

Quaderni acp

www.quaderniacp.it

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della
Associazione **C**ulturale **P**ediatri
www.acp.it ISSN 2039-1374

I bambini e il cinema



La redazione di "Quaderni acp" augura ai lettori, alle loro famiglie e alle famiglie dei loro assistiti, un Felice 2014



novembre-dicembre 2013 vol 20 n°6

Poste Italiane s.p.a. - sped. in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1, comma 2, DCB di Forlì - Aut Tribunale di Oristano 308/89

La Rivista è indicizzata in SciVerse Scopus

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
November-December 2013; 20(6)

241 Editorial

Transparency rhymes with independence
Maurizio Bonati

25th ACP National conference (2013)
Paolo Siani

243 Formation at a distance

Paediatric Subclinical Hypothyroidism:
thyroid disease or a normal variation?
Mauro Pocecco

248 Research

The conversational skills development
from 12-36 months of age
*Serena Bonifacio, Marcella Montico,
Luigi Girolametto*

252 Telescope

Confronting guidelines:
imaging and the (futile) search of truth
Patrizia Rogari, Laura Martelli

256 A window on the world

"The Chinese Dream"
Stefania Manetti

258 A close up on progress

Skin is a social body
Costantino Panza

260 Around Narration

Parent's educational methodology
for the therapeutic educational agreement
between family and health system
Riziero Zucchi, Augusta Moletto, Lorenza Garrino

265 Learning from a case

Arthritis andeliac disease: two diseases in one?
*Federica Cuoco, Maria Maddalena D'Errico,
Antonella Petaccia, Fabrizia Corona*

268 Appraisals

Behavioral interventions for insomnia in children
Maria Luisa Tortorella

274 Vaccinacipi

Prevention of influenza 2013-2014
Franco Giovanetti

275 Farmacipi

Counterfeit drugs are not exclusive
of developing countries
Antonio Clavenna, Daniele Piovani

276 Book

278 Movies

279 Born to read

Ten years of "Nati per Leggere" in Chieri
Red

280 Meeting synopsis

282 The world of postgraduate

Medical specialties and developing countries:
occasion of a great experience
*Daniele Roncati, Alessandro Mazza,
Andrea Bon, et al.*

284 Letters

288 Index (2013)

Quaderni acp

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

Direttore

Michele Gangemi

Direttore responsabile

Franco Dessì

Direttore editoriale ACP

Giancarlo Biasini

Comitato editoriale

Antonella Brunelli
Sergio Conti Nibali
Luciano de Seta
Stefania Manetti
Costantino Panza
Laura Reali
Paolo Siani
Maria Francesca Siracusano
Enrico Valletta
Federica Zanetto

Collaboratori

Francesco Ciotti
Giuseppe Cirillo
Antonio Clavenna
Carlo Corchia
Franco Giovanetti
Italo Spada
Maria Luisa Tortorella

Organizzazione

Giovanna Benzi

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

Indirizzi

Amministrazione

Associazione Culturale Pediatri
via Monteferru 6, 09070 Narbolia (OR)
Tel. / Fax 078 357401

Direttore

Michele Gangemi
via Ederle 36, 37126 Verona
e-mail: migangem@tin.it

Ufficio soci

via Nulvi 27, 07100 Sassari
Cell. 392 3838502, Fax 079 3027041
e-mail: ufficioci@acp.it

Stampa

Stilgraf
viale Angeloni 407, 47521 Cesena
Tel. 0547 610201, fax 0547 367147
e-mail: info@stilgrafcesena.com

Internet

La rivista aderisce agli obiettivi di diffusione
gratuita on-line della letteratura medica
ed è pubblicata per intero al sito
web: www.quaderniacp.it
Redazione: redazione@quaderniacp.it

**PUBBLICAZIONE ISCRITTA
NEL REGISTRO NAZIONALE
DELLA STAMPA N° 8949**

© ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI
ACP EDIZIONI NO PROFIT

LA COPERTINA

Hugo Cabret di Martin Scorsese (2011). I bambini sono Als Butterfield e Emily Mortimer.
Premi Oscar 2012, Cinque statuette.

NORME EDITORIALI. Gli Autori sono pregati di attenersi a queste norme generali che riguardano la confezione del loro contributo su Quaderni acp. Ad articolo pubblicato si accoglieranno che il percorso editoriale dell'articolo lo ha sensibilmente migliorato. Prego pertanto di non fare una lettura superficiale di queste norme. **Testi.** I testi devono pervenire alla redazione via e-mail (redazione@quaderniacp.it) composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Gli AA sono tenuti a dichiarare di non avere inviato il testo contemporaneamente ad altre riviste. La violazione della norma comporta il respingimento dell'articolo. Si prega di non usare carta intestata o riconoscibile per garantire la cecità dei revisori. Nel testo non vanno usate sottolineature; il grassetto va usato solo per i titoli. Il titolo deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo, sintetico. La redazione si riserva il diritto di modificare il titolo ed eventualmente il sottotitolo dell'articolo. Va indicato l'istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli Autori. Va segnalato l'indirizzo e-mail dell'Autore indicato per la corrispondenza. Gli articoli devono essere corredati da un riassunto in italiano e in inglese dell'ordine di 1000 battute spazi inclusi. Alla fine del riassunto vanno inserite 3-5 parole chiave in italiano e in inglese. La traduzione in inglese di titolo, riassunto e parole chiave può essere fatta - se richiesta - dalla redazione. In ogni caso i testi inglesi vengono controllati da redattori madrelingua. Negli articoli di ricerca sia il testo che il riassunto vanno strutturati in Scopi, Metodi, Risultati, Conclusioni (Aims, Methods, Results, Conclusions). I casi clinici sono inseriti nella rubrica "Il caso che insegna". L'articolo va strutturato in: La storia, Il percorso diagnostico, la diagnosi, Il decorso, Commento, Cosa abbiamo imparato (Si veda Quaderni acp 2009;16:67-69). **Tabelle e figure** vanno poste in fogli separati al di fuori del contesto dell'articolo. Vanno numerate, titolate e richiamate nel testo in parentesi tonde (figura 1, tabella 1) secondo l'ordine in cui vengono citate. Tabelle e figure seguono numerazioni separate. Scenari secondo Sackett, casi clinici, esperienze non possono di regola superare le 12.000 battute spazi inclusi, riassunti compresi, tabelle e figure escluse. Casi particolari vanno discussi con la redazione. Per gli altri contributi non possono essere superate le 18.000 battute spazi inclusi, compresi abstract e bibliografia, salvo accordi con la redazione. Le lettere non devono superare le 2500 battute spazi inclusi; qualora siano di dimensioni superiori, possono essere ridotte dalla redazione. Chi non fosse disponibile alla riduzione deve specificarlo nel testo. **Bibliografia.** Si pregano gli AA di essere attenti alle citazioni. In linea di massima, e salvo casi speciali, le voci bibliografiche citate non possono superare il numero di 12. Il modello della rivista è il Vancouver style. Le voci vanno elencate in ordine di citazione, tutte in caratteri tondi e con i titoli conformi alle norme pubblicate nell'Index Medicus (Cognomi; Iniziali nomi con virgola; Titolo; Rivista; Anno; Volume; Pagine). Per la punteggiatura si veda sotto l'esempio:

1) 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 preceduta da una virgola. Le eventuali note vanno numerate a parte e indicate nel testo (nota 1). Per i testi, o comunque per i libri, vanno citati l'Autore o gli Autori secondo la indicazione di cui sopra, il titolo, la città dell'editore seguita dai due punti, l'editore, l'anno di edizione. La pagina può essere citata a giudizio del citante. Si veda l'esempio:

2) Bonati M, Impicciatore P, Pandolfini C. La febbre e la tosse nel bambino. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed., 1998. Qualora si voglia citare un singolo capitolo del testo lo si citerà con il nome dell'Autore del capitolo inserito nella citazione del testo. Si veda sotto.

3) Tsitoura C. Child abuse and neglect. In: Lingstrom B, Spencer N. Social Pediatrics. Oxford University Press, 2005. Il numero d'ordine della citazione bibliografica va inserito tra parentesi quadre nel testo. Per esempio nel caso delle tre voci sopraindicate [1-2-3]. Le citazioni vanno contenute il più possibile nel testo e devono essere pertinenti e aggiornate agli ultimi anni. Della letteratura grigia (di cui va fatto un uso limitato) vanno citati gli Autori, il titolo, la sede, chi ha editato l'articolo e l'anno di edizione. Per la sicurezza del ricevimento, salvo altre indicazioni, gli articoli vanno inviati esclusivamente a redazione@quaderniacp.it e non a singoli membri della redazione.

Percorso di valutazione. I lavori pervenuti vengono sottoposti alla valutazione della redazione e/o a revisori esterni che operano seguendo un format consolidato e validato. I revisori sono ciechi rispetto agli Autori degli articoli. Gli AA sono ciechi rispetto ai revisori. Per mantenere la cecità quando un articolo provenga da un componente della redazione il direttore, o un redattore da lui designato, provvede a trasferirlo a referee esterni mantenendo la cecità oltre che per l'Autore anche per l'intera redazione. La redazione trasmetterà agli AA il parere dei revisori. In caso di non accettazione del parere dei revisori gli Autori possono controdedurre. È obbligatorio dichiarare l'esistenza o meno di un conflitto d'interesse. Ci sono varie forme di conflitti, i più comuni si manifestano quando un Autore o un suo familiare hanno rapporti finanziari o di altro genere che potrebbero influenzare la scrittura dell'articolo. La sua eventuale esistenza non comporta necessariamente il rifiuto alla pubblicazione dell'articolo. La dichiarazione consente alla redazione (e, in caso di pubblicazione, al lettore) di esserne a conoscenza e di giudicare quindi con cognizione di causa quanto contenuto nell'articolo. Nel caso gli Autori dichiarino l'assenza di un conflitto di interesse la formula adottata è "Non conflitti di interesse da parte degli Autori". **Varie.** Per articoli e contributi, anche se richiesti dalla redazione, non sono previsti compensi. Non si forniscono estratti, né copie. La rivista è online e gli articoli possono essere derivati e stampati da questa versione in formato pdf. Si ricorda agli AA che in una rivista che si occupa di bambini non vengono accettati termini come "soggetti", "minori", "individui", ma sono preferiti bambini, ragazzi o persone.

Trasparenza fa rima con indipendenza

Maurizio Bonati

IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

Informare è "dare forma" all'informe, atto che precede il comunicare che a sua volta precede il narrare [1]. Termini di una medicina contemporanea che rimandano a una partecipazione e condivisione della salute (propria e altrui, del paziente e del medico, o più semplicemente della persona), la quale può essere tale solo se parte da relazioni basate sull'evidenza, l'autonomia, la fiducia, la trasparenza... la coerenza (la congruità dell'operare e del pensare).

Transparency è un termine spesso ricorrente (a volte invocato) anche in ambito biomedico e quest'anno, forse più di altri, ha interessato alcune delle riviste a elevato *impact factor*. La trasparenza nella collaborazione con l'industria (qualsiasi, ma in particolare quella del farmaco) ha rappresentato l'oggetto di molti documenti di associazioni e società scientifiche (persino dell'ACP), anche se non sempre esplicitato perseguendo "solo" e prevalentemente la regolamentazione dei rapporti [2]. Documenti "di principio" importanti per caratterizzare l'etica dell'associazione e della società (e quindi dei soci), ma spesso non adeguatamente aggiornati e monitorati in modo appropriato nella pratica, proprio in tema di trasparenza. È il caso dell'ultimo "matrimonio" siglato nel marzo del 2012 nel Regno Unito tra diciannove grandi organizzazioni scientifiche e industriali per regolamentare i rapporti tra medici e industria farmaceutica e garantire la trasparenza nella conduzione e nell'informare dei risultati dei clinical trial [3]. Matrimonio burrascoso, di difficile conduzione quotidiana, con incomprensioni sulla trasparenza, risoltosi nell'ottobre 2013 in un brusco divorzio [4]. Molti i punti di discordia e di conflitto tra gli sposi rispetto a quanto sottoscritto nel documento (contratto?) di intenti. Difficile coabitare quando, per esempio, uno degli sposi afferma che è impossibile registrare un farmaco o pubblicare i risultati di un trial su prestigiose riviste senza aver ottemperato a iniziative di trasparenza quali aver registrato il trial in un registro di studi clinici, quando è documentato che solo la metà dei trial è registrata in modo appropriato ("trasparente") e oltre un quarto non lo è affatto [5].

A mettere in discussione questa unione sin dal viaggio di nozze ha contribuito in modo consistente AllTrials, un gruppo di organizzazioni internazionali impegnate nel mondo della scienza e della medicina guidato da *Bad Science*, *Sense About Science*, *BMJ*, James Lind Alliance, Centre for Evidence-based

Medicine, che all'inizio del 2013 ha promosso una petizione, la quale ha riscosso un'ampia adesione, con lo scopo di esortare i governi, le agenzie regolatorie e gli enti di ricerca a intraprendere le azioni necessarie a garantire che tutti i trial clinici, passati e presenti, siano registrati e che tutti i risultati siano in ogni momento consultabili e utilizzabili da chiunque (vedi in proposito anche *Quaderni acp*) [6-7].

Disporre di tutti i dati in merito a ogni sperimentazione è fondamentale per determinare i rischi e i benefici di un trattamento e permettere sia ai medici che ai pazienti di prendere "decisioni informate" circa la più efficace e sicura soluzione terapeutica disponibile, evitando inutili ripetizioni di sperimentazioni sia con persone che con animali.

A chi non è direttamente coinvolto nella ricerca e sperimentazione clinica, o a chi non è adeguatamente "informato", queste iniziative, prese di posizione e discussioni possono risultare eccessive e/o non prioritarie. Eppure sono (con altre) essenziali per la garanzia dei diritti alla salute. Le sperimentazioni cliniche sono intraprese con esseri umani per contribuire al miglioramento della loro salute attraverso l'accrescimento della conoscenza del medico, del paziente: di tutti. Un principio semplice, democratico, largamente condiviso, ma attuabile nella pratica (nella realtà) solo rendendo disponibili i risultati (negativi e positivi) delle sperimentazioni; solo così si contribuisce ad accrescere la conoscenza di tutti. La pratica è invece diversa: l'industria e le agenzie regolatorie hanno, da sempre, considerato i dati prodotti (le "informazioni") dalle sperimentazioni cliniche riservati e di proprietà dello *sponsor*. Gli esempi sono innumerevoli: la saga del Tamiflu, del vaccino antinfluenzale, dell'HPV ecc. [8-10].

Il caso più recente (e raro) di rifiuto e protesta contro la logica del "diritto di proprietà dello *sponsor*" è rappresentato dal ritiro da parte dell'IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" della propria adesione a un progetto Innovative Medicines Initiative (IMI) che, finanziato al 50% dall'Unione Europea (UE), intende sviluppare un farmaco di proprietà della GlaxoSmith & Kline (GSK) [11].

Il "Mario Negri" si è ritirato perché GSK pretendeva per sé il diritto di accordare o negare l'accesso ai dati dello studio e il controllo della loro pubblicazione. GSK intendeva esercitare il suo controllo non solo nei confronti della comunità scientifica in genere, ma

degli stessi ricercatori partecipanti allo studio. In accordo con i propri principi il "Mario Negri" non richiedeva per sé la proprietà dei dati; infatti, l'Istituto non brevettava le scoperte dei suoi ricercatori ma le rende subito pubbliche, a beneficio dei pazienti e della comunità scientifica. Inoltre, le pretese di GSK erano ancor più inaccettabili nel contesto di un progetto IMI che sostiene con fondi dell'UE progetti di collaborazione tra industria e accademia con l'intento specifico di promuovere l'innovazione. L'industria ci mette il prodotto grezzo, ma sono i pazienti e i ricercatori clinici che lo sviluppano, per di più con fondi pubblici. Un fatto inammissibile sia per il "Mario Negri" che per la rete di centri di terapia intensiva, nota come GiViTI, che avrebbe dovuto partecipare allo studio.

Il mancato accordo con GSK comporta per il "Mario Negri" un notevole sacrificio economico in tempi già di per sé difficilissimi: la coerenza costa! Il problema sollevato dal nosocomio milanese si inquadra nel problema sempre più sentito a livello della comunità scientifica internazionale: evitare che i pur legittimi interessi dell'industria prevalgano sulla necessità di programmare, condurre e valutare i risultati della ricerca clinica in modo indipendente al fine di tutelare ciò che più conta, cioè i diritti dei pazienti. ♦

[1] Geddes da Filicaia M. Cliente, paziente, persona. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2013.

[2] Associazione Culturale Pediatri. Impegno di autoregolamentazione dei rapporti con l'industria. <http://www.acp.it/codice-deontologico>.

[3] Ethical Standards in Health and Life Science Group. www.eshisg.org/.

[4] Arie S. How a marriage with big pharma ended in divorce. *BMJ* 2013;347:f6062. doi: 10.1136/bmj.f6062.

[5] Mathieu S, Boutron I, Moher D, et al. Comparison of registered and published primary outcomes in randomized controlled trials. *JAMA* 2009;302(9):977-84. doi: 10.1001/jama.2009.1242.

[6] AllTrials. <http://www.alltrials.net/>

[7] Conti Nibali S. Una nuova iniziativa del BMJ sugli studi non pubblicati. *Quaderni acp* 2013;20:75.

[8] Doshi P, Jefferson T, Del Mar C. The imperative to share clinical study reports: recommendations from the Tamiflu experience. *PLoS Med* 2012;9(4):e1001201. doi:10.1371/journal.pmed1001201.

[9] Osterholm MT, Kelley NS, Sommer A, Belongia EA. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2012;12(1):36-44. doi: 10.1016/S1473-3099(11)70295-X.

[10] Tomljenovic L, Wilyman J, Vanamee E, et al. HPV vaccines and cancer prevention, science versus activism. *Infect Agent Cancer* 2013;8(1):6. doi: 10.1186/1750-9378-8-6.

[11] Garattini S, Bertelè V, Bertolini G. A failed attempt at collaboration. *BMJ* 2013;347:f5354. doi: 10.1136/bmj.f5354.

Per corrispondenza:

Maurizio Bonati

e-mail: maurizio.bonati@marionegri.it

editoriale

25° Congresso nazionale ACP Monza, 10-12 ottobre 2013

Paolo Siani
Presidente ACP

Il 25° Congresso nazionale è un traguardo importante per la nostra Associazione che ha radici profonde e che ha contribuito in questi anni a cambiare, in meglio, la Pediatria italiana. Di questo sono profondamente convinto e so che la mia appartenenza all'ACP, come quella di tanti altri miei colleghi, ha migliorato il mio saper fare il medico, il mio saper guardare non solo al bambino ma alla sua famiglia e al contesto in cui vive, il mio saper ascoltare le famiglie. Non solo ha migliorato e ampliato le mie conoscenze scientifiche, mi ha persino dato la possibilità di guardare oltre, di guardare più in là. Come tutti gli anniversari anche questo va festeggiato e ACP, grazie al lavoro coordinato da Francesco Ciotti e Giancarlo Cerasoli, regala a tutti i partecipanti al Convegno nazionale il libro *Pediatrì e bambini* che raccoglie dieci interviste a dieci pediatri che hanno fatto la storia dell'ACP. Un modo per ascoltare il nostro passato guardando al futuro. Come ogni anno il Congresso e la nostra assemblea ci consentono di fare il punto sulla vita in ACP, di revisionare le cose fatte, di programmarne altre per il futuro, di spiegare perché alcune cose promesse non sono state poi realizzate, di ragionare sul numero dei soci che non riesce a crescere, anzi diminuisce un po' nonostante i nostri sforzi e il nostro costante impegno, sul ricambio generazionale che auspichiamo da anni e che forse tarda a venire, sul ruolo delle segreterie e dei referenti regionali. La nostra offerta formativa è di qualità: la FAD, *Quaderni acp*, *Medico e Bambino*, *UPPA* rappresentano punti di riferimento per tutti i pediatri italiani. Ma forse occorrono tempo, pazienza, perseveranza. Tutti i soci e i colleghi che ricevono la newsletter mensile "Appunti di viaggio" e che leggono il blog ACP hanno seguito le nostre molteplici attività durante l'anno (che quindi non sto qui a riproporre), visibili nel rinnovato sito ACP e sfogliando appunto la newsletter citata.

Mi voglio però soffermare su alcune cose.

- **La ricerca ENBe**, uno studio indipendente finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e condotto dall'IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", in collaborazione con quaranta pediatri di famiglia ACP. Uno studio che ha rappresentato una straordinaria opportunità formativa per i pediatri ACP che vi hanno partecipato sotto la guida dell'Istituto "Mario Negri", e che ser-

virà a modificare i nostri comportamenti prescrittivi e a utilizzare i farmaci con attenzione e oculatezza. Uno studio indipendente finanziato dall'AIFA, senza alcun conflitto d'interesse, come dovrebbe essere sempre la ricerca scientifica. A me pare un gran successo.

- A Monza presentiamo la revisione dell'**impegno di autoregolamentazione** nei confronti dell'industria dopo quattordici anni dalla sua prima edizione.

Ci è sembrato indispensabile aggiornare e modificare in qualche punto tale impegno, per tener conto dell'evoluzione del pensiero riguardante il conflitto d'interessi, per chiarire alcuni aspetti che nella vecchia versione erano poco chiari e per precisare ancora meglio le attività che ne rappresentano l'ambito di applicazione. Alcuni comportamenti, inoltre, sono ormai regolati per legge e, come tali, non costituiscono più l'oggetto di una autoregolamentazione. L'iter per la revisione, che è iniziato alla fine del 2011, ha visto coinvolti il Comitato direttivo e un panel di soci ACP (i responsabili delle segreterie, il direttore editoriale, il Direttore di *Quaderni acp* e il Presidente ACP al momento dell'adozione della precedente versione). Siamo certi che altri seguiranno il nostro esempio. Lo proporremo alla SIP e al Ministero della Salute, lanciando un segnale forte: a noi interessa la salute dei bambini, non altro. La formazione e la ricerca devono essere indipendenti e il ruolo dell'industria, che rimane importante, deve restare nel suo alveo naturale senza indebite intromissioni. È questo il tempo delle scelte.

- Inoltre voglio soffermarmi sul **Codice del Diritto del Minore alla Salute e ai Servizi sanitari** che ACP si è impegnata a realizzare insieme ad altre associazioni.

Il Codice mette a fuoco tutte le strategie di salute e le azioni per applicarle, dalla prevenzione preconcezionale attraverso la formazione degli operatori fino alle cure palliative, per garantire ai bambini il migliore stato di salute raggiungibile, in tutti i suoi aspetti.

In particolar modo il Codice mira a diffondere la consapevolezza che il principio del "superiore interesse del minore" deve essere alla base di ogni nostra azione, qualunque sia il nostro ruolo nella società. L'impegno che chiedo a me stesso, al direttivo, ai nostri soci è nell'applicazione di questo Codice, che va diffuso capillarmente sul territorio.

A me pare che ACP sia, in questi ultimi anni, più presente nel mondo culturale italiano: la

nostra addetta stampa ha prodotto innumerevoli comunicati, siamo intervenuti anche alzando la voce su molti temi e siamo stati ascoltati; certo mi sento dire spesso che non siamo presenti ai tavoli ministeriali, che non ci invitano a tavole rotonde con ministri o rappresentanti sindacali, ed è vero. Ma io credo che in fondo quello non sia il nostro posto, o almeno non il mio. Io preferisco stare più tempo possibile nel mio ospedale e migliorarlo, preferisco ascoltare il territorio e avere gli strumenti per denunciare quello che non va, in modo costruttivo.

- Infine la collaborazione con "Save the children", prima con la campagna "A mani ferme" sull'educazione dei bambini senza ricorrere alle punizioni fisiche, e ora con il progetto **Fiocchi in ospedale** sulla presa in carico del neonato, priorità per ACP. Nei primi mille giorni si gioca la partita del contrasto alle disuguaglianze: è qui che bisogna intervenire e investire risorse economiche, come afferma il recente documento della Commissione europea. Siamo stati tra i primi a dirlo, lo abbiamo sperimentato sul campo, ora si tratta di influenzare le politiche economiche.

È all'ultima revisione il documento su una nuova Pediatria, una sorta di nuovo progetto obiettivo materno-infantile (l'ultimo è stato approvato oramai più di dieci anni fa) con alcuni spunti per un piano nazionale per l'infanzia, come chiedono molte organizzazioni e lo stesso Rapporto alle Nazioni Unite affinché venga attuata anche in Italia la Convenzione per i Diritti del Bambino. Di altro ancora parleremo in assemblea e tra i corridoi della sede congressuale, al bar, a cena e tra le strade di Monza, e incontrarci servirà a ricaricarci, a trovare le energie per guardare avanti, a guardare più in là, verso il futuro e a scrollarci di dosso le ansie, le delusioni, le sconfitte che inevitabilmente abbiamo accumulato. In un mondo in cui le conoscenze sono senza frontiere, in cui lo scambio di vedute e di pensieri è continuo e spesso assordante, in un mondo in cui comunichiamo attraverso computer e social network mi fa piacere ritrovare i miei vecchi amici, guardarli negli occhi, scoprire qualche ruga in più sul loro viso, parlare e discutere anche animatamente, recuperare il piacere della "chiacchiera", della parola, del sorriso.

Anche a questo serve il nostro Congresso nazionale e vi assicuro che non è poco. ♦

Per corrispondenza:
Paolo Siani
e-mail: siani.paolo@gmail.com

editoriale

Ipotiroidismo subclinico in età pediatrica: patologia tiroidea o variante della norma?

Mauro Pocecco
Pediatra

Introduzione

Il pediatra e l'endocrinologo pediatrico si trovano frequentemente a dover fronteggiare quella condizione che usualmente viene denominata come Ipotiroidismo Subclinico (IS) ed è caratterizzata dalla normalità degli ormoni tiroidei e da una moderata elevazione del TSH, compresa fra 5 e 10 mU/l [1]. I motivi per cui il pediatra "generico" richiede questi esami sono i più disparati, ma è opinione corrente che tale condizione vada trattata tempestivamente. Lo specialista endocrinologo pediatrico può assumere comportamenti diversi, che possono andare dalla prescrizione immediata della terapia sostitutiva con l'ormone tiroideo alla raccomandazione di controllare ripetutamente il livello del TSH o al raccomandare l'attesa vigile fino a quando il TSH non si eleva ulteriormente o il T4 dimostra di abbassarsi a livelli subnormali.

Le ragioni di questa assenza di consenso sono molteplici:

- 1) ci sono pochi studi che valutano la storia naturale dell'IS in età pediatrica ed è opinione corrente che l'IS se non trattato evolva inesorabilmente verso l'Ipotiroidismo Conclamato (IC), definito come basso livello di T4 e TSH > 20 mU/l;
- 2) non ci sono studi in età pediatrica, diversamente che nell'adulto, che valutino il follow-up dell'IS in bambini trattati vs bambini non trattati con ormone tiroideo;
- 3) la nozione che il neonato con IC non trattato è esposto al rischio di ritardo di sviluppo, e che anche l'IS scoperto alla nascita o durante il primo anno di vita richiede un prudentiale trattamento, porta a credere che l'IS debba essere sempre e comunque trattato tempestivamente.

A prescindere dal costo del farmaco, che in realtà non è particolarmente elevato, un trattamento sostitutivo con ormone tiroideo dell'IS va programmato per tutta la vita e anche quando non comportasse

dei sostanziali rischi implicherebbe perlomeno la necessità di ripetuti controlli dei dosaggi ormonali che oltretutto non sono a costo zero.

La vera ragione per cui la diagnosi di IS è in continuo aumento sta nel fatto che sempre più frequentemente il pediatra richiede un dosaggio degli ormoni tiroidei. Mentre il dosaggio andrebbe limitato solo a quelle condizioni caratterizzate da gozzo o da espliciti segni o sintomi riferibili a ipo- o ipertiroidismo, o nella diagnosi differenziale di alcune condizioni che si accompagnano a ritardo dello sviluppo, disabilità, disturbo del comportamento, nella pratica clinica invece il dosaggio viene richiesto in numerose situazioni in cui la diagnosi di ipotiroidismo è assolutamente remota e cioè:

- 1) nell'ambito della batteria di esami richiesti nell'obesità,
- 2) nel bambino "stanco" e "svogliato",
- 3) nei bambini che hanno una storia familiare di ipotiroidismo,
- 4) in bambini di bassa statura ma senza decelerazione della velocità di crescita,
- 5) in bambini con pubertà tarda o precoce,
- 6) nelle ragazze con irregolarità mestruali.

In uno studio tedesco che ha valutato il livello degli ormoni tiroidei in 1400 bambini obesi, un ipotiroidismo è stato trovato in meno dello 0,3% dei soggetti esaminati indicando l'inutilità di una tale valutazione [2]. Una compagnia di assicurazione israeliana ha evidenziato che il 24% di adolescenti di età compresa fra 12 e 16 anni viene sottoposto almeno una volta al dosaggio del TSH nell'arco di un periodo di cinque anni [3]. In sostanza, se l'IS nell'adulto ha una prevalenza di tutto rispetto, compresa fra il 4% e il 10% della popolazione generale con predominanza del sesso femminile e progressivo incremento con l'età, non si può dire altrettanto per l'età pediatrica in cui la prevalenza è sicuramente molto, molto minore e comunque non chiaramente definita in letteratura [4-5].

Storia naturale dell'IS

Nell'adulto il rischio di evoluzione dell'IS verso un IC è molto elevato, interessando, ogni anno, il 5% dei soggetti con IS. Il rischio aumenta al 20% in caso di positività degli autoanticorpi anti-tiroidei o di valori di TSH > 20 mU/l. Un trattamento con levotiroxina intrapreso tempestivamente non pare però essere in grado di arrestare questa evoluzione. Molto scarsi sono invece i dati relativi alla storia naturale dell'IS in età pediatrica quando l'IS nella maggior parte dei casi non è una condizione acquisita dovuta a una modesta tiroidite autoimmune (TA) come nell'adulto, bensì piuttosto a una situazione congenita compensata. La maggior parte dei casi di IS in età pediatrica è identificata alla nascita mediante lo screening. In uno studio italiano sono stati seguiti longitudinalmente 44 neonati risultati positivi allo screening e che alla ripetizione dell'esame a una età media di 22 giorni presentavano un TSH normale (< 5 mU/l, n = 23) o moderatamente elevato (5-12 mU/l, n = 21) [6]. Tutti i 16 bambini che presentavano un TSH normale (< 4 mU/l) a 16-44 mesi continuavano a presentarlo normale anche a 4,1-6,6 anni e a 7,2-9,5 anni. Dei rimanenti 28 casi in cui il TSH era compreso fra 4 e 11 mU/l all'età di 16-44 mesi, 1/3 si normalizzò al successivo follow-up mentre 2/3 continuarono a presentare un TSH elevato. 20/28 furono trattati con levotiroxina e, quando la terapia fu interrotta, in nessun caso si assistette a un incremento del TSH a livelli > 10 mU/l. L'ecografia tiroidea rivelò una ipoplasia di un lobo o una emiagenesia della ghiandola o un gozzo nella metà dei casi. Gli Autori conclusero che una modesta elevazione del TSH nel periodo neonatale può rappresentare il marker di un'alterazione anatomica congenita o di un'anomalia funzionale tiroidea successiva e pertanto questi bambini sono ad alto rischio di presentare una persistente elevazione del TSH. Ciononostante, poiché nessuno di questi soggetti presentò un IC

Per corrispondenza:

Mauro Pocecco

e-mail: mauro.pocecco@libero.it

formazione a distanza

durante il follow-up condotto fino all'età di 9,5 anni, il significato pratico di queste anomalie congenite rimane non chiarito.

Un nuovo approccio di valutazione della storia naturale dell'IS in età pediatrica è stato adottato da un gruppo israeliano che ha seguito 121.000 casi sottoposti a screening nel 2002 da una unica organizzazione [3]. Solo i pazienti che presentavano sia un T4 basso che un TSH > 10 mU/l allo screening iniziale o al follow-up (0,4%) furono trattati. Il 2,9% dei pazienti presentò inizialmente un TSH compreso fra 5,5 e 10 mU/l. Nel 73,6% di questi soggetti il TSH si normalizzò nei successivi cinque anni, in 1/4 il TSH rimase borderline e in pochissimi casi aumentò fino a livelli > 10 mU/l. Nei pazienti con T4 normale e TSH > 10 mU/l, che non furono sottoposti a trattamento il secondo TSH fu normale nel 40% dei casi, fu borderline nel 33% e rimase > 10 mU/l solo nel rimanente 25%.

In un recente lavoro prospettico italiano di 92 bambini di età compresa fra 5 e 15 anni con IS idiopatico (senza gozzo e senza autoanticorpi) 38 pazienti presentarono una spontanea normalizzazione del TSH (nessuno nei primi 6 mesi, 16 entro 6-12 mesi e 22 entro 12-24 mesi). In 54 pazienti (59%) il TSH rimase borderline (5-10 mU/l) e in 11 pazienti il TSH fu compreso fra 10 e 15 mU/l. Il T4 si mantenne normale in tutti i casi. Nessun elemento iniziale fu in grado di predire l'evoluzione successiva del TSH [7].

La causa più comune di IC sia nell'adulto che nel bambino è rappresentata dalla TA di Hashimoto. Moore descrive 18 bambini e adolescenti (10-19 anni) con TSH elevato (10-60 mU/l), T4 normale, presenza di autoanticorpi e in alcuni casi presenza di gozzo [8]. Di questi 11 furono seguiti senza terapia, 7 furono trattati per un periodo di cinque-dieci anni e rivalutati dopo un altro anno di sospensione della terapia. In 7 pazienti il TSH si normalizzò, in 10 il TSH si mantenne borderline ma con T4 normale e solo in 1 paziente rivelò un IC con T4 basso e TSH elevato. Tre pazienti nel gruppo dei trattati con un TSH iniziale compreso fra 50 e 64 mU/l presentarono una normalizzazione del TSH alla sospensione della terapia. Questo studio dimostra come l'IS secondario a TA possa persistere per anni senza progredire e come in alcuni casi si possa assistere a una regressione

spontanea della malattia con normalizzazione dei livelli ormonali.

In uno studio policentrico italiano sono stati studiati 160 soggetti con TA di Hashimoto (autoanticorpi presenti, ecografia compatibile) con TSH normale o compreso fra 1 e 2 volte i valori superiori della norma (approssimativamente 10 mU/l). I pazienti furono trattati solo quando il TSH superava di 2 volte il valore superiore della norma e furono seguiti per un periodo di almeno cinque anni. Nei 55 pazienti con TSH compreso fra 1 e 2 volte alla prima visita il TSH si normalizzò nel 29% dei casi, rimase moderatamente elevato nel 29% e si elevò più di 2 volte nel 42%. Poiché il trattamento fu iniziato non appena il TSH eccedeva il 200%, non è dato sapere quanti pazienti avrebbero potuto sviluppare un IC. Non era inoltre possibile predire inizialmente l'evoluzione della funzione tiroidea successiva, anche se il volume iniziale e la presenza di autoanticorpi antitiroglobulina erano più spesso correlati con una evoluzione sfavorevole [9].

Kaplowitz ha recentemente analizzato un gruppo di 30 bambini iniziati a trattare con levotiroxina quando avevano un T4 normale e un TSH compreso fra 5 e 40 mU/l. In 17/30 soggetti il trattamento fu iniziato nel primo anno di vita (10 nei primi 2 mesi) e 6 avevano una sindrome di Down. Tutti i soggetti furono trattati per un periodo medio di 3,5 anni (0,5-8,5). Alla sospensione del trattamento tutti i soggetti avevano un T4 normale, 14/30 avevano un TSH < 5 mU/l, 12/30 un TSH di 5,0-9,9 mU/l, 4 avevano un TSH di 10-15 mU/l. Nessuno al follow-up aveva un TSH superiore a quello iniziale e nessuno sviluppò segni o sintomi riferibili all'IC [10]. Questo studio, al pari di quelli precedenti, indica come i bambini con T4 normale e TSH elevato, più spesso identificati nel primo anno di vita, non dimostrino successivamente una evoluzione verso l'IC.

IS nella sindrome di Down e in altre sindromi

È noto da tempo che l'IS è particolarmente frequente nella sindrome (s.) di Down. Rubello ha segnalato una prevalenza del 32,5% in un gruppo di 344 bambini italiani affetti da s. di Down senza peraltro alcun incremento degli autoanticorpi antitiroide che avevano una prevalenza

simile a quella di un gruppo di bambini con s. di Down senza IS [11]. Durante un follow-up di tre anni in 70 di questi bambini il TSH si normalizzò nel 27% dei casi e rimase moderatamente elevato nel 66%. Un IC si è manifestato nel 7% dei casi e un ipertiroidismo nel 4%, ma solo nel sottogruppo che presentava contemporaneamente una positività per autoanticorpi antitiroide. Un altro studio condotto su 137 bambini con s. di Down ha documentato quattro casi di ipotiroidismo congenito (3%), 8 casi di IC acquisito (6%) e 4 casi di ipertiroidismo (3%) [12]. Anche in questo studio tutti i casi di IC acquisito o ipertiroidismo presentavano una positività per autoanticorpi antiperoxidasi. Non si è osservato alcun incremento nella velocità di crescita in 9 soggetti con TSH elevato trattati con L-tiroxina. La causa di questa aumentata frequenza di IS nei bambini con s. di Down non è nota. Tonacchera non ha ritrovato alterazioni del recettore del TSH in 12 bambini con s. di Down e TSH elevato, e Konings non ha ritrovato una riduzione di attività biologica del TSH nel siero di un gruppo di bambini con s. di Down rispetto a un gruppo di controllo [13-14]. In uno studio condotto su 92 bambini con sindrome di Williams di età compresa fra 0,2 e 17 anni nessuno aveva un IC, il 31,5% un IS ma senza autoanticorpi e senza tendenza a evolvere verso un IC nel tempo (tabella 1) [15].

Le cause dell'IS

Poiché studi longitudinali recenti indicano che in circa 1/3 dei casi di IS si assiste a una normalizzazione del TSH e nei rimanenti casi persiste una moderata elevazione del TSH, è corretto mantenere i due gruppi separati.

IS transitorio (< 1 anno)

1. *Fisiologiche variazioni del TSH.* Normalmente nel soggetto sano si osservano fluttuazioni del TSH sia nell'ambito della giornata che nel tempo. In uno studio sono stati paragonati i livelli di TSH presenti al mattino presto con quelli della tarda mattinata in 100 soggetti. In 97 soggetti i livelli del TSH si ridussero nell'arco della mattinata anche del 26% [16]. In base a questo studio, se noi definiamo un livello di TSH > 5 mU/l anormale, un bambino potrebbe avere un TSH di 6 mU/l in una occasione e di 4 mU/l in

TABELLA 1

Popolazione	N° casi	Follow-up (anni)	Esito (*)			Referenza
			N	IS	IC	
Falsi + allo screening	28	7-9,5			0/28	JCEM, 2008
Screening: 121.000 casi (Israele)	3475 (2,9%) TSH 5-10	5 trattati	74%		0%	JCEM, 2009
Casi di IS senza patologie	92	2	41%		0%	Eur J End, 2009
Tiroiditi autoimmuni	160 (TSH 55)	5		42%	0%	J Ped, 2006
Tiroiditi (TSH 10-60)	18	5,8 trattati			1/18	Arch Ped Adolesc Med, 1996
Tiroiditi (T4 ok, TSH 5-40)	30	3,5 trattati		13%	0%	Kaplowitz, 2009

(*) N = normali (TSH e T4 normali); IS = ipotiroidismo subclinico; IC = ipotiroidismo conclamato

una successiva (specie se ripetuto in un altro momento della giornata) senza che vi sia una reale funzione tiroidea alterata.

2. *Malattia intercorrente non legata alla tiroide.* Durante una malattia intercorrente il bambino può presentare una caduta transitoria nella produzione degli ormoni tiroidei. Si comprende quindi come nella fase di convalescenza si possa osservare una transitoria elevazione del TSH finalizzata a riportare nella norma i livelli di T4.
3. *Tiroidite autoimmune di lieve entità che si autorisolve.* Come riportato nei lavori sopracitati, la TA in età pediatrica non distrugge inevitabilmente la ghiandola. La malattia può guarire, il TSH normalizzarsi spontaneamente anche in presenza di un gozzo persistente.

IS persistente (> 1 anno)

1. *Il range normale del TSH* è definito come quel range nel quale si colloca il 95% dei soggetti normali, per cui è giocoforza che il 2,5% dei soggetti normali può stare al di sopra e il 2,5% al di sotto di questo range.
2. *Lievi anomalie di sviluppo della tiroide* come riportato nel lavoro sopracitato [4]. Queste anomalie sembrano condizionare una elevazione del TSH, ma il tessuto tiroideo residuo appare sufficiente a produrre la normale quantità richiesta di ormoni tiroidei. Non sappiamo però se in questi casi durante la pubertà, quando le richieste di ormone aumentano, si possa o meno verificare un IC.
3. *Bambini nati piccoli per l'età gestazionale (SGA).* In un recente studio argentino condotto su 53 soggetti nati

SGA con età di $5,6 \pm 3,2$ anni senza recupero staturale e con anticorpi anti-tiroide assenti, è stata documentata una esagerata risposta del TSH al carico di TRH in metà dei soggetti. Tutti i soggetti presentavano un T4 normale ma quelli con carico di TRH patologico avevano un TSH significativamente più elevato rispetto a quelli con carico di TRH normale (6,2 vs 3,2 mU/l rispettivamente). Gli Autori ipotizzano che i bambini con ritardo intrauterino presentino un alterato "set point" del TSH senza avere un'alterata funzione ghiandolare [17].

4. *Tiroidite autoimmune lieve e persistente.* Anche se più spesso la TA o guarisce o evolve verso l'IC vi possono essere dei casi in cui la TA persiste di lieve entità.
5. *Obesità.* Ci sono numerose trattazioni che segnalano il legame fra obesità e TSH elevato. In uno studio condotto negli USA su 86 soggetti, che furono sottoposti a un trattamento chirurgico per l'obesità, si documenta che in più del 10% dei soggetti prima della chirurgia vi era un IS che si risolveva successivamente e si documentava inoltre una stretta correlazione fra BMI e livello di TSH [18]. Uno studio pediatrico mirato a ricercare le cause dell'IS ritrovò che il 28,4% di 88 pazienti con IS era obeso o sovrappeso in assenza di autoanticorpi antitiroide [19]. Sebbene non sia noto il motivo per cui i soggetti obesi presentino livelli più elevati di TSH non sorprende il fatto che quando si vanno a studiare gli obesi si ritrovino con molta frequenza dei casi di IS e mai di IC.
6. *Mutazioni del recettore del TSH.* Lo studio delle mutazioni del recettore

del TSH ha portato nuova luce nelle nostre conoscenze sull'IS. In un recente studio giapponese condotto su 102 soggetti risultati positivi allo screening è stata individuata una mutazione in 3/70 con TSH > 10 mU/l e in 3/32 con TSH 5-10 mU/l [20]. Osservazioni analoghe sono state riportate da gruppi italiani [21]. Si comprende quindi come mai in un gruppo di soggetti con IS si documenti un TSH moderatamente elevato già dai primi giorni di vita e come questo si mantenga stabile nel tempo (box 1).

Trattamento

La necessità di un trattamento sostitutivo nell'IS è tuttora oggetto di dibattito. Gli

Box 1

Transitorio

- Variazioni fisiologiche diurne del TSH (ampiezze > 25%)
- Incrementi del TSH secondari a malattie intercorrenti
- Tiroiditi di Hashimoto modeste e transitorie

Persistente

- "Limite normale della gaussiana"
- anomalie minori di sviluppo della ghiandola
- SGA: alterato "set point" con T4 ok
- Tiroiditi di Hashimoto stabili e non evolutive
- Obesità: 28% di 88 IS sono obesi (JCEM, 2009)
- Mutazioni del recettore: 3/70 con TSH > 10, 2/70 con TSH 5-10 (JCEM, 2009) e 11/39 con TSH 5-19 (JCEM, 2009)

studi clinici randomizzati a riguardo sono pochi e non hanno per ora dimostrato una chiara evidenza di un effetto benefico della terapia sostitutiva. In letteratura c'è in ogni modo unanimità nel ritenere che un trattamento sostitutivo vada comunque intrapreso in presenza di un TSH > 10 mU/l rilevato in diverse misurazioni, specie se associato alla presenza di autoanticorpi a elevato titolo. È inoltre raccomandato nelle donne in gravidanza anche senza sostanziale elevazione del TSH e solo in presenza di livelli di T4 un po' sotto il range alto della norma. Va inoltre considerato in presenza di disfunzione anovulatoria, infertilità, dislipidemia severa, gozzo TSH-dipendente, sintomatologia correlata a una insufficienza tiroidea e in presenza di familiarità per patologia tiroidea [22-25].

Motivi per non trattare

1. Non esistono studi che dimostrino una influenza della terapia sulla storia naturale dell'IS.
2. La terapia sostitutiva implica periodici controlli laboratoristici che sono spesso fonte di ansia per la famiglia e un disagio per il bambino.
3. Il rischio maggiore legato al trattamento è quello di indurre un ipertiroidismo anche solo subclinico e oscillante, ma evidenziato da una eccessiva soppressione dell'ipofisi con conseguente riduzione dei livelli di TSH al di sotto della normalità [26]. A tale proposito nell'adulto è dimostrato che l'ipertiroidismo subclinico determina una riduzione della densità minerale ossea e alterazioni della funzionalità cardiaca [27-29]. È bene considerare soprattutto la prima di queste due complicanze in età pediatrica quando un trattamento sostitutivo ingiustificato e protratto può compromettere il raggiungimento di un adeguato picco di massa ossea.
4. Sembra che la terapia sostitutiva possa causare disturbi cognitivi, anche se generalmente lievi, quali riduzioni delle prestazioni scolastiche, difficoltà dell'apprendimento, alterazioni dell'umore, pur in assenza di una soppressione del TSH [30]. Si tratta peraltro di segnalazioni non recenti che hanno trovato però conferme successive.
5. È opinione ormai consolidata che un trattamento con L-tiroxina non vada mai considerato nell'obesità e tantomeno nel sovrappeso.

Motivi per trattare

1. Una ipofunzione tiroidea, sia pure lieve e transitoria, può influire negativamente sulla maturazione del sistema nervoso centrale e sullo sviluppo psicomotorio. Può inoltre essere associata a sintomi aspecifici (astenia, depressione, deficit della memoria e dell'attenzione), rallentamento della crescita, alterazioni della funzionalità cardiaca, ipercolesterolemia e arteriosclerosi. La letteratura a riguardo non è univoca [31-37].
2. Queste condizioni possono essere migliorate o prevenute dalla terapia sostitutiva. Anche qui i dati della letteratura non sono univoci [31-37].

Comportamento pratico

1. Se uno screening degli ormoni tiroidei deve essere fatto ci si deve limitare a dosare solo l'fT4 e il TSH e non l'fT3, che è costoso e non aggiunge nulla. È discutibile se valga la pena dosare in prima battuta anche gli anticorpi antitiroidei che possono essere positivi in una buona percentuale di soggetti sani. In uno studio su larga scala condotto negli Stati Uniti, nella fascia di età 12-19 anni la positività degli anticorpi antiperoxidasi e antitireoglobulina era rispettivamente del 4,8% e 6,3% con una chiara prevalenza nelle femmine nella popolazione sana [38].
2. Un fT4 normale con TSH compreso fra 5 e 10 mU/l non può essere responsabile di alcun segno o sintomo di ipotiroidismo.
3. Se c'è gozzo o se il livello di TSH è > 10 mU/l si può ritenere ragionevole intraprendere un trattamento sostitutivo con levotiroxina poiché le probabilità di trovarsi di fronte a una patologia tiroidea sono decisamente più elevate. Resta comunque il fatto che in letteratura non c'è alcuna indicazione formale per l'età pediatrica. Nell'adulto, dopo i 55 anni la probabilità di progressione di un IS in un IC è di 1,76 casi su 100 pazienti, 19,67 e 73,47 nelle fasce di TSH 5-10, 10-15 e > 15 mU/l rispettivamente [39].
4. Se non c'è gozzo e il TSH è < 10 mU/l ci si può limitare a un controllo di fT4 e TSH dopo 6-12 mesi. Non è utile, come spesso accade, ripetere l'esame subito dopo o dopo 1-2 mesi perché lo si ritroverà probabilmente uguale al primo dosaggio, mentre una latenza di 6-12 me-

si è usualmente indispensabile per permettere una evoluzione (o verso la normalizzazione o verso l'IC). È più ragionevole dosare gli autoanticorpi al secondo dosaggio e non a quello iniziale. La presenza di autoanticorpi indica l'opportunità di mantenere ulteriori controlli, altrimenti una TA di Hashimoto può essere esclusa e il follow-up può essere rallentato.

5. Sono necessari ulteriori studi per stabilire con sicurezza per quanto tempo si debba monitorare un IS al fine di essere certi che non evolva verso un IC. Al momento si suggerisce di monitorare il TSH per un periodo di 2 anni e per un periodo più lungo solo in quelle situazioni in cui siano presenti un gozzo evidente o una marcata elevazione degli anticorpi antitiroidei. Se il TSH si mantiene nel range di 5-10 mU/l si può essere ragionevolmente certi di trovarsi di fronte a una situazione stabile di moderato IS e il monitoraggio può essere concluso a meno che non compaia un gozzo o compaiono chiari segni di ipotiroidismo.

6. Se un bambino ha valori di TSH compresi fra 5 e 10 mU/l, senza gozzo e anticorpi negativi, è assai improbabile che evolva verso un IC. Risulta assai difficile giustificare un trattamento sostitutivo con tiroxina in queste situazioni. E quand'anche in qualche caso si dovesse verificare una evoluzione verso l'IC in tali situazioni è ben noto che la terapia non è in grado di prevenirne l'evoluzione. Nei casi, invece, in cui l'fT4 è normale e il TSH è compreso fra 10 e 15 mU/l le probabilità di una evoluzione verso l'IC sono molto più elevate e in questi casi un trattamento sostitutivo è giustificato. Ma anche in tali situazioni il trattamento non deve essere programmato in eterno bensì vanno considerate delle sospensioni.

7. Nei bambini < 2 anni con fT4 normale e TSH moderatamente elevato il rischio di una compromissione dello sviluppo alla sospensione della terapia è molto remoto, anche perché a questa età il rischio di una TA è eccezionale. E se proprio si decidesse di trattare un bambino con questo quadro ormonale e il TSH si attestasse su valori < 5 mU/l in terapia si dovrebbe prevedere una sospensione della stessa per almeno un mese verso i 3 anni con una rivalutazione del caso (box 2).

Box 2

Comportamento pratico

- TSH 5-10 e fT4 ok NON sono responsabili di alcuna sintomatologia
- TSH > 10 o presenza di gozzo: ragionevole iniziare il trattamento
- TSH 5-10 e assenza di gozzo: NON TRATTARE e programmare un controllo non prima di 6-12 mesi prevedendo anche un dosaggio degli autoanticorpi:
 - anticorpi +: mantieni il follow-up
 - anticorpi -: allenta il follow-up
- Il follow-up va concluso dopo 2 anni (> 2 anni se autoanticorpi + o presenza di gozzo)
- Nei primi 2 anni di vita un trattamento "più largo" è ragionevole ma non obbligatorio

Conclusioni

La letteratura a nostra disposizione indica come l'IS in età pediatrica sia piuttosto una situazione stabile, espressione di un'alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-tiroide piuttosto che una situazione evolutiva verso l'IC come più spesso si osserva in età adulta. Anche se le forme documentate di mutazione del recettore del TSH sono rare, ciononostante queste situazioni possono offrire il modello di ciò che si osserva in età pediatrica: un IS stabile, non evolutivo, espressione di una situazione congenita e non acquisita. ♦

Abbreviazioni

- IS: Ipotiroidismo subclinico
 IC: Ipotiroidismo conclamato
 TSH: Thyroid stimulating hormone
 TA: Tiroidite autoimmune

Bibliografia

- [1] Papi G, Uberti ED, Betterle C, et al. Subclinical hypothyroidism. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2007;14(3):197-208.
- [2] Reinehr T, Hinney A, de Sousa G, et al. Definable somatic disorders in overweight children and adolescents. *J Pediatr* 2007;150(6):618-22.
- [3] Lazar L, Frumkin RB, Battat E, et al. Natural history of thyroid function tests over 5 years in a large pediatric cohort. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94(5):1678-82. doi: 10.1210/jc.2008-2615.
- [4] Rivolta G, Cerutti R, Colombo R, et al. Prevalence of subclinical hypothyroidism in a population living in the Milan metropolitan area. *J Endocrinol Invest* 1999;22(9):693-7.
- [5] Alemzadeh R, Friedman S, Fort P, et al. Is there compensated hypothyroidism in infancy? *Pediatrics* 1992;90(2 Pt1):207-11.
- [6] Leonardi D, Polizzotti N, Carta A, et al. Longitudinal study of thyroid function in children with mild hyperthyrotropinemia at neonatal screening for congenital hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93(7):2679-85. doi: 10.1210/jc.2007-2612.
- [7] Wasniewska M, Salerno M, Cassio A, et al. Prospective evaluation of the natural course of idiopathic subclinical hypothyroidism in children and adolescence. *Eur J Endocrinol* 2009;160(3):417-21. doi: 10.1530/EJE-08-0625.
- [8] Moore DC. Natural course of subclinical hypothyroidism in childhood and adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150(3):293-7.
- [9] Radetti G, Gottardi E, Bona G, et al. The natural history of euthyroid Hashimoto's thyroiditis in children. *J Pediatr* 2006;149(6):827-32.
- [10] Kaplowitz PB, Mehra R. Outcome of children with presumed hypothyroidism when selectively taken off therapy hormone. Proceedings of the 91st Annual Meeting of the Endocrine Society. Washington DC, USA, June 2009.
- [11] Rubello D, Pozzan GB, Casara D, et al. Natural course of subclinical hypothyroidism in Down's syndrome: prospective study results and therapeutic considerations. *J Endocrinol Invest* 1995;18(1):35-40.
- [12] Gryuneiro de Papendieck L, Chiesa A, Bastida MG, et al. Thyroid dysfunction and high thyroid stimulating hormone levels in children with Down's syndrome. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2002;15(9):1543-8.
- [13] Tonacchera M, Perri A, De Marco G, et al. TSH receptor and Gs(alpha) genetic analysis in children with Down's syndrome and subclinical hypothyroidism. *J Endocrinol Invest* 2003;26(10):997-1000.
- [14] Konings CH, van Trotsenburg AS, Ris-Stalpers C, et al. Plasma thyrotropin bioactivity in Down's syndrome children with subclinical hypothyroidism. *Eur J Endocrinol* 2001;144(1):1-4.
- [15] Cambiaso P, Orazi C, Digilio MC, et al. Thyroid morphology and subclinical hypothyroidism in children and adolescents with Williams syndrome. *J Pediatr* 2007;150(1):62-5.
- [16] Scobbo RR, VonDohlen TV, Hassan M, Islam S. Serum TSH variability in normal individuals: the influence of time of sample collection. *W V Med J* 2004;100(4):138-42.
- [17] Keselman A, Chiesa A, Malozowski S, et al. Abnormal responses to TRH in children born small for gestational age that failed to catch up. *Horm Res* 2009;72(3):167-71. doi: 10.1159/000232492.
- [18] Chikunguwo S, Brethauer S, Nirujogi V, et al. Influence of obesity and surgical weight loss on thyroid hormone levels. *Surg Obes Relat Dis* 2007;3(6):631-5.
- [19] Rapa A, Monzani A, Moia S, et al. Subclinical hypothyroidism in children and adolescents: a wide range of clinical, biochemical and genetic factors involved. *J Clinical Endocrinol Metab* 2009;94(7):2414-20. doi: 10.1210/jc.2009-0375.
- [20] Narumi S, Muroya K, Abe Y, et al. TSHR mutations as a cause of congenital hypothyroidism in Japan: a population-based genetic epidemiology study. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94(4):1317-23. doi: 10.1210/jc.2008-1767.
- [21] Nicoletti A, Bal M, De Marco G, et al. Thyrotropin-stimulating hormone receptor gene analysis in pediatric patients with non-autoimmune subclinical hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94(11):4187-94. doi: 10.1210/jc.2009-0618.
- [22] Adlin V. Subclinical hypothyroidism: deciding when to treat. *Am Fam Physician* 1998;57(4):776-80.
- [23] Benediktsson R, Toft AD. Management of the unexpected result: compensated hypothyroidism. *Postgrad Med J* 1998;74(878):729-32.
- [24] Cooper DS, Halpern R, Wood LC, et al. L-thyroxine therapy in subclinical hypothyroidism. A double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 1984;101(1):18-24.
- [25] Surks MI, Ortiz E, Daniels GH, et al. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. *JAMA* 2004;291(2):228-38.
- [26] Jaruratanasirkul S, Leethanaporn K, Khuntijig P, Sriplung H. The clinical course of Hashimoto's thyroiditis in children and adolescents: 6 years longitudinal follow-up. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2001;14(2):177-84.
- [27] Greenspan SL, Greenspan FS. The effect of thyroid hormone on skeletal integrity. *Ann Int Med* 1999;130(9):750-8.
- [28] Jaeschke R, Guyatt G, Gerstein H, et al. Does treatment with L-thyroxine influence health status in middle-aged and older adults with subclinical hypothyroidism? *J Gen Int Med* 1996;11(12):744-9.
- [29] Biondi B, Fazio S, Carella C, et al. Cardiac effects of long term thyrotropin-suppressive therapy with levothyroxine. *J Clin Endocrinol Metab* 1993;77(2):334-8.
- [30] Rovet JF, Daneman D, Bailey JD, et al. Psychologic and psychoeducational consequences of thyroxine therapy for juvenile acquired hypothyroidism. *J Pediatr* 1993;122(4):543-9.
- [31] Elder J, McLelland A, O'Reilly DS, et al. The relationship between serum cholesterol and serum thyrotropin, thyroxine and tri-iodothyronine concentrations in suspected hypothyroidism. *Ann Clin Biochem* 1990;27(Pt 2):110-3.
- [32] Ladenson PW, Wilson MC, Gardin J, et al. Relationship of subclinical hypothyroidism to cardiovascular risk factors and disease in an elderly population. *Thyroid* 1994;4:S18.
- [33] Vanderpump NPJ, Tunbridge WMG, French JM, et al. The development of ischemic heart disease in relation to autoimmune thyroid disease in a 20-year follow-up study of an English community. *Thyroid* 1996;6(3):155-60.
- [34] Hak AE, Pols HAP, Visser TJ, et al. Subclinical hypothyroidism is an independent risk factor for atherosclerosis and myocardial infarction in elderly women: the Rotterdam study. *Ann Intern Med* 2000;132(4):270-8.
- [35] Ineck BA, Ng TM. Effects of subclinical hypothyroidism and its treatment on serum lipids. *Ann Pharmacother* 2003;37(5):725-30.
- [36] Monzani F, Caraccio N, Kozakowa M, et al. Effect of levothyroxine replacement on lipid profile and intima-media thickness in subclinical hypothyroidism: a double-blind placebo-controlled study. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89(5):2099-106.
- [37] Meier C, Roth CB, Huber G, et al. Clinical and metabolic effects of thyroxine replacement in patients with mild thyroid failure: results of a double-blind placebo-controlled study. Proceedings of the 82nd Annual Meeting of Endocrine Society, Toronto, 2000:2372-3.
- [38] Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, et al. Serum TSH, T, and thyroid antibodies in United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87(2):489-99.
- [39] Diez JJ, Iglesias P. Spontaneous subclinical hypothyroidism in patients older than 55 years: an analysis of natural course and risk factors for the development of overt thyroid failure. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89(1):4890-7.

Lo sviluppo delle abilità socio-conversazionali del bambino dai 12 ai 36 mesi

Serena Bonifacio*, Marcella Montico*, Luigi Girolametto**

*IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo", Trieste; ** University of Toronto, Toronto, ON (CA)

Abstract

The conversational skills development from 12-36 months of age

One aspect of communicative development is the child's ability to be assertive and responsive during conversational exchanges in everyday dyadic contexts. The aim of the study was to investigate at what age specific communicative behaviours could be "acquired" or be "in phase of acquisition". The social-conversational skills, both in verbal and non verbal communication were analyzed with "The Social Conversational Skills Rating Scale", a questionnaire developed for parents, in a sample of 600 Italian children aged between 12 and 36 months, monolingual and with typical language development. The results indicate that the assertive skills increased more slowly than the responsive ones. The more critical assertiveness skills are "Initiate conversation or play" while the responsiveness ones are "Continue the topic of the partner's preceding turn".

Quaderni acp 2013; 20(6): 248-251

Key words Assertiveness. Responsiveness. Acquired skills. Language development

Uno degli aspetti dello sviluppo comunicativo è l'abilità del bambino di essere assertivo e responsivo negli scambi conversazionali in contesti diadici quotidiani. L'obiettivo di questo studio è quello di individuare a quali età specifici atti comunicativi assertivi e responsivi potrebbero ritenersi "acquisiti" o "in fase di acquisizione". Le abilità socio-conversazionali verbali e non verbali di un campione di 600 bambini italiani di età compresa tra i 12 e i 36 mesi, monolingue e con sviluppo di linguaggio tipico sono state analizzate con il questionario familiare "Le abilità socio-conversazionali del bambino". Dai risultati emerge che le abilità socio-conversazionali assertive si sviluppano più lentamente rispetto a quelle responsive. Le abilità assertive più critiche riguardano "Fare proposte" e quelle responsive "Mantenere la contingenza".

Parole chiave Assertività. Responsività. Abilità acquisite. Sviluppo di linguaggio tipico

Introduzione

Lo sviluppo delle capacità socio-conversazionali e l'acquisizione delle regole che permettono lo svolgersi di uno scambio, come per esempio saper prendere il proprio turno nel dialogo per rispondere o per proporre un argomento di interesse, oppure per ampliare l'argomento condiviso aggiungendo informazioni, sono abilità che contribuiscono a mantenere la durata dello scambio. Tali abilità si possono indagare nelle interazioni attive dei contesti socialmente condivisi tra l'adulto e il bambino. L'attenzione condivisa e il coinvolgimento reciproco (*joint attention, joint engagement*) sono abilità che, nei primi due anni di vita, permettono un rapido sviluppo degli atti comunicativi e facilitano l'acquisizione e l'incremento del vocabolario espressivo e ricettivo [1-3]. Da uno studio recente era emerso

che, a 24 mesi, le abilità socio-conversazionali verbali e non verbali responsive erano molto più frequenti rispetto a quelle assertive, indicando che ogni tipologia di abilità richiede tempi di sviluppo diversi [4]. Da qui l'idea di studiare età più avanzate per indagare quali abilità potessero essere considerate "acquisite" o "in fase di acquisizione".

Obiettivo

Lo studio si propone di indagare a quali età una serie di comportamenti comunicativi assertivi e responsivi, prodotti con modalità verbale e/o non verbale, si possa ritenere "acquisita" o "in fase di acquisizione" in base alla frequenza con cui tali comportamenti vengono esibiti in un campione di bambini con sviluppo di linguaggio tipico di età compresa tra i 12 e i 36 mesi.

Metodi

Si tratta di uno studio trasversale, realizzato grazie alla collaborazione di un gruppo di pediatri di famiglia (PdF) del Nord, Centro e Sud Italia e di operatori appartenenti a presidi di salute per l'infanzia (logopedisti, psicologi, educatori). Il reclutamento si è svolto tra il 1° marzo 2011 e il 30 giugno 2012. Lo studio è stato approvato dal comitato di bioetica dell'Istituto. I bambini segnalati dovevano rispondere ai seguenti criteri di inclusione: età pari a 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33 e 36 mesi con un range di ± 15 giorni, nati a termine e da parto singolo, senza problemi importanti di sviluppo e di ospedalizzazione, la presenza in famiglia della sola lingua italiana (per escludere fattori legati all'acquisizione del linguaggio in contesti cross-linguistici). A tutte le famiglie che avevano acconsentito a partecipare alla ricerca firmando il consenso informato sono stati inviati due questionari, "Le abilità socio-conversazionali del bambino" (ASCB) e "Il primo vocabolario del bambino (PVB), da compilare nell'età indicata: il primo questionario come oggetto dello studio e il secondo per individuare il livello linguistico di riferimento di ciascun bambino [5-7]. Ai questionari restituiti è stato applicato un ulteriore criterio di esclusione: sono stati eliminati dallo studio i bambini con sviluppo di linguaggio non in linea con l'età cronologica, valutato con il PVB. A ogni famiglia, e per conoscenza anche al pediatra, erano stati inviati il risultato del livello linguistico raggiunto e quello dell'inclusione o dell'esclusione del bambino nello studio. Nei casi in cui il livello non era in linea con l'età è stato consigliato un approfondimento dello sviluppo comunicativo-linguistico in accordo con il pediatra. Il campione finale di bambini/e identificati/e con sviluppo di linguaggio tipico è stato inserito nel database dello studio e distribuito secondo le età previste, le cui caratteristiche demografiche sono espresse nella *tabella 1*.

Per corrispondenza:
Serena Bonifacio
e-mail: serena.bonifacio@burlo.trieste.it

ricerca

TABELLA 1: CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE

Età (mesi)	Maschi		Femmine		Primogenito o figlio unico		Frequenza nido		Livello scolastico delle madri						TOT
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	1		2		3		
12	33	(44,1)	26	(44,1)	34	(57,6)	14	(23,7)	4	(6,8)	32	(54,2)	23	(39,0)	59
15	24	(51,1)	23	(48,9)	25	(53,2)	21	(44,7)	4	(8,5)	31	(66,0)	12	(25,5)	47
18	35	(39,8)	53	(60,2)	53	(58,0)	39	(44,3)	5	(5,7)	48	(54,5)	35	(39,8)	88
21	30	(60,0)	20	(40,0)	20	(66,0)	20	(52,0)	8	(16,0)	18	(36,0)	24	(48,0)	50
24	54	(52,4)	49	(47,6)	49	(68,9)	80	(77,7)	15	(14,6)	62	(60,2)	26	(25,2)	103
27	19	(38,0)	31	(62,0)	31	(56,0)	29	(58,0)	9	(18,0)	18	(36,0)	23	(46,0)	50
30	37	(42,0)	51	(58,0)	51	(71,6)	78	(88,6)	22	(25,0)	54	(61,4)	12	(13,6)	88
33	16	(45,7)	19	(54,3)	19	(54,3)	29	(82,9)	9	(25,7)	17	(48,6)	9	(25,7)	35
36	36	(45,0)	44	(55,0)	44	(61,3)	77	(96,3)	28	(35,0)	38	(47,5)	14	(17,5)	80

Legenda: livello1 = diploma di scuola media inferiore e scuola professionale; livello 2 = diploma di scuola media superiore; livello 3 = laurea, dottorato di ricerca, specialistica.

Si è scelto di considerare solamente il livello educativo delle madri per i seguenti motivi: è una misura che correla con lo sviluppo del vocabolario espressivo, ricettivo e della morfosintassi nella prima infanzia e rappresenta un parametro della condizione socio-economica della famiglia, e inoltre perché l'87% dei questionari era stato compilato da loro, mentre l'11,6% da entrambi i genitori e solamente lo 0,01% dai padri [8]. Per perseguire l'obiettivo dello studio è stato utilizzato il questionario ASCB che rappresenta l'adattamento italiano del Social Conversational Skills Rating Scale [9]. Tale strumento rileva le abilità socio-conversazionali assertive e responsive in contesti ambientali familiari e di routine, comprende 25 quesiti distribuiti in modo random. La scala di assertività è formata da 15 item suddivisi in tre subscale: "Fare Domande", "Fare Richieste" e "Fare Proposte"; la scala di responsività ne comprende 10, distribuiti in "Rispondere a Domande", "Rispondere a Richieste", "Mantenere la Contingenza". In entrambe le scale alcune unità sono presentate in modo simile; lo scopo è quello di ottenere almeno due rilevazioni da parte del genitore su abilità conversazionali più generali, di base e altre più specifiche. In tutti gli ambiti previsti il contributo allo scambio dialogico del bambino può essere espresso con modalità verbale, nel caso in cui il bambino sia in grado di usare il linguaggio in modo funzionale, oppure con modalità non verbale e cioè con i gesti, o con modalità cross-modale quando le parole e i gesti si configurano come unità comunicative indistinte. Lo strumento prevede che il genitore assegni un punteggio in corrispondenza della frequenza con cui il bambino esibisce il comportamento descritto, rispetto alle volte in cui avrebbe potuto realizzarsi, con una scala di valori che va da 1 a 5 (1 = mai, 2 = quasi mai, 3 = a volte, 4 = spesso, 5 = sempre).

Analisi statistica

I punteggi medi di ogni scala e subscale sono stati dicotomizzati in 4 vs < 4. L'individuazione dei comportamenti comunicativi definiti "acquisiti" o "in fase di acquisizione" si è basata sui seguenti criteri: "acquisito" quando almeno il 90% dei bambini ha un punteggio 4; "in fase di acquisizione" quando tale percentuale è compresa tra 70 e 89,9%.

La regressione logistica è stata utilizzata per verificare l'effetto indipendente del livello di studio della madre e del sesso del bambino sui punteggi delle scale e delle subscale, per ognuna di queste la variabile dipendente considerata è stata il punteggio > 4 vs ≤ 4.

Nelle regressioni è stata inclusa anche l'età del bambino. I dati sono presentati come Odd Ratio (OR) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC 95%). È stato considerato come statisticamente significativo un $p < 0,05$.

Risultati

In totale sono state invitate a partecipare 901 famiglie e sono stati restituiti 761 questionari (84,4%); di questi ne sono stati esclusi 50 perché incompleti e 111 (15,6%) perché il livello del linguaggio non era in linea con l'età cronologica. Il campione finale è costituito da 600 bambini. Nelle *tabelle 2 e 3* sono espone le percentuali dei bambini distribuiti per età.

Scala di Assertività (tabella 2). Nella subscale "Fare Domande" i valori percentuali identificano un comportamento "in fase di acquisizione o "acquisito" in età in cui la dimensione del linguaggio espressivo raggiunge un numero molto elevato di parole, in particolare dai 24 mesi in poi. Il quesito 2 (chiedere cos'è accaduto) si consolida a partire dai 30 mesi, mentre il 4 (fare domande) e il 21 (chiedere di denominare) dai 33 mesi. Nella subscale "Fare Richieste", il quesito 17 (volere l'oggetto che l'adulto ha in

mano) si consolida come "acquisito" dai 30 mesi in avanti, mentre il quesito 18 (continuare un gioco) già a partire dai 21 mesi; le percentuali del quesito 22 (chiedere aiuto per prendere un oggetto) si consolidano a partire dai 12 mesi, ma evidenziano una certa discontinuità tra l'essere considerato "in fase di acquisizione" o "acquisito" con prestazioni che oscillano tra un comportamento più autonomo, meno interessato a coinvolgere l'adulto, e uno invece più dipendente dall'adulto. La subscale "Fare Proposte" presenta età di acquisizione più elevate, oltre i 3 anni di età come nei quesiti 11 (proporre un argomento d'interesse), 13 e 25 (proporre un gioco conosciuto) e 24 (partecipare a una conversazione senza esserne sollecitato). Dai risultati emerge che iniziare una conversazione (quesito 5) e proporre un gioco ricorrente (quesito 25) sono abilità che si consolidano a 33 mesi.

Scala di Responsività (tabella 3). Nella subscale "Rispondere a Domande" alcuni quesiti richiedono l'uso del linguaggio, altri possono essere espressi anche con il gesto dell'indicazione come emerge già nelle prime fasce d'età per quelli "in fase di acquisizione". Il quesito 1 (scegliere tra due cose) appare "acquisito" a partire dai 21 mesi; il quesito 3 (denominare) richiede l'uso di parole e risulta "in fase di acquisizione" a 21 mesi, l'età in cui si assiste all'esplosione del vocabolario espressivo, e procede come "acquisito" nelle età successive; il quesito 6 (rispondere a domande) risulta "acquisito" dai 33 mesi, mentre il quesito 23 (rispondere a domande di verifica) lo è già in età più precoci a partire dai 24 mesi. Nella subscale "Rispondere a Richieste", il quesito 8 (ripetere) si consolida come "acquisito" a partire dai 27 mesi, mentre il quesito 20 (insistere nel farsi capire) in età più precoce, a partire dai 21 mesi; nel primo caso il bambino mostra capacità di saper ristrutturare il

TABELLA 2: PERCENTUALI DEI BAMBINI CHE OTTENGONO PUNTEGGI PARI A 4 (SPESSO) E 5 (SEMPRE) NEI QUESITI DELLA SCALA DI ASSERTIVITÀ ALLE DIVERSE ETÀ

	Età (mesi)								
	12	15	18	21	24	27	30	33	36
Fare Domande									
2. Quando accade un fatto nuovo o insolito, per esempio un forte rumore, mio figlio mi chiede qualcosa a riguardo	29,5	40,4	47,3	62,2	61,5	79,2	90,6	96,4	98,7
4. Mio figlio fa domande	14,8	23,4	32,3	44,4	70,2	85,4	80,2	96,4	96,1
21. Quando mio figlio non sa il nome di qualcosa che stiamo guardando insieme, mi chiede che cos'è	11,5	12,8	26,9	44,4	63,5	68,8	89,6	96,4	94,9
Fare Richieste									
7. Mentre facciamo qualcosa insieme, mio figlio se vuole cambiare un'attività me lo chiede	24,6	42,6	39,8	60,0	52,9	66,7	79,2	71,4	87,2
9. Mio figlio mi chiede di unirmi a lui nei suoi giochi	42,6	70,2	79,6	73,3	88,5	91,7	83,3	82,1	83,3
16. Quando mio figlio non sa fare qualcosa e io gli sono vicino, mi chiede aiuto	59,0	83,0	77,4	82,2	87,5	81,2	85,4	89,3	85,9
17. Se ho in mano qualcosa e mio figlio la vuole, lui me la chiede	73,8	89,4	87,1	80,0	92,3	87,5	96,9	96,4	92,3
18. Quando facciamo un gioco divertente (per esempio il solletico) e io mi fermo, mio figlio mi chiede di continuare	59,0	70,2	85,0	91,1	93,3	91,7	91,7	96,4	93,6
22. Quando mio figlio vuole qualcosa che non riesce a prendere, mi chiede aiuto	73,1	93,6	88,2	88,9	94,2	91,7	86,5	92,9	87,2
Fare Proposte									
5. Durante le attività quotidiane, mio figlio inizia a conversare con me	34,4	42,6	52,7	62,2	79,8	81,2	84,4	92,9	96,1
11. Mio figlio viene da me per parlarmi di cose che lo interessano	13,0	34,0	40,9	42,2	69,2	62,5	70,8	85,7	83,3
13. Quando stiamo insieme, mio figlio mi propone un gioco che abbiamo già fatto in precedenza	54,1	66,0	71,0	73,3	77,9	83,3	75,0	89,3	85,9
14. Quando giochiamo insieme, mio figlio propone giochi diversi rispetto a quello che stiamo facendo in quel momento	24,6	23,4	29,0	33,3	45,2	45,8	39,6	28,6	46,1
24. Mio figlio partecipa alla conversazione anche se non lo sollecito con domande	13,1	25,5	36,6	42,2	56,7	52,1	72,9	89,3	83,3
25. Mio figlio viene da me per propormi un gioco o una attività che abbiamo fatto altre volte	45,9	68,1	72,0	68,9	84,6	85,4	85,4	96,4	88,5

TABELLA 3: PERCENTUALI DEI BAMBINI CHE OTTENGONO PUNTEGGI PARI A 4 (SPESSO) E 5 (SEMPRE) NEI QUESITI DELLA SCALA DI RESPONSABILITÀ ALLE DIVERSE ETÀ

	Età (mesi)								
	12	15	18	21	24	27	30	33	36
Rispondere a Domande									
1. Se propongo a mio figlio di scegliere tra due cose che gli piacciono, lui dice/mostra quale vuole	63,9	74,5	86,0	95,6	91,3	93,7	91,7	100	93,6
3. Se mio figlio sa il nome di qualcosa, me lo dice quando glielo chiedo	24,6	40,4	67,7	80,0	94,2	95,8	94,8	89,2	93,6
6. Quando faccio una domanda a mio figlio, lui mi risponde	31,1	61,7	72,0	77,8	89,4	85,4	85,4	100	96,1
23. Quando faccio una domanda a mio figlio per verificare cosa vuole, lui mi risponde	57,4	63,8	73,1	84,4	91,3	95,8	91,7	100	93,6
Rispondere a Richieste									
8. Se chiedo a mio figlio di ripetere qualcosa che non ho capito, lui me la ripete	9,9	25,5	43,0	75,6	86,5	91,7	90,6	100	98,7
20. Quando non capisco mio figlio, lui insiste nel farsi capire	60,7	68,1	77,4	91,1	94,2	89,6	90,6	96,4	96,1
Mantenere la Contingenza									
10. Durante una conversazione, mio figlio mantiene lo stesso argomento di cui stiamo parlando per due o più scambi di conversazione	1,5	14,9	26,9	44,4	59,6	54,2	75,0	85,7	72,4
12. Le risposte di mio figlio si riferiscono a ciò di cui sto parlando	21,3	44,7	53,8	71,1	81,7	87,5	82,3	89,3	97,4
15. Le risposte di mio figlio sono pertinenti a ciò che gli ho chiesto	37,7	63,8	67,7	68,9	83,7	87,5	86,5	92,9	92,3
19. Quando conversiamo, ciò che mio figlio mi dice si riferisce all'argomento di cui stiamo parlando	23,0	40,4	49,5	57,8	81,7	87,5	86,5	89,3	89,7

suo atto comunicativo, nel secondo nel perseguire il suo intento. Nel “Mantenere la Contingenza” è evidente una progressione nell’acquisizione dei quesiti verso età più avanzate e in particolare solamente di alcuni, come il quesito 12 (dare risposte contingenti) che si consolida a 36 mesi e il quesito 15 (fornire risposte pertinenti) a 33 mesi. “Mantenere lo stesso argomento per più scambi” (quesito 10) e “sintonizzarsi sull’argomento” (quesito 19) registrano valori che li collocano “in fase di acquisizione” a 36 mesi.

In relazione al livello di studio della madre si è riscontrato un punteggio più alto nella scala di assertività per le madri laureate (livello 3 vs 1, OR 2,0; IC 95%: 1,1-3,8), altrettanto nella subscale “Fare Domande” (OR 2,7; IC 95%: 1,3-5,3); nella scala di responsività non si riscontrano differenze significative, l’unica significatività riguarda la subscale “Rispondere a Richieste” (OR 2,5; IC 95%: 1,2-5,3). Rispetto al sesso, le femmine risultano avere punteggi significativamente più alti dei maschi solo nella subscale “Rispondere a Domande” (OR 1,6; IC 95%: 1,0-2,5).

Discussione

Le abilità socio-conversazionali, indagate con lo strumento ASCB su un ampio campione di bambini con sviluppo tipico, indicano che l’assertività è un’abilità che si sviluppa più lentamente rispetto alla responsività poiché solamente 8 quesiti su 15 (53,3%) appaiono “acquisiti” all’età di 3 anni, mentre nella responsività risultano essere 8 su 10 (80%). L’abilità più critica individuata dalla scala di assertività riguarda il “Fare Proposte”; in questa subscale il fulcro dell’interazione nello scambio conversazionale è l’iniziativa spontanea del bambino su cui l’adulto deve sintonizzarsi. Da questi risultati appare evidente come, ad esempio, le proposte di un argomento di conversazione, di un gioco, di indirizzare l’attenzione dell’adulto su un proprio centro d’interesse, siano abilità che, da una parte, richiedono tempi di acquisizione più lunghi, oltre i 3 anni di età, e che dall’altra implicano nell’adulto-genitore una partecipazione attenta e responsiva nel monitorare l’iniziativa spontanea del bambino su cui deve sintonizzarsi, in particolare quando il bambino si esprime con modalità non verbale. Nella subscale

“Fare Richieste” i comportamenti “in fase di acquisizione” e “acquisiti” assumono un andamento rilevante già a partire dalle prime fasce di età, e ciò è dovuto al fatto che il bambino può esibire gli atti comunicativi considerati utilizzando solamente i gesti oppure associarli a vocalizzazioni con un significato stabile o utilizzare le parole.

Nella scala di responsività l’abilità più critica è “Mantenere la Contingenza”; in questa subscale il fulcro dell’interazione nello scambio conversazionale è l’iniziativa dell’adulto su cui il bambino deve sintonizzarsi per rispondere su un argomento specifico o aggiungere informazioni in modo da continuare l’argomento introdotto dall’adulto nel turno precedente, “restare in tema”. Le risposte contingenti forniscono una misura di quanto il bambino sia in grado di processare l’input linguistico, di prestare attenzione agli aspetti prosodici per capire se si tratti di una domanda o di un commento e mostrare interesse per il linguaggio che deve essere calibrato sul suo livello di sviluppo semantico e sintattico. Anche in questo caso la responsività dell’adulto gioca un ruolo importante nell’acquisizione di queste competenze. La capacità del genitore di modulare i tempi dello scambio ponendo attenzione, per esempio, alla lunghezza del turno di conversazione, cioè saper dosare la quantità di linguaggio, alla velocità dell’eloquio, o considerare come contributo allo scambio anche le risposte non verbali del proprio figlio, sono aspetti che aiutano a incrementare in lui la consapevolezza di essere un partner conversazionale adeguato. Tali aspetti responsivi del genitore assumono un ruolo importante nell’acquisizione delle competenze linguistiche del bambino. Da segnalare inoltre che nella subscale “Rispondere a Richieste” si tiene conto del messaggio prodotto dal bambino ma non compreso dall’adulto. L’incomprensione può dipendere dalla scarsa intelligibilità della produzione verbale del bambino, dall’ambiguità del gesto o da una mancata attenzione al suo comportamento comunicativo.

Conclusioni

I risultati di questo studio indicano che le abilità socio-conversazionali si configurano con tempi di sviluppo diversi: l’assertività si sviluppa più lentamente della

responsività. L’abilità più critica è “Fare Proposte”, mentre “Mantenere la Contingenza” è l’abilità più cruciale. I nostri risultati sono in linea con quanto emerge dalla letteratura. Sintonizzarsi sull’argomento introdotto dall’adulto e mantenerne la continuità nello scambio è un’abilità che emerge dai 2 anni in poi, mentre il riconoscimento e l’uso del ruolo, che la presa del turno occupa in una conversazione, si stabilizzano intorno ai 3 anni di età [10]. L’importanza di considerare le abilità socio-conversazionali in età precoce è supportata da considerazioni che suggeriscono come abilità pragmatiche di base, ben sviluppate, giochino un ruolo cruciale nei processi di acquisizione del linguaggio e dello sviluppo di competenze di “assertività” e “responsività” all’interno di uno scambio interattivo attivo in contesti sociali diversi. Una sorveglianza di questi aspetti può contribuire a individuare punti deboli nelle abilità considerate in questo studio come “acquisite” alle diverse età per sensibilizzare il genitore sull’importanza dello sviluppo di tali competenze. ♦

Bibliografia

- [1] Bruner J. *Child’s Talk: learning to use language*. Norton, 1983. Trad. it. *Il linguaggio del bambino: come il bambino impara a usare il linguaggio*. Roma: Armando Editore, 1987.
- [2] Tomasello M, Farrar M. *Joint attention and early language*. *Child Dev* 1986;57(6):1454-63.
- [3] Snow CE. *Beginning from baby talk: twenty years of research on input in interaction*. In: Gallaway C, Richards B (Eds). *Input and interaction in language acquisition*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994, pp. 1-12.
- [4] Bonifacio S, Girolametto L, Bruno M. *Come conversano i bambini a 12, 18 e 24 mesi? Quaderni acp* 2012;19(5):200-3.
- [5] Bonifacio S, Girolametto L. *Questionario ASCB. Le Abilità Socio-Conversazionali del Bambino*. Tirrenia-Pisa: Edizioni del Cerro, 2007.
- [6] Caselli MC, Casadio P. *Il primo vocabolario del bambino. Guida all’uso del questionario MacArthur per la valutazione della comunicazione e del linguaggio nei primi anni di vita*. Milano: FrancoAngeli, 2002.
- [7] Caselli MC, Pasqualetti P, Stefanini S (a cura di). *Parole e Frasi nel “Primo Vocabolario del Bambino”*. Nuovi dati normativi fra 18 e 36 mesi e Forma breve del questionario. Milano: FrancoAngeli, 2007.
- [8] Dollaghan CA, Campbell TF, Paradise JL, et al. *Maternal education and measures of early speech and language*. *J Speech Lang Hear Res* 1999;42(6):1432-43.
- [9] Girolametto L. *Development of a parent report measure for profiling the conversational skills of preschool children*. *AJSLP* 1997;6(4):26-34.
- [10] Adams C. *Practitioner review: the assessment of language pragmatics*. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43(8):973-87.

Linee Guida a confronto: L'immagine e la ricerca (futile) della realtà Uso e abuso di esami diagnostici nelle infezioni febbrili delle vie urinarie

Patrizia Rogari*, Laura Martelli**

*Pediatria di famiglia, Carugate; **UO Pediatria - Degenza Generale, Ospedale "Papa Giovanni XXIII", Bergamo

Recensione dell'articolo: La Scola C, De Mutiis C, Hewitt IK, et al. Different guidelines for imaging after first UTI in febrile infants: yield, cost, and radiation. *Pediatrics* 2103;131(3):e665-71. doi: 10.1542/peds.2012-0164.

Abstract

Confronting guidelines: imaging and the (futile) search of truth.

Use and abuse of diagnostic tests in febrile urinary tract infections

This study compares 5 different diagnostic algorithms in children after a first febrile urinary tract infection through a retrospective simulation in terms of diagnosis, economic costs and radiation exposure. 304 children aged from 2 to 36 months included in a randomized Italian study IRISI had a complete diagnostic follow-up (ultrasonography scan, cystourethrogram and technetium99 DMSA scan in the acute phase and afterwards). The following Guidelines were virtually assigned to this population: Melbourne Royal Children's Hospital (RCH), National Institute of Clinical Excellence (NICE), Top Down Approach (TDA), American Academy of Pediatrics (AAP) e Italian Society of Pediatric Nephrology (ISPN). The primary outcome was the the performance of each diagnostic protocol in terms of correct diagnoses or failed diagnosis in comparison with the results of the IRISI study, secondary outcomes were represented by both economic costs and radiation exposure. 22% of children has a vesico ureteral reflux (VUR); 15% a parenchymal scar. The TDA Guidelines showed the highest sensitivity for the identification of VUR and renal scarring, but also higher economic costs and radiation exposure. NICE and GPA Guidelines showed the best specificity for VUR; the ISPN Guidelines showed the best specificity for scars. The NICE guidelines produced lowest economic costs while the AAP produced the lowest radiation exposure. However the impact of this study is limited since the diagnostic algorithms assessed were aimed at detecting also low grade renal scarring and low grade VUR, both not being considered a diagnostic goal.

Quaderni acp 2013; 20(6): 252-255

Key words Urinary tract infections. Children. Guidelines. Cost. Radiation exposure

Il lavoro ha confrontato cinque differenti algoritmi diagnostici nei bambini dopo un primo episodio di infezione urinaria febbrile, attraverso una simulazione retrospettiva in termini di rendimento diagnostico, costi economici ed esposizione a radiazioni. La popolazione studiata era rappresentata da 304 bambini di età 2-36 mesi inclusi nello studio italiano controllato randomizzato IRISI e sottoposti a tutti gli accertamenti d'immagine (ecografia, uretro-cistografia minzionale e scintigrafia DMSA sia in fase acuta che a distanza). Sono state virtualmente applicate a questa popolazione le seguenti Linee Guida: Melbourne Royal Children's Hospital (RCH), National Institute of Clinical Excellence (NICE), Top Down Approach (TDA), American Academy of Pediatrics (AAP) e Italian Society of Pediatric Nephrology (ISPN). L'esito primario era costituito dal rendimento di ogni protocollo diagnostico in termini di diagnosi corrette o mancate a confronto con i risultati dello studio IRISI; gli esiti secondari erano rappresentati dai costi economici e di radiazioni. Nel 22% dei bambini è stato identificato un reflusso vescico-ureterale (VUR) e nel 15% una cicatrice parenchimale. Il TDA ha mostrato la più alta sensibilità per l'identificazione di VUR e cicatrici renali, ma anche i costi economici e di radiazioni più elevati. Le Linee Guida NICE e AAP hanno dimostrato la miglior specificità per VUR e quelle della Società Italiana di Nefrologia Pediatrica la miglior specificità per cicatrici. Le Linee Guida NICE sono risultate le meno costose e quelle AAP hanno prodotto la più bassa esposizione a radiazioni. È apprezzabile, pur con alcuni limiti, lo sforzo di confrontare il peso in termini di costi economici ed esposizione a radiazioni ionizzanti degli algoritmi studiati. Le conclusioni dello studio sono tuttavia limitate per quanto concerne la resa diagnostica, essendo di fatto superato l'obiettivo di riconoscere i VUR di basso grado, ma anche gli esiti cicatriziali sin dal primo episodio di infezione urinaria febbrile.

Parole chiave Infezione urinaria. Bambini. Linee Guida. Costo. Esposizione a radiazioni ionizzanti

Introduzione

L'approccio al primo episodio febbrile di infezione delle vie urinarie (UTI) in età pediatrica è da anni oggetto di discussione. Si sta passando da un atteggiamento molto invasivo, volto al riconoscimento precoce di alterazioni anatomico-funzionali con tecniche di immagine, a un com-

portamento di maggior tutela del bambino, per evitare l'esecuzione di indagini invasive, l'esposizione a radiazioni ionizzanti e trattamenti antibiotici non necessari, con il rischio di selezionare ceppi resistenti.

Tra le considerazioni alla base di questo nuovo approccio, che ha portato alla

revisione recente delle più importanti Linee Guida, c'è il fatto che il ruolo del reflusso vescico-ureterale (VUR) nel predire una possibile recidiva di UTI febbrile e lo sviluppo di cicatrici renali non è ancora chiaro, dal momento che pielonefriti e cicatrici renali possono svilupparsi anche in assenza di VUR [1-2].

Per corrispondenza:
Patrizia Rogari
e-mail: patrizia.rogari@hotmail.it

telescopio

Inoltre, non ci sono sufficienti evidenze che la profilassi antibiotica possa prevenire sia la ricorrenza di UTI che gli esiti cicatriziali [3-5]. Va inoltre segnalato il recente cambiamento nell'interpretazione del danno renale, molto spesso di natura congenita piuttosto che secondaria agli episodi di pielonefrite [6-7]. Si considera quindi più importante il tempestivo trattamento dell'episodio acuto rispetto al riconoscimento precoce di VUR. Le nuove Linee Guida propongono quindi vari algoritmi, con l'obiettivo comune di ridurre il numero di bambini da sottoporre a indagini invasive senza perdere diagnosi importanti e compromettere la prognosi, rinviando a un secondo episodio di UTI l'indicazione a uretrocistografia minzionale (VCUG) e/o scintigrafia renale DMSA.

Un recente articolo mette a confronto differenti algoritmi diagnostici virtualmente applicati a uno stesso gruppo di bambini per valutarne la capacità di identificare i casi di VUR e cicatrici renali e determinarne i costi in termini sia economici che di esposizione a radiazioni [8].

Risultati dello studio

La popolazione indagata è costituita da bambini arruolati nello studio IRIS1, un trial prospettico multicentrico italiano che ha coinvolto 507 bambini di età 1 mese - 7 anni dopo un primo episodio di infezione urinaria febbrile non complicata e con ecografia prenatale normale [2]. Sono stati esclusi i bambini con sepsi, disidratazione e vomito, e con creatinina clearance 70 ml/min/1,73 m². Lo studio prevedeva l'esecuzione in fase acuta (entro dieci giorni) di ecografia renale e scintigrafia renale DMSA, entro due mesi una VCUG e, a distanza di dodici mesi, un nuovo studio DMSA nei casi positivi per cicatrice in fase acuta. L'analisi è stata eseguita su 304 bambini di età 2-36 mesi, dopo aver escluso i casi di età < 2 mesi e > 3 anni, i casi che non avevano completato il follow-up e i casi che all'esordio non avevano due urine colture consecutive concordanti per lo stesso germe oltre a uno stick urine positivo.

Gli Autori hanno simulato su questo insieme l'applicazione retrospettiva degli algoritmi diagnostici delle Linee Guida pubblicate dopo il 2006 (tabella 1):

TABELLA 1: RIASSUNTO DELLE CINQUE RACCOMANDAZIONI VALUTATE NELL'ARTICOLO

Linee Guida	ECO	VCUG	DMSA a distanza
RCH	Sì	Se maschi < 6 m e/o ECO positiva	No
NICE < 6 m 6 m	Sì Se UTI atipica ^a	Se ECO positiva e/o UTI atipica ^a Se fattori di rischio ^b	Se UTI atipica ^a Se UTI atipica ^a
TDA	No	Se DMSA positiva in acuto	Se DMSA positiva in acuto
AAP	Sì	Se ECO positiva	No
ISPN	Sì	Se ECO positiva e/o fattori di rischio ^c	Se ECO positiva e/o VUR

a = malattia grave, scarso flusso urinario, massa addominale o vescicale, creatinina aumentata, non risposta a terapia antibiotica adeguata entro 48 ore, o infezione da germi diversi da *E. coli*.
b = dilatazione all'ECO, scarso flusso urinario, infezione da germi diversi da *E. coli*, o storia familiare di VUR.
c = alterazioni all'ECO prenatale, storia familiare di VUR, setticemia, insufficienza renale, età < 6 mesi nei maschi, non compliance della famiglia, anomalo svuotamento vescicale, non risposta clinica a terapia antibiotica adeguata entro 72 ore, o infezione da germi diversi da *E. coli*.

Melbourne Royal Children's Hospital (RCH), National Institute of Clinical Excellence (NICE), Top Down Approach (TDA), American Academy of Pediatrics (AAP) e Italian Society of Pediatric Nephrology (ISPN) [9-13]. Come si può osservare, l'algoritmo TDA si differenzia da tutti gli altri poiché raccomanda la scintigrafia DMSA in fase acuta (senza eseguire mai ecografie) e, sulla base dell'esito, individua la popolazione da sottoporre a VCUG e controllo DMSA a distanza. Le altre Linee Guida si basano sull'indagine ecografica e sull'eventuale presenza di alcuni fattori di rischio per selezionare i casi da sottoporre a VCUG. Il protocollo NICE, inoltre, in assenza di fattori di rischio, prevede l'indagine ecografica solo ai piccoli sotto i 6 mesi. Le Linee Guida RCH e AAP non prevedono mai l'indagine DMSA a distanza, che nel caso del NICE viene indicata sulla base di fattori di rischio clinici, mentre secondo le Linee Guida italiane ISPN l'indicazione viene data in presenza di alterazioni all'ecografia e/o VCUG.

Il confronto ha riguardato sia le capacità diagnostiche per tutti i gradi di reflusso, per i gradi di reflusso III-V e per cicatrice renale, sia i costi economici e di esposizione a radiazioni. Come riferimento è stato scelto il protocollo "tutti i test eseguiti", cioè in pratica un surrogato di quello adoperato nel trial originario da cui è stato estratto il gruppo di bambini utilizzato per la simulazione. I costi sono stati stimati secondo la media del rimborso dei servizi sanitari regionali cui

appartenevano i centri partecipanti per ognuno degli accertamenti considerati. L'esposizione a radiazioni per la scintigrafia DMSA e per la VCUG è stata stimata in 1 mSv, unità di misura della dose equivalente di radiazione nel Sistema Internazionale: si tratta di una misura degli effetti e del danno provocati dalla radiazione su un organismo (a titolo esemplificativo l'esposizione a radiazioni per una radiografia del torace corrisponde a 0,02 mSv).

Di ogni protocollo diagnostico sono stati calcolati i valori di sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e negativo (PPV e NPV), il rapporto di verosimiglianza positivo e negativo (LR+ e LR-), con intervalli di confidenza al 95% (IC 95%), rispetto all'identificazione dei bambini con VUR e cicatrici, utilizzando come paragone il protocollo "tutti i test eseguiti". I 304 bambini studiati avevano un'età mediana di 7,7 mesi, le femmine erano il 64%, il 14% aveva un reperto ecografico anomalo e il 53% presentava segni di pielonefrite acuta al DMSA eseguito in fase acuta. Un VUR di grado I-V è stato identificato nel 22% dei bambini, un VUR di grado III-V nell'8,5% e una cicatrice parenchimale allo studio DMSA a distanza nel 15%.

Tutti e cinque gli algoritmi confrontati (con l'eccezione del protocollo TDA che avrebbe individuato il 100% delle cicatrici) avrebbero mancato il riconoscimento di una proporzione variabile di reflussi e cicatrici e nessuno avrebbe identificato tutte le anomalie nefrourolo-

giche. Rispetto all'identificazione di VUR di grado I-V l'algoritmo TDA ha mostrato la più alta sensibilità (76%), ma anche la specificità più bassa (54%). Per contro, gli algoritmi NICE e AAP sono risultati avere la più alta specificità (91% e 90% rispettivamente), ma una sensibilità molto bassa (29% e 27% rispettivamente). Anche rispetto all'identificazione dei gradi più elevati (III-V) di VUR, l'algoritmo TDA è risultato il più sensibile (85%) a fronte di una specificità del 50%. Gli algoritmi NICE e AAP sono risultati avere la più alta specificità (90% e 88% rispettivamente), ma una bassa sensibilità (50% e 38% rispettivamente).

Rispetto alle capacità di identificare i casi di cicatrice correlata all'infezione, l'algoritmo TDA, che prevede l'indagine DMSA a distanza in tutti i casi di pielonefrite, ha ovviamente una sensibilità del 100%.

Le Linee Guida NICE e ISPN, che raccomandano l'indagine DMSA a distanza in casi selezionati, hanno una sensibilità rispettivamente del 38% e del 47% e una specificità dell'84% e dell'86%. I maggiori costi procedurali sono associati al protocollo "tutti i test eseguiti", quelli più bassi al protocollo NICE. La più alta dose di radiazioni è stata calcolata per il protocollo TDA (624 mSv in totale, pari a 2,05 per paziente), la più bassa per il protocollo AAP (42 mSv, pari a 0,14 per paziente) (box 1).

Valutazione metodologica

Lo studio si basa sull'applicazione virtuale di cinque algoritmi diagnostici a bambini dopo un primo episodio di infezione urinaria febbrile non complicata.

La popolazione è stata selezionata sulla base dell'età, del completamento dell'iter diagnostico e dell'assenza di fattori di rischio nei partecipanti allo studio IRIS1, che prevedeva l'esecuzione di tutti i test di immagine a esclusione dell'indagine DMSA a distanza nei casi risultati negativi per pielonefrite in fase acuta. L'esclusione dei casi con ecografia nefro-urologica prenatale patologica, anche se probabilmente già seguiti e indagati, potrebbe costituire una limitazione dello studio, come del resto l'esclusione dei bambini con sepsi, disidratazione e vomito, e con creatinina clearance 70 ml/min/1,73 m².

Gli esiti primari, rappresentati dal rendimento diagnostico dei diversi algoritmi, sono ben definiti; tuttavia allo stato attuale potrebbero non essere adeguati.

Box 1

Sensibilità: capacità di un test di identificare correttamente, rispetto a uno standard di riferimento (gold standard), i soggetti malati; è una caratteristica intrinseca del test utilizzato. Il complemento a 100 rappresenta la percentuale di falsi negativi, cioè dei soggetti malati che il test non è in grado di identificare.

Specificità: capacità di un test di identificare correttamente i soggetti non malati; è una caratteristica intrinseca del test utilizzato. Il complemento a 100 rappresenta la percentuale di falsi positivi, cioè dei soggetti non malati che il test identifica come malati.

Valore predittivo positivo: probabilità che un soggetto identificato come positivo dal test sia realmente malato; è direttamente proporzionale alla prevalenza della malattia.

Valore predittivo negativo: probabilità che un soggetto identificato come negativo dal test sia realmente non malato; è inversamente proporzionale alla prevalenza della malattia.

Non si tiene infatti conto che alcuni algoritmi prevedono un iter diagnostico più aggressivo nel caso di II episodio di UTI e quindi alcune diagnosi "mancate" sarebbero state recuperate in un tempo successivo. Il confronto risulta molto parziale e fine a se stesso, non tenendo conto di tutti gli aspetti che hanno portato alla critica del modello UTI-VUR. Secondo questo modello le UTI, particolarmente nei bambini con VUR, sono la principale causa di danno renale cronico: conseguentemente la ricerca del VUR e il suo trattamento (profilassi antibiotica e/o correzione chirurgica) sono diventati una prassi dopo un episodio di UTI febbrile. Questo approccio è stato messo in discussione sulla base di alcuni dati:

- la bassa percentuale di soggetti con UTI ricorrenti e VUR che sviluppa cicatrici renali;
- la non significativa differenza della profilassi antibiotica vs placebo rispetto al rischio di UTI ricorrenti;
- l'elevato numero di bambini (33) da sottoporre a trattamento antibiotico a lungo termine per prevenire un caso di danno renale;
- il rischio di selezionare germi resistenti nei pazienti sottoposti a profilassi antibiotica;
- il discutibile beneficio della correzione chirurgica o endoscopica del VUR rispetto alla ricorrenza di UTI e danno renale;
- la possibilità di sviluppare cicatrici renali in assenza di VUR e al contrario di non sviluppare cicatrici in caso di alto grado di VUR.

In sintesi, l'identificazione del VUR, perlomeno di basso grado (I-II), non rappresenta più un obiettivo delle Linee Guida

recenti al primo episodio di UTI e, pertanto, non può essere un esito adeguato per valutarne l'efficacia. La scintigrafia, benché utile nell'ambito della ricerca per la capacità di confermare i casi di pielonefrite all'ingresso e i successivi esiti cicatriziali, non è raccomandata da tutti al primo episodio di UTI febbrile, anche perché raramente influenza il trattamento. Per quanto riguarda gli esiti secondari, il calcolo del costo economico fa riferimento alla realtà italiana, quindi potrebbe non applicarsi ad altri Paesi, mentre per quanto riguarda il livello di esposizione a radiazioni della VCUG non si è tenuto conto del fatto che la dose dipende sia dall'apparecchio utilizzato (convenzionale vs fluoroscopia digitale pulsata) che dal tempo totale di scopia, come peraltro evidenziato dagli stessi Autori.

Nel complesso l'utilità di questo studio è discutibile, dal momento che i suoi risultati erano già scontati in partenza. Infatti, se come riferimento viene utilizzato un protocollo diagnostico che prevede l'esecuzione di tutti i test diagnostici, assumendo peraltro che il risultato positivo sia espressione di patologia tale da richiedere un trattamento (cosa che, come abbiamo visto, è molto dibattuta), è naturale attendersi che un algoritmo simile abbia una concordanza molto elevata con lo standard di riferimento per quel che riguarda il numero di casi diagnosticati correttamente; abbia cioè una sensibilità molto vicina al 100%. Al contrario, se un diverso algoritmo diagnostico prevede un minor numero di esami, è legittimo osservare una sensibilità più bassa. È normale poi che quanto più alta è la sensibilità, cioè la capacità di un test di identificare correttamente i casi patologici, tanto più bassa è la specificità, il che, tradotto, significa un alto numero di falsi positivi; e viceversa. Spesso, infine, studi

come quello recensito parlano di PPV e NPV, senza tener conto e discutere che tali misure, oltre a essere collegate ai valori di sensibilità e specificità sono, a differenza di queste, influenzate dalla prevalenza della patologia nel gruppo di popolazione in studio, il che ne riduce la generalizzabilità. Nello studio in esame, ad esempio, la prevalenza di danno parenchimale risultava del 15% e il PPV dell'algoritmo diagnostico ISPN era del 36%; se la prevalenza fosse stata dell'8% o del 20%, il PPV sarebbe stato rispettivamente del 22% e del 44%.

Conclusioni

Gli Autori concludono che lo studio, in assenza di un algoritmo perfetto, può aiutare il clinico a decidere caso per caso quale iter diagnostico seguire, anche se è difficile immaginare su che cosa possa basarsi questa decisione affinché non risulti arbitraria. In effetti, a oggi, le Linee Guida poggiano su limitate basi di evidenza per la scarsa validità degli studi più vecchi, che spesso hanno incluso casi di VUR secondario a sindromi genetiche, e per l'eterogeneità degli RCT più recenti che generalmente includono bambini di età > 2 anni e non sempre forniscono dati completi circa il grado di VUR. Questi fattori compromettono anche la validità delle metanalisi.

In mancanza di evidenze sufficienti, si dovrebbero limitare i rischi derivanti da interventi non necessari e si dovrebbe orientare la ricerca scientifica a ottenere dati certi al servizio del paziente (e non degli Autori). In questo senso la revisione della letteratura svolta dall'AAP per la stesura delle Linee Guida ha identificato alcuni spunti di ricerca.

- In primo luogo, una migliore conoscenza della relazione tra cicatrice renale e ipertensione e/o insufficienza renale a distanza.
- Una maggior comprensione del ruolo del VUR e della possibilità che possa beneficiare di una profilassi antibiotica: questo aspetto è oggetto del Randomized Intervention for Children With Vesicoureteral Reflux Study [14]. Si tratta di uno studio tuttora in corso con tre aree di ricerca: 1. effetto della profilassi antibiotica vs placebo in una popolazione indagata per disfunzione minzionale, pielonefrite e cicatrici renali; 2. confronto tra correzione endoscopica

COSA AGGIUNGE QUESTO STUDIO

Il confronto virtuale tra algoritmi che si pongono obiettivi diversi in termini di anomalie riconosciute non produce risultati confrontabili. Emergono importanti differenze in termini di costi ed esposizione a radiazioni ionizzanti, aspetti che devono essere tenuti in debito conto, soprattutto se i risultati delle indagini non incidono sul trattamento.

e chirurgica; 3. confronto tra chirurgia elettiva e profilassi antibiotica.

- Un altro interessante aspetto di ricerca riguarda l'influenza del genoma rispetto sia al VUR (sappiamo che è ricorrente in alcune famiglie) che allo sviluppo di cicatrici.
- E, infine, la possibilità di distinguere l'esito di una displasia congenita da una cicatrice renale UTI-correlata.

Allo stato attuale le Linee Guida pubblicate non sono sufficientemente supportate da evidenze di qualità; quindi le raccomandazioni si basano soprattutto sul bilancio rischi-benefici e sul giudizio non solo degli esperti ma anche dei pazienti. Tutti gli algoritmi recenti hanno considerato i costi complessivi (in termini di impiego di risorse, esposizione a radiazioni, invasività delle procedure) giungendo però a conclusioni anche molto diverse. Ci sono segnalazioni che l'applicazione mirata delle tecniche di immagine non aumenti il rischio di ricorrenza di UTI e non riduca le diagnosi di VUR di alto grado [15-17].

In attesa di poter disporre di evidenze certe, possiamo concordare con le Linee Guida AAP e NICE che, pur riducendo molto il numero di indagini, mantengono una buona specificità, ponendosi più apertamente a tutela del bambino senza compromettere l'accuratezza diagnostica. ♦

Bibliografia

- [1] Garin EH, Olavarria F, Garcia Nieto V, et al. Clinical significance of primary vesicoureteral reflux and urinary antibiotic prophylaxis after acute pyelonephritis: a multicenter, randomized, controlled study. *Pediatrics* 2006;117(3):626-32.
- [2] Montini G, Rigon L, Zucchetto P, et al. IRIS Group. Prophylaxis after first febrile urinary tract infection in children? A multicenter, randomized, controlled, noninferiority trial. *Pediatrics* 2008;122(5):1064-71. doi: 10.1542/peds.2007-3770.

- [3] Roussey-Kesler G, Gadjos V, Idres N, et al. Antibiotic prophylaxis for the prevention of recurrent urinary tract infection in children with low grade vesicoureteral reflux: results from a prospective randomized study. *J Urol* 2008;179(2):674-9.
- [4] Craig JC, Simpson JM, Williams GJ, et al. Antibiotic prophylaxis and recurrent urinary tract infection in children. *N Engl J Med* 2009;361(18):1748-59. doi: 10.1056/NEJMoa0902295.
- [5] Beetz R. May we go on with antibacterial prophylaxis for urinary tract infections? *Pediatr Nephrol* 2006;21:5-13.
- [6] Hahn H, Ku SE, Kim KS, et al. Implication of genetic variations in congenital obstructive nephropathy. *Pediatr Nephrol* 2005;20(11):1541-4.
- [7] Esbjörner E, Berg U, Hansson S. Epidemiology of chronic renal failure in children: a report from Sweden 1986-1994. *Swedish Pediatric Nephrology Association. Pediatr Nephrol* 1997;11(4):438-42.
- [8] La Scola C, De Mutiis C, Hewitt I K, et al. Different Guidelines for Imaging After First UTI in Febrile Infants: Yield, Cost, and Radiation. *Pediatrics* 2013;131(3):e665-71. doi:10.1542/peds.2012-0164.
- [9] Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical practice guidelines. Available at: www.rch.org.au/clinicalguide/cpg.cfm?doc_id=5241. Accessed January 28, 2012.
- [10] National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary tract infection in children: diagnosis, treatment and long term management. Available at: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG54-fullguideline.pdf. Accessed January 15, 2012.
- [11] Preda I, Jodal U, Sixt R, et al. Normal dimercaptosuccinic acid scintigraphy makes voiding cystourethrography unnecessary after urinary tract infection. *J Pediatr* 2007;151(6):581-4.
- [12] Roberts KB. Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics* 2011;128(3):595-610. doi: 10.1542/peds.2011-1330.
- [13] Ammenti A, Cataldi L, Chimenz R, et al. Italian Society of Pediatric Nephrology. Febrile urinary tract infections in young children: recommendations for the diagnosis, treatment and follow-up. *Acta Paediatr* 2012;101(5):451-7. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02549.x
- [14] Keren R, Carpenter MA, Hoberman A, et al. Rationale and design issues of the Randomized Intervention for Children With Vesicoureteral Reflux (RIVUR) study. *Pediatrics* 2008;122(suppl 5):S240-50. doi: 10.1542/peds.2008-1285d.
- [15] Schroeder AR, Abidari JM, Kirpekar R, et al. Impact of a more restrictive approach to urinary tract imaging after febrile urinary tract infection. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165(11):1027-32. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.178.
- [16] Deader R, Tiboni SG, Fairhurst J. Will the implementation of the 2007 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guidelines on childhood urinary tract infection (UTI) in the UK miss significant urinary tract pathology? *BJU Int* 2012;110(3):454-8. doi: 10.1111/j.1464-410X.2011.10801.x
- [17] Pennesi M, L'Erario I, Travan L, Ventura A. Managing children under 36 months of age with febrile urinary tract infection: a new approach. *Pediatr Nephrol* 2012;27(4):611-5. doi: 10.1007/s00467-011-2087-3.

Il "Sogno cinese"

Stefania Manetti

Pediatra di famiglia, Piano di Sorrento (NA)

Nella Cina di oggi il "Sogno cinese" come il "Sogno americano" è uno slogan molto popolare; secondo il presidente Xi Jinping esso consiste: "nel creare una nazione prospera e forte, nel ringiovanimento della stessa e nel benessere del popolo". Ma il benessere dei cinesi dipende da tanti fattori: *in primis*, ma non solo, dallo stato di salute.

Ma qual è, al momento, il profilo generale della salute in Cina?

Nel mese di giugno 2013, la rivista *The Lancet* ha riservato ampio spazio alla rapida ascesa della Cina come potenza emergente e alle diverse e importanti problematiche di salute della popolazione derivate da questi cambiamenti.

Questa serie della rivista americana consegue a un incontro tenutosi a Pechino nel mese di aprile 2013, organizzato dall'Associazione delle Scuole Mediche Universitarie Cinesi (PUMC), dall'Istituto di Valutazione e di Misurazione della salute (IHME) di Washington, da *The Lancet* e dall'Ordine dei Medici Cinesi, e intitolato "Dialogo su Politiche Basate su Evidenze: la Cina e il Global Burden of Disease".

Due comunità e due strategie a confronto: i decisori politici da una parte, bombardati da un eccesso di informazioni, e gli scienziati, chiusi tra le "grate" del mondo scientifico.

The Lancet riporta le valutazioni e i dati derivanti dal Global Burden of Disease Study del 2010, che definisce i parametri relativi all'impatto delle malattie e ne valuta i fattori di rischio. In questa sezione dedicata alla Cina l'analisi è relativa ai cambiamenti avvenuti tra il 1990 e il 2010.

I cambiamenti e i nuovi bisogni di salute

Tre grandi transizioni stanno "rimodellando" la Cina: il cambiamento demografico, il cambiamento epidemiologico e il cambiamento relativo alle malattie croniche invalidanti.

Il *cambiamento demografico* scaturisce da decenni di bassa fertilità (la politica del figlio unico) e aumentata longevità; entro il 2050 il 30% della popolazione cinese avrà più di 60 anni con una buona parte di ultraottantenni. Entro il 2020 il 60% dei cinesi vivrà in città. Uno studio longitudinale sulla salute degli anziani in Cina mostra come, tra le persone di età superiore ai 60 anni, 1 su 4 abbia un livello di consumi *pro capite* sotto il limite della povertà.

Il *cambiamento epidemiologico* è essenzialmente caratterizzato da uno spostamento dei "carichi di malattie" verso le malattie non comunicabili. Degli 8,3 milioni di decessi annui in Cina, 7 milioni sono dovuti a malattie non comunicabili. Tra le prime cause di morti premature ci sono l'ictus, la malattia ischemica e le malattie ostruttive croniche polmonari. Stili alimentari errati, l'ipertensione, il fumo e l'inquinamento dell'ambiente sono i fattori di rischio principali.

Il *cambiamento nell'incidenza delle malattie croniche invalidanti* ha caratterizzato gli ultimi decenni; tra il 1990 e il 2010 il numero di anni vissuti con disabilità è salito al 21%. L'incremento degli ultimi anni è correlato all'aumento delle malattie mentali, delle malattie muscoloscheletriche e delle malattie croniche invalidanti in generale.

Inoltre la situazione mostra diversi livelli di complessità legati anche al fatto che ci sono ancora vasti territori in cui questi cambiamenti non sono ancora avvenuti, e dove si continuano a dover affrontare problemi relativi a malattie trasmissibili e a confrontarsi con elevati indici di mortalità infantile e materna.

I dati riportati mettono la Cina in relazione ai 18 Paesi del G20.

Tra il 1990 e il 2010 la Cina ha registrato un miglioramento dell'aspettativa di vita alla nascita per entrambi i sessi di 6,4 anni. I tassi di mortalità sotto i 5 anni sono calati del 70%. Le malattie comunicabili, materne e neonatali, insieme ai disordini nutrizionali sono calate del

59,5%. Tuttavia, all'interno di questi numeri, va anche letto il dato di un incremento delle morti da HIV. Una estrapolazione di questi dati evidenzia come siano forti le differenze in rapporto alle aree di maggiore povertà (*tabella 1*).

I carichi di malattia attribuibili ai comportamenti e a pratiche individuali sono in aumento.

Un'alimentazione povera di fibre, il fumo, l'abuso di alcol e l'inattività fisica sono i comportamenti maggiormente chiamati in causa.

L'inquinamento dell'aria è al quarto posto in Cina come fattore di rischio per DALYs (attesa di vita corretta per disabilità). Gli elevati livelli di PM2-5 in particolare nella Cina dell'Est e l'uso di carbone in case poco o inadeguatamente ventilate sono tra le cause principali.

La Cina è, inoltre, una nazione con una particolare incidenza per alcuni tipi di tumori. Cinque tipi di tumore sono tra le prime quindici cause di morte prematura: polmone, fegato, stomaco, esofago e colon-retto.

Le politiche attuali per poter fronteggiare tutto questo riguardano il controllo aggressivo del fumo, la diffusione di stili alimentari adeguati, la diffusione della vaccinazione contro l'epatite B e la diffusione dello screening del tumore colon-rettale.

Recentemente il governo ha approvato una legge sulla malattia mentale che dà speranza allo sviluppo futuro di questa branca. Il governo ha, di fatto, individuato come priorità la formazione di 300.000 nuovi medici nei prossimi dieci anni; un progetto molto ambizioso che dovrà fronteggiare anche la necessità di operatori medici qualificati nelle aree rurali e povere del Paese.

Gli Autori concludono richiamando la necessità di effettuare una valutazione annuale del carico di malattia per poter dare alla Cina uno strumento potente ed efficace al fine di seguire correttamente lo sviluppo dei rapidi cambiamenti che coinvolgono la nazione. Stabilire quindi delle

Per corrispondenza:
Stefania Manetti
e-mail: doc.manetti@gmail.com

TABELLA 1: PERCENTUALI DI DECESSI (IN MIGLIAIA) DI TUTTE LE CAUSE DI MORTALITÀ E VARIAZIONI MEDIANE DI PERCENTUALI DAL 1990 AL 2010 IN BAMBINI E BAMBINE CON MENO O DI 5 ANNI IN CINA

	1990		2010		Median %Δ in deaths
	Deaths (thousands)	% of total	Deaths (thousands)	% of total	
All causes	1038.9 (927.4 to 1136.5)	..	213.0 (179.6 to 260.7)	..	-79.7 (-83.2 to -73.5)
Congenital anomalies	109.6 (87.5 to 153.2)	10.6 (8.6 to 14.4)	33.2 (23.0 to 50.1)	15.5 (11.3 to 19.9)	-69.7 (-81.8 to -49.7)
Preterm birth complications	97.4 (69.2 to 131.7)	9.4 (6.6 to 13.1)	27.6 (20.0 to 37.3)	13.0 (9.2 to 18.0)	-71.6 (-81.6 to -57.7)
Other neonatal disorders	130.9 (77.9 to 186.4)	12.6 (7.4 to 18.7)	27.4 (18.0 to 40.1)	13.0 (8.2 to 19.4)	-79.2 (-87.7 to -61.3)
Lower respiratory infections	254.7 (199.2 to 298.4)	24.5 (20.0 to 27.7)	26.9 (20.6 to 37.4)	12.7 (9.5 to 17.4)	-89.9 (-92.3 to -83.9)
Neonatal encephalopathy (birth asphyxia/birth trauma)	109.7 (75.2 to 150.6)	10.6 (7.2 to 14.8)	26.8 (16.4 to 39.8)	12.6 (7.7 to 18.9)	-75.4 (-86.4 to -60.2)
Other non-communicable diseases	48.1 (37.0 to 64.5)	4.6 (3.7 to 6.2)	19.7 (16.1 to 24.2)	9.3 (7.4 to 11.6)	-58.8 (-69.5 to -44.7)
Drowning	63.2 (36.3 to 87.6)	6.1 (3.8 to 8.1)	12.5 (7.6 to 25.2)	5.8 (3.8 to 10.4)	-81.9 (-89.4 to -42.8)
Other injuries	64.5 (46.6 to 79.3)	6.2 (4.7 to 7.7)	11.2 (8.2 to 14.6)	5.3 (3.7 to 7.0)	-82.7 (-87.4 to -74.5)
Other communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases	12.3 (7.4 to 21.8)	1.2 (0.7 to 2.1)	6.0 (3.3 to 8.4)	2.8 (1.5 to 4.1)	-46.3 (-80.3 to -10.3)
Road injury	9.0 (5.5 to 15.0)	0.9 (0.5 to 1.4)	5.5 (3.5 to 9.2)	2.6 (1.6 to 4.2)	-38.9 (-69.8 to 38.0)
Falls	7.1 (5.0 to 12.0)	0.7 (0.5 to 1.1)	2.7 (1.7 to 4.2)	1.3 (0.8 to 1.9)	-59.4 (-82.3 to -28.8)
Meningitis and encephalitis	13.6 (10.6 to 17.9)	1.3 (1.0 to 1.8)	2.1 (1.4 to 2.8)	1.0 (0.6 to 1.4)	-85.1 (-90.1 to -78.0)
Diarrhoeal diseases	47.4 (37.9 to 58.8)	4.6 (3.7 to 5.7)	1.9 (1.4 to 2.7)	0.9 (0.6 to 1.3)	-95.9 (-97.2 to -93.8)
Syphilis	12.2 (6.8 to 19.9)	1.2 (0.6 to 1.9)	1.7 (0.8 to 3.1)	0.8 (0.4 to 1.5)	-86.8 (-91.6 to -78.7)
Sepsis and other infectious disorders of the newborn baby	5.1 (1.9 to 11.2)	0.5 (0.2 to 1.1)	1.6 (0.8 to 3.2)	0.8 (0.4 to 1.5)	-65.9 (-88.3 to -21.8)
Typhoid and paratyphoid fevers	2.4 (0.3 to 4.5)	0.2 (<0.05 to 0.4)	1.6 (0.2 to 3.1)	0.7 (0.1 to 1.5)	-33.6 (-54.1 to -1.2)
Nutritional deficiencies	6.1 (4.1 to 12.3)	0.6 (0.4 to 1.2)	1.4 (0.5 to 2.2)	0.7 (0.2 to 1.1)	-74.2 (-94.8 to -54.5)
Tetanus	15.3 (7.4 to 27.1)	1.5 (0.7 to 2.5)	0.7 (0.3 to 1.7)	0.3 (0.1 to 0.8)	-96.0 (-98.2 to -86.7)
Fire, heat, and hot substances	3.1 (2.0 to 4.6)	0.3 (0.2 to 0.4)	0.7 (0.4 to 1.3)	0.3 (0.2 to 0.6)	-80.7 (-89.0 to -46.2)
Epilepsy	1.6 (0.8 to 3.0)	0.2 (0.1 to 0.3)	0.5 (0.3 to 0.9)	0.3 (0.2 to 0.4)	-65.6 (-84.3 to -17.6)
Whooping cough	3.2 (<0.05 to 15.8)	0.3 (<0.05 to 1.5)	0.4 (<0.05 to 2.0)	0.2 (<0.05 to 1.0)	-87.1 (-89.0 to -84.5)
HIV/AIDS	<0.05 (<0.05 to 0.05)	<0.05 (<0.05 to 0.05)	0.4 (0.2 to 0.6)	0.2 (0.1 to 0.3)	4232.1 (1493.7 to 46693.7)
Measles	20.0 (6.6 to 50.9)	1.9 (0.6 to 4.8)	0.3 (0.1 to 0.9)	0.2 (<0.05 to 0.4)	-98.4 (-99.0 to -97.3)
Tuberculosis	2.5 (1.8 to 3.2)	0.2 (0.2 to 0.3)	0.2 (0.1 to 0.4)	0.1 (<0.05 to 0.2)	-91.3 (-96.1 to -84.1)

Data in parentheses are 95% uncertainty intervals. Cause groups are ordered by the number of deaths in 2010. %Δ=percentage change.

Table 3: Deaths (in thousands), percentage of all-cause mortality, and median percentage change by cause from 1990 to 2010 for children younger than 5 years (both sexes) in China

priorità basate su evidenze scientifiche, sui costi e sulle conseguenze derivanti da azioni e politiche diverse rimane l'unico strumento per poter fronteggiare le disuguaglianze e favorire la capacità del sistema sanitario alla implementazione di un

cambiamento che sia efficace ed equo. Dare priorità alla salute come diritto umano, oltre a una popolazione sana, porterà, di conseguenza, anche allo sviluppo sociale ed economico per tutti. Consapevolezza che sfugge ancora a molti governi... ♦

Bibliografia di riferimento
 www.thelancet.com. Vol. 381, June 8, 2013.
 Yang G, Wang Y, Zeng Y, et al. Rapid health transition in China, 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;381(9882):1987–2015. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61097-1.

RICORDANDO LUCIA PICENI SERENI

Fabio Sereni ha perduto Lucia. Si erano incontrati nelle aule universitarie, si erano laureati insieme e insieme si sono specializzati in pediatria. Sposati nel 1952, dopo un anno sono partiti insieme per gli Stati Uniti a completare la formazione scientifica e a fare ricerca. Poi, insieme a Ferrara in una clinica pediatrica dove, scrive Fabio in *Pediatrì e bambini*, "abbiamo lavorato molto, di giorno in clinica, di guardia un giorno su tre, e spesso di notte in laboratorio". Poi da Ferrara a Pavia e in seguito a Milano. Una vita insieme di lavoro e di ricerca, infaticabile. Hanno curato pubblicazioni sulle riviste più severe nell'accettazione degli articoli centrati sui problemi del metabolismo, rigore nella vita e nella professione. Una comune passione per i libri antichi sulla cura dei bambini che ha prodotto un prezioso volume pubblicato nel 2008: *La scoperta dell'infanzia*. Non ci sono parole per alleviare il dolore di Fabio, ma vorremmo che rimanesse il ricordo di Lucia riportando alcune righe di

ciò che il figlio Dario ha detto salutandola nella casa di famiglia a Milano.
 "Mille e più di mille le forme in cui ha scelto di dare: eccellere in ambito professionale non derogando mai da un rigore assoluto, anche a costo di rinunciare a posizioni di maggior prestigio. Essere moglie innamorata e solidale negli obiettivi... madre ferma, punto di equilibrio, costante pungolo ispiratore... nonna tenera... Cucinare e servire a tavola dopo dieci ore di lavoro, una cena per quindici. Trasferirsi per un mese e più a Gibuti, a quasi 70 anni, per lavorare al fine di migliorare la salute di bimbi e mamme di un immenso campo profughi. Alzarsi ogni mattina all'alba, a 70 anni oramai pensionata, prendere due autobus e andare a lavorare al San Raffaele pur di offrire la propria opera e non restare con le mani in mano. Potrei andare avanti per pagine ma so che la mamma, già alla seconda riga del parzialissimo elenco di poc'anzi, avrebbe iniziato a sbuffare". È un ritratto fedelissimo di chi è stata Lucia.

La pelle è un organo sociale

Costantino Panza

Pediatra di famiglia, San'Ilario d'Enza (RE)

Abstract

Skin is a social body

The article presents the recent neuroscientific discoveries regarding tactile stimulation in communication skills and interpersonal relationship, especially during the neonatal and infant age.

Quaderni acp 2013; 20(6): 258-259

Key words Touch. Child. Empathy. Communication

L'articolo espone le recenti scoperte neuroscientifiche in riferimento alla stimolazione neurosensoriale tattile in ambito comunicativo e nella relazione interpersonale con particolare riguardo all'età neonatale alla prima infanzia.

Parole chiave Contatto tattile. Bambino. Empatia. Comunicazione

“Toccare consola”, così scrive Javier Marías in *Domani nella battaglia pensa a me*. La ricerca scientifica ha sempre prestato molta attenzione alla comunicazione tramite la parola, le vocalizzazioni o l'espressione del volto e del corpo, mentre il tatto tradizionalmente è stato associato alle manovre manipolatorie per l'esplorazione delle diverse caratteristiche degli oggetti, anche se ogni cultura utilizza il contatto pelle a pelle per la comunicazione sociale. Accarezzare, abbracciare, coccolare sono atti materni rivolti alla rassicurazione del piccolo e vengono impiegati anche tra adulti all'interno di una trasmissione di segnali amichevoli; un modello di interazione sociale tattile presente anche tra i primati [1]. A differenza di altre specie, i primati, tra cui la specie umana, investono molto tempo nel contatto pelle a pelle. Il tempo impegnato nel *grooming* (spulciamento) o nelle varie forme di abbraccio e contatto fisico è di gran lunga superiore alle necessità igieniche e aumenta in proporzione alle dimensioni del gruppo sociale di appartenenza [2].

Una carezza, un abbraccio

I contatti sociali in generale promuovono un miglioramento della salute e del proprio benessere probabilmente a causa delle regolazioni delle emozioni tramite esperienze sociali. Lo stringere la mano del proprio compagno durante una procedura dolorosa riduce l'attivazione neuronale dei sistemi di risposta alla minaccia; il livello di stress di pazienti ospeda-

lizzati viene ridotto dal contatto fisico durante l'interazione con l'infermiera. Anche in campo neonatologico il contatto fisico riduce il dolore: la pratica della *saturazione sensoriale* , tecnica utilizzata nelle terapie intensive neonatali e presente nelle linee guida della Società Italiana di Neonatologia, prevede l'offerta di stimoli sensoriali positivi, tra cui quelli tattili, per ridurre la percezione dolorosa nelle procedure invasive che talvolta si devono adottare in ambito ambulatoriale o ospedaliero.

La riduzione dell'impatto degli stimoli nocicettivi nel neonato attraverso questa metodica sensoriale è stata oggetto di un recente aggiornamento avanzato su questa rivista [3]. Essere toccati da un'altra persona migliora la nostra attenzione e disponibilità a entrare in empatia con quella persona: una carezza migliora i processi cognitivi ed emotivi nel corso di una comunicazione. La carezza può amplificare l'elaborazione dello stimolo comunicazionale senza modificare la qualità del processo mentale ma può anche favorire una diversa motivazione all'elaborazione dell'informazione emotiva [4]. La nostra pelle possiede infatti recettori e neuroni che rispondono esclusivamente alle carezze [5]. Queste fibre afferenti sensitive amieliniche sono assenti sulle superfici glabre e si trovano solo sulle zone della pelle provviste di pelo, per esempio la superficie dorsale dell'avambraccio, rispondono solo a uno stimolo a bassa soglia, come un leggero tocco o uno sfioramento, e la loro attiva-

zione persiste per diversi secondi anche dopo l'estinzione dello stimolo. Le fibre si proiettano verso la corteccia insulare, regione coinvolta nei meccanismi di elaborazione dello stimolo emozionale e dove sono rappresentati i nostri sentimenti. Questa area valuta e integra l'importanza emotiva e motivazionale dello stimolo ed è considerata una porta di passaggio dal sistema sensoriale verso il sistema della gestione delle emozioni nel lobo frontale: un processo somatosensoriale dal basso verso l'alto, ossia a partire dalla pelle, che risponde solo alla carezza ma non ad altri stimoli tattili, come una compressione o una percossa, per giungere alle aree cerebrali deputate al riconoscimento delle emozioni positive e all'altruismo [6-7].

Nel neonato e nel lattante

In età neonatale è ormai ampiamente riconosciuto il fatto che il contatto pelle a pelle tra madre e bambino, anche stimolato dal pianto, serve nelle prime fasi di vita a ridurre l'ipotermia, a favorire l'allattamento, per la produzione di ossitocina materna, e a calmare il pianto stesso [8]. Il neonato ha una predisposizione innata a osservare i lineamenti del volto riconoscendone la qualità affettiva [9]. Se la madre durante l'interazione presenta un volto inespressivo, il lattante esprime segni di protesta e distress con un conseguente rifiuto di guardare il volto della madre (un'esperienza comune in caso di depressione materna). Se invece la madre depressa mantiene il contatto tattile tramite la carezza, l'effetto del volto inespressivo è significativamente ridotto: il bimbo continua a sorridere e a vocalizzare mantenendo lo sguardo sulle mani che lo carezzano. La carezza può supplire, perciò, alla difficoltà di una madre depressa a essere responsiva in una interazione faccia a faccia, modello di comunicazione fondamentale nei primi mesi di vita per lo sviluppo del bambino [10]. È un'esperienza comune il fatto di cullare un bambino per contenere il pianto: mamme che in ambulatorio rimangono in

Per corrispondenza:
Costantino Panza
e-mail: costpan@tin.it

aggiornamento avanzato

pedi camminando con il bimbo in braccio per calmarlo o il frequente racconto del trasporto in auto che risolve la colica.

Queste esperienze ricorrenti hanno una base biologica con altre specie animali. I mammiferi altriciali (ossia le specie dove i cuccioli hanno bisogno di essere nutriti e accuditi per lungo tempo prima di una completa autonomia) richiedono l'impegno materno per il trasporto. Per esempio in gatti, topi o leoni, quando viene afferrato al collo per il trasporto, il cucciolo rimane in uno stato di assoluta calma e in posizione passiva. Un gruppo di ricercatori italiani e giapponesi ha dimostrato, per la prima volta, che cuccioli umani al di sotto dei 6 mesi di età e cuccioli di topo rispondono al trasporto materno attraverso una simile riduzione del movimento volontario, del pianto e della frequenza cardiaca. Solo stimolazioni tattili (l'abbraccio materno nella nostra specie e la presa alla regione dorsale del collo per il topo) e stimolazioni vestibolo-proprioceptive (il camminare) sono alla base di questo efficacissimo effetto calmante. Per valutare la possibile interferenza di altri possibili sistemi biologici i ricercatori hanno testato i topi attraverso l'utilizzo di anestesia cutanea, o una lesione chirurgica cerebellare o l'utilizzo di piridossina per bloccare l'attività proprioceptiva.

I risultati di questi test hanno permesso di escludere la partecipazione di altri sistemi di comunicazione (come l'olfatto, la vista, l'udito) in questo comportamento che lega il genitore al figlio. L'effetto cardiaco è invece legato a un'attivazione del sistema nervoso autonomo parasimpatico [11].

Dal punto di vista della biologia evolutiva questa risposta del neonato al contatto materno rivela un significato primario per la sopravvivenza. Il rimanere immobile e il farsi trasportare docilmente senza piangere hanno un significato adattativo fondamentale nelle specie di mammiferi che lo utilizzano: tale comportamento facilita l'atto di fuga della madre che così può trasportare più facilmente il proprio cucciolo con un sensibile effetto sulla sopravvivenza.

E ai giorni nostri, per la nostra prole? Questo effetto calmante deve essere sfruttato per favorire una risposta efficace del genitore al pianto del proprio bimbo, esperienza spesso molto frustrante nel genitore e anche a rischio di maltrattamento. Inoltre il pediatra può affermare con più forza che il camminare con

il lattante in braccio è in grado di sostenere la relazione genitore-bambino ed è un comportamento che risponde validamente al pianto, contiene possibili disagi e migliora l'integrazione sensoriale del bambino. Un semplice atto fisiologico con un grande significato biologico.

Gli Autori della ricerca segnalano inoltre la necessità di una valida funzionalità e sinergia delle capacità proprioceptive e somatosensoriali da parte del lattante perché l'effetto calmante sia efficace. Uno stato disfunzionale neurologico potrebbe essere la condizione per inficiare l'azione del camminare abbracciati: un'ipotesi allo studio per la ricerca di eventuali test diagnostici con l'obiettivo di riconoscere precocemente possibili disturbi contraddistinti da inabilità sociale da una ipersensibilità tattile e caratteristici di alcune forme di autismo. ♦

Bibliografia

- [1] Eibl-Eibesfeldt I. Die Biologie des menschlichen Verhaltens Grundriss der Humanethologie. München: R. Piper GmbH & Co, 1984. Tr. It.: Etologia Umana. Le basi biologiche e culturali del comportamento. Torino: Bollati Boringhieri, 2001.
- [2] Dunbar RIM. The social role of touch in humans and primates: Behavioural function and neurobiological mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev* 2010;34:260-8.
- [3] Bellieni CV, Alagna MG, Buonocore G. Saturazione sensoriale: semplice ed efficace contro il dolore procedurale del neonato. *Quaderni acp* 2013;20(5):223-6.
- [4] Schirmer A, Teh KS, Wang S, et al. Squeeze me, but don't tease me: human and mechanical touch enhance visual attention and emotion discrimination. *Soc Neurosci* 2011;6(3):219-30. doi: 10.1080/17470919.2010.507958.
- [5] Vrontou S, Wong AM, Rau KK, et al. Genetic identification of C fibres that detect massage-like stroking of hairy skin in vivo. *Nature* 2013; 493(7434):669-73. doi: 10.1038/nature11810.
- [6] Olsson H, Wessberg J, Morrison I, et al. The neurophysiology of unmyelinated tactile afferents. *Neurosci Biobehav Rev* 2010;34(2):185-91. doi: 10.1016/j.neubiorev.2008.09.011.
- [7] Gazzola V, Spezio ML, Etzel JA, et al. Primary somatosensory cortex discriminates affective significance in social touch. *Proc Natl Acad Sci USA* 2012;109(25):E1657-66. doi: 10.1073/pnas.1113211109.
- [8] Winberg J. Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior. A selective review. *Dev Psychobiol* 2005;47(3):217-29.
- [9] Lavelli M. Intersoggettività. Origini e primi sviluppi. Milano: Raffaello Cortina, 2007.
- [10] Peláez-Nogueras M, Field TM, Hossain Z, Pickens J. Depressed mothers' touching increases infants' positive affect and attention in still-face interactions. *Child Dev* 1996;67(4):1780-92.
- [11] Esposito G, Yoshida S, Ohnishi R, et al. Infant calming responses during maternal carrying in humans and mice. *Curr Biol* 2013;23(9):739-45. doi: 10.1016/j.cub.2013.03.041.

FAD ACP 2014: ISCRIVETEVI SUBITO!

27 crediti ECM a costo
invariato e senza sponsor

Dopo il successo e l'ottima partecipazione alla formazione a distanza (FAD) 2013, vi proponiamo una nuova edizione FAD ancora più interattiva. Nel nuovo anno sarà a disposizione un tutor a cui sarà possibile porre eventuali domande inerenti ai dossier FAD. Il percorso formativo manterrà la stessa struttura dello scorso anno con casi didattici selezionati e proposti in base ai moderni criteri della formazione: **problematicità, interattività, messa in pratica**. I crediti ECM saranno 27 per l'intero percorso e saranno validi per l'anno 2015. Il costo di adesione e partecipazione resta invariato. L'assenza di sponsor è ulteriore garanzia di qualità e indipendenza dell'iniziativa.

Indice dei 6 dossier FAD 2014:

- 1) Il dolore osteoarticolare (Elisabetta Cortis, Italo Marinelli)
- 2) La colestasi nella prima infanzia (Enrico Valletta, Martina Fornaro)
- 3) Le epilessie: inquadramento diagnostico (Giovanni Tricomi)
- 4) Lesioni benigne, maligne e pseudotumorali dell'osso (Carmine Zoccali)
- 5) Il maltrattamento fisico: quali conoscenze per il pediatra (Carla Berardi)
- 6) Le apnee ostruttive nel sonno (Giancarlo De Vincentis)

Responsabile scientifico dell'iniziativa: Michele Gangemi. Casi didattici a cura di Laura Reali.

Per aderire compila il modulo online presente nella pagina FAD del sito ACP (www.acp.it/fad-acp). La quota può essere versata contestualmente alla compilazione del modulo con carta di credito oppure successivamente con bonifico bancario alle seguenti coordinate:

IBAN:

IT82T031271720000000007401

Banca: UGF Banca (UNIPOL)

Intestazione: Associazione Culturale Pediatri via Montiferru, 6 - 09070 Narbolia (OR)

Quota di adesione

Qualora volessi aderire ti invitiamo a versare la quota di adesione di 50 euro, se sei socio ACP in regola con la quota sociale (puoi verificare la tua posizione controllando l'etichetta presente sul prossimo numero di *Quaderni acp* che riceverai all'indirizzo che hai indicato), oppure di 150 euro se non sei socio ACP.

In quest'ultimo caso ti chiediamo di valutare la possibilità di iscriverti all'ACP con la quota associativa di 100 euro (usufruendo delle numerose agevolazioni) insieme alla quota di 50 euro di adesione anche alla FAD.

Paolo Siani, Presidente ACP
Michele Gangemi, Direttore *Quaderni acp*

La Metodologia "Pedagogia dei Genitori" per il patto educativo terapeutico famiglia e sanità

Riziero Zucchi*, Augusta Moletto*, Lorenza Garrino**

*Responsabile scientifico Metodologia Pedagogia dei Genitori; **Ricercatore Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Torino

Abstract

Parent's educational methodology for the therapeutic educational agreement between family and health system

The enhancement of the families' skills and knowledge is functional to the acknowledgment of the connection between actions of care and of growing. All within the dimension of the educational agreement promoted by medical and educational sciences. The narrations of parents educational pathways are enrolled in the cultural foundations of the International Classification of Functioning (ICF), in the basis of the newborn cognitive medicine and within the Narrative Based Medicine (NBM). It is used as an educational tool for the training of medical professionals in order to realize an educational therapeutic agreement. The "Parent's Educational" Methodology Essential Life Plan is a tool which relies on the presentation of children by their parents. It has become a functional tool for the therapeutic educational agreement.

Quaderni acp 2013; 20(6): 260-264

Key words Parent's education. Physician-patient relation. Training

La valorizzazione delle competenze e delle conoscenze educative della famiglia è funzionale al riconoscimento della connessione tra le azioni di cura e quelle di crescita, nella dimensione del patto educativo terapeutico promosso dalle scienze mediche e pedagogiche. Le narrazioni degli itinerari educativi genitoriali si iscrivono nei fondamenti culturali dell'International Classification of Functioning (ICF), nelle premesse della nascente medicina cognitiva e all'interno della Narrative Based Medicine (NBM). Viene utilizzata come strumento di formazione delle professioni sanitarie per realizzare il patto educativo terapeutico. Lo strumento della Metodologia "Pedagogia dei Genitori" con i nostri occhi, che si avvale della presentazione dei figli da parte dei genitori, è diventato strumento funzionale al patto educativo famiglia-professionisti.

Parole chiave Pedagogia dei genitori. Relazione di cura. Formazione

Il patto educativo terapeutico

La Metodologia "Pedagogia dei Genitori" pone le basi per un'alleanza tra i medici e la famiglia, basata sul riconoscimento delle conoscenze e delle competenze che essa riveste nei confronti dei propri figli sani o con problemi di salute e disabilità [1-2].

Il Progetto "Pedagogia dei Genitori" nasce a Torino alla fine degli anni Novanta in seguito ad attività volte a valorizzare il protagonismo dei cittadini che si impegnano a essere operatori sociali di salute in una dinamica di reciprocità. Nell'ambito di seminari e convegni relativi a tematiche di politiche sociali venivano promossi gruppi di studio, in cui i genitori avevano parte attiva, prendendo la parola in pubblico e testimoniando i loro percorsi educativi, al fine di riflettere sull'integrazione dei figli e affermare così il diritto a essere ascoltati

con dignità. Le loro narrazioni non erano avvertite come meri sfoghi o semplici testimonianze, ma come strumenti di critica e analisi condotte da chi ha una conoscenza diretta e approfondita dei limiti e delle capacità del proprio figlio.

A partire da queste prime esperienze si sviluppa la "Pedagogia dei Genitori", con una precisa attenzione alle dinamiche dell'integrazione scolastica e sociale delle persone in situazione di handicap e di disagio.

La concretezza delle narrazioni dei genitori ha presto rivelato la sua efficacia e suscitato un interesse crescente, consentendo di estendere questo approccio a tutti coloro che svolgono ruoli di "cura" per le persone disabili. Componente essenziale anche per la formazione, le narrazioni dei genitori sono state raccolte e regolarmente pubblicate dalla rivista *Handicap&Scuola* [3]. Dal 2001 al 2004

"Pedagogia dei Genitori" diventa partenariato europeo di apprendimento, inserito nel programma di educazione permanente "Socrates" (Azione Grundtvig 2), al quale partecipano associazioni di genitori italiani, francesi e scozzesi (Dossier Pedagogia dei Genitori 2001 e 2002, Barone 2005). La "Pedagogia dei Genitori" assume via via una connotazione progettuale sostenuta da una teorizzazione e da una impostazione metodologica sempre più precise, che riconoscono la validità scientifica delle competenze genitoriali: i genitori sono in grado di fornire utili indicazioni agli esperti e diventano così formatori dei professionisti.

Attualmente esistono gruppi di lavoro che organizzano iniziative sul territorio, un coordinamento a livello nazionale che collega le varie attività, e un comitato scientifico, con il compito di validare la metodologia utilizzata e tenere i contatti con le istituzioni di ricerca.

La Metodologia "Pedagogia dei Genitori"

Valorizzare competenze e conoscenze educative genitoriali

Ogni genitore ha una conoscenza particolare del figlio, lo segue dalla nascita, ha fatto sogni e progetti per lui, lo affianca nella sua crescita, risponde alle sue esigenze che conosce in termini olistici, psicofisici. Costruisce un progetto di vita con lui e per lui, è il primo anello dell'ambito ecologico all'interno del quale il figlio si forma, cresce e sviluppa la propria personalità. Viene lasciato alle spalle il paradigma della negatività della famiglia, eredità di concezioni che identificavano nei genitori l'origine di molte problematiche infantili.

Studiosi come Gustavo Pietropolli Charmet o Giovanni Bollea ribaltano questa impostazione [4-5]. Viene messa in luce la *resilienza familiare* [6]. Una raccomandazione dei governi della Comunità europea chiede agli Stati membri di considerare la *parentalitie positive* [7].

Per corrispondenza:
Riziero Zucchi
e-mail: alagon@fastwebnet.it

“narrative” e dintorni

Le azioni della Metodologia

"Pedagogia dei Genitori" propone tre azioni, la cui realizzazione permette di far emergere, utilizzare e socializzare l'enorme giacimento costituito dagli itinerari di crescita promossi dalle famiglie. La prima consiste nella raccolta, pubblicazione, diffusione delle narrazioni degli itinerari educativi dei genitori; la seconda prevede la formazione degli esperti che si occupano di rapporti umani (insegnanti, educatori, medici, infermieri, giudici, assistenti sociali) tramite il racconto dei percorsi formativi delle famiglie, inseriti in un quadro epistemologicamente corretto; la terza propone l'analisi e lo studio delle narrazioni genitoriali e la diffusione della Metodologia.

Valori formativi in atto

La narrazione degli itinerari educativi dei genitori ha valenza conoscitiva e formativa. I genitori non suggeriscono soluzioni, presentano gli itinerari educativi condotti con i figli. Sono testimonianze dirette che inducono cambiamenti in chi ascolta. Una delle azioni più significative della Metodologia è la formazione dei professionisti, all'interno di un quadro epistemologico che valorizza le competenze della famiglia: gli esperti identificano nei genitori interlocutori validi, capaci di trasmettere valori pedagogici (responsabilità, identità, speranza, fiducia, crescita) che possono applicare all'interno della propria pratica professionale (box 1).

Gli strumenti operativi della Metodologia "Pedagogia dei Genitori"

Lo strumento "Con i nostri occhi"

È la presentazione del figlio da parte della famiglia. I genitori hanno una conoscenza specifica del proprio figlio basata sull'itinerario compiuto assieme a lui. La famiglia, che segue il processo di crescita del figlio giorno per giorno, lo presenta agli esperti e agli altri genitori in termini evolutivi, usando il linguaggio della quotidianità. I genitori hanno una visione a tutto tondo della soggettività del figlio, ne indicano le caratteristiche, le preferenze, le relazioni all'interno della famiglia, le amicizie, le capacità che ha sviluppato e le sue potenzialità. Non nascondono difficoltà o problemi, non li

Box 1

Pedagogia della responsabilità

È alla base dell'educazione della famiglia: il bimbo le appartiene e non vi è alcuno che se ne può occupare con la stessa intensità. La famiglia ha l'impegno dell'educazione e ne risponde al mondo. Non si può sottrarre e non può colpevolizzare altre istituzioni. Questa responsabilità, assunta positivamente, le attribuisce una forza che nessun'altra agenzia educativa possiede. Deve riuscire a trovare le soluzioni. Di qui le capacità di organizzazione e ricerca che possiede.

Pedagogia dell'identità

Diventare persona significa acquisire un'identità, riconoscerla e accettarla. Non è attività singola, quanto mediata da un'azione sociale. Mi riconosco tramite gli altri e gli altri, nel momento cruciale e delicato della crescita, sono i genitori, i quali operano quell'investimento di affetti ed energie umane che determinano l'unicità della persona.

Pedagogia della speranza

Speranza significa crescita e superamento delle difficoltà, investimento e tensione verso un'evoluzione che deve avvenire con esiti felici. La speranza dei genitori è l'anima del progetto di vita, del "pensami adulto". Andare al di là di ogni ragionevole aspettativa significa anche proporre una continua tensione verso la soluzione dei problemi.

Pedagogia della fiducia

La pedagogia della fiducia ha una dimensione quotidiana, calata sulle capacità del singolo. È legata alle scelte e alle forze che il bambino mette in campo. Egli percepisce che le sue energie non vengono avvertite come ostili o estranee, ma accettate e inserite in un progetto di cui i genitori sono consapevoli e responsabili.

Pedagogia della crescita

L'intervento dei genitori possiede una continuità che altre situazioni educative non hanno. La loro azione ha la caratteristica di un esperimento scientifico di cui essi pongono premesse che possono seguire nello spazio e nel tempo. Assistono all'evoluzione di una personalità che determinano e dalla quale sono determinati. Sono costretti e sollecitati dall'evoluzione fisica e spirituale del figlio che produce in loro flessibilità da conquistare quotidianamente.

enfaticamente e propongono la personalità del figlio nella sua complessità. "Pedagogia dei Genitori" sostiene metodologicamente la presentazione della famiglia, base per il patto educativo nel quale si collegano le competenze dei genitori e quelle degli insegnanti.

"Con i nostri occhi" è uno strumento elaborato secondo le caratteristiche, le esigenze e gli interessi del figlio, individuato con il nome. Le presentazioni possono avvalersi di alcune foto e contenere le seguenti informazioni: chi sono, le cose che mi piacciono, le cose che trovo difficili, i modi con cui comunico, quello che devi sapere di me per aiutarmi a superare le difficoltà, il contributo che posso dare alla crescita degli altri. La presentazione dei genitori segue la logica della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), approvata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2001, in cui si raccomanda di passare da

un modello di classificazione unicamente su base medica a un modello biopsicosociale basato sulla persona e la sua vita, considerata nello svolgimento delle sue azioni umane e sociali [8].

La presentazione "Con i nostri occhi" dei figli da parte dei genitori propone la famiglia come ambito dal quale ricavare le indicazioni su attività e partecipazione classificate nell'ICF: le conoscenze e le competenze della famiglia, la sua cultura, intesa come somma di abitudini, consuetudini, relazioni, comportamenti, costituiscono fonte di gran parte dei materiali conoscitivi dai quali ricavare le classificazioni dell'ICF [9].

Gruppo di narrazione

Il sapere dei genitori si esprime tramite la narrazione. Lo strumento ha l'obiettivo di *coscientizzare* i genitori, valorizzando le narrazioni degli itinerari educativi compiuti con i figli. Partecipano i genito-

BOX 2: LA NARRAZIONE DI UN GENITORE: ANTONELLA GENOVESE

NON AVEVAMO CERTEZZE

Sono la mamma di Lorenzo, un ragazzino di 15 anni. Non mi è facile parlare del periodo in cui mio figlio è nato, per la quantità di cose accadute e per le forti emozioni che questi avvenimenti provocarono in me. Lorenzo oggi è un ragazzo simpatico, socievole, appassionato di calcio, di musica "tecno"; sogna per sé un futuro da disk-jockey contornato da belle ragazze tipo "Miss Italia". Insomma, un vero adolescente. Quando è nato, erano già sedici anni che lavoravo in un Servizio di Neuropsichiatria Infantile di Torino in qualità di Fisioterapista. Affrontavo quotidianamente situazioni complesse, mi curavo di bambini con problemi di salute in grandi difficoltà, storie di gravidanze e di maternità drammatiche e dolorose. Volevo per me una maternità che mi ricollegasse con la gioia per una nuova vita, che fosse bella, partecipata, naturale. Poiché tutto procedeva bene con mio marito progettavamo un parto in casa. All'ottavo mese arrivò una doccia fredda. Una ecografia mise in luce che qualche cosa non andava bene: il bambino aveva un idrotorace bilaterale. La ginecologa ci avvertì che Lorenzo non poteva stare a lungo in quella situazione. Se non si interveniva in pochi giorni la gravidanza si sarebbe interrotta, ma se si interveniva con un taglio cesareo e la rianimazione non c'erano certezze sulla vita del bambino, perché non si poteva sapere se il tessuto polmonare di Lorenzo fosse ancora in grado di espandersi e respirare, oppure fosse troppo "fradicio" e danneggiato. Ci chiese di decidere che cosa ci sentivamo di affrontare. Avevamo una ventina di minuti. Credevo di sapere che cosa potesse voler dire avere un bambino malato, soprattutto cosa potesse voler dire esserne la madre... in un attimo mi vennero alla mente molti bambini che avevo seguito... mi sentivo cadere in una voragine... mi vennero alla memoria però anche alcune mamme che avevo conosciuto durante i miei anni di lavoro. Erano donne che avevo stimato perché sapevano amare il loro bambino così com'era, lottavano per dargli una vita, un futuro. Sapevano rimanere donne piene di interessi, di qualità. Quelle persone sono state per me un appiglio. Mio marito disse qualche cosa di profondamente importante per me, e cioè che la vita valeva la pena di essere vissuta anche se uno non era perfetto, bello, "al massimo". L'ho sentito molto vicino e gli sono stata grata di non aver avuto paura. Da sola non so se ce l'avrei fatta. Così prendemmo la nostra decisione e Lorenzo nacque il giorno dopo. Era un "Lunedì dell'Angelo". Non posso non ricordare che la ginecologa che mi operò rinunciò per noi al giorno di riposo e di festa. Appena nato Lorenzo fu portato in rianimazione e io potei vederlo solo dopo sette giorni. Eravamo in due ospedali formalmente collegati, ma assolutamente scollegati. In quei giorni mi nutrivamo dei racconti e dei commenti di mio marito: "È carino, non è piccolo, ha un bel visino, è tutto intero, respira da solo... lo hanno visitato e poi lo hanno messo in incubatrice. Mi hanno detto che possiamo telefonare in reparto una volta al giorno per avere notizie e vederlo tre volte alla settimana, per venti minuti di visita!". Ripensavo al parto in casa che desideravo perché tutto fosse bello, naturale, per averlo subito tra le braccia... tutto aveva preso un'altra piega... Lorenzo restò un mese in Rianimazione e un altro mese nel reparto dei Prematuri a rischio. Il primo anno di vita lo abbiamo passato più in ospedale che a casa. La prima diagnosi che ci fu comunicata è stata quella di "distrofia muscolare non progressiva"... ma per fortuna gli strumenti che avevo del mio mestiere mi hanno dato la forza di andare al di là delle parole e di riconoscere e promuovere in Lorenzo le capacità che aveva. Ho avuto la fortuna e la sfortuna di essere una fisioterapista. Non mi sentivo spaventata dalla malattia di Lorenzo, non ho avuto sensi di colpa. Piuttosto vedevo con occhi nuovi gli aspetti organizzativi dei Servizi sanitari. Spesso superficialità, incongruenze organizzative vanificavano e contraddicevano le finalità che le cure avrebbero dovuto avere. L'aver fatto parte di quel sistema di cose in modo acritico mi rendeva furibonda con me stessa e il mondo "sanitario" in generale. La mia salute psicologica era a rischio, mi sentivo in frantumi. Quando andavo a trovare Lorenzo in Rianimazione, tre volte alla settimana, nei venti minuti a nostra disposizione, non potevo non pensare che pochi anni prima, lavorando in quel presidio ospedaliero, ci andavo tutti i giorni, mettevo le mani nelle incubatrici, spostavo apparecchi e sondini, giravo e rigiravo i piccoli pazienti per far fare loro piccoli movimenti, per dare loro posizioni confortevoli. Come genitore mi si chiedeva di guardare mio

figlio al di là di un vetro, di non toccarlo. Non potevo credere che un piccolo essere che aveva avuto fino a quel momento come riferimento il battito del mio cuore, il mio odore, la mia voce trovasse la forza di voler vivere anche nella mia totale assenza. Mi disperavo perché mi sembrava di abbandonarlo completamente nella delega totale ai sanitari che ci era stata imposta. Sapevo che in altre città italiane erano in atto sperimentazioni che rendevano assurde quelle regole rigide, ma noi eravamo lì. Quando entravo in quella stanza cercavo di capire le reali condizioni del bambino dagli apparecchi che gli erano collegati, mio marito invece batteva delicatamente sul vetro dell'incubatrice, parlava nei tubi collegati, cercava di provocare reazioni nel bambino e poi le sottolineava e gli dava un senso: "Hai visto, ha mosso gli occhi sotto le palpebre, è trasalito, ha cercato di girarsi verso di noi. Ci riconosce, ci ha sentiti... Ce la farà. Ha una voglia di vivere che gli esce da tutti i pori...". Erano queste le cose a cui pensavo quando non ero con il mio bambino, e non ai vari referti medici. Queste cose mi davano speranza e forza per procedere. Le cose migliorarono con il passaggio al reparto Neonati a rischio. Potevo vederlo un'ora tutti i giorni, dietro a una grande vetrata e venti minuti entrando in reparto e avvicinandomi all'incubatrice. Solo un genitore. Mio marito rinunciava sempre a mio favore, sapendo quanto desiderassi quel momento. Anche se poi soffrivo molto nel vedere che Lorenzo era sempre soporoso, poco reattivo, addormentato. Era il mio primo figlio e non sapevo che dopo la pappa i piccoli si addormentano perché sazi. Solo per caso scoprii che il personale ci lasciava avvicinare i bambini nei momenti subito successivi al pasto, quando anche loro si ritiravano per una breve pausa. In pratica, una volta terminato il lavoro, ci lasciavano a custodia dei bambini dormienti. Eravamo funzionali al ritmo del reparto, ma il reparto non ci aiutava a trovare un rapporto con il nostro piccolo... Lorenzo veniva nutrito con un sondino naso-gastrico perché non succhiava. Una volta, dalla grande vetrata, lo vidi sobbalzare per la velocità con cui l'infermiera gli aveva iniettato il latte nel sondino. Decisi di provare a insegnargli a succhiare e chiedendo tutti i permessi, passavo i venti minuti a nostra disposizione a spalmarli il miele rosato sulle labbra, cantando tutte le canzoni che sapevo e massaggiandolo delicatamente.

Un po' alla volta Lorenzo tirò fuori la lingua e cominciò a ciucciare il mio dito. Ricordo ancora l'emozione e la felicità che mi diede tenerlo tra le braccia e dargli il biberon che fu il "premio" di tanti sforzi. Soprattutto Lorenzo aveva dimostrato di poter imparare e questo ci dava tanta speranza. Quanta strada Lorenzo ha fatto da quei giorni, e noi con lui. Ha raggiunto una buona autonomia personale, rimangono dei limiti nell'area cognitiva e della relazione. La scorsa estate abbiamo nuovamente avuto bisogno della Rianimazione. A causa di una brutta scoliosi molto evolutiva Lorenzo ha affrontato un delicato intervento di chirurgia neuro-ortopedica che prevedeva ventiquattro ore di ricovero in Rianimazione. I vecchi vissuti rimossi riemergevano lasciandomi in uno stato di inquietudine. Si organizzò un lavoro di preparazione all'intervento. Lorenzo si era portato l'orsetto con cui dorme: Pallino. Lo vestirono da chirurgo e animando questo personaggio gli spiegò tutto quello che avrebbe visto al suo risveglio in rianimazione. Il medico lo rassicurò che durante l'intervento chirurgico Pallino avrebbe vegliato su di lui. Gli chiese che cosa avrebbe voluto avere o vedere al suo risveglio. Lorenzo disse che voleva vedere noi, voleva la compagnia di Pallino e voleva sapere se fosse stato bravo. A noi genitori invece vennero spiegate le fasi del risveglio, i tempi previsti e capirono che io avevo proprio bisogno di vederlo, di essere tranquilla che non avesse paura. Così è andata: durante l'intervento ci vennero a informare dell'andamento, il che ci aiutò a tenerci tranquilli, e dopo ci rassicurarono sul fatto che ci avrebbero chiamato appena Lorenzo si fosse svegliato. Parecchie ore dopo l'intervento, dopo aver parlato con il chirurgo, ci chiamarono. Lorenzo si era svegliato da pochi minuti. Pallino era disteso vicino a lui. L'anestesista ci disse: "Ah, siete voi i genitori di Lorenzo, ma sapete che non ho mai avuto qui un bambino così bravo?". Lorenzo ci guardò, si voltò a guardare uno strumento che lampeggiava vicino a lui e con un filo di voce chiese a cosa servisse e poi ripiombò nel sonno. Pensai: "Sta bene". Aspettammo poi altre quattro ore che venisse portato in camera con serenità, lo sentivamo in buone mani.

ri e tutti coloro che sono interessati al patto educativo: insegnanti, studenti, educatori, amministratori, operatori sanitari, medici, infermieri, giudici, assistenti sociali, portando la propria esperienza di come educano o di come sono stati educati. Ogni partecipante, con senso di responsabilità verso di sé e verso gli altri, espone solo quello che egli vuole che gli altri sappiano, racconta l'itinerario educativo compiuto come genitore o come figlio, la crescita, gli episodi più significativi, il carattere, il comportamento, partendo dalla propria esperienza senza schemi prefissati. Non vi sono dichiarazioni di ordine generale, si narrano situazioni vissute e sperimentate. Il Gruppo di narrazione si attua a livello territoriale, nelle scuole, nelle associazioni, nei comuni, nelle ASL. Ha funzione di impegno sociale, esprime la cittadinanza attiva dei genitori e si svolge in ambienti riconosciuti socialmente, come le aule di una scuola, gli ambienti di un comune, le sale di una parrocchia.

Non è un gruppo di mutuo auto-aiuto, si parte dal positivo e non dai problemi, non si risolvono emergenze, il tema è quello della quotidianità. Non vi sono conduttori o esperti, tutti sono esperti della propria vita. Alcuni partecipanti si assumono la responsabilità del buon funzionamento del gruppo, illustrano all'inizio i principi della Metodologia "Pedagogia dei Genitori", garantiscono la continuità degli incontri, li calendarizzano, assicurano gli spazi e sollecitano le presenze. I componenti del Gruppo narrano oralmente gli itinerari di crescita e in seguito si invita chi ha narrato a scrivere quanto esposto (box 2). Le narrazioni vengono lette collettivamente e raccolte dai responsabili. La pubblicazione degli itinerari educativi dei genitori contribuisce a creare un bacino di esperienze formative alle quali famiglie, esperti e cittadini possono attingere; mette in evidenza il capitale sociale costituito dalle narrazioni che rendono visibile l'educazione familiare; diventa oggetto di studio per coloro che si occupano di rapporti umani (medici, insegnanti, educatori, assistenti sociali). Gli incontri proseguono su temi educativi scelti dai partecipanti: ognuno narra come li ha affrontati. Gli argomenti devono riguardare tematiche concrete, quotidiane, avere carattere di positività, in modo che tutti possano proporre il loro

orgoglio e dignità di educatori. Si narra come le difficoltà siano state superate, partendo dalla propria esperienza, evitando di esporre quello che gli altri non hanno fatto. I partecipanti presentano pubblicamente le narrazioni nelle istituzioni in cui sono attivi i gruppi (scuole, associazioni, parrocchie ecc.), anche a livello più allargato: nelle circoscrizioni, a livello comunale, per dare visibilità agli itinerari educativi compiuti. Le riunioni periodiche del Gruppo di narrazione permettono la costruzione di reti territoriali di genitorialità collettiva e l'attuazione del patto intergenerazionale. Le descrizioni dei percorsi educativi e di cura forniscono un avvicinamento ai problemi in modo globale e, attraverso l'interpretazione della storia autobiografica, facilitano e orientano scelte educative, diagnostiche e terapeutiche [10]. Le storie di malattia sono un mezzo per educare pazienti e professionisti della salute e possono anche espandere e arricchire ipotesi di ricerca.

Ambiti in cui è utilizzata la Metodologia della "Pedagogia dei Genitori"

La Metodologia della "Pedagogia dei Genitori" si è spesso rivolta all'ambito pediatrico (box 3). Riguardando le conoscenze e le competenze della famiglia e dei familiari si estende a tutto l'ambito sanitario per realizzare il patto educativo terapeutico famiglia-sanità. L'incontro tra i sanitari e la persona come sistema si struttura come relazione paritaria tra la «voce della medicina» e quella «del mondo della vita» come Elliott Mishler, sociologo della medicina, definisce il sapere dell'esperienza [11-12]. Nella sua ventennale esperienza la Metodologia ha avuto vasti campi di applicazione nella formazione in ambito sanitario [13].

Presso il corso di laurea in Infermieristica della sede di Torino dal 2007 è stata proposta in quattro edizioni annue un'attività didattica elettiva per gli studenti che ha previsto l'utilizzo delle narrazioni di studenti e genitori come dispositivo formativo per valorizzare la relazione con i pazienti e sviluppare una maggiore attenzione verso il malato e i familiari. Dal 2001 al 2008 è stata parte integrante dell'insegnamento di Pedagogia generale e sociale del corso di laurea in Infermieristica della sede di Aosta e strumento di approfondimento pedagogico presso i Master delle professioni sanitarie dell'Università di Torino.

Nel 2006 è modulo nel Master in Medical Humanities, organizzato dalla Scuola superiore per le formazioni sanitarie della Svizzera italiana, in collaborazione con la Facoltà di Medicina dell'Università di Ginevra, Fondazione Sasso Corbaro, Bellinzona (CH). Nel 2007 viene utilizzata come percorso di formazione dei formatori all'interno di atelier formativi organizzati dalla Sezione Piemonte e Valle d'Aosta della Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM). Costituisce evento formativo per il Direttivo SIPeM a Firenze nel maggio 2009. È atelier di formazione-formatori nel XV Congresso SIPeM tenutosi a Torino nel maggio 2010.

Presso le Aziende Sanitarie Locali la formazione è stata mirata alla realizzazione del Patto educativo/terapeutico tra il personale medico-infermieristico e la famiglia, sottolineando il valore della professionalità genitoriale nella dimensione relazionale dell'attività terapeutica (box 2). Avvalendosi anche della sinergia tra "Pedagogia dei Genitori", Narrative Based Medicine (NBM) [12-14] e International Classification of Functioning (ICF) [8-9] è alla base del Progetto HE.P.P.Y. (HEalthcare Parents PathwaYs and

BOX 3: ATTIVITÀ FORMATIVE REALIZZATE CON LA METODOLOGIA DELLA PEDAGOGIA DEI GENITORI IN DIFFERENTI REALTÀ ITALIANE

ASL 8, Area Neonatologia, Ospedale di Carmagnola, novembre 2002
 ASL 7, Neuropsichiatria Infantile, Savigliano, Saluzzo, Fossano (TO), aprile 2006
 ASL 5, Dipartimento di Servizio Sociale, Gruppo Operativo Multidisciplinare, Pisa, giugno 2006
 ASL 10, UONPIA, Cusano Milanino (MI), anno 2008
 ASL TO 4, Ospedale Città di Settimo Torinese, maggio 2010
 ASL Siena, Servizio di Neuropsichiatria Infantile, novembre 2012

Functional Profile), finanziato dalla Comunità Europea nell'anno 2012, con capofila l'Ospedale Gradenigo di Torino. All'interno del Progetto Europeo presso l'ASL TO4, l'Ospedale Città di Settimo Torinese e il Gradenigo sono state realizzate più di una decina di giornate di formazione del personale medico e delle professioni sanitarie, che hanno coinvolto più di 300 operatori.

Il servizio di Cure domiciliari dell'ASL TO 4, diretto dalla dottoressa Carla Bena, dal 2012 ha avviato l'inserimento della narrazione dei genitori o dei familiari, attraverso lo strumento "Con i nostri occhi", nella cartella clinica come documento ufficiale che permette di conoscere il profilo umano, la storia, le inclinazioni, le abitudini del paziente sia minore che maggiorenne. Le narrazioni dei genitori e dei familiari consentono di inserire l'intervento terapeutico nel continuum dell'esistenza di una persona e permettono un intervento mirato alla specificità dell'individuo. Costituiscono una riserva di salute funzionale all'immagine positiva del paziente fondamentale per il "pensami sano", utile al recupero dell'integrità dell'individuo.

Nell'ambito del Progetto europeo HE.P.P.Y. è stato avviato, presso l'Ospedale Infantile "Regina Margherita" di Torino nei primi mesi dell'anno 2013, un percorso di formazione multi-professionale riguardante l'applicazione dei concetti e dei metodi della Medicina narrativa e della Metodologia "Pedagogia dei Genitori" e il loro ruolo nell'applicazione dell'ICF, e si sta valutando l'inserimento dello strumento "Con i nostri occhi" in alcuni reparti pediatrici.

La Metodologia "Pedagogia dei Genitori" propone alla base del patto educativo terapeutico scuola, famiglia, sanità, lo strumento "Con i nostri occhi" funzionale all'integrazione scolastica delle persone in situazione di handicap. La famiglia racconta in termini positivi ed evolu-

tivi la crescita del figlio, permettendo di presentarne la personalità e di identificarne i punti di forza utili all'azione educativa dei docenti. Viene affiancata alla diagnosi funzionale prodotta dai curanti e alla relazione osservativa dei docenti, completando gli ambiti delle agenzie educative che si occupano della crescita della persona. Viene presentata dai genitori all'inizio dell'anno al team dei docenti, sottolineando che il loro figlio deve essere preso in carico collettivamente e non dal solo insegnante di sostegno. ♦

Bibliografia

- [1] Moletto A, Zucchi R (a cura di). Progetto "La Pedagogia dei Genitori", Risorsa per l'educazione e la formazione. Torino: Elena Morea editore, 2006.
- [2] Barone E, Cecchini E. Pedagogia dei Genitori: la metodologia attraverso le esperienze. Pisa: Edizioni ETS, 2009.
- [3] Moletto A, Zucchi R. Gli strumenti di Pedagogia dei Genitori: i gruppi di narrazione. *Handicap & Scuola* 2008;140-41:22-5.
- [4] Pietropolli Charmet G. Non è colpa delle mamme. Collana "Oscar saggi". Milano: Mondadori, 2007.
- [5] Bollea G. Le madri non sbagliano mai. Milano: Feltrinelli, 1995.
- [6] Walsh F. La resilienza familiare. Milano: Raffaello Cortina, 2008.
- [7] Daly M. La parentalité positive dans l'Europe contemporaine. Bruxelles: CEE, 2006.
- [8] OMS. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Gardolo (TN): Edizioni Erickson, 2002.
- [9] Autori vari. Strumenti per una medicina del nostro tempo: Narrative Based Medicine; Metodologia Pedagogia dei Genitori, International Classification of Functioning. Torino: Idea solidale, 2010.
- [10] Garrino L. La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura. Milano: Edi Ermes Divisione Centro Scientifico Editore, 2010.
- [11] Mishler EG. The Discourse of Medicine. *Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ: Ablex, 1984.
- [12] Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative Based Medicine*. London: BMJ Books, 1998.
- [13] Zucchi R, Moletto A, Garrino L. La Metodologia della Pedagogia dei Genitori per la formazione alla relazione di cura. *Tutor* 2012;1:7-15.
- [14] Charon R. *Narrative medicine-Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press, 2006.

SPENTI I GENI DELLA SINDROME DI DOWN

Dai laboratori della Università di Massachusetts Medical School arriva una scoperta che potrebbe rappresentare una rivoluzione nello studio della sindrome di Down. La biologa Jeanne Lawrence avrebbe dimostrato la possibilità di "silenziare" la copia in eccesso del cromosoma 21.

Finora si erano silenziati singoli geni, ma non un intero cromosoma. È stato usato il gene a RNA *XIST* che viene usato nei mammiferi per spegnere una delle due copie del cromosoma X.

Per farlo la molecola "ricopre" il cromosoma da spegnere impedendogli di funzionare. Hanno poi valutato la produzione di proteine della terza copia dei tre 21.

Sono risultate fortemente ridotte. Se confermato il passo avanti può essere decisivo non – per ora – per la cura, ma per la possibilità di studiare la malattia in laboratorio e per comprendere i meccanismi genetici che vengono alterati nella sindrome di Down. (*Le Scienze* 2013;9:31)

PESO CORPOREO E MORTALITÀ STATISTICA

Su *Nature* (V. Hughes 2013;497: 428-30) è stata recentemente pubblicata una rassegna sulla mortalità delle persone in rapporto al loro peso. Se ne ricava che più volte è stata ritrovata una contestazione del rapporto sfavorevole fra peso e mortalità.

Negli anni Ottanta Teubin Andres riportò che oltre i 50 anni la mortalità è più bassa per chi è in leggero sovrappeso.

Più recentemente Katherine Flegal su 3 milioni di persone affermò di avere trovato lo stesso risultato sempre sopra i 50-60 anni.

A spiegazione di queste osservazioni è stata suggerita qualche anomalia, rimasta ignota, circa la composizione dei campioni come la presenza di malattie croniche o neoplastiche non ancora diagnosticate. (*Le Scienze* 2013;9:19)

Artrite e celiachia: due malattie in una?

Federica Cuoco, Maria Maddalena D'Errico, Antonella Petaccia, Fabrizia Corona
UOS Reumatologia Pediatrica, Clinica Pediatrica De Marchi, Milano; IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Abstract

Arthritis and celiac disease: two diseases in one?

A case of juvenile idiopathic arthritis (JIA) and celiac disease (CD) is described. The patient, an 18 months old girl, was hospitalized for an arthritis at her right ankle in the last 6 months, with occasional diarrhea. Immunological tests and duodenal biopsy confirmed CD. The diagnosis of JIA was essentially based on the clinical history of a chronic inflammatory arthritis of unknown origin that begins before the age of 16 and lasts at least 6 weeks, and was supported by osteoarticular ultrasonography and MRI. The case described reinforces the importance of taking into account the possible association of an organ-specific autoimmune disease during JIA.

Quaderni acp 2013; 20(6): 265-267

Key words Celiac disease. Juvenile idiopathic arthritis. Reactive arthritis

È descritto un caso di artrite idiopatica giovanile (AIG) e malattia celiaca in una bambina ricoverata all'età di 18 mesi per un'artrite a carico della caviglia destra da 6 mesi. Gli esami eseguiti e la biopsia duodenale erano positivi per celiachia. La storia clinica della paziente, l'ecografia osteoarticolare e il quadro documentato alla RMN permettevano di porre diagnosi di AIG. La diagnosi di AIG è di esclusione: l'AIG comprende infatti tutte le forme di artrite che esordiscono prima dei 16 anni d'età, persistono per più di 6 settimane e sono di origine sconosciuta, ossia non riconducibili ad altre eziologie. Questo caso sottolinea l'importanza di ricordare la possibile associazione di patologie autoimmuni organo-specifiche in corso di AIG.

Parole chiave Malattia celiaca. Artrite idiopatica giovanile. Artrite reattiva

La storia

Bambina di 18 mesi nata a termine, con periodo neonatale fisiologico. Allattata al seno per i primi tre mesi, poi con formula adattata; svezzata dai 4 mesi con completo graduale inserimento di tutti gli alimenti. Sviluppo psicomotorio e staturponderale nella norma. Anamnesi familiare muta per patologie autoimmuni. All'età di 12 mesi veniva ricoverata presso un'altra struttura per la comparsa, dal giorno precedente, di dolore e tumefazione, a carico dell'articolazione tibiotarsica destra, associati a zoppia e febricola. Gli esami ematochimici mostravano aumento degli indici di flogosi: VES 63, PCR 2,29 (con $vn < 0,5$) e globuli bianchi $17.920/mm^3$. La piccola eseguiva Rx della caviglia interessata, risultata nella norma ed ecografia osteoarticolare, che permetteva di apprezzare un netto ispessimento del tessuto adiposo sottocutaneo con segnali vascolari aumentati per verosimili fenomeni flogistico-edematosi e un ispessimento reattivo della capsula articolare. L'ortopedico poneva il sospet-

to di artrite reattiva. Era, pertanto, iniziata terapia antibiotica (ceftriaxone 100 mg/kg/die per dieci giorni) e antinfiammatoria (flurbiprofene 5 mg/kg/die per tre settimane), con miglioramento dell'obiettività clinica e degli esami ematochimici (VES 31, PCR negativa).

Dopo due mesi dalla dimissione veniva riferita la ricomparsa di tumefazione a carico della caviglia destra con indici di flogosi negativi.

Dopo tre mesi, per il peggioramento dell'obiettività articolare a carico della tibiotarsica destra, la piccola veniva ricoverata presso la nostra struttura.

Il percorso diagnostico

All'ingresso la bambina era apiretica, con obiettività generale nella norma, a eccezione dell'articolazione tibiotarsica destra che appariva tumefatta, limitata funzionalmente e modicamente dolente.

Gli esami ematochimici mostravano: GB $8850/mm^3$ (N 41,3%; L 48,6%), VES 37, PCR negativa, procalcitonina negativa, ANA positivi 1:640 ($< 1:80$), TAS e tam-

pone faringeo negativi, funzionalità epato-renale nella norma, profilo marziale nella norma, dosaggi colturali e anticorpali per i più comuni virus e batteri tutti negativi, intradermoreazione di Mantoux negativa. Nella norma risultavano anche: visita cardiologica, ECG, ecocardiogramma e visita oculistica. Tale esame veniva effettuato per escludere la presenza di interessamento oculare, di frequente riscontro nelle forme di artrite idiopatica giovanile (AIG) oligoarticolare con ANA positivi (30%) [1].

L'ecografia tibiotarsica documentava la presenza di modesta quantità di liquido nella guaina del tendine tibiale posteriore destro, senza evidenti tumefazioni focali o alterazioni a carico della struttura fibrillare. Inoltre si evidenziava la presenza di modesto ispessimento della capsula dell'articolazione tibio-astragalica destra; alla valutazione color-doppler si apprezzavano modesti segnali di flusso vascolare. La RMN della caviglia destra mostrava ispessimento della capsula articolare. Dopo somministrazione di mezzo di contrasto (MDC) si apprezzava modesto *enhancement* del profilo capsulare, con persistenza di piccola area relativamente ipointensa interna per possibile modesta quantità di versamento. A ciò si associavano tenue ispessimento e iperintensità di segnale nelle sequenze STIR dei tessuti molli periarticolari, più evidente in sede perimalleolare bilaterale. Non si apprezzavano evidenti alterazioni focali dell'intensità di segnale a carico dei capi ossei compresi nelle scansioni eseguite. Era presente modesta quantità di liquido nella guaina del tendine tibiale posteriore e del flessore lungo delle dita e minima quantità di liquido nel seno del tarso. Non erano evidenti alterazioni dell'intensità di segnale a carico dei ventri muscolari compresi nelle scansioni acquisite.

Per la riferita presenza di saltuario alvo diarroico da un mese senza perdita di peso, la piccola veniva sottoposta a indagini colturali delle feci e a valutazione allergologica, risultate negative. L'altera-

Per corrispondenza:

Federica Cuoco

e-mail: cuoco.federica@gmail.com

il caso che insegna

zione dell'alvo giustificava l'esecuzione di screening per celiachia. Per tale motivo la piccola veniva sottoposta a dosaggio delle IgA anti-transglutaminasi e delle IgA totali, queste ultime risultate nella norma. La positività degli anticorpi (Ab) anti-transglutaminasi (85 EliA U/ml, superiori di oltre 10 volte i valori normali), unita alle IgA anti-endomisio positive, agli Ab anti-gliadina deaminata positivi (IgG 60 UI/ml; IgA 19 UI/ml) e a una tipizzazione HLA che mostrava la presenza di DQ2-DQ8 sarebbero stati sufficienti, considerata l'età della bambina, secondo le nuove linee guida, a porre diagnosi di celiachia [2].

La piccola veniva comunque sottoposta a esofagogastroduodenoscopia per maggiore completezza e per la valutazione del danno istologico.

L'esofagogastroduodenoscopia non evidenziava alterazioni macroscopiche patologiche. L'esame istologico effettuato su quattro prelievi biotici, tre a livello del duodeno discendente e uno a livello antrale, documentava la presenza di una lieve flogosi linfomonocitaria nella lamina propria antrale. A livello duodenale si evidenziavano villi di aspetto normale, talora con lieve atrofia e aumento della quota linfoplasmacellulare intraepiteliale (Marsh 3a).

La diagnosi

In sintesi la bambina negli ultimi sei mesi aveva presentato:

- zoppia
- tumefazione e limitazione funzionale dell'articolazione tibiotarsica destra con modica artralgia
- indici di flogosi aumentati
- ANA positivi
- screening anticorpale per celiachia positivo
- biopsia duodenale patologica
- tipizzazione HLA compatibile.

Si poneva diagnosi di malattia celiaca in discussione con le seguenti diagnosi:

1. artrite idiopatica giovanile (AIG) e celiachia (semplice associazione): la diagnosi di AIG si basava sulla presenza di artrite a carico dell'articolazione tibiotarsica destra da più di sei settimane in una paziente di età inferiore ai 16 anni della quale non si riusciva a riconoscere un'altra causa [3];

2. artrite dovuta alla malattia celiaca: l'artrite è riconosciuta come manifestazione clinica extraintestinale della celiachia e si risolve completamente dopo l'adozione della dieta senza glutine. Questo tipo di coinvolgimento articolare si manifesta con un quadro di artrite acuta non erosiva e non deformante; le articolazioni più colpite generalmente sono le intervertebrali del rachide lombare, le sacroiliache, le coxofemorali e le ginocchia. Raramente è in causa l'articolazione della caviglia. Generalmente non si evidenziano alterazioni radiologiche specifiche.

Sulla base di quanto detto la diagnosi più probabile sembra essere quella di *AIG associata a malattia celiaca*.

Tale associazione viene descritta in letteratura nel 2,5%-6,5% dei bambini affetti da AIG [4-7].

L'obiettività articolare, infatti, era tipica dell'artrite che si osserva nell'AIG, confermata anche dal quadro ecografico e documentato dalla RMN che mostrava un versamento endoarticolare con ispessimento della capsula articolare.

La positività degli ANA ad alto titolo, infine, rappresentava un altro dato a favore di tale diagnosi. Si decideva di iniziare la dieta priva di glutine e terapia sistemica antinfiammatoria (flurbiprofene 5 mg/kg/die), riservando l'esecuzione di artrocentesi medicata con triamcinolone esacetone solo dopo tre mesi di tale approccio dieto-terapeutico. La mancata risposta alla dieta senza glutine per tre mesi consentiva di confermare l'idea che si trattasse di un'associazione non causale di AIG e celiachia [8]. La persistenza dell'artrite dopo tre mesi di dieta senza glutine giustificava l'artrocentesi medicata con lo steroide che ha portato alla risoluzione del quadro articolare, confermando così l'ipotesi diagnostica di AIG e celiachia.

La nostra condotta terapeutica, pertanto, ha seguito le Linee Guida del trattamento dell'AIG oligoarticolare: utilizzo di farmaci antinfiammatori non steroidei per sei settimane, associato o seguito, in caso di mancata risposta, ad artrocentesi medicata [9].

Commento

La malattia celiaca può presentarsi con una grande varietà di segni e sintomi aspecifici. È importante diagnosticare tale

patologia non solo nei bambini con manifestazioni gastrointestinali conclamate, ma anche nei piccoli che presentano un quadro clinico a carico di altri organi, anche con quadri sfumati, dal momento che la malattia può comportare gravi conseguenze per la salute.

La malattia celiaca è un'enteropatia su base immunologica, caratterizzata da intolleranza al glutine in individui geneticamente predisposti [4]. I nuovi criteri ESPGHAN per la diagnosi di malattia celiaca, pubblicati nel febbraio 2012, hanno introdotto importanti novità. Sebbene il cardine della diagnosi si basi sulla positività ai test sierologici per la ricerca degli autoanticorpi specifici, sulle tipiche lesioni alla biopsia duodenale e sulla risposta clinica e sierologica alla dieta priva di glutine, è stata introdotta la possibilità, in casi rigorosamente selezionati e rispondenti a precisi criteri clinici e sierologici, di porre diagnosi di malattia celiaca senza ricorrere alla biopsia duodenale [2].

In effetti nella nostra paziente la positività degli Ab anti-transglutaminasi superiori di 10 volte il valore normale, in assenza di deficit di IgA, degli Ab anti-endomisio e la presenza dell'istotipo HLA DQ2-DQ8, sarebbero stati sufficienti a porre diagnosi di celiachia senza ricorrere all'esecuzione del prelievo biotico. Tale indagine è da considerare una misura prudenziale trattandosi di una diagnosi estremamente importante per l'associazione con l'AIG. Come per altre patologie a carico della mucosa del tenue, nella malattia celiaca è stata dimostrata un'abnorme permeabilità della mucosa intestinale; le cellule di rivestimento dell'epitelio intestinale sono implicate nei vari meccanismi di immunità sia umorale sia cellulo-mediata. L'aumento della permeabilità intestinale permetterebbe, quindi, l'assorbimento di macromolecole in conseguenza dell'incremento di porosità delle *tight junction*, determinando un maggiore assorbimento di antigeni alimentari e tossine, con conseguente maggiore suscettibilità alle patologie autoimmuni. Anticorpi generati contro antigeni intestinali, cross-reagendo con tessuti geneticamente simili, possono determinare l'insorgenza di patologie autoimmuni [10].

L'associazione tra AIG e malattia celiaca è ben documentata [4]. Infatti, la malattia

BOX: DA QUESTO CASO E DALLA LETTERATURA ABBIAMO IMPARATO CHE

- La celiachia può essere causa molto raramente di AIG; più frequentemente si tratta di una semplice associazione.
- La malattia celiaca è ancora una patologia sottostimata, soprattutto se la sintomatologia gastroenterica è assente o molto sfumata come nel caso descritto.
- Dal momento che è nota l'associazione tra celiachia e altre malattie autoimmuni (e tra queste vi è anche l'AIG), sarebbe utile sottoporre a screening per celiachia tutti i bambini affetti da AIG senza sintomatologia gastroenterica o con sfumati sintomi gastrointestinali.

celiaca è descritta dal 2,5% al 6,5% dei bambini affetti da AIG [4-7].

I più frequenti sottotipi di AIG associati a celiachia sono la forma oligoarticolare e quella poliarticolare [4]. Caratteristicamente l'artrite può manifestarsi in assenza di sintomi gastroenterici evidenti. Ritornando al nostro caso, le indagini effettuate e l'andamento clinico permettevano di escludere che l'artrite presentata dalla piccola fosse una manifestazione extraintestinale della celiachia. Si confermava la contemporanea presenza delle due distinte patologie, l'AIG e la malattia celiaca, senza alcun rapporto di causalità. ♦

Bibliografia

- [1] Petty RE, Rosenbaum JT. Uveitis in Juvenile Idiopathic Arthritis. In: Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, et al. Textbook of Pediatric Rheumatology. Philadelphia: Saunders Sixth Edition, Ed. Elsevier, 2011:305-14.
- [2] Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54(1):136-60. doi: 10.1097/MPG.0b013e31821a23d0.
- [3] Petty RE, Southwood TR, Manners P, et al. International League of Associations for Rheumatology. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol* 2004;31(2):390-2.
- [4] Lepore L, Martellosi S, Pennesi M, et al. Prevalence of celiac disease in patients with juvenile chronic arthritis. *J Pediatr* 1996;129(2):311-3.
- [5] Al-Mayouf SM, Al-Mehaidib AI, Alkaff MA. The significance of elevated serologic markers of celiac disease in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Saudi J Gastroenterol* 2003;9(2):75-8.
- [6] Alpigiani MG, Haupt R, Parodi S, et al. Coeliac disease in 108 patients with juvenile idiopathic arthritis: a 13-year follow-up study. *Clin Exp Rheumatol* 2008;26(1):162.
- [7] Pohjankoski H, Kautiainen H, Kotaniemi K, et al. Autoimmune diseases in children with juvenile idiopathic arthritis. *Scand J Rheumatol* 2010;39(5):435-6. doi: 10.3109/03009741003685608.
- [8] Ilowite NT, Laxer RM. Pharmacology and Drug Therapy. In: Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, et al. Textbook of Pediatric Rheumatology. Philadelphia: Saunders Sixth Edition, Ed. Elsevier, 2011:71-126.
- [9] Petty RE, Cassidy JT. Oligoarthritis. In: Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, et al. Textbook of Pediatric Rheumatology. Philadelphia: Saunders Sixth Edition, Ed. Elsevier, 2011:262-71.
- [10] Baldo E. Osteomiotopie da glutine. *Gastronet - Approfondimenti - La malattia celiaca - Altre manifestazioni e complicanze*. 2002.

NEL PROSSIMO NUMERO CONTINUERÀ IL FORUM SULLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Per motivi editoriali su questo numero di *Quaderni* non c'è il contributo sulla procreazione medicalmente assistita (PMA). Il Forum riprenderà nel n. 1/2014 con un articolo di Augusta Tognoni sugli aspetti giuridici della PMA, assolutamente da non perdere. Augusta Tognoni è magistrato, ha lavorato presso il Tribunale e la Corte d'Appello di Milano, con competenze civili e penali. Insegna presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Milano "Bicocca", curando in particolare i temi del consenso informato, della responsabilità professionale, della ricerca e della sperimentazione. È autrice di numerose pubblicazioni in materia di diritto di famiglia e di bioetica. La mancata pubblicazione in questo numero dell'intervento sulla PMA verrà quindi ampiamente ripagata. Continuate a seguire il Forum con i consueti interesse e attenzione e, come si dice, non staccate la spina. Sollecito ancora una volta i vostri commenti, che possono essere inviati collegandosi al sito di *Quaderni* (www.quaderniacp.it) e cliccando su "invia un articolo o scrivi alla redazione", oppure direttamente al mio indirizzo di posta elettronica (corchiacarlo@virgilio.it).

Carlo Corchia

RINGRAZIAMENTI

Ringraziamo i revisori di *Quaderni acp* che hanno lavorato per noi nel 2013

Egidio Barbi
Carla Berardi
Paolo Brambilla
Francesco Camoglio
Antonio Clavenna
Carlo Corchia
Patrizia Elli
Massimo Fontana
Roberto Lala
Francesco Morandi
Gherardo Rapisardi

I trattamenti comportamentali per l'insonnia nel bambino

Maria Luisa Tortorella

Ospedale "Santa Maria dei Battuti" di San Vito al Tagliamento (PN); Gruppo di Studio sui disturbi del sonno, ACP Puglia e Basilicata

Abstract

Behavioral interventions for insomnia in children

Behavioural treatments for childhood common sleep disorders, specifically those based on extinction techniques, although empirically validated, are still missing clear evidence; also, they show potential adverse effects still not analyzed by scientific research. We give here an overview upon actual knowledge on this topic, with considerations on their applicability.

Quaderni acp 2013; 20(6): 268-273

Key words Sleep problems. Controlled crying. Behavioural sleep treatments

I trattamenti comportamentali per i disturbi del sonno nei bambini, in particolare quelli basati sulle tecniche di estinzione, sebbene empiricamente validati, mancano di evidenze inequivocabili; inoltre presentano dei potenziali effetti avversi non ancora approfonditi dalla ricerca scientifica. Diamo qui una panoramica delle attuali conoscenze in merito, con riflessioni sulla loro applicabilità.

Parole chiave Disturbi del sonno. Estinzione graduale. Terapia comportamentale

Il tema dei disturbi di sonno (DS) nei bambini è uno dei più controversi nel panorama della Pediatria moderna e uno dei più sentiti dai genitori occidentali: prova ne è il crescente numero di studi scientifici sulla genesi e il trattamento degli stessi negli ultimi trent'anni, e la proliferazione continua di forum per genitori sull'argomento riscontrabili sul web.

L'articolo prende spunto da una recente intervista rilasciata dal pediatra Eduard Estivill al quotidiano spagnolo *El pais*, in cui ammette che il suo noto metodo per far dormire i bambini non si può applicare al di sotto dei 3 anni perché i ritmi del sonno sono ancora immaturi e perché interferirebbe con la buona riuscita dell'allattamento al seno [1]. Un'affermazione giustamente condivisa già da tempo a livello internazionale riguardo a tutti i protocolli basati sulle tecniche di "estinzione" almeno nei lattanti sotto i 6 mesi [2-3].

Estivill è l'Autore di un fortunato libretto per genitori che servirebbe a insegnare loro un metodo per far dormire il loro piccolo (l'età non ha importanza in questo caso: si può iniziare secondo l'Autore anche appena tornati a casa dopo la nascita) "per tutta la notte", ignorando le sue richieste e i suoi pianti per tempi crescenti (con rigorosa tabella dei minuti da

seguire) fino a che si sia abituato ad addormentarsi da solo [4]. In realtà il metodo esisteva già da una decina d'anni con il termine di "estinzione graduale" (laddove l'estinzione si riferisce al comportamento indesiderato, ossia il richiamo per il risveglio notturno del bambino e il bisogno di addormentarsi in compagnia) e prima ancora era stato diffuso dal pediatra americano R. Ferber fin dal 1985 (prese il nome di "ferberizzazione").

Viene tralasciata la panoramica sulle varie definizioni di "disturbo di sonno" nell'infanzia, su cui ancora oggi si discute. A parte le parasonnie (sonnambulismo, incubi ecc.), le insonnie di origine "medica" (asma, dermatite atopica, dolore cronico), i disturbi respiratori nel sonno e le insonnie in comorbidità con patologie neuropsichiatriche, cosa sia da considerare patologico a riguardo del sonno nel bambino è ancora da scoprire. Ci si riferisce, in questo caso, ai bambini in età prescolare, in particolare da 0 a 3 anni di vita.

In sintesi, nel tempo sono stati considerati patologici aspetti diversi anche comportamentali (tabella 1) che sono entrati a fare parte dei criteri diagnostici delle classificazioni internazionali; esse però stentano a diventare punti di riferimento unanimemente accettati, tant'è vero che in quasi nessuno studio si fa riferimento a tali criteri diagnostici [5].

Uno dei punti chiave è proprio la mancanza del consenso sulla definizione di "caso". Gli ultimi studi sui trattamenti comportamentali assumono come unico criterio quello soggettivo dato dal geni-

TABELLA 1: ALCUNE DEFINIZIONI DEI DISTURBI DEL SONNO NELLA PRIMA INFANZIA

Classificazione	Definizione
0-3 R (2005)	Si può fare diagnosi di disturbo del sonno dopo i 12 mesi di età, quando il sonno acquista un'architettura stabile. Comprende: 510: disturbo di inizio del sonno: significativa difficoltà di addormentamento (da almeno quattro settimane, per cinque volte/settimana): - lungo tempo di addormentamento e/o - bisogno dei genitori per addormentarsi 520: disturbo di mantenimento del sonno: significativa difficoltà di riaddormentamento (da almeno quattro settimane, per cinque volte/settimana): - bisogno dei genitori per riaddormentarsi e/o - essere portati nel lettone dei genitori
Richman 1981 [5]	SEVERO disturbo di sonno se da più di tre mesi: si sveglia cinque notti/settimana + uno o più dei seguenti: • svegliarsi tre volte a notte • svegliarsi per > 20 min. durante la notte • andare nel letto dei genitori

Per corrispondenza:
Maria Luisa Tortorella
e-mail: ml.tortorella@tiscali.it

il punto su

tore (“nelle ultime due settimane il sonno del suo bambino è stato generalmente un problema per lei?”) [6].

Intanto c'è da considerare che gli studi sui “valori normali” di durata del sonno e il numero di risvegli notturni nei piccoli non sono molti e mostrano una notevole variabilità nel tempo e nello spazio [7-9]. E comunque, come per i percentili auxologici, ogni bambino ha il suo “binario”, influenzato anche dalla genetica, e il suo cronotipo [10].

Va sottolineato, per meglio comprendere la portata del problema, che le incidenze dei DS – termine con cui, per semplificare, si indicano genericamente la difficoltà ad addormentarsi da soli (DA) e i risvegli notturni con richiamo (RN) – sono molto varie nel panorama mondiale, oscillando dallo 0 al 46%, maggiori a carico delle società industrializzate vecchie (USA, Francia, Australia) e nuove (Cina), e, nell'ambito delle società multietniche, nei gruppi di etnia occidentale caucasica.

In questo “background” piuttosto complesso emerge comunque un'idea centrale: laddove il sonno del piccolo (al di là dell'oggettività dei suoi aspetti quali/quantitativi) crei dei problemi percepiti come tali dai genitori (anche a causa della discrepanza tra fisiologia infantile e aspettative socio-culturali), scatta l'incasellamento in categorie patologiche e la ricerca di una conseguente “terapia” per eliminare il disturbo (termine quanto mai appropriato... se si pensa non solo al bambino, spesso inconsapevole, ma alla dinamica familiare) [11].

Le evidenze

La notizia della “ritrattazione” di Estivill è l'occasione per dare ai lettori un quadro dello stato dell'arte attuale sulle evidenze disponibili in questo ambito.

In merito all'opzione “farmacologica” del trattamento dei disturbi del sonno nell'infanzia, non ci sono ancora farmaci del tutto sicuri e approvati per questa indicazione: pertanto i trattamenti dovrebbero essere riservati ai bambini con insonnia in comorbidità con condizioni neuropsichiatriche, disordini pervasivi dello sviluppo e patologie mediche croniche che interferiscono col sonno; esclusi questi casi, i farmaci, se indispensabili, possono essere usati per brevi periodi (due settimane), in concomitanza

con approcci non farmacologici (igiene del sonno, comportamentali) e comunque sempre dopo una diagnosi formulata da un medico [12]. La melatonina, sebbene considerata “naturale”, non ha a suo conforto studi nei bambini sotto l'anno di vita e dopo l'anno non ha evidenze di efficacia nei DS dei bambini senza comorbidità neuropsichiatriche.

In letteratura esistono revisioni (anche sistematiche) che raggruppano insieme i vari *trattamenti comportamentali*, definendone alcuni come “well-established” (quando in realtà mancano dei criteri di evidenza sufficienti) [13]. Anche a causa della difficoltà a individuare la “popolazione target”, i trial clinici randomizzati sono pochi e con campioni scarsamente numerosi e comunque non dimostranti efficacia duratura oltre i 4 mesi di follow-up [14]. Inoltre, quasi nessuno studio ha preso in considerazione gli outcome di benessere psico-fisico dei bambini (assenza di effetti avversi), né tantomeno le numerose variabili che ne condizionano lo sviluppo dei pattern di sonno (genere, allattamento, modello di attaccamento, temperamento infantile, stile genitoriale, sensibilità materna, presenza paterna), eccezion fatta per la depressione materna.

Metodi comportamentali per i DS nei bambini

Estinzione standard (“Cry it out”)

- *Metodo*: lasciar piangere il bambino ininterrottamente finché non crolla addormentato. Variante: con presenza del genitore (detta anche “camping out”): lasciar piangere il bambino tenendolo sempre sotto controllo e rassicurandolo a parole, rimuovendo la presenza del genitore gradualmente.
- *Efficacia*: riduzione RN e DA fino a due mesi di follow-up; veloce raggiungimento dell'effetto (poche notti).
- *Applicabilità*: controindicata sotto i 12 mesi (rischio di SIDS); scarsa compliance nei genitori; risultati minori nei figli di madri depresse; recentemente rigettata per la brutalità del metodo.
- *Problemi*: metodi discutibili che rasentano l'abuso (chiudere la porta a chiave ecc.); frequente effetto “rebound” alla sospensione.
- *Evidenze di efficacia*: dubbie (breve follow-up e scarsa numerosità).

Estinzione graduale

(“Controlled crying” = metodo Estivill)

– *Metodo*: lasciar piangere il bambino per intervalli di tempo crescenti e strutturati.

Varianti:

- *incremental*: aumentare il numero dei minuti di attesa prima dell'intervento del genitore, nei giorni; la più diffusa (metodo Estivill), adottata anche in Italia [15-16];
 - con *minimal check*: comparsa dei genitori per breve controllo a intervalli fissi, per es. ogni 10 minuti (all'inizio più accettata, ma in realtà aumenta i pianti perché rafforza il comportamento che si voleva estinguere);
 - con presenza dei genitori e *minimal check*: il genitore finge di addormentarsi vicino al bambino e ignora il suo pianto, con controlli periodici.
- *Efficacia*: riduzione RN e DA fino a quattro mesi di follow-up; NNT: 8,3 bambini trattati a 7 mesi per averne uno che non ha più DS (riportati) a 10 mesi; considerata come *well-established* solo perché gli RCT erano provenienti da tre gruppi di ricercatori diversi, ma a un'analisi più attenta le evidenze non sembrano sufficienti [17].
- *Applicabilità*: elevata percentuale di abbandono durante il trattamento; minore applicabilità da parte dei genitori dei bambini con attaccamento ansioso-ambivalente (che hanno più DS) [18].
- *Problemi*: assenza di studi che stabiliscano i livelli di stress a cui vanno incontro i bambini ai quali viene applicato il “controlled crying” (CC) e il relativo impatto psico-emotivo sullo sviluppo del bambino; verosimile influenza sullo stile di attaccamento e la gestione dello stress (*box 1* con le osservazioni dell'AAIMHI).
- *Evidenze di efficacia*: dubbie (breve follow-up (FU), scarsa numerosità, studi con problemi metodologici); al momento attuale, peraltro, i trattamenti con estinzione non figurano più nella lista degli interventi psicologici “empirically supported” [19].
- *Recenti varianti “soft”*: “permessi concordati” per lasciare il letto, in bambini di 3-6 anni, e possibilità di conforto fisico a richiesta del bambino per incoraggiare il sonno solitario (in

realtà più che un “protocollo” è un invito al buon senso e alla pronta responsabilità genitoriale, pur con una forma strutturata) [20-21].

Prevenzione-Educazione dei genitori

- **Metodo:** svariati tipi di intervento, dalla consegna ai genitori di materiale educativo (consiglio prevalente: mettere il bimbo sveglio nel lettino per favorire l'autonomia) al consiglio di intervenire durante i risvegli notturni, alla riduzione del numero delle poppate notturne al seno.
- **Efficacia:** presente ma variabile (successo dal 10% al 100%); interventi effettuati nel periodo prenatale o nei primi 6 mesi, con follow-up non superiore a 6 mesi.
- **Applicabilità:** semplici e accettabili; metodi molto eterogenei (anche riduzione programmata delle poppate al seno).
- **Problemi:** in certi casi interferenza con l'allattamento al seno “a richiesta”; metodi diversi sia concettualmente che praticamente.
- **Evidenze di efficacia:** dubbie. Anche a questo riguardo è interessante notare che in alcune revisioni è stata attribuita la qualifica di intervento *well-established* agli interventi preventivi, definiti dai precedenti revisori come *empirically supported*, pur riconoscendoli privi di evidenze scientifiche o addirittura dichiaratamente viziati da conflitto di interessi [22-26].

Risvegli programmati

- **Metodo:** svegliare il bambino a orari programmati dal genitore per evitare risvegli in orari indesiderati.
- **Efficacia:** stabilita da tre studi degli stessi Autori su 44 bambini; non agisce sulle DA ma solo sui RN.
- **Applicabilità:** qualche settimana è necessaria per ottenere risultati; scarsa compliance dei genitori.
- **Problemi:** il genitore non guadagna sonno; interruzione dei normali cicli di sonno del bambino.
- **Evidenze di efficacia:** scarse.

Routine positive

- **Metodo:** instaurare (e mantenere) abitudini “piacevoli” prima del sonno, come ninne-nanne, ascoltare una fia-

Box 1

- Alle famiglie nel gruppo “trattamento” era data la possibilità di scegliere fra i due trattamenti proposti (l'estinzione graduale e il “camping out” - variante dell'estinzione standard) o di elaborare un personale mix fra di essi, ma i risultati si riferiscono al gruppo “trattamento” nell'insieme.
- Alta percentuale di drop out (solo il 57% dei genitori di figli con problemi di sonno ha accettato di applicare l'intervento, e di questi solo il 53% - ossia il 30% del totale del gruppo “trattamento” - ha scelto l'estinzione graduale), che è noto inficiare l'applicabilità del trattamento sulla popolazione generale.
- Il 31% degli originali partecipanti è stato perso al follow-up lungo e questo non permette di escludere alcuni effetti avversi presenti su piccoli gruppi (che però potrebbero essere significativi a livello di popolazione generale).
- Nel gruppo controllo: più alta percentuale di famiglie ad alto svantaggio socio-economico ($p = 0,02$, dato non esplicitato).
- I risultati dimostrano che non ci sono differenze significative fra gli effetti avversi (problemi emotivi e di condotta, funzionamento psico-sociale e stress cronico riportato dai bambini; intimità, conflittualità e qualità globale della relazione genitori-figli, disinibizione dell'attaccamento; depressione, ansia e stress genitoriali o autoritarismo parentale) nei trattati e non trattati. A tal proposito si deve precisare che l'“attaccamento disinibito”, grave disturbo dell'attaccamento presente soprattutto in bambini adottati o con severa deprivazione affettiva, non ha lo stesso significato né gli stessi criteri diagnostici né correla con l'attaccamento “sicuro” (dimostrato fattore di resilienza per diversi problemi comportamentali, anche legati al sonno). Il questionario relativo valuta dunque solo gli attaccamenti gravemente disturbati [38-42].
- Ci sono invece altre evidenze che correlano l'attaccamento sicuro direttamente con la responsività materna e nello specifico con quella notturna; inoltre la “disponibilità emotiva” della madre correla in modo inversamente proporzionale ai problemi di sonno dei bambini [43-45]. La pronta responsività genitoriale (la capacità del caregiver a rispondere in maniera contingente e appropriata ai segnali del bambino) rinforza il legame affettivo tra l'adulto e il bambino e ne incrementa il senso di sicurezza, e pertanto è auspicabile per il benessere del bambino e del futuro adulto [46].
- Come già evidente, al follow-up di 2 anni non vi è differenza nella percentuale di problemi di sonno (stranamente e in controtendenza rispetto ai primi mesi dopo il trattamento, si riscontra anzi una maggior percentuale di problemi di sonno nei trattati che nei controlli -9% vs 6,9% - sebbene non statisticamente significativa) e nel punteggio sulle abitudini di sonno: gli Autori commentano, opportunamente, che l'effetto positivo sui problemi di sonno è riscontrabile fino a quattro mesi dopo l'intervento, mentre quello sulla depressione materna fino a sedici mesi dopo; dunque l'intervento comportamentale ha effetto soprattutto sulla depressione materna.

ba o musica rilassante, coccole, bagnetto.

- **Efficacia:** rapida insorgenza dell'effetto.
- **Applicabilità:** facile e accettabile dai genitori, può aiutare a stabilire corrette norme di “igiene del sonno” (evitare la TV o giochi “eccitanti” prima di dormire).
- **Problemi:** a volte eccessiva rigidità nell'applicazione delle routine (vedi il metodo E.A.S.Y. di Tracy Hogg che ha ampie sovrapposizioni con l'estinzione graduale, in particolare contrasta con l'allattamento al seno a richiesta).
- **Evidenze di efficacia:** scarse.

Cronoterapia con anticipo o posticipo del sonno

- **Efficacia:** solo sulla *delayed phase syndrome* (in genere adolescenti).
- **Applicabilità:** buona.
- **Problemi:** eccessiva restrizione del sonno nell'età scolare.
- **Evidenze di efficacia:** scarse.

I trattamenti comportamentali e le evidenze: alcune criticità

Spesso le revisioni paragonano il gruppo molto eterogeneo dei “trattamenti” con il placebo e concludono per la loro generica efficacia, per ammissione degli stessi

Autori, raggruppando insieme le “mele con le arance” [27].

L'unico trial randomizzato sulle procedure di estinzione con lungo follow-up (cinque anni) che riporta in abstract, come obiettivo e risultato raggiunto, l'assenza di conseguenze negative (ma anche di efficacia...) a lungo termine dei protocolli in questione, presenta in realtà diversi punti meritevoli di discussione:

- nel background si fa riferimento a una linea guida imputando erroneamente al *controlled crying*** dignità di *best practice* (in realtà con meno evidenze scientifiche rispetto all'estinzione standard) [28];
- sono presenti importanti limiti metodologici, desunti anche dai precedenti articoli pubblicati sullo stesso studio [29] (*box 1*);
- tali strategie comportamentali hanno effetto soprattutto nella gestione della depressione post-partum, altro aspetto su cui molto c'è da discutere (*box 2*).

Altre significative osservazioni sul CC sono state sollevate dalla società di NPI australiana [30] (*box 3*).

C'è anche da sottolineare che in molti degli articoli (per lo più revisioni) che riguardano i protocolli tipo estinzione viene evidenziato come svantaggioso il fatto che possa indurre stress nei genitori, ma quasi mai si indaga su tale aspetto nel bambino. Eppure si sa, da diverse ricerche, che il pianto prolungato può avere effetti dannosi sul sistema nervoso centrale, tramite l'iperattivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene; d'altro canto nei piccoli che rispondono “efficacemente” all'estinzione è stato documentata una persistenza di alti livelli di stress (cortisolemia) a dispetto dell'abolizione dei richiami (= n. pianti), creando quindi una discrepanza tra segnali di stress fisiologici e comportamentali e interrompendo, per conseguenza, la normale (e auspicata) sincronia psico-biologica tra madre e bambino, che dovrebbe invece essere incentivata tanto di giorno quanto di notte [31-33]. Per contro è documentato che bassi livelli di cortisolo in risposta allo stress sono direttamente correlati alla durata del cosleeping nei primi 6 mesi di vita (al contrario il sonno solitario è associato a una maggiore reattività allo stress già a 5 settimane di vita) [34-35]. La questione centrale sembrerebbe essere, appunto, se considerare il pianto not-

Box 2

- Ci sono diverse evidenze che dimostrano come i problemi comportamentali (compresi quelli di sonno) dei piccoli sotto i 3 anni siano direttamente correlati alla depressione materna presente già in gravidanza e in periodo preconcezionale (dunque precedente i loro eventuali problemi di sonno...) [47-50].
- La depressione materna si associa spesso a una percezione negativa del temperamento del bambino (che già di per sé, in madri non depresse, può causare un'inappropriata attribuzione di problemi di sonno, non oggettivamente confermati) e quindi a una sovrastima dei problemi di sonno e dell'irritabilità, percezione che migliora in modo significativo dopo terapia antidepressiva [51-52].
- Ci sono evidenze sulla predominanza del ruolo della depressione materna nella genesi dei numerosi risvegli notturni dei bambini, anche mediati da inappropriati interventi materni durante la notte [53].
- Considerando che nella complessa genesi delle interazioni disfunzionali (con i conseguenti problemi comportamentali) entra a far parte anche la depressione post-partum paterna, sono opzioni da considerare il trattamento farmacologico della depressione materna e gli interventi psico-educativi volti a migliorare la comprensione e l'empatia nella diade madre-bambino [54-55].

Box 3

- Il pianto del bambino indica uno stress – piuttosto che capricci – e il pianto senza conforto, anche se breve, può essere molto stressante.
- Può insegnare al bambino a non piangere e quindi a non cercare o non aspettarsi aiuto quando ne ha bisogno.
- Dai 6 mesi ai 3 anni circa i bambini soffrono di “ansia da separazione” e in questo periodo spesso si svegliano la notte per essere rassicurati dai genitori; in questo caso dormire con o vicino a un genitore (= *cosleeping*) è una valida opzione, che può consentire a entrambi di dormire bene.
- È più probabile che i bambini sviluppino un attaccamento di tipo sicuro (il fondamento di una buona salute mentale nell'età adulta) se i loro segnali di stress ricevono risposte pronte, coerenti e appropriate.
- Non c'è una ragione, dal punto di vista dello sviluppo, per cui i bambini dovrebbero dormire separatamente dai loro genitori (fatti salvi gli accorgimenti per la SIDS).
- I genitori dovrebbero essere rassicurati che rispondere ai bisogni e al pianto del bambino non lo “vizierà”.
- I metodi studiati per garantire un buon sonno ai genitori non dovrebbero contravenire ai bisogni emotivi ed evolutivi dei bambini.
- Se si sceglie di usare il CC, bisognerebbe farlo quando il bambino è in grado di comprendere il significato delle parole del genitore, di prevedere il suo ritorno e di sentirsi sicuro anche da solo. Questo in genere non avviene prima dei 3 anni e comunque va verificato sul singolo bambino.
- Prima dell'applicazione del CC bisognerebbe valutare attentamente la salute globale del bambino e le relazioni familiari, considerando prima altre opzioni come preferibili.
- Qualora venisse applicato il CC, bisogna fare attenzione più al grado di stress del bambino che ai minuti riportati nella tabella.

turno del bambino piccolo come un bisogno (e come tale da soddisfare) o un “capriccio” (quindi da contrastare) [36]. Poiché è noto che l'origine delle pratiche educative miranti alla precoce autonomizzazione e all'abolizione dei richiami notturni (come anche l'indicazione a dormire in stanze separate) ha una matrice storico-ideologica, ci si chiede fino a

che punto esse debbano essere ancora perseguite, alla luce delle recenti acquisizioni psico-neuro-biologiche sulla nascita e modulazione dei sistemi regolatori dello stress, e dell'imprinting epigenetico che ha su di essi lo stile di accudimento nelle primissime fasi dell'infanzia. Se le strategie culturalmente determinate non incontrano i bisogni biologi-

ci e individuali del bambino, esse non sono una buona soluzione e sono incongruenti con il target di un ottimale sviluppo del bambino [37].

Conclusioni

Allo stato attuale non ci sono evidenze (né sull'efficacia né sulla sicurezza) sufficienti per promuovere indiscriminatamente i protocolli comportamentali di tipo "estinzione" per la risoluzione dei comuni problemi di sonno dei bambini in età prescolare. La loro applicazione nei singoli casi dovrebbe essere valutata attentamente in relazione alla corretta diagnosi di DS e al contesto psicologico e familiare del bambino, sapendo che nella maggioranza dei casi essi vanno incontro a risoluzione spontanea. I bambini maggiormente a rischio di DS persistenti hanno spesso uno stile di attaccamento insicuro-ambivalente, che rende tali metodi difficilmente applicabili e prevedibilmente fallimentari (importante ricercare la presenza di depressione/ansia genitoriale). Oltre alla "presa in carico" della famiglia da parte del pediatra e alla conoscenza della normale fisiologia ed evoluzione del sonno infantile, già di per sé sufficienti in molti casi e di documentata efficacia, anche preventiva, quando usati come guida anticipatoria, si possono consigliare strategie più confortevoli e supportate da evidenze psico-biologiche, fondate sul supporto a una genitorialità responsiva (conforto fisico/co-sleeping a richiesta, e/o routine piacevoli prima del sonno) che lascino alla famiglia la scelta della modalità più congeniale per gestire il sonno dei piccoli. ♦

Note

* Attualmente sono in vigore le definizioni (diverse) di almeno quattro classificazioni internazionali: ICD-10, classificazione 0-3 R, DSM-IV, ICSD International Classification of sleep disorders 2005 (senza contare quelle elaborate dagli Autori dei vari articoli).

** Nell'articolo riportato in [28] il *controlled crying* viene chiamato, più generalmente, *controlled comforting*.

Bibliografia

- http://paternamente.blogspot.it/2012/09/incredibile-estivill-un-passo-indietro.html#/2012/09/incredibile-estivill-un-passo-indietro.html.
- Galland BC, Mitchell EA. Helping children sleep. *Arch Dis Child* 2010;95(10):850-3. doi: 10.1136/adc.2009.162974.
- Price A, Hiscock H, Gradisar M. Let's help parents help themselves: A letter to the editor supporting the safety of behavioural sleep techniques. *Early Human Development* 2013;89:39-40. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2012.07.018.
- Estivill E, De Bejar S. Fate la nanna, il semplice metodo che vi insegna a risolvere per sempre l'insonnia del vostro bambino. Firenze: Mandragora, 1999.
- Richman N. A Community survey of characteristics of one-to two-year-olds with sleep disruptions. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981;20(2):281-91.
- Price AM, Wake M, Ukoumunne OC, Hiscock H. Five-Year Follow-up of Harms and Benefits of Behavioral Infant Sleep Intervention: Randomized Trial. *Pediatrics* 2012;130(4):643-51. doi: 10.1542/peds.2011-3467.
- Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep Duration From Infancy to Adolescence: Reference Values and Generational Trends. *Pediatrics* 2003;111(2):302-7.
- Liu X, Liu L, Owens JA, Kaplan DL. Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. *Pediatrics* 2005;115(1 Suppl):241-9.
- Weinraub M, Bender RH, Friedman SL, et al. Patterns of developmental change in infants' nighttime sleep awakenings from 6 through 36 months of age. *Dev Psychol* 2012;48(6):1511-28. doi: 10.1037/a0027680.
- Jenni OG, Molinari L, Cafilisch JA, Largo RH. Sleep duration from ages 1 to 10 years: variability and stability in comparison with growth. *Pediatrics* 2007;120(4):e769-76.
- Hiscock H, Wake M. Infant Sleep Problems and Postnatal Depression: A Community-Based Study. *Pediatrics* 2001;107(6):1317-22.
- Owens JA, Babcock D, Blumer J, et al. The use of pharmacotherapy in the treatment of pediatric insomnia in primary care; rational approaches. A consensus meeting summary. *J Clin Sleep Med* 2005;1(1):49-59.
- Ramchandani P, Wiggs L, Webb V, Stores G. A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *BMJ* 2000;320(7229):209-13.
- Tortorella M, Moschetti AM, D'Erasmo S. L'estinzione graduale risolve i problemi del sonno nei bambini? *Quaderni acp* 2006;13(6):264-6.
- Bruni O. Principi di medicina del sonno in età evolutiva. Napoli: Mediserve, 2000.
- Brusoni G, Moretto R, Venturelli L. Da 0 a 6 anni: una Guida per la famiglia. SIPPS, Ministero della Salute, Ed. Plada, 2007.
- Hiscock H, Bayer J, Gold L, et al. Improving infant sleep and maternal mental health: a cluster randomized trial. *Arch Dis Child* 2007;92(11):952-8.
- Reid MJ, Walter AL, O'Leary SG. Treatment of young children's bedtime refusal and nighttime wakings: a comparison of "standard" and graduated ignoring procedures. *J Abnorm Child Psychol* 1999;27(1):5-16.
- http://www.psychologicaltreatments.org/
- Moore BA, Friman PC, Fruzzetti AE, MacAleese K. Brief report: evaluating the Bedtime Pass Program for child resistance to bedtime-a randomized, controlled trial. *J Pediatr Psychol* 2007;32(3):283-7.
- Blunden S. Behavioural treatments to encourage solo sleeping in pre-school children: an alternative to controlled crying. *J Child Health Care* 2011;15(2):107-17. doi: 10.1177/1367493510397623.
- Kuhn BR, Elliot AJ. Treatment efficacy in behavioral pediatric sleep medicine. *J Psychosom Res* 2003;54(6):587-97.
- Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, et al. An update on empirically validated therapies. *Clin Psychol* 1996;49:5-18.
- Mindell JA. Empirically supported treatments in pediatric psychology: bedtime refusal and night wakings in young children. *J Pediatr Psychol* 1999;24(6):465-81.
- Mindell JA, Telofski LS, Wiegand B, Kurtz ES. A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep* 2009;32(5):599-606.
- http://www.bambinonaturale.it/2011/02/johnsonjohnson-paga-medici/.
- Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, et al. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep* 2006;29(10):1263-76.
- Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, et al. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep* 2006;29(10):1277-81.
- Hiscock H, Bayer JK, Hampton A, et al. Long-term mother and child mental health effects of a population-based infant sleep intervention: cluster-randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2008;122(3):e621-7. doi: 10.1542/peds.2007-3783.
- Australian Association for Infant Mental Health Inc. (Affiliated with the World Association for Infant Mental Health).
- www.aaimhi.org. Position Paper 1: Controlled Crying. Issued november 2002; revisited march 2004.
- Zores C, Dufour A, Langlet C, et al. Spontaneous cries can alter the physiological well-being and cerebral oxygenation of very preterm infants. *Early Hum Dev* 2012;89(2):125-9. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2012.09.002.
- http://www.corriere.it/cronache/08_mag-gio_19/pianto_bambini_3bcf2060-25b1-11dd-9a1d-00144f486ba6.shtml.
- Middlemiss W, Granger DA, Goldberg WA, Nathans L. Asynchrony of mother-infant hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity following extinction of infant crying responses induced during the transition to sleep. *Early Hum Dev* 2012;88(4):227-32. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.08.010.
- Beijers R, Riksen-Walraven JM, de Weerth C. Cortisol regulation in 12-month-old human infants: associations with the infants' early history of breastfeeding and co-sleeping. *Stress* 16(3):267-77. doi: 10.3109/10253890.2012.742057.
- Tollenaar MS, Beijers R, Jansen J, et al. Solitary sleeping in young infants is associated with heightened cortisol reactivity to a bathing session but not to a vaccination. *Psychoneuroendocrinology* 2012;37(2):167-7. doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.03.017.
- Blunden SL, Thompson KR, Dawson D. Behavioural sleep treatments and night time crying in infants: Challenging the status quo. *Sleep Med Rev* 2001;15(5):327-34. doi: 10.1016/j.smrv.2010.11.002.
- Chess S, Thomas A. Origins and evolution of behaviour disorders. New York: Brunner/Mazel, 1984.
- World Health Organisation (1992) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F94.1>.
- American Psychiatric Association (2000). "Diagnostic criteria for 313.89 Reactive attachment

disorder of infancy or early childhood". Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision (DSM-IV-TR) ed.). United States: American Psychiatric Press Inc (DC).

[41] Chisholm K, Carter MC, Ames EW, et al. Attachment security and indiscriminate friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Dev Psychopathol* 1995;7:283-94.

[42] Rutter M, Kreppner J., Sonuga-Barke E. Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50(5):529-43. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02042.x.

[43] Bruce J, Tarullo AR, Gunnar MR. Disinhibited social behavior among internationally adopted children. *Dev Psychopathol* 2009;21(1):157-71. doi: 10.1017/S0954579409000108.

[44] McElwain NL, Booth-Laforce C. Maternal sensitivity to infant distress and non distress as predictors of infant-mother attachment security. *J Fam Psychol* 2006;20(2):247-55.

[45] Higley E, Dozier M. Nighttime maternal responsiveness and infant attachment at one year. *Attach Human Dev* 2009;11(4):347-63. doi: 10.1080/14616730903016979.

[46] Teti DM, Kim BR, Mayer G, et al. Maternal Emotional Availability at Bedtime Predicts Infant Sleep Quality. *J Fam Psychol* 2010;24(3):307-15. doi: 10.1037/a0019306.

[47] Richter L. The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children. A review. Department of child and adolescent health and development. WHO, 2004. <http://www.who.int/child-adolescent-health>.

[48] Armstrong KL, O'Donnell H, McCallum R, Dadds M. Childhood sleep problems: association with prenatal factors and maternal distress/depression. *J Paediatr Child Health* 1998;34(3):263-6.

[49] O'Connor TG, Caprariello P, Blackmore ER, et al. Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Hum Dev* 2007;83(7):451-8.

[50] Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, et al. Sleep disturbance in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behav Dev* 2007;30(1):127-33.

[51] Armitage R, Flynn H, Hoffmann R, et al. Early developmental changes in sleep in infants: the impact of maternal depression. *Sleep* 2009;32(5):693-6.

[52] Palmstierna P, Sepa A, Ludvigsson J. Parent perceptions of child sleep: a study of 10,000 Swedish children. *Acta Paediatr* 2008;97(12):1631-9. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00967.x.

[53] Orhon FS, Ulukol B, Soykan A. Postpartum mood disorders and maternal perceptions of infant patterns in well-child follow-up visits. *Acta Paediatr* 2007;96(12):1777-83.

[54] Teti DM, Crosby B. Maternal depressive symptoms, dysfunctional cognitions, and infant night waking: the role of maternal nighttime behavior. *Child Dev* 2012;83(3):939-53. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01760.x.

[55] Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics* 2006;118(2):659-68.

L'USO DEGLI PSICOFARMACI IN ETÀ EVOLUTIVA NECESSITA DI ULTERIORI INDAGINI ACCURATE E PROTRATTE NEL TEMPO

Nei mesi scorsi è stato dato ampio rilievo, da parte degli organi di informazione, ai risultati del 15° Rapporto italiano del Progetto europeo ESPAD (*European school project on alcohol and other drugs*), indagine campionaria condotta nel 2012 sull'uso di alcol, droga e sostanze psicoattive da parte degli adolescenti di 15-16 anni di età. Il Rapporto è stato curato per l'Italia dall'Istituto di Fisiologia clinica del CNR di Pisa. L'8% degli studenti intervistati ha dichiarato di avere utilizzato almeno una volta nella vita psicofarmaci dopo prescrizione medica, mentre il 15% ha dichiarato di averli assunti almeno una volta senza la prescrizione del medico. **Questi risultati contrastano con quelli relativi alle prescrizioni effettuate dai medici che vengono aggiornate annualmente e che indicano nell'1,5% la percentuale di adolescenti di età 15-16 anni che hanno ricevuto una o più prescrizioni di psicofarmaci nel corso della loro vita.**

«Questa stima – spiega **Maurizio Bonati**, Capo del Dipartimento Igiene Pubblica dell'IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" – è pressoché costante nel corso degli ultimi anni. Il tasso dell'1,5% è considerevolmente inferiore all'8% del Rapporto. Sebbene l'1,5% possa essere considerato come sottostimato, poiché alcune classi di psicofarmaci (per es. gli ansiolitici) non sono rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale e quindi non sono contemplate nelle analisi, è tuttavia difficile giustificare tale divario tra quanto prescritto e quanto dichiarato dagli studenti».

I dati di prescrizione e le indagini campionarie costituiscono due punti di osservazioni differenti, ciascuno con proprie finalità, potenzialità e limiti. Le banche dati di prescrizione forniscono dati solidi sul numero di farmaci prescritti dal medico sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale (ricetta rossa) e di pazienti che hanno acquistato il farmaco prescritto. Che un farmaco sia stato prescritto non significa automaticamente che sia stato anche assunto. Quindi, quell'8% del Rapporto sarebbe da considerare inferiore al prescritto e ulteriormente in contrasto con i dati dei flussi correnti amministrativi (1,5%).

«L'indagine campionaria – aggiunge **Bernardo Dalla Bernardina**, presidente della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) – fornisce informazioni sul consumo dei farmaci, anche di quelli assunti senza il consiglio del medico. Questo tipo di studi è però gravato da alcuni limiti, tra cui la capacità della persona intervistata di ricordare che cosa ha assunto, e la comprensione e interpretazione delle domande poste. Ad esempio, nel caso della versione italiana del questionario ESPAD non è chiaro quale possa essere l'interpretazione di un adolescente della domanda "In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per dormire e/o rilassarti?"».

Il 6% degli intervistati ha dichiarato di averli usati senza prescrizione medica, ma è possibile che alcuni studenti abbiano considerato "farmaci per dormire" anche prodotti fitoterapici (per es. camomilla, valeriana) o integratori (per es. melatonina): medicinali ben diversi dagli ansiolitici (per es. Alprazolam o Lorazepam). A questo proposito il questionario originale in lingua inglese era più specifico perché chiedendo di "sedativi o tranquillanti" si riferiva in modo preciso ad alcune classi di farmaci.

Appare anche discutibile, almeno per il contesto italiano, considerare i "farmaci per dimagrire" (seconda classe di farmaci più utilizzata, in base al rapporto ESPAD, con una percentuale di utilizzatori pari al 3%) come psicofarmaci; contribuendo quindi alla stima del 15% di adolescenti che si autoprescrive questo tipo di medicinali.

In Italia, infatti, non sono in commercio psicofarmaci con questa indicazione e quindi l'uso, se fosse vero, rimanderebbe a un acquisto illegale di farmaci e/o a un impiego equiparabile a quello di una sostanza d'abuso. Non è da escludere, quindi, che molte delle risposte affermativo alla domanda: "In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per dimagrire?" si riferissero all'utilizzo di integratori alimentari.

Da ultimo, poiché nel questionario non era previsto che si indicasse anche il nome del farmaco utilizzato, non è possibile valutare con maggiore accuratezza e precisione le risposte di quel 15% di adolescenti che riferiscono di essersi autoprescritti psicofarmaci.

Occorre maggiore cautela nell'interpretazione dei risultati pur sostenendo la necessità che il Ministero della Salute e l'Agenzia Italiana del Farmaco promuovano sistemi di sorveglianza attiva e di programmi finalizzati al monitoraggio della prescrizione di psicofarmaci a bambini e adolescenti, come fatto in passato per l'uso degli psicostimolanti per la terapia del deficit di attenzione e iperattività. Solo disponendo di stime attendibili circa l'uso razionale dei farmaci (e tra questi gli psicofarmaci) sarà possibile migliorare, in termini di efficacia e sicurezza, i percorsi terapeutici volti a rispondere ai bisogni di salute dei bambini e degli adolescenti (e delle loro famiglie).

Maurizio Bonati, Bernardo Dalla Bernardina, Antonio Clavenna
(Ufficio Stampa IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano;
SINPIA, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza)

Prevenzione dell'influenza 2013-2014

Franco Giovanetti

Dirigente medico, Dipartimento di Prevenzione, ASL CN2, Alba, Bra (CN)

Anche quest'anno una parte della Pediatria italiana si è espressa a favore della vaccinazione influenzale dei bambini sani mentre, secondo la Circolare ministeriale 2013-2014, "l'inserimento dei bambini tra 6 mesi e 24 mesi (o fino a 5 anni) nelle categorie da immunizzare è attualmente oggetto di discussione da parte della comunità scientifica internazionale, soprattutto a causa della mancanza di studi clinici controllati di efficacia"; inoltre, dopo aver sottolineato che i dati di copertura vaccinale finora raggiunti nei Paesi in cui vige tale offerta attiva non consentono di valutarne l'impatto, la Circolare conclude affermando che "non si ritiene necessario promuovere programmi di offerta attiva gratuita del vaccino influenzale stagionale ai bambini che non presentino fattori individuali di rischio" [1].

Nel nostro Paese la discussione continua a svilupparsi su due posizioni contrapposte: da un lato c'è chi promuove la vaccinazione del bambino sano basandosi principalmente sulle raccomandazioni dell'Advisory Committee on Immunization Practices, dall'altro lato vi sono coloro che ritengono le attuali evidenze scientifiche insufficienti per l'introduzione della vaccinazione universale [2]. È indubbio che una decisione di tale portata necessita di essere sostenuta da solide evidenze di efficacia e sicurezza. Alla fine del 2012 è stata pubblicata la più completa e approfondita analisi sui vaccini influenzali mai prodotta sinora: è il frutto del lavoro di Michael Osterholm e del suo gruppo, che proverò a riassume-

re [3]. La review ricostruisce tutto il processo a partire dai clinical end points utilizzati nei primi studi, misurati attraverso una metodologia imperfetta (l'inibizione della HA) come endpoint primario per confermare l'infezione da virus influenzali, anziché la coltura virale (mentre oggi si dovrebbe usare la PCR), con conseguente sovrastima dell'efficacia. L'adozione di una metodica imperfetta per confermare i casi di influenza ha distorto a suo tempo i risultati e quindi le valutazioni di efficacia del vaccino, con conseguente sovrastima. È per questo che l'analisi di Osterholm ha preso in considerazione esclusivamente studi clinici basati su PCR o coltura virale. I risultati relativi al vaccino inattivato sono i seguenti: evidenza di protezione moderata (59%) per gli adulti sani (18-64 anni); evidenza inconsistente di protezione nei bambini tra 2 e 17 anni; scarse evidenze di protezione negli adulti di 65 anni e oltre. Nei bambini di età pari o inferiore a 2 anni, gli Autori hanno identificato cinque studi, i cui risultati appaiono inconsistenti. Per quanto riguarda il vaccino vivo attenuato, vi è evidenza di protezione elevata (83%) limitatamente ai bambini da 6 mesi a 7 anni. Gli Autori concludono sottolineando la necessità di intensificare le ricerche per mettere a punto vaccini veramente efficaci e *game changing*. Che cosa possiamo dire di fronte a questi dati? La prima considerazione è in realtà un *caveat*: non bisogna cadere nell'errore di banalizzare questi risultati e concludere che il vaccino sia inutile, significa semplicemente che non

vi sono evidenze solide di efficacia del vaccino inattivato nei bambini. Seconda considerazione: perché il vaccino vivo attenuato non è disponibile in Italia, pur essendo un prodotto sicuro e più efficace del vaccino inattivato? Il prodotto è registrato presso l'EMA a partire dai 24 mesi d'età ed è già disponibile in vari Paesi europei, quali Germania e Regno Unito [4]. Oltre a una dimostrata migliore efficacia, per la sua semplicità di somministrazione (spray nasale) risolverebbe gli enormi problemi organizzativi legati alla ripetizione annuale del vaccino parenterale. ♦

Conflitto d'interesse. Negli ultimi dieci anni l'Autore ha accettato inviti da Wyeth (ora Pfizer), Sanofi Pasteur, Novartis Vaccines e GSK per la partecipazione a convegni.

Bibliografia

- [1] Ministero della Salute. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2013-2014.
- [2] Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2013-2014. September 20, 2013 / 62 (RR07);1-43 http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6207a1.htm?s_cid=rr6207a1_w
- [3] Osterholm MT, Kelley NS, Manske JM, et al. The Compelling Need for Game-Changing Influenza Vaccines. An Analysis of the Influenza Vaccine Enterprise and Recommendations for the Future. Center for Infectious Disease Research and Policy (CIDRAP), Università del Minnesota, ottobre 2012. <http://www.cidrap.umn.edu/compelling-need-game-changing-influenza-vaccines>.
- [4] European Medicines Agency. Fluenz. http://www.ema.europa.eu/docs/it_IT/document_library/EPAR_Product_Information/human/001101/WC500103709.pdf.

Per corrispondenza:
 Franco Giovanetti
 e-mail: giovanetti58@alice.it

Farmaci contraffatti: non è solo un problema dei Paesi in via di sviluppo

Antonio Clavenna, Daniele Piovani

Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

Farmaci contraffatti anche in Italia: il caso Ozopulmin®

La contraffazione non è un fenomeno che riguarda soltanto i Paesi con scarse risorse, ma anche quelli del Nord del mondo. Nei Paesi occidentali il traffico illegale di farmaci, spesso contraffatti, sfrutta il più delle volte il canale Internet e in Italia la task force "Impact" blocca molte decine di migliaia di compresse, capsule o fiale importate illegalmente.

Il caso Ozopulmin®, il farmaco a base di verbenone (usato nei bambini e adulti come espettorante), ritirato dal commercio poiché contraffatto, è invece peculiare, in quanto a compiere la truffa è stata la stessa azienda farmaceutica produttrice e il farmaco contraffatto era venduto nelle farmacie.

Il laboratorio produttore del principio attivo aveva sospeso la fornitura e l'azienda Geymonat, per non interrompere la produzione delle supposte e dello sciroppo Ozopulmin®, aveva immesso in commercio circa 35.000 confezioni contraffatte: in mancanza del principio attivo l'azienda aveva utilizzato una sostanza dalla struttura chimica simile, apparentemente inattiva farmacologicamente, ma in grado di superare i controlli di qualità. La frode è stata scoperta grazie alla segnalazione di un farmacista che aveva rilevato una consistenza anomala delle supposte.

I successivi accertamenti hanno portato all'arresto di tre dirigenti della Geymonat. A ottobre l'Agenzia Italiana del Farmaco ha poi deciso di sospendere la produzione di farmaci dallo stabilimento dell'azienda per violazione delle norme di fabbricazione (in alcuni prodotti erano state riscontrate concentrazioni inferiori di principio attivo).

Paradossalmente, trattandosi il verbenone di un farmaco di efficacia non documentata, l'assenza del principio attivo non ha comportato una mancanza di risposta terapeutica per le persone che avevano utilizzato il farmaco. Nonostante non siano stati segnalati casi di effetti tossici sulla popolazione, la gra-

vità del caso è dovuta al fatto che le logiche di mercato hanno prevalso sulla salute dei cittadini.

Bonati M. La contraffazione dei farmaci è di casa anche in Italia. *Ricerca & Pratica* 2013;29:147-8.

Il Regolamento europeo per i medicinali pediatrici compie 5 anni.

Un bilancio con luci e ombre

Nel gennaio 2007 entrava in vigore il Regolamento europeo per i medicinali pediatrici, con lo scopo di implementare la sperimentazione dei farmaci nei bambini e negli adolescenti.

A distanza di cinque anni, la Commissione Europea ha redatto il rapporto *Better medicines for children. From concept to reality* per una prima valutazione dell'impatto di questo Regolamento nel favorire lo studio e lo sviluppo di farmaci a misura di bambino.

Nel corso del periodo 2007-2012 sono stati presentati 600 Piani di Investigazione Pediatrica (*Paediatric Investigation Plan, PIP*): di questi solo 33 (6%) sono stati ultimati. Poco meno del 50% dei PIP riguardava cinque aree terapeutiche (endocrinologia/ginecologia, malattie infettive, oncologia, reumatologia/immunologia e patologie cardiovascolari), mentre alcune aree "critiche" (per es. cure intensive, patologie neonatali) erano scarsamente rappresentate.

Sulla base dei dati disponibili non è possibile valutare se e quanto questi studi siano orientati a rispondere ai bisogni dei bambini o se la sperimentazione pediatrica rappresenti una sorta di "scotto" da pagare per poter commercializzare un farmaco destinato agli adulti.

Nello stesso periodo è stata approvata una sola autorizzazione al commercio per uso pediatrico (*Paediatric Use Marketing Authorisation, PUMA*) riguardante il midazolam buccale (Buccolam®). Quest'ultimo strumento era stato pensato per incentivare la ricerca in caso di farmaci con brevetto scaduto. Lo scarso impatto è un possibile segnale di come ci sia scarso interesse da parte delle aziende nell'investire in farmaci senza più brevetto e quindi diventati poco costosi.

Dal confronto tra la situazione prima e quella dopo l'entrata in vigore del Regolamento non emerge un aumento del numero di sperimentazioni pediatriche in Europa. Nel 2006 nel Registro europeo degli studi clinici erano registrate 316 sperimentazioni condotte in età pediatrica (8% del totale), nel 2012 erano 332 (9% del totale). I bambini e adolescenti coinvolti negli studi sono diminuiti da 3979 (2006) a 3698 (2012).

Seppure cinque anni siano pochi per tracciare un bilancio, i dati raccolti indicano che l'impatto del regolamento nel garantire "farmaci migliori per i bambini" è ancora poco significativo. La distanza dall'ideazione (*concept*) alla realtà (*reality*) appare ancora lunga.

Better Medicines for Children From Concept to Reality. General Report on experience acquired as a result of the application of Regulation (EC) n. 1901/2006 on medicinal products for paediatric use.

Farmacovigilanza: occhio al triangolo (nero)

A partire dall'autunno 2013 i medicinali sottoposti a un attento monitoraggio (per esempio tutti i farmaci commercializzati dal 2011) saranno identificati in tutta Europa dalla presenza nel foglietto illustrativo e nel riassunto delle caratteristiche del prodotto di un triangolo nero capovolto. Questo sistema, utilizzato da tempo nel Regno Unito, ha lo scopo di sensibilizzare i pazienti e gli operatori sanitari a segnalare qualsiasi effetto collaterale riguardante quel farmaco, indipendentemente dalla sua gravità. Il triangolo nero indica che il farmaco necessita di maggiori informazioni sulla sua sicurezza, soprattutto a lungo termine, non che sia pericoloso.

L'Agenzia Europea dei Medicinali ha realizzato un video informativo per i pazienti, disponibile su Youtube: <http://www.youtube.com/watch?v=1eRIZpEljmQ>.

L'elenco dei 129 medicinali (dato aggiornato al 30 settembre 2013) sottoposti al monitoraggio addizionale è disponibile sul sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco all'indirizzo: <http://www.agenzia-farmaco.gov.it/it/content/medicinali-sottoposti-monitoraggio-addizionale>. ♦

Per corrispondenza:
Antonio Clavenna
e-mail: antonio.clavenna@marionegri.it

Libri: occasioni per una

Una endocrinologia veramente per problemi



Brunetto Boscherini
Maria Teresa Fonte
Patrizia Del Balzo
Endocrinologia pediatrica nella pratica clinica
 Piccin, 2013
 pp. 485, euro 55

Ho avuto occasione di vedere un libro di endocrinologia pediatrica scritto da Brunetto Boscherini, che è stato professore di clinica pediatrica a Roma, ma che soprattutto ha una lunga carriera di endocrinologo pediatra, e insieme a lui, da due pediatre di famiglia (PdF), Maria Teresa Fonte e Patrizia Del Balzo. Ambedue, prima di scegliere la pediatria di famiglia, hanno svolto una notevole attività clinica e di studio nel campo della endocrinologia. Fonte ha un dottorato di ricerca e ha frequentato il London Hospital collaborando a numerose ricerche. Del Balzo è stata Research Associate in pediatria alla Cornell University Medical College di New York. Un bel passato nella ricerca e un presente nella pratica.

Questo è quello che accade sempre più spesso in Italia e occorre vederne il lato positivo: l'iniezione di persone come Maria Teresa e Patrizia non può che essere di grande beneficio per la qualità dell'area delle cure primarie. Il libro risente di questa doppia matrice perché svolge la sua funzione di informazione adottando il percorso razionale che il pediatra segue naturalmente durante la visita e che parte da un sintomo o da un esame dal quale nasce un insieme di possibilità diagnostiche che, una dopo l'altra, vengono esaminate. È il noto sistema della "diagnosi per problemi" sulla cui opportunità si sono versati fiumi di inchiostro che spesso si sono asciugati senza lasciare traccia nella pratica.

Che sia un libro per la pratica ambulatoriale è provato dal fatto che, nella prescrizione degli esami, ci si limita a quelli possibili nei comuni laboratori delle ASL e a quelli che possono essere interpretati da un PdF sufficientemente informato. I singoli capitoli si aprono con una

introduzione nella quale ci sono la definizione e la delimitazione del problema. Può essere molto vasto (la bassa statura occupa 56 pagine) e per ognuna delle possibilità di diagnosi ci sono il percorso diagnostico, l'interpretazione degli esami, la terapia e un commento che accompagna il lettore, alcune raccomandazioni relative alla conduzione diagnostica o terapeutica, le cose cui stare attenti e (benvenuti!) i rapporti con i genitori. Rende più facile la consultazione un indice analitico, ma anche un indice generale posto all'inizio del volume nel quale, per ogni singolo problema clinico, c'è la scansione dei singoli sotto-argomenti connessi al problema principale, in modo da poter scegliere subito quello che interessa in quel momento. Schemi, grafici, figure aiutano a farsi strada. Un buon libro che sta bene nella libreria dell'ambulatorio del pediatra.

Un'ultima considerazione. L'aver vicino nella pratica persone che vengono dalla ricerca deve essere una grande occasione per contagiare con la voglia di ricercare i colleghi che operano nella pratica.

Giancarlo Biasini

Un medico donna nell'XI secolo



Paola Presciuttini
Trotula
 Meridiana Zero, 2013
 pp. 480, euro 18

Trotula: ho incontrato per la prima volta questo nome all'inizio degli anni Ottanta, quando comprai, allora per poche lire, un libretto su una bancarella intitolato *Sulle malattie delle donne* di Trotula de Ruggiero, edizioni La Rosa, Torino 1979. Venni così a conoscenza dell'esistenza di questo medico salernitano vissuto nell'XI secolo, sposa di Giovanni Plateario, anch'egli medico e *magister*, e madre di Giovanni e Matteo Plateario,

anche loro medici della stessa scuola. Mi meravigliai che una donna avesse potuto, in quegli anni, studiare da medico e diventare addirittura *magistra* ma con piacere appresi che la scuola medica salernitana, nel solco di alcune tradizioni medievali, non aveva escluso il sesso femminile nel suo interno e che Trotula non era stata l'unica. Infatti con il termine *mulieres Salernitanae* si indicano le personalità femminili che hanno operato nell'ambito della Scuola.

Tra le personalità di spicco delle *mulieres Salernitanae* sono tramandati i nomi di Trotula de Ruggiero, Rebecca Guarna, Abella Salernitana, Mercuriade, Costanza Calenda, anche se la più famosa resta Trotula, autrice, appunto, del libretto che come titolo originale aveva *De mulierum passionibus*. Qualche settimana fa, in vacanza, nonostante avessi portato con me il Kindle, non ho resistito a una visita in libreria e in un angolino seminasco, tra i miei preferiti, ho trovato un libro intitolato *Trotula*, scritto da Paola Presciuttini ed edito nel 2013 da una casa editrice di Bologna, Meridiana Zero, nella collana "I Paralleli". L'ho comprato senza indugio e l'ho letto in quattro giorni. Per me è un libro molto bello, scritto in modo insolito, sempre in prima persona ma non sempre dalla stessa persona.

I vari personaggi si alternano e a turno raccontano il loro punto di vista. Non ricordo di avere letto altri libri scritti in questo modo. Mi ha ridato, e in questo periodo ne avevo bisogno, un po' di orgoglio per la nostra professione. Con nostalgia ho letto delle dispute tra la scienza e la fede (noi disputiamo tra scienza e denaro), l'apertura alle nuove teorie e purtroppo le solite beghe tra colleghi. L'autrice, Paola Presciuttini, è riuscita a dare vita a una Trotula più bella di come me l'ero immaginata, donna decisa ed energica ma allo stesso tempo dolce e sensuale, innamorata della conoscenza e disposta, almeno nel romanzo, a rinunciare alla sua posizione aristocratica per conservare la coerenza con le sue idee. La storia è ambientata nell'XI secolo e comincia con Trotula bambina di 6 anni ("... risento ancora sotto la lingua la consistenza ruvida delle gengive rimaste

buona lettura

«La poesia non è di chi la scrive, ma di chi la usa».

A. Skärmeta, *Il postino di Neruda*

*da poco orfane dai denti di latte... la mia memoria, a partire da quel periodo, inizia a scorrere lineare e limpida...») e si snoda attraverso la sua adolescenza, il matrimonio, la nascita dei suoi figli, la maturità fino alla fine dei suoi giorni, sempre animata dalla curiosità e dalla grande apertura mentale, pronta a frequentare i *magistri* della scuola medica e le "mammane" popolari.*

Una mente aperta a 360 gradi dalla teologia ai classici greci, che all'epoca erano banditi dalla Santa Romana Chiesa, fino alla medicina musulmana di Costantinopoli. Medico dei principi e dei nobili ma anche disposta a vivere tra la povera gente e a curare i più indigenti. Insomma una gran bella persona che ha ravvivato in me la passione per la nostra disciplina, negli ultimi anni al minimo storico, ed essendo nato a Salerno e vissuto a Minori anche l'orgoglio di essere stato generato dalla stessa terra del principato di Salerno e della Repubblica di Amalfi.

Costantino Apicella

Il pediatra tra educatori e bambini ingestibili



**Furio Lambruschi
Pietro Muratori**

*Psicopatologia
e psicoterapia dei disturbi
della condotta*

Carocci Editore, 2013
pp. 257, euro 25

Perché i pediatri dovrebbero leggere un libro che parla di psicopatologia e psicoterapia? Innanzitutto per il tema: i disturbi della condotta e del comportamento a casa e a scuola in tutta l'età evolutiva, che sono motivo di consultazione frequente in ambulatorio da parte di genitori disperati da figli ingestibili in casa o per i quali sono continuamente richiamati da insegnanti altrettanto disperati. Poi per la trattazione della psicopatologia, molto vicina alla cultura psicosociale dei pediatri che vedono il disturbo come la risultante di fattori protettivi e fattori di

rischio i quali, intrecciandosi, determinano o no il problema nell'arco di vita del minore.

Questi fattori sono chiaramente descritti così come il tragitto che porta alla espressione dei sintomi a varie età del bambino e i sintomi stessi con strumenti di osservazione e di valutazione agevoli e precisi. Ma forse la ragione più forte per cui il libro va letto riguarda la seconda parte dedicata alla psicoterapia che però psicoterapia non è. Leggendo il libro, si scopre infatti che per smentire l'itinerario evolutivo negativo del bambino verso la devianza adolescenziale occorre impostare un'alleanza di lavoro con i genitori, con gli insegnanti e col ragazzo che passa attraverso una rimodulazione profonda e diffusa delle procedure educative verso il ragazzo a casa e fuori. Quasi sempre il lavoro è un lavoro educativo parallelo col gruppo dei ragazzi (5-8), col gruppo dei loro genitori, col gruppo dei loro insegnanti condotto da educatori formati a questo tipo di intervento.

Tra gli adulti educatori del bambino e della famiglia vi è certamente il pediatra, che deve conoscere questi principi e questi metodi così come deve conoscere gli interventi precoci a sostegno della genitorialità, efficaci nella prevenzione dei disturbi comportamentali, di cui parla l'ultimo capitolo del libro. Una lettura chiara, semplice, esaustiva sul piano teorico e pratico, che in 257 pagine consente di conoscere e appropriarsi adeguatamente del problema in tutte le sue dimensioni.

Francesco Ciotti

Educazione e libertà



Stig Dagerman
*Perché i bambini
devono ubbidire?*

Edizioni Iperborea, 2013
pp. 64, euro 9

Prima di scrivervi le mie impressioni sul libro *Perché i bambini devono ubbidire?* di Stig Dagerman, devo dichiarare un mio chiaro conflitto d'interessi e cioè la mia passione per i Paesi scandinavi e per una parte della letteratura scandinava. Ma, al di là di questo possibile bias, la lettura di questo libro penso possa far venire anche ad altri questa passione che in me si è rinforzata.

È un libro sicuramente interessante per chi si occupa di genitori e di bambini, ma anche per i genitori stessi e direi per gli esseri umani in generale perché potrebbe aiutare a "restare umani". E poi alcune pagine (pp. 58-60) si possono anche leggere ai bambini stessi. Io ho provato con bambini dai 9 ai 12 anni, ottenendo riscontri positivi da parte loro. Dopo tutto essi sono al centro dei principali racconti del libro anche in situazioni di alta drammaticità come nel racconto *Uccidere un bambino*, che duramente ci porta nella realtà della vita che, nel mondo ovattato e indorato di oggi (almeno per una parte dell'umanità), troppo spesso ci si dimentica di quanto crudele e spietata possa essere.

La lettura dei diversi racconti che compongono il libro è diversamente entusiasmante per l'intensità delle emozioni che sollecita nel lettore, ma raggiunge a mio parere il massimo del fascino nei racconti: *Perché uccidere il contrabbasso?* ("[...] Il dilemma dei genitori non consiste nella scelta tra il contrabbasso e il bambino, ma nell'arte di trovare un equilibrio nella loro esistenza che consenta di non trascurare né l'uno né l'altro [...]") e *Difficoltà di genitori* ("[...] l'ingenuo padre si rese conto che quella che per lui doveva essere una punizione agli occhi dei figli era invece una fantastica avventura [...]").

In questi due racconti le riflessioni su genitorialità, educazione e libertà sono più che mai attuali e molto ben congegnate e viste in una dimensione collettiva che troppo spesso manca nel dibattito contemporaneo dove la predominanza dell'individuo e dell'individualismo ha raggiunto limiti, a mio parere, insopportabili. Lascio a voi lettori di scoprire l'ultimo e brevissimo racconto da cui il titolo del libro *Perché i bambini devono ubbidire?*

Francesco Morandi

Storie di vita nell'anello di Saturno. Sacro GRA

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

La leggenda medioevale individuava nel Sacro Graal il calice dell'ultima cena, che in seguito aveva raccolto il sangue di Cristo morente sulla croce. Senza una vocale e senza l'ultima lettera, il *Sacro GRA* di Gianfranco Rosi, che dopo quindici anni ha riportato in Italia il "Leone d'Oro" della Mostra del Cinema di Venezia, è un documentario che raccoglie gocce di vita ai margini della capitale. Nei 70 chilometri di quell'anello di Saturno che circonda Roma, Rosi ha scovato esistenze nascoste e ha dato loro visibilità filmica.

Per un'operazione del genere, costatagli due anni di lavoro passati in gran parte dentro un minivan, egli ha saggiamente scelto la formula del documentario. In tal modo non solo è rimasto fedele alla sua vocazione di documentarista (nella sua filmografia altri tre documentari girati in India, Stati Uniti e Messico), ma ha potuto dare ai luoghi e ai personaggi l'impronta della genuinità.

Nessuna invenzione filmica nel fiume di macchine che intasa il raccordo, negli aerei che sorvolano Fiumicino e Ciampino, nei mini appartamenti di enormi e asettici edifici, nelle pecore che pascolano, nell'ambulanza che accorre sui luoghi degli incidenti.

Rosi piazza la telecamera e sparisce dietro di essa. Non vuole raccontare, convinto che riprendere con discrezione sia già racconto. Con uno stile che richiama le lezioni dei maestri – il montaggio delle attrazioni di Ejzenstejn, il cine-occhio di Vertov, le *cinéma-vérité* francese, il neorealismo italiano – racconta storie semplici ma non inutili. Roberto, Cesare, Paolo, Amelia, Francesco, Filippo, Xsenia, Gaetano, il venditore di porchetta, il mangiafuoco, gli extracomunitari, i travestiti, le ragazze-immagine di un bar ecc, analogamente al Raccordo Anulare, pur vivendo ai margini della città, non si possono considerare da essa disgiunti.

Uomini, animali e piante sono accomunati in un mondo che sembra la brutta

copa di quello che, alcuni mesi prima, s'era visto ne *La grande bellezza*. E se il film di Paolo Sorrentino aveva richiamato alla mente Fellini, questo di Rosi non può non evocare Pasolini. Con la differenza che, proprio perché sappiamo che stiamo vedendo un documentario, siamo coinvolti più di quanto non lo siamo stati ne *La dolce vita* e in *Accattone*. In *Sacro Gra* non c'è la finzione filmica a fare da scudo e si esce dalla sala con un groppo alla gola. Quell'uomo che, dopo avere trasportato sconosciuti feriti in ospedale, arriva nella sua modesta casa, si prepara la cena, elemosina un po' di compagnia virtuale e una dolce carezza dalla madre in preda a demenza senile, esiste veramente. Ed esistono veramente anche il pescatore di anguille, il nobile piemontese decaduto relegato con la figlia in pochi metri quadrati, l'attore di fotoromanzi, il palmologo, il grottesco collezionista di onorificenze, il dj indiano, le prostitute, i fedeli che credono di vedere apparire la Madonna tra le nuvole.

Bisogna esserci rimasti intrappolati almeno una volta nel Grande Raccordo Anulare di Roma, o in qualche altra autostrada, per capire che in questo *road-movie* ci siamo anche noi. Non visibili perché segregati all'interno delle nostre auto, ma ugualmente vittime dell'ansia che la velocità ha inoculato nelle nostre vene, costretti a sconfiggere la solitudine con freddi monologhi, collegandoci a Internet, elemosinando compagnia. Per questo, a eccezione dell'amaro sorrisetto che ci sfugge quando l'attore-comparsa Gaetano confessa candidamente che si sarebbe prostituito se solo gli avessero offerto la parte del protagonista in un film, si avverte il gusto amaro di non avere solo spiato la vita degli altri, ma anche la nostra.

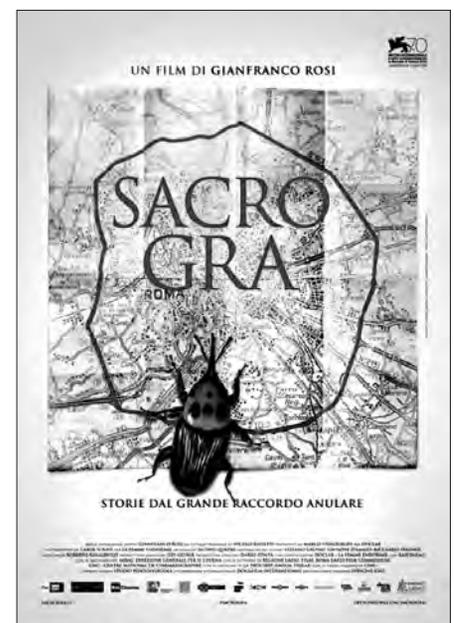
Il Raccordo, come tutti i cerchi, si chiude là dove ha avuto inizio. Con l'aggiunta dell'unico brano di colonna sonora che, non certo per caso, è stato inserito nei titoli di coda, ovvero ai margini del documentario: *Il cielo* di Lucio Dalla.

Se non abbiamo percorso un cerchio infernale, non abbiamo di certo attraversato i cieli del paradiso. Scegliamo, allora, la via di mezzo e riflettiamo sul fatto che anche le cornici del purgatorio hanno

forma circolare. E non sembri fuori luogo richiamare Dante mentre si scrive su un documentario. Storie vere e storie inventate, laicità e religione, prosa e poesia, nel film di Rosi come nella vita, si fondono e si confondono.

Lo hanno detto in tanti. In *Sacro GRA* lo dice anche il personaggio più colto, lo studioso Francesco che, servendosi di sofisticati strumenti elettronici, collega il sordo brusio degli insetti parassiti, che stanno distruggendo le piante, al chiacchiericcio degli uomini che banchettano nei ristoranti.

E allora, più di *Uomini e topi* di Steinbeck, viene in mente il malinconico *Er caffettiere filosofo* di Gioacchino Belli, dove gli uomini sono paragonati ai chicchi di caffè nel macinino che si urtano e fanno a gara per entrare là dove saranno stritolati senza pietà. ♦



Sacro GRA

Regia: Gianfranco Rosi

Documentario

Italia, 2013

Durata: 93', colore

Per corrispondenza:
Italo Spada
e-mail: italospada@alice.it

Decennale di “Nati per Leggere” a Chieri

Questa non è una semplice presentazione di una pur importante manifestazione nel Comune di Chieri, ma anche la descrizione di una esperienza sul territorio, nata dalla passione e dal lavoro di persone, sostenitrici storiche di NpL. Quindi, anche se non in maniera strettamente scientifica e rigorosa, quelli riportati sono i dati prodotti da un territorio dove si è seminato e qualche cambiamento pare esserci stato.

Red

L'incontro

L'8 giugno scorso si è tenuto a Chieri, dove il Progetto NpL è attivo dal 2003, un Convegno per il decennale del Progetto, promosso e sostenuto dalla Biblioteca Civica “N. Francone”. NpL nasce a Chieri da un'alleanza particolare tra A. Gino e S. Sabaino, consulenti esterne della Biblioteca per il Progetto NpL, e le future mamme dei corsi di preparazione alla nascita del reparto di Ostetricia dell'Ospedale. Dopo il corso la sensibilizzazione è continuata con l'attività dei pediatri di famiglia (PdF), la biblioteca, gli asili nido e la scuola dell'infanzia, che hanno costituito una rete larga e fitta nello stesso tempo, e nella quale sono stati intercettati i bambini nati dalle mamme che hanno partecipato al Corso.

L'indagine

L'obiettivo è stato quello di verificare l'impatto del Programma NpL sul territorio. Le due Autrici hanno incontrato in dieci anni 3863 donne ai corsi di preparazione al parto presentando le modalità, l'utilità e l'efficacia del Progetto. L'attività è continuata in collaborazione con la Biblioteca particolarmente dotata e ricca di iniziative e i PdF, gli asili nido. A distanza di dieci anni sono state intervistate telefonicamente 100 mamme scelte a caso fra quelle che avevano frequentato i corsi di preparazione alla nascita e i cui bambini frequentano ora la 3ª elementare. Nessuna mamma ha rifiutato l'intervista; anzi tutte sono state liete di questo nuovo contatto. Il colloquio telefonico, della durata di circa 15 minuti, è stato guidato sulla base di un questionario standard, mentre le risposte sono state lasciate libere [1].

I risultati

Questi sono interessanti anche se le Curatrici hanno precisato correttamente che non si tratta di una ricerca, ma di una in-

indagine con tutti i limiti a questa connessa e con l'obiettivo interno di rendersi conto dei risultati del lavoro compiuto e delle eventuali correzioni necessarie.

Il primo dato riguarda le caratteristiche del campione casuale all'incontro con il Progetto: su 100 madri 56 erano lettrici abituali, 11 erano scarse lettrici, 33 erano non lettrici. Per i padri i valori erano rispettivamente 42, 53 e 5.

In sostanza si tratta di famiglie che per la lettura sono vicine alle categorie individuate dall'ISTAT secondo cui leggono libri il 51,6% delle donne e il 38,2% degli uomini [2]. Delle 100 madri intervistate il 94% ricordava con piacere l'incontro che hanno “sentito” come un ricordo vero e vivo. Nel periodo indagato il 91% delle madri ha letto con il proprio bambino prima della scuola elementare, il 9% delle madri non ha letto. Dei 100 bambini che attualmente frequentano la 3ª elementare il 78% ama molto o abbastanza la lettura, l'88% legge frequentemente da solo, il 60% legge qualche volta insieme ai genitori.

Il 37% delle famiglie utilizza abitualmente il prestito del libro in biblioteca.

Il 94% delle famiglie compra libri in libreria o al supermercato e il 61% dei bambini chiede libri in regalo (il valore degli acquirenti libri in Italia, secondo l'ISTAT è del 17,4%) [2].

Si rileva, quindi, una prevalenza netta dell'acquisto del libro rispetto all'uso del prestito in biblioteca, che è peraltro superiore a quello indicato dall'ISTAT.

Se si abbandona il campione generale e ci si rifà alla condizione di lettrice della madre, è interessante vedere il risultato nelle 33 madri non lettrici all'incontro con il Progetto, esprimendo i valori in percentuale per facilità di comprensione: il 91% dichiara di avere letto con il bambino e il 93% ha la sensazione che sia stato utile farlo. Dei loro bambini il 75% ora ama la lettura e il 59% chiede libri in

regalo. Come si vede, i dati non si allontanano sensibilmente da quelli del campione generale e si ha la sensazione che l'informazione sulla utilità della lettura abbia “trascinato” queste madri a una funzione di lettrici prima ignorata. In sostanza l'incontro con il Progetto sembra avere annullato la differenza di stato fra lettrici e non lettrici. Interessanti anche alcune informazioni sulle 9 madri che non hanno letto nel periodo prescolare dei bambini. Di questo piccolo campione 8 riferiscono che il bambino non ama leggere e non chiede libri in regalo, 6 bambini leggono solo testi scolastici.

Molti altri dati sono stati raccolti (possessione di libri, loro tipologie, abilità nella lettura) ma qui ci si vuole semplicemente fermare a quelli che si riferiscono ai risultati ottenuti riguardo alla lettura ai bambini.

Le Curatrici dell'indagine aggiungono che le madri erano liete di questo ultimo incontro e di avere avuto l'occasione di comunicare la loro esperienza.

Una delle mamme non lettrici ha detto: *“Odiavo leggere ma l'incontro con NpL mi ha fatto capire che dovevo farlo per mio figlio. Chi legge ha qualcosa di più. A 2 mesi del bambino ho iniziato a leggere filastrocche e a 6 mesi capivo quale era quella che preferiva”.*

Conclusioni

Si è trattato di una indagine che ha aiutato a capire l'utilità di quanto è stato fatto e a rendersi conto che la lettura è uno strumento più che un fine.

Il fine è l'avvenire dei bambini, ma anche la relazione genitoriale, come dimostra ciò che ci ha detto la madre non lettrice citata sopra. Un motivo per continuare a lavorare per NpL. ♦

[1] Può essere richiesto a biblioteca@comune.chieri.to.it.

[2] Si veda in Solimine G. L'Italia che legge. Roma: Laterza, 2010.

Per corrispondenza:
e-mail: redazione@quaderniacp.it

nati per leggere

“La sindrome dei monelli”: un documentario utile per la formazione

Si è svolta a Cesena una giornata di formazione per i pediatri sui problemi dell'ADHD. La Neuropsichiatria infantile dell'ASL ha fatto il punto sulla situazione generale nel campo delle difficoltà diagnostiche e sul trattamento con i relativi benefici e rischi. I bambini/ragazzi trattati con farmaci in Italia sono attualmente 1000 secondo gli ultimi dati. Nella realtà locale cesenate la diagnosi è stata posta nell'1,3% dei bambini dell'età scolare, ma nessuno finora è stato posto in trattamento farmacologico. La mattinata è cominciata con la proiezione del film documentario *La sindrome dei monelli* di Alberto Coletta, giovanissimo regista torinese, alla presenza e con la partecipazione del regista. Il documentario si concentra su alcune storie di bambini. In particolare su quella di Julia, una bambina iperattiva e disattenta ripresa nel film a casa, a scuola, con gli amici e negli ambulatori neuropsichiatrici. Un documento di grande interesse. Fanno da contorno le toccanti riunioni di genitori con bambini aventi lo stesso problema di Julia, i loro colloqui con i neuropsichiatri e con i testisti, i loro tentativi di affrontare il problema anche al di fuori della sanità come nei campi estivi. Coletta allarga il discorso facendo parlare esperti e psicologi, ma soprattutto dando spazio ai genitori, a coloro che quotidianamente devono cercare di aiutare i loro figli senza spesso trovare sostegni e con molte disperanti incertezze alla ricerca di una risposta al quesito: “Dov'è il limite tra naturale vivacità e patologia in questo mio bambino? Qual è il punto in cui io non basto più e deve intervenire il farmaco?”. Coletta osserva un problema medico da non medico, con uno sguardo obiettivo e partecipe alla realtà che ha lasciato il segno nei pediatri che lo hanno visto. Si sono resi conto, come ha detto uno di loro “meglio di ogni racconto ascoltato dai genitori”, di quale sia il quotidiano di una famiglia con questo problema e di quale partecipazione meriti. Alcuni momenti sono molto toccanti, in particolare alcune

interviste e l'incontro finale fra Julia e il cavallo che sarà almeno una parte dell'intervento avviato per lei. Il commento musicale è particolarmente caldo. L'uso della macchina da presa dà una narrazione attenta, precisa, pur tuttavia non invasiva come dev'essere quella del documentario, ma al tempo partecipe. La scelta del materiale è oculata e offre una interpretazione del fenomeno che ai pediatri di Cesena è parsa estremamente utile. L'utilizzo di brani di narrazione filmica nella formazione è uno strumento utile e già da tempo sperimentato. Quello di un documentario “laico” è meno frequente, ma in questo caso aiuta per la specificità e la obiettività dello strumento. La visione de *La sindrome dei monelli* all'interno e a completamento di un incontro di formazione fra pediatri e neuropsichiatri ci sembra possa essere consigliata. Per avere il film in visione chiedere a alberto.coletta@me.com, facendo riferimento alla riunione di Cesena.

Giancarlo Biasini

La sindrome dei monelli

Film Commission Torino Piemonte.
Produzione settembre 2009.

I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia

Il 6 giugno 2013 si è tenuta a Roma, presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, la Conferenza stampa di presentazione del 6° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) in Italia. All'evento ha partecipato una rappresentanza di venticinque associazioni del gruppo CRC, tra le quali ACP, membro del network CRC sin dalla sua nascita e i giornalisti accreditati. Per la prima volta erano presenti congiuntamente il ministro del Lavoro e delle Politiche sociali E. Giovannini, con la viceministro M.C. Guerra, e V. Spadafora, autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza.

Il ministro E. Giovannini ha aperto i lavori sottolineando la sua presenza come segnale dell'impegno e dell'interesse del Ministero all'infanzia e all'adolescenza. Ha poi ricordato i tre cardini che devono

essere valorizzati per affrontare concretamente le questioni relative all'infanzia e all'adolescenza: dialogo tra istituzioni e associazioni, attraverso il lavoro del Garante nazionale; strumenti legislativi disponibili; interazione con gli interlocutori istituzionali. I punti critici su cui il Ministro si è impegnato fattivamente a collaborare e a confrontarsi sono: la gestione dell'approccio multilivello (Regioni e Comuni) alle politiche sociali per l'infanzia e adolescenza; la realizzazione di un sistema di monitoraggio permanente sul lavoro; la valorizzazione dei dati statistici disponibili, magari adottando modelli di valutazione *ex ante* e *post*, ancora poco usati in Italia.

Arianna Saulini, coordinatrice del network CRC, ha apprezzato la presenza di Spadafora, Giovannini e Guerra come auspicio che le politiche per l'infanzia riassumano un ruolo centrale nell'agenda politica e ha chiesto un incontro con la Viceministro per entrare nel merito degli argomenti approfonditi nel Rapporto. I due capofila dei relativi paragrafi del 6° Rapporto CRC hanno poi presentato due brevi focus sulla povertà (D. Cipriani, Caritas italiana) e sui servizi per l'infanzia e l'adolescenza (D. Merlino, CISMAL).

V. Spadafora ha ringraziato il Gruppo CRC per il lavoro svolto, sottolineando l'importanza delle attività sul territorio delle associazioni, che a volte si sostituiscono alle istituzioni, colmandone lacune e mancanze. Ha elencato le priorità/criticità rilevate dal Rapporto, sulle quali è necessario concentrarsi. Ha poi ricordato il tavolo di lavoro che ha in corso con un gruppo di associazioni, per l'identificazione dei livelli essenziali Prestazioni Sociali (LEP) sulla base dei dati del Rapporto CRC; il lavoro a un sistema di partecipazione innovativo, che coinvolge le associazioni e il coordinamento dei garanti regionali (si sono svolti già alcuni incontri); i tavoli di lavoro in programma con la Consulta delle Associazioni, per orientare e indirizzare l'attività del Governo su temi specifici relativi a l'infanzia e adolescenza. Ha ribadito come i mancati investimenti del passato abbiano portato alla situazione odierna e quanto sia essenziale oggi, per recuperare, investire nell'infanzia e nell'adoles-

scenza. Si è infine detto disponibile a incontrare una delegazione del Gruppo CRC, per approfondire il 6° Rapporto sulle raccomandazioni a lui rivolte.

La viceministro con delega alle politiche sociali M.C. Guerra ha riconosciuto al 6° Rapporto CRC il ruolo di stimolo per il lavoro del Governo e del Ministero, ma ha illustrato anche l'attività del suo Ministero, sottolineando che l'Osservatorio Nazionale Infanzia non è stato finora rinominato in quanto compito del nuovo Governo. Una volta rinominato, inizieranno i lavori di stesura del Piano Infanzia, perché il Ministero ritiene importante la definizione dei LEP, alla luce della modifica del Titolo V della Costituzione. Ha ribadito, inoltre, che il suo Ministero intende assumere un ruolo forte nel coordinamento su infanzia e adolescenza, collaborando con le associazioni.

Speriamo vivamente che il Garante e il Ministro, con il suo Viceministro, mantengano le promesse fatte. Il gruppo CRC, e l'ACP con esso, manterranno alta la guardia.

Laura Reali

La Relazione del Garante per l'infanzia: "Senza investimenti i nostri bambini sono senza diritti"

Niente mezzi termini o concessioni ad alibi per la crisi economica: i diritti dei nostri figli in Italia sono a rischio per mancanza di politiche di investimento da parte dello Stato. Una visione miope, che sottrae futuro e possibilità ai bambini, alle famiglie e al Paese stesso. È un duro atto d'accusa quello contenuto nella Relazione al Parlamento 2013 che il Garante per l'infanzia e l'adolescenza, Vincenzo Spadafora, ha presentato il 10 giugno alla presenza del presidente del Senato Pietro Grasso e del ministro della Giustizia Annamaria Cancellieri.

Dito puntato contro la mancanza di investimenti da parte dello Stato e il totale fallimento delle politiche sinora adottate in materia di infanzia e adolescenza. A

riprova del fallimento delle politiche, Spadafora ha citato i dati Istat già noti: in Italia vivono in situazione di povertà relativa 1.822.000 minorenni, il 17,6% dei bambini e degli adolescenti. Il 7% dei minorenni (723.000) vive in condizioni di povertà assoluta; la quota è del 10,9% nel Mezzogiorno, a fronte del 4,7% nel Centro e nel Nord del Paese. Come già emerso nel 6° Rapporto su "I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia", a cura del Gruppo CRC, il nostro Paese finisce per sette volte in fondo alla lista nell'Europa dei ventisette sugli indicatori principali relativi all'infanzia. Valori che sottolineano il rischio concreto di povertà ed esclusione sociale per i bambini e gli adolescenti che vivono in famiglie con tre o più minorenni, che è pari al 70% al Sud a fronte del 46,5% a livello nazionale; 70 su 100 minorenni che nascono in una famiglia numerosa del Mezzogiorno d'Italia rischiano di essere poveri.

Quanto alla mancanza di investimenti, già nella Relazione dell'anno scorso il Garante aveva sollevato la problematica relativa all'impatto negativo. Quest'anno nulla è cambiato: "La classe dirigente del Paese continua a non comprendere il valore di tali investimenti, che possono essere un antidoto per uscire dalla crisi e per non compromettere la crescita futura. Oltre a rispettare i diritti dei bambini e degli adolescenti che vivono in Italia, investire oggi su di loro significa domani avere un numero inferiore di famiglie povere da sostenere, meno sussidi per i disoccupati, meno spese per il disagio sociale, probabilmente meno spese per detenuti, più lavoratori e quindi più contributi per il welfare di domani". Spadafora ha sottolineato poi come la frammentazione delle competenze istituzionali sull'infanzia e l'adolescenza venga confermata anche quest'anno come limite a un'azione realmente efficace.

Lucilla Vazza

"IMPACT proactive: closing the gap"

Più dell'80% dei ricoveri ospedalieri pediatrici è dovuto a patologie che pre-

sentano anche dolore; il 60% degli accessi al Pronto Soccorso pediatrico è causato dal dolore. Nonostante questi dati il dolore nel bambino continua a essere sottotrattato. È quanto è emerso, tra l'altro, dalla terza edizione di "IMPACT proactive 2013" tenutosi a Firenze il 28 e 29 giugno 2013. A distanza di tre anni dalla promulgazione della legge 38/2010, che ha una parte completamente dedicata alla prevenzione e alla terapia del dolore e alle cure palliative in età pediatrica, c'è ancora molto da fare per colmare il gap per l'attuazione della legge.

Non basta una legge, per quanto all'avanguardia essa possa essere, per modificare la cultura dei medici nei confronti della terapia del dolore e delle cure palliative. Perché questo avvenga è necessario far crescere la cultura fin dai corsi di formazione pre-laurea e poi nelle scuole di specializzazione e questo, purtroppo, non è ancora avvenuto. Il punto della situazione è che, a tre anni dall'approvazione della legge, soltanto alcune regioni hanno deliberato per rendere compiutamente operativo il modello organizzativo in linea con la legge e che prevede la definizione ufficiale di centri Hub (centri di riferimento della terapia del dolore) e di centri Spoke (ambulatori di terapia antalgica) e la relativa integrazione con la medicina del territorio. Ma la cosa più preoccupante è che ancora solo una minoranza di medici e di altri professionisti sanitari conosce realmente la legge 38/2010 e s'impegna quotidianamente per una più corretta applicazione della medesima.

L'obiettivo preminente del Convegno era quello di cercare le strategie che devono essere utilizzate in tal senso e capire quali sono le criticità del SSN da superare per raggiungere la chiusura del gap. Il Convegno ha visto la partecipazione di 42 società scientifiche rappresentative di numerose branche della medicina e della pediatria, oltre che numerose associazioni, fondazioni, istituzioni e sindacati. Il gap tra quello che prescrive la legge 38/2010 e quanto è stato realizzato è ancora grande, da colmare nel più breve tempo possibile da parte di tutti, ciascuno nel proprio ruolo.

Luciano de Seta

Specializzazione e Paesi in via di sviluppo: occasione di una grande esperienza

Daniele Roncati, Alessandro Mazza, Andrea Bon, Federica Bertuola, Agata Boncimino, Valentina Pisano, Francesca Simi, Davide Vecchio, Salvatore Aversa

Direttivo nazionale dell'Osservatorio Nazionale Specializzandi in Pediatria

La salute globale è uno dei temi al quale gli specializzandi delle varie scuole di pediatria guardano con sempre maggior interesse negli ultimi anni. La particolare sensibilità e attenzione verso i Paesi in via di sviluppo (PVS) e il desiderio di esperienze formativo-lavorative in questi contesti emergono infatti con sempre maggior evidenza in occasione degli incontri tra gli specializzandi in pediatria.

In un articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine* nel 2006 veniva sottolineato come le future generazioni di pediatri con preparazione adeguata potrebbero giocare un ruolo fondamentale nella "Global Child Health" [1]. A tal proposito l'American Academy of Pediatrics, già verso la fine degli anni Novanta, ha elaborato delle linee guida volte alla pianificazione degli elettivi nei Paesi in via di sviluppo nelle varie scuole di specialità di pediatria statunitensi. Una recente survey condotta tra queste scuole evidenziava come allo stato attuale già più della metà preveda, all'interno dei programmi di formazione, la possibilità di percorsi elettivi in questi Paesi con un training in salute globale [2].

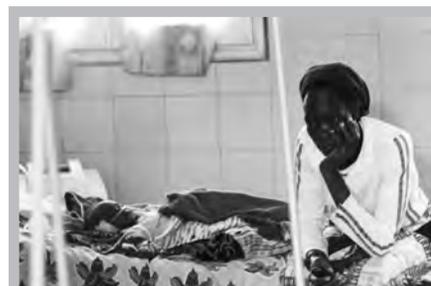
In Italia le scuole di specializzazione più attente a questo tema aderiscono già da diversi anni a progetti ben strutturati nei Paesi in via di sviluppo e tali da fornire l'opportunità ai medici specializzandi di arricchire il proprio percorso formativo. In collaborazione con il professor Masera, l'Osservatorio Nazionale Specializzandi in Pediatria (ONSP) e l'ACP hanno condotto quest'anno un'indagine tra gli specializzandi di pediatria, al fine di fotografare l'attuale situazione e il grado di adesione ai progetti da parte delle singole scuole in questo ambito. L'indagine è stata condotta tramite l'invio di e-mail ai referenti di tutte le scuole e ai medici in formazione specialistica iscritti al sito internet dell'ONSP. Duecentotredici specializzandi hanno risposto al breve questionario proposto. Nei seguenti grafici sono riassunte le risposte ad alcune domande:



Da una precedente indagine, condotta dall'ONSP nel 2009 con lo stesso metodo, era emerso che il continente più coinvolto (78%) da tali progetti è l'Africa (Angola, Burkina Faso, Camerun, Congo, Eritrea, Etiopia, Kenia, Malawi, Mozambico, Rwanda, Sierra Leone e Uganda). Un minor numero di progetti riguarda invece l'America centrale e meridionale (Bolivia, Brasile e Nicaragua) e l'Asia (India e Sri Lanka). Gli specializzandi che sono partiti alla volta di questi Paesi per lo più sono rimasti dai quattro ai sei mesi. Alcuni comunque hanno partecipato a esperienze più brevi della durata di uno o due mesi.

I dettagli relativi all'indagine sui Paesi in via di sviluppo sono disponibili in forma integrale sul sito www.onsp.it. Dall'indagine emerge che poco più della metà delle Scuole di specializzazione pediatriche italiane (19 su 35) è coinvolta attivamente nei suddetti progetti, ma noi siamo certi che molti di più sono i medici in formazione desiderosi di arricchire il proprio bagaglio formativo di un'esperienza così professionalmente e umanamente rilevante. Proprio per questo motivo, per agevolare gli specializzandi a un

più facile accesso a tali progetti, sul sito dell'osservatorio è disponibile un documento, elaborato dall'ONSP nel 2010, in cui vengono riassunti i progetti attuati dalle varie Scuole, con le caratteristiche dell'attività da svolgere e i contatti dei responsabili. A breve, grazie alla collaborazione dei referenti di tutte le Scuole, sarà disponibile una versione aggiornata, in modo da creare una rete fra le varie Scuole italiane anche per questo importante aspetto formativo. ♦



Fotografia vincitrice del "Premio speciale Renzo Galanello" al concorso fotografico "Pediatri in formazione e Paesi in via di sviluppo" svoltosi agli ONSP Days 2013 di Cagliari (autrice Martina Mazzocco, Ferrara)

Bibliografia

- [1] Panosian C, Coates TJ. The new medical missionaries: grooming the next generation of global health workers. *N Engl J Med* 2006;354(17):1771-3.
 [2] Nelson BD, Lee Ac, Newby PK, et al. Global Health Training in Pediatric Residency Programs. *Pediatrics* 2008;122(1):28-33. doi: 10.1542/peds.2007-2178.

La presentazione dei risultati dell'indagine degli specializzandi di ONSP è un esempio del saper fare, e con tempestività, da parte dei nostri giovani colleghi.

L'indagine può essere considerata preliminare. Ha peraltro confermato la forte disponibilità, anche a livello individuale, ad affrontare una esperienza in un Paese con limitate risorse (PLR) anche in realtà molto diverse e con modalità variabili.

Il professor Fabio Sereni ha lucidamente sottolineato che le forti differenze socio-economico-sanitarie-organizzative comportano interventi molto diversificati. In Africa per esempio, dove il numero di medici e operatori sanitari locali è molto limitato, ha senso la presenza di programmi di cura ben strutturati in cui giovani medici specializzandi possono inse-

Per corrispondenza:
 Salvatore Aversa
 e-mail: aversalvo@hotmail.com

rirsi, purché il tempo della permanenza non sia troppo limitato, non inferiore a sei mesi.

In America Latina invece, dove il livello sanitario e la presenza di operatori sanitari sono per lo più di discreto livello, il problema organizzativo è differente. Si tratta di sostenere la formazione e l'aggiornamento continuo di medici e operatori sanitari locali nel contesto di programmi di "gemellaggio" (twinning). In questo contesto gli specializzandi (e anche gli studenti) possono trarre vantaggio da periodi di permanenza più brevi, comunque non inferiori a tre mesi. Ne è esempio l'esperienza di gemellaggio Monza-Managua (Nicaragua), iniziata nel 1986 e avviata grazie al messaggio di due poeti.

Fernando Silva, pediatra-poeta e direttore dell'Ospedale "La Mascota", l'unico ospedale pediatrico del Nicaragua: "Quando a un bambino facciamo diagnosi di leucemia o tumore, mettiamo una croce nera accanto al suo nome. Non abbiamo strutture, specialisti, farmaci per offrire una terapia e una speranza a tali bambini e alle loro famiglie". Ernesto Cardenal, sacerdote e ministro della Cultura del Governo sandinista nei primi anni Ottanta, dopo la sconfitta della dittatura Somoza. Cardenal realizzava, allora, laboratori di poesia in tutto il Paese.

Affascinati da questi due poeti accettammo di definire una collaborazione la quale ha portato alla realizzazione di un Centro di Oncologia Pediatrica che, a distanza di ventisette anni, ha raggiunto un buon livello ed è inserito in un programma internazionale.

Sempre nello stesso ospedale, dopo circa quindici anni, il professor Fabio Sereni ha avviato un programma di nefrologia che ha raggiunto un buon livello di efficienza, arrivando a eseguire il trapianto di rene.

L'Ospedale "La Mascota" è diventato, da oltre venti anni, una sede dove si sono avvicendati numerosi specializzandi e più recentemente anche studenti. Il tempo di permanenza è stato per lo più breve, solitamente di tre-quattro mesi, più raramente di sei.

Ci si può chiedere se tale forma di esperienza sia stata positiva per la formazione di questi giovani medici. Il giudizio degli interessati è stato favorevole per vari motivi: l'accoglienza è stata molto familiare e collaborativa, hanno conosciuto una realtà sanitaria molto differente per risorse molto limitate e una medicina essenziale. Inoltre hanno potuto confrontarsi con situazioni che hanno favorito una crescita professionale e una maggiore autonomia e capacità decisio-

nale. Una preziosa esperienza di vita che ha consentito di conoscere la storia di un Paese che, nonostante la grande povertà, ha una notevole ricchezza culturale. Ne sono esempio due poesie, rispettivamente di una poetessa nicaraguense e di un poeta uruguayano (box), che offrono un'idea di quanto si possa apprendere in America Latina.

Sintetizzando, si può affermare che tempi di permanenza anche brevi sono utili come esperienza non solo medica ma anche culturale, a patto che il giovane medico venga accolto in sedi dove è avviato un programma di collaborazione ben consolidato.

Tornando agli specializzandi di ONSP, dimostratisi motivati e capaci di realizzare una prima indagine, viene sponta-

neo proporre una seconda iniziativa: realizzare il censimento delle numerose iniziative che in Italia sono operative da numerosi anni. Da quelle più essenziali a quelle più strutturate. Tra queste si può annoverare la realizzazione della Gulu University di Medicina realizzata in Uganda da Luigi Greco.

Questo censimento farebbe meglio conoscere la ricchezza di tali iniziative, potrebbe essere un ulteriore incentivo per altre realtà universitarie o ospedaliere e offrire a giovani medici la possibilità di accedere a una esperienza che, è auspicabile, venga sempre più frequentemente affrontata anche nel contesto del curriculum formativo delle Scuole di Medicina e Scuole di Specialità.

Giuseppe Masera

Box

RICORDANDO GUILLEN

Affermazioni per spiegare la morte di un bambino

... Questo bambino è morto anche di me e di te che intrichiamo i nostri piedi in carte e discorsi quando bisogna correre a pugnalarlo la sua morte.

Ora che ci è scappato dalle mani come un piccolo insetto meraviglioso che sfugge irrimediabilmente aiutami a riaggiustarmi nel mondo perché la morte di un solo bambino è una condizione terribilmente sufficiente e urgentemente necessaria a riaggiustare il mondo.

Bisogna allora accomodare viti e rimuovere molle e rovesciare strutture e indicare colpevoli con nome e cognome e conto bancario.

Aiutami perché ho paura di odiare non mi importa dell'amore se muore un bambino.

Marianna Blanco

QUE PASARÍA

"Che succederebbe se un giorno risvegliandoci scopriremmo di essere in maggioranza? Che succederebbe se all'improvviso un'ingiustizia, una qualsiasi, venisse ripudiata da tutti, da tutti noi, da tutti non da alcuni, da pochi, ma da tutti? Che succederebbe se invece

di essere così divisi ci moltiplicassimo, sommandoci tra noi sottraendoci al nemico che ci sbarra la strada? Che accadrebbe se ci organizzassimo e allo stesso tempo affrontassimo senza armi, in silenzio in moltitudini, in milioni di sguardi, la faccia degli oppressori, senza lodi né plausi, né sorrisi, senza pacche sulle spalle, senza sigle di partito, senza slogan? Che succederebbe se io chiedessi di te che sei lontano, e tu di me che sono lontano, ed entrambi degli altri che sono molto ma molto lontani e gli altri di noi anche se siamo lontani? Che succederebbe se il grido di un continente fosse il grido di tutti i continenti? Che accadrebbe se abbattessimo le frontiere e marciassimo e marciassimo e marciassimo e continuassimo a marciare? Che accadrebbe se bruciassimo tutte le bandiere per conservare soltanto una, la nostra, quella di tutti, o meglio nessuna perché non ne sentiamo il bisogno? Che accadrebbe se per un istante smettessimo di essere patrioti per diventare esseri umani?"

Mario Benedetti
(Paso de los Toros,
14 settembre 1920 - Montevideo,
17 maggio 2009
(traduzione di M.F.)

Ci scusiamo con i lettori per il ritardo dovuto alla pubblicazione di due numeri speciali e riprendiamo la rubrica dedicata alle vostre lettere. Contiamo di riceverne numerose a testimonianza del vostro indispensabile contributo.

Diritti negati

L'articolo 6 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo (CRC) parla di "diritto alla vita, alla sopravvivenza, allo sviluppo". L'attenzione dei pediatri è oggi più che mai rivolta allo sviluppo. Forti delle loro conoscenze e delle loro esperienze si rendono conto delle tante problematiche sociali che minacciano il futuro dei bambini negando loro, tra l'altro, l'opportunità di esprimere i potenziali genetici.

Penso ai bambini in carcere con le madri detenute – attualmente in Italia intorno a 60 nonostante da più parti si sia protestato e si siano approvate leggi (Finocchiaro 2001) che propongono varie alternative –; piccoli nomadi esposti allo spettacolo drammatico dello smantellamento delle loro baracche, abitazioni precarie ma sufficientemente protettive, e alla conseguente disgregazione della famiglia. Quali uomini e quali donne potranno svilupparsi da queste esperienze di vita così negative? Penso soprattutto al clima di intolleranza e rifiuto che li minaccia direttamente e attraverso l'umiliazione dei loro genitori.

Il Codice per la tutela della salute di cui parla Anna Maria Falasconi nella rivista *Quaderni acp* del bimestre maggio-giugno (n. 3/2013) dimostra la sensibilità dei pediatri di fronte a realtà che minacciano la salute e il processo evolutivo del bambino: vorrei aggiungere queste mie testimonianze e il disagio che ne provo quale pediatra.

Fernanda Di Tullio

Cara Fernanda,
grazie per la preziosa testimonianza.

Tra metodo e contenuto

Leggiamo sul numero di maggio-giugno 2013 di *Quaderni acp* un bell'articolo di Panza, Brusadin, Reali e Toffol: "Come ricercare velocemente un articolo scientifico evidence based sul web". Metodologicamente l'articolo non fa una grinza, o quasi. Il quesito clinico è: una mamma può usare il succhiotto per calmare il bambino senza che ciò comprometta l'allattamento materno? Gli Autori giustamente cercano la risposta dapprima sulla

Cochrane Library, poi su altri database. Nonostante abbiano accesso solo all'abstract della revisione Cochrane¹ si dicono soddisfatti di quanto hanno saputo e si apprestano a dare risposta alla mamma. Non rivelano quale essa sia, ma se hanno optato per le conclusioni degli Autori, come sembra di capire, dovrebbe essere questa: "l'uso del succhiotto in neonati sani a termine allattati al seno, iniziando dalla nascita o da dopo che la lattazione sia consolidata, non influenza significativamente la prevalenza o la durata dell'allattamento al seno esclusivo o parziale fino a 4 mesi di età. Tuttavia, non ci sono evidenze per valutare difficoltà di allattamento a breve termine da parte della madre ed effetti a lungo termine dell'uso del succhiotto per la salute del bambino".

Peccato che vi siano molti dubbi su queste conclusioni e sulla revisione in generale. Se gli Autori avessero avuto accesso al testo completo, avrebbero notato a pagina 18 un commento di Di Mario, Cattaneo, Basevi e Magrini che mette in serio dubbio: a) la scelta dei trials da includere/escludere nella revisione; b) la meta-analisi condotta dagli Autori della stessa; c) il non aver preso in considerazione il grave conflitto d'interessi del trial che, per il suo peso, influenza maggiormente i risultati (finanziato, disegnato e condotto, attraverso un sistema a scatole cinesi, da una nota ditta austriaca di succhiotti) e d) l'interpretazione dei risultati. Avrebbero poi notato che la revisione iniziale, del 2011, era stata leggermente modificata circa un anno dopo (e noi, che siamo tra gli Autori del commento, sappiamo quanta fatica ci è costato costringere la Cochrane Library a far ciò), ma senza prendere totalmente in considerazione le nostre critiche. Presi da curiosità, gli Autori dell'articolo di *Quaderni acp* avrebbero cercato altre revisioni Cochrane degli stessi Autori e avrebbero scoperto che sono abbonati a condurre revisioni di dubbia affidabilità su simili argomenti².

Da questo esercizio si potrebbero trarre due conclusioni:

a. non fidarsi degli abstract; regola che vale per tutta la letteratura scientifica, non solo per le revisioni Cochrane;

b. le revisioni Cochrane non sono la bibbia; anche questa conclusione è generalizzabile.

Infine, quando si tratta di questioni che riguardano la fisiologia, a volte non è necessario ricorrere all'evidence based sul web.

Adriano Cattaneo, Simona Di Mario

¹ Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;7:CD007202. doi: 10.1002/14651858.CD007202.pub3.

² Jaafar SH, Lee KS, Ho JJ. Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD006641. doi: 10.1002/14651858.CD006641.pub2.

Grazie per la lettera che ci offre la possibilità di ritornare a discutere di EBM. Lo scopo dell'articolo è di invitare un pediatra ambulatoriale a ricercare prove di efficacia sul web. L'articolo propone un primo approccio, un metodo per iniziare a entrare nel mondo dell'EBM. David Sackett parla di quel clinico che può dedicare meno di sessanta minuti allo studio ogni settimana e che necessita di risposte evidence-based ogni giorno.

Non dobbiamo prendere in considerazione la disponibilità della lettura degli abstract della Cochrane Library? Questo database è a pagamento e il pediatra di famiglia (PdF) è in difficoltà nell'accesso a banche dati a pagamento o a riviste scientifiche internazionali a causa di costi già poco sopportabili anche da parte delle istituzioni pubbliche: un fatto che non abbiamo ignorato, portandolo all'attenzione del lettore. Inoltre, chiedere a un PdF di leggere criticamente una revisione lunga un centinaio di pagine o più è come dire che l'EBM è un affare per quei pochi eletti che vivono in una torre d'avorio.

È vero che la Cochrane non è la bibbia, ma è sostanzialmente il meglio con cui oggi abbiamo a che fare nel mondo della letteratura scientifica secondaria. Gli Autori dell'articolo avevano accesso e avevano letto il testo completo delle due revisioni. La critica di Di Mario e coll. era stata accolta nella versione citata nell'articolo anche se la Cochrane Collaboration non ha ritenuto di ritirare

la revisione, che tuttora è presente nel database.

Per completezza riportiamo anche le conclusioni della seconda revisione che raccoglie ricerche differenti da quelle prese in considerazione dalla Cochrane: "The highest level of evidence does not support an adverse relationship between pacifier use and breastfeeding duration or exclusivity. The association between shortened duration of breastfeeding and pacifier use in observational studies likely reflects a number of other complex factors, such as breastfeeding difficulties or intent to wean. Ongoing quantitative and qualitative research is needed to better understand the relationship between pacifier use and breastfeeding".

Abbiamo trovato quindi due revisioni sistematiche che rispondevano esattamente al nostro quesito: di questo eravamo soddisfatti.

Quale risposta diamo alla mamma: le prove di efficacia non prendono decisioni, un concetto ben noto ai cultori dell'EBM e a chi svolge attività clinica. L'intervento di sostegno all'allattamento è un impegno ambulatoriale dove vanno considerate e riconosciute molteplici dinamiche familiari e dove il pediatra non si limita a una semplice prescrizione e agisce all'interno di una rete.

Tuttavia la lettera va più a fondo: le revisioni sistematiche sono credibili? La letteratura scientifica, più in generale, quanto è affidabile? È l'enorme problema del finanziamento della ricerca, della trasparenza dei dati e della presenza di conflitti di interesse su cui non ci permettiamo di discutere in questa risposta, anche se è un tema che affrontiamo quotidianamente attraverso la Newsletter pediatrica.

Ci auguriamo che altri lettori si siano cimentati con la ricerca e attendiamo con interesse il loro parere.

Costantino Panza, Laura Reali,
Laura Brusadin, Giacomo Toffol

Pannolini ecologici

Scrivo a nome di "Primainfanzia.it", shop online di prodotti per l'infanzia: vorremmo, se possibile, essere inseriti all'interno del suo articolo "I pannolini ecologici salvano l'ambiente e costano meno", presente nel sito di ACP a questo indirizzo: <http://db.acp.it/Quaderni2007>.

[nsf/a8a5dc61c3e15237c1256f9e002f9c64/a19b3dfd12cbaea8c125753e00391990/\\$FILE/274.pdf](http://www.primainfanzia.it/infanzia/pannolini/pannolini-lavabili.htm), in quanto anche noi come i nostri concorrenti vendiamo pannolini lavabili (<http://www.primainfanzia.it/infanzia/pannolini/pannolini-lavabili.htm>).

Se non fosse possibile la preghiamo di tenerci in considerazione per un'eventuale futura lista di e-commerce volta all'acquisto di pannolini lavabili (<http://www.primainfanzia.it/>).

Le auguro una buona giornata e resto a sua disposizione per ogni chiarimento.

Marco Visentini

Ufficio Marketing Webster, Webster Srl
Via S. Breda, 26
35010 Limena (PD) – Italia

Gentile dott. Marco Visentini,

La ringraziamo della comunicazione che ci ha mandato. La presenza sul mercato di un'altra azienda che mette a disposizione dei genitori pannolini lavabili, permettendo un maggior rispetto dell'ambiente e un notevole risparmio (dai 1000 ai 1400 euro a figlio) per le famiglie, non può che farci piacere. Lei ci chiede di essere inserito nell'articolo che nel 2008 scrissi per questa Rivista. La redazione risponde che purtroppo non è possibile in quanto non si può modificare un articolo pubblicato sia in versione cartacea che on line. L'attenzione dell'ACP alla promozione dell'uso dei pannolini ecologici e lavabili è sempre viva. Le confermiamo, quindi, la disponibilità a inserire lo shop on line di "primainfanzia.it" con modalità da concordare.

Maria Edoarda Trillò

Internet e Social media

Egregio Direttore,

la lettura sul n. 3 (maggio-giugno 2013) di *Quaderni acp* delle "Info per genitori", riguardo all'utilizzo da parte dei ragazzi di **Internet e Social media**, mi sollecita a esprimere alcune riflessioni e a consolidare alcune vostre indicazioni attraverso nostre recenti esperienze professionali, che aiutano ad avere uno sguardo più ampio rispetto alla quotidiana esperienza di ognuno di noi.

Computer, cellulari e videogame sono parte integrante della vita dei bambini nativi digitali.

Utili, nelle corrette modalità, per giocare, fare i compiti e scoprire il mondo. La

tecnologia è un'amica che conoscono e di cui si fidano, anche quando devono affrontare sfide difficili, come il cancro. Ma oltre a essere di compagnia, la tecnologia può davvero aiutarli a rimanere in contatto con le realtà più care, amici, scuola, sport, anche durante i percorsi di cura.

L'istruzione primaria rappresenta un diritto fondamentale per ogni bambino e attraverso la rete oggi è possibile sostenere la formazione a distanza. Seguire il corso di studi, mantenere l'aggiornamento dei contenuti didattici, consentire l'interazione immediata, attraverso la videochat, con i propri compagni e docenti è un'esperienza sempre più diffusa negli ospedali italiani.

Sono sempre più numerosi videogiochi e applicazioni per smartphone che aiutano i bambini malati e le loro famiglie a conoscere la patologia ma anche a combattere la solitudine e l'isolamento. All'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma, di recente, per migliorare l'accoglienza dei giovani pazienti colpiti da osteosarcoma, è stata allestita una postazione web per "le lezioni" ai piccoli pazienti. Grazie all'iniziativa "Adottiamo un ospedale – insieme si cresce", è nata la collaborazione tra la scuola I.C. Frignani del XII Municipio di Roma e l'Ortopedia Oncologica dell'Istituto, al fine di mettere al servizio dei bambini e dei ragazzi ricoverati nel reparto un team di docenti volontari di scuola primaria e di scuola media. Gli insegnanti presenti in campo e a distanza contribuiscono a un processo curativo-educativo condiviso con tutte le figure dell'Istituto e con la supervisione dello psicologo. Si può così sostenere il percorso di crescita dei ragazzi anche durante i ricoveri. Grazie a una semplice webcam si realizza un progetto, un ponte tra la scuola e l'ospedale.

La postazione dotata anche di videogiochi è nella stanza "Il giardino di Valentina", decorata e allestita secondo precise richieste di Valentina, una ragazza affetta da un osteosarcoma. Oggi grazie alla generosità dell'Associazione di volontariato "Rukije" e dei parenti e amici di Valentina, i giovani ospiti interagiscono con altri ragazzi e giocano con strumenti familiari in un ambiente colorato e accogliente che rende più lieve la permanenza in ospedale. Chi vuole può scorre-

re l'album fotografico della presentazione ufficiale su questo sito: <http://www.youtube.com/watch?v=Buh2UfoSB88&list=UUE0h2bCsZ7QcXO6bllmVEiA&index=3>.

Molto simile è il Progetto Desirée, promosso dall'Associazione Donatori e Volontari del personale della Polizia di Stato, che ha messo a disposizione dei pazienti dell'Ematologia del "Regina Elena", in isolamento per il trapianto di midollo, cinque pc dotati di webcam. Anche qui l'iniziativa è nata dal temperamento di Desirée, diciassettenne che per curarsi è stata costretta, per un lungo periodo, a vivere lontana dalla sua città e dai suoi amici, mentre oggi chatta con chi sta vivendo la sua stessa esperienza. Garantire il diritto allo studio, ovviare a situazioni di emarginazione, contribuire a 360 gradi alla guarigione del bambino significa mettere la persona al centro di tutte le attività e umanizzare le cure. Sono queste le motivazioni che consentono alle Istituzioni, con il prezioso supporto delle Associazioni di volontariato, di realizzare i progetti proposti dai pazienti stessi e dai loro familiari. Ospedale, scuola, famiglia e associazioni: insieme si può fare molto di più.

Lorella Salce

Capo Ufficio Stampa IFO

Istituto Nazionale Tumori Regina Elena

Istituto Dermatologico San Gallicano

Tel. 06 52662753 - 348 5294272@LorellaSalce

Via E. Chianesi, 53 - 00144 Roma

www.ifo.it

<https://twitter.com/IREISGufficiale>

<http://www.youtube.com/user/UfficioStampaIFO>

www.facebook.com/ReginaElenaSanGallicanoIFO

Ringraziamo per averci portato a conoscenza di questa bella esperienza che conferma la possibilità di usare Internet e Social media con profitto.

"Danza lenta"

Alla cortese attenzione della Redazione, segnalo che la poesia *Danza lenta* di pagina 43 del primo numero 2013 di *Quaderni acp* viene fatta girare via mail come scritta da un'adolescente malata mentre è un grossa bufala che gira da anni sul WEB. Cordialmente

Chiara Di Francesco, ACPM

Cara Chiara,

ti ringraziamo della precisazione e della tua attenta lettura.

Un pensiero sistemico

A proposito del dibattito sulla pediatria presente e futura. Non è facile capire quali siano i bisogni di salute. L'aria, l'acqua, il cibo "puliti" lo sono? Chi vive in un casermone di periferia avrebbe bisogno di vivere in un ambiente meno brutto e più umano? Ed è un bisogno che avverte? Il professor Biasini segnala la mancanza di pediatri (*Quaderni acp* 2012, vol. 19, n. 6), e la conseguente necessità di ampliare l'attività dei pediatri di famiglia (PdF) esistenti, ma qualcuno parla mai di programmare il numero di medici e specialisti in base alle necessità del Paese? Si tratta o no di un bisogno di salute?

La crisi d'identità della pediatria penso derivi in gran parte dallo "smarrimento" che suscita la quasi scomparsa delle malattie gravi (bisogni "veri") e, quasi in parallelo, l'incremento di richieste, le più incredibili, ormai in molti casi lontane dalle competenze strettamente mediche – bisogni "para-sanitari" di rassicurazione e di conferma nelle funzioni genitoriali, che comunque rappresentano il 90% dell'attività del pediatra di libera scelta (PLS) –; richieste che fanno "annegare" Pronto Soccorsi pediatrici e PLS, in un mare di codici bianchi che più bianchi non si può (bisogni "falsi"?). Non so se chi ha l'arduo compito di indirizzare la politica sanitaria conosca "l'aria che tira" in queste "trincee"...

L'incremento dell'orario di apertura degli ambulatori dei PLS porterà inevitabilmente a un aumento delle prestazioni e non a uno sgravio dei servizi dedicati al 1° livello di assistenza. È infatti noto che il consumo di sanità aumenta con l'aumento dell'offerta. Al di là delle belle intenzioni sugli interessi prioritari del cittadino, anche nella sanità ognuno "vende quello che ha o quello che sa". Ed è così anche per l'ecografia delle anche, per lo screening neonatale del QTc lungo, per l'ecografia all'esofago per evidenziare il reflusso fisiologico, o per i plantari per i piedi piatti, o per l'ecografia renale o cerebrale a tutti i neonati, o ai prematuri, ecc. Non me ne voglia Franco Mazzini, ma anche gli ambulatori di adolescentologia se ci sono... "fanno i numeri", anche se questo non significa negare che l'intervento di un operatore competente e con un'adeguata formazione non possa essere importante per la storia personale di un

adolescente. In fondo su questo offrire un servizio e quindi stimolarne il consumo, conta anche il nuovo pediatra che inizia a lavorare in un territorio... Alcuni anni fa l'allora primario di PS pediatrico di un ospedale friulano (credo il "Burlo") ci mostrava in un incontro a Cesena, come anche dopo l'ampliamento della disponibilità oraria degli ambulatori dei PLS, le prestazioni di PS pediatrico avessero continuato a crescere allegramente. E chi offre di più di solito "vince". Una collega mi raccontava di una sua ex paziente ormai adolescente, che salutandola le descriveva con entusiasmo l'operosità del nuovo medico: "Finalmente!... non mi dà solo la Tachipirina!".

Gino Gumirato, consulente di Obama per la riforma sanitaria americana, quando alcuni anni fa era direttore di un'ASL cagliaritano, riportando i dati di utilizzo dei servizi, ha evidenziato in modo chiaro come le prestazioni cambiassero da distretto a distretto, a seconda della presenza o meno di specifici servizi, reparti, ecc. con poco riguardo a che i presidi sanitari rispondessero a esigenze diffuse del territorio o all'appropriatezza diagnostica e terapeutica.

L'altra faccia della stessa medaglia di una sanità che chiede agli operatori "maggiore produttività" in modo così populistico e poco ponderato è rappresentata dai tagli lineari di Monti/Bondi a molte strutture sanitarie, prescindendo da bisogni del territorio e appropriatezza delle cure, che si tradurranno, e in parte già lo vediamo, in perdita di assistenza e cure per persone con seri problemi di salute, e nell'arricchimento della sanità privata, con aumento della disparità fra classi sociali nell'accesso ai servizi sanitari. Mi sembra che il "mantra" della continuità assistenziale, cioè chiedere ai pediatri di gestire un ambulatorio 8-20, venga ripetuto in questi anni un po' come la soluzione a tutti i mali (telegiornali che inneggiano al coraggio del ministro Balduzzi: "Finalmente il medico di famiglia 24 ore su 24", ecc.), senza, ancora una volta, andare a guardare esigenze vere e appropriatezza delle risposte. Ricorda un po' il TAV Torino-Lione che bisogna fare a tutti i costi, non si sa più perché. Vengono in mente altre "parole d'ordine", il luogo comune quasi indiscusso dell'aumento della produttività, cioè più lavoro per gli stessi soldi; insomma la

“cinesizzazione” del lavoro che anche gli operatori sanitari stanno imparando a conoscere sulla propria pelle.

L'apertura prolungata degli ambulatori di pediatria indurrà i genitori a sentirsi più sicuri e autonomi e a rinunciare alle visite inutili in PS? All'abuso/spreco di risorse? Il messaggio sarà probabilmente di ulteriore enfasi verso la medicalizzazione della vita quotidiana, il ricorso sistematico al dottore, come si va al supermercato, anzi meglio perché non costa nulla, con una dequalificazione ulteriore della nostra professione? La “modernità”, la “civiltà” di una società sono misurate ormai con gli orari di apertura dei servizi, ma quali servizi? A quali bisogni rispondono se le patologie gravi sono ridotte al lumicino? Non rischiamo di rispondere con ulteriore medicalizzazione e prescrizioni inutili? Un medico molto presente prescriverà inevitabilmente di più, renderà meno autonomi i propri pazienti, svolgerà meglio il ruolo di tramite fra popolazione e industria farmaceutica... (il “fare meglio con meno” non è un tema ricorrente in *Quaderni acp* oltre che in *M&B*?). Non credo nemmeno che una migliore presa in carico dei problemi dei (pochi) malati cronici richieda più ore di ambulatorio piuttosto una disponibilità a una visita domiciliare, a un contatto con il centro di riferimento, l'elasticità mentale di condividere competenze specifiche e conoscenza del territorio con i colleghi, nel caso di un'auspicabile pediatria di gruppo.

Sulla questione dei gruppi, non credo che siano di per sé un valore, specie se si traducono nella mera condivisione muraria. Sarà importante che, come per i singoli pediatri, i gruppi si aprano all'esterno, con formazione e aggiornamenti qualificati e si vadano a cercare rapporti di collaborazione con 2° e 3° livello affidabili. Importanti a questo proposito sono le reti che si sviluppano fra professionisti, e fra questi e i cittadini, nei vari ambiti sanitari e nelle diverse specialità mediche. Il punto di riferimento di un centro che forma e supporta la “periferia” dei medici di base e promuove l'autogestione dei pazienti, come nel caso di Giorgio Longo per l'asma o di Stefano Martellosi per la celiachia, e chissà quante altre simili esperienze esistono nelle diverse realtà, rappresentano esperienze positive e indicano un metodo che credo sia da diffondere. La stessa iniziativa della formazione

on-line promossa da quest'anno dall'ACP mi sembra che possa avere questo significato di confronto/collegamento.

Importante sarebbe che anche il gruppo contribuisse a uscire dall'isolamento quasi autistico di pediatri e genitori, nel quale la prescrizione o l'autoprescrizione di farmaci inutili diventano la “quotidiana normalità”, l'ovvia, automatica risposta a qualsiasi bisogno.

A proposito della formazione dei colleghi della continuità assistenziale notturna e festiva, credo che sarebbe importante una formazione specifica pediatrica, più ancora che sull'emergenza, sulla gestione delle patologie più comuni. Una conoscenza del bambino sano (frequentando l'ambulatorio del PLS?) per inviare ogni sospetto di patologia grave in ospedale, e una buona digestione per esempio del libretto “PROBA”, frutto, di qualche anno fa, appunto, di un meritevole lavoro in rete nella regione Emilia-Romagna, poco noto agli stessi pediatri, e che potrebbe rappresentare un vero “manuale d'uso” del bambino ammalato per i colleghi della “Guardia Medica”. Alessandro Ventura parlava a Trieste della necessità di un governo nella indicazione dei farmaci biologici, di qualcuno cioè che “faccia il patto col diavolo” e si assuma in sede politico-organizzativa la responsabilità di difficili scelte orientate dall'appropriatezza e dalle priorità. Credo che questo difficile impegno tocchi ai nostri amministratori in modo più ampio nell'organizzazione di tutta la sanità; e per questo devono necessariamente confrontarsi con gli operatori oltre che con i cittadini.

Alberto Neri, PLS, Ferrara

Caro Alberto, la tua lettera tocca diversi punti nevralgici a partire dai veri bisogni dei bambini che non sempre coincidono con le risposte della pediatria. A nostro avviso le risposte a problemi complessi sono sempre a carico del Sistema Sanitario non avulso dalla Società. In un capitolo del bel libro OMS e diritto alla salute: quale futuro, a cura di Adriano Cattaneo e Nicoletta Dentico, Fabrizio Tediosi e Don de Savigny si soffermano sul pensiero sistemico per trasformare la salute globale e affermano che il pensiero sistemico può aiutare a comprendere e a governare la complessità nell'ambito della salute. Siamo del tutto d'accordo e aspettiamo interventi da parte di altri lettori. ♦

A TABIANO 23 (21-22 FEBBRAIO 2014) TRE NOVITÀ

Cari amici di Tabiano, volete collaborare a due nuove iniziative?

Vi invitiamo, in particolare gli specialisti, a inviarci abstract di ricerche, casi clinici, esperienze e progetti da presentare al Convegno.

Il testo va contenuto in una pagina formato A4, carattere 11 punti font Arial, interlinea singola.

Gli abstract accettati verranno presentati o come poster o come presentazione orale in una sessione del Convegno. I migliori cinque saranno poi pubblicati su *Quaderni acp* e gli altri su *Appunti di Viaggio*.

Il primo autore di ogni abstract accettato avrà iscrizione gratuita al convegno. Gli abstract vanno inviati via mail, **entro e non oltre il 31 gennaio 2014**, alla segreteria scientifica “Tabiano Giovani”:

Matteo Bramuzzo
(bramuzzo.m@gmail.com);
Sara Fornaciari
(sarafornciacari82@yahoo.it);
Laura Leoni
(lauraleoni19@gmail.com).

Altra novità è l'**Abbecedario della pediatria**.

Vi invitiamo a presentare brevi contributi attinenti alla pediatria (riflessioni sul presente, previsioni sul futuro, speranze, delusioni e altro...) partendo da parole che, per il 2014, inizino con la lettera A (ad es. Africa, adolescenza, autismo ecc.).

Il testo di max 400 parole va spedito **entro e non oltre il 10 febbraio 2014** a leopoldo.peratoner@tin.it.

Agli autori verrà data comunicazione dei contributi accettati per la presentazione orale nella sessione dedicata (tempo 4 minuti ciascuno, max 3 diapo).

MOSTRA DI DISEGNI DI FRANCO PANIZON

Nella sede del Convegno, si terrà una mostra dei disegni di Franco Panizon aperta agli iscritti.

INDICE DELLE RUBRICHE

Aggiornamento avanzato

Relazione tra espansore rapido del palato e respirazione	1	26	L. Lombardo
La genetica in gastroenterologia pediatrica (parte 1ª)	3	128	M. Fornaro, E. Valletta
La genetica in gastroenterologia pediatrica (parte 2ª)	4	178	M. Fornaro, E. Valletta
Saturazione sensoriale: semplice ed efficace contro il dolore procedurale del neonato	5	23	C.V. Bellieni, et al.
La pelle è un organo sociale	6	258	C. Panza

Angolo della comunità (I')

Prevalenza, persistenza, correlazioni sociodemografiche e severità dei disturbi mentali (DSM-IV) in un campione di adolescenti nordamericani

2	76	Red
---	----	-----

Bambino e la legge (il)

Il consenso informato del minore. Aspetti generali e casi pratici	2	84	A. Tognoni
Il Garante per l'infanzia	5	227	A. Tognoni

Caso che insegna (il)

I bambini dalla pelle ustionata	4	181	P. Siani, et al.
Giacomo è acondroplastico e sta pensando all'allungamento degli arti. "Ne vale la pena?"	5	232	P. Levi, et al.
Artrite e celiachia: due malattie in una?	6	265	F. Cuoco, et al.

Congressi controllo

Accogliere, affiancare, facilitare: la pediatria di Marina	2	91	ACP Friuli Venezia Giulia
Newsletter: leggere e ragionare sulla letteratura	2	91	N. Sansotta
La Sanità tra ragione e passione.			
Da Alessandro Liberati 6 lezioni per i prossimi anni	2	95	L. Reali
"Prepare for Life! - Raising Awareness for Early Literacy Education". Cosa c'è da imparare?	3	141	A. Sila, G. Tamburlini
"La sindrome dei monelli": un documentario utile per la formazione	6	280	G. Biasini
I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia	6	280	L. Reali
Relazione del Garante per l'infanzia: "Senza investimenti, i nostri bambini sono senza diritti"	6	281	L. Vazza
"IMPACT proactive: closing the gap"	6	280	L. de Seta

Documenti

L'ACP difende le banche pubbliche del latte umano	4	191	A. Biasini, P. Siani
Richiesta di istituzione di una Commissione per l'Infanzia e per l'Adolescenza	4	191	A. Saulini

Editoriale

La FAD di <i>Quaderni acp</i> : il perché di una scelta	1	1	M. Gangemi
L'adolescenza è al centro delle politiche di salute e sviluppo?	1	2	G. Biasini
Questo SSN è sostenibile? Il pessimismo della ragione e l'ottimismo della volontà	2	49	G. Biasini
Conferenza a Rio sullo sviluppo sostenibile "Rio+20": The future we want	2	50	A. Biolchini, et al.
Newsletter pediatrica: il percorso continua	3	97	C. Panza
Pediatria e Medicina generale: è così difficile parlarsi?	3	98	P. Elli
A mani ferme	3	99	P. Siani, C. Berardi
"Fare meglio con meno" dalla via Emilia al West	4	145	G. Biasini
La formazione di <i>Quaderni acp</i> per un pediatra riflessivo	4	146	M. Gangemi
"Less in more": migliorare la qualità dell'assistenza con meno risorse	4	147	A. Cartabellotta
ENBe: imparare facendo	5	193	M. Gangemi, P. Siani
Trasparenza fa rima con indipendenza	6	241	M. Bonati
25° Congresso nazionale ACP	6	242	P. Siani

Esperienze

Bruciare i rifiuti: la Valle d'Aosta dice di no all'incenerimento nel rispetto della Direttiva UE	2	77	M. Debernardi
---	---	----	---------------

Fare meglio con meno

Qualità delle cure e costi in pediatria	4	148	S. Di Mario, et al.
---	---	-----	---------------------

Farmacipi

Ridurre lo spread nella prescrizione dei farmaci, per rendere più sostenibile il Servizio sanitario nazionale	1	36	A. Clavenna
---	---	----	-------------

Steroidi, antinfiammatori e tossicità gastrointestinale:

una buona ragione per prescriverli solo quando necessario	2	89	A. Clavenna, et al.
Macrolidi ed eventi avversi cardiovascolari: si moltiplicano i segnali di allarme	3	136	A. Clavenna, et al.
Generi e bambini... Yes, we can!	4	184	A. Clavenna, et al.
Farmaci contraffatti: non è solo un problema dei Paesi in via di sviluppo	6	275	A. Clavenna, et al.

Film

FacCINE. Il perché di una scelta	1	40	I. Spada
Il primo film saudita diretto da una donna. <i>La bicicletta verde</i>	2	91	I. Spada
Viaggio in una terra dove perdersi e ritrovarsi. <i>Un giorno devi andare</i>	3	140	I. Spada
Miele e fiele nell'opera prima di Valeria Golino. <i>Miele</i>	4	187	I. Spada
Rapidità e indugio. <i>Salvo</i>	5	240	I. Spada
Storie di vita nell'anello di Saturno. <i>Sacro GRA</i>	6	278	I. Spada

Formazione a distanza (FAD)

Malattie infiammatorie croniche intestinali	1	3	E. Valletta, M. Fornaro
Otite media acuta: diagnosi, prevenzione e trattamento	2	51	S. Conti Nibali
La polmonite in età evolutiva: dalla diagnosi alla terapia	3	100	L. de Seta, et al.
La Porpora Trombocitopenica Immune (PTI)	4	154	M. Spinelli, et al.
Le infezioni urinarie del bambino	5	205	L. Peratoner
Iperteroidismo subclinico in età pediatrica	6	243	M. Pocecco

Forum

La procreazione medicalmente assistita in Italia	3	113	G. Scaravelli
Le tecniche di procreazione medicalmente assistita	4	172	S. Dessole
Il difficile volo della cicogna.			
PMA, genitori per merito della scienza	5	216	L. Vazza

Info

Decalogo per i cittadini sugli interferenti endocrini	1	24	Red
Italia agli ultimi posti nel corretto uso degli antibiotici	1	24	Red
Complimenti al Distretto sanitario di Sondrio	1	24	Red
Eletto il nuovo Presidente dell'AICPAM	1	25	Red
Il futuro digitale dell'assistenza sanitaria	1	25	Red
Diritti delle madri lavoratrici	2	74	Red
Violazioni del Codice sui social network	2	74	Red
Comitato ONU, eletti i nuovi membri	2	74	Red
Trattamento con l'ormone somatotropo in Italia	2	74	Red
Una nuova iniziativa del BMJ sugli studi non pubblicati	2	75	Red
Farmacovigilanza U.E.	3	126	Red
A proposito di immigrazione	3	126	Red
Alimentazione complementare	3	126	Red
Centrali di carbone in aumento nonostante tutto	3	126	Red
C'è speranza per uno smart phone etico?	3	126	Red
Genitori gay, bisessuali e lesbiche	3	127	Red
Il 10° Rapporto Osservasalute	3	127	Red
Pubblicità al latte artificiale	5	230	Red
Morbillo in Italia negli anni 2010-2011	5	230	Red
Welcome in CFDB!	5	230	Red
Inquinanti chimici nel latte materno	5	230	Red
Dal variegato mondo dell'industria farmaceutica	5	231	Red

Informazioni per genitori

Lo sviluppo del linguaggio	1	37	A. Brunelli, et al.
Asilo nido e malattie ricorrenti	2	90	A. Brunelli, et al.
Internet e Social media: che rischi ci sono?	3	137	A. Brunelli, et al.
Mio figlio non mangia frutta e verdura	5	236	S. Manetti, et al.

Lettere

A proposito di Pediatria e di diciottenni	1	48	F. Ciotti
I libri non sono cure	2	96	M. Lunelli
A proposito di acque minerali...	3	143	L. Piermarini
Sids e cosleeping	3	143	I. Migliorini

Informazione indipendente sui farmaci	3	143	S. Conti Nibali	Cambio del medico all'età di 14 anni: quali informazioni dal PLS al MMG?	3	132	Gn. Passerini, Gu. Passerini
"In Vitro", un progetto sperimentale di promozione alla lettura	3	144	Ed. Angolo Manzoni	I trattamenti comportamentali per l'insonnia del bambino	6	268	M.L. Tortorella
Diritti negati	6	284	F. Di Tullio	Research letters			
Tra metodo e contenuto	6	284	A. Cattaneo, S. Di Mario	Umanizzazione delle cure in età pediatrica e assistenza psicologica integrata in Medicina Nucleare	4	166	L. Nadalini, et al.
Pannolini ecologici	6	285	M. Visentini	Sessione Comunicazioni orali al XXIV Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri	4	170	L. Nadalini, et al.
Internet e Social media	6	285	L. Salce	Ricerca			
"Danza lenta"	6	286	C. Di Francesco	Lo sviluppo dell'attività di lettura nella dislessia evolutiva: uno studio longitudinale	2	63	V. Savoia, et al.
Un pensiero sistemico	6	286	A. Neri	Genitori, bambini e pediatri: le rappresentazioni della genitorialità adeguata nella relazione terapeutica	3	109	A.R. Favretto, F. Zaltron
Libri				La comunicazione di diagnosi ai bambini malati e ai loro fratelli	4	161	E. Luciano
Ma che musica... in dolce attesa!	1	38	A. Apostoli	Efficacia del beclometasone nella profilassi del wheezing virale: studio ENBe	5	194	A. Clavenna, et al.
Quando i bambini sono piccoli	1	38	S. Bonino	Cosa ha significato per me partecipare a ENBe	5	201	L. Reali
ADHD in Pediatria	1	39	G.M. Marzocchi, et al.	Lo studio ENBe e il coinvolgimento delle famiglie	5	202	A.M. Fosconi
Bambini indaco e papaveri gialli	1	39	G. Bertan	Lo sviluppo delle abilità socio-conversazionali del bambino dai 12 ai 36 mesi	6	248	S. Bonifacio
Per questo mi chiamo Giovanni	2	92	L. Garlando	Salute mentale			
Il Regno di Op	2	92	P. Natalicchio	Il professor Panizon e le neuroscienze	1	21	A. Spataro
Il tempo è un dio breve	2	92	M. Veladiano	La Consensus Conference sui "disturbi specifici dell'apprendimento" (DSA) e il pediatra	2	67	A. Spataro
Il sapore delle ciliegie	2	93	G. Garrone	CHAT o M-CHAT per l'individuazione dei bambini a rischio di autismo?	5	219	M. Soldateschi, F. Muratori
Bad Pharma	2	93	B. Goldacre	Salute pubblica			
Cikibom	3	138	A. Chiucolo, et al.	Si è bambini prima di essere adolescenti	1	16	F. Mazzini, D. Senni
Tutti amano i Bebé	3	138	T. Balmès	Un Codice per la tutela della Salute da 0 a 18 anni	3	117	A.M. Falasconi
Overdiagnosed	3	138	H.G. Welch, et al.	Anche per la sanità è tempo di scelte: come individuare le priorità?	4	175	R. Lala, et al.
Perché mangiamo troppo	3	139	D.A. Kessler	Saper fare			
Il mostro buono di Bruxelles	4	188	H.M. Enzensberger	Come ricercare velocemente un articolo scientifico evidence based sul Web	3	123	C. Panza, et al.
Elogio delle frontiere	4	188	R. Debray	Scenari			
La vita semplice	4	189	E. Wiechert	PANDAS e terapia antibiotica	2	71	M.F. Siracusano, C. Panza
La paura di essere brutti	4	189	G. Pietropoli Charmet	Specializzando (Io)			
L'ebook e (è?) il futuro del libro	5	238	M. Maugeri	Tanzania: due specializzande in Pediatria all'"Health Center" di Msange	1	46	C. Turco, F. Pollini
I migliori anni della nostra vita	5	238	E. Ferrero	Da un'esperienza all'estero	3	142	S. Aversa
Il complesso di Telemaco	5	239	M. Recalcati	Specializzazione e Paesi in via di sviluppo: occasione di una grande esperienza	6	282	D. Roncati, et al.
I capolavori di Sylvia Plath	5	239	J.C. Oates	Telescopio			
Endocrinologia pediatrica nella pratica clinica	6	276	B. Boscherini, et al.	Quanto aumenta il rischio di sviluppare un tumore nei bambini esposti a esame TC?	2	68	M. Bruschettoni, L.A. Ramenghi
Trotula	6	276	P. Presciuttini	La TAC nel bambino con dolore addominale è veramente necessaria?	3	119	G. Riccipettoni, et al.
Psicopatologia e psicoterapia dei disturbi della condotta	6	277	F. Lambruschi, P. Muratori	Linee Guida a confronto: l'immagine e la ricerca (futile) della realtà	6	252	P. Rogari, L. Martelli
Perché i bambini devono ubbidire?	6	277	S. Dagerman	Vaccinacipi			
Medicina e storia				Il vaccino quadrivalente 4CMenB: immunogenicità e tollerabilità	1	34	F. Giovanetti
In queste storie ci siamo tutti. Pediatri e bambini. I maestri della pediatria in Italia raccontano	5	237	G. Cerasoli, F. Ciotti	A che punto siamo nel processo di eradicazione della polio?	2	88	F. Giovanetti
"Narrative" e dintorni				Vaccini pediatrici e sistema immunitario	3	135	F. Giovanetti
La Metodologia "Pedagogia dei Genitori" per il patto educativo terapeutico famiglia e sanità	6	260	R. Zucchi, et al.	I due vaccini anti-HPV cinque anni dopo non sembrano più tanto equivalenti	4	184	S. Di Mario, V. Basevi
Nati per Leggere				Prevenzione dell'influenza 2013-2014	6	274	F. Giovanetti
"Let's Read"	1	44	S. Manetti				
Torino: salone internazionale del libro	4	190	S. Manetti				
Decennale di "Nati per Leggere" a Chieri	6	279	Red				
Offside							
Semmelweis e l'origine della febbre puerperale	1	41	C. Panza				
Organizzazione sanitaria							
Singoli o associati per il futuro?	1	23	G. Biasini				
Osservatorio internazionale							
Una buona sanità a quale prezzo?	5	221	E. Valletta				
Il "Sogno cinese"	6	256	S. Manetti				
Punto su (il)							
Quando fare tanto è troppo, fare meno è meglio	1	29	E. Valletta, G. La Fauci				
La violenza sul bambino disabile.							
Uno sguardo nell'ombra	2	79	E. Valletta, A. Liverani				

INDICE ANALITICO

Abilità socio-conversazionali

Lo sviluppo delle abilità socio-conversazionali del bambino dai 12 ai 36 mesi 6 248 S. Bonifacio

Abuso

La violenza sul bambino disabile 2 79 E. Valletta, A. Liverani

Adolescenti

Si è bambini prima di essere adolescenti 1 16 F. Mazzini, D. Senni

Prevalenza, persistenza e severità dei disturbi mentali (DSM-IV) in un campione di adolescenti nordamericani 2 76 Red

Il Garante per l'infanzia 5 227 A. Tognoni

Appendicite

La TAC nel bambino con dolore addominale è necessaria? 3 119 G. Riccipetioni, et al.

Appropriatezza

Quando fare tanto è troppo, fare meno è meglio 1 29 E. Valletta, G. La Fauci

Artrite

Artrite e celiachia: due malattie in una? 6 265 F. Cuoco, et al.

Assertività

Lo sviluppo delle abilità socio-conversazionali dai 12 ai 36 mesi 6 248 S. Bonifacio

Assistenza psicologica

Umanizzazione delle cure in età pediatrica e assistenza psicologica integrata in Medicina Nucleare 4 166 L. Nadalini, et al.

Autismo

CHAT o M-CHAT per l'individuazione dei bambini a rischio di autismo? 5 219 M. Soldateschi, F. Muratori

Autoimmunità

PANDAS e terapia antibiotica 2 71 M.F. Siracusanò, C. Panza

Bambino

Il consenso informato del minore 2 84 A. Tognoni

Umanizzazione delle cure in età pediatrica e assistenza psicologica integrata in Medicina Nucleare 4 166 L. Nadalini, et al.

Linee Guida a confronto: l'immagine e la ricerca (futile) della realtà 6 252 P. Rogari, L. Martelli

La pelle è un organo sociale 6 258 C. Panza

Banca dati elettronica

Come ricercare velocemente un articolo scientifico evidence based sul Web 3 123 C. Panza, et al.

Beclometasone

Efficacia del beclometasone nella profilassi del wheezing virale: studio ENBe 5 194 A. Clavenna, et al.

Bisogni di salute del bambino

Il professor Panizon e le neuroscienze 1 21 A. Spataro

Celiachia

Artrite e celiachia: due malattie in una? 6 265 F. Cuoco, et al.

CHAT

CHAT o M-CHAT per l'individuazione dei bambini a rischio di autismo? 5 219 M. Soldateschi, F. Muratori

Codice salute

Un Codice per la tutela della Salute da 0 a 18 anni 3 117 A.M. Falasconi

Complessità

Quando fare tanto è troppo, fare meno è meglio 1 29 E. Valletta, G. La Fauci

Comunicazione

La comunicazione di diagnosi ai bambini malati e ai loro fratelli 4 161 E. Luciano

La pelle è un organo sociale 6 258 C. Panza

Consenso informato

Il consenso informato del minore 2 84 A. Tognoni

Consulenza genetica

La genetica in gastroenterologia pediatrica 3 128 M. Fornaro, E. Valletta

Costo

Linee Guida a confronto: l'immagine e la ricerca (futile) della realtà 6 252 P. Rogari, L. Martelli

Cure primarie

Efficacia del beclometasone nella profilassi del wheezing virale: studio ENBe 5 194 A. Clavenna, et al.

Diagnosi

La genetica in gastroenterologia pediatrica 3 128 M. Fornaro, E. Valletta

Diritto del minore

Un Codice per la tutela della Salute da 0 a 18 anni 3 117 A.M. Falasconi

Il Garante per l'infanzia 5 227 A. Tognoni

Disabilità

La violenza sul bambino disabile 2 79 E. Valletta, A. Liverani

Diseguaglianze

Il difficile volo della cicogna. PMA, genitori per merito della scienza 5 216 L. Vazza

Dislessia

Lo sviluppo dell'attività di lettura nella dislessia evolutiva: studio longitudinale 2 63 V. Savoia, et al.

La Consensus Conference sui "disturbi specifici dell'apprendimento" (DSA) e il pediatra 2 67 A. Spataro

Disturbi mentali

Prevalenza, persistenza e severità dei disturbi mentali (DSM-IV) in un campione di adolescenti nordamericani 2 76 Red

Disturbi specifici apprendimento

La Consensus Conference sui "disturbi specifici dell'apprendimento" (DSA) e il pediatra 2 67 A. Spataro

Dolore

La TAC nel bambino con dolore addominale è veramente necessaria? 3 119 G. Riccipetioni, et al.

Saturazione sensoriale: semplice ed efficace contro il dolore procedurale del neonato 5 23 C.V. Bellieni, et al.

DSA

La Consensus Conference sui "disturbi specifici dell'apprendimento" (DSA) e il pediatra 2 67 A. Spataro

Ecografia

La TAC nel bambino con dolore addominale è veramente necessaria? 3 119 G. Riccipetioni, et al.

Epidemiologia

Prevalenza, persistenza e severità dei disturbi mentali (DSM-IV) in un campione di adolescenti nordamericani 2 76 Red

Espansore rapido del palato

Relazione tra espansore rapido del palato e respirazione 1 26 L. Lombardo

Evidence Based Medicine

Come ricercare velocemente un articolo scientifico evidence based sul Web 3 123 C. Panza, et al.

Efficacia del beclometasone nella profilassi del wheezing virale: studio ENBe 5 194 A. Clavenna, et al.

Fattori di rischio e protezione

Si è bambini prima di essere adolescenti 1 16 F. Mazzini, D. Senni

Fecondazione eterologa

Il difficile volo della cicogna. PMA, genitori per merito della scienza 5 216 L. Vazza

Formazione

Come ricercare velocemente un articolo scientifico evidence based sul Web 3 123 C. Panza, et al.
 La Metodologia "Pedagogia dei Genitori" per il patto educativo terapeutico famiglia e sanità 6 260 R. Zucchi, et al.

Fratelli

La comunicazione di diagnosi ai bambini malati e ai loro fratelli 4 161 E. Luciano

Gastroenterologia

La genetica in gastroenterologia pediatrica (parte 1ª) 3 128 M. Fornaro, E. Valletta
 La genetica in gastroenterologia pediatrica (parte 2ª) 4 178 M. Fornaro, E. Valletta

Genetica

La genetica in gastroenterologia pediatrica (parte 1ª) 3 128 M. Fornaro, E. Valletta
 La genetica in gastroenterologia pediatrica (parte 2ª) 4 178 M. Fornaro, E. Valletta

Genitori

La Metodologia "Pedagogia dei Genitori" per il patto educativo terapeutico famiglia e sanità 6 260 R. Zucchi, et al.

Genitorialità

Si è bambini prima di essere adolescenti 1 16 F. Mazzini, D. Senni
 Genitori, bambini e pediatri: le rappresentazioni della genitorialità adeguata nella relazione terapeutica 3 109 A.R. Favretto, F. Zaltron
 La Metodologia "Pedagogia dei Genitori" per il patto educativo terapeutico famiglia e sanità 6 260 R. Zucchi, et al.

Handicap

La violenza sul bambino disabile 2 79 E. Valletta, A. Liverani

Inceneritori

Brucciare i rifiuti: la Valle d'Aosta dice di no all'incenerimento nel rispetto della Direttiva UE 2 77 M. Debernardi

Infanzia

Il Garante per l'infanzia 5 227 A. Tognoni

Infezione urinaria

Le infezioni urinarie del bambino 5 205 L. Peratoner
 Linee Guida a confronto: l'immagine e la ricerca (futile) della realtà 6 252 P. Rogari, L. Martelli

Infezioni streptococciche

PANDAS e terapia antibiotica 2 71 M.F. Siracusano, C. Panza

Inquinamento

Brucciare i rifiuti: la Valle d'Aosta dice di no all'incenerimento nel rispetto della Direttiva UE 2 77 M. Debernardi

Insonnia

I trattamenti comportamentali per l'insonnia del bambino 6 268 M.L. Tortorella

Ipertiroidismo

Ipertiroidismo subclinico in età pediatrica 6 243 M. Pocecco

Leucemia

Quanto aumenta il rischio di sviluppare un tumore nei bambini esposti a esame TC? 2 68 M. Bruschetti, L.A. Ramenghi

Linee Guida

Linee Guida a confronto: l'immagine e la ricerca (futile) della realtà 6 252 P. Rogari, L. Martelli

Linguaggio

Lo sviluppo delle abilità socio-conversazionali del bambino dai 12 ai 36 mesi 6 248 S. Bonifacio

Macro risorser

Anche per la sanità è tempo di scelte: come individuare le priorità? 4 175 R. Lala, et al.

Malattie croniche

Cambio del medico all'età di 14 anni: quali informazioni dal PLS al MMG? 3 132 Gn. Passerini, Gu. Passerini

Malattie infiammatorie intestinali

Malattie infiammatorie croniche intestinali 1 3 E. Valletta, M. Fornaro

Maltrattamento

La violenza sul bambino disabile 2 79 E. Valletta, A. Liverani

M-CHAT

CHAT o M-CHAT per l'individuazione dei bambini a rischio di autismo? 5 219 M. Soldateschi, F. Muratori

Medicina nucleare

Umanizzazione delle cure in età pediatrica e assistenza psicologica integrata in Medicina Nucleare 4 166 L. Nadalini, et al.

Migrazione sanitaria

Il difficile volo della cicogna. PMA, genitori per merito della scienza 5 216 L. Vazza

Neonato

Saturazione sensoriale: semplice ed efficace contro il dolore procedurale del neonato 5 23 C.V. Bellieni, et al.

Neuroscienze

Il professor Panizon e le neuroscienze 1 21 A. Spataro

Otite

Otite media acuta: diagnosi, prevenzione e trattamento 2 51 S. Conti Nibali

PANDAS

PANDAS e terapia antibiotica 2 71 M.F. Siracusano, C. Panza

Passaggio in cura

Cambio del medico all'età di 14 anni: quali informazioni dal PDL al MMG? 3 132 Gn. Passerini, Gu. Passerini

Pediatra di famiglia

Cambio del medico all'età di 14 anni: quali informazioni dal PLS al MMG? 3 132 Gn. Passerini, Gu. Passerini
 Efficacia del beclometasone nella profilassi del wheezing virale: studio ENBe 5 194 A. Clavenna, et al.

Pediatri

Brucciare i rifiuti: la Valle d'Aosta dice di no all'incenerimento nel rispetto della Direttiva UE 2 77 M. Debernardi

Polmonite

La polmonite in età evolutiva: dalla diagnosi alla terapia 3 100 L. de Seta, et al.

Porpora Trombocitopenica Immune

La Porpora Trombocitopenica Immune (PTI) 4 154 M. Spinelli, et al.

Procreazione medicalmente assistita

La procreazione medicalmente assistita in Italia 3 113 G. Scaravelli
 Il difficile volo della cicogna. PMA, genitori per merito della scienza 5 216 L. Vazza

Radiazioni ionizzanti

Quanto aumenta il rischio di sviluppare un tumore nei bambini esposti a esame TC? 2 68 M. Bruschetti, L.A. Ramenghi
 Linee Guida a confronto: l'immagine e la ricerca (futile) della realtà 6 252 P. Rogari, L. Martelli

Respiratore orale

Relazione tra espansore rapido del palato e respirazione 1 26 L. Lombardo

Responsività

Lo sviluppo delle abilità socio-conversazionali del bambino dai 12 ai 36 mesi 6 248 S. Bonifacio

Riproduzione assistita

La procreazione medicalmente assistita in Italia 3 113 G. Scaravelli

Rispecchiamento

Si è bambini prima di essere adolescenti 1 16 F. Mazzini, D. Senni

Salute mentale

Il professor Panizon e le neuroscienze 1 21 A. Spataro

Saturazione sensoriale

Saturazione sensoriale: semplice ed efficace contro il dolore procedurale del neonato 5 23 C.V. Bellieni, et al.

Screening

CHAT o M-CHAT per l'individuazione dei bambini a rischio di autismo? 5 219 *M. Soldateschi, F. Muratori*

Servizi sanitari

Quando fare tanto è troppo, fare meno è meglio 1 29 *E. Valletta, G. La Fauci*
 Un Codice per la tutela della Salute da 0 a 18 anni 3 117 *A.M. Falasconi*

Sindrome stafilococcica della cute ustionata

I bambini dalla pelle ustionata 4 181 *P. Siani, et al.*

Sonno

I trattamenti comportamentali per l'insonnia del bambino 6 268 *M.L. Tortorella*

Sviluppo linguaggio

Lo sviluppo delle abilità socio-conversazionali del bambino dai 12 ai 36 mesi 6 248 *S. Bonifacio*

TAC

La TAC nel bambino con dolore addominale è veramente necessaria? 3 119 *G. Riccipetoni, et al.*

Terapia comportamentale

I trattamenti comportamentali per l'insonnia del bambino 6 268 *M.L. Tortorella*

Tic

PANDAS e terapia antibiotica 2 71 *M.F. Siracusano, C. Panza*

Trascuratezza

La violenza sul bambino disabile 2 79 *E. Valletta, A. Liverani*

Tumori

Quanto aumenta il rischio di sviluppare un tumore nei bambini esposti a esame TC? 2 68 *M. Bruschetti, L.A. Ramenghi*

Umanizzazione

Umanizzazione delle cure in età pediatrica e assistenza psicologica integrata in Medicina Nucleare 4 166 *L. Nadalini, et al.*

Vie aeree superiori

Relazione tra espansore rapido del palato e respirazione 1 26 *L. Lombardo*

Violenza

La violenza sul bambino disabile 2 79 *E. Valletta, A. Liverani*

Wheezing

Efficacia del beclometasone nella profilassi del wheezing virale: studio ENBe 5 194 *A. Clavenna, et al.*

FaD 2014

QACP

www.acp.it

- ✓ Il dolore osteoarticolare
Elisabetta Cortis, Italo Marinelli, Maria Tardi
- ✓ La colestasi nella prima infanzia
Enrico Valletta, Martina Fornaro
- ✓ Le epilessie: inquadramento diagnostico
Giovanni Tricomi
- ✓ Lesioni benigne, maligne e pseudotumorali dell'osso
Carmine Zoccali
- ✓ Il maltrattamento fisico: quali conoscenze per il pediatra
Carla Berardi
- ✓ Le apnee ostruttive nel sonno
Giancarlo De Vincentis

27
ECM*

+ interattiva con il tutor online
+ crediti a costo invariato

° Qualità elevata
... senza sponsor

Problematicità

Interattività

Messa in
pratica

* Crediti validi per Il 2015

Editoriale

241 Trasparenza fa rima con indipendenza
Maurizio Bonati

242 25° Congresso nazionale ACP
Monza, 10-12 ottobre 2013
Paolo Siani

Formazione a distanza

243 Ipotiroidismo subclinico in età pediatrica:
patologia tiroidea o variante della norma?
Mauro Pocecco

Ricerca

248 Lo sviluppo delle abilità socio-conversazionali
del bambino dai 12 ai 36 mesi
*Serena Bonifacio, Marcella Montico,
Luigi Girolametto*

Telescopio

252 Linee Guida a confronto:
l'immagine e la ricerca (futile) della realtà
Patrizia Rogari, Laura Martelli

Osservatorio internazionale

256 Il "Sogno cinese"
Stefania Manetti

In memoriam

257 Ricordando Lucia Piven Sereni

Aggiornamento avanzato

258 La pelle è un organo sociale
Costantino Panza

"Narrative" e dintorni

260 La Metodologia "Pedagogia dei Genitori"
per il patto educativo terapeutico
famiglia e sanità
*Riziero Zucchi, Augusta Moletto,
Lorenza Garrino*

Il caso che insegna

265 Artrite e celiachia: due malattie in una?
*Federica Cuoco, Maria Maddalena D'Errico,
Antonella Petaccia, Fabrizia Corona*

Il punto su

268 I trattamenti comportamentali
per l'insonnia nel bambino
Maria Luisa Tortorella

Vaccinacipi

274 Prevenzione dell'influenza 2013-2014
Franco Giovanetti

Farmacipi

275 Farmaci contraffatti: non è solo un problema
dei Paesi in via di sviluppo
Antonio Clavenna, Daniele Piovani

Libri

276 Endocrinologia pediatrica nella pratica clinica
*di Brunetto Boscherini, Maria Teresa Fonte,
Patrizia Del Balzo*

276 Trotula
di Paola Presciuttini

277 Psicopatologia e psicoterapia
dei disturbi della condotta
di Furio Lambruschi, Pietro Muratori

277 Perché i bambini devono ubbidire?
di Stig Dagerman

Film

278 Storie di vita nell'Anello di Saturno. Sacro GRA
Italo Spada

Nati per Leggere

279 Decennale di "Nati per Leggere" a Chieri
Red

Congressi controllo

280 "La sindrome dei monelli":
un documentario utile per la formazione

280 I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia

281 La Relazione del Garante per l'infanzia:
"Senza investimenti i nostri bambini
sono senza diritti"

281 "IMPACT proactive: closing the gap"

Lo specializzando

282 Specializzazione e Paesi in via di sviluppo:
occasione di una grande esperienza
*Daniele Roncati, Alessandro Mazza,
Andrea Bon, et al.*

Lettere

284 Diritti negati

284 Tra metodo e contenuto

285 Pannolini ecologici

285 Internet e Social media

286 "Danza lenta"

286 Un pensiero sistemico

288 **Indice delle rubriche**

290 **Indice analitico**

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2013 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per gli infermieri e per i non sanitari. Il versamento può essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: - Associazione Culturale Pediatri, Via Montiferru, 6 - Narbolia (OR) (indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota) oppure con una delle altre modalità indicate sul sito www.acp.it alla pagina "Iscrizione". Se ci si iscrive per la prima volta occorre scaricare e compilare il modulo per la richiesta di adesione presente sul sito www.acp.it alla pagina "Iscrizione" e seguire le istruzioni in esso contenute oltre ad effettuare il versamento della quota come sopra indicato. Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista bimestrale *Quaderni acp*, la Newsletter mensile *Appunti di viaggio* e la Newsletter quadrimestrale *Fin da piccoli* del Centro per la Salute del Bambino richiedendola all'indirizzo info@csbonlus.org. Hanno anche diritto a uno sconto sulla iscrizione alla FAD dell'ACP alla quota agevolata di 50 euro anziché 150; sulla quota di abbonamento a Medico e Bambino, indicata nel modulo di conto corrente postale della rivista e sulla quota di iscrizione al Congresso nazionale ACP. Gli iscritti possono usufruire di iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione e altre materie dell'area pediatrica. Potranno partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri. Per una informazione più completa visitare il sito www.acp.it.