezzamento

In questa fase della crescita del bambino in cui cambia l'alimentazione e, conseguentemente, muta l'apporto materno, i dati segnalano che le difficoltà delle mamme tendono per lo più a diminuire (48,2% gruppo Materno e 72,4% gruppo Formula). Per la restante parte del campione, permangono identiche (20,4% gruppo Materno e 13,5% gruppo Formula), si modificano (20,9% gruppo Materno e 11,3% gruppo Formula) o aumentano (11% gruppo Materno e 3% gruppo Formula) con differenze statisticamente significative tra le mamme che hanno praticato l'allattamento al seno e quelle che hanno optato per l'alimentazione con formula (p<0.001).

I sentimenti delle mamme nel periodo dello svezzamento

Trascorsi i primi mesi dalla nascita, la gran parte delle mamme continua a dichiararsi soddisfatta, calma e fiduciosa nel nutrire il bambino (85,8% gruppo Materno e 92,6% gruppo Formula) e più della metà riporta un clima generalmente sereno durante i pasti (53,2% gruppo Materno e 57% grup-

po Formula). Una non trascurabile parte (complessivamente il 6,8%) descrive un clima problematico o conflittuale durante il pasto (per es. “devo distrarlo, insistere, costringerlo”).

Le preoccupazioni delle mamme nel periodo dello svezzamento

Si rileva che alcune mamme (23,6% gruppo Materno e 35,3% gruppo Formula) non concedono al bambino l'autonomia che manifesta nell'alimentarsi (es. portarsi il cibo alla bocca da solo) e, indipendentemente dalle informazioni ricevute, evitano alcuni cibi nella sua dieta (complessivamente il 30,7%) soprattutto per la paura di soffocamento (43,3% gruppo Materno e 41,5% gruppo Formula) e di eventuali allergie (30,5% gruppo Materno e 32,2% gruppo Formula). Con lo svezzamento emergono, dunque, nuove preoccupazioni che hanno a che fare con l'idea che alcuni alimenti possano essere dannosi. Permane in alcune mamme il timore che il bambino non mangi abbastanza (17,2% gruppo Materno e 10,8% gruppo Formula) o che mangi troppo/troppo velocemente (14,8% gruppo Materno e 18,3% gruppo Formula).

Conclusioni

I risultati della ricerca, per lo più in linea con quanto evidenziato in letteratura, offrono una fotografia attuale e sufficientemente rappresentativa dell'esperienza quotidiana delle mamme (della Regione Lombardia) nella relazione alimentare con il proprio bambino durante il primo anno di vita.

Le donne si rivelano protagoniste nelle scelte che riguardano l'alimentazione del proprio figlio. Infatti, la gran parte delle mamme decide il tipo di allattamento ancor prima del parto mentre altre restano incerte fino alla nascita del bambino. In ogni caso si tratta di una scelta che non le lascia affatto indifferenti e, nel caso di incertezze, le informazioni fornite dal personale sanitario e dai pediatri di famiglia possono rappresentare l'ago della bilancia nella decisione di iniziare e/o portare avanti l'allattamento al seno.

La chiarezza e l'univocità delle informazioni sono fattori cruciali. Tuttavia si evidenzia la presenza di discordanze comunicative tra i vari operatori sanitari. Tali discordanze diventano fonte di difficoltà pratiche ed emotive nel corso dell'allattamento e possono contribuire a determinarne l'interruzione. I dati, dunque, invitano a una riflessione su come rendere fruibili le informazioni e maggiormente efficaci le comunicazioni destinate alle donne, durante la gravidanza e subito dopo il parto. Dev'essere poi centrale la consapevolezza da parte del pediatra di fami-

TABELLA 6. Pensieri e sentimenti poco piacevoli delle mamme

	Gruppo Materno %	Gruppo Formula %
1. Temere di non fare abbastanza/sentirsi pressata/intrappolata	53,3	52,6
2. Non capire i bisogni del bambino	39,7	40,6
3. Temere di non essere all'altezza/incapace	26,3	32,0
4. Sentirsi triste/sola	16,6	15,5
5. Avere paura di essere distratta e di causare qualcosa di brutto al proprio bambino	12,6	9,8

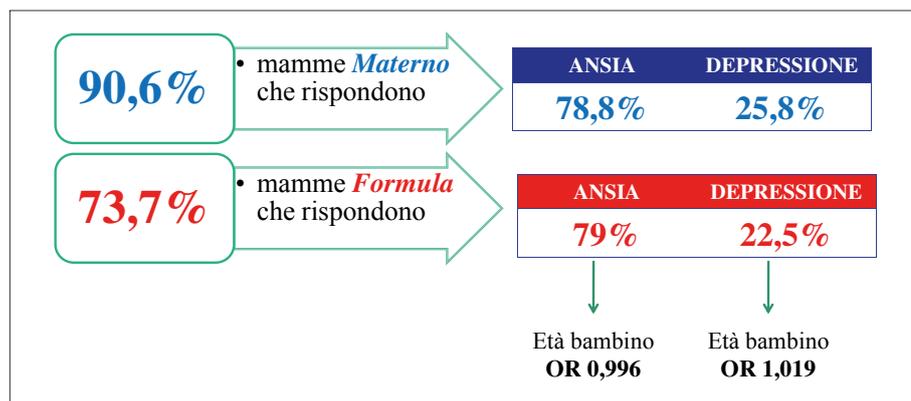


Figura 1

glia che una presa in carico coinvolgente e in sintonia con i vissuti materni può sostenere le neomamme in una competenza così importante.

Si osserva che i pediatri di famiglia sono in parte consapevoli delle difficoltà materne durante l'allattamento del bambino, ma la "voce" diretta delle mamme mette in evidenza un compito che va ben oltre il saper allattare. Infatti, alla fatica concreta dell'allattamento (sia al seno che con formula) si accompagna la complessità del mondo emotivo delle madri, intenso e ambivalente.

Un'ampia problematicità è presente soprattutto nel periodo iniziale dell'allattamento. Non sembra un caso che il passaggio all'alimentazione con formula (o la rinuncia all'allattamento al seno esclusivo) avvenga, nei due terzi dei casi, entro il secondo mese di vita del bambino. Lo studio evidenzia che i modi di sentire delle neomamme possono essere veramente poco piacevoli e disturbanti, con manifestazioni che spaziano lungo il continuum di una dimensione ansiosa o depressiva. Ciò non implica necessariamente situazioni psicopatologiche, ma suggerisce che è fondamentale non sottovalutare i segnali di difficoltà e tener presente che per le mamme l'aiuto concreto (volto a implementare il saper fare) è importante quanto il supporto emotivo: ascoltare l'esplicitazione del sentire di una mamma ha una valenza clinica [9]

Sia i pediatri che le mamme mostrano una "fotografia" sufficientemente buona, confermando che nella maggioranza dei casi la relazione alimentare tra madre e bambino funziona in modo positivo, anche se situazioni di stress, preoccupazioni, senso di inadeguatezza, sentimenti di tristezza e solitudine possono normalmente caratterizzare i vissuti materni lungo tutto il primo anno di vita del bambino. È essenziale, tuttavia, non sottovalutare alcune iniziali difficoltà perché se perdurano nel tempo, pur assumendo manifestazioni differenti, possono essere segnali di una più importante problematicità.

Il pediatra di famiglia è un punto di riferimento per tutte le mamme sin dal rientro a casa dopo il parto. I dati raccolti mostrano che le mamme vi si rivolgono soprattutto in qualità di garante della salute dei loro

bambini, anche se raramente gli confidano le loro preoccupazioni e ansietà più intime. I risultati evidenziano che le mamme tendono a rispondere evasivamente o negativamente a domande volte a esplorare direttamente le loro difficoltà. Viceversa, sono maggiormente facilitate nell'esprimersi se la comunicazione fa riferimento alla loro esperienza quotidiana e, soprattutto, non contiene accezioni giudicanti.

Nel rapporto tra operatori sanitari/pediatri e neomamme appare in parte carente uno spazio di ascolto autentico ed empatico, maggiormente attento ai disagi emotivi connaturati all'esperienza della maternità. Riconoscere e facilitare la madre, nelle sue peculiari competenze, significa sostenere la risorsa fondamentale di ogni bambino.

Si profila, pertanto, per i pediatri di famiglia la necessità di un approccio tempestivo, in grado di favorire lo sviluppo di uno stile materno congruo e di monitorare nel tempo la relazione alimentare tra la mamma e il suo piccolo quale indicatore clinico-prognostico della loro salute psicofisica.

Il lavoro di ricerca svolto in questi anni, oltre ad aver creato un ponte tra due ambiti disciplinari differenti, integrando il punto di vista nutrizionale con l'interesse per il clima emotivo che si crea nella relazione alimentare fra mamma e bambino, viene proposto come stimolo e occasione di riflessione per tutti i professionisti che operano nell'area materno-infantile.

Ringraziamenti

S. Orefice (specialista in malattie nervose e mentali, psicoanalista SPI e socio fondatore dell'ARP) che ha promosso e costantemente supervisionato il lavoro degli psicologi clinici ARP.

M.E. Bettinelli (pediatra neonatologa, ATS Milano) che ha partecipato come consulente esterno al gruppo di lavoro.

L. Antolini (Università Milano Bicocca) che ha collaborato all'analisi statistica dei dati raccolti nella seconda fase della ricerca. I 131 pediatri di famiglia SiMPeF che hanno aderito alla prima fase della ricerca e i 236 che hanno partecipato alla seconda fase.

Le 3705 mamme che hanno risposto al nostro questionario e alle quali dedichiamo la citazione di Winnicott [7].

I tirocinanti ARP che tra il 2013 e il 2016 hanno collaborato all'inserimento dei dati raccolti nelle due fasi della ricerca: Chiara Benti, Giulia Bozzone, Valentina Chiapella, Jessica Combi, Maria Rosaria D'Ambrosio, Fiorenzo Dolci, Agnese Donati, Giulia Gianelli, Marta Imparato, Sara Lanzini, Michael Matta, Chiara Merlini, Claudia Oprandi, Elisa Pari, Elisa Poidomani, Silvia Rossetti, Simona Sestito.

Dichiarazione di conflitto di interesse

Gli autori dichiarano che non esistono conflitti di interesse inerenti alla ricerca e/o alla pubblicazione di questo articolo. Gli autori non hanno ricevuto alcun tipo di supporto economico per la ricerca, la redazione e/o la pubblicazione di questo articolo.

✉ luisa.scuratti@gmail.com

1. WHO/UNICEF, Global nutrition targets 2025, Geneva, 2014.
2. Taveras EM, et al. Clinicians' Perspectives on Breastfeeding Counseling During Routine Preventive Visits. *Pediatrics* 2004;113:108-15.
3. Brown CR, et al. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Can J Public Health* 2014;105:e179-e185.
4. ISTAT. Rapporto su Gravidanza, Parto e Allattamento al seno. Durata dell'allattamento al seno esclusivo e ripartizione geografica, 2013.
5. Gavine A, et al. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *Int Breastfeed J* 2017;12:6.
6. Tronick E. Regolazione emotiva. Raffaello Cortina Editore, 2008.
7. Winnicott DW. Sviluppo affettivo ed ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo. Armando Ed, 2015.
8. http://www.simpef.it/sites/default/files/dettaglio_eventi/scheda%20rilevazione%20difficult%C3%A0%20alimentari.pdf.
9. Accordo "Percorso Crescita e delle strategie nazionali per la Promozione della Salute nei primi 1000 giorni di vita".

¹ Gruppo di lavoro: psicologi clinici ARP (Associazione per la Ricerca in Psicologia Clinica): L. Scuratti (Coordinatrice del Progetto), L. Castellazzi, S. Ciervo, P. Cremonese; pediatri di Famiglia SiMPeF (Sindacato Medici Pediatri di Famiglia): P. Brambilla, N. Bucci, M. Giussani, F. Zanetto

Ringraziamento ai revisori e ai commentatori

Ringraziamo per il loro prezioso contributo come referee o commentatori della rivista cartacea e delle Pagine elettroniche per l'anno 2018 i seguenti colleghi: Dante Baronciani, Marisa Calacoci, Antonio Clavenna, Patrizia Elli, Martina Fornaro, Luigi Greco, Catherine Hamon, Momcilo Jankovic, Simona La Placa, Giuseppe Magazzù, Adriano Magli, Maria Merlo, Sandra Perobelli, Gherardo Rapisardi.

Il consenso informato pediatrico alla luce della recente normativa italiana



Carlo Valerio Bellieni*, Mario Gabbrielli**, Maria Rosaria Curcio***, Caterina Coradeschi***, Giuseppe Buonocore***

*Medico Dirigente, Dipartimento di Pediatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese; **Istituto di Medicina Legale, Università di Siena; ***Scuola di Specializzazione in Pediatria, Dipartimento di Pediatria, Università di Siena

Introduzione

Il consenso informato è il processo attraverso il quale l'operatore sanitario espone informazioni appropriate al paziente riguardo a un eventuale trattamento o procedura [1]. Il paziente stesso sarà così in grado di decidere in piena autonomia se accettare o rifiutare quanto proposto. A tale proposito la Convenzione di Oviedo (1997), ratificata dallo Stato Italiano nel 2001, all'articolo 5 recita: "Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato" [2].

In Italia recentemente il Legislatore ha voluto intervenire per specificare meglio alcuni limiti del consenso informato con la legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" [3]. Il consenso informato – vi viene ribadito – deve essere espresso da una persona maggiorenne capace di intendere e di volere, deve essere specifico, esplicito e consapevole e può essere revocato in qualsiasi momento. L'informazione deve essere data dal medico che può essere accompagnato o supportato da un altro operatore sanitario, deve dare un'informazione completa, comprensibile e veritiera [4]. Nel caso del minore, il consenso viene richiesto ai legali esercenti la potestà sul minore stesso, pur con la possibilità/dovere di informare il minore qualora questo sia possibile. Rappresenta inoltre l'opportunità per il ricevente per chiedere delucidazioni in merito al processo decisionale che deve essere sempre condiviso [5]. L'accettazione del consenso in tal senso riflette l'evoluzione del rapporto medico-paziente, che ha portato alla configurazione di un nuovo modello personalistico in luogo del preesistente approccio paternalistico. Fino a non molti anni fa, alla luce della ristretta interpretazione dell'art. 32 della Costituzione, si riconosceva senza alcun dubbio la "sostanziale posizione di superiorità e supremazia del medico rispetto al suo assistito" [6]. Questa evoluzione, ben affermata dalla letteratura scientifica e dai trattati internazionali, ha avuto un riconoscimento con l'emanazione della suddetta legge 219.

All'articolo 1, comma 4, la legge 219 recita: "Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico". Per quanto riguarda gli adulti, aggiunge quanto segue, sempre all'articolo 1: "Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso". Questo riguarda l'adulto in grado di intendere e di volere, anche nella previsione (disposizioni anticipate di trattamento) che un domani cessi di essere cosciente e autonomo.

Per i minori il consenso, come dicevamo, trova una peculiare applicazione. Infatti a loro non si applicano le disposizioni anticipate di trattamento di cui parla la legge 219, e il consenso al trattamento proposto volta per volta viene gestito dai genitori (articolo 3): "Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità". Si nota subito una peculiarità: mentre per l'adulto ("persona capace di agire") il rifiuto della terapia proposta non richiede una giustificazione, nel caso dei minori invece, ha "come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità". Questo significa che il tutore/genitore non può per esempio far sottoporre il minore a un trial doloroso che lui genitore/tutore accetterebbe su di sé che però non sia nel miglior interesse del minore. Per esempio sono ben noti gli studi in cui il prelievo di sangue dal tallone del neonato, procedura molto dolorosa ma che ha un trattamento analgesico standard ben efficace, viene

eseguito privando i neonati del gruppo "di controllo" di analgesia, per confrontare il livello di dolore di un nuovo trattamento analgesico con il dolore provato senza analgesia [7]. Un adulto invece potrebbe accettare un trial doloroso che non fosse nel suo ma nell'interesse della scienza, come libera scelta, che però un adulto non può imporre al minore da lui tutelato. E che non può scegliere un trattamento che non sia allo scopo di tutelare la salute e la vita del minore. In altre parole, il tutore può rifiutare solo trattamenti inutili a migliorare la condizione del bambino o dimostratamente intollerabili per il minore. Non può rifiutare un trattamento salvavita se questo non sia chiaramente inutile, o una trasfusione, se questa sia nell'interesse del minore. Questo è in linea con l'articolo 320 del Codice Civile che tutela il minore da scelte del tutore che non vadano nel senso di tutelare l'interesse del minore stesso, e con quanto riportato dall'American Academy of Pediatrics [8], tenendo presente che il bambino non è un adulto in miniatura [8], ma ha fragilità e peculiarità che limitano le scelte dei tutori.

Dunque, dare "disposizioni anticipate di trattamento", è possibile per gli adulti [Articolo 4: "Ogni persona maggiorenne capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi (...) può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari"], ma non per i minori. Il consenso che i genitori autorizzano non può essere "in previsione di un possibile evento futuro" (per esempio un futuro coma del figlio che comporti rianimazione, o un futuro ipotetico intervento chirurgico), ma solo per l'evento in atto.

Il consenso informato in pediatria

Tutto questo ci richiama al fatto che il consenso informato in età pediatrica chiama in causa tre attori: il medico, i genitori e il paziente minore ed è specificamente ricordato all'articolo 3 della 219: al momento del ricovero in Pediatria ai genitori/tutori devono essere fornite le informazioni sullo stato di salute del bambino e viene

loro richiesto un consenso agli accertamenti in forma scritta.

Premesse indispensabili per ottenere un consenso ben compreso e partecipato sono l'ascolto e saper fornire tutti gli elementi adatti per quel contesto familiare, sociale, educativo necessari per aprire un valido dialogo. Una comunicazione sincera con bambino e genitori è fondamentale [9] per lo stabilirsi di un rapporto di fiducia e l'avvio dell'alleanza terapeutica. Una comunicazione costante consente al bambino e ai genitori di sentirsi parte attiva e non subire il processo di cura. Il consenso, conseguente al processo comunicativo e necessario per l'esecuzione di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, deve avere come obiettivo l'elaborazione di una decisione condivisa e consapevole, tenendo conto della volontà del minore e della sua maturità psichica [3], come espressamente richiesto dalla legge, al fine del pieno rispetto della sua dignità. In buona sostanza, se le scelte competono ai genitori, è fondamentale tener conto, quando possibile, della volontà del piccolo paziente [10,11].

A tale proposito, l'articolo 6 della Carta dei diritti del bambino in ospedale, pubblicata in Italia nel 2002, ribadisce che *"I bambini ed i genitori hanno il diritto di essere informati in maniera appropriata, in relazione all'età ed al grado di comprensione. Il personale informa genitori e bambini sulle condizioni di salute e sulle procedure cui il bambino verrà sottoposto con linguaggio comprensibile ed adeguato al suo sviluppo ed alla sua maturazione. Ciò comporta l'utilizzo di spazi, tempi, modalità e strumenti comunicativi idonei ai singoli casi, ricorrendo anche alle immagini, ai disegni, alla narrazione e al gioco"* [12].

Per meglio comprendere le effettive criticità dei moduli di consenso informato che routinariamente vengono adoperati nella pratica clinica, abbiamo provveduto ad analizzare un ampio gruppo di consensi somministrati presso le terapie intensive neonatali italiane di varie strutture ospedaliere del Centro-Nord Italia [13]. Dal nostro studio è emerso che i moduli sottoposti ai genitori spesso non risultano chiari e comprensibili sia per i termini usati sia per la mancanza di spiegazioni adeguate; inoltre talvolta richiediamo consensi generici e aspecifici, non inerenti allo stato clinico attuale del paziente. Mettendo a confronto i dati emersi dal nostro studio con quelli presenti in letteratura, si evidenzia una disparità tra i requisiti cui dovrebbe rispondere la stesura di un adeguato consenso informato e quelli che vengono effettivamente soddisfatti nei moduli utilizzati nella pratica clinica. Abbiamo pertanto delineato alcune indicazioni su come dovrebbe essere redatto il con-

senso informato ideale in base alla legge 219/17 (Box 1).

Errori in cui non cadere

Alla luce delle novità legislative italiane, e confrontando il testo della legge con le linee guida internazionali sul consenso in pediatria, riteniamo di dover segnalare i seguenti "don'ts", cioè quelle cose che facilmente verrebbe da fare in questo campo ma che vanno contro le norme in merito di consenso.

Richiedere consenso per un'azione SOLO possibile. Un requisito imprescindibile del consenso informato è l'attualità – in questo differenziandosi dalle disposizioni anticipate di trattamento, anch'esse argomento della legge 219 –, che consiste chiedere il consenso o per un'azione imminente o per un'azione realmente probabile. Altrimenti non sarebbe più un CONSENSO ma una LIBERATORIA per il medico, che oltretutto sarebbe facilmente contestabile da un paziente insoddisfatto sotto i profilo legale. "Possibile" e "probabile" spesso sono usati come sinonimi e non c'è una percezione cosciente della differenza. In realtà un evento possibile è l'eventualità che qualcosa possa verificarsi, ma solo lontanamente teorica; mentre un evento probabile indica una condizione di un fatto che in base a dati provati si ritiene possa accadere davvero. Per esempio NON si dovrebbe far firmare per QUALUNQUE tipo di ricovero un consenso per un'eventuale trasfusione di sangue, o per l'uso di possibili farmaci offlabel.

Richiedere il consenso solo all'inizio del ricovero. Nel caso bambino le condizioni cliniche iniziali, il consenso dato non ha più valore; per questo va previsto di aggiornare la sua stesura se le condizioni cambiano ovviamente in maniera grave [14,15]. Per mantenere il concetto di attualità il medico deve essere in grado di prevedere un cambiamento clinico che da possibile diventi altamente probabile, tale da rendere necessarie determinate procedure per cui il consenso informato dovrà essere integrato. *Richiedere consensi inutilmente complessi.* Il consenso dovrebbe essere raccolto dopo una dettagliata descrizione del programma diagnostico terapeutico del bambino e condivisione dell'iter da svolgere con i genitori. Nel caso specifico del bambino il consenso dovrebbe essere approvato e firmato da entrambi i genitori a meno che uno dei due sia temporaneamente impossibilitato. Attenti dunque a due caratteristiche: deve essere comprensibile e deve essere spiegato ad entrambi i genitori e anche al minore laddove sia in grado di interagire coscientemente. Consensi

BOX 1. Caratteristiche per un corretto consenso informato [6,16]

Intrattenere con il minore, dove possibile e con la famiglia, un rapporto di collaborazione e partecipazione, in modo che non sia un "illustre sconosciuto" a porre di punto in bianco la richiesta di aderire a un programma terapeutico (Art 1 comma 2: *"È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico"*).

Spiegare con calma e tempo e rispondere a tutte le domande, lasciando tempo per la riflessione (Art 1 comma 8: *"Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura"*).

Limitare lo scritto che il tutore deve sottoscrivere: A) alle reali procedure proposte per il minore; B) in poche righe con un linguaggio semplice (Art 1 comma 3: *"Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile"*).

troppo lunghi, ridondanti, danno al medico la falsa idea di aver previsto tutte le possibili condizioni e clausole, ma l'eccesso di verbosità invece di essere una garanzia finisce per essere un intoppo alla comunicazione e motivo di invalidazione di un consenso. Così possono essere motivo di invalidazione l'uso di termini di gergo medico, sigle, acronimi, anglicismi e, per finire, il concedere poco tempo ai genitori per leggere, ragionare e accettare o rifiutare il consenso.

Non usare evidenze scientifiche nei consensi sul fine-vita. Un discorso a parte va fatto per il consenso alla prosecuzione delle cure in caso di bambino in stato terminale. La legge chiede che il genitore non prenda decisioni "al posto di", ma "nel migliore interesse di"; questo significa che il suo assenso a continuare o meno una terapia salvavita non può essere preso su basi diverse da quelle del fare l'interesse del minore. Non è accettabile consentire per un minore terapie o sospensione delle terapie senza una base scientifica, o senza che questo sia nel *best interest* del minore, in particolare per evitare uno stato di sofferenza insopportabile e documentata, non ipotetica [16-18]. Per esempio il genitore non può chiedere di far cessare terapie salvavita per la previsione di una futura disabilità quale un deficit mentale o una cecità (la disabilità non è sempre rifiutata dal paziente), o – all'opposto – di far continuare una dolorosa dialisi peritoneale se non ha speranza di efficacia, ma solo perché "vuole tenere il figlio ancora con sé".

Abusare del consenso nei trials di ricerca scientifica. Non si può in uno studio scien-

tifico far correre al minore un rischio se non minimo e facilmente risolvibile, per la sua salute; se un maggiorenne può accettare un rischio, e se i genitori in teoria possono accettare un rischio (che in realtà correrà il figlio e non loro), questo non può essere tollerato e accettato senza che per il minore vi sia un sostanziale vantaggio; così come non si può accettare che i genitori o i comitati etici tollerino o accettino studi in cui si provoca del dolore che potrebbe essere risparmiato con i comuni mezzi a disposizione [7,19], come abbiamo riportato in precedenza.

Il medico dovrebbe ricevere una adeguata preparazione in merito. In pediatria, in particolare, è auspicabile che specializzandi e giovani pediatri ricevano un insegnamento specifico al riguardo [20]. Il consenso informato viene spesso raccolto dai medici in formazione specialistica, i quali in un'alta percentuale riferiscono di non sentirsi preparati per discutere con il paziente dei rischi e benefici relativi alle pratiche proposte [21].

Conclusione

Troppo frequente è l'idea di "ottenere il consenso", o peggio di "far firmare il consenso", come se *consenso* fosse il nome di un modulo da utilizzare burocraticamente. In realtà, il consenso non è un modulo, ma un processo: il paziente o chi per lui acconsente a un'operazione o a non eseguire un'operazione così come viene proposta dal medico e lo esprime sottoscrivendo un modulo in modo che ne resti traccia. Ma la sottoscrizione è solo l'ultimo atto di un processo che implica in primis fiducia da parte del paziente, capacità clinica da parte

del medico e disponibilità al dialogo da entrambi. Finché parleremo di "ottenere il consenso", saremo sempre lontani dal corretto bersaglio.

✉ cvbellieni@gmail.com

1. Appelbaum PS. Assessment of patient's competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007;357:1834-40.
2. Piciocchi C. La convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina: verso una bioetica europea? *Diritto pubblico comparato ed europeo* 2001, III, 1301.
3. LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219, disponibile al seguente URL: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato115290.pdf>.
4. Massimo L, Wiley TJ. La condivisione del consenso informato in pediatria. *Quaderni acp* 2005;12(2):48-50.
5. Firdouse M, Wajchandler A, Koyle M, Fecteau A. Checklist to improve informed consent process in pediatric surgery: A pilot study. *J Pediatr Surg* 2017;52:859-63.
6. Giunta F. Il consenso informato all'atto medico tra principi costituzionali e implicazioni penalistiche. *RIDPP* 2001;378.
7. Bellieni CV, Johnston CC. Analgesia, nil or placebo to babies, in trials that test new analgesic treatments for procedural pain. *Acta Paediatr* 2016;105(2):129-36.
8. COMMITTEE ON BIOETHICS. Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice. *Pediatrics* 2016;138(2). pii: e20161484.
9. Jankovic M, Gangemi M. Comunicazione di diagnosi difficile... ma non solo. *Quaderni acp* 2018;25(2):52-5.
10. Reynolds S, Grant-Kels JM, Bercovitch L. How issues of autonomy and consent differ between children and adults: Kids are not just little people. *Clin Dermatol* 2017;35(6):601-5.
11. Palazzani L, Nepi L. Il consenso informato nella pratica pediatrica. *Quaderni acp* 2017;24(6):268-9.
12. La Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale - Ospedale Bambino Gesù, Burlo Garofolo, Gaslini e Meyer, 2002.
13. Bellieni CV, Coradeschi C, Curcio MR, Grande E, Buonocore G. Consents or waivers of responsibility? Parents' information in NICU. *Minerva Pediatr* 2018 May 14. doi: 10.23736/S0026-4946.18.05084-3. [Epub ahead of print].
14. Ungar D, Joffe S, Kodish E. Children are not small adults: documentation of assent for research involving children. *J Pediatr* 2006;149(1):S31-3.
15. American Cancer Society: What is informed consent and what does it mean? Available at the following. URL: <https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment/understanding-financial-and-legal-matters/informed-consent/what-is-informed-consent.html> Accessed July 8, 2017.
16. Guimarães H, Rocha G, Bellieni C, Buonocore G. Rights of the newborn and end-of-life decisions. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25 Suppl 1:76-8.
17. Guimarães H, Rocha G, Almeda F, et al. Ethics in neonatology: a look over Europe. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25(7):984-91.
18. Guimaraes H, Sanchez-Luna M, Bellieni CV, Buonocore G. Union of European Neonatal and Perinatal Societies. Ethical charter of Union of European Neonatal and Perinatal Societies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011;24(6):855-8.
19. Bellieni CV, Taddio A, Linebarger JS, Lantos JD. Should an IRB approve a placebo-controlled randomized trial of analgesia for procedural pain in neonates? *Pediatrics* 2012;130(3):550-3.
20. Massimo LM, Wiley TJ, Casari EF. From informed consent to shared consent: a developing process in paediatric oncology. *Lancet Oncology* 2004;5:384-7.
21. Nickels AS, Tilburt JC, Ross LF. Pediatric Resident Preparedness and Educational Experiences With Informed Consent. *Acad Pediatr* 2016;16(3):298-304.



Inibitori di pompa e infezioni respiratorie: forse sì, forse no...

Un discreto numero di studi pubblicati negli ultimi 10 anni, sia in adulti che in bambini, ha cercato di mettere in relazione l'uso degli inibitori di pompa protonica (IPP) con un aumentato rischio di infezioni respiratorie. Peraltro le evidenze raccolte sono assai modeste, come affermano alcuni autori neozelandesi che hanno quindi condotto uno studio di popolazione per verificare meglio l'ipotesi (Blank ML. *JPGN* 2018;67:335-40). Partendo da un data-base nazionale di circa 22.000 bambini ai quali era stato somministrato almeno un ciclo di trattamento con un IPP entro il primo anno di vita, sono stati poi individuati 566 pazienti con infezione delle basse vie respiratorie e 65 con polmonite acquisita in comunità, tutti ricoverati in ospedale e con diagnosi confermata alla dimissione. Ogni caso è stato messo a confronto con dieci controlli. I dati raccolti non hanno messo in evidenza alcuna significativa correlazione tra l'assunzione di IPP nei primi 12 mesi di vita e un maggiore rischio di contrarre infezioni respiratorie di una certa gravità. Certamente il disegno dello studio è impegnativo (*nested case-control study* - vale la pena fare un piccolo, anche se non facile, approfondimento su questo) e la complessa analisi successiva, secondo gli autori, dovrebbe avere consentito di superare alcuni limiti degli studi precedenti. Evidentemente i *bias* e i fattori di confondimento possono essere innumerevoli, ma se in dieci anni nulla di definitivo in questo senso è emerso, è molto probabile che poco o nulla ci sia. E comunque, per arrivare a un più appropriato uso degli IPP nel bambino piccolo, non dovrebbe neppure essere necessario il timore di aprire la strada alle infezioni respiratorie: dovremmo solo seguire con maggiore attenzione le raccomandazioni e le linee guida più aggiornate.

Enrico Valletta

Raffreddore e soluzione salina ipertonica: un buon matrimonio?

Costantino Panza

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

La rinite e la rinosinusite infettiva accompagnano spesso durante i mesi invernali il bambino piccolo che frequenta la comunità educativa. Lo scenario clinico ricerca le prove di efficacia del lavaggio nasale con soluzione salina ipertonica vs la soluzione isotonica per la riduzione della sintomatologia tipica di queste affezioni. Le prove di efficacia trovate sono poche, spesso di bassa qualità, e non risolvono il quesito.

Rhinitis and infectious rhinosinusitis often accompany a young child attending school during the winter season. This clinical scenario investigates the efficacy of nasal wash with hypertonic saline solution vs the isotonic solution for the reduction of symptoms. The efficacy trials found, often of low quality, do not solve the question.

Il caso clinico

La mamma di Gino mi chiede come trattare il raffreddore del suo bambino, un evento frequente che si prolunga spesso per tutti i mesi invernali per un bambino che frequenta la scuola dell'infanzia. Al mio consiglio di tenere pulito il naso con lavaggi o instillazione di gocce a base di soluzione fisiologica, la mamma spiega che in farmacia le hanno consigliato la soluzione salina ipertonica (HS), più efficace della soluzione salina isotonica (NS). Confermiamo o no?

Background

Il raffreddore comune è una infezione acuta virale caratterizzata da una rinorrea e/o una ostruzione nasale oltre ad altri sintomi come febbre, faringodinia e tosse. Il Nelson indica che la soluzione salina somministrata per via topica può rimuovere le secrezioni, e l'irrigazione delle vie nasali con questa può ridurre la sintomatologia (*"Topical nasal saline may temporarily remove secretions, and saline nasal irrigation may reduce symptoms"*); anche per la rinite allergica la soluzione salina può essere di aiuto in supporto alla terapia specifica per l'allergia (*"Nasal saline irrigation is a good adjunctive option with all other treatments of Allergic Rhinitis"*); infine, nella rinosinusite, dove la rinorrea si prolunga oltre i 10 giorni, i lavaggi con soluzione salina possono aiutare a sciogliere le secrezioni, anche se non ci sono valide prove di efficacia nei bambini (*"Saline nasal washes or nasal sprays can help to liquefy secretions and act as a mild vasoconstrictor, but the effects have not been systematically evaluated in children"*) [1]. *UpToDate* indica l'utilizzo della soluzione topica salina, sicura e poco costosa, mediante gocce o spray o tramite irrigazione nei bambini, sottolineando l'importanza della sterilità in quanto sono stati segnalati casi di encefalite amebica associata all'utilizzo di ac-

qua di rubinetto contaminata; inoltre segnala, come effetti collaterali, epistassi e irritazione delle mucose nasali [2]. Nessuno dei due testi suggerisce la migliore metodica di utilizzo della soluzione salina e non fa cenno alla tonicità della soluzione.

Per NS, o soluzione fisiologica, si intende una soluzione di cloruro di sodio (NaCl) allo 0,9%; le HS, invece, prevedono una quantità di NaCl superiore arrivando fino a concentrazioni del 3,0% o addirittura del 6,0%. Il meccanismo per cui le soluzioni saline sarebbero efficaci nella pulizia delle vie aeree è attualmente oggetto di studio: il sodio e il cloro agirebbero in una complessa interazione osmotica con le cellule mucose e lo spazio extracellulare migliorando l'idratazione delle vie aeree, favorendo la riduzione dell'edema delle cellule mucose, migliorando la clearance del muco e l'ostruzione delle vie aeree. In particolare, rispetto alla NS, la HS in vitro riduce l'edema delle mucose spostando l'acqua al di fuori delle cellule con una conseguente idratazione della superficie mucosa; inoltre, il Ca²⁺ liberato dalle cellule stimolerebbe la frequenza del battito della ciglia [3].

In base a questo razionale teorico la HS è stata utilizzata per il trattamento della bronchiolite con esiti descritti inizialmente come buoni sui tempi di ricovero o sulla risoluzione della sintomatologia ma, con l'arricchirsi di nuovi trial, a oggi in realtà le prove di efficacia clinica che supportino l'uso di HS nella bronchiolite sono scarse [4,5]; inoltre, le linee guida dell'Accademia Americana di Pediatria non consiglia l'utilizzo della HS nei bambini con bronchiolite afferenti al PS, e anche le linee guida NICE non ne consigliano l'utilizzo [6,7]. In pazienti affetti da Fibrosi cistica la cura della rinorrea con HS al 6,0% non produce miglioramenti significativi nell'outcome sino-nasale (Box 1) rispetto alla NS, come rilevato da un

recente RCT, ed è presente un effetto irritativo sulle mucose nasali evidente in caso di lavaggio con HS [8]. Infine, la HS può causare effetti collaterali, tra cui ostruzione, bruciore o gocciolamento nasale e broncospasma [9].

Le HS per il lavaggio o l'irrigazione nasale sono oggi molto utilizzate dai genitori per la cura del raffreddore comune e, più in generale, tutte le soluzioni saline sono prescritte sulla base della presunzione che siano sicure, economiche e ampiamente disponibili. Il nostro obiettivo è valutare l'efficacia delle HS rispetto alle NS in base ai dati provenienti dalla letteratura scientifica.

La domanda

In un bambino con rinorrea causata da infezione (rinite acuta infettiva, rinosinusite) [Popolazione] il trattamento con HS topica [intervento] rispetto alla NS [controllo] riduce i sintomi in modo più efficace [outcome]?

La strategia di ricerca

La ricerca nella banca dati secondaria *Cochrane libraries* rileva tre revisioni sistematiche [10-12]. Per gli studi primari la ricerca bibliografica è stata condotta sulla banca dati *PubMed* e *Google Scholar*. In *Mesh* di *Pub Med* è presente il termine "nasal lavage" (o "nasal irrigation"), inserito nella stringa di ricerca attivando i filtri: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Reviews. Dei 93 studi raccolti, dopo aver letto l'abstract, selezioniamo 1 revisione sistematica [13] e 3 trial di interesse per il nostro quesito [14-16]. Abbiamo ripetuto la ricerca sulla banca dati *Scholar* di *Google* (<https://scholar.google.it/>) utilizzando la stringa di ricerca "saline nasal lavage hyperto-

BOX 1. Il Sino-Nasal Outcome Test (Da voce bibliografica 21)

Una misura dello stato di salute e della qualità di vita per la rinite e rinosinusite è il Sino-Nasal Outcome Test (SNOT-22), costituito da 22 item ai quali è richiesto di dare un punteggio da 0 a 5 (0=nessun problema; 5=problema grave).

Il questionario considera 12 sintomi fisici (tra cui la necessità di soffiarsi il naso, la starnutazione, la rinorrea anteriore, l'ostruzione nasale, la tosse, la rinorrea posteriore) e 10 item sulla qualità della vita e la salute come la difficoltà ad addormentarsi, la stanchezza al risveglio, la spassatezza, senso di irritabilità.

nic isotonic solution child” e abbiamo selezionato una metanalisi [17].

I risultati

La prima revisione sistematica *Cochrane* [10] ha selezionato 3 trial pediatriche [15,18,19] sul trattamento con irrigazione salina nasale per le infezioni delle vie aeree superiori. Le conclusioni degli autori indicano una efficacia del lavaggio nasale basata su prove di qualità bassa o molto bassa con la presenza di effetti avversi non gravi come epistassi o altri disturbi minori nel 40-44% dei pazienti, associata soprattutto al disconfort per la pressione utilizzata durante l'irrigazione, ma non per la salinità della soluzione; la revisione non discute sulla tonicità salina.

La seconda revisione *Cochrane* valuta l'efficacia di farmaci decongestionanti o antistaminici associati all'irrigazione nasale salina nella sinusite acuta del bambino. In questa patologia

non ci sono trattamenti d'elezione, e i decongestionanti o gli antistaminici potrebbero ridurre i sintomi così come l'irrigazione nasale, anche se l'irrigazione con HS, sebbene generalmente ben tollerata, potrebbe essere associata a irritazione locale, bruciore o pizzicore. Gli autori della revisione tuttavia non trovano alcun trial da valutare [11]. Anche nell'ultima revisione *Cochrane* sull'irrigazione salina nella rinosinusite cronica, con sintomatologia presente per almeno 12 settimane, gli autori non trovano trial con popolazione pediatrica [12]. La revisione sistematica di Gallant e coll. pubblicata nel 2018 [13] raccoglie trial sull'irrigazione salina nasale nella terapia della rinosinusite pediatrica. Gli autori non trovano alcuno studio relativo alla rinosinusite cronica che rispetti i criteri di inclusione della revisione, e un solo studio sulla rinosinusite acuta. Questo trial, svolto su 84 bambini, confronta un gruppo trattato con NS con un secondo grup-

po trattato, oltre che con la soluzione salina, anche con amoxicillina orale. Dopo due settimane di trattamento erano presenti nei due gruppi stessi benefici nella risoluzione dei sintomi e di benessere. Nelle conclusioni gli autori indicano come il trattamento con NS da sola sia efficace quanto la terapia antibiotica nella rinosinusite acuta [14].

L'ultima revisione sistematica selezionata raccoglie trial che confrontano l'utilizzo di HS vs NS e raccoglie 9 studi (740 pazienti tra adulti e bambini) [17]. Gli autori indicano un migliore beneficio della HS nella riduzione dei sintomi (differenza media standardizzata DMS -0.58, IC 95% -0.76, -0.40) ma senza differenze nella misurazione con il test validato Sino-Nasal Outcome Test (SNOT) (Box 1); l'utilizzo di HS ha riportato il doppio delle segnalazioni di effetti avversi in 3 dei 4 studi che hanno riferito sugli effetti collaterali del trattamen-

TABELLA 1. Caratteristiche principali dei trial inclusi nello scenario clinico sul trattamento con soluzione salina

Autore e anno	N. pazienti*	Tipo di studio	Condizione clinica	Tonicità NaCl	Modalità di irrigazione	Risultati	Effetti avversi
Bollag 1984	74 (28)	RCT	Flogosi alte vie respiratorie	Gruppo 1: soluzione salina 0,9%; Gruppo 2: fenilefrina topica; Gruppo 3: nessun trattamento	4 gocce più volte/die	Nessuna differenza tra i tre gruppi	Non descritti
Shoseyov 1998	30 (4)	RCT	Sinusite cronica	Gruppo 1: soluzione salina 3,5%; Gruppo 2: soluzione salina 0,9%	10 gocce 3 volte/die	Riduzione della tosse nel gruppo con HS ma stessa efficacia nella riduzione di secrezione nasale	Bruciore e prurito nasale nel gruppo con HS
Slapak 2008	401 (11)	RCT	Flogosi alte vie respiratorie	Gruppo 1: soluzione salina con oligoelementi (Physiomer ©) + mucolitici + decongestionanti + antinfiammatori + ev. antibiotico; Gruppo 2: mucolitici + decongestionanti + antinfiammatori + ev. antibiotici	Spray 3-6 volte/die	Minor uso di medicinali, di giorni di malattia e di assenza da scuola nel gruppo con soluzione salina	Irritazione e bruciore in un basso numero di pazienti nel gruppo 1
Wang 2009	69 (2)	RCT	Sinusite acuta	Gruppo 1: soluzione salina 0,9% + antibiotico + mucolitico + decongestionante; Gruppo 2: antibiotico + mucolitico + decongestionante	Irrigazione 15-20 ml per ogni narice 3 volte/die	Miglioramento della qualità di vita e del picco nasale espiratorio nel gruppo con soluzione salina	Riferita assenza di effetti avversi
Marchisio 2012	220 (20)	RCT	Rinite allergica	Gruppo 1: soluzione salina 0,9% + antistaminico; Gruppo 2: soluzione salina 2,7% + antistaminico; Gruppo 3: antistaminico	Irrigazione di 20 ml per ogni narice 2 volte/die	Nel gruppo con HS miglioramento dei sintomi nasali, della ipertrofia adenoidica, della tumefazione dei turbinati e dell'otite media effusiva rispetto agli altri gruppi	Riferita assenza di effetti avversi
Ragab 2015	62 (22)	RCT	Sinusite acuta	Gruppo 1: soluzione salina 0,9% + antibiotico; Gruppo 2: soluzione salina 0,9% + placebo	Irrigazione di 15-20 ml per ogni narice 1-3 volte/die	Nessuna differenza di sintomi o di segni infettivi alla fine del trattamento tra i due gruppi	Riferita assenza di effetti avversi

* Tra parentesi il numero di persi al follow-up

to. Il sottogruppo formato dalla popolazione pediatrica (2 trial, 95 bambini) presenta risultati migliori rispetto alla popolazione adulta (DMS -1.22, IC 95% -1.53, -0.91), anche se inficiato da una eterogeneità elevata (I²=82%) [16,20]; dei due studi, uno raccoglie una popolazione di bambini in trattamento allergico [20] e l'altro trial confronta due diversi tipi di soluzione salina in bambini con sinusite cronica [16].

Infine, i 3 trial selezionati dalla nostra ricerca in realtà sono inclusi nelle revisioni sistematiche già discusse. Abbiamo quindi riassunto in **Tabella 1** le caratteristiche principali dei 6 studi che sono stati discussi nelle revisioni sistematiche. In quasi tutti gli studi non c'è un confronto diretto tra le sole soluzioni saline a diversa tonicità, o non viene considerato il confronto con un gruppo di controllo, oppure la popolazione selezionata non è sovrapponibile a quella del nostro quesito; inoltre le modalità di somministrazione sono molto variabili. Solo il trial di Shoseyov e coll. risponde parzialmente al nostro quesito: alla fine dello studio tuttavia era presente una differenza tra i dati radiologici pre e post intervento per la sinusite cronica e la tosse, ma non per il punteggio sui segni e sintomi nasali; inoltre questo studio non è stato selezionato nella revisione *Cochrane*: a causa del breve periodo di follow-up [16].

Conclusioni

Per una pratica così diffusa come quella del lavaggio nasale sono presenti poche sperimentazioni, insufficienti per dichiarare una superiorità di una particolare tonicità della soluzione salina; quasi sempre durante l'intervento al bambino sono somministrati altri medicinali secondo la valutazione clinica e senza osservare un rigido protocollo, fatto che può influire sugli esiti di nostro interesse. Inoltre mancano prove che ci possano indirizzare su una ottimale modalità di somministrazione (gocce, nebulizzazione tramite spray, irrigazione); un solo studio valuta due differenti soluzioni saline nel bambino non allergico. In-

fine, gli effetti avversi sembrano maggiori nei gruppi trattati con HS.

Cosa rispondo alla mamma di Gino? La informo che la normale soluzione fisiologica è valida per la pulizia nasale e pertanto può acquistare in farmacia i flaconi sterili da 500 cc, egualmente efficaci rispetto ai prodotti in commercio dedicati ma con un risparmio del 1000% rispetto a questi ultimi. Inoltre indico alla mamma di utilizzare la soluzione in gocce o tramite irrigazione, valutando l'accettabilità da parte del bambino. Infine, le chiedo di informarmi in caso di comparsa di altri sintomi come epistassi, irritazione, bruciore o ostruzione nasale.

✉ costpan@tin.it

1. Kliegman RM, Stanton BMD, St. Geme J, Schor NF Eds. Nelson Textbook of Pediatrics, 20th Edition. Elsevier, Philadelphia 2016.
2. Pappas DE, Edwards MS, Torchia MM. The common cold in children: Management and prevention. UpToDate, Jul 2018.
3. Mandelberg A, Amirav I. Hypertonic saline or high volume normal saline for viral bronchiolitis: mechanisms and rationale. *Pediatr Pulmonol* 2010;45:36-40
4. Heikkilä P, Renko M, Korppi M. Hypertonic saline inhalations in bronchiolitis - A cumulative meta-analysis. *Pediatr Pulmonol* 2018;53:233-42.
5. Brooks CG, Harrison WN, Ralston SL. Association Between Hypertonic Saline and Hospital Length of Stay in Acute Viral Bronchiolitis: A Reanalysis of 2 Meta-analyses. *JAMA Pediatr* 2016;170:577-84.
6. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics* 2014;134:e1474-502.
7. Ricci V, Delgado Nunes V, Murphy MS, et al. Guideline Development Group and Technical Team. Bronchiolitis in children: summary of NICE guidance. *BMJ* 2015;350:h2305.
8. Mainz JG, Schumacher U, Schädlich K, et al. Sino nasal inhalation of isotonic versus hypertonic saline (6.0%) in CF patients with chronic rhinosinusitis - Results of a multicenter, prospective, randomized, double-blind, controlled trial. *J Cyst Fibros* 2016;15:e57-e66.

9. Baraniuk JN, Ali M, Yuta A, et al. Hypertonic saline nasal provocation stimulates nociceptive nerves, substance P release, and glandular mucous exocytosis in normal humans. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:655-62.
10. King D, Mitchell B, Williams CP, et al. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2015:CD006821.
11. Shaikh N, Wald ER. Decongestants, antihistamines and nasal irrigation for acute sinusitis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2014:CD007909.
12. Chong LY, Head K, Hopkins C, et al. Saline irrigation for chronic rhinosinusitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016:CD011995.
13. Gallant JN, Basem JI, Turner JH, et al. Nasal saline irrigation in pediatric rhinosinusitis: A systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2018;108:155-62.
14. Ragab A, Farahat T, Al-Hendawy G, et al. Nasal saline irrigation with or without systemic antibiotics in treatment of children with acute rhinosinusitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2015;79:2178-86.
15. Wang YH, Yang CP, Ku MS, et al. Efficacy of nasal irrigation in the treatment of acute sinusitis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2009;73:1696-701.
16. Shoseyov D, Bibi H, Shai P, et al. Treatment with hypertonic saline versus normal saline nasal wash of pediatric chronic sinusitis. *J Allergy Clin Immunol* 1998;101:602-5.
17. Kanjanawasee D, Seresirikachorn K, Chituthipakorn W, et al. Hypertonic Saline Versus Isotonic Saline Nasal Irrigation: Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Rhinol Allergy* 2018;32:269-79.
18. Slapak I, Skoupá J, Strnad P, Hornik P. Efficacy of isotonic nasal wash (seawater) in the treatment and prevention of rhinitis in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;134:67-74.
19. Bollag U, Albrecht E, Wingert W. Medicated versus saline nose drops in the management of upper respiratory infection. *Helvetica Paediatrica Acta* 1984;39:341-5.
20. Marchisio P, Varricchio A, Baggi E, et al. Hypertonic saline is more effective than normal saline in seasonal allergic rhinitis in children. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2012;25:721-30.
21. Mozzanica F, Preti A, Gera R, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the SNOT-22 into Italian. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2017;274:887-95.



Nuove intuizioni o nuovi miti?

La placentofagia, l'ingestione della propria placenta per ottenere un effetto benefico è oggetto da qualche anno di vivo interesse da parte di molte mamme e gestanti in tutto il pianeta. Mentre tra i mammiferi è una abitudine comune per i genitori (sì, anche per i papà quando la specie ne prevede l'esistenza), non sono presenti testimonianze etnografiche nemmeno per le più antiche popolazioni umane. Gli effetti benefici narrati vanno da un minore sviluppo di sintomi depressivi a una migliore lattazione, un miglioramento delle condizioni nutrizionali ed energetiche. Sono disponibili diverse ricette per mangiare la placenta, tra cui la preferita è la cottura a vapore, quindi essiccazione e frammentazione e, infine, incapsulamento dei frammenti in comode porzioni: su YouTube ci sono diversi tutorial, ma sono in attività anche ditte specializzate allo scopo di produrre le capsule con la vostra placenta. Un recente RCT pilota tuttavia non è riuscito a dimostrare nessuno di questi esiti: niente stabilizzazione di umore, no aumento di lattazione, no diminuzione della fatica (Young SM. *Women Birth* 2018;31:e245-e257 e *Women Birth* 2018;31:e258-e271). Invece sono possibili alcuni guai, tra cui una sepsi ricorrente del lattante a causa della contaminazione delle capsule con germi, come ad esempio lo *Streptococcus agalactiae* (Farr A. *Am J Obstet Gynecol* 2018;218(4):401.e1-401.e11).

Costantino Panza

“Kiss your baby goodbye”



Enrico Valletta*, Maria Teresa Amante**

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

**Pedagogista, Responsabile UO Minori, Servizio Sociale del Comune di Forlì

Prendendo lo spunto da una recente vicenda giudiziaria che ha coinvolto in Inghilterra un bambino – sospetta vittima di maltrattamento – e i suoi genitori, abbiamo brevemente analizzato alcuni aspetti clinici controversi della *shaken baby syndrome* e riportato la possibile gestione sociale di analoghe situazioni alla realtà italiana.

Moving from a recent legal procedure that involved in England an infant – supposed to be abused – and her parents, we briefly reviewed some debated clinical issues on the shaken baby syndrome connecting the hypothetical management of similar situations to the Italian context.

La vicenda di Effie, una bambina inglese di 3 mesi, inizia nell'agosto 2016 ma solo a maggio 2017, al termine di una complicata vicenda giudiziaria, è divulgata dal *Daily Mail* [1] e subito ripresa dal *British Medical Journal* [2].

Il fatto

La storia è, sinteticamente, questa. Effie, nei primi tre mesi di vita, è portata al Pronto Soccorso 17 volte dai giovani genitori che apparivano in apprensione per la sua salute e ogni volta rimandata a casa senza che nulla di rilevante fosse emerso. All'età di tre mesi ha un episodio convulsivo grave e in ospedale vengono rilevati segni inequivocabili di emorragie retiniche e cerebrali non giustificati da alcuna lesione traumatica esterna. I medici pongono il sospetto di una *shaken baby syndrome* (SBS) e avviano le procedure giudiziarie. In poche ore si succedono gli interrogatori della polizia, e il provvedimento di allontanamento di Effie dai genitori è immediato. I genitori, tuttavia, non si arrendono e, mentre cercano di capire cosa possa essere accaduto, scoprono che la mamma è affetta dalla sindrome di Ehler-Danlos (EDS). Assistiti dai propri legali, ottengono di poter effettuare i test genetici sulla bambina per la quale si conferma la diagnosi di EDS tipo IV. Un collegio di sei esperti internazionali stabilisce, anche se non all'unanimità e dopo un iter giudiziario durato 9 mesi, che la fragilità vascolare che si accompagna all'EDS-IV può essere stata causa delle lesioni osservate, pur in assenza di comportamenti maltrattanti. La conseguente decisione del tribunale è la restituzione della bambina ai propri genitori.

Gli interrogativi

La storia che abbiamo descritto e di cui, peraltro, conosciamo solo gli aspetti più generali, non può non indurre a un momento di riflessione tutti noi che assistiamo con frequenza crescente a situazioni di presunto o accertato maltrattamento sui bambini. I pediatri, i servizi sociali, gli organi giudiziari sono tutti

parte di una concatenazione di valutazioni e di decisioni, dalla cui correttezza può dipendere molto della vita del bambino e dei suoi genitori. La prime domande che affiorano sono: *potrebbe succedere a me, a noi, qui in Italia? E se sì, come possiamo evitare che accada? E se no, quali sono gli strumenti di vera protezione del bambino e della sua famiglia che abbiamo a disposizione per limitare le possibili conseguenze di un nostro errore?*

Non c'è dubbio che l'attenzione principale sia rivolta al bambino, alla tutela della sua salute e alla necessità di evitare ogni ulteriore rischio di maltrattamento che, nel caso della SBS, vede i genitori come protagonisti più probabili. D'altra parte è evidente il diritto di ogni persona di non essere sospettata o perseguita per un reato che non ha commesso, di non vedersi allontanata dal proprio figlio immotivatamente ed è analogo diritto di ogni bambino di non essere privato della presenza dei propri genitori nel caso non siano responsabili di alcun danno nei suoi confronti.

In realtà, la SBS si può rivelare il paradigma della complessità clinica nella quale ci muoviamo in molte di queste situazioni. Vediamo perché.

Shaken baby syndrome e abusive head trauma: è tutto così chiaro?

La storia di Effie si dipana contemporaneamente a una polemica scientifica che da circa due anni contrappone l'Agenzia Svedese per la health technology assessment e i servizi sociali (SBU) a numerosi commentatori internazionali, gli ultimi dei quali, in ordine di tempo, intervengono a nome della Società Britannica di Pediatria (RCPCH) [3,4].

Nel 2016 l'SBU pubblica un documento ufficiale frutto di una revisione della letteratura con l'intento di accertare l'affidabilità della cosiddetta “triade” – ematoma subdurale, emorragie retiniche, encefalopatia – nel porre la diagnosi di SBS [3]. Il lavoro viene successivamente pubblicato su una rivista internazionale [5]. Le conclusioni sono, sostanzial-

mente, due. La prima è che ci sarebbe una scarsa evidenza scientifica (bassa qualità) che la triade possa essere associata a una lesione (*shaking*) traumatica. La seconda è che l'evidenza scientifica disponibile sembra non sufficiente (qualità molto bassa) per poter valutare l'accuratezza diagnostica della triade nella diagnosi di SBS.

Le critiche metodologiche al lavoro svedese, alle sue conclusioni e alla stessa credibilità degli autori sono immediate [5-8]. L'opinione trasversale è che il documento rappresenti un'impropria commistione di evidenze scientifiche e di interpretazioni medico-legali, di elementi clinici e di verdetti maturati nelle aule di giustizia sulla scorta di perizie contrastanti e non sempre di adeguata levatura. Il rischio è che una lettura del fenomeno in questa chiave porti a una sottovalutazione del problema e possa privare di adeguata tutela bambini gravemente a rischio di reiterato maltrattamento. L'RCPCH giunge a chiedere la ritrattazione dell'articolo accostandone i possibili effetti negativi a quelli del ben più noto lavoro di Wakefield su vaccinazione e autismo.

Un recentissimo consenso internazionale riprende l'argomento in toni meno polemici e più sistematici, reinquadrando la SBS nel più attuale contesto dell'*abusive head trauma* (AHT), traducibile come “trauma cranico da maltrattamento” e analizzando segni, sintomi e risorse diagnostiche che possono guidare il sospetto clinico, ma soprattutto la necessità di una competenza multidisciplinare e la distinzione che sempre deve esserci tra la ricerca delle possibili cause del danno (competenza medica) e l'accertamento di un crimine e di un'ipotesi di colpevolezza (competenza giudiziaria) [9]. Tutto questo senza ignorare le innegabili difficoltà diagnostiche con le quali sempre ci si confronta in questi casi [10].

Qual è il punto di equilibrio?

Non siamo in grado di prevedere quale sarà la conclusione di questa controversia tra gli autori svedesi e, potremmo dire, il resto del mondo. Tuttavia, l'accostamento con la storia di Effie ci conferma che l'errore è possibile e, nello stesso tempo, che quando il ragionamento clinico approda nelle aule dei tribunali l'esito può essere imprevedibile. E a quel punto, “verità scientifica” e “verità giudiziaria” si confondono con reciproche invasioni di cam-

po e strumentalizzazioni che non contribuiscono a fare chiarezza.

Certo è che nei casi di AHT l'incidenza delle emorragie retiniche e degli ematomi subdurali è stimata, rispettivamente, in circa 85% e 90%, che l'esito è il decesso nel 20-25% dei casi, la spasticità nel 15-64%, l'epilessia nell'11-32% e l'atrofia corticale nel 61-100% [11]. Esiti drammatici che richiedono un percorso diagnostico e di tutela di assoluta garanzia. Anzitutto la multidisciplinarietà della diagnosi: pediatra, neurologo, radiologo e neuroradiologo, neurochirurgo, oculista, ortopedico (e forse altri ancora) devono far convergere le proprie competenze in una valutazione che tenga certamente conto dell'ipotesi di maltrattamento, ma anche di tutte le diagnosi differenziali che debbono essere ragionevolmente prese in considerazione [9]. Il contesto familiare, le modalità di presentazione del bambino e il racconto degli avvenimenti sono ulteriori elementi di rilievo per il giudizio clinico.

Là dove termina la valutazione clinica con la formulazione di un'ipotesi di abuso, inizia il lavoro di chi deve decidere se e quali provvedimenti di tutela mettere in atto. In realtà non dovrebbe esserci soluzione di continuità tra le due attività, né si tratta di un semplice passaggio di consegne tra il sanitario e il sociale, ma piuttosto di una condivisione di valutazioni e di responsabilità di grande impegno per entrambi. In questa condivisione, i clinici devono essere consapevoli che il loro operato avrà un'influenza rilevante sulle decisioni che altri prenderanno successivamente.

Tutelare il minore significa scegliere il meglio per lui

Ma cos'è il meglio per un bambino? La Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, approvata il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia con la Legge n. 176/1991, ci dà queste indicazioni: *"Tutti i bambini hanno il diritto di vivere insieme ai loro genitori... I genitori hanno la responsabilità comune per l'educazione e lo sviluppo del bambino. A tal fine gli Stati devono accordare gli aiuti più appropriati ai genitori e provvedere alla creazione di istituzioni e servizi che possano tutelare gli interessi dei bambini nel caso in cui i genitori non siano in grado di farlo"*.

Come opera il Servizio Sociale per garantire questi diritti? Come agisce per evitare possibili errori di valutazione? La valutazione è, in definitiva, la fase più complessa del lavoro dei Servizi Sociali, e richiede l'approfondimento di diversi aspetti: i fattori di rischio e i fattori di protezione, la gravità del pregiudizio, la gravità del danno provocato al bambino e il livello di consapevolezza dei suoi genitori (Box 1). È una fase che prende avvio dalla rilevazione del sospetto maltrattamento che, in casi come quello descritto, deve avvenire

in ospedale e attraverso il confronto tra diversi professionisti. Parliamo, quindi, di valutazione multidisciplinare, dove il Servizio Sociale ha strumenti metodologici propri per rilevare, raccogliere dati e valutare. In questa fase, l'assistente sociale rimane sui dati oggettivi, sui racconti, sia dei professionisti che dei diretti interessati. Ma anche i dati "oggettivi", come la stessa diagnosi medica, possono fuorviare e concorrere al rischio di errore, come è avvenuto per Effie. Certamente la valutazione e il referto medico rappresentano per il Servizio Sociale il presupposto del sospetto che deve però articolarsi ulteriormente per essere "sufficientemente fondato"; tasselli, quindi, del mosaico che si sta costruendo, importanti certamente, ma comunque una parte e non il tutto.

La valutazione sociale del rischio deve tenere in considerazione tre dimensioni fondamentali che compongono il benessere del bambino, secondo la prospettiva ecologica dello sviluppo umano definita da Bronfenbrenner [12,13]:

- 1 I bisogni di sviluppo del bambino (salute e crescita, emozioni, comunicazioni, comportamenti, identità e autostima, autonomia, relazioni familiari e sociali, apprendimento, gioco e tempo libero).
- 2 Le caratteristiche personali dei genitori e le loro capacità di soddisfare tali bisogni (cura, sicurezza e protezione, calore, affetto, stabilità emotiva, guida, regole e valori, stimolo e incoraggiamento, autorealizzazione delle figure genitoriali).
- 3 Le caratteristiche sociali e contestuali, ossia l'insieme di elementi che esercitano un'influenza indiretta sulla genitorialità e che costituiscono l'ambiente nel quale il

bambino cresce (le reti familiari e sociali, la partecipazione e l'inclusione nella vita della comunità, il lavoro e la condizione economica della famiglia, l'abitazione, il rapporto con la scuola e le altre risorse educative).

Il processo valutativo deve tenere in giusta considerazione il punto di vista dei professionisti, ma anche quello dei diretti interessati, genitori e bambino, non sempre accolto e non sempre privo di pregiudizi da parte degli stessi operatori. A proposito di pregiudizi, quant'è attuale Primo Levi quando scrive *"quante sono le menti umane capaci di resistere alla lenta, feroce, incessante, impercettibile forza di penetrazione dei luoghi comuni?"* [14].

Protezione del minore e tutela delle sue relazioni primarie

In Italia è in corso un importante cambiamento culturale nei servizi che si occupano di tutela dei minori, con una maggiore e più accogliente capacità di ascolto del minore e dei suoi genitori. Il focus è il bambino con i suoi legami affettivi e familiari e l'operatore sociale è sempre più portato a sospendere qualsiasi giudizio immediato, a decentrarsi rispetto alle proprie cornici percettivo-valutative per lasciare spazio all'osservazione dinamica e situazionale che non fa riferimento a un modello ideale di "buon genitore" o a un proprio modello educativo di riferimento [15-18]. Il percorso di tutela dei diritti dell'infanzia è oggi in una nuova fase nella quale l'esigenza di protezione del minore è connessa con quella della tutela e promozione delle sue relazioni primarie, accogliendo una visione più ampia e meno individualista del benessere personale [19].

Cos'è allora la protezione? Secondo il CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia), è *"un intervento complesso, volto ad arrestare il comportamento maltrattante/abusante, modulato in relazione alla gravità dello stesso: diversi tipi di maltrattamento richiedono tipi diversi di protezione"*. Dunque non esiste un solo modo di proteggere, ma diversi tipi di protezione. Aggiungiamo pure che garantire il buon esito di un'azione di protezione significa attuare un intervento globale, che abbia come soggetto il bambino intero e quindi come focus la famiglia e il suo contesto relazionale. Il che significa andare anche oltre il paradosso che sta dietro l'idea di protezione, ovvero proteggere il bambino dai suoi genitori, quando sono i suoi genitori che naturalmente avrebbero la funzione di proteggere il bambino. Occorre, infine, assumere una prospettiva relazionale che non ponga in antitesi il ben-essere del bambino e il ben-essere dei genitori, i diritti del bambino e le responsabilità dei genitori.

BOX 1. Definizione di rischio e di pregiudizio nell'operatività del Servizio Sociale

Rischio inteso come "uno squilibrio fra i fattori di svantaggio e le risorse disponibili al minore stesso, alla sua famiglia e al suo contesto sociale, per superare le difficoltà. Tale situazione sfavorevole non permette di prevedere, con ragionevole certezza, lo sviluppo di un possibile danno alla salute psico-fisica del minore, di una distorsione del suo sviluppo o di altri risultati patologici".

Pregiudizio inteso come "uno squilibrio fra i fattori di svantaggio e le risorse disponibili al minore stesso, alla sua famiglia e al suo contesto sociale, per superare le difficoltà. Tale situazione sfavorevole non permette di prevedere, con ragionevole certezza, lo sviluppo di un possibile danno alla salute psico-fisica del minore, di una distorsione del suo sviluppo o di altri risultati patologici".

(Da: Ufficio del Pubblico tutore dei minori della Regione Veneto, Linee Guida per i Servizi sociali e sanitari, 2005) [16].

Agire un intervento di protezione non vuol dire necessariamente separare, allontanare, dividere, ma è possibile proteggere il bambino anche mantenendo i suoi legami affettivi. Azioni di protezione che consentono di evitare errori di valutazione sono gli interventi che mirano a potenziare le risorse della famiglia come, per esempio, l'educatore domiciliare per un periodo intensivo di osservazione, la frequenza del solo minore o del minore con il genitore di un servizio diurno accompagnato da incontri di sostegno alla relazione o alla genitorialità, fino al collocamento del bambino con uno dei due genitori o di tutto il nucleo familiare in un contesto comunitario residenziale. Nella circolarità del percorso di valutazione-progettazione-verifica-riprogettazione, l'osservazione diretta della relazione genitore-figlio da parte degli educatori consente di approfondire le difficoltà e i punti di forza, i fattori di rischio e di protezione del minore, le risorse individuali (resilienza), familiari e del contesto sociale di riferimento per poi operare nell'ottica del superamento delle difficoltà.

Titolarità delle funzioni di tutela dei minori e responsabilità

Una legge innovativa della Regione Emilia Romagna (LR 14/2008, Norme in materia di politiche per le giovani generazioni) definisce che *“il Comune è titolare, in via esclusiva, delle funzioni in materia di tutela dei minori, fatte salve le competenze dell'autorità giudiziaria... I Servizi si fanno carico delle situazioni di pregiudizio o rischio psicofisico e sociale dei minori perseguendo in modo privilegiato, ove possibile, l'accordo e la collaborazione della famiglia... I Servizi Sociali prevedono l'assistente sociale come figura professionale specificamente dedicata, con continuità e prevalenza, alla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza... Il Servizio Sociale opera secondo la metodologia del lavoro di équipe, che consente l'integrazione delle professioni sociali, educative e sanitarie: assistente sociale, educatore, psicologo, neuropsichiatra ed altre figure richieste dal caso.”* Le Linee di indirizzo nazionali confermano e sottolineano l'importanza dei modelli di analisi multidimensionale per una progettazione e una responsabilità condivisa nel lavoro di équipe. Sono il lavoro di équipe e l'integrazione dei diversi punti di vista professionali, ma anche la ricerca della collaborazione e dell'accordo con la famiglia portatrice di un punto di vista sempre degno di ascolto, che aiutano a valutare e decidere il meglio per il bambino, in una relazione servizi-famiglia basata sulla chiarezza e la trasparenza.

I margini di errore si riducono se la valutazione è ben condotta, se non si ferma al singolo dato, ma si avvale di strumenti di osservazione validati scientificamente, di metodologie di lavoro rigorose, se è in grado di realizzare connessioni tra i diversi saperi professionali, tra i diversi interlocutori istituzionali, se la famiglia è soggetto attivo della valutazione stessa. Questo modo di operare aumenta l'appropriatezza, la qualità e l'efficacia degli interventi.

La titolarità della tutela dei minori in capo ai Comuni non va confusa con la responsabilità; tutti i membri dell'équipe sono responsabili delle decisioni che discendono da una valutazione multidimensionale e, come professionisti, non possiamo che constatare che gli errori sono possibili semplicemente perché ci troviamo ogni volta dentro una relazione di aiuto unica e originale e quindi di per sé variabile e imprevedibile. Il bisogno di capire meglio e di prendere tempo per approfondire costituisce una forza e non una debolezza nel lavoro quotidiano di aiuto con le persone. Se vi è una prevalenza di fattori protettivi il Servizio attiva aiuti e sostegni alla famiglia; se vi è una compresenza di entrambi i fattori l'affiancamento alla famiglia è più stretto e mira a potenziarne le risorse e limitarne le fragilità; se invece vi è scarsa o nessuna presenza di fattori protettivi il Servizio segnala la situazione all'Autorità Giudiziaria minorile che potrà emettere un provvedimento indicando il percorso da seguire. In quest'ultimo caso, la *“verità dei fatti”*, letta e interpretata dall'Autorità Giudiziaria secondo la legge, è finalmente tradotta in *“verità giudiziaria”* e diviene vincolante per tutti i soggetti coinvolti, inserendo nel percorso di aiuto anche elementi di controllo. È questo un passaggio che, pur obbligatorio per la tutela del bambino, finisce inevitabilmente con il rendere più rigida la visione globale della situazione, perché il linguaggio giuridico è diverso dal linguaggio dei servizi e dal linguaggio delle famiglie. *“La lingua del diritto è potentemente creativa, poiché genera norme, atti amministrativi, contratti e sentenze, essa insomma incide direttamente sulla vita delle persone modificandola”*, come scrive Gianrico Carofiglio in *La manomissione delle parole* [20].

✉ enrico.valletta@auslromagna.it

1. Spillet R. 'Kiss your baby goodbye': Mother recalls the horrifying moment her daughter was taken away when hospital staff wrongly thought the sick child had been assaulted. <http://www.dailymail.co.uk>.

2. Dyer C. Baby thought to have been shaken has rare syndrome, family court finds. *BMJ* 2017;357:j2136.

3. SBU. Traumatic shaking – The role of the triad in medical investigations of suspected traumatic shaking: A systematic review. Stockholm: Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (SBU); 2016. SBU report no 255E. ISBN 978-91-85413-98-0.

4. Debelle GD, Maguire S, Watts P, et al. Abusive head trauma and the triad: a critique on behalf of RCPCH of 'Traumatic shaking: the role of the triad in medical investigations of suspected traumatic shaking'. *Arch Dis Child* 2018;103:606-10.

5. Lynøe N, Elinder G, Hallberg B, et al. Insufficient evidence for 'shaken baby syndrome' – a systematic review. *Acta Paediatr* 2017;106:1021-7.

6. Bilò RAC, Banaschak S, Herrmann B, et al. Using the table in the Swedish review on shaken baby syndrome will not help courts deliver justice. *Acta Paediatr* 2017;106:1043-5.

7. Narang SK, Greeley CS, Lynøe, et al. - #theRestoftheStory. *Acta Paediatr* 2017;106:1047-9.

8. Saunders D, Raissaki M, Servaes S, et al. Throwing the baby out with the bath water - response to the swedish agency for health technology assessment and assessment of social services (SBU) report on traumatic shaking. *Pediatr Radiol* 2017;47:1386-9.

9. Choudhary AK, Servaes S, Slovis TL, et al. Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatr Radiol* 2018;48(8):1048-65, doi.org/10.1007/s00247-018-4149-1.

10. Vinchon M. Shaken baby syndrome: what certainty do we have? *Child Nerv Syst* 2017;33:1727-33.

11. Chevignard MP, Lind K. Long-term outcome of abusive head trauma. *Pediatr Radiol* 2014;44:S548-S558.

12. Bronfenbrenner U. Ecologia dello sviluppo umano. Il Mulino, 1986.

13. Bronfenbrenner U. Rendere umani gli esseri umani. Bioecologia dello sviluppo. Erickson, 2010.

14. Levi P. La tregua. Einaudi, 1963.

15. Serbati S, Milani P. La tutela dei bambini. Teorie e strumenti d'intervento con le famiglie vulnerabili. Carocci, 2013.

16. Ufficio del Pubblico tutore dei minori della Regione Veneto. Linee Guida per i Servizi sociali e sanitari, 2005.

17. Cismai. Linee guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori. www.cismai.it.

18. Regione Emilia Romagna. Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso, 2013.

19. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Linee di indirizzo nazionali. L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva, 2017.

20. Carofiglio G. La manomissione delle parole. Rizzoli, 2010.

La tubercolosi resistente ai farmaci



Fabio Capello

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

La tubercolosi resistente o multiresistente ai farmaci è un problema di salute individuale e pubblica che coinvolge un numero elevato di bambini in tutto il mondo con una mortalità che può raggiungere il 20% dei pazienti. Nei casi a più elevata resistenza il trattamento è complesso, prolungato e con schemi terapeutici non ben definiti e mutuati quasi sempre dall'esperienza sull'adulto. L'efficacia terapeutica dipende strettamente dall'individuazione delle sensibilità dei micobatteri ai farmaci e dalla tempestività e correttezza del trattamento.

Drug- and multidrug-resistant tuberculosis (DR-TB) is an individual and public health issue that involves a great number of children worldwide with a mortality up to 20%. DR-TB treatment is difficult, prolonged and with therapeutic regimens not well defined and often derived from experience in adult patients. Efficacy of DR-TB therapy mainly relies on identification of the drug-sensitivity of mycobacteria and on prompt and appropriate choice of treatment.

La tubercolosi (TB) è, ancora oggi, una delle principali cause di morte in tutto il mondo, con circa 10 milioni di nuovi casi ogni anno, 1 milione dei quali sono bambini [1]. Nonostante l'intento dichiarato del WHO sia l'eradicazione della malattia, la circolazione del micobatterio continua a essere elevata; in particolare nei Paesi in via di sviluppo il ritardo nella diagnosi e nell'inizio della terapia e la scarsa compliance ai regimi terapeutici protratti rimangono ancora problematiche molto rilevanti. Proprio la scarsa aderenza e l'abbandono del trattamento contribuiscono, tra l'altro, allo sviluppo delle resistenze ai farmaci antitubercolari di prima linea.

Lo sviluppo di micobatteri resistenti ai più comuni chemioterapici sta diventando "un problema nel problema". Nel corso del 2016 sono stati registrati in tutto il mondo 490.000 nuovi casi di tubercolosi multiresistente (MDR-TB) ai farmaci, di cui circa il 6% con forme estensivamente resistenti (XDR-TB). I pazienti posti in terapia per MDR-TB sono stati circa 130.000. Le morti attribuite a queste forme di malattia ammontano a circa 240.000 [2]. Il 47% dei casi di MDR-TB si concentra in India, Cina e Russia (Figura 1). Solo nel 54% dei pazienti con MDR-TB si ottiene un successo terapeutico; percentuale che scende al 30% per le forme estensivamente resistenti.

I bambini affetti da TB sono circa il 10-15% del totale [3], con un'incidenza stimata di 25.000-30.000 nuovi casi di MDR-TB ogni anno [4] e una prevalenza intorno ai 2.000.000 di casi nel mondo [5]. La mortalità in età pediatrica è pari al 20% e nel 6% dei casi si tratta di bambini che

hanno ricevuto un adeguato regime terapeutico [4].

In Europa, dal 2007 al 2015, sono stati segnalati circa 19.000 nuovi casi di TB in bambini di età inferiore ai 15 anni; oltre il 10% aveva una qualche forma di resistenza e circa il 3% una MDR-TB. La maggior prevalenza di forme resistenti si registra in Gran Bretagna, Germania, Romania, Svezia e Repubbliche baltiche [6].

La tubercolosi resistente ai farmaci (drug resistant, DR-TB)

In base ai test di sensibilità in vitro ai farmaci antitubercolari, il WHO identifica alcune forme di resistenza al trattamento:

- resistenza all'isoniazide
- resistenza alla rifampicina (RR-TB)

- resistenza a più di un farmaco di prima linea in cui almeno uno tra isoniazide e rifampicina sono sensibili (TB poliresistente)
- resistenza a più di un farmaco (TB multiresistente o MDR-TB)
- resistenza estensiva ai farmaci antitubercolari (XDR-TB) [7].

Il recente aggiornamento [8] del WHO sul trattamento delle forme multiresistenti fornisce alcune importanti indicazioni, in particolare sull'uso degli schemi abbreviati di trattamento e sulle associazioni terapeutiche da utilizzare quando si sospetta una resistenza a farmaci di seconda linea. In linea di principio, la presenza di un micobatterio multiresistente nei bambini è sempre secondaria al contagio da parte di un adulto a sua volta affetto da tubercolosi multiresistente. La DR-TB dovrebbe quindi essere sempre considerata quando un bambino sintomatico è stato a contatto con un caso noto. È questo un dato anamnestico importante perché i bambini affetti da DR-TB dovrebbero essere individuati e trattati precocemente, considerata l'aumentata morbilità e mortalità in questo gruppo di pazienti e il rilevante rischio di insuccesso terapeutico.

È bene quindi sospettare una forma resistente o multiresistente quando:

- c'è un contatto noto con un altro paziente con DR-TB

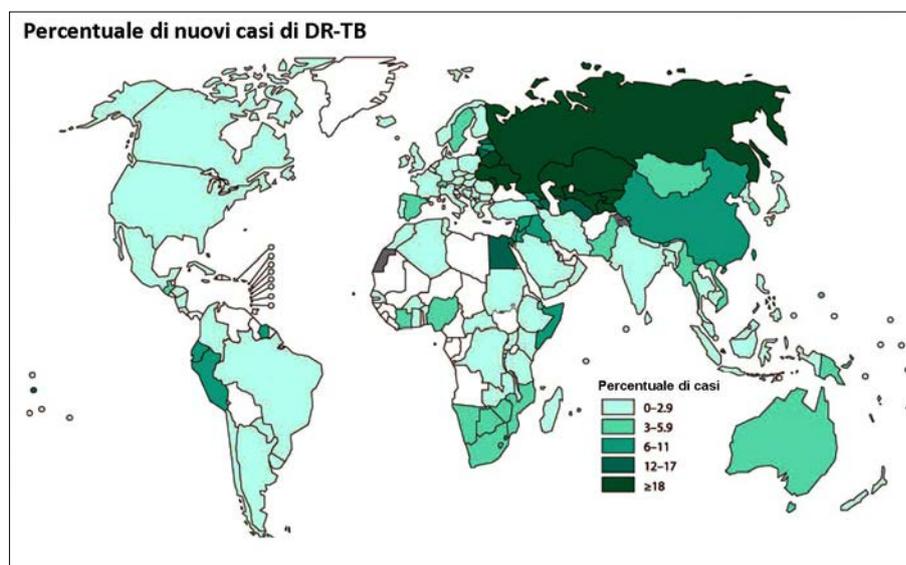


Figura 1. Percentuale di nuovi casi di DR-TB nel mondo (modificata da rif. 1).

- c'è stato un contatto con un soggetto che potrebbe avere una forma multiresistente, come ad esempio un paziente in cui si è osservato un fallimento della terapia, o con qualcuno che è deceduto a seguito dell'infezione tubercolare
- in un bambino che non risponde alla terapia convenzionale, nonostante una provata aderenza alla terapia stessa
- in un bambino già trattato in precedenza per TB che presenta una riaccensione della malattia.

In tutti i casi sospetti di multiresistenza, il percorso diagnostico dovrà essere condotto nel più breve tempo possibile, prima con tecniche rapide e poi con la coltura in vitro tradizionale. Non esistono, al momento, indicazioni definite circa l'opportunità di iniziare un trattamento di profilassi nei bambini asintomatici che abbiano avuto contatti con soggetti affetti da TB multiresistente. In questi casi è indicato uno stretto monitoraggio che consenta la diagnosi precoce e una terapia mirata, nel caso in cui si verificassero i criteri della malattia.

Diagnosi

Il percorso diagnostico della DR-TB è analogo e presenta le medesime difficoltà di qualsiasi forma tubercolare sensibile ai farmaci di prima linea.

I fattori di rischio principali per la trasmissione dell'infezione sono:

- coabitazione o stretto contatto con un paziente con diagnosi di TB, in particolare se con forma polmonare attiva con positività alla microscopia diretta su campione o colturale
- età inferiore ai 5 anni
- sieropositività per HIV
- malnutrizione grave

Gli aspetti clinici e diagnostici della TB in età infantile sono stati recentemente rivisti in una FAD di *Quaderni acp* alla quale si rimanda per ulteriori approfondimenti [9]. Naturalmente il passaggio diagnostico fondamentale è l'isolamento del micobatterio, con il test rapido e la coltura tradizionale che consentono l'individuazione di resistenze e sensibilità dei ceppi isolati. L'esame rapido con tecniche di biologia molecolare è in grado di dare in poche ore una risposta sia sulla presenza del micobatterio che sulle principali resistenze ai farmaci. La ricerca può essere fatta su espettorato (o con sputo indotto nei bambini più piccoli) o aspirato gastrico, biopsia o agoaspirato in presenza di adenopatie o, a seconda dei casi, con raccolta di campioni organici nei quali il micobatterio può essere ritrovato e coltivato (urine, essudato pleurico, pericardico, ascite, liquor). Nella **Figura 2** sono ri-

assunti i passaggi che portano alla diagnosi di DR-TB.

Principi di terapia

Gli schemi di terapia per le forme di DR-TB nei bambini sono sovrapponibili a quelli usati negli adulti. I dati della letteratura pediatrica sono, infatti, ancora scarsi e le associazioni ottimali per la terapia combinata e la durata del trattamento non ancora definiti. Tuttavia, quando si sospetti una forma multiresistente, è opportuno iniziare subito la terapia poiché la mortalità nei casi non trattati o trattati in maniera non adeguata è elevata. La durata del trattamento dipenderà poi dalla storia clinica, dai farmaci utilizzati e dalla risposta alla terapia stessa.

L'uso del regime terapeutico abbreviato (9-12 mesi) è riservato ai bambini mai trattati in precedenza per TB con farmaci di seconda linea o a coloro nei quali la resistenza a questi farmaci o ai fluorochinoloni è stata esclusa. La WHO consiglia un periodo di trattamento intensivo di almeno 8 mesi e una durata complessiva non inferiore ai 10 mesi [10]. Il trattamento prolungato prevede anch'esso una fase intensiva

di non meno di 8 mesi, e una durata complessiva di 20 mesi, modulabile in base alla risposta clinica [8].

Nella scelta dei farmaci da usare bisognerebbe farsi guidare dall'antibiogramma quando disponibile. Tuttavia, nei bambini per motivi tecnici relativi alla raccolta dei campioni non sempre è possibile isolare e testare la sensibilità del micobatterio; in questi casi è opportuno utilizzare lo schema terapeutico adottato per l'adulto probabile fonte di contagio:

- nelle forme resistenti alla sola isoniazide è consigliabile associare l'etambutolo che appare ben tollerato in età pediatrica;
- nelle forme di resistenza estensiva è da valutare l'associazione di un fluorochinolone;
- nelle forme multiresistenti, è sempre sconsigliato associare un solo nuovo principio attivo a quelli già usati precedentemente.

La sensibilità ai fluorochinoloni e ai farmaci iniettabili di seconda linea deve essere sempre testata, perché la resistenza a

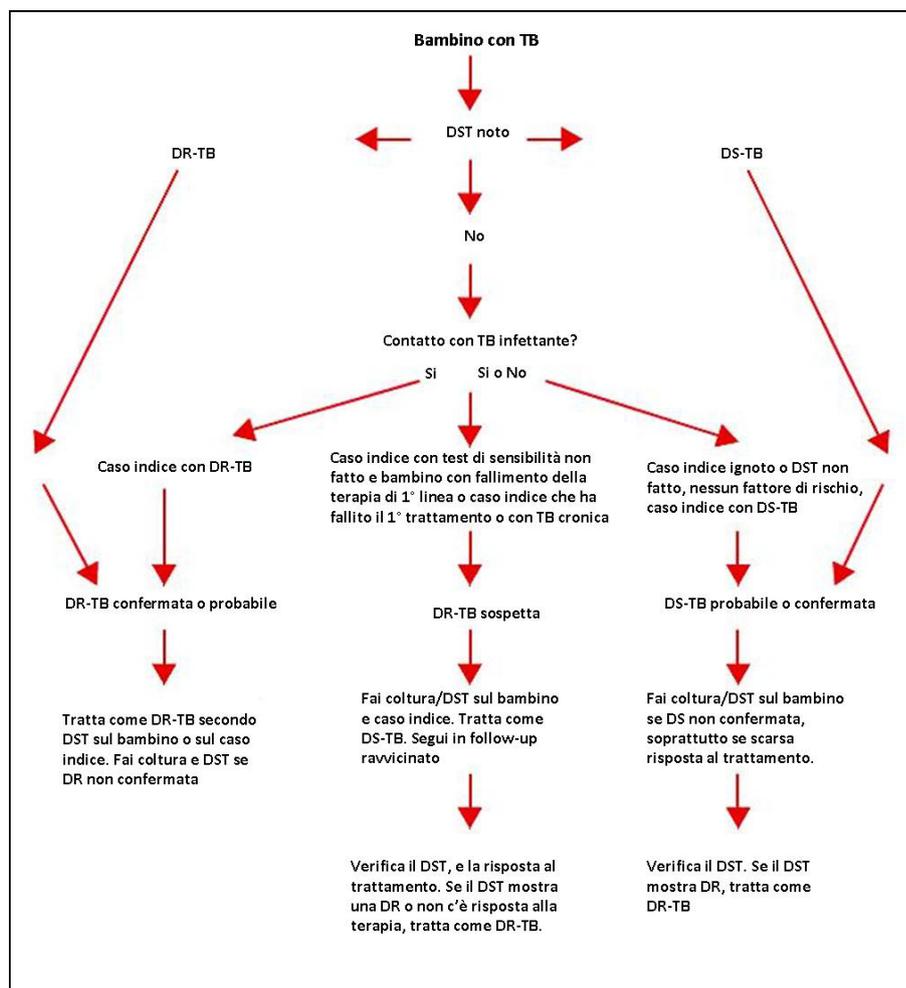


Figura 2. Algoritmo diagnostico della DR-TB nel bambino (modificata da rif. 10). TB: tubercolosi; DR: drug resistant – resistente ai farmaci; DS: drug susceptible – sensibile ai farmaci; DST: drug susceptibility test – test di sensibilità ai farmaci.

uno di questi agenti implica l'uso di schemi terapeutici più complessi.

La costruzione di un regime terapeutico appropriato si basa sulla combinazione di almeno quattro farmaci appartenenti alle classi farmacologiche (Gruppi 1-4 secondo WHO 2014 o Gruppi A-C secondo WHO 2016) descritte in **Tabella 1** [8,10]. È appropriato comunque usare più farmaci di prima linea qualora la loro efficacia sia stata provata sulla base dell'antibiogramma o dei test molecolari. I farmaci inseriti nell'ultima categoria (Gruppo 5 o Gruppo D) possono essere presi in considerazione nelle forme estensivamente resistenti, tenendo presente che non esistono standard per testare la sensibilità e di conseguenza l'efficacia di questi chemioterapici sul micobatterio.

Monitoraggio del trattamento

I bambini trattati per DR-TB devono eseguire controlli mensili nelle prime fasi della terapia. Ad ogni controllo sono indagate la sintomatologia, l'aderenza al trattamento e la presenza di effetti collaterali specifici per i farmaci utilizzati. Il dosaggio

dei farmaci deve essere progressivamente adeguato al peso del bambino. La risposta alla terapia va monitorata tenendo conto non solo della risposta clinica, ma anche di quella radiologica e colturale. La microscopia dell'escreato deve essere fatta mensilmente sino a negatività del vetrino su tre campioni consecutivi. Successivamente, la coltura va ripetuta ogni 2-3 mesi. Si considera un *fallimento* della terapia nei pazienti nei quali dopo 5 mesi o più di trattamento la coltura è ancora positiva. Per *abbandono* si intendono i casi nei quali il trattamento è stato interrotto per due o più mesi. Il *successo* terapeutico implica il completamento del ciclo terapeutico, accompagnato dalla negatività degli esami colturali.

Criticità

Esistono alcuni importanti limitazioni che possono ostacolare il successo della terapia di una DR-TB. Molti dei farmaci utilizzati come trattamento di seconda linea non sono disponibili in formulazione pediatrica; questo può creare problemi di sotto- o sovradosaggio o di scarsa aderenza se il farmaco è difficile da somministrare o se ha

un sapore particolarmente sgradevole. Gli schemi terapeutici, anche nelle forme più brevi, sono comunque lunghi ed è del tutto possibile che il bambino – e ancor più l'adolescente – rifiuti di prendere un numero elevato di farmaci per un periodo così lungo. Gli effetti collaterali possono costituire un problema ulteriore, anche se i dati disponibili indicano una migliore tolleranza della terapia nel bambino rispetto all'adulto.

Conclusioni

La diagnosi della DR-TB costituisce un problema clinico di crescente rilevanza anche in età pediatrica, e per tutta la durata del trattamento è necessario mantenere uno stretto monitoraggio dell'aderenza alle prescrizioni, degli effetti collaterali, dell'andamento clinico e delle eventuali ricadute o fallimenti. Resta ancora aperto un ampio campo di ricerca per chiarire ulteriormente quali siano i farmaci, i tempi e le modalità di somministrazione più adeguati all'età pediatrica.

✉ fabio.capello@auslromagna.it

TABELLA 1. Farmaci per il trattamento della DR-TB (modificata da rif. 8,10)

GRUPPO FARMACOLOGICO (WHO, 2014)	FARMACO	GRUPPO FARMACOLOGICO (WHO, 2016)	FARMACO
Gruppo 1: farmaci orali di prima linea	Etambutolo Pirazinamide	Gruppo A: fluorochinoloni	Levofloxacina Moxifloxacina Gatifloxacina
Gruppo 2: farmaci iniettabili	Amikacina Kanamicina Capreomicina	Gruppo B: farmaci iniettabili di seconda linea	Amikacina Kanamicina Capreomicina (Streptomycin)
Gruppo 3: fluorochinoloni	Ofloxacina Levofloxacina Moxifloxacina	Gruppo C: ulteriori farmaci di seconda linea	Etionamide/protionamide Cicloserina/terizidone Linezolid Clofazimina
Gruppo 4: farmaci orali di seconda linea	Etionamide Cicloserina PAS	Gruppo D: farmaci aggiuntivi	D1 Pirazinamide Etambutolo Isoniazide ad alta dose
Gruppo 5: farmaci di terza linea di efficacia incerta (non raccomandati dall'OMS per l'uso di routine nei pazienti con MDR-TB)	Isoniazide ad alta dose Linezolid Amoxi-clavulanato Clarithromicina Tioacetazone Imipenem-cilastatina Clofazimina		D2 Bedaquilina Delamanide
			D3 Acido p-aminosalicilico Imipenem-cilastatina Meropenem Amoxi-clavulanato (Tioacetazone)

1. WHO. Global Tuberculosis Report 2017. www.who.int/tb/publications/C2_2017_GLOBAL_FACTSHEET.pdf
2. Pontali E, Visca D, Centis R, et al. Multi and extensively drug-resistant pulmonary tuberculosis: advances in diagnosis and management. *Curr Opin Pulm Med* 2018;24:244-52.
3. Padmapriyadarsini C, Das M, Burugina Nagaraja S, et al. Is chemoprophylaxis for child contacts of drug-resistant TB patients beneficial? A systematic review. *Tuberc Res Treat* 2018 Apr 2;2018:3905890.
4. Jenkins HE, Yuen CM. The burden of multidrug-resistant tuberculosis in children. *Int J Tuberc Lung Dis* 2018;22:3-6.
5. Cruz AT, Garcia-Prats AJ, Furin J, Sedolon JA. Treatment of multidrug-resistant tuberculosis infection in children. *Pediatr Infect Dis J* 2018;37(8):831-4.
6. Kodmon C, van den Boom M, Zucs P, et al. Childhood multidrug-resistant tuberculosis in the European Union and European Economic Area: an analysis of tuberculosis surveillance data from 2007 to 2015. *Euro Surveill* 2017;22(47).
7. WHO. Weekly Epidemiological Record. 2018;93(04/05):33-44.
8. WHO. WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis, 2016.
9. Farneti M, Farneti C. La tubercolosi nell'infanzia: cosa deve ancora sapere e saper fare il pediatra. *Quaderni acp* 2017;24:3-10.
10. WHO. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children, 2014.

I funghi che non guariscono... forse non sono funghi

Matteo Ferrara

Pediatra di famiglia, Olevano sul Tusciano (Salerno)

Una mattina arriva in ambulatorio Carla, ex paziente di 12 anni, trasferitasi da tempo in un altro paese. La madre è molto preoccupata perché, nonostante la terapia antimicotica topica e sistemica prescritta dall'attuale medico curante, "il fungo si è esteso". Carla riferisce al pediatra un episodio di faringite con intensa faringodinia circa 2 settimane prima, risoltosi in pochi giorni con terapia sintomatica.

Esame clinico

Piccole lesioni eritemato-desquamative al tronco e alla radice degli arti (Figura 1,2), disposte ad "albero di Natale" (Figura 3), senza coinvolgimento del volto. La prima chiazza comparsa è sul braccio sinistro, di circa 3,5 cm, rotondeggiante, più grande delle altre lesioni; 7 giorni dopo sono comparse le macchie sul tronco, con scarso prurito.

Diagnosi

La chiazza "madre", la successiva comparsa di altre lesioni, l'aspetto eritemato-desquamativo delle lesioni scarsamente pruriginose, la pregressa faringite, consentono di fare diagnosi di Pitiriasi rosea di Gibert, descritta per la prima volta nel 1860 dal dermatologo

francese Camille Melchior Gibert nel suo trattato di dermatologia [1]. È una frequente dermatite eritemato-desquamativa benigna, l'incidenza è di 0,68 casi per 100 tra i pazienti con affezioni cutanee [2], con picco tra il 10° e il 25° anno di età.

Non è infrequente anche al di sotto dei 10 anni, è stata descritta perfino in un bambino di 3 mesi [3]. Il decorso clinico, la morfologia e la distribuzione delle lesioni sono peculiari, consentendo spesso una diagnosi immediata. L'etiologia è sconosciuta. Alcuni studi chiamano in causa i virus e in particolare gli Herpes virus HHV6 e/o HHV7 [4] anche per alcune caratteristiche: maggior frequenza in autunno e primavera, autorisoluzione, antecedenti sintomi prodromici delle alte vie respiratorie. Tuttavia, l'etiologia virale non è mai stata dimostrata, né la contagiosità, anche se in letteratura sono state descritte piccole epidemie di comunità e familiari.

Nessun certificato medico deve essere redatto per la sospensione e/o ripresa della frequenza scolastica.

Clinica

Nella forma tipica o completa si esprime in 2 fasi. 1° fase: la "chiazza madre", con

localizzazione al tronco nel 50% dei casi, oppure alle natiche, estremità prossimali degli arti e collo. Generalmente è ovale, talvolta rotondeggiante, di diametro variabile da 2 a 10 cm, eritemato-squamosa, con aspetto sgualcito, rugoso, di colorito roseo-giallastro, ben delimitata da un anello periferico più congesto. Questo generalmente circonda un orletto desquamativo con il margine libero rivolto verso l'interno, e la superficie centrale è più chiara, finemente pitiriasica (furfuracea), a "carta di sigaretta" (Figura 4,5).

A volte il dermatoscopio è utile per visualizzare nei particolari l'orletto desquamativo.

Diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale sulla chiazza madre va posta essenzialmente con: Tinea corporis, che si differenzia per l'evoluzione clinica: estensione eccentrica, risoluzione centrale, anello periferico più infiammato con assenza dell'orletto desquamativo ma anche con eczema nummulare, granuloma anulare, impetigine e psoriasi. In tutti questi casi, l'anamnesi, l'identificazione della lesione elementare e la palpazione della lesione consentono una definizione diagnostica.

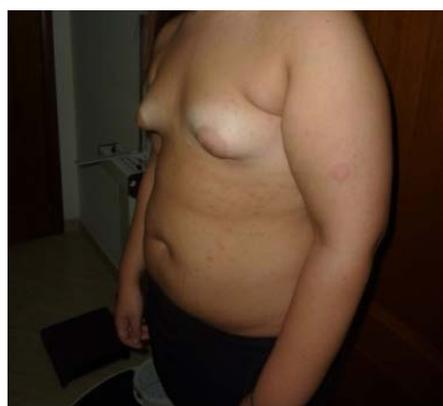


Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5

2^a fase: a distanza di 7-14 giorni compaiono "chiazze figlie", con caratteristiche morfologiche uguali alla chiazza madre, ma più piccole, eruttive, localizzate al tronco e radice degli arti (disposizione centripeta), con aspetto ad "albero di Natale" (Figura 3) [5].

Più raramente è coinvolto il cavo orale con lesioni erosive aftose della mucosa, inclusi lingua e palato. In questa fase, la diagnosi differenziale si pone essenzialmente con: psoriasi guttata, pitiriasi lichenoidale, eczema nummulare, tinea corporis, impetigine e nei giovani sessualmente attivi non dimentichiamo la sifilide secondaria.

La malattia dura circa 1-2 mesi, a gittate subentranti di lesioni di numero e dimensioni ridotte nel tempo e, a differenza dell'adulto, nel bambino non è accompagnata da prurito [5]. Può recidivare nel 2% dei casi e raramente anche più volte [6].

Può esitare, specialmente in estate, in macchie discromiche, senza reliquati permanenti o complicazioni.

Se la malattia viene contratta in gravidanza, soprattutto nei primi mesi, può essere associata a maggior rischio di parto prematuro, aborto, ipotonia e/o iporiflessia alla nascita [7].

Esistono forme atipiche per decorso e numero delle lesioni (ad es. senza chiazza madre), oppure per morfologia, topografia, dimensioni, sintomatologia soggettiva [8]. Il trattamento non è necessario; in caso di prurito, creme/oli emollienti antistaminici per os sono utili.

✉ drmatteoferrara@gmail.com

1. Gibert CM. *Traité pratique des maladies spéciales de la peau et de la syphilis*, 1860.

2. Chu A, Albert L, Vijay Z, et al. Pityriasis rosea - an update. *Indian J Dermatol Venerol Leprol* 2005;71:311-5.

3. Hyatt HW. Pityriasis rosea in three month old infant. *Arch Pediatr* 1960;77:364-8.

4. Drago F, Broccolo F, Rebora A. Pityriasis rosea: an update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology. *J Am Acad Dermatol* 2009;61(2):303-18.

5. Berti I. La pitiriasi rosea. *Medico e Bambino* 2009;28(9):588-9.

6. Zawar V, Kumar R. Multiple recurrences of pityriasis rosea of Vidal: a novel presentation. *Clin Exp Dermatol* 2009;34(5):e114-6.

7. Drago F, Broccolo F, Zaccaria E, et al. Pregnancy outcome in patients with pityriasis rosea. *J Am Acad Dermatol* 2008;58(5 Suppl 1):S78-83.

8. Urbina F, Das A, Sudy E. Clinical variants of pityriasis rosea. *World Journal of Clinical Cases*. 2017;5(6):203-11. doi:10.12998/wjcc.v5.i6.203.

The Lancet e un caso di "scientific misconduct"

Il numero di *Lancet* del 7-13 luglio 2018 a p. 2 dichiara "retracted" due articoli di Paolo Macchiarini e coautori pubblicati da *Lancet* dopo aver ricevuto richieste di farlo dal nuovo presidente dell'Istituto Karolinska (KI), Ole Petter Ottersen. Nella sua decisione il KI rileva che la ricerca riportata da *Lancet* nel 2011 (1) e una Review nel 2012 (2) costituiscono una "scientific misconduct". Nella sua richiesta di ritiro, Ottersen afferma che "non è stato ottenuto alcun permesso etico per la ricerca. La ricerca è stata condotta senza un supporto sufficiente dei dati preclinici. L'articolo presenta i suoi dati in modo indebitamente positivo e acritico." Il verdetto finale arriva dopo anni di incertezza e turbolenze all'interno del KI secondo il quale tutti i numerosi autori (Paolo Macchiarini, Philipp Jungebluth, Karl-Henrik Grinnemo, Jan Erik Juto, Alexander Seifalian, Tomas Gudbjartsson e Katarina Le Blanc) sono stati riconosciuti colpevoli di cattiva condotta. Il giudizio è basato sulla loro intenzione di ingannare al momento della pubblicazione, e sulla loro negligenza nell'ottenere informazioni e permessi che erano richiesti sul piano etico. I tre coautori del documento di revisione non sono stati ritenuti colpevoli di cattiva condotta.

1. Tracheobronchial transplantation with a stem-cell-seeded bioartificial nanocomposite: a proof-of-concept study. *Lancet* 2011;378:1997-2004.
2. Engineered whole organs and complex tissues. *Lancet* 2012;379:943-52.

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



Ragazzo di 13 anni con dolore all'anca alla deambulazione

Cosa mostra l'Rx?

- Epifisiolisi dell'anca
- Frattura del collo del femore
- Artrite settica
- Malattia di Legg-Calvé-Perthes
- Apofisite della spina iliaca

Soluzione del quesito a p. 273

Il Fondo per il contrasto alla povertà educativa minorile



Silvia Baldini, Valentina Colonna, Anna Maria Cosatti, Irene Esposito, Elisa Serangeli, Alessandro Telloni, Flaminia Trapani

FB NEST – Nido, Educazione, Servizi, Territorio

Nascere in una famiglia povera, vivere in contesti disagiati e privi di opportunità di sviluppo può significare, per molti bambini, portare il peso di una discriminazione rispetto ai coetanei. Le conseguenze, nel tempo, possono essere gravi e precludere a bambini e adolescenti la possibilità di migliorare le proprie condizioni di partenza, di far fiorire i propri talenti, realizzare sogni, mettere a frutto le proprie capacità. Parliamo di povertà educativa che può comportare la compromissione dell'acquisizione delle competenze necessarie per vivere una realtà in rapido sviluppo, la limitazione delle opportunità di crescita dal punto di vista emotivo, delle relazioni con gli altri, della scoperta di se stessi e del mondo. Questo fenomeno, di fatto, può compromettere lo sviluppo armonico del bambino e nuocere al rendimento scolastico. Come in un circolo vizioso la povertà educativa alimenta quella economica e viceversa.

In Italia oggi 1 milione e 292 mila minori vivono in condizione di povertà assoluta; la percentuale è passata dal 3,9 del 2005 al 12,5 del 2016.

Data l'ampiezza del fenomeno e l'allarme lanciato dalle associazioni del Terzo Settore, il Governo italiano, attraverso il credito d'imposta alle fondazioni di origine bancaria previsto nella Legge di stabilità del 2016, ha istituito il Fondo per il contrasto alla povertà educativa minorile. Un Fondo che mette a disposizione 360 milioni di euro in tre anni da destinare al sostegno d'interventi innovativi finalizzati a rafforzare i sistemi educativi e a rimuovere gli ostacoli di natura economica, sociale e culturale che impediscono ai bambini di sviluppare il proprio potenziale di crescita. L'operatività del Fondo è stata assegnata all'Impresa Sociale Con i Bambini che, attraverso la pubblicazione di appositi bandi di finanziamento e la conseguente selezione di proposte progettuali presentate dalle organizzazioni del Terzo Settore e dalle Istituzioni Scolastiche, provvederà all'assegnazione delle risorse allocate.

Gli indirizzi e gli obiettivi strategici dei diversi bandi sono stati definiti da un Comitato composto dai rappresentanti di Fon-

dazioni di origine bancaria, Governo, organizzazioni del Terzo Settore, ISFOLE e EIEF (Istituto Einaudi per l'economia della finanza).

I primi due bandi promossi sono stati dedicati alla prima infanzia (0-6 anni) e all'adolescenza (11-17 anni), il terzo alle nuove generazioni (5-14 anni). Il bando rivolto alla prima infanzia aveva l'obiettivo di ampliare e potenziare i servizi educativi e di cura dei bambini di età compresa tra 0-6 anni promuovendo il miglioramento della qualità, dell'accesso, della fruibilità, dell'integrazione e innovazione dei servizi esistenti e il rafforzamento del processo di acquisizione di competenze fondamentali per il benessere dei bambini e delle loro famiglie, con particolare attenzione ai nuclei più vulnerabili o che vivono in contesti territoriali disagiati. Tale bando ha ammesso a finanziamento 80 progetti per un totale di 62,2 milioni di euro: 66 progetti relativi alle graduatorie regionali per un importo di 34,1 milioni di euro e 14 per quella multi-regionale (Nazionale) per un importo di 28,1 milioni di euro.

Tra le 14 proposte a valenza multi-regionale approvate c'è il progetto NEST (Nido Educazione Servizi Territorio) promosso da un partenariato di 21 enti sia pubblici che privati, il cui capofila è l'Associazione Pianoterra onlus, che verrà attuato in 4 regioni italiane (Lombardia, Lazio, Campania e Puglia).

Si tratta dunque di un'iniziativa di progettazione partecipata che si sviluppa su quattro aree metropolitane: Gallaratese a Milano, Tor Sapienza a Roma, Stella - San Carlo all'Arena a Napoli e Libertà a Bari. Tutti territori caratterizzati da una scarsa offerta di servizi socio-educativi per la prima infanzia, da un elevato grado di povertà minorile e da alti livelli di povertà educativa. I bambini più vulnerabili sono quelli di età compresa tra 0 e 3 anni che scontano la contrazione delle risorse socio-sanitarie, la frammentazione o l'accorpamento dei servizi sociali territoriali, la mancanza di orientamento per le famiglie soprattutto per quelle di origine straniera. Inoltre, l'accesso e la fruibilità alle forme di sostegno al reddito come per esempio il bonus bebè,

bonus nidi, domande REI, sono gestiti diversamente a livello territoriale e non sempre sostenuti da un'adeguata offerta di servizi e informazioni chiare, complete e pertinenti.

Ciascun partenariato territoriale sarà composto da:

- Lombardia: APS Mitades, Comune di Milano, ACP Milano, AVAL, ASST Fatebenefratelli Sacco;
- Campania: Associazione Pianoterra onlus, Comune di Napoli, ACP Campania, AIP Campania;
- Puglia: APS Mama Happy, Comune di Bari, FAPI Bari, The Hub Bari, ACP Puglia e Basilicata;
- Lazio: Cooperativa Sociale Antropos onlus, ACP Lazio, AILP Roma, Fondazione Pianoterra onlus.

Inoltre, oltre agli enti territoriali locali, il progetto prevede il coinvolgimento di tre importanti enti nazionali:

- Save the Children Italia onlus, per il coordinamento delle attività di comunicazione e disseminazione nazionale, il raccordo con il soggetto valutatore e la promozione di una specifica policy di protezione dei minori;
- AIED (Associazione Italiana Educazione Demografica), per attività di informazione e divulgazione socio-sanitaria su salute sessuale e riproduttiva della donna e della famiglia;
- Fondazione Collegio Carlo Alberto, per la valutazione d'impatto degli interventi messi in campo.

Tanti partner, un obiettivo comune

Rispondendo alla finalità generale del bando *"ampliare e potenziare i servizi educativi comunali esistenti e di cura dei bambini nella fascia 0/6, con un focus specifico rivolto ai bambini, alle famiglie vulnerabili e/o che vivono in contesti territoriali disagiati"*, l'obiettivo di NEST è quello di proporre e sperimentare un intervento precoce, integrato e multidimensionale di contrasto alla povertà educativa con l'avvio di Hub territoriali che prevedono un'offerta multidisciplinare di sostegno e accompagnamento alla genitorialità in collaborazione e coor-

dinamento con i diversi attori territoriali competenti, pubblici e privati. Si tratta di 4 presidi territoriali sperimentali, uno per ciascuna città coinvolta. A Milano lo spazio individuato sarà dedicato unicamente alla realizzazione dei servizi NEST mentre, nelle altre città, il progetto si inserisce in servizi educativi già esistenti (Nido, Ludoteca, Scuola dell'Infanzia) dove si prevede di sviluppare una serie di attività in grado di offrire risposte integrate, personalizzate, dinamiche e flessibili ai bisogni delle famiglie. Ciascun Hub ospiterà figure professionali in ambito socio-sanitario ed educativo. Si prevedono due azioni contemporanee: una rivolta ai minori da 0 a 6 anni di potenziamento dell'offerta educativa prevista dal servizio ospitante, con particolare attenzione ai bambini da 0 a 3 anni che più difficilmente vengono inseriti nei servizi educativi disponibili; l'altra rivolta ai genitori che prevede accoglienza, ascolto, informazione, sostegno e accompagnamento ai servizi territoriali, orientamento al lavoro e all'acquisizione di misure di sostegno al reddito.

Si prevede di organizzare laboratori educativi per i bambini nell'ambito della lettura, della musica, della pratica motoria ma anche attività mamma-papà-bambino per promuovere e arricchire la reciproca relazione affettiva. Contemporaneamente si lavorerà con gli adulti di riferimento al fine di potenziare le loro capacità genitoriali, promuovendo incontri di gruppo su temi specifici relativi all'accudimento e all'educazione dei bambini, organizzando momenti di confronto con esperti sulla salute e lo sviluppo, attività ludico-ricreative e di socializzazione, orientamento ai servizi, e molto altro ancora. Verranno realizzate azioni di empowerment con i genitori al fine di integrare e arricchire l'offerta educativa con attività da loro condotte. In tal modo l'Hub diventerà modello di comunità attiva, solidale e responsabile.

Naturalmente, attività e servizi verranno definiti e declinati in base alle specifiche

esigenze di ciascun territorio ma l'obiettivo generale di NEST è lo stesso in ciascun polo: favorire il raccordo fra gravidanza, nascita e prime fasi di vita del bambino, facilitare il ponte verso i servizi educativi, accompagnare i genitori, nel rispetto delle differenze culturali, verso forme corrette di accudimento e cura dei loro bambini, offrire spazi di aggregazione. L'Hub vuole essere un polo di riferimento che convoglia e integra le competenze territoriali (Consultori Familiari, Servizi Sociali ecc.) per sostenere le famiglie attraverso un'offerta multidisciplinare. All'interno di ciascun polo, diverse figure professionali saranno coinvolte, al fianco delle famiglie, nella definizione di percorsi personalizzati, finalizzati a supportare i genitori nel loro ruolo di *caregiver*, a rafforzare il legame con i loro bambini, a stimolare le loro risorse e capacità di resilienza, a sollecitare la loro partecipazione attiva per una corretta assunzione di responsabilità e autorevolezza e a promuovere azioni di mutualità e di compartecipazione alle attività stesse. Tutti le azioni e i servizi di sostegno alla genitorialità saranno finalizzati al potenziamento e al consolidamento delle risorse e dei punti di forza; mireranno a stimolare la consapevolezza, la collaborazione e la reciprocità affinché il progetto educativo sia condiviso e rappresentato in tal modo un processo di co-costruzione con la famiglia evitando di relegarla in un ruolo passivo di mera destinataria di un programma di sostegno. Nei tre anni di attività previsti dal progetto, ci si attende di intercettare, sostenere, accompagnare 500 bambini di età 0-3 anni e 700 bambini di età 4-6 anni, di cui 500 provenienti da nuclei famigliari di origine straniera; 800 famiglie in povertà assoluta/relativa.

Il progetto, **avviato ufficialmente il 16 aprile 2018**, sta muovendo i primi passi nei diversi territori coinvolti.

Nei tre anni di progetto previsti dal bando, pensiamo di realizzare altri due articoli (a

18 e 36 mesi) per entrare nel merito operativo dei servizi realizzati.

✉ comunicazione.nest@gmail.com

- Cederna G. Atlante per l'infanzia a rischio. Lettera alla scuola. Treccani, 2017.
- Cirillo G, Aurelio G, Attademo G, Casale M, Di Maio G, Lamberti P, Lisi C, Sepe R, Trifuoggi E, Petrella M. Adozione sociale, Pollena Trocchia (NA). Ad Est Dell'Equatore, 2014.
- Cirillo G, Siani P. IV piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva. Osservatorio Nazionale Infanzia e Adolescenza 28 luglio 2015, Quaderni acp pagine elettroniche. Novembre-Dicembre 2016.
- Commissione Europea. Investire nell'infanzia per spezzare il circolo vizioso dello svantaggio sociale, 2013
- Fubini F. La maestra e la camorrista. Mondadori, 2018.
- Impresa Sociale Con i Bambini. Povertà Educativa. Servizi per l'infanzia e i minori. Roma, 2018.
- Ocse. In: It Together Why Less Inequalities Benefits All, 2015.
- Presidenza lussemburghese del Consiglio dell'Unione Europea. Social values in the European Union: stocktaking, with a focus on social inclusion and social protection, 2015.
- Saraceno C. Disuguaglianze e prima infanzia. Interventi precoci per un futuro in salute, Torino, Quaderni acp pagine elettroniche. Maggio-giugno 2017.
- Save The Children Italia. Futuro in partenza? Rapporto 2017 sulla povertà educativa in Italia. Torino, Osservatorio Caritas Torino, 2017.
- Save The Children Italia. Illuminiamo il futuro 2030. Obiettivi per liberare i bambini dalla povertà educativa, 2015.
- Save The Children Italia. La povertà educativa, Cfr. La lampada di Aladino, 2014.
- Save The Children Italia. Nuotare contro corrente. Povertà educativa e resilienza in Italia, 2018.
- Twelvetrees A. Il lavoro sociale di una comunità. Come costruire progetti partecipati. Erickson, 2015.
- Unicef, Report Card 13, Equità per i bambini. Una classifica della disuguaglianza nel benessere dei bambini nei paesi ricchi, 2016.

ERRATA CORRIGE

Nell'articolo "La nutrizione del bambino con grave handicap neuromotorio" pubblicato sul precedente numero della rivista (2018;25:222-224) a pagina 223 manca la voce bibliografica n. 8.

Ci scusiamo con i lettori e riportiamo di seguito il paragrafo interessato e la relativa voce bibliografica.

2017

Chi sono e quanti sono i bambini che hanno probabilità di migliorare nel tempo?

"Longitudinal population-based cohort of 179 children... aged 18-60 months at study entry (GMFCS I = 46.6%, II = 12.9%, III = 15.7%, IV = 10.1%, and V = 14.6%)... Half of the OPD (oropharyngeal dysphagia) present in children with CP between 18 and 24 months resolved by 60 months, with improvement most common in GMFCS I to II" [8].

8. Benfer KA, et al. Oropharyngeal Dysphagia and Cerebral Palsy. Pediatrics 2017;140:e2017-731.

Come parlare ai bambini in fase terminale



Claudia Chamorro

Claudia Lucia Chamorro è la madre di Tolentino, un ragazzo deceduto all'età di 15 anni dopo aver lottato per 5 anni contro la leucemia. La famiglia Chamorro è una delle più importanti nella storia del Nicaragua. Pedro Joaquin Chamorro, padre di Claudia, è stato uno stimato politico, assassinato nella guerra civile contro la dittatura di Somoza.

Violeta Chamorro, madre di Claudia, è stata Presidente del Nicaragua negli anni 1990-97.

Claudia Chamorro ha descritto la storia della malattia di Tolentino nel libro *Tiempo de vivir* con pagine piene di serena commozione sui colloqui aperti e affettuosi con il figlio, fino ai momenti finali della sua vita.

Presentiamo il testo di un suo intervento al decimo incontro dei pediatri della Associazione Centroamericana di Emato-Oncologia Pediatrica (AHOPCA). Repubblica Dominicana, 17 febbraio 2007

Agli organizzatori di questa X edizione AHOPCA vanno i miei più sinceri ringraziamenti, in particolare al Professor Mase-
ra che con questo invito mi ha dato la possibilità di condividere con voi la mia esperienza. Sono davvero onorata per la grande opportunità che mi avete offerto.

Mi è stato chiesto di esporre le mie idee sul tema "Come parlare ai bambini in fase terminale". Di fatto non esiste un solo metodo per aiutare i bambini in questa fase. C'è chi ritiene opportuno spiegare chiaramente al bambino la sua situazione, facendogli affrontare le paure e le inquietudini legate a questo momento; c'è chi, invece, crede che il modo migliore per aiutarlo sia nascondergli la verità rispetto al suo stato di salute e alla realtà in cui vive, con l'obiettivo di proteggerlo dalla paura stessa. Io tenderei ad adottare il primo approccio.

Senza la pretesa di definire qual è la forma più corretta, cercherò di affrontare l'argomento a partire dall'esperienza con mio figlio Tolentino, con cui ho stabilito fin dall'inizio un rapporto sincero e aperto che, nella fase terminale, ci ha permesso di superare gli argomenti più difficili. Metterò in evidenza le caratteristiche, gli elementi essenziali e i risultati ottenuti grazie a questo tipo di relazione. A seguito di questa esperienza con mio figlio, vi posso assicurare che non è possibile parlare con i bambini in fase terminale se prima non si è costruito un dialogo costante nel tempo di progressione della malattia.

Tolentino è morto per leucemia tre mesi prima di compiere quindici anni e dopo una lunga battaglia di quasi cinque anni in cui si sono susseguiti un trapianto di midollo osseo, quattro ricadute e tutte le vicissitudini che ben conoscete. Fortunatamente, fin dal momento della diagnosi iniziale, abbiamo instaurato una comunicazione diretta e sincera che si è mantenuta tale per tutto il corso della malattia. Que-

sto è stato reso possibile dal carattere del bambino, perché odiava la falsità e perché pretendeva di conoscere sempre la verità, ma anche dalla fortuna di poter contare su un'équipe di medici di grande professionalità capaci di ascoltarlo, di renderlo partecipe delle scelte e di rivolgersi a noi con franchezza e con affetto, avendo come obiettivo il miglioramento della comprensione e della considerazione verso il paziente. D'altra parte mi è stato consigliato di non nascondere il dolore e di non evadere dalla realtà per poter comprendere il funzionamento della malattia, per affrontare meglio i problemi da essa derivanti e per poter dare a Tolentino tutto il sostegno di cui aveva bisogno.

Forse la caratteristica principale di questo processo è stato proprio il fatto di parlargli senza reticenza fin dall'inizio, di metterlo nelle condizioni di discutere tutti gli aspetti della malattia e di tenerlo informato sul suo stato di salute o sulle possibili conseguenze della terapia. Conversavamo in un ambiente che lo metteva a suo agio, in cui si sentiva libero di esprimere le sue paure e le sue preoccupazioni, cercando di essere il più naturali possibile ed evitando i sentimentalismi. È essenziale che la comunicazione con il bambino in stato terminale avvenga in un clima di fiducia e di affetto, richiedendo fra l'altro una grande sensibilità da parte dell'interlocutore.

Il nostro dialogo era quasi sempre molto aperto, onesto e trasparente. Il più delle volte era lui che prendeva l'iniziativa; bastava non metterlo sotto pressione e dargli fiducia e calma. Grazie a questo dialogo siamo riusciti a costruire una splendida complicità che ci ha permesso di superare l'oscura disperazione e la costernazione di alcuni momenti e di trovare una fonte di incoraggiamento per entrambi. Di certo non potevamo entrare in crisi perché il crollo di uno dei due avrebbe rappresentato

la sconfitta. Quindi abbiamo dialogato per ore di un'infinità di argomenti fino a unire i nostri cuori, le nostre ansie, i nostri desideri e la nostra voglia di vivere questa lotta per la vita.

Ho sempre cercato di dargli risposte dirette e semplici e, se non avevo risposte alle sue preoccupazioni, gli dicevo che non lo sapevo e che lo avrei verificato, cercando di soddisfare tutte le sue richieste. Certe volte nemmeno io ero sicura del significato delle mie parole e in questi casi glielo dicevo, come quando gli dissi che morire è un po' come nascere, dato che quando nasciamo proveniamo dall'oscurità del ventre di nostra madre, dalla tranquillità di un mondo sconosciuto. E che la morte è una specie di viaggio al contrario perché morendo chiudiamo gli occhi, ma allo stesso tempo li apriamo nascendo in un altro mondo. Quando mi diceva che aveva paura di morire perché non sapeva cos'era l'aldilà, gli rispondeva che nemmeno io lo sapevo ma che sentivo la presenza di Dio dietro le meraviglie della terra e dietro il bene e il male che si compie al di là della volontà umana. In questo modo potevamo pensare il Paradiso come un luogo inconoscibile, dove si viveva meglio che sulla terra. Ma le sue paure non finivano qui. Infatti temeva di essere solo in cielo, ma io gli dicevo che al contrario suo nonno lo stava aspettando con le braccia aperte. Non ho mai saputo se credeva davvero alle mie parole, ma di certo queste parole gli davano conforto, dato che la sua ansia e le sue angosce diminuivano in modo notevole.

E una notte, parlando del Paradiso, mi chiese: "Mamma, come fai a essere sicura che andrò in Paradiso?". "Ne sono sicura", gli rispondeva, "Perché te lo sei guadagnato. Questa vita è stata per te un calvario purificatore e hai avuto il coraggio di affrontarlo; ma perché mi fai queste domande? Cosa ti fa dubitare?" "Perché a volte mi

arrabbio con Dio e lui forse è offeso con me. Non mi piace pregare perché ogni volta che lo faccio e gli chiedo di aiutarmi, la mia salute peggiora”.

Un aspetto fondamentale di questo tipo di comunicazione è stata la volontà di condividere le paure e di essere sinceri rispetto al timore, alla disperazione, all'impotenza e al resto delle emozioni che vivevamo, e il tentativo di dare un senso a ciò che sembrava incomprensibile, di affrontare le avversità nel miglior modo possibile. Questo ci ha permesso di capire che la sofferenza produce una crescita interiore e che dà un senso alla nostra vita, che una malattia come il cancro ci dava la possibilità di conoscerci veramente, di riconciliarci con noi stessi e di ottenere la pace e la serenità che forse non avremmo potuto ottenere in altro modo. Capimmo che la sofferenza ci mette in relazione con gli altri e ci lega loro con totale dedizione. Queste riflessioni ci aiutavano a capire che l'esperienza che stavamo vivendo, in fondo, ci avrebbe trasformato in persone migliori. Insieme riuscimmo a capire che il dolore e la sofferenza fanno parte della realtà e del trascorso della vita e che la morte, lungi dall'essere una tragedia, è invece un momento della vita stessa.

Nella leucemia, la paura della ricaduta è uno spettro costante che ti tiene sempre con il fiato sospeso. Dovevamo trovare un modo per convivere con questa paura. E per riuscirci, dovevamo innanzitutto comprendere e accettare che questa paura era fondata. Discutemmo parecchio di questa e di altre paure che avevamo sperimentato nel corso della vita, con l'obiettivo di comprendere che, in fondo, non potevamo reprimerle. Ma anzi, per sfuggire alle loro tentacolari insidie, decidemmo di “rinchiuderle” con la chiave della nostra volontà come se costituissero un prezioso tesoro. Questa strategia diede buoni risultati e il bambino superò la paura fino al momento in cui ebbe una ricaduta.

Anche il silenzio era parte del nostro codice ed ebbe una funzione molto importante per la comunicazione. Stavamo vivendo un momento difficile da descrivere a parole e ogni giorno ci ritrovavamo a condividere le nostre ansie e la sofferenza di entrambi. Fino a quando non capimmo, ciascuno dentro di sé, che condividere quest'ansia ci rendeva più deboli e che in certi momenti era necessario costruire fra noi un muro di silenzio per evitare di compatirci. Il silenzio ci proteggeva dalla triste verità. Eravamo consapevoli di aver bisogno l'uno dell'altra per confortarci e che l'importante era stare uniti; sapevamo che solo l'amore che ci univa poteva liberarci dal dolore.

Credo che in generale sia meglio dire ai bambini solo quello che vogliono sapere. Hanno un'intelligenza intuitiva, che a volte si perde in età adulta, con cui interpretano i gesti e i segni che li circondano. Tolentino riuscì a comprendere le stesse cose che avrebbe compreso un adulto in una situazione simile, o forse di più. Era sempre attento a ogni dettaglio e alle relative conseguenze; sembrava che ogni giorno perdesse un po' di paura ed era lui a indicarci il cammino da seguire per uscire dall'oscurità. Credo che in realtà sia stato lui a prepararmi alla nostra separazione e non viceversa.

Devo riconoscere che spesso non sapevo se dire la verità o mentire ed ero molto combattuta. Ma giunsi alla conclusione che era meglio per il bambino avere tutte le informazioni disponibili per poter partecipare attivamente alle scelte della terapia, conoscere la malattia e avere totale fiducia verso i medici che lo curavano, cosa che anche per me non fu facile. In alcuni momenti di disperazione pensai che forse nascondere al bambino le cattive notizie gli avrebbe evitato il dolore. Ma, grazie ai buoni consigli e alla presenza dei medici, riuscii a non cedere a questo impulso.

Il nostro dialogo era basato su alcuni elementi essenziali. La cosa più importante è che il bambino possa contare sul sostegno dei genitori e dei fratelli, e che li senta vicini; bisogna evitare che tema di essere abbandonato. Se sentisse la mancanza di uno dei genitori, aumenterebbero la sua ansia e la sua debolezza emotiva. L'assenza di uno dei genitori ha infatti un impatto psicologico negativo sul bambino, il quale, invece, deve ricevere tutto il sostegno psicologico e spirituale di cui ha bisogno, sia da parte dei medici che dei genitori.

È importante che anche i genitori ricevano un aiuto, dato che sono loro a dover individuare i meccanismi necessari alla costruzione di tale comunicazione. Quest'ultima dipende in gran parte dalle condizioni psicologiche dei genitori, che possono variare a seconda di come affrontano la malattia e dal rapporto instaurato con i medici. I genitori devono cercare le informazioni necessarie per far fronte alle paure del figlio, mentre i medici devono mettere a loro disposizione i dati scientifici perché possano comprendere lo stato di salute o i rischi legati alla malattia, soprattutto nel passaggio alla fase terminale. In definitiva, noi genitori dobbiamo rispondere con grande sensibilità al bisogno costante di nostro figlio di capire ciò che gli sta succedendo, di recuperare la fiducia in se stesso e di mantenere viva la speranza. Dobbiamo stare molto attenti a non trasformare la malattia in tragedia, cercando di continuare a vivere

in modo normale ed evitando che il bambino si senta commiserato.

D'altra parte il personale medico deve parlare al bambino in modo affettuoso, ma anche deciso, dimostrandogli comprensione e considerazione e riconoscendo i suoi sforzi nella lotta contro la morte. Quando Tolentino è entrato nella fase terminale, i medici hanno apprezzato la sua forza, il suo coraggio, la sua onestà, la sua intelligenza e, soprattutto, il suo altruismo. Nel corso della terapia si è instaurato un rapporto di fiducia reciproca fra i medici e il bambino. Una volta un medico gli disse che grazie a lui aveva compreso l'importanza di saper ascoltare il paziente, di individuare i desideri dei bambini malati e di aiutarli a conservare la dignità per tutto il corso della malattia. Spesso i bambini hanno una lezione da impartirci e a noi spetta il compito di aprire i nostri cuori e i nostri sensi per poter comprendere il loro messaggio.

Il processo che vi ho descritto ha permesso a Tolentino di sviluppare un maggior grado di fiducia in se stesso e una grande maturità con cui ha potuto affrontare l'ultima impennata della malattia. Quando si è reso conto che stava per morire, sembrava pronto a discutere di tutto ciò che ne derivava. Spesso, per sua iniziativa, si parlava della morte; mi chiedeva di sdraiarmi al suo fianco, mi faceva molte domande e dava libero sfogo alle sue paure. Discutevamo fra pianti, baci e abbracci, ma sempre tranquillamente. Si preoccupava soprattutto del mio stato d'animo e ciò che più temeva era l'idea che io potessi essere triste e depressa dopo la sua morte. Per ovviare a questa tristezza, che difficilmente avrei potuto evitare, gli proposi di fare un patto: gli dissi che il ricordo di quell'esperienza e di quelle conversazioni sarebbe stato per me fonte di coraggio e gli chiesi in cambio di diventare il mio angelo, di proteggermi e di mandarmi per sempre segnali dal cielo. La sua frustrazione maggiore era la consapevolezza di non poter continuare a studiare, di non poter diventare un professionista, di non essere utile alla società e, soprattutto, di non poter fare nulla per i più bisognosi. Io cercavo di tranquillizzarlo dicendogli che ci aveva insegnato molto, che il suo esempio rappresentava una lezione di amore verso la vita per tutti noi. Si preoccupò dei suoi fratelli, pensò a come sarebbero state le loro vite e anche a loro chiese di essere ricordato per sempre. Faceva molte domande su cosa sarebbe successo dopo e chiese di essere sotterrato vicino alla tomba di mio padre, che non aveva mai conosciuto, ma che era diventato per lui una specie di guida. È importante che il bambino ottenga sempre le risposte alle sue domande e alle sue paure.

Credo che durante la fase terminale sia essenziale affrontare in modo naturale tutti gli argomenti che derivano dalla presa di coscienza del bambino della prossimità della morte. Nel nostro caso, Tolentino si era preparato nel corso del tempo, sapeva di dover mantenere il controllo e voleva risolvere i problemi legati all'emotività e al carattere. È evidente che il comportamento dei genitori incide su questo processo, facilitandolo o rendendolo più difficile, e spesso sono gli stessi bambini che ci aiutano ad accettare la realtà e a superare la fase di negazione e di rifiuto che di solito si presenta all'inizio della diagnosi e che alcune volte si mantiene invariata nel tempo. Il bambino affronta una prova molto dura e, senza il sostegno necessario, perderà velocemente tutte le proprie forze. Dopo tut-

to anche lui accetta la morte e vuole solo morire tranquillo.

È necessario rispondere a tutte le paure del bambino, ma è ancor più importante dimostrargli il proprio amore e riconoscere il suo coraggio, la sua integrità e il suo valore. Gli dissi molte volte che ero orgogliosa di lui e gli assicurai che dopo la sua morte questo orgoglio sarebbe stato la mia consolazione nei momenti tristi. Gli ripetevo in continuazione che lo amavo e che lo ammiravo, promettendogli che sarebbe stato sempre nella mia mente, dato che con il suo esempio la mia vita aveva assunto un nuovo significato. Non potevo assicurargli che non avrei provato dolore perché non ero sicura di riuscirci, ma gli ribadii il mio infinito amore e soprattutto che avrei sentito per sempre la sua mancanza.

In questo modo, grazie a un dialogo costante, alla trasparenza delle informazioni, all'ottimo rapporto instaurato con i medici e al clima di affetto che lo circondava, Tolentino è riuscito ad accettare la morte precoce con serenità e a congedarsi dalle persone che gli stavano a cuore. Ormai sul punto di morire ci salutò senza nessuna angoscia, senza lacrime e senza dare spazio alla disperazione o al pianto, ma anzi trasmettendoci un senso di pace e tranquillità che noi non eravamo riusciti a trovare. In effetti il bambino aveva raggiunto uno stato di quiete e di distacco che lo sollevava dalla paura di morire. Forse, in quel momento, ha scoperto il vero senso della fede comprendendo che la fine può anche essere un meraviglioso inizio.

A COLPO D'OCCHIO

Soluzione del quesito di p. 268

Ragazzo di 13 anni con dolore all'anca alla deambulazione

Epifisiolisi dell'anca

“Slipped capital femoral epiphysis” identifica lo scivolamento postero-inferiore dell'epifisi femorale prossimale sulla metafisi (collo femorale) che si realizza a livello della cartilagine di coniugazione (Figura 1). È la più comune patologia dell'anca negli adolescenti tra 8 e 15 anni ed è più frequente nei maschi. Può essere bilaterale nel 18-50% dei casi. Obesità, rapido accrescimento e patologie endocrine (ipotiroidismo, ipogonadismo, panipopituitarismo) sono tra le cause predisponenti più accreditate. Meno frequente è la storia di traumatismo. La deambulazione è resa difficile dal dolore all'anca, anche se nel 15% dei casi il dolore può essere riferito alla coscia o al ginocchio. La radiografia dell'articolazione consente la diagnosi e la definizione della gravità dello scivolamento (Figura 2). La terapia è essenzialmente chirurgica con inserimento di una vite di fissaggio. Nel caso presentato, si trattava di un ragazzo obeso, con storia recente di trauma contusivo sportivo.

1. Peck DM, Voss LM, Voss TT. Slipped capital femoral epiphysis: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2017;95:779.
2. Georgiadis AG, Zaltz I. Slipped capital femoral epiphysis: how to evaluate with a review and update of treatment. *Pediatr Clin North Am* 2014;61:1119.



Figura 1



Figura 2 (modificata da UpToDate, 2018).

Vuoi esaminare nuovi casi e indovinare la diagnosi? Visita la pagina della rubrica al seguente link:
<http://www.acp.it/a-colpo-docchio>

Un conflitto psichico materno all'inizio dello svezzamento

Stefano Golasmici

Psicoterapeuta di formazione psicoanalitica

Viene offerto lo scorcio di una psicoterapia psicoanalitica con una madre di un bimbo di circa sei mesi che presenta una lieve anoressia del secondo trimestre. L'infante rifiuta il cibo offertogli dalla madre che, preoccupata e angosciata, finisce per innescare una escalation di reciproci rifiuti e incomprensioni. Il lavoro terapeutico gradualmente porta la donna a comprendere come l'inizio dello svezzamento abbia suscitato in lei una profonda ambivalenza affettiva correlata al conflitto dipendenza-indipendenza connesso all'esperienza della maternità.

A cross-section of a psychoanalytic psychotherapy is described with a mother of a six months old child with slight anorexia. The infant refuses the food offered to him by his mother who, worried and distressed, ends up triggering an escalation of mutual misunderstandings. Therapeutic work gradually leads the woman to understand how the beginning of weaning has activated in her a deep affective ambivalence connected to the dependency-independence conflict elicited by the experience of motherhood.

Introduzione

Si tratta della ricostruzione¹ di una psicoterapia analitica a due sedute settimanali (ormai conclusa), richiesta per sentimenti di inadeguatezza che una donna viveva nell'ambito della propria attività imprenditoriale. L'avvento della maternità riaccendeva nella paziente alcuni timori legati al desiderio di realizzarsi come donna, come moglie, come professionista, come madre. Si potrebbe sintetizzare la problematica portata in psicoterapia in quel periodo con questo interrogativo: come integrare questi scenari in una persona che sentiva di essere inadeguata?

Prima di proseguire sono però necessarie due specificazioni. Come anticipato, la paziente non aveva chiesto aiuto in seguito alla gravidanza e alla maternità: questa è una evenienza successiva, accaduta in corso di psicoterapia e che ha portato la donna ad attraversare alcuni momenti di disagio nel rapporto col proprio bambino. In secondo luogo, occorre tenere in considerazione la specificità della comunicazione psicoterapeutica: ogni riferimento si basa unicamente sul dialogo terapeutico con la paziente ed è pertanto sempre funzionale alla ricostruzione che si svolge durante una psicoterapia analitica.

Una reciproca ostilità?

Durante una seduta, la paziente riferiva di sentirsi angosciata e arrabbiata per ciò che le accadeva nel rapporto col figlio. Una situazione che oltretutto intensificava il senso di colpa e lo sconforto, poiché simili sentimenti provocavano la sensazione

di non essere una buona madre: lo spettro della inadeguatezza si riaffacciava dunque nelle sembianze dell'essere madre.

L'atteggiamento materno, che nei primi mesi era sostanzialmente apparso in sintonia con i bisogni del neonato, iniziava a modificarsi verso la fine del sesto mese: la paziente lamentava di non riuscire a capire quale comportamento tenere, provando insoddisfazione nell'adattarsi alle fisiologiche necessità di cura e accudimento del bambino.

Questa comunicazione avviava un periodo di lavoro terapeutico focalizzato a ricostruire gli scenari che la paziente viveva nel rapporto col figlio affinché si potessero comprendere quegli aspetti emotivi che la condizionavano.

In questo frangente, la paziente comunicava un clima progressivamente dominato dall'ostinatezza con cui il figlio sembrava rifiutare il cibo che la madre offriva. Il rapporto che la paziente intratteneva col suo bambino appariva contrassegnato da tensioni e insoddisfazioni soprattutto al momento dei pasti: sembrava che il figlio rifiutasse le prime pappe e persino di attaccarsi al seno, iniziando a protestare in un modo che la paziente sentiva incomprensibile.

Questo rapporto portava la donna a sentirsi irritata nei suoi confronti: presa dallo scrupolo di non dovere "cedere" all'ostinazione del figlio, come se una sua maggiore comprensione, vicinanza o dedizione fosse un modo per "viziarlo" già da così piccolo, l'atteggiamento materno oscillava tra una forzosa sollecitazione (affinché si riat-

taccasse al seno o mangiasse qualche pappetta) e una piccata distanza, facendolo attendere e non concedendosi subito al momento del bisogno come invece accadeva in precedenza.

Anoressia del secondo trimestre e pediatra entrano in scena

Questo clima di tensioni perdurava da qualche settimana, quando la donna giunse in psicoterapia portando alcune preoccupazioni circa la salute del figlio. Questo era un aspetto piuttosto significativo, poiché in passato la paziente aveva invece lamentato preoccupazioni circa la propria condizione di salute. Talora aveva indulgiato in fantasie che la opprimevano, pur giudicandole inutili, inopportune o non realistiche: per esempio, un mal di testa veniva fantasticato come massa tumorale cerebrale. Con l'avvento della maternità queste preoccupazioni venivano proiettate nel figlio, per il quale sapeva di ricorrere frequentemente all'aiuto del pediatra per trovare rassicurazioni, oltre che per opportune cure quando necessarie.

All'interno di questo scenario, faceva comparsa l'idea di "anoressia del secondo trimestre" [1], cui la paziente era giunta consultando la rete: aveva letto di questo inquadramento diagnostico (che indica perlopiù una difficoltà transitoria nel periodo dello svezzamento) e, oltre a riferirlo in seduta, ne aveva parlato col pediatra, poiché sembrava calzare con quanto stava accadendo nel rapporto col suo bambino.

Come è possibile immaginare, non è noto cosa paziente e pediatra si siano detti in quella consultazione. Tuttavia, ai fini del lavoro psicoterapeutico, l'implicazione affettiva che la paziente riportava attorno a questa categoria era rilevante, venendo da lei sintetizzata nell'idea che il suo bambino "perdeva peso" a causa del rapporto difficoltoso che si era venuto a creare tra di loro. Nella realtà è ipotizzabile che il pediatra abbia trasmesso interesse per questa situazione, visto che la paziente si sentiva rassicurata dalla sua consultazione. Per altro verso, è probabile che la paziente possa allora aver distorto il rapporto e la comunicazione col medico, portandosi verso una spirale equivoca impregnata di ambivalen-

za affettiva. Infatti, da una parte, la paziente riferiva come il medico non avesse rilevato segni di una particolare sofferenza nel bambino e che la situazione poteva risolversi per il meglio con qualche accorgimento comportamentale, come per esempio farsi aiutare dal marito o da qualche altro familiare nel momento dei pasti. D'altra parte, l'espressione "anoressia" aveva finito per dominare i pensieri della donna, sollecitando scenari catastrofici e contrassegnati dal senso di colpa.

Tuttavia questa preoccupazione incontrava una significativa diminuzione appena la paziente si accorgeva che, seguendo le semplici indicazioni comportamentali suggerite, il figlio riprendeva ad alimentarsi. A questo punto però, seppure lo spettro di una "anoressia del secondo trimestre" poteva essere abbandonato, la paziente faceva la dolorosa esperienza che il bambino riusciva a essere più tranquillo con la nonna materna e col padre, mentre la sua presenza diventava fonte di turbamento.

Se da una parte la paziente si sentiva sollevata perché il figlio riprendeva ad alimentarsi, per altro verso questa esperienza introduceva in modo ancora più pregnante l'ambivalenza affettiva che viveva nel rapporto col bambino. Un'ambivalenza dalla quale cercava di difendersi con razionalizzazioni e negazioni: riprendendo a mangiare, la paziente si sentiva più sollevata fantasticando che la crescita del figlio procedesse finalmente senza complicazioni. Questa fantasia portava la paziente a immaginare il figlio "più grande" e perciò meno bisognoso della sua presenza, indulgendo in pensieri sulla ripresa della propria carriera professionale sospesa in seguito alla maternità. Parimenti, questo stesso pensiero portava la paziente a sentirsi inadeguata perché temeva di non capire di cosa il figlio avesse bisogno.

Alcune considerazioni psicodinamiche

Le osservazioni che seguono si riferiscono a un segmento peculiare della psicoterapia e si focalizzano su qualche aspetto dell'atteggiamento materno, tralasciando completamente altre vicende che pure potrebbero essere utili per una migliore comprensione dei sentimenti della paziente.

In ogni caso sembra che la tensione che si era venuta a generare nel rapporto tra la paziente e il suo bambino esponesse la coppia al rischio di distorsioni nell'attaccamento [2,3]. Per come la paziente riferiva in seduta, si poteva dedurre un costante travaso di sentimenti tra madre e figlio: il rifiuto del figlio rifletteva il rifiuto della madre, e viceversa. Era presente un gioco di proiezioni e identificazioni che finiva per alterare il rapporto, anziché nutrirlo

come base di possibili comprensioni e sintonizzazioni.

Durante la psicoterapia, questo rapporto insoddisfacente poteva essere correlato con due aree dell'esperienza affettiva della paziente.

La prima riguardava la pluralità dei significati emotivi relativi all'introduzione dei primi alimenti. Lo svezzamento si poneva come snodo affettivo anche per la madre, che si trovava a vivere conflitti che potevano essere compresi lungo l'asse dipendenza-indipendenza. Le prime pappe erano fantasticate dalla madre come "corpi estranei" che si frapponavano tra lei e il figlio: si trattava di un evento che perturbava il loro rapporto idilliaco, contrassegnato da profondi scambi affettivi reciproci e regressivi a cui la paziente era giunta dopo l'iniziale perplessità relativa alla gravidanza. Ora che, finalmente, aveva potuto vivere la qualità profonda del contatto col proprio figlio, riuscendo a provare piacere nell'identificarsi e rispondere alle sue richieste [4], aveva la sensazione o l'oscura percezione che l'introduzione di un elemento estraneo, come le pappe, rompesse bruscamente l'illusione dell'essere tutt'uno con lui. La spontanea crescita del bambino si scontrava con la necessità della madre di permanere in una condizione di regressiva dipendenza dal figlio, vissuto come catalizzatore di un'esperienza affettiva che agli inizi della gravidanza aveva temuto.

Si potrebbe dire che, nel rifiutare il cibo, il bambino si difendeva da un'angoscia della madre che, per motivi legati alla sua esperienza, non era ancora in grado di "digerire" quelle nuove pappe che rappresentavano una modificazione del rapporto in una direzione meno regressiva.

Questo contesto di rapporti, tuttavia, accendeva simultaneamente un altro scenario fantasmatico, complementare a quello precedente. Sostenere l'oscillazione di spinte evolutive e regressive attivava nella paziente la fantasia di una persistente dipendenza del figlio dalla sua persona, portando la paziente a sentirsi ingabbiata in un rapporto irrisolvibile: il desiderio di forzare in modo imperioso l'alimentazione con le pappe era anche un modo per accelerare i tempi della crescita e negare la dipendenza. L'introduzione forzosa del cibo poteva essere visto come un tentativo di difendersi dallo spettro del sentirsi consumata dal bambino: la madre rifiutava il bambino perché, a un livello più consapevole, impediva l'accesso a una realizzazione professionale, ma più oscuramente rappresentava una voragine che la impoveriva nella sua spinta vitale.

È in questo frangente che entrava in scena la prospettiva della realizzazione di sé

come persona e come professionista. La fantasia che il bambino potesse avere meno bisogno di lei era una questione che la paziente utilizzava per cercare di ripristinare una rappresentazione di sé "ante-partum": una modalità con la quale desiderava (oscuramente e non senza sentimenti di colpa) annullare la presenza del figlio perché percepito come potenziale ostacolo. Con una metafora, si potrebbe dire che il figlio rappresentava per la paziente un "boccone amaro", a tratti vissuto come intralcio alla realizzazione di sé come donna e professionista.

La seconda area, strettamente connessa con la prima, aveva a che vedere con l'attivazione nella relazione terapeutica di quei sentimenti ambivalenti e insoddisfacenti che la paziente aveva vissuto nel rapporto con la propria madre. Si potevano tradurre le preoccupazioni e le fantasie della paziente con questi interrogativi: "sono come mia madre nel prendermi cura del mio bambino? Sono abbastanza attenta e premurosa? Oppure sono fredda e in balia dei miei desideri di realizzazione professionale?". In modo complementare, queste domande erano inconsapevolmente rivolte al terapeuta e probabilmente anche al pediatra: "siete freddi e distanti come sentivo essere mia madre, oppure siete capaci di occuparvi di me?". Peraltro, comunicare in psicoterapia una diagnosi trovata in rete e, comunque, espressiva del pensiero di un neuropsichiatra infantile e psicoanalista francese rappresentava il suo desiderio di chiedere al proprio terapeuta: "Sono spaventata e forse sono grave: te ne intendi?". Anche la preoccupazione relativa all'anoressia del secondo trimestre poteva allora essere compresa come un fantasma che aveva diverse contaminazioni ed era in relazione al suo sentirsi bambina e figlia, nell'essere donna e moglie, nell'essere madre e imprenditrice nei rapporti con la propria madre e col proprio figlio, nel contatto col pediatra e nell'esperienza col terapeuta. Più in specifico, l'anoressia del secondo trimestre si trasformava in un'immagine che veicolava l'insoddisfazione verso un terapeuta sentito freddo e distante come esito della proiezione di qualche aspetto della rappresentazione del legame materno: una forma di insoddisfazione, di opposizione, di rifiuto e di ostilità si riproponeva nella relazione di transfert.

L'azione psicoterapeutica era quindi volta a sostenere la trasformazione dell'esperienza materna, che nella paziente era coagulata attorno agli affetti insoddisfacenti provenienti dall'interiorizzazione del legame che aveva sperimentato con la propria madre. La possibilità di vivere (rivivere e risentire) un simile scenario, consentiva al-

la paziente di osservare alcuni aspetti della propria storia affettiva, avendo la possibilità di riconoscerli, contestualizzarli e liberare il campo per una rinnovata attenzione verso il bambino.

Conclusioni

Lo scorcio di questa psicoterapia può offrire spunti di riflessione sulla qualità della dinamica affettiva del periodo perinatale, caratterizzato da una pluralità di cambiamenti e da rimaneggiamenti inerenti al sentimento di identità del genitore e che l'esplorazione psicoanalitica può rendere più visibili e comprensibili.

Il processo che comporta il divenire genitore implica la movimentazione di aspetti emotivo-affettivi correlati all'esperienza dell'essere stati a propria volta figli dei propri genitori: inevitabilmente, l'esperienza di essere genitore attinge a quella che ciascuna persona ha potuto vivere da infante, da bambino, da ragazzo e poi da adulto nel rapporto col proprio genitore.

Si può dire che l'identificazione col genitore è il motore affettivo che guida la possibilità di divenire a propria volta genitore. Se però queste identificazioni (necessarie, perché rappresentano una parte di quei "mattoni" che contribuiscono allo sviluppo del senso di sé) sono ingombranti, occlusive, contrassegnate da esperienze insoddisfacenti, costellate da condizioni traumatiche o impregnate di una conflittualità che il soggetto non è ancora riuscito a risolvere, allora è probabile che intralcino inconsa-

pevolmente anche l'esperienza di cura del proprio bambino.

È in questo senso che alcuni autori parlano di assetto psichico "trasparente" [5,6]. Vale a dire che fin dall'inizio della gravidanza e durante l'esperienza della maternità, il genitore accede a uno stato emotivo che gli consente un maggior contatto con quegli aspetti infantili di sé. Si potrebbe dire che la vita fantasmatica appare più accessibile in conseguenza di una maggiore fluidità delle difese, consentendo l'emersione di alcuni aspetti emotivi latenti o rimossi in grado di influenzare l'identificazione del genitore col bambino [7]. In altre parole, le rappresentazioni affettive connesse ai legami parentali che il soggetto ha conservato nel corso del suo sviluppo influenzano (e a volte condizionano e distorcono) la modalità con cui egli vive oggi l'essere genitore.

Questi aspetti costituiscono le radici emotivo-affettive dei diversi scenari della genitorialità, territorio su cui talora si possono svolgere i molteplici teatri di una conflittualità, che può bloccare o alterare lo sviluppo psichico [2, 8]. Il periodo perinatale può quindi essere compreso come compito di sviluppo, che comporta sia un'opportunità di crescita sia un rischio evolutivo: spesso si traduce in una rinnovata dimensione dell'identità, capace di accogliere i bisogni evolutivi dell'infante e sostenere le richieste di attaccamento. Altre volte, invece, può sollecitare la riedizione di aspetti conflittuali irrisolti e latenti, incidendo sia

nell'organizzazione della personalità del genitore che sulla qualità del rapporto col bambino.

✉ stefano.golasmici@gmail.com

¹ La narrazione del caso è modificata in modo da preservare la riservatezza e non permettere il riconoscimento, benché consenta al lettore una sufficiente identificazione per la comprensione della problematica.

1. Marcelli D. Psicopatologia del bambino (2009). Masson Elsevier, 2013.
2. Manzano J, Palacio Espasa F, Zilkha N. Scenari della genitorialità (1999). Raffaello Cortina Editore, 2001.
3. Knauer D, Palacio Espasa F. Difficoltà evolutive e crescita psicologia (2010). Raffaello Cortina Editore, 2012.
4. Winnicott DW. La preoccupazione materna primaria (1956). In: Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli, 1975, pp. 357-63.
5. Bydlowski M. La transparence psychique de la grossesse. Études freudiennes 1991;32: 135-42.
6. Missonier S. La consultazione terapeutica perinatale. Psicologia della genitorialità, della gravidanza e della nascita (2003). Raffaello Cortina Editore, 2005.
7. Nanzer N, Palacio Espasa F. I mali della genitorialità. In: Nanzer N (a cura di). Manuale di psicoterapia centrata sulla genitorialità (2012). Raffaello Cortina Editore, 2016, pp. 19-29.
8. Nanzer N. La PCP durante il pre-parto e il post-partum e nei casi di depressione perinatale. In: Nanzer N (a cura di). Manuale di psicoterapia centrata sulla genitorialità (2012). Raffaello Cortina Editore, 2016, pp. 91-105.



Tubercolosi latente: con la rifampicina, migliore aderenza al trattamento?

Dieci milioni di nuovi casi di tubercolosi (TB) ogni anno di cui 1 milione in bambini, 1 persona su 4 con infezione latente e il 10% di questi svilupperà la malattia. Sono questi i dati epidemiologici mondiali da cui discende la raccomandazione dell'OMS a una stretta sorveglianza dei contatti pediatrici e a un rigoroso trattamento delle infezioni latenti con isoniazide per un periodo di almeno 6-9 mesi. Da sempre l'aderenza delle famiglie a un trattamento così prolungato ha rappresentato un problema di sanità pubblica oltre che individuale e alcuni autori canadesi hanno cercato di capire se un trattamento breve (4 mesi) con rifampicina potesse essere più vantaggioso rispetto alla classica terapia di 9 mesi con isoniazide (Diallo T. NEJM 2018;379:454-63). Già nell'adulto alcuni studi avevano confermato l'ipotesi. La ricerca ha coinvolto, in quattro continenti, oltre 800 bambini di età inferiore a 18 anni con un disegno randomizzato di non-inferiorità e in aperto. Obiettivo principale era valutare la frequenza degli eventi avversi che avrebbero costretto alla sospensione del trattamento e, secondariamente, l'aderenza, gli effetti collaterali e l'evoluzione verso la malattia tubercolare nell'arco di 16 mesi. L'aderenza al trattamento è stata significativamente inferiore con l'isoniazide rispetto alla rifampicina di oltre 13 punti percentuali, in assenza di rilevanti effetti avversi con entrambi i farmaci. Due bambini del gruppo isoniazide sono evoluti verso una forma attiva. Il regime "breve" con rifampicina sembra effettivamente esporre a un minore rischio di sospensione precoce del trattamento con un profilo di sicurezza analogo a quello dell'isoniazide. Non è ancora possibile dare un giudizio definitivo sull'efficacia clinica di questo schema terapeutico, ma vero è che nessun caso di evoluzione verso la TB acuta si è verificato nel gruppo rifampicina. Anche se nella pratica clinica utilizziamo forse più frequentemente lo schema con isoniazide a 6 mesi, l'alternativa della rifampicina per un periodo ancora più breve può tornare utile nei casi nei quali la compliance appaia particolarmente problematica.

Enrico Valletta

Il Rapporto Vaccini 2017 redatto dall'AIFA



Rosario Cavallo

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce), Gruppo ACP prevenzione malattie infettive

Una delle principali motivazioni indicate da chi esprime un atteggiamento di esitazione o di aperta opposizione rispetto alle vaccinazioni è il timore della insorgenza di eventuali eventi avversi che possano compromettere la salute del soggetto che in quel momento è invece sano.

Il *Rapporto Vaccini 2017* redatto dall'AIFA riporta i risultati della sorveglianza post-marketing e rappresenta un valido e concreto strumento a disposizione di utenti e operatori che intendano corredare con dati reali le proprie convinzioni o impressioni in proposito.

Come correttamente riportato in una nota del rapporto, *“un evento avverso dopo immunizzazione (adverse events following immunization, AEFI) è un qualsiasi evento di natura medica che occorre dopo una vaccinazione e che non necessariamente presenta una relazione causale con la somministrazione del vaccino. Le segnalazioni di sospetta reazione avversa inserite nei sistemi di vigilanza passiva rappresentano, pertanto, dei sospetti e non la certezza di una relazione causale tra prodotto medicinale (vaccino) somministrato ed evento avverso che si manifesta in coincidenza temporale o successivamente alla/e vaccinazione/i”*.

Fatta questa fondamentale precisazione, nel 2017 ci sono state 6696 segnalazioni; quasi il 60% di queste segnalazioni riguardano bambini fino a 1 anno di vita; 4821 segnalazioni si riferiscono a eventi insorti nell'anno in questione; i casi restanti si riferiscono a casi verificatisi negli anni precedenti. Il tasso di segnalazione (numero di segnalazioni/100.000 abitanti) è passato dal 7,9/100.000 del 2016 al 11,1/100.000 del 2017, probabilmente a causa di un miglioramento del servizio ma anche per una maggiore sensibilizzazione dovuta alle questioni relative all'obbligo vaccinale. Le segnalazioni sono molto più frequenti al Nord che non al Centro e al Sud dell'Italia; oltre che da medici, giungono da personale

sanitario non medico e anche da comuni cittadini.

Se si fa riferimento ai soli vaccini obbligatori e quindi alla popolazione di età inferiore ai 16 anni, le segnalazioni sono state 3203 con un tasso di segnalazione di 34,3/100.000.

Solo 1307 eventi segnalati (circa il 20% del totale) sono stati classificati come gravi; sono stati segnalati 10 casi con decesso, ma per 8 di questi è stata definita l'assenza di correlazione con i vaccini e per i restanti 2 la relazione è stata definita indeterminata perché non si è potuto riconoscere un nesso di causalità con la precedente vaccinazione. La valutazione sulla reale esistenza di un nesso di causalità tra l'evento vaccino e l'evento avverso successivamente verificatosi compete ai centri regionali di farmacovigilanza che devono stabilire la *probabilità* con cui i due eventi siano legati da un rapporto di causa-effetto in base alle prove disponibili. Ci si avvale di un algoritmo che, tramite un metodo sistematico e standardizzato, tiene conto non solo della relazione temporale ma anche della presenza di possibili spiegazioni alternative, di prove a favore dell'associazione, di precedenti evidenze di letteratura, della frequenza dell'evento nella popolazione generale, della plausibilità biologica.

L'evento può essere considerato *correlabile* (il nesso è plausibile), *non correlabile* (l'evento è attribuito ad altra causa o il nesso non è plausibile), *indeterminato* (il nesso non può essere escluso ma mancano le prove di conferma).

Ovviamente le reazioni che interessano maggiormente sono quelle meno frequenti ma gravi; si definisce *grave* un evento avverso quando: provoca decesso - provoca o prolunga una ospedalizzazione - provoca invalidità grave o permanente - mette in pericolo la vita del paziente - causa anomalie congenite e/o difetti alla nascita - viene considerato dall'EMA rilevante secondo una specifica lista IME (Important

Medically Event) - determina mancanza di efficacia per alcuni prodotti come: farmaci salvavita, contraccettivi, vaccini - fa sospettare la trasmissione di un agente infettante attraverso il vaccino - provoca una qualunque reazione riconducibile a disturbi congeniti, familiari e genetici o neoplasie benigne o maligne (inclusi cisti e polipi) o infezioni e infestazioni.

Gran parte di questi eventi gravi sono riferibili a reazioni avverse già note e/o autolimitanti come la febbre o la cefalea o la convulsione febbrile, che possono determinare un ricovero ospedaliero e quindi essere riportate come gravi; altre volte invece per eventi molto gravi o invalidanti non si dimostra un nesso di causalità con la vaccinazione (come abbiamo visto per i 10 casi con decesso che sono stati segnalati). In definitiva possiamo ribadire che la sorveglianza postmarketing in oggetto non ha evidenziato particolari situazioni di allarme.

Considerazioni finali:

- la cultura della sorveglianza e della segnalazione sta finalmente migliorando, anche se c'è ancora tanto da fare (interregioni dimostrano ancora poca propensione, è necessario completare il processo di informatizzazione, bisogna uniformare maggiormente il processo);
- gli eventi avversi ai vaccini esistono, sono abbastanza ben conosciuti, quelli gravi sono rari e in genere non comportano danni permanenti, sono raramente correlabili alle vaccinazioni fatte e comunque non in misura da mettere in dubbio i vantaggi determinati dal controllo delle malattie prevenibili da vaccinazione;
- tutto ciò vale sia per i vaccini obbligatori che per quelli raccomandati;
- la sorveglianza 2017 non ha evidenziato situazioni di rischio o allarme riguardo a eventi avversi gravi causati da vaccini.

✉ roscavallo58@gmail.com

Libri: occasioni per una buona lettura



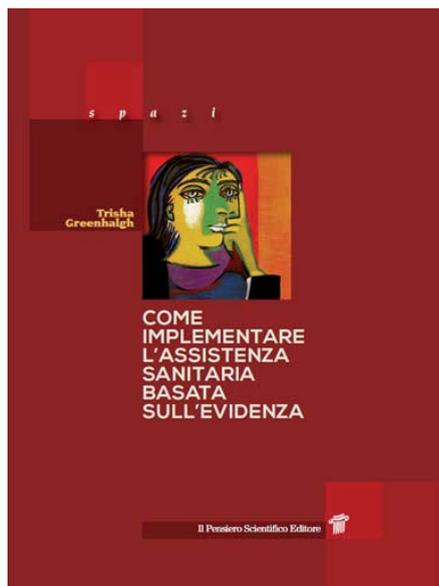
Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

Come implementare l'assistenza sanitaria basata sull'evidenza

di Trisha Greenhalgh

Il Pensiero Scientifico Editore, 2018

pp. 336, € 28



Sfida ad applicare le conoscenze nel modo migliore

Stiamo parlando di Evidence Based Health Care (EBHC), ben differente dalle sperimentazioni randomizzate controllate, il riferimento metodologico per eccellenza della Evidence Based Medicine (EBM). Una sperimentazione vincente dal punto di vista della EBM non ci potrà dire se questa avrà un'influenza positiva in un contesto e in un periodo di tempo differenti rispetto a quelli in cui è avvenuto il trial; stesso discorso per gli outcome. Questo libro invece parla di Knowledge Translation, ossia della diffusione, della divulgazione e della implementazione delle conoscenze per arrivare alla efficacia sul campo (l'effectiveness degli anglosassoni) mentre il trial definisce l'efficacia sperimentale (la efficacy). Bruttissima parola italiana, implementazione, derivata dall'inglese implement, che traduco più volentieri in: svolgimento, attuazione, applicazione, realizzazione di interventi concreti, partendo dalla diffusione delle conoscenze da parte degli utilizzatori della ricerca, con l'obiettivo di cambiare il comportamento nei diversi livelli dell'organizzazione sanitaria.

Un processo di cambiamento continuo e dinamico, una sfida ad applicare le cono-

scenze nel modo migliore per offrire prodotti sanitari più efficaci sia nelle cure primarie che in quelle ospedaliere. Anche se molta ricerca non è utile per i clinici (John Ioannidis in PloS Medicine 2016), il libro di T. Greenhalgh offre molti spunti per un agire clinico: i 10 consigli per trasferire l'evidenza, i bias cognitivi che distorcono sistematicamente la percezione e ci fanno lavorare in modo irrazionale, il sensemaking organizzativo dove si producono i significati, la costruzione di un network, le caratteristiche di un leader e, soprattutto, di che cosa è fatta la conoscenza, un materiale organico che vive di condivisione. Ma c'è molto, molto di più in ogni pagina di questo libro.

Se vi siete proposti di cambiare, di fare innovazione nella vostra pratica clinica o di proporre una nuova attività di cui avete letto una sperimentazione, oppure se desiderate impostare un lavoro di gruppo o migliorare la qualità del servizio, questo è il libro che fa per voi. Ma è necessario che ognuno di noi lo legga semplicemente per capire quello che stiamo facendo nei nostri ambulatori e, soprattutto, quello che non stiamo facendo.

Costantino Panza

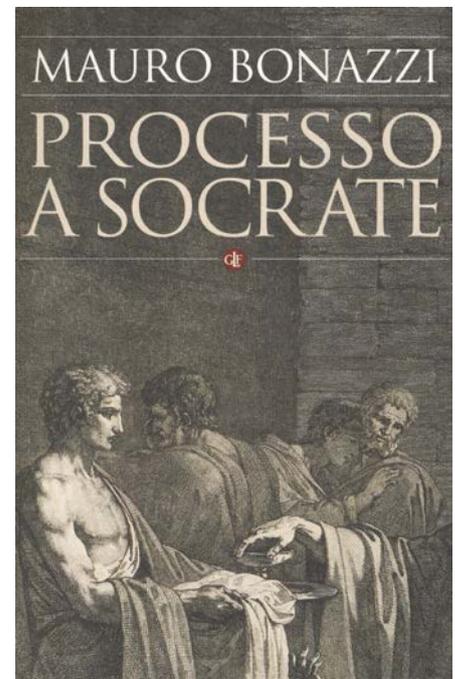
Processo a Socrate

di Mauro Bonazzi

Editore Laterza, 2018, pp. 159, € 18

Perché è stato condannato?

In un fine settimana trascorso insieme, Fabio Sereni mi ha regalato il recente saggio di Mauro Bonazzi *Processo a Socrate*, pubblicato da Laterza. Una lettura con molte note e richiami alla storia di Atene che ha richiesto attenzione, ma mi ha fatto riflettere e capire. Sapevo solo del suo metodo di indagine, il dialogo, che utilizzava per mettere alla prova le opinioni dell'interlocutore. Nessuna affermazione attiva perché lui "sapeva di non sapere". Il nucleo del libro riguarda "perché Socrate è stato condannato nel processo del 399 a.C?". Le ipotesi sono due. La prima che si sia trattato di un processo politico. Il filosofo aveva avuto legami, in verità superficiali, con i cosiddetti Trenta Tiranni e con i gruppi oligarchici della città a questi legati. I Trenta, accolti all'inizio come pacificatori e restauratori di politiche basate sulla moderazione contro sfrenatezza, corruzio-



ne e lussuria prodotte dal regime democratico, avevano in seguito precipitato la città nel terrore. Socrate era stato in rapporti di amicizia con un loro leader, Crizia, in qualche modo considerato un suo allievo. Per chi aveva militato a favore dell'oligarchia, o meglio non si era espresso contro, furono anni rischiosi. Nelle *Nuvole* Aristofane (uno dei suoi nemici) presenta Socrate come il peggio della nuova cultura, responsabile della corruzione della città. E specialmente dei giovani. E a proposito della sua influenza sui giovani si entra nel pieno della seconda tesi per la condanna: l'influsso di Socrate, che in moltissimi ascoltavano ogni giorno nelle vie, nei ginnasi, nelle botteghe, nelle piazze di Atene. Non ha mai scritto nulla e le sue idee si derivano da Platone e Senofonte. Non ha tesi personali da offrire agli interlocutori ("lui non sa nulla") ma sulle idee del suo interlocutore pone domande, lasciandolo spesso nell'incertezza in un gioco che sembra non avere fine. Sviluppa quindi nell'interlocutore la voglia di riflettere sul sistema di valori spesso corrotto in cui si fondano la città e il potere. Questa riflessione è probabilmente alla base del riflesso di salvaguardia che il potere mette in atto intentando il processo. Del resto l'avvio alla riflessione era il metodo utilizzato dagli antifascisti che, in gioventù, ho avuto il bene di conoscere: "Guai iniziare chie-

endo del fascismo. Sarebbe venuto fuori da solo. Permeava l'aria". Ancora una domanda: poteva salvarsi Socrate o è stato lui stesso a decidere di morire? Nel processo, condotto con tutte le regole in vigore a quei tempi, Socrate tenne un atteggiamento di intransigenza tale da rendere impossibile evitargli la condanna. Fu rigidissimo: non gli si chiedeva di rinnegare in blocco le sue idee, ma se avesse semplicemente sostenuto almeno la sua buona fede, se avesse chiesto una commutazione della condanna in esilio o in una sanzione pecuniaria che gli amici gli offrivano, insomma se avesse scelto una linea più conciliante, avrebbe potuto salvarsi. Invece come pena alternativa egli propose di essere mantenuto a vita nel Pritaneo, un edificio pubblico per chi in qualche misura (sport, guerre, scultura, architettura, musica) aveva contribuito al bene della città. Evidentemente una sfida. Dal carcere poteva fuggire facilmente e non lo fece. Non volle salvarsi, conclude Bonazzi, forse per rimanere intatto perché, volendo la condanna, alla lunga distanza sarebbe stato in grado di rovesciarla. Infatti è accaduto. È finita sul banco degli imputati Atene, la città che lo aveva condannato.

Giancarlo Biasini

A tua insaputa
di John Bargh

Bollati Boringhieri, 2017, pp. 422, € 25

Una mente inconscia

C'è una mente inconscia che guida le nostre azioni che è una funzione atavica e vitale di cui ci rendiamo conto poco o nulla, specie se la nostra formazione psicologica è carente e quella positivista prevalente. Il libro il cui titolo italiano rimanda a cronache nostrane, parlando dell'inconscio fa la storia della psicologia degli ultimi cento anni e, pur essendo un vero manuale, si legge speditamente come un romanzo di avventura. L'avventura è la cronaca delle sperimentazioni dell'autore stesso e dei grandi del 900 come Freud, Bowlby, Skinner ecc. che ci aiutano a prendere consapevolezza di questa mente atavica che fornisce materia ai nostri sogni, ma che è anche aiuto a decidere nei dilemmi fondamentali dell'esistenza come restare/fuggire, mi fido/non mi fido, chiarendo anche sino a che punto possiamo ragionevolmente fidarci dell'istinto. Dilemmi che in realtà si propongono nella vita di tutti i giorni e che l'inconscio sbriga in automatico per noi: se le nostre azioni fossero solo quelle



dettate dalla volontà consapevole, non riusciremmo a scendere nemmeno dal letto la mattina, si dice a un certo punto del testo. Alla fine del libro ho capito meglio perché con un bel protocollo in mente per quella data malattia al termine di quella visita quel giorno, per quel paziente ho concluso e detto una cosa che era fuori protocollo. O perché per via dell'effetto camaleonte siamo portati all'imitazione inconsapevole di chi ci sta attorno. O perché nel problem solving la "fissità funzionale" è un handicap e la lampadina della creatività è accesa dai processi mentali inconsci (ci dormo sopra e mi appare di colpo la soluzione). Un libro che sarà ovvio per pediatri psicologi e che quindi caldeggio a pediatri e basta come me.

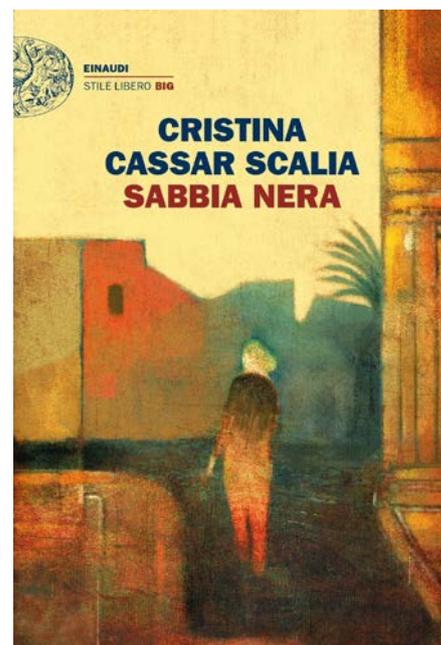
Giuseppe Boschi

Sabbia nera

di Cristina Cassar Scalia
Einaudi, 2018, pp. 392, € 19

Una nuova giallista siciliana

Il titolo caratterizza la trama e i luoghi dove si svolge questo romanzo giallo. L'Etna è protagonista e fa da sfondo alle vicende narrate che partono da lontano per arrivare ai giorni nostri. La rivincita della Sicilia orientale e delle "catanesate" sono raccontate da un vicequestore palermitano di nome Giovanna Guarrasi di cui sentiremo ancora parlare. Arancini o arancine questo è il dilemma! Il filone giallo italiano si sta arricchendo di nuovi interessanti autori accanto a quelli ormai



consacrati (Camilleri, De Giovanni, Malvaldi, Manzini).

L'autrice siciliana e oftalmologa vive e lavora a Catania, sebbene sia nativa di Noto, e si dimostra all'altezza dei suoi colleghi più famosi e il vicequestore Guarrasi conquista subito la simpatia del lettore. Cinefila, amante del buon cibo, poco attenta alle mode e moderatamente scostante mostra tutte le carte in regola per competere coi detective più famosi. Il contesto siciliano, in particolare catanese, rende il racconto piacevole nonostante sullo sfondo la presenza della criminalità organizzata non faccia sconti.

L'utilizzo dei gialli nella formazione alle medical humanities è fondamentale per far capire la prima delle sette regole dell'arte di ascoltare secondo Marianella Scavi: "Non avere fretta di arrivare a delle conclusioni. Le conclusioni sono la parte più effimera della ricerca". Leggendo questo libro possiamo facilmente capire come, oltre alla trama di per sé interessante, siano molto importanti il contesto e la caratterizzazione dei personaggi per ottenere un buon risultato.

I gialli portano la nostra curiosità a cercare di giungere alla conclusione in fretta e alla scoperta del colpevole, ma ci accorgiamo che forse questa è la parte meno interessante della storia. Il commissario Patanè, sbirro fino all'ultimo, tutti i personaggi del commissariato e i clienti del lupanario rendono il tutto molto piacevole senza rinunciare ad approfondire il contesto sociale.

Michele Gangemi

L'implosione di un uomo mite in *Dogman*



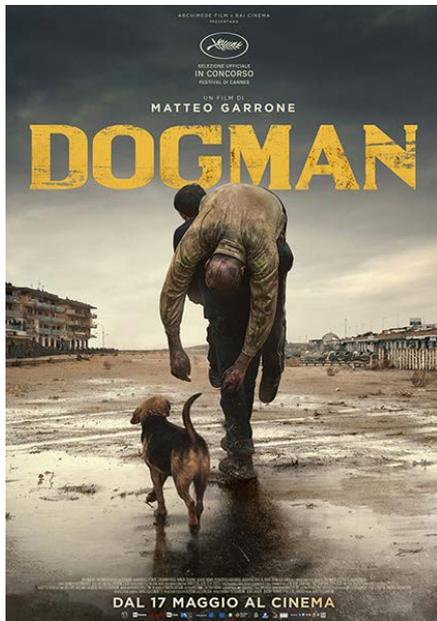
Rubrica a cura di Italo Spada

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi, Roma

Dogman

Regia: Matteo Garrone

Con: Marcello Fonte, Edoardo Pesce, Alida Baldari Calabria, Nunzia Schiano, Adamo Dionisi, Francesco Acquaroli, Aniello Arena, Gianluca Gobbi
Italia-Francia, 2018
Durata: 102'



Si scrive *Dogman*, si legge *Canaro*. Il termine inglese sarà pure più commerciale ma ammorbida troppo il mestiere di Marcello, il mite protagonista del terzo film della trilogia noir di Matteo Garrone, che trascina la sua esistenza in una terra di nessuno, in un angolo di foresta dove vige la legge del più forte e dove i cani si azzannano tra di loro. Dopo il nano di Termini de *L'imbalsamatore* (2002) e il cacciatore di anoressiche di *Primo amore* (2004), ecco il canaro della Magliana, ovvero Pietro De Negri, l'assassino del criminale e pugile

dilettante Giancarlo Ricci. Il delitto, che nel 1988 riempì pagine di cronaca, è stato solo un punto di partenza. Ideato ancor prima di realizzare *Gomorra*, in sceneggiatura prima e in fase di realizzazione dopo, il film ha preso una strada tutta sua a tal punto che Garrone ha sentito il bisogno di precisare nelle note di regia: "Tengo molto a sottolineare la distanza dal fatto di cronaca che lo ha liberamente ispirato. Tutto, a cominciare dai luoghi, dai personaggi, dalle loro psicologie, è stato trasfigurato". Accolto positivamente a Cannes, *Dogman* è stato scelto per rappresentare l'Italia nella selezione agli Oscar 2019, categoria per il miglior film in lingua straniera. Scelta non condivisa da chi, emulando Andreotti, è ancora dell'idea che "i panni sporchi si lavano in famiglia". Il fatto è che dal neorealismo ad oggi ne è passata acqua sotto i ponti e ad offrire una sgradita immagine dell'Italia hanno già provveduto altri filoni. Si tenga presente, inoltre, che il regista romano non ha ricreato la Magliana a Castel Volturno per additare al ludibrio degli spettatori un luogo ben preciso, ma per invitare a guardare, grazie anche alla splendida e funzionale fotografia del danese Nicolaj Bruel, dentro l'animo umano. Come *Gomorra* (2008) non era solo Napoli, anche *Dogman* non è solo la periferia di Roma o di Caserta. È la giungla del *mondo di sotto* dove Marcello (uno straordinario Marcello Fonte) sopravvive mantenendo un buon rapporto con i vicini. Pur suscitando tenerezza quando accudisce i cani, comprendiamo subito che il buonuomo non è uno stinco di santo perché spaccia cocaina per arrotondare le entrate e mantiene una torbida amicizia con Simone (Edoardo Pesce), ex pugile che terrorizza l'intero quartiere. Di sequenza in sequenza, tuttavia, ci affezioniamo a lui e ci vie-

ne voglia di suggerirgli di pensare soprattutto al bene della figlioletta Alida, di non condividere i piani della delinquenza locale, di rompere i rapporti, di denunciare. Operazione che nel mare della prepotenza richiederebbe quel coraggio che un pesce piccolo come Marcello di certo non ha. La scossa arriva quando la rassegnazione sembra ormai avere il sopravvento. Prima uno scatto d'ira, poi lo studio e la messa in atto di un piano diabolico. Simone è un cane e come tale va trattato. L'ombra gigantesca che all'inizio del film si era stagliata minacciosa dietro la vetrata del negozio rimpicciolisce; il ringhio del pitbull da combattimento diventa lamento. Marcello non vuole vendetta, ma riconoscimento di dignità e chiede che il suo amico-nemico gli chieda solo scusa per tutti i guai che gli ha fatto passare. Sa bene di non essere Charles Bronson o Bruce Willis (de *Il giustiziere della notte* di Winner del 1974 e di Roth del 2018) e allora si trasforma nell'Alberto Sordi di *Un borghese piccolo piccolo* di Monicelli (1977). La sua implosione è terribile. Se avesse avuto un po' di intelligenza, anche l'erculeo Simone avrebbe dovuto capire che non c'è peggio della furia di un uomo tranquillo. Rabbia, terrore, sangue: gli ingredienti per la mattanza ci sono tutti. Nello sguardo perduto di Marcello in riva al mare non c'è, però, la gioia del vincitore. Come non c'è la pietas del cireneo della quinta stazione della via crucis in quel trascinarsi sulle spalle la pesante croce che gli è piovuta addosso prendendo la forma del cadavere del suo nemico. E tanto basta per farci comprendere che *Dogman* non è solo un film, ma anche una lezione che denuncia l'abisso nel quale piomba la società quando non esistono regole e valori.

✉ italospada@alice.it

Info: notizie sulla salute



Rubrica a cura di Sergio Conti Nibali

Allattamento in Emilia-Romagna: i dati del 2017

Sono disponibili on line i dati regionali sull'allattamento riferiti al 2017. Il rapporto presenta le informazioni sull'alimentazione del lattante raccolte nel periodo marzo-novembre 2017 dalle aziende sanitarie della regione in occasione delle prime e seconde vaccinazioni (a tre e cinque mesi). I dati mostrano che la prevalenza di allattamento completo (la somma di esclusivo e predominante) è in graduale e costante aumento dal 2015, da quando, cioè, è stata inaugurata la nuova modalità di raccolta dati tramite l'anagrafe regionale vaccinale: la media a tre mesi è pari a 57% (nel 2015 era 52%), mentre quella a cinque mesi è pari a 43% (nel 2015 era 33%). Oltre all'analisi di record linkage con i dati CedAP per identificare i maggiori fattori protettivi associati all'allattamento, il rapporto presenta i risultati dell'analisi di coorte condotta sui lattanti di cinque mesi vaccinati nel periodo 2015-2017 che studia l'associazione fra ricorso alla formula artificiale e prescrizioni di antibiotici nei primi due anni di vita. Inoltre, per la prima volta sono state sviluppate schede personalizzate con i dati delle singole aziende della regione, per permettere una più agevole consultazione dei dati a livello locale e facilitare il confronto fra i diversi attori della rete e la pianificazione di azioni di miglioramento locale.

Il Rapporto presenta i dati raccolti nel periodo marzo-novembre 2017 nei centri vaccinali di tutte le AUSL della regione, in occasione delle prime e seconde vaccinazioni (a tre e cinque mesi), utilizzando la modalità di registrazione dei dati tramite il flusso dell'anagrafe vaccinale regionale. I dati sono relativi a 37.768 bambini di età compresa fra 61 e 90 giorni e fra 121 e 150 giorni, specificamente 20.084 bambini alla prima vaccinazione (circa 3 mesi) e 17.684 bambini alla seconda vaccinazione (circa 5 mesi). Il 66% sono figli di donne italiane.

Informazioni sull'alimentazione sono disponibili per 36.608 bambini (96,9%). La prevalenza di allattamento completo (somma fra allattamento esclusivo e predominante) è in miglioramento rispetto al 2016:

- a tre mesi la media regionale è pari a 57% (era 55% nel 2016);
- a cinque mesi la media regionale è pari a 43% (era 37% nel 2016).

Dal Rapporto emerge che la probabilità di allattamento si associa al sesso del bambino (vengono allattate in maniera completa più frequentemente le bambine) e alla nazionalità della madre (vengono allattati più spesso in maniera completa i figli di donne straniere).

Altri fattori che aumentano la probabilità di allattare sono: padre straniero; età materna fra 18 e 35 anni; scolarità materna e paterna elevata; madre non lavoratrice, coniugata, pluripara, normopeso, non fumatrice, che ha frequentato il corso di accompagnamento alla nascita, assistita dal servizio pubblico durante la gravidanza, con gravidanza decorsa fisiologicamente, che partorisce senza induzione e per via vaginale un neonato a termine di peso adeguato.

La probabilità di allattare invece si riduce:

- nei casi di procreazione medicalmente assistita;
- in chi ha ricevuto l'epidurale;
- al passare dei giorni di vita del lattante.

Dato importante che emerge dal Rapporto 2017 è la correlazione fra il tipo di alimentazione e la frequenza di infezioni nei primi due anni di vita: in particolare si è osservato che, a parità di altri fattori, i bambini che ricevono anche o solo una formula artificiale hanno da 8 a 12% di prescrizioni antibiotiche in più nei primi 2 anni, rispetto a quelli che ricevono solo latte materno. Nel Rapporto vengono inoltre indicate azioni per intervenire sui fattori che risultano associati in misura statisticamente significativa all'esito e che sono modificabili con progetti specifici che coinvolgono i servizi sanitari e socio-sanitari. In particolare, come già nel 2017, anche per il 2018 vengono proposti interventi per promuovere il contatto pelle a pelle precoce e prolungato nei diversi punti nascita della regione e la posizione semireclinata in allattamento, come mezzo per prevenire e risolvere le difficoltà di attacco e il dolore durante la poppata. (Fonte: Saperidoc)

L'Autorità garante ha presentato la Carta dei diritti dei figli nella separazione dei genitori

Il documento definisce dieci punti fermi ispirati alla Convenzione di New York e suggeriti anche dai ragazzi.

Nasce in Italia la "Carta dei diritti dei figli nella separazione dei genitori". A pre-

sentarla, a Roma il 2 ottobre 2018, è stata Filomena Albano, Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza. Dieci punti fermi che individuano altrettanti diritti di bambini e ragazzi alle prese con un percorso che parte dalla decisione dei genitori di separarsi. Lo scopo primario è stato quello di porre al centro il punto di vista dei figli di chi si separa. I principi fondanti della Carta sono ispirati alla Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Secondo Filomena Albano "i bambini e i ragazzi hanno diritto a preservare le relazioni familiari, a non essere separati dai genitori, a mantenere rapporti regolari e frequenti con ciascuno di essi e, soprattutto, a essere ascoltati sulle questioni che li riguardano". Il documento promuove la centralità dei figli proprio nel momento della crisi della coppia. I genitori, pur se separati, non smettono di essere genitori. La Carta si apre con il diritto dei figli di continuare ad amare ed essere amati da entrambi i genitori, e di mantenere i loro affetti. La Carta afferma che i figli devono poter stare al centro della vita dei genitori e che il genitore deve poter essere un faro, un riferimento, la prima persona a cui il figlio pensa di rivolgersi in caso di difficoltà e per condividere gioia ed entusiasmo. "Per aiutare i figli bisogna renderli consapevoli che nel cuore e nella testa si ha un posto per loro".

Prima della sua stesura l'Autorità garante ha interpellato la Consulta dei ragazzi dell'Agia e "molti degli articoli sono frutto del loro lavoro". Ascoltati anche esperti scelti tra personalità del settore giuridico, sociale, psicologico e pedagogico. La Carta sarà inviata ad agenzie educative, consultori, tribunali, ordini professionali e associazioni ed è scaricabile dal sito dell'Autorità garante (www.garanteinfanzia.org).

Tra gli altri diritti individuati dalla Carta quello di continuare a essere figli e vivere la loro età, di essere informati e aiutati a comprendere la separazione dei genitori. E ancora: bambini e ragazzi nelle separazioni hanno diritto a essere ascoltati e a esprimere i propri sentimenti, a non subire pressioni, e che le scelte che li riguardano siano condivise da entrambi i genitori. I figli, infine, hanno diritto a non essere coinvolti nei conflitti tra genitori, al rispetto dei loro tempi, a essere preservati dalle questioni economiche e a ricevere spiegazioni sulle decisioni che li riguardano.

Vaccino antinfluenzale: nuove raccomandazioni AAP

Tutti i bambini dai 6 mesi in su dovrebbero ricevere un vaccino antinfluenzale iniettabile non appena i vaccini stessi divengono disponibili, ossia entro la fine del mese di ottobre. Questa raccomandazione, edita dall'AAP, segue una stagione influenzale particolarmente grave durante la quale negli USA sono deceduti 179 bambini a causa della malattia, e l'80% circa di essi non era vaccinato.

Come sottolineato da Harry Bernstein del CDC statunitense, il vaccino rimane la miglior contromisura disponibile per la protezione dall'influenza. Data l'imprevedibilità del comportamento del virus nella comunità, è opportuno che la vaccinazione sia più tempestiva possibile ma, nel caso in cui non si riesca a farla entro il mese di ottobre, è comunque possibile recuperarla in qualsiasi fase della stagione influenzale. Secondo le raccomandazioni dell'AAP è consigliabile affidarsi alla forma iniettabile inattivata del vaccino, che nelle ultime stagioni si è dimostrata costantemente protettiva, mentre non si è potuto dire lo stesso per lo spray nasale o la LAIV4. I medici dovrebbero offrire lo spray nasale soltanto ai bambini che altrimenti non

riceverebbero alcun tipo di vaccino, come nel caso in cui scarseggino le scorte di vaccino iniettabile o in cui i genitori rifiutino qualunque forma di vaccino iniettabile.

Per la stagione 2018-2019 il vaccino iniettabile inattivato contiene un nuovo ceppo di influenza A e un nuovo ceppo di influenza B. I vaccini contro l'influenza stagionale contengono infatti ceppi selezionati ogni stagione sulla base dei virus circolanti, della misura in cui essi si diffondono e causano malattia e dell'efficacia del vaccino della stagione precedente.

L'età del bambino e la sua anamnesi vaccinale determinano il numero di dosi di vaccino antinfluenzale da somministrare caso per caso, ma il vaccino può essere somministrato a tutti i bambini con allergia alle uova di qualunque gravità senza alcuna ulteriore precauzione al di là di quelle raccomandate per qualsiasi vaccinazione.

La vaccinazione delle donne in gravidanza e dopo il parto può proteggere i neonati che sono troppo piccoli per ricevere essi stessi il vaccino. Il vaccino è del tutto sicuro per le fasi di gravidanza, post-parto e allattamento, e il medico dovrebbe incoraggiare le donne che hanno appena partorito e non sono state vaccinate in gra-

vidanza a ricevere il vaccino prima delle dimissioni dall'ospedale.

L'AAP raccomanda la vaccinazione di tutti gli operatori sanitari in quanto essi spesso si prendono cura di soggetti ad alto rischio di complicazioni influenzali, e fra le altre categorie per cui il vaccino è raccomandato figurano i contatti domestici ed extradomestici di tutti i bambini al di sotto dei 5 anni e di quelli a rischio di qualsiasi età, nonché i contatti stretti dei bambini immunosoppressi.

L'AAP infine raccomanda che i medici tentino di identificare rapidamente la sospetta influenza nei pazienti in modo da somministrare il trattamento antivirale laddove appropriato a seguito di un processo decisionale condiviso fra medico e genitori. Il trattamento antivirale è particolarmente efficace se somministrato entro 48 ore dall'insorgenza dei sintomi, ma è possibile considerare la sua somministrazione anche oltre questa soglia nei bambini in condizioni gravi o in quelli ad alto rischio di complicazioni, tenendo conto comunque del fatto che il trattamento antivirale non rappresenta un sostituto della vaccinazione. (*Pediatrics* online 2018, pubblicato il 3/9. doi: 10.1542/peds.2018-2367).

INDICE PAGINE ELETTRONICHE DI QUADERNI ACP 25 (4) - 2018

Newsletter pediatrica

- n.1 Evoluzione della funzionalità polmonare nei grandi prematuri. Uno studio di coorte
- n.2 Le linee guida sul reflusso gastroesofageo NASPGHAN - ESPGHAN 2018
- n.3 Conoscenze, atteggiamenti ed aspettative nei confronti dell'alcol in bambini di età inferiore a 12 anni: una revisione sistematica
- n.4 Il prednisolone per via orale riduce i tempi di ricovero in bambini con broncospasmo virus-associato. I risultati di un RCT
- n.5 Attenzione ai sintomi virali prima di effettuare il test rapido per lo streptococco. Uno studio di coorte
- n.6 Cochrane Database of Systematic Review: revisioni nuove o aggiornate luglio-agosto 2018

Documenti

- d.1 Cochrane Database of Systematic Review: revisioni nuove o aggiornate luglio-agosto 2018
Commento a cura di Alberto Marsciani
- d.2 Il documento di consenso sull'analgesia procedurale in pronto soccorso: una spinta indispensabile per la svolta operativa!
Commento a cura di Augusto Biasini

Ambiente e salute

- A&S.1 Il benessere psicofisico dei bambini migliora se frequentano spazi verdi

L'Articolo del mese

- am.1 Depressione perinatale: interventi per realizzare un cambiamento nell'ambulatorio del pediatra. Una revisione sistematica

Poster congressi

- p.1 Poster specializzandi (3° parte)
Tabiano XXVII: Vissi d'arte

Narrare l'immagine

- ni.1 Egon Schiele, La famiglia, 1918
Descrizione a cura di Cristina Casoli
Impressioni di A. Pirola e F. Ragazzon

Lib(e)ri...



Stefania Manetti

Pediatra di famiglia, Piano di Sorrento (Napoli)

Nel mese di Agosto due interessanti riflessioni sono comparse su altrettante riviste italiane.

La prima, in ordine di pubblicazione, di Viet Thanh Nguyen, scrittore vietnamita arrivato negli USA da rifugiato durante la Guerra del Vietnam. Thanh Nguyen si è formato nelle università statunitensi e durante il suo percorso di crescita culturale ha potuto notare come gli eventi della guerra in Vietnam avessero, nei media e anche nei libri, una caratteristica, ossia quella di ignorare completamente la prospettiva vietnamita. Il suo libro *Il Simpatizzante* ha vinto il Pulitzer nel 2016; di lui il *New York Times* scrive: *“questo romanzo riempie un vuoto... dando voce a chi non ne aveva e obbligando il lettore a osservare gli eventi di 40 anni fa in una nuova prospettiva”*.

Attualmente Nguyen è professore di Inglese e di Studi Americani presso la USC (University of Southern California).

L'articolo di Nguyen pubblicato da *Repubblica* il 13 agosto - *“Figlio mio, i libri ti daranno la libertà”* - racconta la sua storia e di come attraverso i libri egli sia riuscito a intraprendere un percorso verso la libertà e l'indipendenza. Ora padre, Nguyen osserva il proprio bambino crescere, mentre impara a leggere e si affaccia con la curiosità e l'entusiasmo di tutti i bambini, in particolare di quelli che hanno avuto l'opportunità di *“ascoltare”* i libri attraverso la voce dei propri genitori, al fascino del significato delle parole. *“Capisco se un libro è splendido perché si rannicchia accanto a me e mi chiede di leggerglielo più volte”*... racconta Nguyen del proprio figlio, ma il prezzo di tutto ciò è l'indipendenza con i suoi pregi e i suoi rischi. *“Vedendo mio figlio che legge per conto suo, mi rendo conto che sta facendo un passo in più sulla strada verso la sua indipendenza, per diventare qualcuno che oltrepasserà i confini. Forse è per questo che vederlo leggere mi infonde un pizzico di malinconia. Ricordo la mia perdita, e percepisco quella che subirà quando mio figlio non sarà più tutto mio, come quando la mattina si sveglia e con le parole più*

dolci che abbia mai sentito mi chiede: “Papà mi leggi un libro?””

L'indipendenza di un figlio genera quasi sempre un sentimento di perdita nel genitore. La riflessione di Nguyen è interessante perché ci ricorda la potenza di questo bellissimo dono che ogni genitore può fare al proprio figlio, quello di cominciare a leggere storie insieme, per consegnargli, nel momento in cui sarà pronto, l'opportunità di percorrere la propria storia di vita, anche attraverso le storie che sceglierà di leggere o che lo sceglieranno. Questa autonomia, come quella di imparare a camminare, ad attraversare la strada, e un domani salire su un treno per seguire il proprio percorso di vita, è quella che gli consentirà di conoscere il mondo e di poter fare delle scelte giuste.

I libri fanno anche questo, e lo possono fare nei confronti di tutti i bambini, quelli poveri e lontani dalla propria terra, privati anche della propria lingua, come Nguyen arrivato dal Vietnam, con una famiglia senza libri e tempo per leggere, ma che trova una biblioteca da dove i libri entrano comunque nella sua casa.

La lettura in famiglia attraverso NpL appare sempre di più come strumento di equità, dono da fare a tutti, fin da piccoli, iniziando così un preciso ed efficace lavoro di costruzione partendo dalle fondamenta, stabili e sicure, *“antisismiche”*, contro le avversità della vita e del futuro di ogni bambino.

A distanza di qualche settimana dall'articolo di Nguyen, *l'Espresso* pubblica nella rubrica *“L'antitaliano”*, curata da Roberto Saviano, un'altra riflessione sui libri e la lettura: *“Pane e libri: così la vita ha un senso”*. Scrive Saviano: *“Quando avverto la necessità di cercare la distanza per poi immergermi nel quotidiano con più lucidità, è alla letteratura che faccio ricorso”*. Questa riflessione appare molto vera anche per i bambini, su quanto i libri possano fare, non come *“armi terapeutiche”* ma come veicoli di sentimenti, di pensieri e di amore, specie se

letti da un genitore. Una storia può essere salvifica per un bambino, e forse anche per un genitore che legge con lui. *“I primi libri li ho ricevuti, ereditati. I primi libri che ricordo da bambino sono racconti e fiabe. Le raccolte di Gianni Rodari sono un'incredibile miniera per i bambini, per la forma che hanno, che è spesso forma perfetta. I testi brevi delle filastrocche e le loro rime appagano la ricerca di ordine e coerenza che nell'infanzia diventa quasi un'epifania. I racconti chiusi, brevi, mi hanno abituato ad andare fino in fondo, trovando nella brevità lo stimolo a portare a termine l'impresa...”*, scrive Saviano. Interessante la riflessione su come i libri scelgano il lettore e non tanto il contrario, e sulla capacità degli stessi, in base alla tipologia (racconti brevi citando Rodari; storie lunghe, cruenti e *“orribili”* come le fiabe russe), di rispondere ai momenti di crescita di un bambino. E qui ritorniamo di nuovo a NpL e all'enorme e meraviglioso lavoro fatto negli anni sulla scelta di libri belli ed efficaci in base al momento di crescita dei bambini. Questa caratteristica di NpL, insieme alla autorevolezza del pediatra che consiglia, promuove e quando può dona libri, rendono il nostro programma completo ed efficace, ma anche in continuo aggiornamento e con grande attenzione ai contesti.

“Passione per la lettura non è passione per l'erudizione: quello che i libri possono darci non lo danno per accumulo. La sospensione, dal flusso del quotidiano, l'aberrazione scandalosa del libro risiede nella capacità di aver aggiunto vita alla vita, differente punto d'osservazione, distanza e diottria, possibilità di aver capito ciò che prima rimbalzava solo sopra la cute”....

Entrambi, Nguyen e Saviano, danno ai libri la *“colpa”* di donare la libertà, la vita e il pensiero. I ricordi con i primi libri partono dalla loro infanzia, libri come piccoli mattoni che nel tempo hanno contribuito a rendere solida e bella una casa accogliente.

✉ doc.manetti@gmail.com

Lettere



FAD scoliosi

Spettabile Redazione,

è mia intenzione farvi partecipi di alcune mie perplessità nella lettura della FAD sulle deformità del rachide, apparso sul numero 4 (pp. 148-154) della rivista, soprattutto in merito al ruolo della chinesiterapia, ma non solo.

Cominciamo da pagina 151, ultimo capoverso della "Storia naturale"; cito testualmente: "È tuttavia ancora da dimostrare che il trattamento sia effettivamente capace di modificare la storia naturale della scoliosi".

Coerentemente al capitolo "Chinesiterapia della scoliosi" (sempre pagina 151) si premette: "La letteratura scientifica prodotta finora conta pochi lavori di alta evidenza..." con rimando alla citazione 25.

Poi però si continua al primo capoverso di pagina 152 con: "La maggior parte delle pubblicazioni sono di basso impatto, tuttavia costituiscono una base solida dell'intervento chinesiterapico sulle scoliosi..." A questo proposito si richiama la citazione 26 che consiste nella descrizione di 1 (uno) caso di clamoroso miglioramento con ginnastica specifica.

Infine si conclude, ma posso aver capito male, riassumendo che, tenendo in massimo conto l'estrema peculiarità di ogni singolo caso, essa pure variabile con l'evoluzione del caso stesso, prendendo quanto di meglio offrono le singole scuole in auge, in quanto non c'è prova che una sia migliore dell'altra, l'efficacia c'è, e si rimanda per questo alla citazione 11, che sviscera il ruolo delle varianti alleliche della melatonina nella scoliosi idiopatica familiare (un refuso nella numerazione dei riferimenti, indubbiamente). Apparentemente mi rimane in mano come unico riferimento bibliografico di sostanza il numero 25, Exercises for adolescent idiopathic scoliosis, Cochrane Systematic Review - Intervention Version published: 15 August 2012, che afferma quanto segue: "There is a lack of high quality evidence to

recommend the use of SSE for AIS. One very low quality study suggested that these exercises may be more effective than electrostimulation, traction and postural training to avoid scoliosis progression, but better quality research needs to be conducted before the use of SSE can be recommended in clinical practice".

Per cui, consultando anche un altro po' di letteratura, personalmente, dissentendo dagli Autori della FAD, ho concluso che ci troviamo ancora di fronte a una terapia sperimentale, non dannosa, probabilmente utile in associazione con i corsetti, ma certamente non raccomandabile da sola.

Non so invece quale sia stata la conclusione degli estensori della opportunamente contigua "Infogenitori", che della chinesiterapia non fanno menzione. Chi la leggesse subito dopo la FAD si potrebbe chiedere perché non faccia parte delle possibilità terapeutiche da prospettare. Chi, come me, avesse avuto dubbi, penserebbe che anche gli estensori li hanno avuti e hanno preferito tacere (?).

Mi sarebbe utile anche sapere se la verifica da seduti (non descritta) ha perso la sua utilità, se con un gibbo minimo (i 3-4 mm suggeriti) non sia più prudente rimandare la radiografia a dopo un controllo clinico, a distanza di qualche mese, che mostri un peggioramento, se, a questo scopo, sia ancora valido o meno l'inclinometro.

Lucio Piermarini

Gentile Collega, nell'analisi della letteratura condotta dagli autori dell'articolo, in maniera del tutto coerente e consequenziale, non si fa altro che ribadire il concetto espresso nell'autorevole lavoro "Exercises for adolescent idiopathic scoliosis. Cochrane Systematic Review". Intervention Version published: 15 August 2012.

Cito testualmente: "There is a lack of high quality evidence to recommend the use of SSE for AIS. One very low quality study suggested that these exercises may be more effective than

electrostimulation, traction and postural training to avoid scoliosis progression, but better quality research needs to be conducted before the use of SSE can be recommended in clinical practice".

A questo punto è giusto riportare la sequenza delle affermazioni riportate dagli Autori:

- 1 "La letteratura scientifica prodotta finora conta pochi lavori di alta evidenza..."
- 2 "La maggior parte delle pubblicazioni sono di basso impatto, tuttavia costituiscono una base solida dell'intervento chinesiterapico sulle scoliosi..."

In tutto questo non ravvediamo incoerenza.

La verità rimane una e crediamo che tutta la letteratura, maggiore e minore, la esprima: il trattamento conservativo delle deformità del rachide in età pediatrica è un argomento che poco si presta al metodo scientifico inteso come volto al "raggiungere una conoscenza della realtà oggettiva, affidabile, verificabile e condivisibile".

Purtroppo la chinesiterapia, che non è una "terapia sperimentale", rimane un intervento terapeutico non standardizzato e sempre consigliato anche in associazione all'utilizzo del busto in quanto utile a contenere l'ipotrofia muscolare indotta dal ricorso all'ortesi.

Per quanto riguarda la verifica da seduti, di cui ci chiede, questa trova ancora la sua valenza nell'annullamento dell'effetto di un'eventuale dismetria a carico degli arti inferiori; non è stata tuttavia nominata per non complicare troppo il quadro, ritenendola di "secondo livello".

Per rispondere alla sua ultima osservazione, concordiamo con quanto da lei ipotizzato: un gibbo di 3-4 mm può essere seguito clinicamente a 3-4 mesi posticipando la richiesta di radiografie per ridurre l'irradiazione, come riportato nel testo: "Tale esame può essere richiesto dal pediatra di base nel caso di sospetto di deformità vera, strutturata (ci si potrebbe per esempio basare sulla presenza di un gibbo superiore a 3-4 mm), o nel caso si sospetti una patologia specifica".

Carmine Zoccali, Jacopo Baldi

Indice delle rubriche

Volume 25 anno 2018



A colpo d'occhio

Rubrica a cura di Enrico Valletta e Martina Fornaro

Rx a 7, 11 e 28 mesi	1	27
Bambino di 3 anni già in trattamento per polmonite basale sinistra	2	60
Lesione a bersaglio in adolescente	4	169
Ragazzo di 13 anni con dolore all'anca alla deambulazione	6	268

Aggiornamento avanzato

Effetti del confirmation bias sulla scelta vaccinale: proposte per una strategia di intervento	1	24
<i>Damiano Colazzo</i>		
I farmaci biologici nella terapia dell'asma grave del bambino: indicazioni e limiti	2	61
<i>Mattia Giovannini, Francesca Mori, Simona Barni, Elio Novembre</i>		
Panoramica sulla pancreatite acuta in età pediatrica	3	118
<i>Nicole Caporelli, Marco Cipolli</i>		
Panoramica sulla pancreatite cronica in età pediatrica	5	212
<i>Nicole Caporelli, Marco Cipolli</i>		

Candidature

Curricula dei candidati al Consiglio Direttivo Nazionale ACP e alla Presidenza Nazionale ACP	3	109
--	---	-----

Congressi controluce

Allattamento al seno: perché parlarne ancora?	2	94
Valutazione dell'impatto delle ondate di calore sulla salute in Italia. Estate 2017	2	94
Ecosystem of evidence. Alla EBHC International Conference	2	95
Le Giornate di Epidemiologia "Carlo Corchia"	5	240
<i>Dante Baronciani</i>		

Editoriale

C'era bisogno di un nuovo documento sull'alimentazione complementare?	1	1
<i>Sergio Conti Nibali</i>		
Bilanci di salute e costituzione della rete pediatria-neuropsichiatria infantile per la diagnosi precoce dei disturbi del neurosviluppo	1	2
<i>Maria Luisa Scattoni</i>		
Late Preterm: ancora tante le cose da fare	1	3
<i>Augusto Biasini</i>		
Obbligo vaccinale: la trasparenza dell'informazione è sufficiente?	1	4
<i>Costantino Panza</i>		
Il deserto dei medici (Pediatri?)	1	5
<i>Maria Luisa Tortorella</i>		

E-learning per professionisti sanitari	2	49
<i>Alberto Vaona, Rita Banzi, Koren H. Kwag, Giulio Rigon, Danilo Cereda, Valentina Pecoraro, Irene Tramacere, Lorenzo Moja</i>		
Pensare la formazione... e realizzarla	2	50
<i>Enrico Valletta</i>		
Cambiamenti climatici e malattie trasmesse da vettori	2	51
<i>Laura Reali</i>		
Un gruppo speciale e 25 anni di Quaderni acp	3	97
<i>Michele Gangemi</i>		
Berry Brazelton	3	98
<i>Gherardo Rapisardi</i>		
Wonca Italia-ACP: una collaborazione che parte da lontano e che potrebbe andar lontano	3	99
<i>Patrizia Elli, Andrea Moser</i>		
Cambiamento climatico e salute in Italia... non è solo una questione di qualche grado in più	3	100
<i>Giacomo Toffol, Laura Reali</i>		
Blister	3	101
<i>Enrico Valletta</i>		
Note a fine mandato	4	145
<i>Federica Zanetto</i>		
Gli operatori sanitari si vaccinano?	4	147
<i>Massimo Farneti</i>		
Marcatura stretta: il ruolo del PLS visto da uno specializzando	5	193
<i>Guido Marinelli, Alberto La Valle, Marisa Mallamaci, Federica Mongelli</i>		
Sono giorni duri per i bambini nel mondo	5	194
<i>Paolo Siani</i>		
Il pediatra di famiglia e i Disturbi del Neurosviluppo: un impegno che va oltre la cultura e coinvolge tutta la professione	5	195
<i>Mattia Doria</i>		
Promuovere lo sviluppo neurologico precoce nel neonato e nel bambino: le neuroscienze ci ripetono che, fra le tante cose, non c'è il digitale!	5	197
<i>Augusto Biasini</i>		
Dalla corruzione del soggetto alla corrosione dell'istituzione: appunti per un dibattito	6	241
<i>Michele Gangemi</i>		
Scuola in Ospedale e Pediatri contro lo stigma e la sofferenza della malattia	6	242
<i>Tiziana Catenazzo</i>		
Il Congresso ACP. Il nuovo mandato	6	243
<i>Federica Zanetto</i>		
Educazione in medicina		
Laurea in medicina: un modello di didattica in aula e sul campo in pediatria	1	38
<i>Gabriella Tornotti, Ambrogina Pirola, Federica Zanetto, Giuseppe Masera, Andrea Biondi</i>		

Endocrinologia pratica per il pediatra

- Trauma cranico e ipopituitarismo: una associazione a cui pensare
Brunetto Boscherini, Patrizia del Balzo 2 70
- Mai sottovalutare un calo ponderale in pochi mesi...
Brunetto Boscherini, Maria Teresa Fonte 5 226

Esperienze

- Early Child Development (ECD) nell'ambulatorio del pediatra. Sorveglianza e promozione del neurosviluppo nei bilanci di salute in Umbria
Mariolina Frigeri, Carla Berardi, Gianni Di Stefano, Stefano Francario, Roberta Usella, Giorgio Tamburlini 3 133

Farmacipi

- Farmaci e bambini: importanti novità dalle istituzioni italiane
Antonio Clavenna 4 182

Film

Rubrica a cura di Italo Spada

- Per la serie "brutti, sporchi e cattivi"
Wonder: non solo meraviglia 1 46
- La forma dell'acqua (e della luce) 2 88
- Dal microcosmo al macrocosmo 3 142
- I bambini (ancora una volta) ci guardano 4 187
- L'implosione di un uomo mite in *Dogman* 5 237
- 6 280

Formazione a distanza

- La sepsi e lo shock settico in età pediatrica: cosa deve sapere il pediatra
Marco Sarno, Francesco Maria Rosanio, Paolo Siani 1 6
- Comunicazione di diagnosi difficile... ma non solo
Momcilo Jankovic, Michele Gangemi 2 52
- Il sanguinamento gastro-intestinale
Martina Fornaro, Enrico Valletta 3 102
- Le deformità del rachide nell'adolescente: l'approccio del pediatra
Carmine Zoccali, Jacopo Baldi, Andrea Catanea, Fabio Calabrò, David Calabrò 4 148
- Sindrome metabolica in età pediatrica: quando sospettarla, come intervenire
Alberto Marsciani, Annalisa Pedini 5 198
- La bronchiolite
Luciano de Seta, Federica de Seta 6 244

I primi mille

- Nascite migranti. Intervento multidimensionale di accompagnamento delle madri migranti nel Percorso Nascita
Raffaella Scalisi 2 67
- Visite domiciliari ai neonati e alle mamme nell'ambito territoriale di Cesena. Analisi di 25 anni di storia
Antonella Brunelli, Massimo Farneti, Francesco Ciotti 5 228
- Il Fondo per il contrasto alla povertà educativa minorile
Silvia Baldini, Valentina Colonna, Anna Maria Cosatti, Irene Esposito, Elisa Serangeli, Alessandro Telloni, Flaminia Trapani 6 269

I tropici in ambulatorio

- I tropici in ambulatorio: le emoglobine insolite
Paola Fernicola, Enrico Valletta 1 33

- La malaria, dal sospetto clinico alla terapia
Fabio Capello 2 79
- La tubercolosi resistente ai farmaci
Fabio Capello 6 264

Il bambino e la legge

- La sindrome di alienazione parentale (PAS) nella scienza e nel diritto
Augusta Tognoni 2 83
- La legge Gelli-Bianco ha innovato la materia della responsabilità penale del medico
Augusta Tognoni 5 233

Il caso che insegna

- Una febbre persistente associata a indici infiammatori elevati e lesioni ecografiche del fegato e della milza
Marco Sarno, Claudia Mandato, Francesco Esposito, Daniele De Brasi, Claudio Santoro, Andrea Lo Vecchio, Paolo Siani 4 170

Il punto su

- Le linee guida per gli interventi di Home Visiting nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia
Sintesi a cura di Giuseppe Cirillo 2 73
- Valutazione del profilo di dolore nel bambino con disabilità neurocognitiva severa: la scala Paediatric Pain Profile in lingua italiana
Valentina Francia, Silvia Soffritti, Manuela Mancini, Sara Maiani, Maria Cristina Mondardini 4 174
- La nutrizione del bambino con grave handicap neuromotorio
Antonino Tedeschi 5 222
- Il consenso informato pediatrico alla luce della recente normativa italiana
Carlo Valerio Bellieni, Mario Gabbrielli, Maria Rosaria Curcio, Caterina Coradeschi, Giuseppe Buonocore 6 255

Info: notizie sulla salute

Rubrica a cura di Sergio Conti Nibali

- Allattamento è... ovunque lo desideri 1 47
- Tossine nelle formule artificiali 1 47
- Diritti dell'infanzia in Italia 1 47
- Nasce il Polo Pediatrico del Salento 1 48
- L'esperienza di Janpa nella lotta all'obesità infantile 2 89
- Mortalità e morbosità materna in Emilia-Romagna Rapporto 2008-2016 2 89
- Nutrizionisti e Big Food in Malesia 2 90
- UNICEF lancia il nuovo rapporto "Ogni bambino è vita" 4 188
- Corte dei Conti: sistema sanitario italiano tra i meno costosi 4 188
- Un nuovo Ospedale amico dei bambini 4 188
- Cibo industriale: un esperimento fallito 4 188
- Allattamento in Emilia-Romagna: i dati del 2017 6 281
- L'Autorità garante ha presentato la Carta dei diritti dei figli nella separazione dei genitori 6 281
- Vaccino antinfluenzale: nuove raccomandazioni AAP 6 281

Infogenitori

Stefania Manetti, Antonella Brunelli, Costantino Panza

- Ammazziamo tutti i germi e vivremo più contenti? 1 15
- L'importanza di comunicare bene 2 56

La stipsi	3	108	Il Grido del Lupo	4	185
Una schiena diritta	4	155	<i>Melvin Burgess</i>		
Una malattia dei tempi moderni: la sindrome metabolica	5	204	L'albero delle bugie	4	185
Qualcosa in più di un semplice raffreddore: la bronchiolite	6	248	<i>Frances Hardinge</i>		
Lettere			Hotel Grande A	4	185
Complimenti per il dottorato	2	91	<i>Sjoerd Kuyper</i>		
L'antinfluenzale spray funziona o non funziona?	2	91	Il giardino dei musici eterni	4	186
Ospedale e territorio	2	91	<i>Bruno Tognolini</i>		
Ancora a proposito di disuguaglianze ed esiti sanitari	3	143	L'ultimo faro	4	186
Trump e la salute degli americani	3	143	<i>Paola Zannoner</i>		
Prescrizione appropriata degli antibiotici. Una modesta proposta	3	143	Con gli occhi dei bambini.	5	235
La penisola che non c'è	4	190	Come l'infanzia affronta la malattia		
L'orrenda gioventù	4	191	<i>Anna Rosa Favretto, Stefania Fucci, Francesca Zaltron</i>		
Alimentazione complementare e favismo	5	238	Ragazzi violenti	5	235
Cinque criteri per promuovere un vaccino? Più due	5	238	<i>Filippo Muratori</i>		
Un'attesa più fiduciosa è possibile?	5	239	Preludio a un bacio	5	236
FAD scoliosi	6	284	<i>Tony Laudadio</i>		
Libri			Come implementare l'assistenza sanitaria basata sull'evidenza	6	278
Orientarsi con le stelle. Tutte le poesie	1	44	<i>Trisha Greenhalgh</i>		
<i>Raymond Carver</i>			Processo a Socrate	6	278
Doctor G	1	44	<i>Mauro Bonazzi</i>		
<i>Luana Caselli, Marco Madoglio, Luca Laboli</i>			A tua insaputa	6	279
Il Bruco Misuratutto	1	44	<i>John Bargh</i>		
<i>Leo Lionni</i>			Sabbia nera	6	279
Psicopolitica	1	45	<i>Cristina Cassar Scalia</i>		
<i>Byung-Chul Han</i>			Narrative e dintorni		
Il male che si deve raccontare per cancellare la violenza domestica	2	85	Il Paziente Esperto: l'incentivo di essere genitore e caregiver	3	136
<i>Simonetta Agnello Hornby con Marina Calloni</i>			<i>Stefano Mazzariol</i>		
Cronaca di un esilio. Un pediatra ebreo tra persecuzione e sofferto rientro (1938-1946)	2	85	La morte perinatale e il sostegno possibile	4	178
<i>Maurizio M. Pincherle</i>			<i>Claudia Ravaldi, Carmen Rizzelli</i>		
Il pudore	2	86	Medicina Narrativa Applicata per una pediatria in cammino	5	230
<i>Monique Selz</i>			<i>Mariarita Cajani, Maria Giulia Marini, Paola Chesì</i>		
Saggio sulla lucidità	2	86	Occhio alla pelle		
<i>José Saramago</i>			E all'improvviso... bolle	1	36
Albero bell'albero e altre storie	3	140	<i>Gloria Orlando, Anna Belloni Fortina</i>		
<i>Fabio Bonvicini e Gianluca Magnani, illustrazioni di Giuliano Della Casa</i>			Giù la maschera	2	81
Dove sono i miei puntini?	3	140	<i>Carmelo Schepis</i>		
<i>Maria Loretta Giraldo e Nicolette Bertelle</i>			Giuseppe e il prurito	3	131
Filastrocche per contare	3	141	<i>Andrea Diociaiuti</i>		
<i>Corinne Albaut</i>			L'anamnesi non è mai abbastanza accurata	5	225
Il gene del diavolo	3	141	<i>Giorgio Rovatti</i>		
<i>Barouk M. Assael</i>			I funghi che non guariscono... forse non sono funghi	6	267
La bambina selvaggia	4	184	<i>Matteo Ferrara</i>		
<i>Rumer Godden</i>			Off side		
I numeri felici	4	184	Come parlare ai bambini in fase terminale	6	271
<i>Susanna Mattiangeli, illustrato da Marco Corona</i>			<i>Claudia Chamorro</i>		
Hachiko	4	184	Un conflitto psichico materno all'inizio dello svezzamento	6	274
<i>Lluís Prats, illustrato da Zuzanna Celej</i>			<i>Stefano Golasmici</i>		
Io sono soltanto una bambina	4	184	Nati per Leggere		
<i>Jutta Richter, illustrato da Hildegard Muller</i>			Lib(e)ri...	6	283
L'Università di Tuttomio	4	185	<i>Stefania Manetti</i>		
<i>Fabrizio Silei, illustrato da Adriano Gon</i>					

Organizzazione sanitaria

- Il passaggio delle consegne in ospedale. Noi facciamo così. L'esperienza di un reparto di Pediatria dell'Ospedale Santobono
Paolo Siani 1 28
- Lost in handover...
Enrico Valletta 2 66
- L'infermiere e il bambino con diabete: qualcosa sta cambiando
Chiara Garavini, Pamela D'Ascenzo, Benedetta Mainetti 4 167

Osservatorio internazionale

- La telepediatria: prime indicazioni operative dagli USA
Fabio Capello 1 30
- Le guerre, i bambini e le donne
Enrico Valletta 3 129
- Addio alle Armi
Stefania Manetti 5 220
- "Kiss your baby goodbye"
Enrico Valletta, Maria Teresa Amante 6 261

Research letter

- Lo Studio SCoPre (Sviluppo Cognitivo e Prematurità): dati preliminari sullo sviluppo dei "Late Preterms" in età scolare
Barbara Caravale, Eleonora Cannoni, Corinna Gasparini, Deborah Feleppa, Laura Reali 1 16
- Comunicazioni orali presentate dagli specializzandi al 29° Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri 2 57
- Il passaggio in cura dal Pediatra di famiglia al Medico di medicina generale: è possibile colmare il vuoto informativo?
Patrizia Elli, Vittorio Caimi 3 115
- Le comunicazioni orali presentate dagli specializzandi al Congresso Tabiano XXVII 4 156
- Le comunicazioni orali presentate dagli specializzandi al Congresso Tabiano XXVII 5 208

Ricerca

- Preparare i bambini a svolgere la risonanza magnetica senza sedazione
Michele Capurso, Corrado Rossetti, Luca Mutti, Aurora Vecchini, Anita Ciani 3 111
- La difformità dei cartellini di dimissione del neonato dal punto nascita: indagine a Roma
Paolo Nardini, Federico Marolla, Domenico Di Lallo 5 205
- La relazione alimentare tra mamma e bambino nel primo anno di vita. Cosa osservano i pediatri, cosa raccontano le mamme
Luisa Scuratti, Simona Ciervo, Lucilla Castellazzi, Paola Cremonese 6 249

Salute mentale

- Genitorialità
Intervista di Angelo Spataro a Claudia Soatto 1 23
- Neuropsichiatria infantile. Vere o false epidemie?
Intervista di Angelo Spataro a Francesco Ciotti 3 127
- La relazione madre-bambino: dall'intersoggettività al "normale" stress interattivo precoce
Intervista di Angelo Spataro a Rosario Montiroso 5 218

Salute pubblica

- Alimentazione in epoca preconcezionale: le priorità hic et nunc
Stefania Ruggeri, Altero Aguzzi, Eleonora Agricola, Renata Bortolus, Pierpaolo Mastroiacovo 1 18
- Abilità numeriche precoci e sviluppo dei bambini
Giancarlo Biasini 2 59
- Il pediatra di famiglia e la gestione condivisa tra ospedale e territorio del bambino emato-oncologico
Milena La Spina, Raffaella Colombatti, Piera Samperi, Andrea Di Cataldo, Laura Sainati, Giovanna Russo 3 122
- Affrontare le disuguaglianze in salute e sviluppo del bambino: un policy statement dell'ISSOP
Giorgio Tamburlini 4 161
- L'Italia per l'Equità nella Salute
Sintesi a cura di Giuseppe Cirillo 4 164
- Quando l'ovvio non è poi così ovvio... Alcune considerazioni sullo studio dei fattori di rischio nella SIDS
Roberto Buzzetti 5 216

Scenario

- Raffreddore e soluzione salina ipertonica: un buon matrimonio?
Costantino Panza 6 258

Storie che insegnano

- La storia di Adele: un problema di bioetica quotidiana
Maria Merlo 2 75

Vaccinapì

- Promesse mantenute (o da mantenere?)
Rosario Cavallo 1 42
- Vaccinare tutti i bambini contro l'influenza?
Roberto Buzzetti, Rosario Cavallo 3 138
- A proposito di obbligo vaccinale
Franco Giovanetti 4 183
- Il Rapporto Vaccini 2017 redatto dall'AIFA
Rosario Cavallo 6 277

FaD 2019

www.acp.it

QACP

- ✓ Le leishmaniosi: diagnosi e terapia
F. M. Rosanio, M. Sarno, C. Mandato, P. Siani
- ✓ La dismenorrea in età adolescenziale: clinica e terapia
G. Tridenti, C. Vezzani
- ✓ Le cefalee in età pediatrica
G. Tricomi
- ✓ Celiachia: tre, due, una, nessuna biopsia?
P. Femicola, M. Fornaro, E. Valletta
- ✓ Asma grave: quando ricorrere ai farmaci biologici
G. Piacentini, L. Tenero
- ✓ Il Follow-UP del neonato pretermine: a piccoli passi verso il futuro
A. Coscia, P. Di Nicola, C. Pella

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

€ .60,00 per i soci ACP

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

18
ECM*

Editoriale

241 Dalla corruzione del soggetto alla corrosione dell'istituzione: appunti per un dibattito

Michele Gangemi

242 Scuola in Ospedale e Pediatri contro lo stigma e la sofferenza della malattia

Tiziana Catenazzo

243 Il Congresso ACP. Il nuovo mandato

Federica Zanetto

Formazione a distanza

244 La bronchiolite

Luciano de Seta, Federica de Seta

Infogenitori

248 Qualcosa in più di un semplice raffreddore: la bronchiolite

Stefania Manetti, Costantino Panza, Antonella Brunelli

Ricerca

249 La relazione alimentare tra mamma e bambino nel primo anno di vita. Cosa osservano i pediatri, cosa raccontano le mamme

Luisa Scuratti, Simona Ciervo, Lucilla Castellazzi, Paola Cremonese

Il punto su

255 Il consenso informato pediatrico alla luce della recente normativa italiana

Carlo Valerio Bellieni, Mario Gabbrielli, Maria Rosaria Curcio, Caterina Coradeschi, Giuseppe Buonocore

Scenario

258 Raffreddore e soluzione salina ipertonica: un buon matrimonio?

Costantino Panza

Osservatorio internazionale

261 "Kiss your baby goodbye"

Enrico Valletta, Maria Teresa Amante

I tropici in ambulatorio

264 La tubercolosi resistente ai farmaci

Fabio Capello

Occhio alla pelle

267 I funghi che non guariscono... forse non sono funghi

Matteo Ferrara

A colpo d'occhio

268 Ragazzo di 13 anni con dolore all'anca alla deambulazione

Rubrica a cura di Enrico Valletta e Martina Fornaro

I primi mille

269 Il Fondo per il contrasto alla povertà educativa minorile

Silvia Baldini, Valentina Colonna, Anna Maria Cosatti, Irene Esposito, Elisa Serangeli, Alessandro Telloni, Flaminia Trapani

Off side

271 Come parlare ai bambini in fase terminale

Claudia Chamorro

274 Un conflitto psichico materno all'inizio dello svezzamento

Stefano Golasmici

Vaccinacipi

277 Il Rapporto Vaccini 2017 redatto dall'AIFA

Rosario Cavallo

Libri

278 Come implementare l'assistenza sanitaria basata sull'evidenza *Trisha Greenhalgh*

278 Processo a Socrate *Mauro Bonazzi*

279 A tua insaputa *John Bargh*

279 Sabbia nera *Cristina Cassar Scalia*

Film

280 L'implosione di un uomo mite in *Dogman*

Info

281 Allattamento in Emilia-Romagna: i dati del 2017

281 L'Autorità garante ha presentato la Carta dei diritti dei figli nella separazione dei genitori

281 Vaccino antinfluenzale: nuove raccomandazioni AAP

Nati per Leggere

283 Lib(e)ri...

Stefania Manetti

Lettere

284 FAD scoliosi

285 Indice delle rubriche 2018**Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP**

La quota d'iscrizione per l'anno 2018 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 Montiferro, 6 - Narbolia (OR) (indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota), oppure attraverso una delle altre modalità indicate sul sito www.acp.it alla pagina "Come iscriversi". Se ci si iscrive per la prima volta occorre compilare il modulo per la richiesta di adesione presente sul sito www.acp.it alla pagina "Come iscriversi" e seguire le istruzioni in esso contenute, oltre a effettuare il versamento della quota come sopra indicato. Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista bimestrale *Quaderni acp*, 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 sull'abbonamento a UPPA se il pagamento viene effettuato contestualmente all'iscrizione all'ACP; 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.

Corruzione del soggetto, corrosione dell'istituzione

Leonardo Speri

Questo testo è un primo prodotto del lavoro di ricerca affrontato dall'autore per preparare l'incontro promosso dall'Associazione Psicoterapia psicoanalitica di Gruppo (APG) di Milano il 21 marzo 2018, all'interno del ciclo di Serate Scientifiche del Calendario 2018.

Il tema della corruzione e in generale i fenomeni sociali, la vita della Polis e delle sue istituzioni, sono al centro della ricerca PsicoSocioAnalitica (PSOA) in cui l'autore e la sua Associazione di appartenenza, ARIELE Psicoterapia, sono impegnati da decenni.

All'interno della Confederazione delle Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi (C.O.I.R.A.G. - www.coirag.org), alla quale appartengono sia ARIELE PSICOTERAPIA che APG, è sempre stata rivolta attenzione a tutte le istituzioni, ma in particolare ai sistemi di cura, attingendo dalla feconda tradizione della Socioanalisi e dell'Analisi Istituzionale nata in Inghilterra nei primi anni 40 ed arricchita da contributi internazionali successivi, in particolare di autori Inglesi, Argentini ed Italiani.

Prendersi cura dei sistemi di cura presuppone la comprensione dei meccanismi complessi, consci ed inconsci, che non attraversano soltanto i singoli individui, ma si trasferiscono nei gruppi e nelle istituzioni, intese come insiemi di gruppi aggregati intorno al "compito" specifico (la mission istituzionale) di volta in volta loro assegnato.

Il forte legame tra individuo, gruppo, istituzione, rappresenta, oltre che una possibilità di lettura, anche l'opportunità per rintracciare possibili linee di intervento e di trasformazione, per un maggior benessere dell'istituzione, in questo caso sanitaria, dei suoi abitanti e, di riflesso, delle comunità.

Leonardo Speri. Psicologo, Psicoterapeuta, Psicosocioanalista

Contatti:

leonardosperi@gmail.com

Non vi è libertà ogni qual volta le leggi permettono che in alcuni eventi l'uomo cessi di esser persona e diventi cosa: vedrete allora l'industria del potente tutta rivolta a far sortire, dalla folla delle combinazioni civili, quelle che la legge gli dà in suo favore.

Questa scoperta è il magico segreto che cangia i cittadini in animali di servizio, che in mano del forte è la catena con cui lega le azioni degl'incauti e dei deboli.

Questa è la ragione per cui in alcuni governi, che hanno tutta l'apparenza di libertà, la tirannia sta nascosta o s'introduce non prevista in qualche angolo negletto dal legislatore, in cui insensibilmente prende forza e s'ingrandisce.

Gli uomini mettono per lo più gli argini più sodi all'aperta tirannia, ma non veggono l'insetto impercettibile che gli rode ed apre una tanto più sicura quanto più occulta strada al fiume inondatore.

Cesare Beccaria, Dei delitti e delle pene, XX, 1764

Premessa

Non è facile districarsi tra i numerosi filoni di possibile lettura di un fenomeno di grande attualità come la corruzione, che ha occupato sin dall'antichità pensatori e governanti e che ha profondamente influito e continua ad influire sulla vita delle comunità.

Il rischio più grande che si corre è quello di fare considerazioni banali. Questa banalità rischia a sua volta di ammiccare ad una delle caratteristiche più insidiose del fenomeno, cioè quella semplificatoria della universalità e quindi "normalità" della corruzione che, a sua volta, fa il paio con l'accettazione passiva, quando addirittura non interessata, della sua ineluttabilità, come più in generale della ineluttabilità del male.

La corruzione: una questione complessa che richiede un approccio multidisciplinare

Ritengo utile allora premettere alcune considerazioni, giusto per non ignorare i punti di vista più frequentati nell'analisi del fenomeno, in particolare giuridico e criminologico, sociologico, politico e anche religioso, per poi aprire a qualche domanda su cui tentare una lettura dal vertice Psicosocioanalitico¹, un punto di vista che coniuga l'analisi dei gruppi e delle istituzioni e dei fenomeni oggetto della Psicologia Sociale, con gli strumenti offerti dalla Psicoanalisi. Per connettere i pensieri all'esperienza, utilizzerò, infine, alcuni esempi tratti da situazioni concrete, vissute direttamente e sulle quali ho cercato di gettare uno sguardo clinico.

Alcuni elementi di scenario

Come è noto, in Italia nel 2014 è stata riorganizzata con la forma attuale, più incisiva, l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e da allora sono state prodotte molte iniziative di tipo preventivo, soprattutto attraverso strumenti legislativi e amministrativi.

Nel caso della pubblica amministrazione questi provvedimenti sono tesi alla trasparenza dei procedimenti e degli atti, alla individuazione di dirigenti o quadri incaricati come referenti, alla redazione di piani

¹ Per un approfondimento si rimanda a www.psicosocioanalisi.it/la-psoa e www.ariete.info/?page_id=38

anticorruzione ed altri numerosi adempimenti (che nel caso delle aziende sanitarie, per esempio, prevedono una accurata individuazione dei livelli di rischio e di responsabilità nei singoli procedimenti), fino a percorsi formativi, erogati in genere da esperti privati o dipendenti della Pubblica Amministrazione. In appoggio sono state promulgate altre leggi: buona ultima la tutela del dipendente che si prende il coraggio di denunciare (*il whistleblower*)².

Secondo alcuni commentatori, sul piano giuridico si sono fatti molti passi avanti e alcune di queste azioni sembrano promettenti. Altre voci, parallelamente, sottolineano invece come non sia cambiato granché rispetto ai tempi di tangentopoli; lo fa per esempio il Sole 24 ore quando parla di un aumento del tasso di corruzione del 74% dal 2013 al 2016³, tentando contestualmente una quantificazione dell'incidenza economica di questa malattia della società (decine di miliardi di euro, anche 50/60).

In Italia la diffusione della corruzione è in generale preoccupante, ma più per il suo carattere pervasivo nella quotidianità che per gli episodi più noti e rilevanti sul piano mediatico

Nella classifica mondiale della corruzione percepita, stilata da *Transparency International*⁴ l'Italia risulta nelle ultime posizioni in Europa con un punteggio non lusinghiero, anche se si rileva un lieve ma costante miglioramento dalla legge Severino del 2012 in poi⁵. La stessa ANAC produce report e interessanti riflessioni sulla misurazione della corruzione, con complesse valutazioni sugli indicatori oggettivi e soggettivi in uso.

È interessante notare come il primo rapporto dell' ANAC di fine 2013 concluda testualmente: *Complessivamente, dall'analisi qualitativa delle sentenze emerge la netta prevalenza di una microcorruzione diffusa e persistente, di modesta entità ma caratterizzata da serialità, il che evidenzia un tratto comune a tutti i settori interessati, ovvero che numerosi e reiterati episodi di corruzione caratterizzati da una modesta entità della dazione e dalla parte attrice appartenente ai livelli intermedi o di base delle amministrazioni, fanno da contraltare a un numero assai limitato di pratiche corruttive caratterizzate da importi ingenti erogate ai livelli apicali*.⁶ Una pesante e pervasiva quotidianità fatta della sommatoria di singole attività di dimensioni relativamente modeste ma onnipresenti.

La corruzione diffusa come problema della polis, ma interno all'individuo

È molto importante il richiamo al dato oggettivo che parla di una corruzione diffusa, perché alla formazione della percezione collettiva del fenomeno concorrono eventi clamorosi ed emotivamente coinvolgenti (*clamor fori*), che funzionano da sviamento rispetto ad altri aspetti forse più insidiosi, più vicini a noi, che rischiano di essere sottovalutati. Sicuramente poi la percezione della diffusione e delle caratteristiche qualitative del fenomeno incide sull'atteggiamento del singolo, nel transito ricorsivo delle dinamiche tra individuo, gruppo e istituzione, caro all'analisi istituzionale e alla Psicosocioanalisi⁷.

² Al momento della stesura del presente scritto non era ancora in vista il decreto di legge "Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione", denominato "#spazzacorrotti", che enfatizza gli aspetti investigativi e repressivi della legislazione. documenti.camera.it/leg18/pdl/pdf/leg.18.pdl.camera.1189.18PDL0029490.pdf

³ www.infodata.ilssole24ore.com/2016/01/28/quanto-costa-la-corruzione-agli-italiani-negli-ultimi-tre-anni-il-male-e-cresciuto-del-74

⁴ www.transparency.it

⁵ www.lastampa.it/2018/02/21/italia/cronache/corruzione-litalia-migliora-ma-c-ancora-tanta-strada-da-fare-nxsT5pgLI9eqz6H4VYk6PN/pagina.html

⁶ ANAC, *Corruzione sommersa e corruzione emersa in Italia: modalità di misurazione e prime evidenze empiriche*, 2013, www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/Pubblicazioni/RapportiStudi/Metodologie-di-misurazione.pdf

⁷ Uno dei cardini dell'Analisi Istituzionale è la risonanza reciproca (riproduzione *ologrammatica*) tra le dinamiche che regolano la vita comune, dalla Polis al microcosmo familiare, e le dinamiche del mondo interno del singolo individuo.

Come nel caso del fenomeno mafioso, che ha forti e strutturali connessioni con la corruzione, e come in realtà per la maggior parte dei comportamenti criminali, da parte della magistratura più attiva e pensante vi è un insistito appello al cambiamento culturale, all'educazione, con l'invito a superare il circuito reato/punizione/pena e a non sopravvalutare le capacità di deterrenza del sistema repressivo, né tanto meno dell'inasprimento delle pene⁸.

Secondo il presidente dell'ANAC Raffaele Cantone è necessario introdurre «*un meccanismo di consapevolezza [...] che il corrotto e il corruttore sono molto più simili a noi*⁹. Riconosciamo lo stesso punto di vista espresso da Giovanni Falcone: *Se vogliamo combattere efficacemente la mafia, non dobbiamo trasformarla in un mostro, né pensare che sia una piovra o un cancro. Dobbiamo riconoscere che ci rassomigli*¹⁰.

La corruzione è ampiamente riconosciuta come fenomeno più o meno pesantemente strutturato nelle dinamiche sociali. Tuttavia riceviamo costantemente da chi la combatte un richiamo forte a considerare il ruolo del singolo individuo e dei suoi conflitti interiori

Potremmo aggiungere qui il tema della doppia morale, di cui molti avranno avuto esperienza diretta. Cantone riporta un'esperienza paradigmatica: assiste in un negozio ad una filippica indignata della proprietaria su un assessore della sua città e una serie di persone con nomi e cognomi, ma al momento dell'acquisto non viene rilasciato lo scontrino fiscale, lo fa notare e si sente rispondere: *"ma che c'entra?"*, paradigma appunto di una realtà più volte da lui constatata, ovvero che la lotta alla corruzione deve sempre cominciare da qualcun altro¹¹.

La corruzione, come la mafia¹², in realtà non è fatta solo di episodi, è un *"habitus"* in cui il soggetto scivola progressivamente e *"finisce per diventare un vero e proprio ethos, ossia forma un vero e proprio ambiente culturale che crea costume, con criteri di vita e di valutazione, produce una propria forma di comunicazione e di scambio, con metodi e pratiche peculiari"*, come sottolinea Lorenzo Biagi in un interessante saggio dedicato alla corruzione a cui farò cenno all'occorrenza.¹³

È una delle argomentazioni a cui fa riferimento l'allora Primate d'Argentina cardinale Bergoglio nel suo saggio *"Guarire la corruzione"*: *la corruzione non è un atto ma uno stato personale e sociale nel quale uno si abitua a vivere. I valori (o non-valori) della corruzione sono integrati in una vera cultura, con capacità dottrinale, linguaggio proprio, maniera di procedere peculiare*¹⁴ per sostenere poi in veste di papa Francesco: *"il peccato si perdona, la corruzione non può esser perdonata"*¹⁵, dove l'unica via d'uscita possibile è una *"metanoia"*, una radicale *"conversione"*, e non la semplice assoluzione.

⁸ La corruzione ha oggi un carattere sistemico e le numerose modifiche legislative non hanno fino ad ora cambiato il quadro generale, tanto da fare pensare che combatterla solo per via giudiziaria non ottenga alcun risultato: la repressione penale non basta. In anni recenti giuristi, sociologi e filosofi hanno sostenuto la necessità di "rifare noi stessi" www.spiweb.it/libri/corrottori-e-corrotti-ipotesi-psicoanalitiche-a-cura-di-laura-ambrosiano-e-marco-sarno-mimesis-2016

⁹ www.ilmattino.it/napoli/cronaca/corruzione_cantone_per_il_contrasto_serve_la_consapevolezza_dei_danni-3511234.html

¹⁰ Giovanni Falcone, *Cose di cosa nostra*, 1991

¹¹ R. Cantone *"Corruzione - presentazione del libro di Lorenzo Biagi (Ed. Messaggero)"*, Registrazione audio del dibattito dal titolo registrato a Roma martedì 27 gennaio 2015. www.radioradicale.it/scheda/432165/corruzione-presentazione-del-libro-di-lorenzo-biagi-ed-messaggero

¹² La mafia è innanzitutto un fenomeno socio-psicologico, che è riuscito a far coincidere cultura, comunità, famiglia, individui § G. Lo Verso, *La mafia dentro. Psicologia e psicopatologia di un fondamentalismo*, Milano, 2002.

¹³ L. Biagi, *Corruzione*, Padova, 2014

¹⁴ J.M. Bergoglio, *Guarire la Corruzione*, Bologna, 2013 (Corrupción y pecado. Algunas reflexiones en torno al tema de la corrupción Editorial Claretiana, Buenos Aires, 2005), in L. Biagi cit.

¹⁵ Papa Francesco *Peccatori sì, corrotti no*, 2013, in L. Biagi, cit., Intervenire sul tema del perdono e della confessione sembra anche un tentativo di risposta alle critiche di cui è oggetto la cultura cattolica date le sue differenze con quella protestante, nord europea, che sembra avere obiettivamente più anticorpi contro la corruzione.

Il riferimento alla forte implicazione del soggetto e alla necessità di un percorso trasformativo, una “guarigione”, è, a mio parere, un terreno di studio di grande interesse, se si va al di là delle affermazioni apodittiche e moraleggianti e si cerca di andare a fondo delle dinamiche psicologiche, in particolare intrapsichiche, ma che riverberano poi in modo “ologrammatico”¹⁶ tra individuo, gruppo e istituzione. A queste dinamiche nessuno di noi può dirsi estraneo: ci competono come cittadini, professionisti e studiosi.

Il ruolo centrale del singolo individuo e del suo microcosmo relazionale quotidiano, la responsabilità soggettiva legata a dinamiche tanto perverse quanto profonde, mette in scacco e rende banale ogni generico richiamo all’etica che non indaghi le radici profonde del comportamento corrotto

In altre parole probabilmente potremo capire meglio questa patologia sociale volgendo lo sguardo a come riverberi sulla nostra gruppaltà interna¹⁷ e alla dialettica tra le diverse voci che la costituiscono.

I protagonisti della corruzione, tra patologia e normalità

“Un aspetto che vale la pena indagare è rappresentato dalla struttura personologica negli attori delle pratiche corruttive, persone la cui caratteristica comune sembra risiedere nell’apparenza di normalità e di buon assetto sociale [...] coniugata con una felice indifferenza per la natura delle loro trasgressioni e del danno che essi infliggono alle relazioni sociali” sostiene il criminologo Adolfo Ceretti nella breve e molto lucida prefazione al testo *“Corruttori e Corrotti. Ipotesi Psicoanalitiche”*¹⁸.

L’aspettativa del criminologo rispetto all’ approccio psicoanalitico è che quest’ultimo possa essere di aiuto nell’identificare le strutture psichiche profonde di questi soggetti, il cui comportamento maschererebbe una struttura del sé fragile e a rischio di disgregazione e si costituirebbe come *“imponente meccanismo difensivo”*, ricercandone le radici nelle relazioni primarie, nel successivo sviluppo durante la fase adolescenziale e quindi nelle relazioni sociali, soprattutto circa il ruolo assunto dalla *“mente di gruppo”*.

La riflessione è aperta, finalmente, sulla necessità di interrogarsi in particolare sulla funzione psichica antidepressiva del comportamento corrotto, attraverso un’avidità di danaro e potere, progressiva perché insaziabile, volta a colmare un vuoto radicale, *“come antidoto al senso di morte interna”*¹⁹.

L’autosufficienza onnipotente, la mercificazione delle relazioni e la riduzione a cosa delle persone, l’onnipotenza, la perversione del significato del dono²⁰, la simulazione di comportamenti socialmente adeguati, come altre caratteristiche descritte da osservatori, psicoanalisti e non, sono tratti che inscrivono il comportamento corrotto nell’ambito del narcisismo patologico e della perversione.

La presenza o meno del senso di colpa, i suoi destini fino alla sua progressiva anestetizzazione, sono altri elementi che andrebbero ulteriormente indagati per comprendere, per esempio, il ruolo del sistema valoriale del sottogruppo culturale di riferimento (a cui farò riferimento successivamente a proposito dei *clan*).

Rispetto alla ricerca delle specificità dell’itinerario psichico ed affettivo di chi vive nella corruzione, a cui viene dedicato il volume *Corruttori e Corrotti*, alla cui lettura è opportuno rimandare, è cruciale ricordare come viene accortamente premesso da Laura Ambrosiano, che l’individuazione di tratti specifici non possa e non

¹⁶ § nota 7

¹⁷ “La gruppaltà interna è l’esito della internalizzazione, attraverso processi identificatori, dell’insieme di relazioni delle quali l’individuo, sin dalla nascita, entra a far parte [...] in D. Napolitani, A. Maggiolini, (1989) *Gruppaltà interna (o gruppo interno)*, Glossario, a cura di D. Napolitani, Rivista Italiana di Gruppoanalisi, 1-2, ottobre, Milano, pp. 96-101.

¹⁸ L. Ambrosiano, M. Sarno, *Corruttori e Corrotti. Ipotesi Psicoanalitiche*, Milano 2016

¹⁹ L. Ambrosiano, *Introduzione* a L. Ambrosiano cit.

²⁰ Con riferimento al *Saggio sul Dono* di Mauss, Lorenzo Biagi cita Marcel Henaff che in *Le don perversi e ne Il prezzo della verità* sottolinea che nella corruzione il dono appare *“nella sua forma perversa, cioè sotto una forma che, in maniera costante, opera un corto circuito tra scambio supposto generoso e scambio profittevole”*

debba trascinare l'analisi nella definizione di un profilo diagnostico teso ad una rassicurante distinzione tra noi (onesti) e loro (delinquenti), dal momento che *“davanti ai comportamenti corruttivi siamo tutti a rischio”*²¹.

E siamo a rischio perché, in misura e con risultati diversi, abbiamo tutti in comune un'esperienza delle relazioni primarie in cui si oscilla, sempre secondo Laura Ambrosiano, tra la protezione assoluta sul registro dell'imprigionamento in un iperprotettivo *maternage familiare* e, dall'altro lato, la possibilità di differenziazione ed emancipazione laddove sia intervenuta efficacemente la funzione paterna.

*“La corruzione si produce al punto di giunzione tra fantasie infantili onnivore e onnipotenti che permangono in ciascuno di noi e mentalità gruppali che si organizzano su di esse”*²².

La corruzione non sembra configurarsi in un quadro psicopatologico specifico, ma nelle sue diverse espressioni e radici patogenetiche fa più pensare ad una forma di “psicopatologia della vita quotidiana” con la quale un po' tutti abbiamo a che fare, fuori e dentro di noi

Questo pericoloso potenziale epidemico, che ci fa chiedere con Zagrebelsky se *siamo sicuri di esserne immuni*²³, ha le sue radici non tanto e non solo nel soggetto e nella sua storia familiare, intesa come storia delle sue relazioni primarie, ma ovviamente nel complesso delle relazioni sociali, dei legami intersoggettivi, familiari e gruppali, espressi nei vari ambiti di lavoro e di vita sociale, compresa quella “virtuale” dei nuovi social. La debolezza della funzione paterna nelle strutture familiari e la scarsa tenuta delle istituzioni e in generale, con Kaës, dei *garanti metasociali*²⁴, sono indicatori delle difficoltà del tempo presente.

La forza centripeta del gruppo di appartenenza, familiare o extrafamiliare, a partire dalla richiesta di conformismo e, all'esterno, la tendenza al proselitismo, giocano un ruolo fondamentale per il rispecchiamento identitario, e rendono poco pensabile e comunque concretamente difficile, perché faticosa, l'emancipazione del singolo dai circuiti di corruzione laddove siano presenti.

Questa difficoltà non è tanto e soltanto interna al soggetto, ma riverbera nel suo sistema di relazioni: nella corruzione è appunto la relazione ad essere malata.

Sulle radici di questa “malattia delle relazioni” è illuminante il contributo di Cristina Saottini che ricorda come vi è corruzione dove, per guadagno privato, si agisce in modo contrario al compito previsto per il proprio ruolo e quindi anche *“laddove si corrompa il*

Il percorso psichico individuale è in stretta connessione con le dinamiche che animano la vita psichica collettiva.

Le riflessioni in tema di corruzione guardano principalmente al cedimento della funzione paterna e del suo ruolo normativo, sia nella storia dei singoli che in quella della comunità

*rapporto di una persona con le funzioni che definiscono i compiti del proprio ruolo affettivo [...di madre, padre, marito, moglie, figlio, fratello...]. Il guadagno privato estorto non consiste tanto in un passaggio di favori materiali, ma di uno scambio distorto di valori interpersonali. In una relazione affettivamente corrotta le parti traggono un guadagno narcisistico al prezzo della mancata realizzazione dei loro compiti*²⁵. Attraversando una serie di riflessioni di grande interesse mutate dall'esperienza con adolescenti responsabili di reati, sottolinea in più occasioni il tema della funzione paterna e il suo ruolo chiave nel superamento dell'indifferenziazione e nella formazione dell'identità.

²¹ L. Ambrosiano cit.

²² L. Ambrosiano cit.

²³ G. Zagrebelsky *La corruzione che ci circonda*, intervento alla manifestazione di Modena 4 Giugno 2014, www.libertaegiustizia.it/2014/06/04/la-corruzione-che-ci-circonda

²⁴ Rif. R. Kaës, *Malessere*, Roma, 2013, citato da C. Saottini, *Corruzione e Affiliazione* in L. Ambrosiano, cit.

²⁵ C. Saottini, *Corruzione e Affiliazione. Il patto narcisistico nella costruzione dell'identità sociale degli adolescenti*, in L. Ambrosiano, cit.

La capacità di differenziazione, ovvero lo sforzo di non omologarsi, sembra quindi l'antidoto e la prospettiva di cura contro la corruzione.

Questa capacità deve poter trovare alimento ricorrendo alle risorse interne del soggetto, sotto forma di consapevolezza del destino, dannoso e dannato, per sé e per la propria comunità, se si viene lasciati in mano ai corrotti, e quindi di una ribellione che faccia leva sull'aspirazione alla libertà.

Ma non basta, deve anche trovare un appoggio nella costruzione delle condizioni sociali ed istituzionali per poter esprimere queste risorse.²⁶

I danni della corruzione sono davvero sotto i nostri occhi?

Il Presidente dell'ANAC, Raffaele Cantone, nella presentazione del saggio di Lorenzo Biagi più volte citato, sostiene che se ci si rendesse più conto delle conseguenze, diminuirebbe il consenso silenzioso e passivo verso la microcorruzione: *Il vero problema è rendersi conto della consapevolezza dei danni e non indignarsi lanciando la monetina contro il politico di turno. [...] La corruzione è dannosa non tanto per le parti danneggiate ma per l'intera società*²⁷.

L'elenco dei danni sulla società in realtà dovrebbe essere di dominio comune, per esempio:

- i danni evidenti e immediati sul danneggiato di turno (l'imprenditore che ha perso la gara, il ricercatore che ha perso il concorso, ecc.), e in modo più complesso l'amministrazione stessa;

- *un danno sociale incalcolabile perché è un danno che impedisce all'innovazione un danno che impedisce la concorrenza. Un danno che impedisce sostanzialmente l'evoluzione economica che allontana gli investimenti*²⁸;

- numerosi danni dalle conseguenze particolarmente gravi in sanità, se si pensa ai casi clamorosi al mondo dei farmaci (dalla tragica e paradigmatica vicenda della Talidomide negli anni '50, fino al caso del collirio Avastin/Roche e Lucentis/Novartis, o allo scandalo del 2017 sulla Terapia le Dolore all'Università di Parma), dei dispositivi (da ricordare il caso delle valvole cardiache brasiliane), o di interventi chirurgici inutili ma redditizi (dai clamorosi casi criminali della Clinica Santa Rita a Milano, fino al caso più sottile dei Tagli Cesarei inappropriati, meno evidenti e su un crinale di interpretazione piuttosto complesso²⁹).

Va aggiunta una enorme perdita in termini di qualità dei prodotti, in efficienza dei servizi, nell'immediato e nel tempo, legata ai criteri di promozione slegati dal merito e dalla competenza (concorso poli, esame poli, ecc...). Basti per tutti un episodio dai risvolti tragicomici, citato in nota³⁰, dove il corruttore diventa vittima diretta degli effetti dannosi del proprio comportamento corruttivo, paradigma di un autolesionismo purtroppo meno evidente quando gli effetti dannosi sono distanti nello spazio o nel tempo.

²⁶ "I corrotti sono all'ordine del giorno. Ma i giovani [...] non devono abituarsi mai alla corruzione, perché quello che lasciamo passare oggi, domani si ripresenterà, finché ci faremo l'abitudine e anche noi ne diventeremo ingranaggio indispensabile" Papa Francesco/ Thomas Leoncini "Dio è giovane", Milano 2018

²⁷ R. Cantone, cit.

²⁸ R. Cantone, cit.

²⁹ L. Speri, C. Bosio, *L'ossitocina intimidita*, Atti del Convegno COIRAG "La violenza dei Legami. Riconoscerla, significarla, affrontarla", pag.322-335 Torino 2014 www.coirag.org/wp-content/uploads/2017/12/COIRAG-2017_E-book-Atti.pdf

³⁰ Al PM Digeronimo l'ex direttore generale dalla Asl di Taranto racconta di aver incontrato un politico pugliese al pronto soccorso di Massafra. "Gli ho chiesto come mai fosse lì e fosse così preoccupato - fa mettere a verbale il direttore generale - e lui m'ha risposto che la figlia aveva avuto un incidente automobilistico. Allora l'ho rassicurato: guarda oggi dentro ci sta proprio il primario di ortopedia. E lui: è per questo che sono preoccupato, quello ce l'ho messo io là e so come ho fatto" in P. Casicci, A. Fiorilli "Scurriculum" *Viaggio nell'Italia della demeritocrazia*, 2011

Senza contare i danni apparentemente minori dal punto di vista economico sociale, forse per questo molto diffusi, connessi con l'inappropriatezza di altri interventi quotidiani, come per esempio nel caso delle prescrizioni di latte artificiale in ambito pediatrico, che utilizzerò più avanti come esempio.

Sostiene Cantone: *Si è dato per scontato che tutto sommato la corruzione è un problema perché **danneggia l'immagine la pubblica amministrazione**, infatti tecnicamente e giuridicamente è un reato contro la pubblica amministrazione e non [-come dovrebbe- n.d.r.] un reato contro tutta la società, contro l'economia.*³¹

I danni della corruzione messi in maggior evidenza sono quelli sociali, relativi soprattutto all'economia. Questo è coerente con un vissuto diffuso che assume come parametro di riferimento innanzitutto il benessere economico, prima ancora della salute

Ma, a mio parere, il fatto che l'immagine dell'istituzione sia immateriale non la colloca per questo in una posizione inferiore rispetto alla vita delle persone ed agli aspetti economici: si tratta di un danno che non si vede nelle sue conseguenze concrete, materiali, ma dagli esiti potenzialmente mortali per l'intero sistema.

La corruzione infatti lo mina alle radici, nella sua struttura fondativa, impedisce il perseguimento della sua missione, svia le energie dal compito primario, attacca silenziosamente e in modo corrosivo il sistema di regole, il setting istituzionale, come avverte l'ex ergo di questo scritto, tratto dal famoso saggio di Cesare Beccaria *Dei delitti e delle pene*.

La corrosione occulta dell'istituzione

Quanto possono essere più gravi rispetto alle conseguenze materiali ed economiche prima citate le conseguenze della perdita di credibilità e di tenuta dell'istituzione sottesa al danno di immagine? Quanto più profonde e pervasive? Nel Codice di comportamento del dipendente della Pubblica Amministrazione si afferma testualmente che *"Il dipendente evita situazioni e comportamenti che possano ostacolare **il corretto adempimento dei compiti** o nuocere agli **interessi** o all'**immagine della pubblica amministrazione**"* e, a ben vedere, i comportamenti illeciti sono contrastati per *"preservare il **prestigio** e l'**imparzialità dell'amministrazione**"* e la loro sanzione è commisurata *"con riguardo alla gravità del comportamento ed all'entità del pregiudizio, anche morale, derivatone al **decoro** o al **prestigio dell'amministrazione di appartenenza**"*³².

Benché immateriale non può esser in alcun modo sottovalutata l'entità della ferita inferta dalla corruzione al prestigio istituzionale, cioè all'autorevolezza e credibilità delle istituzioni e del patto sociale di cui sono l'espressione

Se con Bleger consideriamo l'istituzione anche come *"un insieme di norme, di regole e di attività raggruppate attorno a valori e funzioni sociali"*, istituzione e *"setting"* coincidono³³. La *"cornice"* dei processi sociali, il *"setting"*, è costituita dall'insieme di regole che circoscrivono e definiscono il campo rispetto al compito primario dell'istituzione.

La corruzione è un attacco a questo *setting* che, ogniqualvolta si realizzi, lascia una crepa nella diga di regole, una ferita che indebolisce l'istituzione e non le consente la realizzazione del compito primario.

Un'istituzione che non riesce più a perseguire il compito primario è malata, perde autorevolezza e non è più in grado di *"compiere la funzione sociale fondamentale di regolazione dei rapporti sociali, di trasmissione di*

³¹ R. Cantone, Radio Radicale. cit.

³² Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici (DPR 62/2013)

³³ J. Bleger, (1970). *Le Groupe Comme Institution Et Le Groupe Dans Les Institutions*, In R. Kaës et al., *L'institution et Les Institutions*. Paris, 1980. Trad. it. *L'istituzione e Le Istituzioni*. Roma, 1991.

norme necessarie perché possa avere luogo la vita in comune” dice Jaques, padre dell’analisi istituzionale, che aggiunge *“le istituzioni trasmettono sicurezza e protezione dinanzi alla minaccia del caos e della follia”*³⁴.

Senza le regole non si dà istituzione e senza istituzione non c’è vita sociale e, se consideriamo gli inquadramenti mentali³⁵ come cornici e argini contro la follia, nemmeno vita psichica, ma solo *disfacimento della “civitas”*³⁶, solo *homo homini lupus*, la legge dell’orda.

I legami perversi e la perversione del compito, il *“pactum sceleris”* che contraggono corruttore e corrotto sono l’antitesi del *“patto sociale”*. Potremmo anche dire che per l’istituzione il *“patto scellerato”* risponde, per i suoi effetti, ad istanze mortifere, sul registro di *thanatos*, effetti purtroppo tangibilissimi anche in termini di distruzione materiale, talvolta tremenda, del *“bene comune”*, come *l’acqua, il territorio, il paesaggio, l’aria*³⁷, della vita stessa di uomini, donne e comunità³⁸. Causa ed effetto, contemporaneamente, il prevalere di *thanatos* sul bene comune immateriale, cioè la perdita per lenta erosione del tessuto relazionale comunitario e lo sfrangiamento delle reti sociali, porta al ripiegamento, fallimentare³⁹, del soggetto in un *“si salvi chi può”* individualistico o, al massimo, familistico o di clan⁴⁰.

La corruzione quindi come *“marcescenza”*, processo di *de-composizione* individuale e sociale che si contrappone alla vita, alla generazione di prodotti e valori che il patto sociale vorrebbe invece preservare, sviluppare e trasmettere, grazie ad una istituzione in salute capace di contrapporre l’integrità al disfacimento.

Il “patto scellerato”, che tende a prendere il posto del “patto sociale”, porta con sé una radice profondamente distruttiva, dagli esiti molto concreti, riconducibile per la psicoanalisi all’istinto di morte (Thanatos)

Un’istituzione con il *setting* vacillante sarà meno in grado di assolvere positivamente alle funzioni definite dall’analisi istituzionale *“di contenimento dell’ansia e di deposito delle parti psicotiche”*, e finirà con l’esserne permeata, aumentando la propria quota di ambiguità, che molti sociologi e giuristi riscontrano poi nella realtà concreta per esempio nella nostra legislazione, e con l’ambiguità l’entità di malessere e malattia diffusi.

Il *setting* istituzionale infatti si trova sfidato a più livelli. Come abbiamo visto si trova da un lato a fronteggiare la continua corrosione delle pratiche quotidiane, per così dire *“dal basso”*, nella serialità endemica della microcorruzione, dall’altro lato può venire alterato, corrotto, già nei momenti chiave in cui le regole vengono definite e promulgate sotto forma di leggi, *“dall’alto”*.

Sottolinea Cantone, per esempio, che la legge istitutiva del Consorzio Venezia Nuova, nel 1984 era *“fin dall’origine criminogena”* come *“criminogeno soprattutto il fatto che nel corso degli anni non si sia fatto nulla per impedirlo”*⁴¹, perché conteneva già tutte le premesse che sarebbero sfociate nello scandalo del Mose, tema ripreso in un libro del 2014 intitolato *“Corruzione a norma di legge”*⁴². Una delle caratteristiche di

³⁴ E. Jaques, *Sistemi sociali come difesa contro l’ansia persecutoria e depressiva*, in M. Klein, et al. *Nuove vie della psicoanalisi*. Milano, 1966. (§ anche www.bleger.org/introduzione-al-concetto-di-istituzione-due-lezioni-di-federico-suarez)

³⁵ Gli inquadramenti sono la preconditione per l’attribuzione di significati (§ anche G. Bateson, *Mente e Natura*, 1984)

³⁶ L. Biagi, cit.

³⁷ L. Biagi, cit.

³⁸ È interessante notare che agli stessi effetti mortiferi e distruttivi perviene su scala globale la deregulation neo-liberistica, che ha portato al cosiddetto *finanzcapitalismo*, realizzando gli incubi dei pionieri del liberismo, secondo cui *“ridotto ad una ricerca e promozione della ricchezza senza regole, il capitalismo si sarebbe trasformato nel peggior nemico di sé stesso e della convivenza umana”* L. Biagi, cit.

³⁹ Ad Augusta, mentre proseguono indagini - grazie anche a comitati cittadini - sull’inquinamento legato al petrolchimico, Don Palmiro Prisutto, Arciprete, sostiene: *“Non c’è stata la reazione della gente, hanno ormai nel DNA l’espressione ‘meglio morire di cancro che di fame’... se lo dicono anche i bambini della scuola media che prospettive abbiamo?”* Fuori Roma, RAI 3, puntata del 18/3/2018

⁴⁰ C. Saottini, *Corruzione e Affiliazione*. In L. Ambrosiano, cit.

⁴¹ R. Cantone, cit.

⁴² F. Giavazzi, G. Barbieri *“Corruzione a norma di legge. La lobby delle grandi opere che affonda l’Italia”*, 2014

queste norme era che veniva ratificato per legge uno stato di eccezionalità⁴³ che arrivava ad impedire la definizione di atti pubblici come illegali, paralizzando la possibilità di intervento.

Da un lato va detto che l'eccesso di rigidità delle regole finisce per esser altrettanto paralizzante, favorendo la diffusione di quello che Michel Foucault ha chiamato "illegalismo", trasversale a tutte le classi sociali⁴⁴, l'area di confine tra la legalità e la delinquenza, lo spazio in cui viene tollerata la frode perché funzionale alla sopravvivenza del sistema e delle rendite di posizione dei diversi attori.

Quell'area, definita spesso *area grigia*, rimanda però ad una delle caratteristiche strutturali della corruzione, la sua ambiguità, soprattutto dove riesce a perseguire strade procedurali formalmente ineccepibili, che però non lo sono altrettanto nella sostanza, con gli effetti devastanti sul lungo periodo che conosciamo.

Per sopravvivere e conservare la capacità di assolvere i suoi compiti, l'istituzione non può che correre ai ripari, ma come può fare? Come lo sta facendo? Fare luce sull'ambiguità sembra un ossimoro.

Paranoia e trasparenza

Al di là dell'intensificazione delle indagini e dell'inasprimento delle pene, che secondo molti osservatori porta solo ad una inutile escalation simmetrica, vorrei soffermarmi su un esempio di iniziative preventive adottate negli ultimi anni nel nostro paese, perché la necessità di combattere la corruzione da parte di una istituzione può diventare altrettanto insidiosa della corruzione stessa e sortire nello stesso effetto di sviamento dal compito, se non addirittura nella sua perversione.

La sfida alla solidità delle istituzioni, alla loro capacità di tenuta rispetto al compito loro assegnato, è avvertita come un pericolo mortale, un attentato alla stessa vita istituzionale. La risposta tuttavia rischia di essere simmetrica, semplicistica e, senza un'adeguata "comprensione" delle dinamiche che reggono fenomeno, insufficiente e inefficace

Queste iniziative sono infatti incentrate, sostanzialmente, sull'intensificazione dei controlli che, al di là dell'efficacia che verrà valutata nel tempo, mostrano finora, nell'immediato, alcune ricadute su cui vale la pena riflettere.

Innanzitutto incidono in modo caratteristico sullo stato mentale ed emotivo di fondo dei gruppi di lavoro a cui sono indirizzate. Personalmente, nella mia esperienza recente di osservatore partecipe, non ho dubbi, per esempio, sul fatto che in sanità pubblica le iniziative contro la corruzione abbiano determinato anche una deriva paranoica, soprattutto in ambito amministrativo, con l'aumento del tasso di sospettosità e sfiducia reciproca tra operatori, che attacca il patto sociale interno all'istituzione.

Le necessità di sopravvivenza dei singoli si contrappongono al compito primario condiviso: accanto ad una medicina difensiva, ad un uso difensivo degli strumenti predisposti a tutela dell'utente, dal consenso

⁴³ Sul concetto di "eccezionalità" rimando all'interessante citazione di Agamben argomentata da L. Ambrosiano in L. Ambrosiano, cit.

⁴⁴ M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, Torino 1976, cit. in G. Brindisi, *Politiche ed estetiche della malavita tra illegalismi e delinquenza in Michel Foucault*. Brindisi: "Deve quantomeno ricordarsi, inoltre, come i fenomeni sopra descritti consentano di operare la distinzione tra l'illegalismo dei beni (il solo oramai accessibile alle classi popolari) e l'illegalismo dei diritti (che la borghesia riserva a sé stessa), e come diversamente l'illegalismo della classe dominante (ossia quello politico ed economico) non solo manchi di essere sanzionato e incluso nella teoria della delinquenza, ma non sia neanche percepito come socialmente pericoloso." Foucault: «la possibilità di giocare i propri regolamenti e le proprie leggi; di far assicurare tutto un immenso settore della circolazione economica da un gioco che si svolge ai margini della legislazione – margini previsti dai suoi silenzi o allargati da una tolleranza di fatto. E questa grande redistribuzione dell'illegalismo si tradurrà in una specializzazione dei circuiti giudiziari: per l'illegalismo dei beni – per il furto –, tribunali ordinari e castighi; per l'illegalismo dei diritti – frodi, evasioni fiscali, operazioni commerciali irregolari – giurisdizioni speciali con transazioni, accomodamenti, ammende attenuate, ecc.». www.kainos-portale.com/index.php/12-malavita/86-ricerche12/282-politiche-ed-estetiche-della-malavita-tra-illegalismi-e-delinquenza-in-michel-foucault#sdfootnote49anc

informato in su, ha preso piede una “amministrazione difensiva”, con la tendenza, salvo rari casi coraggiosi, all’interpretazione restrittiva ed autoprotettiva delle norme amministrative, fino all’aumento insopportabile della farraginosità del sistema ed al rischio di totale paralisi delle progettualità.

In secondo luogo il compito primario del dirigente sanitario, da tempo gradatamente distolto dalla cura a favore della managerialità, si appesantisce di una serie di adempimenti obbligatori, che richiedono un tempo ed energie che, come contrappasso, assottigliano gli spazi dedicati al pensare e al prendersi cura, cioè al proprio compito primario.

La paralisi in questo caso è per sovraccarico di norme e di carte. Nel caso di un dirigente sanitario aumentano infatti i compiti di controllo, la redazione reiterata, a flusso costante, di documenti onerosi, quanto quelli richiesti, però una tantum, per una certificazione di qualità. L’utilizzo delle risorse umane e della risorsa tempo vede tra le priorità attività formative specifiche, obbligatorie, sugli adempimenti relativi ad anticorruzione e trasparenza anziché o a scapito di obiettivi di salute (cura, prevenzione, riabilitazione ecc.).

Paranoia e azioni di vigilanza conseguenti rischiano di intrappolare l’istituzione in diverse tipologie di legami perversi:

- un infinito inseguimento tra guardie e “presunti” ladri, un duello in cui sono presi in scacco compito ed energie degli abitanti dell’istituzione⁴⁵;
 - un finto duello in cui le dinamiche collusive e familistiche fra guardia e ladro riproducono alla fine il meccanismo della corruzione;
 - un abuso di potere quando, contrariamente al codice etico, il dirigente strumentalizza l’asimmetria del rapporto, anche con buona pace degli strumenti a tutela del dipendente denunciante (*whistleblower*).
- In ciascuno di questi tre casi troviamo una distorsione ed uno sviamento del compito primario.

In terzo luogo perché lo strumento che per eccellenza viene utilizzato, la “trasparenza”, apre a sua volta ad una serie di considerazioni di fondo. La trasparenza è possibile? Ed è davvero utile? Quale emozione istituzionale, quale “controtransfert” muove questa idea di illuminare ogni cosa e poter vedere finalmente la “nuda verità”? Questo “*Panopticon*”, non è forse la controreazione alla dimensione di onnipotenza dello psichismo corrotto, un fare luce che non trascuri alcun angolo buio? Non alimenta, in un gioco perverso, paranoia e sotterfugio⁴⁶?

Trasparenza e vergogna

Personalmente penso che, molto probabilmente, la trasparenza, pur indispensabile, una volta tradotta in procedure e quindi sollecitata sul piano documentale non sia davvero informativa. Si rischia di confondere la mappa con il territorio e di non proteggere il sistema dall’imbroglio, dalla menzogna. L’eccesso di leggi e di dati apre proporzionalmente sul piano informativo a “rumore” e sul piano operativo a sotterfugi: “*Corruptissima re publica plurimae leges*”⁴⁷.

Penso che, se ci si limita agli aspetti documentali, prevalgano le abilità retoriche, che vengono affinate particolarmente da chi sottrae più tempo al compito primario per esempio della cura, di cui è spesso un

⁴⁵ È interessante notare come, liberato il dirigente dalla decisione circa l’eventuale visita fiscale al dipendente in malattia affidando la decisione ad un polo unico, ergo alla sorte e ad un algoritmo, le certificazioni di malattia abbiano avuto un calo consistente: nel pubblico si sono ridotti del 13,1% i certificati e del 10,6% i giorni di malattia nel primo quadrimestre di applicazione. www.ansa.it/sito/notizie/economia/2018/02/27/boeri-144mila-visite-fiscali-ai-dipendenti-pubblici-13-certificati_c39ab9ac-9ed3-4c49-8ec8-d95fbb322be7.html

⁴⁶ Molto suggestivi al proposito gli intrecci del Film del 2006 “La vita degli altri”, ambientato nella Germania Est degli anni ottanta sotto il *Panopticon* della STASI

⁴⁷ “Moltissime sono le leggi quando lo stato è molto corrotto” - Tacito Annales (Annales, Libro III, 27)

interprete mediocre. È un'esperienza che in buona parte è già stata attraversata nel caso dei sistemi di valutazione e dei sistemi premianti, in ambito pubblico (e non), destinati illusoriamente ai più meritevoli.

Spesso la *visibilità*, tanto raccomandata oggi a chi promuove, progetta e lavora, premia soprattutto chi non fa granché ma sa curare la forma, riesce meglio nel "*maquillage*". Nelle richieste dell'amministrazione in termini di trasparenza trovo che all'opposto ci siano buoni margini di "*maquillage*".

Anche qui dovrebbe essere aperta una riflessione su quale configurazione psichica vada a disegnarsi nella costruzione di un simulacro senza sostanza, quasi un *falso-sé* professionale, che talvolta può essere anche maledettamente concreto (e non tanto nel caso dei rarissimi senza-laurea che ogni tanto vengono smascherati, magari bravissimi, ma soprattutto nel caso degli incapaci che i gruppi di lavoro devono in qualche modo neutralizzare per limitare i danni sull'utenza).

Molti documenti per la trasparenza sono autodichiarazioni sottoscritte solennemente ai sensi di legge, con risvolti penali, e dovrebbero trovare efficacia per la minaccia di svelamento dell'eventuale falso. La trasparenza viene quindi invocata come deterrente: l'esser visti dovrebbe comportare più misura, ma si alimenta di un sentimento che gode di sempre meno popolarità: la vergogna⁴⁸.

La trasparenza è un prerequisito, una necessità incontrovertibile, ma può non bastare, come non basteranno interventi tesi soltanto a scoprire e punire. Vacilla infatti anche il significato del sentimento della vergogna, sia come riprovazione sociale sia come esperienza interiore

La sfida allo scontrino e al mondo delle tasse in nome di un diritto di autodifesa, o addirittura la

rivendicazione dell'*illegalismo* (nel senso sopracitato di Foucault) come male necessario per garantire il raggiungimento di più nobili risultati in termini economici o di performance sociali, sono micro-indicatori di quanto il livello di *spudoratezza* possa vanificare il potere deterrente dell'essere "scoperti".

Non si tratta solo dei soggetti che, imperterriti anche dopo esser stati condannati, Cantone ritrova a gareggiare "*alla luce del giorno*" per nuovi appalti con le stesse modalità⁴⁹, una realtà che ha fatto dire al giudice Davigo "Dopo *Tangentopoli*, non hanno smesso di rubare, ma di vergognarsi. Questo ha generato assuefazione e rassegnazione, tanto che noi italiani non ci stupiamo più"⁵⁰.

Si tratta di una sempre più diffusa rivendicazione narcisistica della prevalenza di un sistema di norme innanzitutto personale, spesso familiare o grupपालe, che non ha più bisogno della conferma istituzionale ma che, al bisogno, può essere rivendicata ed alimentarsi di quella di sottogruppi sociali, misurata in termini di consenso, per esempio di *like*⁵¹. Il sistema di norme privato e condiviso dal gruppo dei sodali è una delle caratteristiche forti della cultura e del sistema della corruzione.

Il tema della vergogna sembra quindi essere cruciale, come una discussione da un lato sul suo significato in psicopatologia (che la vede oggetto di cura e di superamento per dar corso allo sviluppo dell'io), e dall'altro sul suo significato "fisiologico" nel sociale, come sentimento essenziale per il mantenimento del sistema di regole e del suo rispetto da parte del soggetto. Un sentimento che da osteggiato, oggi sembra aver bisogno di essere rivalutato⁵².

⁴⁸ Papa Francesco fa un'invocazione ai credenti affinché chiedano il "dono della vergogna". Omelia a Casa Santa Marta, il 16 giugno 2017

⁴⁹ R. Cantone, cit.

⁵⁰ La frase d'un'intervista del 2016, che ha acceso molte polemiche, è ripresa in Vittorio Alberti "Pane sporco. Combattere la mafia e la corruzione con la cultura", Milano, 2018

⁵¹ Il successo mediatico ha sempre più evidenti capacità di ridimensionare il significato afflittivo della condanna e fornisce una pericolosa conferma sociale e/o di gruppo. Cito per esempio, tra i tanti, il caso del fotoreporter Corona, o il più drammatico il caso di Luca Traini, l'autore del raid con sparatoria a Macerata, che ha trovato - secondo le parole del suo legale - un sostegno allarmante e il superamento della solitudine in cui prima era relegato.

⁵² § nota 48

Dovremmo chiederci se si tratti di vera e propria perdita della vergogna o di un suo dirottamento verso altri riferimenti normativo-culturali, quelli del clan⁵³ di appartenenza, in alternativa e contrapposizione a quelli di una istituzione sempre meno efficace, gli stessi riferimenti quindi che potremmo trovare nel *familismo amorale* o nel cosiddetto *familismo mafioso*.

In altre parole è diverso esser completamente privi di vergogna, liberi in assoluto da ogni senso di colpa, rispetto a non provare vergogna rispetto alla legge, ma provare invece vergogna rispetto alle norme del sottogruppo culturale di riferimento, che impongono di infrangerla. La prova di iniziazione attraverso il delitto e il ricatto sono legami perversi tipici di quest' ultimi sottogruppi.

È anche vero, tuttavia, che la personalità del corruttore seriale sembra patologicamente prescindere dal giudizio esterno ed emozioni come vergogna, colpa, ormai rimosse o anestetizzate, oppure completamente svuotate a causa del processo di pura mercificazione e strumentalizzazione che ha esautorato le emozioni dalle relazioni umane. Quello che sembra in realtà prevalere è il bisogno di riconoscimento, di conferma identitaria. Credo che il problema rimanga aperto, anche in termini di tipo di approccio e di margini di cura individuale, grupppale, istituzionale.

La precarietà del concetto di responsabilità, l'autoassoluzione in nome dei fini, lo spostamento del riferimento normativo (inteso anche come approvazione e riconoscimento) al gruppo professionale di appartenenza (il proprio *clan*) in alternativa rispetto all'istituzione in cui si presta servizio⁵⁴, sono solo alcuni degli elementi caratteristici di questo stato emotivo, forse quelli di cui abbiamo più esperienza nella quotidianità in sanità e che, data la prossimità, possiamo sentire particolarmente pervasivi.

Il conflitto di interessi, precursore della corruzione, è forse l'aspetto che più ci riguarda da vicino, soprattutto in ambito sanitario.

La funzione regolatrice dell'istituzione

Un episodio di cronaca e una esperienza personale che rimandano a diverse modalità di espressione del conflitto di interessi, possono aiutarci ad aggiungere altri elementi in gioco, tutti da esplorare.

Sta arrivando in questi giorni a sentenza l'inchiesta su un gruppo di pediatri toscani finiti a suo tempo agli arresti domiciliari perché avrebbero scoraggiato l'allattamento materno per prescrivere un determinato marchio di latte artificiale in cambio di cospicue utilità. In sé si tratterebbe di un episodio di microcorruzione che ha avuto tuttavia particolare risonanza nell'ambiente della Promozione dell'allattamento materno. Le associazioni di sostegno dell'allattamento non sono state ammesse come parte civile, perché oggetto del processo – "purtroppo!" a mio parere – è solo lo scambio corruttivo e, precisa il tribunale, non l'atto medico, cioè una decisione clinica dettata non da scienza e coscienza ma da interessi altri⁵⁵.

In realtà, dal punto di vista della salute pubblica, il tema centrale dovrebbe essere il danno patito dalle pazienti e dai loro figli, che non è catastrofico certo, ma ha privato numerose donne che desideravano allattare di un'esperienza e della possibilità di mettere a disposizione del bambino un patrimonio naturale di salute di enorme e ormai riconosciuta portata e, fatto ancor più grave, ha alimentato il senso di insicurezza e incapacità che inevitabilmente in questa fase di vita attraversa tutte, agendo per il "*dis-empowerment*"

⁵³ C. Saottini, *Corruzione e Affiliazione*, in L. Ambrosiano, cit.

⁵⁴ F. Manoukian, "*Perché è interessante oggi riflettere e confrontarsi sulla cosiddetta corruzione*" § L. Ambrosiano, cit.

⁵⁵ Va doverosamente precisato che il primo processo, successivo alla prima stesura di questo scritto, ha esitato in assoluzioni e proscioglimenti generalizzati, non per i fatti in sé, considerati realmente avvenuti, veritieri, ma perché non inseribili per il tribunale nella fattispecie del reato di corruzione. Tutto il percorso, i fatti accertati e descritti nelle motivazioni della sentenza, impugnata peraltro dalla procura, sono comunque, ai nostri fini, di estremo interesse (fonte: iltirreno.gelocal.it/versilia/cronaca/2018/07/09/news/i-pediatri-non-erano-corrotti-ecco-le-motivazioni-1.17044803)

anziché per l' "empowerment". È evidente qui come il compito primario della salute sia stato disatteso per interessi altri.

In questa sede mi interessa sottolineare soltanto che la prassi di prescrivere latte artificiale alla dimissione dall'ospedale, pur vietata dalla legge, è tuttora in uso in molte strutture, sia in modo palese (*trasparente o spudorato?*) che sotterraneo, e che la prescrizione inappropriata di latti formulati a scapito dell'allattamento materno ha probabilmente dimensioni ancora maggiori, benché certamente in calo negli ultimi due decenni.

Il conflitto di interessi in cui incorrono in questo caso i Pediatri, è alimentato da un marketing particolarmente aggressivo delle case dei latti, ma anche da comportamenti omissivi, a più livelli, da parte del sistema sanitario. Sottolineerei due livelli di comportamento omissivo.

Il primo ha a che fare con una pressoché totale inerzia istituzionale nei controlli su questo tema e in generale per la mancata individuazione di strumenti appropriati⁵⁶, almeno fino all'introduzione delle iniziative per l'anticorruzione e la trasparenza. L'istituzione ha assunto strumenti che hanno mantenuto l'ambiguità già sottolineata, prevendendo divieti e subito dopo eccezioni agli stessi⁵⁷ che di fatto non hanno mai portato ad esiti concreti.

L'istituzione messa in difficoltà dalla corruzione è sicuramente responsabile di comportamenti omissivi o carenti. Il primo, sul registro della funzione paterna, è l'individuazione di strumenti adeguati di controllo. Ma non solo...

Se ancora l'istituzione, sul registro della funzione materna, riesce forse ad assolvere il compito del contenimento accogliente e del nutrimento dei suoi membri, risulta evidente dai fatti che in questo caso specifico, nonostante le leggi, quella che viene meno è proprio la funzione normativa, la capacità di tenuta nel far rispettare le regole. In altre parole va in scacco la capacità dell'istituzione di interpretare la funzione paterna, nel suo senso simbolico e concreto di introduzione della legge, a garanzia dei limiti e dei confini, dell'introduzione di un ordine che garantisca la civiltà là dove regna altrimenti il caos dell'indifferenziazione. La funzione paterna quindi come custode del setting e della differenziazione, del pensiero.

Il conflitto di interessi come sviamento dal compito

Per discutere il secondo comportamento omissivo, che è cosa complessa ma ricca di utili implicazioni, è necessaria una digressione.

Il programma di punta dell'OMS/UNICEF per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento materno, la *Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)*, prevede, oltre alle altre azioni di natura socio-sanitaria, il rispetto del "Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive risoluzioni dell'Assemblea Mondiale di Sanità"⁵⁸, come *conditio sine qua non* per il riconoscimento di Ospedale Amico dei Bambini per l'Allattamento. Il Codice prevede tra le altre cose, la proibizione di offrire

⁵⁶ Il DL 84/2011 "Disciplina sanzionatoria per la violazione delle disposizioni di cui al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 9 aprile 2009, n. 82, recante attuazione della direttiva 2006/141/CE per la parte riguardante gli alimenti per lattanti e gli alimenti di proseguimento destinati alla Comunità europea ed l'esportazione presso Paesi terzi" è stato frutto di una lunga gestazione in ministero, non recepisce integralmente il Codice (§ nota 58) e presenta alcuni aspetti ambigui e lacunosi e di difficile applicazione. Di fatto non mi risultano ad oggi comminate sanzioni. § Anche il richiamo ministeriale 2015 www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2416_allegato.pdf

⁵⁷ E non poteva essere altrimenti dal momento che il Decreto Sanzionatorio è il derivato di una concertazione che ha visto ascoltati, correttamente, tutti i cosiddetti stakeholders, con la presenza di forze e interessi di particolare peso. Sulla tematica della commercializzazione dei Latti formulati, si è consumato un obiettivo stravolgimento in tema di mission e componenti del Comitato Nazionale per l'Allattamento, a guida politica e con una importante rappresentanza del sociale, tramutato in un Tavolo Tecnico per l'allattamento, svuotandolo della necessaria rappresentatività e incisività. Il meccanismo ricorda quanto sta emergendo per esempio in ordine al tavolo europeo sulle emissioni dei gas di scarico delle auto, condizionato dall'imponente presenza dei membri delle case automobilistiche.

⁵⁸ Sul Codice § www.ibfanitalia.org/cosa-e-il-codice e www.unicef.it/Allegati/Operatori_e_Codice.pdf

regali al pubblico e agli operatori e l'interruzione delle donazioni di latte (ma anche la sua vendita sottocosto), da parte delle case produttrici alle strutture; divieto previsto già dalla legge. Forme di finanziamento sono vietate anche nel caso di attività formative, come nel Regolamento ECM. La visita di valutazione e l'esame documentale da parte dell'UNICEF sono molto rigorosi e riducono di molto la possibilità di scappatoie.

Ma al di là di chi attua con più o meno successo sotterfugi, penso interessante in questa sede riportare le motivazioni di un primario pediatra che apertamente prescrive un certo marchio di latte, in cambio di nessuna utilità personale, ma per sostenere attività formative di asserita, e anche molto probabile, qualità, soprattutto all'estero, nonché l'acquisto di strumenti e di beni d'uso per la sua struttura (pubblica) che l'amministrazione non è in grado o non ritiene di accollarsi. In cambio di queste utilità deve semplicemente prescrivere quel latte, non un altro, nel caso in cui vi siano difficoltà nell'allattamento al seno.

Se i pediatri toscani sono stati incriminati non per aver attivamente scoraggiato le madri nell'allattamento, ma per la trasformazione dei bonus depositati presso le agenzie viaggi, ufficialmente finalizzati a viaggi studio, in vacanze o beni da acquistare (da cui il procedimento penale) qui c'è invece il paradosso che il reato (perché di questo si tratterebbe, "comparaggio", che è una fattispecie specifica sanitaria ma comunque corruzione) sembra finalizzato al miglior perseguimento del compito istituzionale.

Nella quotidianità del lavoro in sanità, nel caso per esempio della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento, buone e cattive pratiche mettono in campo percorsi antitetici, in uno scenario complesso, ma anche confuso e distorto, in cui il tema del conflitto di interessi e della corruzione assume un ruolo centrale

La motivazione portata è "alta", tanto da meritare la sfida alla legge, cioè quella di fare al meglio il proprio dovere, in aperta polemica con il management: "pretendono l'eccellenza, ma non ti danno le risorse per raggiungerla", management che, ovviamente, non interviene (vedi l'inerzia istituzionale di cui sopra, la prima omissione, che potrebbe quindi trovare una qualche spiegazione). Di fatto, sul piano della salute, il rispetto della Legge e del Codice fa la differenza, tanto che nei tre ospedali veneti che hanno rinunciato alla valutazione UNICEF a causa del Codice, a prescindere da molte buone pratiche comunque messe in atto, l'allattamento esclusivo alla dimissione ha oscillato negli ultimi anni intorno al 60/70% contro una media dell'80% degli altri punti nascita ingaggiati nel progetto⁵⁹. Studi controllati a livello internazionale convergono con questa considerazione aneddotica, basata su dati locali⁶⁰. L'argomentazione quindi non basta e le obiezioni contro l'asserita irrilevanza sui tassi di allattamento del conflitto di interessi restano valide.

È anche vero che la normativa rimane ambigua proprio in tema di formazione ECM⁶¹, e che la Società Italiana di Pediatria, come altre realtà associative pediatriche, ha apertamente dichiarato che la formazione di categoria non è possibile senza il sostegno delle case produttrici dei Latti Formulati⁶².

Inoltre è un fatto non indifferente ed interessante da osservare che, anche quando il singolo, in qualche caso e "fuori onda", è critico rispetto al conflitto di interessi, l'elemento gruppo mostra tutta la sua particolare forza e induce al conformismo. In una passata indagine interna al gruppo "NoGraziePagolo"⁶³, ingaggiato fortemente sul fronte del conflitto di interessi per la trasparenza ed indipendenza in tema di salute, è emersa una difficoltà anche in sanitari attivamente impegnati nel superamento delle abitudini non etiche.

⁵⁹ Dati del Progetto "Ospedali e Comunità Amici del Bambino OMS/UNICEF – Coordinamento e Sviluppo Rete per l'Allattamento Materno" della Regione Veneto

⁶⁰ A. McFadden, F. Mason, J. Baker et al., *Spotlight on infant formula: coordinated global action needed* Lancet 2016;387:413-415, "Focus sui latti artificiali: la necessità di un'azione coordinata globale" Traduzione in italiano a cura della Coalizione Italiana per l'Alimentazione dei Neonati e dei Bambini – www.cianb.it. In: www.acp.it/2016/02/focus-sui-latti-artificiali-la-necessita-di-unazione-coordinata-globale-9300.htm Vedi anche A. Cattaneo. [www.socmedchirvic.it/files/Cattaneo_vicenza23maggio2015\(1\).pdf](http://www.socmedchirvic.it/files/Cattaneo_vicenza23maggio2015(1).pdf)

⁶¹ § nota 56, § anche www.nograzie.eu/societa-medico-scientifiche-italiane-e-conflitto-di-interessi

⁶² § "Regole chiare tra pediatri e industria" www.sip.it/a/wp-content/uploads/2017/10/Pediatria4_intero_WEB.pdf

⁶³ www.nograzie.eu

Ci sono infatti situazioni “borderline” in cui l’ambiguità rende difficili scelte nette, anche se apparentemente semplici, come quella di pagarsi l’hotel o meno semplici, come sottrarsi dalla condivisione e dalla convivialità con i colleghi, anche amici, in una cena sociale o in un coffee break di un convegno sponsorizzato.

Ad alimentare il conflitto di interesse quindi ci sono oggettive lacune e mancati investimenti di risorse da parte del sistema sanitario, ma questo non può bastare a spiegare il fenomeno: su altre partite le categorie di sanitari interessati intraprendono iniziative di advocacy, anche di lobbies, quando non dure battaglie sindacali. Perché nel caso di latti formulati e farmaci, salvo alcune lodevoli eccezioni⁶⁴, volgono lo sguardo altrove e accettano da soggetti terzi finanziamenti che non possono essere disinteressati, per quanto autodichiarati come “contributi non condizionati”? Eppure studi internazionali mostrano l’efficacia dell’offerta di cibo e di doni anche di modesta entità (i piccoli gadget), nell’influenzare le scelte e nel condizionare le ricerche. Altri studi dimostrano anche che, in grande maggioranza, i sanitari sono convinti della capacità del marketing di influenzare le scelte, però quelle dei colleghi, e, nella stessa percentuale, non le proprie⁶⁵.

Così, in totale apparente buona fede, i membri dell’organizzazione sono sedotti (nel senso etimologico del termine di *se* «a parte, via» e *ducere* «condurre, trarre») più o meno facilmente, allo sviamento dal compito e a farsi portatori non più dell’interesse collettivo, cioè la salute come bene comune, ma di ragioni commerciali su prodotti che, anche se non sono più presentati, come in passato, addirittura come necessari e benefici, sono solo apparentemente innocui, sia per la salute dei pazienti, sia per il contributo silente alla corrosione dell’istituzione.

La funzione remunerativa dell’istituzione

Dialogando con un altro primario pediatra, che sottolineava come il periodo delle cene, anche sontuose, accompagnate, o meno, dalle presentazioni di farmaci o latti, fosse ormai solo un ricordo, oltre al tema della necessità di finanziare la formazione, emergeva la percezione di una istituzione esigente da un lato e svalutante dall’altro: *“una volta contavamo, eravamo rispettati, ora siamo trattati alla stregua di un’anonima forza lavoro, da sfruttare senza alcuna considerazione”*.

Si può riconoscere sia nel caso precedente che in questo quello che Laura Ambrosiano scrive a proposito della funzione del vittimismo *“chiama gli altri all’empatia, diffonde aspettative di innocenza e impunità, a patto di restare incollati al proprio micromondo e ai suoi schemi, di non essere connessi con la più ampia communitas e di non pensare”*⁶⁶. Questa mentalità è pervasiva e diventa grupppale, assume aspetti istituzionalizzati nelle diverse sigle di rappresentanza, e ovviamente va al là del sottogruppo dei pediatri.

Penso che la ragione per cui si cede e si indulge nel conflitto di interessi in molti casi non sia economica, ma che si innesti su un sentimento diffuso di perdita di potere, di caduta dall’alto livello del “rango” rivestito in passato. È questo, a mio avviso, uno degli aspetti su cui portano molta attenzione, strumentalmente, gli esperti di marketing, che si infilano nella breccia lasciata aperta dall’istituzione non solo là dove non dà risorse, ma anche e, credo, soprattutto, dove si mostra incapace di riconoscere e valorizzare i propri membri.

⁶⁴ È il caso di ACP, Associazione Italiana Pediatri www.acp.it/wp-content/uploads/Impegno-di-autoregolamentazione-approvato-in-assemblea-2014.pdf, come della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) www.simmweb.it

⁶⁵ www.nograzie.eu/risorse/documenti/regali-e-pranzi, che contiene una ricca documentazione in proposito. In particolare una ricerca pubblicata su BMC Medical Education nel luglio 2007, ha valutato l’effetto dell’offerta di cibo sulla partecipazione dei medici agli incontri di formazione presso la Mayo Clinic (Rochester, Minnesota). Dopo l’introduzione di uno spuntino gratuito (un sandwich, un frutto e una bibita) con il contributo di un’industria farmaceutica, la partecipazione è aumentata del 38,4%. Nel questionario finale, il 70% degli intervistati ha risposto che lo spuntino aumentava la probabilità di partecipare all’incontro e l’82% **non** riteneva che i rappresentanti dell’industria avessero influenzato l’incontro per il fatto di aver pagato il cibo. § anche A. Cattaneo. Cit. n.60

⁶⁶ L. Ambrosiano, cit.

In questa situazione ritengo si possa rintracciare un secondo comportamento omissivo da parte dell'istituzione, cioè un venir meno della funzione paterna non tanto sull' "interdetto", ma su un versante per così dire "positivo", che forse è meno considerato ma non meno importante, cioè la funzione paterna come preconditione all'individuazione, il riconoscimento dell'identità, funzione premiante attraverso il riconoscimento del valore e che apre alla possibilità della riconoscenza. Per la mia esperienza in ambito sanitario questo riconoscimento è una merce rara, nonostante le raccomandazioni comportamentali di tanti più o meno bravi consulenti di management, che però non vanno oltre alla superficie, senza indagare le profonde ragioni emotive⁶⁷.

Davanti alla vulnerabilità dei propri operatori, l'istituzione dovrebbe trovare le leve per aiutarli a sviluppare anticorpi adeguati. Questo rimanda ancora alla funzione paterna ma nella sua prerogativa di incoraggiamento, valorizzazione e riconoscimento

Fenomeni di difficile quantificazione come il peculato, la distrazione, l'appropriazione indebita, sono riconducibili anche ad una logica auto-risarcitoria, che spiegherebbe la pratica molto diffusa del cosiddetto "furto aziendale" sia in termini di beni di consumo, che di servizi ed altre utilità, alla fine tollerati o depenalizzati se di piccola entità, con la tacita idea che "i dipendenti che si appropriano di un oggetto o di un servizio dell'organizzazione vengono in alcuni casi ricompensati in forma non ufficiale per un lavoro per il quale non è previsto alcun sistema legittimo di riconoscimento"⁶⁸.

C'è un curioso isomorfismo nelle strategie adottate dal marketing dei Latti nei confronti, da un lato, delle neomamme, alle quali dal secondo dopoguerra del secolo scorso, per decenni, sono state regalate confezioni contenenti biberon, latte, manuali di puericultura, accessori di ogni tipo, dall'altro dei sanitari, medici ma non solo, destinatari di un'attenzione e di regalie che anche l'amministrazione più bendisposta mai potrebbe sostenere. Si tratta di una perversione del significato del "dono alla puerpera" da parte della comunità, dono disinteressato e riconoscente: le confezioni omaggio dissacrano e corrompono il suo significato millenario, ante-ospedalizzazione del parto, e i piazzisti si sostituiscono alla comunità ed utilizzano, per tornaconto commerciale, la stessa porta emotiva del bisogno di sostegno e di quel riconoscimento, sempre meno offerto, che ripaghi la donna della fatica. La stessa mancanza di riconoscimento che avvertono sempre di più i sempre più spremuti operatori sanitari.

Come per le neomamme pertanto, così anche il medico, l'ostetrica, gli altri operatori sanitari avvertono un vuoto rispetto a quando ricevevano la riconoscenza dei pazienti, al di là del valore del dono, con doni simbolici o, spesso, con il prodotto del proprio lavoro. Ho toccato con mano il senso di perdita da parte delle puericultrici di molti ospedali, che con la diffusione del rooming-in, di cui era "colpevole" il progetto BFHI dell'OMS/UNICEF, non vivevano più l'esperienza della riconsegna del neonato alla madre al momento della dimissione dal nido, momento spesso accompagnato da doni e comunque quasi sempre da ringraziamenti. Fortunatamente in qualche occasione ciò avveniva comunque, magari qualche giorno più tardi, con un risarcimento meno frequente ma più significativo, perché evidente frutto di un pensiero e non più di una convenzione o di buone maniere. In altre parole, tutta un'altra storia, tutta un'altra remuneratività.

Riparare, ricostruire, riconoscere, ringraziare

Per il superamento della logica reato/punizione/pena/risarcimento (in danaro), Ceretti propone di superare la logica *punitivo-afflittiva, propria del diritto penale, a favore di una "giustizia riparativa" fondata sulla*

⁶⁷ Emblematico l'episodio della premiazione come Baby Friendly Hospital di un Ospedale del Veneto, dove un alto responsabile sembra rendersi conto solo dal report di valutazione dell'UNICEF di quale qualità e di quanta fatica siano stati capaci i suoi collaboratori e sottoposti, riuscendo a fare, con la sorpresa di tutti, dato il carattere notoriamente molto asciutto, un pubblico autodafé, rivolgendo le scuse a tutti quelli che non aveva finora mai ringraziato.

⁶⁸ M. Strano, *Computer crime*, Milano, 2000

*sensibilizzazione dell'autore del comportamento dannoso o pericoloso il quale deve attivarsi concretamente a beneficio del soggetto o del bene leso*⁶⁹.

Ora, come abbiamo visto, se la vittima della corruzione è alla fine il *setting* istituzionale, cioè il sistema di regole che ha subito il vulnus inferto dal comportamento corrotto, qualsiasi forma di riparazione dovrebbe prevedere in modo implicito, o anche - se possibile - esplicito, il ripristino della capacità di tenuta della cornice istituzionale, del suo decoro e del suo prestigio. La ri-composizione là dove era stata la de-composizione. Questo passaggio "riparativo" è contemporaneamente interno ed esterno al soggetto: una riparazione del danno provocato va di pari passo ad una riparazione interna, che ne è precondizione.

Anche se viene trattata in questo scritto come "altra" rispetto all'individuo, l'istituzione lo comprende e l'individuo come singolo e in gruppo la costruisce, ne è l'artefice. Si chiede Kaës: *Chi è il soggetto della sofferenza istituzionale?... l'istituzione è un oggetto psichico comune: propriamente parlando essa non soffre, siamo noi a soffrire del nostro rapporto con l'istituzione...: a soffrire è l'istituzione in noi, ciò che in noi è istituzione*⁷⁰.

Per ripristinare i dispositivi del tessuto connettivo istituzionale rotti o erosi nella quotidianità, va sviluppato un processo paziente ed incessante che, dal basso, sia in grado di riparare e mantenere alte la qualità delle relazioni e la tenuta del "setting" istituzionale

Prendersi cura del soggetto sofferente e prendersi cura dell'istituzione sofferente, sfilacciata ed erosa, è quindi, da questo punto di vista, solo una questione di vertici osservativi e di intervento clinico su soggetti isomorfi l'uno all'altro. Sia che trattiamo un problema individuale, sia di un gruppo di lavoro, sia di una organizzazione o di una ancor più ampia comunità, in un caso come nell'altro, va ripristinata una genitorialità sana e capace di ricostruire il tessuto relazionale in cui possa essere recuperata la capacità di differenziarsi e di differenziare, riconoscere l'alterità e assumersi le responsabilità.

Il ripristino delle funzioni genitoriali interne, nell'esempio dei ragazzi che delinquono, i minori *corrotti*, può passare attraverso l'azione del tribunale dei minorenni e dei suoi consulenti⁷¹. In altri casi si partirà dalla richiesta esplicita di terapia, offerta nelle forme individuali, familiari e di gruppo di volta in volta più appropriate. Nel caso dell'istituzione ciò che va promosso è quella che in passato, in occasione del percorso COIRAG "Prendersi cura dei sistemi di cura" abbiamo chiamato "Genitorialità Istituzionale"⁷², capace di connettersi ai bisogni degli abitanti dell'istituzione in relazione al compito primario che la contraddistingue.

È sempre più rara la richiesta di supervisione e consulenza da parte delle istituzioni di cura che, per quanto sofferenti tendono a soluzioni autoctone o a percorsi pragmatici, spicci, che possibilmente eludano un (eccessivo?) approfondimento dei correlati emotivi. Forse, cercando di leggere una domanda implicita, un margine di intervento è possibile attraverso la proposta attiva di buone pratiche (e la *BFHI*, sopra citata, è tra queste), che contrappongano a norme e divieti una remuneratività positiva, fatta del riconoscimento della qualità e del valore dell'operare istituzionale, capace di trasformazioni premianti, e quindi di riconoscenza.

Le buone pratiche rimandano infine alle comunità di pratiche⁷³ che negli ultimi anni hanno positivamente intessuto intorno al proprio compito primario reti trasversali tra istituzioni e provenienze geografiche, professioni e campi del sapere, permettendo agli operatori il superamento di una solitudine, avvilente e pericolosa, attraverso il reciproco riconoscimento e un nuovo senso di appartenenza.

Per tessere questi legami ci vuole tenacia e pazienza, le stesse qualità che i pescatori giornalmente impegnano nel riparare le reti sfilacciate e usurate dall'incessante lavoro nel mare.

⁶⁹ A. Ceretti, cit.

⁷⁰ R. Kaës cit. in D. Forti, G. Varchetta in *L'approccio psicosocioanalitico allo sviluppo delle organizzazioni*

⁷¹ C. Saottini, cit.

⁷² L. Speri, *Genitorialità Istituzionale*, Psychomedia 2002, www.psychomedia.it/pm/grpther/psoa/speri.htm

⁷³ E. Wenger, *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Milano, 2006

