

Quaderni acp

www.quaderniacp.it

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

I bambini e la scuola



settembre-ottobre 2008 vol 15 n° 5

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 EMBASE

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
September-October 2008; 15(5)

193 Editorial

Citizens assuming responsibilities:
should we tax or award them?
Giancarlo Biasini

196 Public health

Waste Incinerator plants and human health
Giuseppe Primavera

200 Info

202 Humanities

The Muse on the medical wards
Danielle Ofri

204 Narrative medicine

Stories of disease: "Il capitale" by Piero Camporesi
Giancarlo Cerasoli

207 Learning from a case

Persistent headache and vomitig in an obese child
Luciano de Seta et al.

210 Personal accounts

Sexuality in adolescents. The point of view
of adolescents health service personnel
in Emilia Romagna Region
Oscar Rossi

213 Proposals

Does Munchausen syndrome by doctors exists?
Or maybe it's just a provocation?
Italo Marinelli

216 Appraisals

Weaning and over, following nature:
actors, tools and stakes
Maurizio Iaia

223 Vaccinacipi

The future of Vaccinations
Luisella Grandori

224 Farmacipi

The vicissitudes of Italian Drug Regulatory Agency
Maurizio Bonati

225 Tenstories

A deadly disease no more - advances in malaria
prevention and treatment
Stefania Manetti (a cura di)

226 Informing partents

From 0 to 5: information for parents.
"Human milk: is my baby feeding well?
Sleeping: a common problem".
Stefania Manetti, Antonella Brunelli

228 A window on the world

Tomorrow's doctors are looking ahead
Andrea Labruto

230 Books

232 Born to read

234 Meeting synopsis

236 Movies

237 Acp news

238 Letters

Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici a cura della
Associazione **C**ulturale **P**ediatr*i*

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessi

Comitato editoriale

Maurizio Bonati
Antonella Brunelli
Sergio Conti Nibali
Nicola D'Andrea
Luciano De Seta
Michele Gangemi
Stefania Manetti
Laura Reali
Paolo Siani
Francesca Siracusano
Federica Zanetto

Collaboratori

Francesco Ciotti
Giuseppe Cirillo
Antonio Clavenna
Luisella Grandori
Luigi Gualtieri
Manuela Pasini
Italo Spada
Antonella Stazzoni

Organizzazione

Giovanna Benzi

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

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
e-mail: redazione@quaderniacp.it

Indirizzi

Amministrazione
Associazione Culturale Peditr*i*
via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)
Tel. 078357401; Fax 0783599149
e-mail: francdessi@tiscali.it

Direttore

Giancarlo Biasini
corso U. Comandini 10, 47023 Cesena
e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

Ufficio soci

via P. Marginesu 8, 07100 Sassari
Cell. 3939903877, Fax 0793027471
e-mail: ufficioci@tiscali.it

Stampa

Stilgraf
viale Angeloni 407, 47023 Cesena
Tel. 0547610201
e-mail: info@stilgrafcesena.191.it

**QUADERNI ACP È PUBBLICAZIONE
ISCRITTA NEL REGISTRO NAZIONALE
DELLA STAMPA N° 8949**

**© ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI
ACP EDIZIONI NO PROFIT**

LA COPERTINA

L'immagine riproduce "Bambini che studiano"
(1918), Armando Spadini, olio su tela. Banca
d'Italia.

QUADERNI ACP. NORME EDITORIALI. Sulla rivista possono essere pubblicati articoli riguardanti argomenti che siano di ausilio alla professione del pediatra: ricerche svolte nell'area delle cure primarie, casi clinici educativi, scenari clinici affrontati con metodologia EBM o secondo le modalità della medicina narrativa, revisioni su problemi di importanza generale e di ricerca avanzata, schede informative per i genitori. Sono inoltre graditi articoli riguardanti aspetti di politica sanitaria, considerazioni sull'attività e sull'impegno professionale del pediatra, riflessioni su esperienze professionali. I testi devono pervenire alla redazione (redazionequaderni@tiscali.it) via e-mail o via posta su floppy disk in via Marginesu 8, 07100 Sassari. Devono essere composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Le tabelle e le figure vanno inviate in fogli a parte, vanno numerate progressivamente, titolate e richiamate nel testo. Scenari, casi clinici, esperienze e revisioni non possono superare le 12.000 battute, riassunti compresi. Gli altri contributi non possono superare le 17.000 battute, salvo accordi con la redazione. Le lettere non devono superare le 2.500 battute; qualora siano di dimensioni superiori, possono essere ridotte dalla redazione (chi non fosse disponibile alla riduzione deve specificarlo nel testo). Il titolo deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo, sintetico. La redazione si riserva il diritto di modificare titolo e sottotitolo dell'articolo. Gli AA vanno indicati con nome e cognome. Va indicato: Istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli AA e l'indirizzo e-mail dell'Autore (indicato per la corrispondenza). Gli articoli devono essere correddati da un riassunto in italiano e in inglese dell'ordine di 500-800 battute. Il riassunto deve essere possibilmente strutturato. Nel caso delle ricerche va necessariamente redatto in forma strutturata distribuendo il contenuto in introduzione, materiali e metodi, risultati e discussione (struttura IMRAD). La versione in inglese del riassunto può essere modificata a giudizio della redazione. Alla fine del riassunto vanno inserite 3-5 parole chiave in italiano e in inglese; si consigliano gli AA di usare parole chiave contenute nel MESH di Medline. La traduzione in inglese di titolo, riassunto e parole chiave può essere fatta dalla redazione. La bibliografia deve essere redatta in ordine di citazione, tutta in caratteri tondi e conforme alle norme pubblicate nell'Index Medicus. Il numero d'ordine della citazione va inserito tra parentesi. Nel caso di un numero di Autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura et al.

Esempio per le riviste e per i testi

(1) Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. *Quaderni acp* 2000;5:10-4.

(2) Bonati M, Impiccatore P, Pandolfini C. La febbre e la tosse nel bambino. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed, 1998.

Le citazioni vanno contenute il più possibile (entro 10 voci) per non appesantire il testo. Della letteratura grigia (di cui va fatto un uso limitato) vanno citati gli Autori, il titolo, chi ha editato l'articolo, la sede e l'anno di edizione. Il percorso redazionale è così strutturato: a) assegnazione dell'articolo in forma anonima a un redattore e a un revisore esterno che lo rivedono secondo una griglia valutativa elaborata dalla rivista; b) primo re-invio agli Autori, in tempo ragionevole, con accettazione o restituzione o richiesta di eventuali modifiche; c) elaborazione del manoscritto dalla redazione per adeguarlo alle norme editoriali e per renderlo usufruibile al target dei lettori della rivista. Deve essere dichiarata la provenienza di ogni fornitura di strumenti, attrezzature, materiali, aiuti finanziari utilizzati nel lavoro. È obbligatorio dichiarare l'esistenza di un conflitto d'interesse. 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.

Responsabilizzare i cittadini: tassare o compensare?

Giancarlo Biasini
Direttore di *Quaderni acp*

Parole chiave Servizio Sanitario Nazionale. Crisi economica. Stili di vita

Si discute in Gran Bretagna sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale; e si prospetta l'ipotesi che questa sostenibilità sia a rischio in mancanza di un maggiore atteggiamento di responsabilità da parte dei cittadini circa la tutela della propria salute al di là degli obblighi fissati per legge – per esempio – sulle limitazioni per il fumo. Si calcola che i costi medici legati all'obesità rappresentino dall'1 all'8% della spesa sanitaria di un Paese sviluppato e siano rappresentati per il 60% da spese per ricoveri ospedalieri: coronaropatie, diabete tipo 2, insufficienza circolatoria periferica, glomerulosclerosi, steatosi epatica, apnee nel sonno, problemi ortopedici, affaticamento e intolleranza per l'esercizio.

In USA si teme che la "globesity" porti a una insolvenza del *Medicare*. Per questo fino al giugno 2004 il *Medicare* non considerava l'obesità grave come una malattia, poi si è dovuto ricredere.

Lo stesso si può dire per l'abuso di alcol: secondo l'ANIA il 30% degli incidenti del 2006 è stato causato dall'alcol.

Si ricorderà che si era discusso qualche tempo fa, addirittura con l'appoggio di Tony Blair, sulla limitazione dei servizi del Servizio Sanitario Nazionale inglese a coloro che non avessero tenuto corretti comportamenti salutari per la prevenzione dell'obesità o di malattie conseguenti all'alcol o al fumo, oppure a coloro che avessero avuto danni, per esempio, dalla frequenza a eventi sportivi particolarmente violenti e inusuali. L'ipotesi aveva sollevato atteggiamenti discordi: ma quello che sembra poco valutato, in una generalizzata penalizzazione economica degli stili di vita poco salutari, è che i determinanti sociali della salute non rappresentano certamente una "scelta individuale". Perciò è difficile definire l'obesi-

tà come una scelta individuale se la stessa società in cui viviamo riduce la spesa energetica, favorisce la sedentarietà moltiplicando l'uso dei mezzi meccanici, aumenta l'offerta di cibi ipercalorici, in sostanza condiziona le nostre scelte.

Così in Francia gli ispettorati degli affari sociali hanno proposto di introdurre una tassa sui cibi grassi, sui dolci "dato che il 20% dei francesi è obeso". Non si sono chiesti gli ispettori "chi" andranno a penalizzare, ma l'obesità è assai più diffusa fra le fasce indigenti.

Non c'è dubbio, dunque, che i problemi esistano; è compito della politica che si confronta con le aspettative dei cittadini e con le disponibilità economiche stabilire quali siano gli atteggiamenti da prendere.

Ora si prova a passare a un atteggiamento con caratteristiche che si possono definire "opposte", che è quello di sostenere con finanziamenti o sostegni di vario genere coloro che assumono comportamenti virtuosi.

Il NICE propone, per esempio, di compensare con denaro coloro che usano droghe ma aderiscono a programmi di riabilitazione. Una strategia con un simile fondamento è suggerita per gli obesi che si impegnano in percorsi tesi alla perdita di peso, ad alimentazione salutare e ad attività fisica.

In passato, in Gran Bretagna, questa soluzione è stata provata efficace per aumentare i tassi di vaccinazione compensando i genitori dei bambini vaccinandoli. Ma si trattava in questi casi di obiettivi semplici e di facile controllo e validi con il sistema di "una volta per tutto".

Difficile invece nei casi di cui sopra nei quali è necessario, dopo l'arruolamento, ottenere dei risultati a lungo termine. Ci sono però riferimenti di successi, sempre in USA, nel caso di compenso a persone depresse che ricevevano 10 dollari per seduta. Il numero di sedute aumentò si-

gnificativamente; ma il numero di sedute è un indicatore sufficiente? In Messico ha ottenuto buoni risultati un incentivo per mandare i bambini a scuola o per incentivare le vaccinazioni. In Tanzania lo strumento è provato (riferisce il *Financial Times* di aprile) per promuovere una sperimentazione sul sesso sicuro con un finanziamento della Banca Mondiale e di altre fondazioni che hanno stanziato oltre 1 milione di euro. La sperimentazione riguarderà tremila uomini e donne di età fra 15 e 30 anni; verranno monitorate le infezioni sessualmente trasmesse e sarà compensato con 45 dollari chi non avrà contratto alcuna infezione: una cifra molto alta dato che il reddito pro capite annuo in Tanzania si aggira sui 200 dollari. Il tentativo di utilizzare i compensi per l'abbandono dell'uso di droghe ha dato nel Regno Unito risultati positivi: vengono riferiti risultati di trial inerenti a circa cinquemila persone; gli esiti positivi riguardano soprattutto la cocaina, mentre per le altre droghe i risultati sono stati ottenuti grazie all'uso del metadone con l'obiettivo di ridurre l'uso di droghe pesanti e con un monitoraggio della presenza di droghe nelle urine per mantenere il compenso in denaro. Il buon successo ha suggerito l'estensione del progetto ai fumatori "incorreggibili": un recente trial in Gran Bretagna ha riportato risultati definiti addirittura sorprendenti usando vouchers per incoraggiare donne gravide nell'astensione dal fumo; la spiegazione del successo è stata "translation desire into action (...) financial incentives could tip the balance injecting a bit of urgency". Molto scetticismo viene manifestato sui possibili risultati dell'uso dei vouchers nel campo della obesità. Ogni valutazione dei risultati in questo campo dovrebbe essere prolungata per molti anni. Nell'adulto, a distanza di 10 anni dal termine di un trattamento medico per obesità, meno del 5% dei trattati ha un peso ridotto rispetto all'inizio.

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini
e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

Un altro fatto da tenere in considerazione è che le sperimentazioni finora condotte hanno interessato gruppi di popolazioni che vivono in condizioni di grande marginalità come homeless o persone che usavano droghe. La trasposizione in Europa di risultati di sperimentazioni condotte in Africa può lasciare perplessi anche perché la dimensione dei compensi in Europa andrebbe dimensionata su quella sperimentata in Tanzania. E ci si può porre il problema del rapporto fra i 45 dollari in Tanzania e i 10 dollari per seduta ai depressi in USA.

Negli USA, per esempio, un tentativo somigliante a quello sperimentato in

Tanzania è stato fatto in popolazioni di giovani ragazze compensando un comportamento sessuale salutare. Il comportamento salutare continuò nel lungo periodo senza che si verificasse una diminuzione della prevalenza delle infezioni sessualmente trasmesse. Lo stesso insoddisfacente risultato si verificò in giovani donne reclutate per ridurre le gravidanze ripetute.

Va anche detto che la uniformità di selezione delle persone reclutate per i singoli trial non è stata finora perfetta, ma piuttosto casuale.

C'è quindi il problema di valutare la trasposizione di sperimentazioni in iniziati-

ve di salute pubblica nella popolazione generale.

Sembra, insomma, che la discussione sui tentativi di fare assumere ai cittadini stili di vita salutare sia ancora in una fase molto preliminare. Un documento lanciato di recente dal Ministero della Sanità inglese (*Building on Strength, Delivering the Future*) prova a mettere in campo le farmacie. Vi racconteremo. ♦

I dati riportati sono tratti da Wilkinson E. Can you pay people to be healthy? *The Lancet* 2006;371:1325 e da WHO, Global info base 2005.

Santa Rita in Lombardia: cosa insegna?

Forse non è abbastanza chiaro ai cittadini che il sistema sanitario produce circa un decimo dei profitti provenienti dalle attività economiche.

Il sistema sanitario è quindi un affare ed è possibile che venga sacrificato alla logica del profitto. Dal punto di vista etico, però, c'è una forte differenza fra questa e altre attività economiche. Il cittadino che compra un'auto è in posizione di forza, la cittadina che compra (perché lo fa lei con le sue tasse sebbene attraverso un terzo pagante) una isterectomia per tumore si trova, almeno temporaneamente, in una posizione di grande debolezza. Ed è quindi lo Stato che deve assicurarle che ciò che compra è garantito. Non è tanto importante che sia il pubblico o il privato a fornire la prestazione, ma le garanzie devono essere corrispondenti.

È folle pensare che debbano essere i cittadini a garantire la bontà delle prestazioni attraverso il mercato nel quale essi si muovono. Né si può pensare che a farlo siano i medici, attraverso il giuramento di Ippocrate o – preventivamente – attraverso i loro ordini professionali

che agiscono solo successivamente ai fatti. È al settore pubblico che spetta questo compito del dettare regole per se stesso e per tutte le imprese, attraverso le regole dell'accREDITAMENTO che ha superato la mutualistica e datata abitudine al convenzionamento delle strutture. È al settore pubblico che spetta controllare che le istituzioni accreditate si comportino con correttezza e proprietà.

Evidentemente, nel caso del "Santa Rita", qualcosa non ha funzionato.

Ha stupito sia l'atteggiamento difensivo regionale che ha rivendicato la correttezza dei metodi ispettivi della Regione nel caso singolo, sia l'occasione colta per demonizzare il sistema lombardo. Come stupisce che, solo dopo pochissimo tempo dai fatti del "Santa Rita", alla struttura sia stata rinnovata l'autorizzazione al contratto con il SSN sostanzialmente riattivando i sistemi di controllo che avevano fallito prima che tutto accadesse.

In questo modo è possibile pensare che, rimanendo come prima il sistema dei controlli, i cittadini lombardi si sentano tranquilli e rinforzati nel loro empower-

ment? E i cittadini italiani? Essi hanno appreso che il processo di accREDITAMENTO è attivo sostanzialmente in 5 Regioni su 21. Nelle altre Regioni non si può parlare di accREDITAMENTO, semmai di pura e semplice autorizzazione. I cittadini devono essere garantiti non solo da procedure amministrative, ma da effettivi controlli sugli adempimenti tecnico-assistenziali messi a regime, da controlli sugli esiti delle cure e sulle performance del sistema che si vuole accREDITARE.

In sostanza non solo controlli cartacei sui DRG facilmente falsificabili (ahimè solo su un campione casuale del 3% dei DRG), ma insieme controlli e valutazione specifica dei sistemi. Chi lo può fare? Le singole Regioni? L'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari? Esiste un documento di undici anni fa dell'Agenzia dei servizi regionali che fissava le regole, i soggetti per i controlli, le sanzioni per gli inadempienti. Non si è perso un po' di tempo? L'importante è che i risultati siano portati alla consenta dei cittadini e che essi conoscano le performance delle singole strutture per poterle giudicare e scegliere. ♦

"FIN DA PICCOLI"

una nuova iniziativa del CSB

Procedendo nell'impegno, temerario per le nostre forze, di diffondere in Italia il progetto "Nati per Leggere" che cominciammo nel 1999, e approfondendo la letteratura sull'argomento, particolarmente sullo sviluppo del cervello, avremmo netta la sensazione, Pasquale Causa per primo, che molto (quasi tutto per

re nella mente degli uomini. Proprio per questo "faticare", nel CSB (Centro per la Salute del Bambino), anche in base alla esperienza della Newsletter pediatrica, è maturata una nuova proposta: raccogliere, dall'ingorgo editoriale nel quale siamo immersi, gli articoli scientifici più significativi che compaiono sulla letteratura internazionale biomedica, psicologica e di scienze sociali circa l'utilità e l'efficacia dei cosiddetti interventi precoci sullo sviluppo del bambino (*Early Child Development: ECD*); e poi presentarli in uno strumento diffuso on line, per ora quadrimestrale, a quanti si occupano di infanzia.

Gli articoli saranno letti in maniera critica, con attenzione al rigore del metodo della ricerca, ma anche alle possibili attuazioni pratiche. Lo scopo è di contribuire a diffondere una cultura degli interventi precoci tra gli operatori e attraverso questi agli amministratori, ai genitori, alle comunità.

Abbiamo deciso di chiamare questa piccola rivista **FIN DA PICCOLI** di cui riproduciamo la prima pagina del numero zero, diffuso nel luglio 2008, che, nella versione online, sarà a colori. A pag. 215 è riprodotto l'editoriale del numero zero.

Chi desidera ricevere regolarmente **FIN DA PICCOLI** può mandare una e-mail a info@csbonlus.org o chiamare il n. 040 3220447 (Centro per la Salute del Bambino - ONLUS

Formazione e ricerca per le cure alla Maternità, all'Infanzia e all'Adolescenza) indicando di voler ricevere "FIN DA PICCOLI" o, con maggiore gradimento da parte nostra, di volere collaborare alla sua redazione o alla sua diffusione.

Il Comitato editoriale: Giancarlo Biasini, Francesco Ciotti, Giorgio Tamburlini



quanto riguarda l'amore per lettura) si giocasse nei primissimi anni di vita. Allargando il campo ci siamo sempre più convinti che l'efficacia di questa precocità di interventi riguarda gran parte dello sviluppo del bambino. Esiste un rivista, *Child Development*, che è quasi interamente dedicata a questi problemi. Ma questa nozione fatica a passa-

ULSS 20 Verona
Dip. Materno-Infantile, Servizio di Pneumologia
ACP Associazione Culturale Pediatri
APCP Associazione Promozione Cultura Pediatrica

Alte e basse vie respiratorie Percorsi Diagnostici Strategie riabilitative e terapeutiche DALLA TEORIA ALLA PRATICA

POLO OSPEDALIERO EST VERONESE G. FRACASTORO
S. BONIFACIO (VR)
13 DICEMBRE 2008

1ª Sessione (ore 9,15-10,45) Adenotonsillectomia

- Linee guida e ruolo del pediatra nella decisione di intervenire (Franco Raimo)
 - Quadri endoscopici indicativi di adenotonsillectomia (Giovanni De Rossi)
 - Russamento, OSAS, indicazioni chirurgiche: come e quando (Luana Nosetti)
 - Adenoidectomia e/o tonsillectomia: come e perché intervenire (Loredana Lombardi)
- Discussione

2ª Sessione (ore 11-12) Asma e sport

- Asma da sforzo: dal sospetto alla diagnosi alla terapia (Antonio Giovanni Dezio)
 - Bambino asmatico e attività sportiva: un percorso da condividere tra genitori, scuola, pediatra di famiglia e medico dello sport (Enrico Vittone)
- Discussione

3ª Sessione (ore 12-13,15)

Pneumologia, Allergologia, ORL A colloquio con il prof. Franco Panizon

- Casi clinici e problemi aperti
- Presentazione di casi clinici (Paolo Brutti - Ylenia Suzuki)

4ª Sessione (ore 14,30-16,00)

Il pianeta della disabilità in pediatria

- La narrazione del paziente come strumento per l'alleanza terapeutica (Michele Gangemi)
- La risposta ai bisogni del bambino disabile (Emanuela Benassi - Marta Cornacchia)
- Disabilità e bisogni inevasi (Mauro Cinquetti)

Nel corso della sessione avverrà una breve proiezione di brani di concerti realizzati dal complesso "Colori & Suoni" insieme a disabili della nostra ULSS

Discussione

Letture magistrali (ore 16,00-16,30)

- La "Pet Therapy" come strumento di riabilitazione (Gaspere Crimi)

Segreteria organizzativa: Everywhere s.r.l.

Vicolo Volto Cittadella, 8 - 37122 Verona
Tel. 045 8006786 - Fax 045 593487
E-mail: info@everywheretravel.it - www.everywheretravel.it

Impianti di incenerimento e salute umana

Giuseppe Primavera
Pediatra di famiglia, ACP Trinacria

Abstract

Waste Incinerator plants and human health

Scientific knowledge regarding the effects of solid waste incinerator plants on the health of a population living nearby is revised. These effects due to both inhalation of combustion products and to the use of contaminated water and food are described in epidemiological studies referring to old incinerator plants during the 1970's and 1980's. The main problem studied at the time regarded cancer. A recent WHO report concludes by saying that at the moment there are no reasonable evidences or conclusion which can be used by policy makers. Many questions are still open, as the role of ultrafine particulate and of persistent polluting substances. A new generation of scientific studies, based on biomarkers could give more accurate answers both to exposed populations and doctors.

Quaderni acp 2008; 15(5): 196-199

Key words Incinerators. Adverse effects. Biomonitoring

Vengono riviste le attuali conoscenze scientifiche sugli effetti sulla salute delle popolazioni residenti nelle vicinanze di impianti di incenerimento. Tali effetti, dovuti alla inalazione di inquinanti prodotti nei processi di combustione e al consumo di acqua e cibo contaminato, sono descritti in studi epidemiologici riferibili per lo più a impianti di vecchia generazione, attivi negli anni '70 e '80. L'esito sanitario maggiormente studiato è stato il rischio di cancro. Pur ammettendo l'esistenza di una ragionevole evidenza di effetti avversi per la salute causati dai vecchi impianti, un recente rapporto del WHO conclude che tale evidenza è inadeguata a trarre conclusioni che possano essere utilizzate dai decisori politici. Molti interrogativi restano aperti, come il ruolo del particolato ultrafine e degli inquinanti persistenti. Una nuova generazione di studi, basati sui biomarcatori di esposizione, potrebbe sopperire alla inadeguatezza degli studi epidemiologici e dare risposte alle preoccupazioni delle popolazioni esposte e dei medici.

Parole chiave Inceneritori. Effetti avversi. Biomonitoraggio

Il problema dello smaltimento dei rifiuti solidi urbani (RSU), venuto alla luce in tutta la sua gravità a Napoli, ha riportato alla ribalta la scelta controversa degli inceneritori come soluzione definitiva del problema. Gli impianti di incenerimento sono presenti in tutto il mondo industrializzato; alcuni Stati come il Giappone vi fanno ricorso in modo massiccio, bruciando circa il 60% dei rifiuti, la media nella CE è del 20%. In Italia (2005) vengono inceneriti circa il 12% dei rifiuti, ma gli impianti sono distribuiti in gran parte nel Nord. L'emergenza campana, la crescente produzione pro-capite di rifiuti e la difficoltà delle amministrazioni locali a gestire in maniera virtuosa una corretta filiera dei rifiuti fanno sì che la soluzione dell'incenerimento venga vista da molti come il sistema più

comodo per liberarcene; la presenza degli inceneritori è però vista con sospetto dalle popolazioni, e con preoccupazione da una parte della comunità scientifica, che ne teme i potenziali effetti dannosi per la salute.

Cos'è un inceneritore?

I "termovalorizzatori" sono di fatto degli inceneritori di rifiuti in grado di sfruttare il loro potere calorico per generare calore e produrre energia elettrica. Costituiscono fonti di emissioni estremamente eterogenee di sostanze chimiche di diversa pericolosità, per il semplice motivo che il loro combustibile, i rifiuti solidi urbani (RSU), specie se non accuratamente selezionato, è quanto mai eterogeneo. Per ogni tonnellata di RSU inceneriti si ottengono [1]:

Ceneri (kg/t RSU)	200-300
Ceneri volanti (kg/t RSU)	10-30
Residui trattamento fumi (kg/t RSU)	20-40
Fanghi di depurazione (kg/t RSU)	0,14-1,2
Fumi da trattare (Nm ³ /t RSU)	5000-7000

Le loro emissioni comprendono:

- ▶ gas a effetto serra, prodotti della combustione completa del carbonio e dell'azoto (ossidi di carbonio, ossidi di azoto e di zolfo), prodotti della combustione incompleta di sostanze chimiche organiche (benzene, diossine, furani, idrocarburi policiclici aromatici, composti organici volatili);
- ▶ metalli (arsenico, berillio, cadmio, cromo, nichel, mercurio, piombo);
- ▶ particolato (insieme di particelle di varie dimensioni).

Molte di queste sostanze (*tabella*) sono state classificate dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) come cancerogeni certi (gruppo 1), probabili (gruppo 2a) o possibili (gruppo 2b) [2].

Sintesi delle conoscenze sugli effetti sulla salute

La maggioranza degli studi epidemiologici pubblicati ha studiato gli effetti delle emissioni degli inceneritori di vecchia generazione, per lo più attivi negli anni '70 e '80. Tali studi retrospettivi hanno spesso avuto limitazioni, includendo possibili bias e fattori confondenti (presenza di altre fonti di inquinamento ambientale attuali e passate oltre agli inceneritori), che ne rendono difficile l'interpretazione. In mancanza di misure dirette dell'esposizione, la distanza dal sito inquinante è spesso stata scelta come proxy dell'esposizione. Molti studi inoltre hanno identificato le popolazioni a rischio secondo modelli a cerchi concentrici che non hanno tenuto conto dei fattori meteorologici e delle caratteristiche

Per corrispondenza:
Giuseppe Primavera
e-mail: beppeprimavera@virgilio.it

TABELLA: EFFETTI CANCEROGENI DELLE SOSTANZE EMESSE DA UN INCENERITORE SECONDO LA IARC

Agente	Grado di evidenza IARC	Effetto cancerogeno
Arsenico	1	Pelle, polmoni, fegato, vescica, rene, colon
Berillio	1	Polmone
Cadmio	1	Polmone, prostata
Cromo	1	Polmone
Nichel	1	Polmone
Mercurio	2b	Polmone, pancreas, colon, prostata, encefalo, rene
Piombo	2b	Polmone, vescica, rene, apparato gastroenterico
Benzene	1	Leucemia
Idrocarburi policiclici	2b	Fegato, polmone, leucemia
Cloroformio	2b	Vescica, rene, encefalo, linfoma
Clorofenoli	2b	Sarcomi tessuti molli, linfomi Hodgkin e non Hodgkin
Tricloroetilene	2a	Fegato, linfomi non Hodgkin
TCDD	1	Linfomi, sarcomi non Hodgkin

dell'impianto (altezza del camino, velocità di efflusso). Molti studi, interessando piccole comunità, non avevano la potenza statistica sufficiente a dimostrare un rapporto causa-effetto.

Numerose indagini epidemiologiche sono state condotte in Italia, offrendo esempi diversi di richieste e di approcci di valutazione del rischio di questi impianti per la salute pubblica: da risposte a preoccupazioni manifestate dalla comunità residente a indagini successive alla segnalazione di apparenti cluster di determinate patologie. Tra questi segnaliamo lo studio caso-controllo condotto nell'area di Trieste, in cui nella sottoarea industriale interessata dalla presenza dell'inceneritore il rischio di tumore al polmone era aumentato di 2,6 volte (IC 95%: 1,3-5,1) [3]. Lo studio caso-controllo sui sarcomi dei tessuti molli nell'area mantovana interessata da un inceneritore di rifiuti industriali, in cui l'OR associato con la residenza entro 2 km intorno all'inceneritore è risultato di 31,4 (IC 95%: 5,6-176,1) [4]. Anche lo studio caso-controllo di Zambon, condotto nell'area industriale di Venezia, concludeva che il rischio di sviluppare un sarcoma era 3,3 volte maggiore (IC 95%: 1,24-8,76) tra i soggetti con esposizione più lunga e più alti livelli di esposizione [5]. Altri studi condotti in Francia e in Italia hanno mostrato una aumentata incidenza di linfomi non-Hodgkin nella popolazione residente nelle vicinanze di

impianti di incenerimento, in conseguenza dell'inquinamento da diossine [6-7]. Per quanto riguarda le neoplasie infantili, gli studi di Knox hanno messo in evidenza che i bambini nati entro 5 km da un inceneritore avevano un rischio relativo raddoppiato di sviluppare tumori o leucemie, anche se l'effetto specifico degli inceneritori era difficilmente separabile da quello degli altri impianti industriali [8].

Una delle rassegne più complete degli studi epidemiologici sugli inceneritori pubblicati tra il 1987 e il 2003 è quella di Franchini et al. [2], che hanno individuato 46 indagini; 32 studi hanno riguardato la salute delle popolazioni residenti in aree vicine agli impianti, 11 sono stati condotti su lavoratori addetti agli impianti, 2 su popolazione residente e lavoratori; in 14 studi si è anche ricercata la presenza di biomarcatori di esposizione e sostanze ad effetto mutageno in liquidi biologici. La maggior parte degli studi condotti per indagare la relazione col cancro ha osservato incrementi significativi per due neoplasie rare, i sarcomi dei tessuti molli e i linfomi non-Hodgkin e, con minore riproducibilità, per neoplasie a carico del polmone, laringe e fegato (vedi *tabella*). In altri studi sono stati riscontrati: aumento della patologia respiratoria non tumorale, riduzione degli ormoni tiroidei nei bambini, aumento di talune malformazioni come difetti del

tubo neurale, malformazioni cardiache, ipospadia, eventi sfavorevoli della sfera riproduttiva come aborto spontaneo, parti gemellari, basso peso alla nascita, alterazioni della sex-ratio con una proporzione più alta di nati femmine [9-12]. Tali effetti non neoplastici sarebbero da ascrivere soprattutto al particolato, agli ossidi di azoto e alle diossine (e più in generale agli *endocrine disruptors*). Metalli pesanti (cadmio, arsenico, cromo, nichel) e diossine rappresentano le due categorie più note e studiate di inquinamento prodotto da inceneritori, che risultano essere la seconda fonte di emissione di diossine dopo le acciaierie, come ribadito da una recente revisione [13]. Nello studio Enhance Health condotto a Coriano (Rimini) e appena concluso, all'aumentare del livello di esposizione a metalli pesanti, scelti come tracciante dell'inquinamento da inceneritore, si è osservato nelle donne un aumento della mortalità per tutti i tumori (RR 1,54; IC 95%: 1,15-2,08), tumore dello stomaco (RR 2,56; IC 95%: 1,04-6,28), del colon-retto (RR 2,47; IC 95%: 1,00-6,10), della mammella (RR 2,16; IC95%: 1,10-4,27) [14]. Inoltre, nel livello più elevato di metalli pesanti si è registrato un aumento statisticamente significativo di mortalità per sarcoma dei tessuti molli (RR 10,97; IC 95%: 1,14-105,7) per la coorte di tutti i residenti.

L'interpretazione di questa letteratura non è semplice. Numerosi studi, come già detto, soffrono di limitazioni e fattori confondenti. Pertanto, pur ammettendo l'esistenza di una ragionevole evidenza di effetti avversi per la salute causati, però, dai vecchi impianti, un recente rapporto del WHO conclude che tale evidenza è inadeguata a trarre conclusioni che possano essere utilizzate dai decisori politici [15]. Viene anche fatto rilevare che negli ultimi anni c'è stato un cambiamento in senso restrittivo delle normative UE in tema di emissioni, e un miglioramento tecnologico dei nuovi impianti per mezzo di nuovi sistemi di filtraggio che hanno notevolmente abbattuto le emissioni di gas acidi, diossine e metalli pesanti. L'adozione di tali tecnologie, secondo il rapporto, ha reso meno probabile la comparsa di esiti misurabili sulla salute delle popolazioni residenti nelle vicinanze di impianti di incenerimento di nuova generazione. A questo

scopo vengono citati studi epidemiologici condotti a Barcellona, Lisbona e Madeira [16].

La pericolosità dei vecchi impianti rispetto ai nuovi

Negli ultimi anni, oltre alle emissioni di diossine e metalli, l'attenzione dei ricercatori si è concentrata sul ruolo del particolato fine e ultrafine [17]. Gli inceneritori di ultima generazione, per ridurre i processi di combustione incompleta, che producono composti organici pericolosi, utilizzano altissime temperature, che riducono il particolato grossolano (PM 10) ma incrementano la componente fine (PM 2,5, particelle di diametro < 2,5 μm) e ultrafine (PM 0,1 o nanoparticolato, diametro < 0,1 μm). Gli attuali sistemi di abbattimento (filtri a manica, precipitatori elettrostatici, *scrubber*) non riescono a catturare efficacemente il particolato ultrafine, che viene trasportato anche per lunghissime distanze dal vento e penetra fino agli alveoli polmonari da dove, superando rapidamente l'epitelio, arriva al circolo sanguigno.

Nella rassegna di Cormier vengono spiegati i processi che nella camera di combustione dell'inceneritore portano all'aggregazione di metalli pesanti, idrocarburi clorurati e radicali liberi sul particolato ultrafine, e i possibili meccanismi del danno alla salute [18]. Tuttavia, le conoscenze degli effetti clinici del particolato ultrafine emesso dagli inceneritori sono ancora scarse, mentre sono consistenti quelle sull'inquinamento atmosferico prodotto da altre fonti (soprattutto il traffico veicolare, responsabile di circa il 50% delle emissioni inquinanti atmosferiche).

Le particelle ultrafini sono in grado di determinare una risposta infiammatoria acuta nel polmone, causando diminuita crescita polmonare nei bambini, esacerbazione di asma e COLD, aumentata ospedalizzazione per malattie respiratorie nei bambini [19-20]. Sono state inoltre riportate relazioni statisticamente significative tra eventi cardiovascolari acuti ed esposizione a particolato fine; è stato calcolato che ogni incremento di 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ di PM 2,5 determina un aumento di mortalità per cause generiche del 6%, per patologie cardiovascolari del 12%, per cancro del polmone del 14% [21]. Inoltre, la capacità del particolato di veicolare fino al nucleo radicali liberi e

metalli pesanti è ritenuta responsabile di effetti genotossici, che possono colpire il DNA del singolo individuo (mutazioni delle cellule somatiche) o il DNA della progenie (mutazioni delle cellule germinali) o entrambi [22]. Mutazioni citotossiche e genotossiche, attivando oncogeni o bloccando geni soppressori, possono portare al cancro [23].

Bisogna anche considerare l'impatto indiretto sulla salute dei processi di combustione, attraverso il loro contributo al cambiamento climatico prodotto dai gas a effetto serra emessi, e il problema dello smaltimento delle ceneri, da considerare rifiuti speciali che richiedono appositi siti di stoccaggio. Le ceneri del noto inceneritore di Brescia vengono portate in Germania dove vengono smaltite in vecchie miniere di salgemma.

Nuovi metodi di studio

Risulta comunque chiara la difficoltà degli studi di epidemiologia descrittiva nel raffrontare popolazioni esposte ad altre egualmente esposte a molteplici fonti di inquinamento. Un significativo contributo alla definizione dell'esposizione e quindi allo studio del rapporto tra esposizione ed effetto può venire dagli studi di biomonitoraggio delle popolazioni residenti e degli addetti agli impianti mediante biomarcatori di esposizione a diossine, PCB e metalli pesanti (nel sangue, urine, latte materno, e nei capelli) e indicatori di alterazioni biochimiche e funzionali (funzionalità epatica, disturbi endocrini nei bambini, qualità dello sperma, espressione genica, addotti al DNA) [24]. A questi si affiancano le misure dei livelli ambientali dei principali inquinanti (nell'aria, acqua, suolo, all'interno ed esterno degli impianti) che concorrono a determinare il carico corporeo di un individuo adulto (*body burden*) e la dose totale giornaliera (*daily intake*). Sembra comunque che le misurazioni indirette (nel sangue, latte, capelli) diano una stima più fedele del livello di esposizione rispetto alle misure dirette effettuate sull'ambiente e sugli alimenti. Il problema rimane molto complesso, perché sono poco conosciuti gli effetti dell'esposizione di fondo a sostanze genotossiche come le diossine e quelli della suscettibilità individuale, che può essere valutata attraverso marcatori di predisposizione genetica [25].

Potrebbe fare maggiore chiarezza il progetto *Monitor*, promosso dall'Emilia-Romagna in collaborazione tra ARPA, esperti ASL, Università e Istituti di ricerca, per valutare l'impatto ambientale e sanitario dei suoi 8 inceneritori [26]. Sono state standardizzate le modalità di monitoraggio ambientale (emissioni ai camini, qualità dell'aria, mappa di ricaduta degli inquinanti, composizione del particolato fine e ultrafine) e sanitario (mortalità, incidenza dei tumori, effetti riproduttivi e tossicologici). I risultati del progetto, che si concluderà nel dicembre 2009, dovrebbero fornire indicazioni:

- ▶ alla Pubblica Amministrazione, per la programmazione del territorio e l'eventuale mitigazione degli effetti dell'impatto degli impianti esistenti;
- ▶ ad ASL e ARPA, per rendere più efficace la loro attività di controllo e tutela della salute pubblica;
- ▶ alle associazioni dei cittadini, preoccupati per la presenza degli inceneritori;
- ▶ al mondo scientifico, per le metodologie impiegate e l'ampiezza della popolazione studiata.

Conclusioni

L'incenerimento non può essere considerato l'unica soluzione del problema rifiuti, come viene affermato da alcuni, poiché trasforma rifiuti potenzialmente innocui come quelli domestici in gas a effetto serra, particolato e ceneri che richiedono discariche speciali, secondo il principio di Lavoisier per cui in natura nulla si crea e nulla si distrugge, con effetti sulla salute difficilmente misurabili con gli attuali mezzi. Occorre portare avanti la ricerca su sistemi alternativi, alcuni già attivi, e puntare decisamente sulla gestione ecosostenibile dei rifiuti basata sulle 4 r: riduzione, riuso, riciclo, recupero energetico. ♦

La ricerca è stata eseguita con sole risorse pubbliche. Vi è pertanto assenza di conflitto di interesse.

Bibliografia

- [1] Saracco G. Le migliori tecnologie per l'incenerimento e il controllo delle emissioni. Arpa Piemonte, 29-30 nov. 2007; www.arpa.piemonte.it.
- [2] Franchini M, Rial M, Buiatti F, et al. Health effects of exposure to waste incinerator emissions:

a review of epidemiological studies. *Ann Ist Sup San* 2004;40:101-15.

[3] Barbone F, Bovenzi M, Cavallieri F, et al. Air pollution and lung cancer in Trieste, Italy. *Am J Epidemiol* 1995;141:1161-9.

[4] Comba P, Ascoli V, Belli S. Risk of soft tissue sarcomas and residence in the neighbourhood of an incinerator of industrial wastes. *Occup Environ Med* 2003 Sep;60:680-3.

[5] Zambon P, Ricci P, Bovo E, et al. Sarcoma risk and dioxin emissions from incinerators and industrial plants: a population-based case-control study. *Environ Health* 2007;6:19.

[6] Floret N. A municipal solid waste incinerator as the single dominant point source of PCDD/Fs in an area of increased non-Hodgkin lymphoma incidence. *Chemosphere* 2007;68(8):1419-26.

[7] Biggeri A, Catelan D. Mortality for non-Hodgkin lymphoma and soft tissue sarcoma in the surrounding area of an urban waste incinerator. *Campi Bisenzio (Tuscany, Italy) 1981-2001 Epidem Prev* 2005;29:156-9.

[8] Knox E. Childhood cancer, birthplaces, incinerators and landfill sites. *Int J Epidemiol* 2000;29:391-7.

[9] Osius N, Karmaus W, Kruse H et al. Exposure to PCB and levels of thyroid hormones in children. *Environ Health Perspect* 1999;107:843.

[10] Dolk H, Vrijheid W, Armstrong B, et al. Risk of congenital anomalies near hazardous waste land-

fill sites in Europe EUROHAZCON study. *Lancet* 1998;352:423-7.

[11] Lloyd OL, Lloyd MM, Williams FL, et al. Twinning in human populations and in cattle exposed to air pollution from incinerator. *Br J Ind Med* 1998;45:556-60.

[12] Williams FL, Lawson AB, Lloyd OL, et al. Low sex ratios of births in areas at risk from air pollution from incinerators. *Int J Epidemiol* 1992;21:311-9.

[13] Shibamoto T, Yasuhara A, Katami T. Dioxin formation from waste incineration. *Rev Environ Contam Toxicol* 2007;190:1-41.

[14] Valutazione dello stato di salute della popolazione residente nell'area di Coriano (Forlì); http://www.arpa.emr.it/cms3/documenti/_cerca_do_c/rifiuti/inceneritori/enh_relazione_finale.

[15] Population health and waste management: scientific data and policy options; www.euro.who.int.

[16] Gonzales CA, Kogevinas M, Gadea E. Bio-monitoring study of people living near or working at a municipal solid-waste incinerator before and after two years of operation. *Arch Environ Health* 2000;55:259-67.

[17] Linzalone N, Bianchi F. Inceneritori: non solo diossine e metalli pesanti, anche polveri fini e ultrafini. *Epidemiol Prev* 2007;1:62-6.

[18] Cormier SA, Lomnicki S, Backes W, et al. Origin and health impacts of emissions of toxic by-

products and fine particles from combustion and thermal treatment of hazardous wastes and materials. *Environ Health Perspect* 2006;114:810-7.

[19] Gauderman WJ, Vora H, McConnell R., et al. Effect of exposure to traffic on lung development from 10 to 18 years of age; a cohort study. *Lancet* 2007;369:571-7.

[20] Barnett AG, Williams GM, Schwartz J. Air pollution and child respiratory health. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:1272-8.

[21] Pope CA, Burnett RT, Thun MJ, et al. Lung cancer, cardiopulmonary mortality, and long term exposure to fine particulate air pollution. *JAMA* 2002;287:1132-41.

[22] Dellinger B, Prior WA, Cueto R, et al. Role of free radicals in the toxicity of airborne fine particulate matter. *Chem Res Toxicol* 2001;14:1371-7.

[23] Vineis P, Husgafvel-Pursiainen K. Air pollution and cancer: biomarker studies in human populations. *Carcinogenesis* 2005;26:1846-55.

[24] Leem JH, Hong YC, Lee KH, et al. Health survey on workers and residents near the municipal waste and industrial waste incinerators in Korea. *Ind Health* 2003;41:181-8.

[25] Bianchi F, Franchini M, Linzalone N. Salute in cenere? In: Dossier inceneritori, Rivista SNOP 2006;67:20-4.

[26] http://www.arpa.emr.it/pubblicazioni/monitor/generale_619.asp.

NO COMMENT

Se lo dice l'assessore

A Bologna alla Conferenza nazionale sulle cure primarie l'assessore alla sanità regionale ha detto il sistema dell'assistenza sanitaria territoriale è ancora talmente evanescente che non abbiamo neppure gli strumenti per valutarlo. Insomma la seconda gamba del SSN zoppica un po'.

Il precursore

Una buona valutazione la propose Thomas Sydenham (1624-1689): "l'arrivo di un buon clown esercita sulla salute di una città una influenza benefica superiore a quella di venti asini carichi di medicine".

Closer to nature: che volete di più?

Un sistema innovativo per introdurre il biberon senza turbare il neonato è

Closer to nature. Tettarella in morbido silicone progettata per riprodurre le caratteristiche del seno materno.

Assume rapidamente la temperatura del latte. Ha una elasticità naturale che consente allungamento e flessione. Ha dimensioni simili a quella dell'areola materna (sic!). Valvola anticolicca supersensibile (sic!). Il biberon ha due formati: da 150 e 260 ml con tettarella a flusso lento, medio e veloce. È compatto e permette di tenere il neonato verso di sé proprio come nell'allattamento materno.

Nessuna notizia sulla capacità di eccitazione sessuale

Conflitto di interesse sconfitto in 6 mosse

Una società scientifica italiana ha proposto 6 punti di "trasparenza e serietà scientifica" per la organizzazione di congressi pediatrici nazionali e internazionali.

- Almeno 6 ore di attività formativa giornaliera con rilevazione della frequenza in aula.

- Ottenere l'accreditamento ECM.

- Vi deve essere, specialmente in quelli che si svolgono all'estero, il coinvolgimento della pediatria locale (*).

- I partecipanti devono essere iscritti alle società scientifiche che li organizzano.

- È opportuno un compenso ragionevole per i relatori.

- Nel caso in cui si crei qualche controversia si dovrà fare ricorso al consiglio dei saggi della SIP che sono gli ultimi 3 past-president.

(*) Il pensiero corre ai congressi nelle oasi del Sahara

Ospedale: cala il fatturato del pubblico; cresce quello del privato

Secondo uno studio della Università Cattolica del Sacro Cuore, nell'anno 2005 il ricovero in assistenza ospedaliera per acuzie ha dato un fatturato complessivo di 35,1 miliardi di euro. Il ricovero per riabilitazione ha fruttato 982 milioni di euro per 350.000 assistiti a fronte di un aumento di ricoveri del 31%.

Negli anni 2001-2005 il fatturato per acuzie del pubblico è passato dall'81% al 78,7% (-2,3%). Consensualmente quello del privato è passato dal 18,9% al 21,3% (+2,3%). Nel periodo indicato i presidi ospedalieri delle ASL (447 nel 2005) hanno perso il 6% dei ricoveri, quelli delle Aziende ospedaliere (83 nel 2005) il 4%. Le strutture private for profit (Case di cura private Aiop: 380 nel 2005) hanno aumentato del 19% il numero dei dimessi. I ricoveri dei presidi privati non profit (cioè associati ARIS, Associazione religiosa istituti sociosanitari: 44 nel 2005) e altri di ispirazione cattolica (12 nel 2005) li hanno aumentati dell'8%.

Complessivamente il prodotto dei DRG è aumentato del 4,6% in 5 anni nonostante una riduzione del numero dei ricoveri dell'1%. È evidentemente cresciuta la valorizzazione (vera o opportunistica, chiediamo noi?) dei DRG con un aumento del loro peso. Lascia sospetti il fatto che il peso dei DRG del servizio pubblico non sia cresciuto, mentre è cresciuto quello del privato (vedi episodio Santa Rita di Milano): quello dell'Aiop è cresciuto del 24,2% con una produzione di 792 milioni di euro in più; quello degli associati ARIS e altri di ispirazione cattolica del 13,2% (+137 milioni di euro). La quota pubblica nelle Regioni varia dal 98% della Basilicata al 55% del Lazio. La Campania ha la maggiore incidenza del privato profit (22% dei dimessi) e la Lombardia ne ha il 17%. La componente non profit di ispirazione cattolica ha il 27% nel Lazio, seguita da Puglia (13%), e Lombardia (9%) (Il Sole24ORESanità 5-18/8/2008).

I prezzi dei latti artificiali

Dal settembre 2004 all'aprile 2008 i prezzi dei prodotti della grande distribuzione e della farmacia sono praticamente dimezzati. Il grosso della caduta si è av-

vuto nel 2005. Tuttavia, a parità di formula (latte 1 o latte di proseguimento), la differenza è consistente (fino a 4 euro). Differenze si possono trovare per lo stesso prodotto nello stesso giorno in punti vendita diversi (anche della stessa catena). Si avverte la necessità di "un prezzo di riferimento" europeo trasparente e concordato come avviene per i farmaci. I genitori saprebbero che il prezzo standard europeo è X e attorno a quello dovrebbe girare. Comunque i prezzi dei latti in Italia risultano sempre più alti di quelli degli altri Paesi europei, anche in considerazione di una maggiore tassazione (Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, IRFMN, Milano).

Gli specializzandi in guardia da soli

Ai medici specializzandi di Roma, Padova, Verona, Modena e Napoli sarà prescritto di coprire da soli le guardie notturne e festive in violazione – dice la Federspecializzandi – dell'art 38 comma 3 del Dlgs 368/1999, secondo cui "in nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo" che in questo caso fornisce la sola reperibilità (IlSole24ORESsanità 20-26/5/2008).

Ministro, viceministro o sottosegretario?

Come avevamo più volte ricordato, la legge Bassanini toglie il ministro alla Sanità. Si poteva fare un viceministro, si sono fatti due sottosegretari: Francesca Martini, finora assessore alla Sanità del Veneto, e Ferruccio Fazio, medico primario di medicina nucleare e radioterapia al "San Raffaele" di Milano. Alla Martini toccherebbe la ripartizione del Fondo sanitario nazionale e i rapporti con le Regioni. Non tutti piangono per la mancanza di un ministro: non la FIMMG, non la CIMO, un poco l'ANNAO. Le Regioni invece vogliono fortemente un ministro.

Sul tappeto le Regioni in rosso (ma il ministro del welfare esclude le ipotesi di commissariamento minacciate dal governo precedente), il contratto dei medici a rapporto di impiego, e soprattutto il programma di governo: piano per l'autosufficienza, rilancio dei consultori per le alternative alla IVG e dei presidi

per le tossicodipendenze, esclusione dell'eutanasia o pratiche similari, avanzamento tecnologico, trasparenza nella scelta dei manager, riforma della legge 180, eliminazione (*sic!*) delle liste di attesa.

Come si vede, nulla che riguardi l'infanzia. Connesso al problema sanità è il problema del federalismo fiscale: secondo il modello Bossi alle Regioni andrebbe l'80% di IVA, il 15% di IRPEF, e tutto il fisco applicato a giochi e tabacchi. Se un territorio del Sud si trova ad avere un 40% di risorse mancanti, il fondo di solidarietà nazionale gliene darà la metà (il 50% del mancante), cioè il 20%. Il restante 20% se lo dovrà procurare al di fuori del fondo di solidarietà.

Secondo calcoli del centro studi "Sintesi" alla Basilicata mancherebbero 1934 euro per abitante, alla Calabria 1789, al Molise 1776, all'Abruzzo 1220, alla Campania 1097, alla Puglia 615 (Il Sole24ORESsanità 20-26/5/2008).

Donne ai vertici delle Aziende sanitarie

Questa la situazione delle donne direttrici di Aziende sanitarie:

Piemonte	8
Emilia-Romagna	5
Toscana	4
Sicilia	4
Calabria	3
Veneto	3
Lazio	3
Umbria	2

Nella altre Regioni nessuna donna al vertice delle Aziende. Manca il numero totale di Aziende per Regione, per cui non è possibile valutarne la prevalenza.

Le dirigenti di strutture complesse sono il 10%, quelle di strutture semplici il 29% (La Professione, medicina, scienza, etica e società 2008;2:113).

Medici Senza Frontiere lancia un sito internet

MSF rende disponibili, gratuitamente, le ricerche scientifiche basate sulla propria esperienza medica. Queste ricerche hanno spesso sperimentato approcci pionieristici per affrontare una vasta gamma di malattie in molti Paesi e hanno influenzato la pratica clinica. Esempi ben conosciuti sono il lavoro nel curare le

sulla salute

popolazioni vittime dell'HIV/AIDS con i farmaci antiretrovirali e le vittime della malaria con un trattamento a base di artemisinina. MSF spera che gli operatori della Sanità, i responsabili delle politiche e i ricercatori, specialmente quelli che operano nei Paesi in via di sviluppo, avranno così un accesso più facile ai risultati della ricerca di MSF sul campo. MSF sta pubblicando sul sito tutti i suoi articoli apparsi su riviste scientifiche. Al momento del lancio, ci sono oltre 350 articoli sulla cura dell'HIV/AIDS, la malaria, la tubercolosi, la leishmaniosi e altre malattie, e su argomenti generali come l'assistenza medica nelle emergenze, la salute dei rifugiati e le politiche sanitarie.

Gli articoli sono stati pubblicati su riviste come il *British Medical Journal*, il *New England Journal of Medicine*, *PLOS Medicine*, *The Lancet* e *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. Gli editori di queste e altre riviste scientifiche hanno risposto positivamente alla richiesta di MSF di rendere i loro articoli disponibili gratuitamente. Il sito internet www.fieldresearch.msf.org non richiede alcuna password. Tramite un sistema RSS gli utenti possono essere informati quando nuove ricerche sono pubblicate sul sito.

Crollo del mercato dei farmaci

Secondo il quotidiano economico francese *Les Echos*, che cita i dati *Ims Health*, il mercato mondiale dei farmaci ha segnato una battuta di arresto nel 2007, il tasso più basso registrato dal 1996. Infatti le vendite mondiali dei medicinali sono cresciute, lo scorso anno, solo del 6,4%, attestandosi a 459 miliardi di euro. Alla base della crisi i tagli al welfare e l'avanzata dei generici, grazie alla scadenza di molti brevetti per farmaci particolarmente vantaggiosi dal punto di vista economico. Le previsioni per il 2008 sono ancora più 'nere', con un tasso di crescita che dovrebbe fermarsi a poco più del 5%. Cina, Brasile, Turchia, Russia, India, Messico e Corea del Sud, sono oggi Paesi emergenti del mercato farmaceutico e occupano ormai una fetta di mercato pari al 16%. Nel 2007 tali Paesi hanno rappresentato il 25% della crescita del settore quasi quanto gli Stati

Uniti. Cina e Brasile sono entrati nella top ten dei mercati farmaceutici mondiali, occupando rispettivamente il nono e decimo posto (http://www.sifweb.org/infos/newsletters/sif_informa_nl_42_2008.php#2).

Health Literacy e diseguaglianze

Negli USA vi sono notevoli disparità in termini di salute tra bianchi, latinos e afroamericani. I latinos hanno maggiori difficoltà a comprendere le istruzioni relative al mantenimento della loro salute rispetto agli afroamericani.

Il 63% dei bianchi è in grado di prendere un appuntamento per l'oggi o per il giorno seguente, mentre lo sa fare solo il 42% dei latinos e il 39% degli afroamericani. Fra questi ultimi ci sono differenze anche fra le persone nate nei Caraibi, in Africa o negli USA. Il problema è di crescente importanza, per esempio, per l'aumento di latinos che vivono nella California meridionale. Che il problema della lingua e quindi della Health Literacy sia la causa di tali diseguaglianze è emerso solo recentemente. Vi è chi spera che la possibile elezione alla presidenza di un afroamericano possa portare a miglioramenti.

I medici americani sono stati invitati a usare traduttori, anche telefonici, per farsi meglio comprendere e per meglio comprendere. Ma le spese per questi servizi non sono rimborsabili dai programmi governativi (*The Lancet* 2008;371:1903).

La storia di Ama Sumani

In Europa ci sono 20 milioni di migranti di cui 8 milioni senza documenti e quindi senza possibilità di assistenza in gran parte dei Paesi. Ma anche quelli con documenti rischiano. Ama Sumani, madre ghanese di due bambini, si trovava nel Regno Unito per una borsa di studio (era quindi studentessa) e si ammalò di mieloma multiplo. Fino al gennaio 2008, data di scadenza della sua Student-Visa, ha ricevuto la dialisi all'ospedale universitario di Cardiff.

Con il suo mieloma vi erano due possibilità: mantenerla in dialisi in "compassionate grounds", visto che in Ghana non avrebbe potuto essere dializzata, o espellerla. Fu scelta questa seconda strada. Ama è morta nel marzo 2008 ad Accra

dopo avere sperato fino all'ultimo che il governo inglese la riammettesse (*The Lancet* 2008;371:2213).

La mente e la salute

Di 175 milioni di giornate di lavoro perdute ogni anno nel Regno Unito per un costo di 100 miliardi di sterline la maggioranza è dovuta a malattie mentali. La depressione è più frequente della disabilità, dello stroke e delle cardiopatie. Di solito il giovane depresso dichiara che il suo medico "never took me seriously". Almeno uno ogni quattro o cinque adolescenti ha un problema mentale ogni anno legato alla famiglia, alla scuola o alla comunità (*The Lancet* 2008;371:2213).

Il figlio del soldato Keivan

Il 20 agosto 2002 un soldato israeliano, Keivan, ferito nella striscia di Gaza, morì in ospedale militare. I genitori ottennero che fosse conservato un suo campione di sperma per potere avere un ricordo vivo del figlio, con l'affitto di un utero (Keivan non aveva né moglie, né fidanzata). Da qui nacque una complicata e inedita questione legale conclusa nel 2007 con l'autorizzazione della Corte di Israele per l'utilizzo del seme da parte della famiglia e con la decisione che il bambino nato fosse il legale erede del soldato Keivan, nonostante mancasse una sua autorizzazione. Esiste, infatti, in Israele la possibilità per i soldati di conservare il seme e la sua disponibilità per le mogli dei soldati morti, ma il caso del soldato Keivan era più complesso (*The Lancet* 2008;371:2166).

L'acqua e la salute

Il report OMS del 26 giugno "safer water, better health" riporta che il 9,1% del carico mondiale di malattie potrebbe essere prevenuto migliorando le condizioni igieniche dell'acqua. In certi Paesi questo valore sale al 15%. Con l'igiene dell'acqua le agenzie sanitarie risparmierebbero 7 miliardi di dollari all'anno; si guadagnerebbero 320 milioni di giornate lavorative e 272 di giornate scolastiche per anno: il tutto fa 84 miliardi di dollari per anno. L'organizzazione inglese Water Aid riferisce che l'acqua non igienica è responsabile di 9,7 milioni di morti di bambini per anno (*The Lancet* 2008; 371:2145). ♦

L'arte della Medicina

Le muse nei reparti di Medicina

Danielle Ofri

Dipartimento di Medicine, University School of Medicine, New York, USA

Abstract

The Muse on the medical wards

It is a paper written by Danielle Ofri and published on The Lancet 2008;371:110-1 which could be of interest for our readers.

Quaderni acp 2008; 15(5): 202-203

Key words *Humanities. Medical practice. Medical education*

Pubblichiamo traducendolo da The Lancet 2008;371:110-1 questo saggio di Danielle Ofri, "The Muse on the medical wards", che ci pare possa interessare i nostri lettori. Danielle Ofri vive a Manhattan, con il marito e tre figli, e studia violoncello. Esercita e insegna la professione medica (Bellevue Hospital, New York University School of Medicine). Ha scritto sulle sue esperienze di vita professionale alcuni libri, che hanno ricevuto diversi premi, e numerosi saggi, pubblicati su prestigiose riviste scientifiche e non. Ha vinto il premio dell'Associazione Americana dei Medici Scrittori. Ha ricevuto una laurea honoris causa in Lettere umanistiche dal Curry College. È direttore e cofondatore della rivista Bellevue Literary Review, una rivista letteraria dedicata alla malattia, alla salute e alla guarigione.

Parole chiave *Scienze umanistiche. Pratica medica. Istruzione medica*

Traduzione di Laura Reali

Le muse nei reparti di medicina

Come molti che si occupano di scienze mediche umanistiche, sono capitata in questo campo per caso. Il mio curriculum formativo era strettamente medico-clinico, ma una pausa non pianificata della mia attività di medico (un'assunzione congelata per motivi di budget, proprio quando ero pronta per il mio primo lavoro come medico frequentatore) mi ha offerto l'opportunità di iniziare a scrivere della mia esperienza clinica e didattica in medicina.

Quando alla fine sono stata assunta, ho cercato di trovare un sistema per combinare il mio amore per la letteratura e per la scrittura con la pratica medico-professionale.

Il mio primo tentativo di alchimia tra medicina e letteratura è stato con gli studenti del terzo anno, che ruotavano nel mio ambulatorio medico. Ogni studente doveva consegnare un certo numero di anamnesi ed esami obiettivi nel corso del mese di frequenza. Dopo aver letto le loro valutazioni, ero stufo di quel gergo rigidamente levigato e della monotonia del linguaggio specialistico usato: sembravano mirati a mantenere medico e

paziente a una sana distanza linguistica.

Mi chiedevo perché dovessimo dire cose strane come: "Il paziente ammette dispnea, ma nega dolori toracici". Perché non si poteva dire semplicemente: "Il paziente ha il respiro corto, ma non ha dolore al torace", invece di parlare come gli attori banali di un giallo? Ma oltre alla monotonia e alla noia, la considerazione più frustrante era che anamnesi ed esami obiettivi scritti in quel modo non riuscivano a catturare l'essenza del paziente: a far sentire la sua voce.

Anamnesi ed esami obiettivi standard come quelli suonavano come l'interrogatorio di un cadavere e ogni caso di polmonite sembrava praticamente identico. "Il paziente riferisce dolore pleuritico al torace, accompagnato da espettorato. Ammette febbre soggettiva. Nega nausea associata". Partendo da questi presupposti, pregai gli studenti di medicina di scrivere una delle anamnesi con esame obiettivo loro richiesti in una forma differente, da me chiamata "recensione narrativa"; chiesi loro anche di abbandonare tutto il gergo che avevano tanto faticato ad acquisire e di scrivere "buco della pancia" invece di "ombelico" e "avambraccio" invece di "estremità distale dell'arto superiore". Dovevano semplice-

mente raccontare la storia del paziente come una storia qualsiasi.

In un primo momento gli studenti rimasero perplessi. Li avevamo addestrati così bene a seguire formule e algoritmi a memoria, che erano sconcertati da questo tipo di compito non strutturato. Ma colsero l'occasione per scrivere, impegnandosi a illustrare le storie dei pazienti di cui si occupavano. Oltre a divertirsi, come alla fine la maggior parte di loro fece, anche se qualcuno con riluttanza, essi capirono che in quel modo potevano scoprire numerosi aspetti critici che riguardavano direttamente la cura del paziente, informazioni che non sarebbero venute alla luce con il sistema medico standard di anamnesi ed esame obiettivo. Ad esempio, uno degli studenti in medicina aveva appreso che una giovane donna aveva un asma continuamente esacerbato dal cane che teneva nel suo appartamento. Ma lei non si sarebbe mai neanche sognata di sbarazzarsene, perché pensava che una tale decisione avrebbe annientato il suo fidanzato. Lo studente, nel tentativo di acquisire tutti i punti di vista possibili nell'anamnesi, parlò anche col fidanzato e scoprì che il ragazzo era veramente addolorato nel vedere la sua fidanzata soffrire d'asma, ma non voleva neanche prendere in considerazione l'ipotesi di sbarazzarsi del cane, perché pensava che una scelta del genere avrebbe distrutto la sua fidanzata. Lo studente riportò queste osservazioni quasi magiche ai due, che furono veramente sorpresi del loro fraintendimento e alla fine si misero d'accordo per dare il cane a un amico, così l'asma della donna migliorò rapidamente. L'altra mia scorriera nel combinare la letteratura con la medicina avvenne nei reparti dei degenti. Nel mondo frenetico dei pazienti ricoverati è difficile trovare spazio per qualsiasi cosa che sia al di fuori delle mansioni quotidiane, assolutamente obbligatorie, e il personale interno è molto più chiuso nelle rigide regole della clinica di quanto non lo siano gli studenti.

Per corrispondenza:

Danielle Ofri

e-mail: dofri@blreview.org

humanities

Così iniziai a lasciare ogni mattina alcune copie di una poesia, vicino a una pila di banane o di mele nella stanza dei medici, attaccando al muro un foglio con su scritto: “Poesia del giorno, frutto del giorno. Per favore prendete uno di ognuno”. Ho imparato che nutrire il corpo e la mente sono attività complementari e che trarre piacere da un desiderio interno di cibo liberamente disponibile è un modo perfettamente legittimo di insegnare discipline umanistiche in medicina.

Il mio approccio successivo fu di tenere un bel pacco di poesie e di saggi brevi nella tasca del mio camice. Ogni volta che la mia squadra aspettava un ascensore, un'esperienza frequente e spesso prolungata, immediatamente distribuivo le mie carte. Così la lettura in ascensore divenne un'attività consueta, perché la scelta era tra leggere una poesia o stare con lo sguardo fisso sempre sulla stessa spia, ricordandoci l'un l'altro di non discutere di informazioni sui pazienti in pubblico.

Alla fine ho tentato di inserire la letteratura direttamente nel nostro lavoro quotidiano. Ogni mattina cercavo di ritagliare cinque minuti alla fine del giro di visita per qualcosa di letterario.

Io leggevo una poesia o un saggio a voce alta, perché mai nessuno si offriva volontario e poi lasciavo un po' di tempo per la discussione. Qualche volta un interno si avventurava in qualche pensiero, ma spesso c'era solo silenzio. Io offrivamo uno o due commenti e dopo mi fermavo, sperando di avere fissato qualche intuizione della creatività, per esile che fosse, prima che si rituffassero nel caotico mondo della pratica quotidiana. La parte più dura per me era cercare di insistere, nonostante il silenzio e la mancanza di scroscianti grida di approvazione.

Sicuramente ci fu qualche ritorno: alcuni studenti si divertivano per il cambio di ritmo, altri pensavano che fosse uno spreco di tempo prezioso, che avrebbe potuto essere utilizzato altrimenti per mansioni pratiche, come portare un campione di feci in laboratorio. Altri ancora facevano illusioni sulle mie facoltà mentali, per il fatto che continuavo a insistere su esempi di arte letteraria, piuttosto che sugli RCT. Ma avevo deciso che era uno sforzo che valeva la pena di compiere, soprattutto perché l'addestramento in medicina può dare forma a un modo di

pensare molto rigido e impacciato. Questo aspetto diventa evidente quando vedo gli interni impegnarsi in una medicina da libro di cucina, e discettare di diagnosi e terapie, con la stessa erudita artificiosità del commesso della panetteria. Questa è per me la ragione più importante per introdurre la letteratura e la scrittura creativa nella pratica medica: sono processi intrinsecamente “illogici” da un punto di vista pragmatico e proprio per questo sono i più necessari allo sviluppo di un pensiero flessibile. Essi richiedono la capacità di cucire insieme parti diverse del cervello, coinvolgendo appassionatamente, di raccordo in raccordo neuronale, osservazioni, descrizioni, azioni, emozioni, linguaggi e senso estetico.

Per la maggior parte degli studenti questo significa sciogliere muscoli intellettuali da lungo tempo dormienti e non più usati sin dai primi tempi del college. Un'altra ragione importante per incorporare la letteratura, e in particolare la poesia, nella educazione medica è la metafora. La poesia è tutta una metafora e i grandi poeti ci spingono a pensare profondamente per interpretare le loro metafore. Alcuni pazienti ci sfidano a fare lo stesso. Quando un paziente si avvicina a noi con disturbi somatici multipli e storie personali complicate e bizantine, potremmo opporgli un secco rifiuto, come davanti a un lamentoso qualsiasi che si finge malato, ma spesso il paziente ci parla in metafora. Per aiutare veramente quelli che vengono da noi perché ne hanno bisogno, dobbiamo interpretare le loro metafore, oppure loro andranno a caccia di altri medici dotati di maggiore capacità di comprensione delle sfumature. Infine c'è il puro piacere della grande letteratura. Le riviste di medicina sono scritte con un linguaggio talmente sterile che non farebbe crescere in coltura neanche un solo stafilococco. Questo potrebbe essere un modo per aprire la mente a parole piacevoli e al linguaggio della bellezza, nello spazio malsano e tetto dell'addestramento medico e della letteratura scientifica. Che è concetto fortificante, ma anche un po' sovversivo e salva-vita.

Una spruzzatina di piaceri della letteratura e della scrittura creativa può rappresentare un raro raggio di sole per l'allievo che sta annegando nell'ingrato

mondo della scuola di medicina o dell'internato.

Alla fine di ogni mese della mia attività di reparto leggo *Gaudeamus Igitur* di John Stone, un poema di 4 pagine, che spesso richiede una torta di mousse di cioccolato a quattro strati per assicurare una piena partecipazione. Il poema fu scritto per la cerimonia annuale di laurea di una classe di medici ed è pieno di massime di saggezza, ma io mi preoccupavo sempre di fare attenzione a questa: “Per voi che imparerete a vedere più lontano dei vostri occhi e a sentire meglio con il vostro orecchio interiore” [1]. Poeti e artisti vedono il mondo così. Eppure non sempre è semplice, né apprezzato, il fatto che potremmo aiutare i nostri studenti a diventare medici molto migliori, se imparassimo un poco dai poeti. ♦

[1] Come non ricordare la poesia di G. Rodari a proposito di orecchio interiore? (NdR)

*Un giorno sul diretto
Capranica-Viterbo
vidi salire un uomo
con un orecchio acerbo;
non era tanto giovane, anzi era
maturato tutto
tranne l'orecchio
che acerbo era restato.*

*Cambiai subito posto
per essergli vicino
e potermi studiare il fenomeno
per benigno.
Signore, gli dissi,
dunque lei ha una certa età
ma di quell'orecchio verde
che cosa se ne fa?*

*Rispose gentilmente:
dica pure che son vecchio;
di giovane mi è rimasto
soltanto questo orecchio;
è un orecchio bambino;
mi serve per capire
le voci che i grandi
non stanno mai a sentire;
ascolto quello che dicono
gli alberi, gli uccelli,
le nuvole che passano,
i sassi, i ruscelli;
capisco anche i bambini
quando dicono cose
che a un orecchio maturo
sembrano misteriose.*

*Così disse il signore
con un orecchio acerbo
quel giorno sul diretto
Capranica-Viterbo.*

Storie di malattia

"Il capitale" di Piero Camporesi

Giancarlo Cerasoli
Pediatra di famiglia, Cesena

Abstract

Stories of disease: "Il capitale" by Piero Camporesi

Stories where the patient, his emotions and his world are considered can make medical practice more accurate and complete. Prof. Piero Camporesi is a literature professor at the University of Bologna and tells us the story of his medical consultation. *Quaderni acp 2008; 15(5): 204-206*

Key words Narrative medicine. Adipose dystrophy. Piero Camporesi

L'attenzione a opere letterarie in cui possono essere messi in evidenza la soggettività del paziente, il suo mondo, le sue emozioni, contribuisce a una pratica medica più attenta e più completa. La letteratura, come l'arte e il cinema, suscita riflessioni e connessioni con la propria esperienza e diventa, proprio per questo suo potere evocativo, uno strumento di formazione. Viene riportato un racconto (inedito, degli anni Settanta) di una visita medica con follow up del prof. Piero Camporesi, professore di letteratura dell'Università di Bologna.

Parole chiave Medicina narrativa. Distrofia adiposa. Piero Camporesi

Introduzione

L'attenzione a opere letterarie in cui possono essere messi in evidenza la soggettività del paziente, il suo mondo, le sue emozioni contribuisce a una pratica medica più attenta e più completa. La letteratura, come l'arte e il cinema, suscita riflessioni e connessioni con la propria esperienza e diventa, proprio per questo suo potere evocativo, uno strumento di formazione.

Il numero 26 della rivista Riga, interamente dedicato a Piero Camporesi (1926-1997), si apre con questa breve narrazione che lo scrittore fa del proprio vissuto di malattia durante l'infanzia e l'adolescenza [1]. Il racconto è frutto della riflessione dell'età matura ed è costruito in modo sapiente e coinvolgente. È uno straordinario esempio di "autopatografia" dove il protagonista descrive i cambiamenti del proprio corpo, della percezione che ne aveva e di come quella metamorfosi influiva anche sull'ambiente in cui viveva.

L'autore è stato uno dei più straordinari e prolifici scrittori italiani del secolo scorso. Il suo vastissimo campo d'indagine ha abbracciato molteplici aspetti che riguardano la storia della letteratura, della cultura, del costume, delle religioni, dell'alimentazione, della salute e delle scienze naturali, dell'antropologia e del folclore [2].

Il racconto di Piero Camporesi

Quando il prof. P. mi faceva spogliare, m'ordinava con voce tranquilla che gli facessi vedere "il capitale": io la prima volta, naturalmente, non capii; ma poi, probabilmente in risposta a uno stimolo (uno stimolo di valore fonico ma anche misteriosamente simbolico), incominciai a obbedirgli con deferenza [3].

Mi sarebbe sembrato sconveniente dire di no a quella voce dolce che gli usciva sopra una barbetta rada e appuntita, agli occhi acuti e intelligenti, piccoli come quelli d'un sorcio, che animavano un lungo volto rettangolare ai cui lati spuntavano due orecchie appuntite da studioso israelita.

Ricordo le sedie *cannées* del suo studio, e le pareti piene di diagrammi di sviluppo e di crescita dove era stato inciso il destino di noi bambini con le sue spinte in avanti, gli stop improvvisi, le marce e le contromarce, le spirali dell'involutione, tutti gli scatti avanti e indietro di una marcia piuttosto incerta e, comunque, non molto chiara rispetto al punto d'arrivo. Di sicuro c'era solo il punto di partenza, il resto... meglio non guardarlo. Il mio era, così almeno mi sembra di ricordare, più che altro un problema di ghiandole e d'ormoni; c'era stato un piccolo focolaio ai polmoni, ma al prof. P. sembrava non interessare molto, altri sembravano i suoi (così i miei) problemi.

Sembra, ma anche di questo non sono certo, che allora la ghiandola pituitaria si comportasse con me in modo capriccioso come i manuali di fisiologia normale non ammettono in alcun modo: non ricordo bene se fosse dilatata o rattrappita, ma ho ancora sotto gli occhi la radiografia del mio cranio di bambino di dieci anni e vedo ancora chiaramente quella maledetta "sella turca" che pare fosse l'epicentro delle mie disfunzioni, il *punctum dolens* della mia contrastata armonia endocrina. Sono ormai molto affezionato a quella lontana radiografia che vorrei incorniciare e appendere sopra il letto: ma pare che questo non vada bene con l'immagine che mia moglie ha di me; e lei si ostina a trovare sinistro e addirittura sconveniente che i miei figli si guardino un po' più da vicino le ossa del padre e imparino a conoscere le tempeste del suo cranio. Ma essa è certamente l'immagine più profonda che io conosca di me stesso, la più spontanea e *naïve* e non capisco proprio perché i bambini non possano tenere sott'occhio e cercare di capire e d'interpretare un settore molto importante della paterna carcassa. E invece io sono convinto che il mio segreto è, molto probabilmente, in quei pochi centimetri quadrati (un piccolo vuoto che i profani non possono riconoscere) che un invisibile peduncolo fissa al *tuberculum cinereum* della base del cervello. Io solo immagino i segreti rapporti e le simpatie e le antipatie fra il mio *colatorium* (non so se ancora *revolté* o ritornato all'ordine) e l'*infundibulum* che sarebbe poi (e i bambini dovrebbero saperlo) quel minuscolo Atlante che tiene sollevato il cervello.

Ma il prof. P., chissà perché, in quei tempi non era molto soddisfatto dei rapporti di quella ghiandola col resto del mio corpo: non ricordo più a quali cure mi sottoponesse, ma il risultato non l'ho dimenticato [4]. In pochi mesi il mio corpicciattolo scheletrico e le mie gambette di ragno incominciarono a rimpolparsi e poi a imbottirsi di tessuto adiposo finché i lipidi strariparono e s'impadronirono del mio corpo.

Per corrispondenza:
Giancarlo Cerasoli
e-mail: giancarlo.cerasoli@libero.it

Non so se questo fosse esattamente il risultato desiderato e perseguito con tanta cura dal prof. P., ma ricordo perfettamente che in quei mesi incominciai a sentirmi più infelice del solito e, più il grasso cresceva, più, dentro di me, mi sentivo inibito e quasi paralizzato, come se quella coltre lardellata mi avesse isolato, in un mondo sventuratamente inerte, dagli altri bambini. Così a dieci anni incominciai a conoscere il muro dell'incomunicabilità. E se prima mi vergognavo un po' delle gambette esili che mia mamma, per timore che prendessi freddo, copriva con calzoncini tanto lunghi che mi salivano fin sulle cosce (e i compagni delle elementari mi scherzavano e mi chiedevano se ero una bambina), così poi incominciai a guardare, prima con preoccupazione, e poi con disgusto e avvillimento, la mia faccia paffuta e le natiche polpose.

A questo punto il prof. P. cercò d'invertire la direzione di marcia dei lipidi con varie tecniche e io finii col ritrovarmi su un vogatore che doveva costantemente e faticosamente azionare per annullare la crescita adiposa. Non so quante miglia abbia percorso in quel seggiolino su cui erano adagate le mie preoccupanti natiche; e non so nemmeno quante acque abbia attraversato senza mai doppiare il capo della tranquillità e del non-movimento: ma certamente so che mi nacque un disgusto tale delle vogate e della rotazione inutile e meccanica delle braccia, che ancor oggi mi rifiuto non solo d'andare in moscone e di prendere in mano un remo, ma d'imparare anche (come sarebbe doveroso per un uomo di mare) a nuotare. Il risultato di quelle estenuanti vogate fu che m'imbarcai in una *dystrophia adiposa* che il professore cercava di contenere e di controllare, abbandonato il vogatore, con preparati ormonici (non saprei dire con quanto successo).

Ma mi nacque allora un tale odio misto a repulsione del mio corpo che ancora oggi non riesco a mostrarlo in pubblico che a piccolissime porzioni e con un puritanesimo senza dubbio esagerato, mentre provo grande ammirazione e quasi invidia dei muscoli snelli e scattanti dei ragazzi e, specialmente, delle ragazze che i nostri tempi (in questo molto generosi) offrono alla vista di tutti con grande comprensione e ammirevole indifferenza. Per questo trovo estremamente seducente l'armonia delle forme, in esatta e rovesciata corrispondenza alla ripugnanza di mostrare il

corpo (che ho ragione di ritenere ancora fuori linea) allo sguardo sempre un po' perfido del "prossimo".

Ricordo che rimasi allibito e disgustato quando, qualche anno fa, doveti fare visita a un docente universitario (uno di quei barbassori severissimi che adesso l'irriverenza studentesca definisce "faraoni", nella migliore delle ipotesi), il quale passava le sue vacanze (molto laboriose, s'intende) su una spiaggia adriatica: mi ricevette in ciabatte e shorts, disinvolto nonostante i suoi sessant'anni, e ansioso di parlarmi di varianti d'autore e di mutamenti fonetici. Anche a cena si presentò vestito (o meglio svestito) in quel dannato e insopportabile modo. Se anche lui si fosse fatta a dieci anni una radiografia del cranio, sono sicuro che sarebbe meno sicuro di sé, se solo immaginasse l'imponderabile flusso ormonico e ghiandolare che gli scorre sotto la pelle quando si siede a esaminare la qualità di certe varianti.

Non so se fosse una conseguenza della ormai acquisita *dystrophia*, ma, a un certo momento, incominciarono a profilarsi sul mio ventre, verso i tredici anni, delle smagliature dei tessuti, come quando si svuota l'interno di una patata o di uno zucchini, per introdurre il compenso: e allora il professore iniziò a pronunciare il nome del morbo di Cushing e a citare la sindrome di Froelich, e io mi sentivo sempre più vergognoso che tanti morbi dovessero coabitare con me in luoghi che, in fondo, mi appartenevano per diritto di nascita. Non so come, ma a un certo momento riuscii a raggiungere i quindici anni, e il prof. P. si ricordò d'essere eminentemente un pediatra e spiegò ai miei genitori che l'adolescente loro figlio sfuggiva ormai alle sue diagnosi e alle sue analisi; perciò mi metteva nelle mani di un dotto collega e mi faceva ricoverare, in placida e tranquilla osservazione, nell'ospedale del collega. A quei tempi, bisogna riconoscerlo, gli ospedali erano una cosa seria, molto temuti, e la gente ricorreva a loro quando proprio non ne poteva più. Perciò vi si trovavano dentro dei veri ammalati e dei veri medici, ed erano ben lontani dagli odierni lazzaretti dove bivacca un decimo della popolazione del Paese. Era un mondo pre-mutualistico, serio e consapevole del male e del dolore; i pazienti facevano i pazienti, i dottori facevano i dottori, le infermiere erano bravissime, i frati e i confessori giravano al largo, le suore non appiccica-

vano medagliette al collo del paziente ricoverato, le madri superiori non intonavano litanie e preghiere di massa nei corridoi, ci si affidava più alla scienza e alla bravura del medico che alle pratiche stregonesche. La Provvidenza c'era anche allora, ma veniva invocata discretamente, in sordina, non tirata per i capelli e distribuita a tutti come prodotto di grande consumo insieme al brodino in tazza. L'industria del malato non era ancora nata e gli sterminati lazzaretti dei nostri giorni non si potevano nemmeno immaginare.

Ora di quell'ospedale non esiste più una pietra. La guerra lo ha spazzato. Un ex convento appoggiato a un lato di una antichissima chiesa, silenzioso e ombroso, perforato da una suite di giardini e chiostrini verdi, in una lunga prospettiva di tassi e cipressi annosi fra un'erba grassa, folta e lustra che nei giorni d'estate alitava frescure e verdi tenerezze. Forse anche la morte aveva il colore di quell'erba e l'odore delle vecchie pietre dei chiostrini.

Non ricordo molto di quei giorni, ma conservo ancora intatta l'immagine del primario quando entrava nella camera in cui mi trovavo, più per fargli piacere per altro, a letto.

La porta si spalancava e sembrava entrasse uno sceicco o un bali con i suoi giannizzeri, tanto imponente era lui e tanto numerosi e deferenti erano i suoi assistenti. Ciò però che più mi stupiva e mi umiliava era di dover camminare, soltanto camminare, davanti a loro, per tutti i versi della stanza o del corridoio. Il fatto era che sotto tanti occhi non mi riusciva più di camminare con scioltezza e riscoprivo tutto l'impaccio e la fatica e la gratuità della deambulazione. Cercavo di camminare nel modo più corretto, significativo e umano, secondo certi schemi mentali che mi ero andato creando in quei giorni che, secondo me, dovevano coincidere con i loro schemi a proposito del modo di camminare di un adolescente.

Ero un ragazzo per bene e volevo collaborare con loro, cercando, per quello che potevo, di farli contenti; ma dentro di me avevo una gran voglia di camminare come il pitecantropo per farla finita con quei giochi ridicoli. Un assistente cercava di fare entrare il mio passo in una certa tipologia, di dargli una figura umana e d'inscriverlo in una categoria di possibili e umani camminatori: ma il suo capo non era contento, non era soddisfatto e, dopo aver scossa la testa, sprofondava in inson-

dabili meditazioni. Ancor oggi sono convinto che facessero quelle inspiegabili prove perché, in realtà, non sapevano cosa fare di meglio: per quanto poi abbia chiesto e indagato io coi miei mezzi di ricerca, non sono mai riuscito a sapere cosa cercasse nei miei passi quella ormai irreal e fantomatica équipe che di giorno in giorno si allontana nel ricordo dietro la lunga suite di cortili e chiostri.

Non fu tuttavia facile uscire dall'antico ospedale: quando infatti, dopo aver analizzato i miei genitori in tutti i modi, scoprono che qualcuno della mia famiglia dimorava abitualmente in manicomio (non di sua spontanea volontà, bisogna riconoscerlo), incominciai a temere fortemente che la mia uscita stesse per diventare piuttosto problematica: e sono tuttora convintissimo d'essere riuscito a sfuggire a questo inconveniente soltanto per l'imponderabile gioco del caso. Perché ricordo il lampo d'interesse che brillò negli occhi dell'équipe quando si scoprì che qualcuno tra i miei collaterali e agnati ascendenti aveva dei conti in sospeso con la logica.

Povero prof. P.! Io, è vero, dovevo accontentare le inutili e grottesche richieste di quei medici e passeggiare su e giù per la stanza e per il corridoio a piacer loro; ma lei, alla sua età, doveva correre qua e là per il nostro lungo Paese cercando di sottrarre la pineale e le surrenali e la gola e tutto quanto il resto alle cure sanguinarie dei macellai antisemiti. Non so dove il suo cranio sia finito, lei che aveva la pituitaria perfettamente in regola con le sue secrezioni. Ma io la ricordo ancora, non solo perché ha avuto tanta cura delle mie endocrine, ma anche perché tutte le volte che vedo un ritratto di Freud mi pare di ritornare nel suo gabinetto e di rivedere la sua barbetta rada e le sue appuntite orecchie israelite tra i diagrammi di crescita e sviluppo, e di regredire dolcemente verso un'età che, tutto sommato, ormoni e ghiandole comprese, mi pare più tollerabile della presente. La sua influenza non deve essere stata davvero trascurabile sul suo piccolo paziente, a ben considerare, se, dopo tanti anni, ogni qualvolta gli capita di sentire pronunciare o di leggere il titolo di un famoso libro di critica all'economia capitalistica, certamente a causa degli stimoli anticamente acquisiti e dei riflessi condizionati, inavvertitamente porto la mano a quello che lei, con paterna bontà, era solito chiamare il mio "capitale".

Commento

Non sappiamo perché Piero Camporesi abbia scritto quelle pagine e il fatto che non fossero mai state pubblicate fa reputare che fossero destinate a lui solo. "Il capitale" è una gemma letteraria che, ai nostri occhi, può apparire uno straordinario esempio di "illness narrative", una lucida ricognizione biografica longitudinale, dettata dal bisogno di riflettere sulle esperienze patologiche vissute. In questi ultimi anni si sono raccolte le prove dell'utilità della Narrative-Based Medicine [5]. Si è dimostrato che attraverso il racconto molti pazienti possono ottenere un miglioramento del loro stato di salute. Col tramite della scrittura il malato può rendere più esplicita l'esperienza che sta vivendo e sviluppare una consapevolezza che gli permette di stare dentro e, talvolta, di far fronte con più sicurezza alla situazione, spesso profondamente destabilizzante, nella quale ci si viene a trovare quando si è o ci si sente malati [6].

Ma l'aspetto che qui si vuole evidenziare, ed è lo scopo per il quale si è ripubblicato questo scritto, è l'importanza che le "illness narratives" hanno per gli operatori sanitari. Esse sono documenti/strumenti preziosi che possono essere meglio raccolti e analizzati utilizzando metodologie appropriate [7]. Attraverso la loro analisi è possibile conoscere la complessa relazione del paziente con la sua malattia e gli effetti di questa sul suo contesto di vita. Uno spazio importante va riservato alla riflessione su come il paziente descrive il ruolo degli operatori sanitari e l'effetto che il loro comportamento ha nei confronti della percezione del suo stato di salute. La possibilità di vedere il riflesso delle proprie azioni sul vissuto del malato aiuta il curante a meglio calibrare il proprio operato, spesso considerato marginale nel racconto. La scoperta delle convinzioni e delle difficoltà del paziente ricorda a chi lo assiste i limiti che il buon senso, prima dell'etica, ci obbliga a rispettare. La conoscenza di come il contesto influisce sul paziente aiuta a elaborare più efficaci strategie per il coinvolgimento di coloro che sono in più stretta relazione con lui nel percorso terapeutico. Queste storie, in ultima analisi, offrono agli operatori della salute l'opportunità di entrare nell'esperienza del malato e di dividerla, creando maggiore intimità, migliorando la qualità della relazione terapeutica e recuperando l'empatia

verso di lui, empatia che a volte si dimentica nella ricerca della migliore abilità nelle tecniche diagnostiche e terapeutiche più moderne.

Come ricorda Vito Cagli, per essere bravi medici, "dobbiamo dunque leggere non soltanto i testi e le riviste di medicina, ma anche le narrazioni di quanti, con capacità di artista, possono fornirci delle malattie e dei malati una descrizione diversa, capace di recuperare la dimensione umana delle une e degli altri" [8]. ♦

Bibliografia

[1] Ringrazio Giovanna Strocchi Camporesi per l'autorizzazione a ripubblicare questo scritto. Ricordo che il numero di *Riga* è curato da Marco Belpoliti ed è stato edito nel febbraio 2008 da Marcos y Marcos (sito web: www.marcosymarcos.com).

[2] Su Camporesi vedi Belpoliti M. Settanta. Torino: Einaudi, 2001, pp. 235-46. Casali E. "Accademico di nulla Accademia". Saggi su Piero Camporesi. Bologna: Bononia University Press, 2006, con una importante appendice bibliografica, curata da Paolo Tinti, degli scritti pubblicati da Camporesi. Tra questi si segnalano: Il pane selvaggio (1980), Alimentazione, folklore e società (1980), Le vie del latte (1993), La carne impassibile (1994), Il governo del corpo (1995), Il sugo della vita (1997) e Camminare il mondo. Vita e avventure di Leonardo Fioravanti medico del Cinquecento (1997).

[3] Si trattava di Maurizio Pincherle che fu docente di clinica pediatrica a Bologna dal 1930. A seguito delle leggi razziali fu costretto, come gli altri docenti di fede ebraica, a lasciare l'insegnamento. Su Pincherle vedi Mirri D. Arieti S. La cattedra negata. Bologna: CLUEB, 2002. Gagliani D. Il difficile rientro. Bologna: CLUEB, 2004 (recensito su *Quaderni acp* 2006;1:27).

[4] Si trattava, molto probabilmente, di preparati vitaminici e opoterapici, quali estratti di surreni e tiroidi. Cfr. Stefanini S, Tarozzi GC. Appunti di Clinica Pediatrica [su lezioni] svolte dal chiar.mo prof. Maurizio Pincherle. Anno 1931-1932, Gruppo universitario fascista Giacomo Venezian Ed, Bologna 1932, vol. II, pp. 240-1.

[5] Per l'Italia vedi Giarelli G, Good BJ, Del Vecchio Good M, Martini M, Ruozi C. Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile. Milano: Franco Angeli, 2005. Per l'applicazione della Narrative Medicine in campo pediatrico si rimanda alla rubrica omonima, ospitata su questa rivista, e a Gangemi M, Zanetto F, Elli P. Narrazione e prove di efficacia in pediatria. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed, 2006.

[6] Vedi le considerazioni e la vasta bibliografia citata in Zannini L. Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura. Milano: Cortina Ed, 2008.

[7] Su queste tecniche vedi Zannini L. Medical humanities e medicina narrativa, citato, in particolare sulla raccolta delle storie alle pp. 104-16 e sulla loro interpretazione nelle fonti letterarie alle pp. 184-97. Vedi anche Good BJ. Narrare la malattia. Torino: Edizioni di Comunità, 1999.

[8] Cagli V. Malattie come racconti. La medicina, i medici e le malattie nelle descrizioni dei romanzieri e dei drammaturghi. Roma: Armando Ed, 2004, p. 9.

Cefalea persistente e vomito ripetuto in una bambina obesa

Luciano de Seta, Maria Simona Sabbatino, Marco Maglione, Sara De Stefano
Struttura Complessa di Pediatria e Patologia Neonatale, Ospedale S. Paolo, Napoli

Abstract

Persistent headache and vomitig in an obese child

A 10 year old girl with persistent headache, recurrent vomit and lumbar pain in the last month. At hospital admission she shows esotropia and diplopia. In order to exclude intracranial hypertension a referral to an eye specialists shows papilledema and peri capillary hemorrhages. A brain tomography is normal. The girl is then referred to a paediatric neurosurgery ward for a brain magnetic resonance imaging (MRI) and an angiography magnetic resonance. The MRI is normal while the angio MRI shows a bilateral obstruction of cranial transverse sinuses. A spinal puncture shows an increased opening fluid pressure (65 mmHg as normal values < 15 mmHg). After withdrawing about 90 ml of clear fluid the pressure returns to normal values. The cytological analysis are normal as fluid microbiological culture. The final diagnosis is of idiopathic intracranial hypertension or pseudotumor cerebri, a rare conditions affecting mainly adolescent girls and young obese women. After 5 days the girl leaves the hospital and at the 3 month follow up she is fine.

Quaderni acp 2008; 15(5): 207-209

Key words Intracranial hypertension. Pseudotumor cerebri. Obesity. Brain neoplasm

È descritto il caso di una bambina di 10 anni che presentava cefalea persistente e vomito ripetuto da circa un mese, associato a rachialgie lombari. Al ricovero si nota esotropia a destra e la bambina riferisce da qualche tempo diplopia. Nel sospetto di un'ipertensione intracranica da massa occupante spazio sono effettuate una visita oculistica che mette in evidenza un edema papillare con emorragie pericapillari e una TC cerebrale che risulta nella norma. La bambina è trasferita in una Unità di Neurochirurgia pediatrica dove è sottoposta a una RMN cerebrale che non mostra alterazioni di sorta, mentre una angio-RMN mette in evidenza un'ostruzione bilaterale dei seni trasversi. La bambina è sottoposta a una rachicentesi in sedazione profonda previa misurazione manometrica della pressione liquorale. In decubito laterale la pressione di apertura risulta di 65 mmHg (VN <15 mmHg). Dopo evacuazione di 90 ml di liquor limpido la pressione torna al valore normale di 12 mmHg. L'esame citochimico è nella norma così come sterili risulteranno le colture del liquor. La diagnosi definitiva è, pertanto, di ipertensione intracranica idiopatica pediatrica o pseudotumor cerebri. La piccola viene dimessa dopo cinque giorni e il follow up a tre mesi risulta nella norma. È discussa la diagnostica differenziale di tale rara condizione della quale non si conosce ancora l'eziopatogenesi, se non che si manifesta con elevata incidenza in adolescenti femmine e giovani donne obese.

Parole chiave Ipertensione intracranica. Pseudotumor cerebri. Obesità. Tumori cerebrali

La storia

L. è una bambina di 10 anni e 6/12. Viene ricoverata per vomito persistente. Circa 1 mese prima aveva avuto febbre (T. 38° C), trattata con paracetamolo per i primi due giorni. La febbre persisteva e anzi si alzava (T. 40° C).

L. assumeva una compressa di lincomicina da 500 mg per cinque giorni. La febbre era regredita ma erano comparsi episodi ripetuti di vomito (4-5 episodi/die),

non associati a nausea, trattati con diverse somministrazioni di domperidone supposte e metoclopramide fiale e compresse.

Dopo circa un mese dall'inizio della sintomatologia viene in PS per il persistere del vomito e per la comparsa di violente rachialgie in sede lombare, associate a cefalea intermittente. Viene riferita una perdita di peso importante: circa 8 kg in quindici giorni.

Esame obiettivo e ricerche

All'esame obiettivo al ricovero L. pesa 60,800 kg. (>97° C.) ed è alta 158 cm (>97° C.). BMI: 24,41 (>97° C.); IBW=130%. È molto sofferente per la marcata rachialgia in sede lombare, per cui tende a ricercare una posizione antalgica. La digitopressione dei corpi vertebrali evoca dolore in sede lombare e in sede paravertebrale. Non presenta dolore articolare in altre sedi. È evidente una esotropia all'occhio sinistro. La madre riferisce la comparsa di strabismo dall'insorgere della sintomatologia (1 mese) con una diminuzione dell'acuità visiva e diplopia. La FC è di 82/m' e la PA 120/80 mmHg (75° C.). L'addome è trattabile e gli organi ipocondriaci sono nei limiti fisiologici; l'esame obiettivo del torace è nella norma.

Gli esami di laboratorio (emocromo, VES, PCR, glicemia, azotemia, creatinina, elettroliti, ALT, AST, QPE) sono tutti nella norma. Anche la radiografia del rachide e un'ecografia addominale risultano normali.

La diagnosi

Riepilogando, i sintomi di L. sono questi:

- ▶ vomito senza nausea;
- ▶ cefalea intermittente;
- ▶ rachialgie lombari;
- ▶ esotropia all'occhio sinistro;
- ▶ diplopia;
- ▶ importante calo ponderale.

I sintomi, specialmente i primi quattro, orientano verso una patologia encefalo-midollare.

La rachialgia lombare potrebbe far pensare a una spondilodiscite lombare o a una spondiloartrite. La concomitanza di altri sintomi (esotropia, diplopia, cefalea e diminuzione dell'acuità visiva) e la scomparsa della febbre portano però piuttosto a riferirsi a una patologia encefalo-midollare.

La cefalea, il vomito, lo strabismo e la diplopia evocano una sindrome da iper-

Per corrispondenza:
Luciano de Seta
e-mail: ludeseta@tin.it

il caso che insegna

tensione endocranica. Viene naturale pensare a masse occupanti spazio, la cui causa più frequente sono le neoplasie cerebrali, in particolare quelle della fossa cranica posteriore, anche se in queste, in genere, il vomito è preceduto e seguito da una nausea molto marcata. Per escludere un tumore del SNC, non avendo la possibilità di praticare in emergenza una RMN, la bambina viene sottoposta a una visita oculistica e a una TC del cranio con mezzo di contrasto. L'oculista conferma l'exotropia OS e al fondo rileva la presenza di edema papillare con emorragia peripapillare; il disco ottico presenta margini sfumati, essudati cotonosi peripapillari e segni d'ingorgo vascolare bilateralmente. Alla TC dell'encefalo non si evidenziano aree di densità patologica a carico del tessuto encefalico. Regolari e in sede si presentano il sistema ventricolare sopra e sotto-tensoriale e gli spazi liquorali periencefalici. Abbastanza rassicurati dalla negatività della TC per masse occupanti spazio (ma ricordiamo che il gold standard per l'esclusione di un tumore cerebrale è la RMN), rimane da chiarire la causa della ipertensione endocranica comunque presente. Nel reparto di Neurochirurgia la bambina pratica ulteriori approfondimenti diagnostici.

La RMN è nella norma ma l'angio-RMN evidenzia un'ostruzione bilaterale dei seni trasversi (figura 1). La bambina è sottoposta a una rachicentesi in sedazione profonda, previa misurazione manometrica della pressione liquorale. In decubito laterale la pressione d'apertura risulta di 65 mmHg. Sono evacuati lentamente, sotto controllo manometrico, 90 ml di liquor limpido fino a quando la pressione liquorale sia tornata al valore normale di 12 mmHg. L'esame citochimico è nella norma così come sterili risulteranno le colture del liquor. La diagnosi definitiva è, pertanto, di ipertensione intracranica idiopatica pediatrica o *pseudotumor cerebri* (tabella 1).

Il decorso

È adottata una terapia con acetazolamide 15 mg/kg in due dosi fino a regressione completa dell'emicania e dei disturbi visivi. Per la durata della sintomatologia, circa un mese, e la gravità dei sintomi oculari, all'acetazolamide viene aggiunto per cinque giorni anche il metilprednisolone

FIGURA 1: ANGIO-RMN CEREBRALE



TABELLA 1: SINTOMI E DATI STRUMENTALI DELL'IPERTENSIONE INTRACRANICA IDIOPATICA [3]

- Cefalea (90% dei casi) quotidiana, gravativa, frontale o occipitale, più intensa in ortostatismo
- Tinnitus pulsante, vertigini, instabilità posturale
- Vomito senza nausea, più frequente al mattino
- Disturbi visivi, diplopia, papilledema
- Esame neurologico di solito normale a eccezione talvolta di paralisi del VI
- Assenza di idrocefalo, neoformazioni o lesioni strutturali alla RM o TC
- Pressione del liquor >15 mmHg in decubito laterale e normale composizione del liquor

TABELLA 2: FATTORI DI RISCHIO

- Obesità (dall'età puberale)
- Malattie endocrine (ipo-ipertiroidismo, ipoparatiroidismo, insufficienza surrenalica, ecc.)
- Malattie ematologiche (anemia, stati di ipercoagulabilità, leucemia)
- Assunzione di farmaci (steroidi, FANS, contraccettivi orali, nitrofurantoina, tetracicline, GH, tiroxina, fenitoina, ciclosporina, vitamina A ecc.)
- Stenosi dei seni venosi

alla dose di 15 mg/die. L'ecografia oculare (praticata due giorni dopo la rachicentesi) mostra ancora "sollevamento della testa del nervo ottico con

marcato edema papillare ed emorragie peripapillari". Nei giorni successivi si assiste a un progressivo miglioramento della diplopia e

della sintomatologia dolorosa. La bambina è dimessa dopo sette giorni con terapia diuretica per trenta giorni e un programma dietetico per il controllo del peso. Ai successivi controlli neurochirurgici, oculistici ed endocrinologici si osserva una completa normalizzazione del quadro clinico.

Commento

Lo *pseudotumor cerebri* o ipertensione endocranica idiopatica (I IH) è una condizione caratterizzata da un'elevata pressione intracranica non associata a segni clinici, di laboratorio o radiografici d'infezione, anomalie vascolari, neoformazioni occupanti spazio o idrocefalo [1-2-3]. Ricordiamo che si conoscono due forme di I IH:

- con papilledema
- senza papilledema

L'I IH con papilledema si riscontra prevalentemente in donne obese in età fertile. La prevalenza è 1/100.000/anno nella popolazione generale e circa 20 volte maggiore nelle donne obese tra 20 e 44 anni. A questo proposito va detto che restano aperti alcuni quesiti in quanto l'obesità è molto frequente mentre l'I IH è rara e inoltre l'obesità interessa maschi e femmine, mentre l'I IH è molto più comune nel sesso femminile. Il rapporto maschi:femmine puberi è, infatti, di 8:1. Studi recenti hanno anche dimostrato che l'ipertensione intracranica senza papilledema (I IHWP) è presente in circa il 5-14% dei pazienti affetti da cefalea cronica quotidiana.

L'esatto meccanismo patogenetico dell'ipertensione endocranica è ancora sconosciuto [4-5-6-7]. Si pensa che più fattori patogenetici (*tabella 2*), tra loro a volte associati, possano essere in causa [8-9]. Tra questi ricordiamo:

- ▶ l'aumento della produzione del liquor;
- ▶ la riduzione dell'assorbimento del liquor;
- ▶ l'aumento della pressione venosa intracranica;
- ▶ l'aumento dei liquidi interstiziali cerebrali (edema).

Molti studi negli ultimi anni, utilizzando la venografia con manometria e la risonanza magnetica venosa (RMV), hanno messo in evidenza che in pazienti con I IH è presente molto frequentemente

un'ostruzione del flusso nei seni venosi trasversi con aumento della pressione venosa a monte della stenosi [10]. Viene, quindi, suggerito un ruolo della stenosi dei seni trasversi (SST) nella patogenesi della I IH.

Sulla base dei dati più recenti è possibile affermare che:

- ▶ la SST è associata a I IH in oltre l'80% dei casi e determina ipertensione endocranica mediante aumento della pressione venosa che, a sua volta, ostacola il riassorbimento del liquor;
- ▶ la SST non è influenzata dalla pressione del liquor. Persiste, infatti, in molti soggetti con pressione del liquor normale dopo terapia;
- ▶ la SST, tuttavia, non è sufficiente da sola a indurre ipertensione endocranica. Altri fattori (pressione venosa centrale, volume liquorale) rivestono un ruolo rilevante.

Non esiste ancora oggi una terapia "evidence-based", non essendo disponibili studi randomizzati in doppio cieco. Il trattamento si avvale di diversi presidi:

- ▶ sottrazione di liquor mediante puntura lombare, che, pertanto, è diagnostica e terapeutica [5];
- ▶ raramente necessarie sono le punture lombari seriate;
- ▶ terapia farmacologica: acetazolamide, furosemide, corticosteroidi;
- ▶ misure dietetiche per il controllo del peso;
- ▶ interventi chirurgici di decompressione del nervo ottico con tecniche di fenestrazione o derivazione ventricolo-peritoneale in caso di papilledema severo, soprattutto in pazienti non responsivi o intolleranti ai farmaci.

Dal caso e dalla letteratura abbiamo imparato:

- ▶ in ogni caso di cefalea e vomito persistente, all'esordio, resistente ai comuni antidolorifici, bisogna ricercare l'eventuale presenza di disturbi visivi recenti ed effettuare con urgenza un controllo oculistico e una RMN dell'encefalo;
- ▶ la negatività del reperto RMN (che consente di escludere tumori cerebrali) deve indurre a ulteriori approfondimenti diagnostici;

- ▶ molto utile l'angio-RMN che rende possibile evidenziare le occlusioni dei seni venosi da stenosi o trombosi, la cui patogenesi nell'insorgenza della sindrome non è chiarita;
- ▶ un trattamento con diuretici ed eventualmente steroidi deve essere instaurato al più presto per prevenire alterazioni del visus;
- ▶ l'ipertensione intracranica idiopatica è considerata benigna. In realtà è gravata da un rischio significativo, fino al 25% dei casi secondo alcuni studi, di deficit visivi da moderati sino all'ambliopia da progressiva atrofia ottica;
- ▶ sono, pertanto, fondamentali una diagnosi precoce e un adeguato follow-up fino alla completa risoluzione di tutti i sintomi. ♦

Bibliografia

- [1] Digre KB. Not so benign intracranial hypertension. *BMJ* 2003;326(7390):613-4.
- [2] Friedman DI, Jacobson DM. Idiopathic intracranial hypertension. *J Neuro-Ophthalmol* 2004; 24:138-45.
- [3] Quattrone A, Bono F, Olivieri RL. Cerebral venous thrombosis and isolated hypertension in CDH. *Neurology* 2001;57:31-6.
- [4] Schexnayder LK, Chapman K. Presentation, investigation and management of idiopathic intracranial hypertension in children. *Current Paediatrics* 2006;16:336-41.
- [5] Soler D, Cox T, Bullock P. Diagnosis and management of benign intracranial hypertension. *Arch Dis Child* 1998;78:89-94.
- [6] Walker RW. Idiopathic intracranial hypertension: any light on the mechanism of the raised pressure? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71:1-7.
- [7] Warman R. Management of pseudotumor cerebri in children. *Internat. Pediatrics* 2000;15:147-50.
- [8] Rangwala Liu GT. Pediatric idiopathic intracranial hypertension. *Surv Ophthalmol* 2007;52:597-617.
- [9] Friedman DI, Jacobson DM. Diagnostic criteria for idiopathic intracranial hypertension. *Neurology* 2002;59:1492-5.
- [10] Farb RI, Vanek I, Sctt JN. Idiopathic intracranial hypertension: the prevalence and morphology of sinovenous stenosis. *Neurology* 2003;60: 1418-24.

La sessualità degli adolescenti

Il punto d'osservazione degli operatori di un Consultorio giovani in Emilia-Romagna

Oscar Rossi

Responsabile Consultori familiari, AUSL Cesena

Abstract

Sexuality in adolescents. The point of view of adolescents health service personnel in Emilia Romagna Region

The paper describes the changes in approaching sexual problems in young people among health personnel working in adolescents public health services in Emilia Romagna. Personal experiences and awareness have both changed and directly involve not only groups of peers but also family contexts. Considerations regarding adolescents behaviours and sexual attitudes derive from confrontations between psychologists, obstetrics, health assistants, gynecology specialists.

Quaderni acp 2008; 15(5): 210-212

Key words Adolescent. Sexuality. Contraception

In questo articolo gli operatori del Consultorio giovani dell'AUSL di Cesena (Regione Emilia-Romagna) descrivono come sono mutati la consapevolezza e l'approccio alle tematiche riguardanti la sessualità dei più giovani, e quindi anche le esperienze personali. Queste coinvolgono naturalmente non solo il gruppo dei pari, ma anche i contesti familiari. Le riflessioni sui comportamenti e sugli atteggiamenti sessuali degli adolescenti, così come emergono all'interno dei servizi del Consultorio giovani, sono frutto di un confronto fra psicologi, ostetriche, assistenti sanitarie, ginecologi che costituiscono il gruppo di lavoro.

Parole chiave Adolescenza. Sessualità. Contracezione

I Consultori giovani (CG) di Cesena e di Savignano sul Rubicone, aperti ai ragazzi e alle ragazze dai 14 ai 22 anni (ed, eccezionalmente, ai più giovani accompagnati dai genitori), operano dal 1995 come spazi dedicati dei Consultori familiari con ambulatori ostetrico-ginecologici e psicologici e con un servizio di assistenza sociale.

Nel 2001 è stato aggiunto al CG un ambulatorio medico, condotto da un pediatra adolescentologo, che ha ampliato la risposta sanitaria ai problemi di crescita, ai disturbi alimentari, agli stati di malessere o di malattia, favorendo così l'accesso dei maschi. I CG hanno aperture pomeridiane ed esclusive: 2 pomeriggi a Cesena e uno a Savignano, dalle 14,30 alle 17,30. In questi orari i servizi per adulti sono chiusi.

Il servizio accoglienza è gestito da ostetriche in grado di dare alcune risposte immediate e fissare l'eventuale appuntamento con le ginecologhe. Gli psicologi e il pediatra hanno prenotazioni dirette. Le prestazioni sono gratuite. Il servizio ambulatoriale offre consulenza anche ai genitori.

Come è nato il Consultorio giovani

L'attività di educazione sessuale del CG è iniziata con incontri in classe dei ragazzi delle scuole superiori da parte dello psicologo responsabile del servizio e di un'ostetrica.

Nel 1994 è stato costituito un gruppo di lavoro AUSL composto da un medico adolescentologo, un'infermiera esperta in tecniche di informazione sanitaria, una ginecologa e alcune ostetriche. Il gruppo ha progettato un corso, da svolgersi preferibilmente nelle seconde classi delle scuole superiori, articolato in cinque unità di lavoro di due ore ciascuna, quattro condotte in classe dagli insegnanti e una, dalle ostetriche, presso i locali del Consultorio. Il gruppo è poi confluito all'interno del CG.

La conduzione del corso prevede il coinvolgimento attivo dei partecipanti attraverso momenti di lavoro in un piccolo gruppo, valorizzando le conoscenze dei ragazzi e stimolando le domande e il dialogo fra pari. Questa metodologia riduce il rischio di effetti paradosso derivati da un approccio normante rivolto ad adolescenti e migliora l'ascolto e l'accettazione

degli eventuali consigli. Il gruppo di lavoro aziendale ha proposto agli insegnanti i materiali per le attivazioni da svolgere a scuola e gli strumenti di verifica della qualità percepita, e ha organizzato momenti di consulenza e di formazione per gli insegnanti stessi.

Da allora, ogni anno, circa 1000 studenti delle scuole superiori del Comprensorio cesenate (1100 nel 2006) hanno frequentato i corsi. Per quanto riguarda le attività ambulatoriali nel 2007 hanno utilizzato i servizi ambulatoriali del CG 1172 ragazzi e ragazze; quelli residenti nel territorio aziendale, dai 14 ai 22 anni, sono circa 15.000. I CG sono collocati all'interno del Dipartimento di cure primarie come i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia.

Le domanda dei giovani di oggi

Dall'attività del CG possono essere tratte alcune considerazioni molto generali circa le domande dei giovani [1].

I ragazzi di oggi hanno maggiori informazioni rispetto ai loro coetanei del passato. Probabilmente più fattori vi contribuiscono: l'utilizzo di internet, programmi televisivi più o meno scientifici, genitori maggiormente disponibili e competenti e gli stessi corsi di educazione sessuale. Le ginecologhe, le ostetriche e gli psicologi raccolgono, dalle classi che incontrano e negli ambulatori, domande precise e interessate [2-3].

Che caratteristiche hanno i nuovi contraccettivi? Come funziona il cerotto? L'anello? Il preservativo può essere bucato? Come agisce la pillola del giorno dopo? Quanto costa? L'aborto è doloroso? La masturbazione fa bene o fa male? E la pornografia? Perché uno è pedofilo? Perché non lo lascio anche se mi maltratta? Perché quando sono con la ragazza penso ai miei amici e quando sono con gli amici penso alla mia ragazza? La gelosia si cura?

I ragazzi delle scuole professionali si esprimono con uno stile più esplicito e diretto, i ragazzi dei licei con maggiore

Per corrispondenza:

Oscar Rossi

e-mail: oscar.rossi@ausl-cesena.emr.it

esperienze

cautela e, forse, minori esperienze personali. Emergono aree di pregiudizio, teorie pericolosamente errate.

“È vero che non si resta incinta durante il primo rapporto sessuale?”. *“È vero che non c'è contagio con un portatore sano sieropositivo?”*. *“Il mio moroso mi ha detto che un unico rapporto sessuale non toglie la verginità”*.

Anche i più informati gradiscono un dialogo diretto e chiarificatore con un operatore che possa confermare e completare i dati già in possesso. L'attenzione per le malattie sessualmente trasmesse appare modesta. La verginità non sembra generalmente dotata di particolare valore. Anche fra ragazze può emergere la domanda diretta e a volte imbarazzante per chi la riceve: *“Ma tu non l'hai ancora fatto?”*. L'omosessualità è maggiormente rispettata e accettata rispetto al passato, e in particolare dalle ragazze. L'erotismo come espressione del sentimento d'amore è, per tante persone giovani, una possibilità che non esclude interpretazioni unicamente emozionali e fisiche della sessualità. Ma vi sono anche ragazzi e ragazze che hanno deciso di rimandare i rapporti sessuali completi all'interno di un futuro e profondo rapporto d'amore. Emerge, anche in questo ambito, una gran varietà di stili e di progetti. Non appaiono grandi differenze d'abitudini fra ragazzi di diversa appartenenza ideologica e religiosa (appartenenze che appaiono sempre meno significative). Anche rispetto all'esperienza dell'interruzione volontaria della gravidanza ragazze e famiglie tendono a comportamenti relativamente omogenei. Abbiamo ascoltato da angosciati genitori che accompagnavano la giovanissima figlia alla certificazione per l'interruzione volontaria della gravidanza: *“E pensare che noi siamo sempre stati contrari all'aborto”*. Le differenze di stili comportamentali, riferiti alla sessualità, sembrano legarsi prevalentemente a fattori caratteriali e psicologici. Se la maggioranza dei più giovani mostra cautela, protraendo l'età del primo rapporto sessuale completo, vi sono ragazzi e ragazze che si espongono in precocissima età, 13 o 12 anni, con alti rischi sanitari e personali. Ragazze e ragazzini in difficoltà di adattamento, e con fragile autostima, possono affidare alla desiderabilità sessuale l'affermazione del proprio valore personale e sociale. L'appartenenza a culture e a fami-

glie che scoraggiano, o interdiscono, la pratica sessuale non sembra proteggere i ragazzi più giovani dal rischio di esposizioni pericolose. A volte sembra che ciò costituisca un ulteriore ostacolo alla responsabilità e alla capacità di autotutela.

Chi viene, perché, con chi

Le domande di cui sopra si comprendono forse meglio sapendo chi frequenta il CG e perché lo fa.

La ragazza accede generalmente al servizio dopo i primi rapporti sessuali, spesso pasticciati, in ansia, a volte accompagnata dal partner, dall'amica del cuore o dalla mamma. Sempre più spesso si vedono, in sala d'attesa, le mamme al fianco delle ragazzine, solidali all'espressività sessuale delle figlie e, insieme, preoccupate per la possibilità di una gravidanza indesiderata. Può sorgere qualche delicata questione di comunicazione familiare. Ricordiamo la richiesta della ragazza, accompagnata dal padre al Consultorio per procurarle un'informazione esaustiva e corretta: *“Sono già due anni che ho rapporti e prendo la pillola, ma loro non lo sanno. Devo stare qui almeno venti minuti.”* Non è semplicissimo neppure il colloquio con la ragazzina che, lasciata la madre in sala d'attesa, esprime all'operatrice la determinazione a non intraprendere rapporti sessuali e di non avere bisogno di alcuna consulenza. Le più giovani (15-16 anni) sono a volte circondate dal gruppetto delle amiche. Le studentesse, come attestano i dati della Regione Emilia-Romagna sulle IVG, ricorrono relativamente poco all'aborto (il tasso di abortività è assestato sul 6/mille rispetto al 9/mille delle occupate, al 16/mille delle casalinghe e al 18/mille delle disoccupate), e meno rispetto alle donne più adulte (massimo utilizzo dai 30 ai 34 anni). Nonostante le imprecisioni, le pillole del giorno dopo e i rischi incorsi, le ragazze e i ragazzi sono, evidentemente, maggiormente capaci di autotutela contraccettiva rispetto alle generazioni più adulte. Poche coppie si preparano razionalmente all'esordio sessuale. La decisione di accedere al servizio ambulatoriale matura, generalmente, con il consolidamento e la stabilizzazione della relazione amorosa; e ciò accompagna spesso il passaggio dal profilattico alla contraccezione ormonale. Il partner presente è attento e partecipe. Ragazze

più mature accedono al servizio, a volte per la prima volta, soprattutto per una migliore e complessiva tutela ginecologica e sanitaria.

La comunicazione sessuale spesso anticipa il coinvolgimento affettivo, a volte lo integra e a volte resta unicamente una piacevole emozione in sé. Le teorie che interpretano la competenza sessuale e amorosa come naturalmente data, senza bisogno di acquisizione e di affinamento, non sempre aiutano l'adolescente ad affrontare le difficoltà e gli insuccessi in questo ambito. Un'interpretazione più realisticamente esperienziale ed esplorativa favorisce la complessa maturazione erotica delle persone.

Sesso e amore

Le associazioni libere alle parole “sesso” e “amore” (fra le poche attivazioni rimaste immutate nei corsi di educazione sessuale) ci fanno pensare che i ragazzi tendano, anche oggi, a idealizzare l'amore. Immagmano l'innamoramento come uno stato perfetto, armonioso e felice. Le discussioni che seguono la lettura in classe delle associazioni libere (che ognuno affida a bigliettini anonimi che sono poi raccolti e letti per tutti da uno o due studenti) ne confermano l'impressione. Sono piuttosto delusi dai loro partner in carne e ossa, anche se vivono la relazione amorosa comunque interessante e accreditante all'interno del gruppo dei coetanei. Grandi discussioni con le amiche, e a volte con i genitori, sui conflitti e le difficili decisioni da prendere accompagnano molte storie amorose. I genitori, e in particolare la mamma, sono considerati da diversi adolescenti come i migliori e i più affidabili amici. Lo stato di vero amore è immaginato come risolutivo di ansia e di disagio; e a volte sembra surrogare condizioni familiari poco soddisfacenti. Teorie troppo precise sull'amore, ma anche su quello che ognuno dovrebbe essere e dovrebbe fare in questo e in altri ambiti, aprono il campo a percezioni personali di confusione e di inadeguatezza.

Quale risposta

Non è facile aiutare gli adolescenti a considerare normale l'incertezza, la contraddittorietà, la complessità, l'oscurità delle pulsioni e dei desideri; il tutto da interrelare ai dati della realtà e della razionalità

[2]. L'educazione sentimentale è uno degli obiettivi più delicati e difficili dei corsi di educazione sessuale oltre che della personale maturazione. Se l'adolescente impara a conoscere e ad amare, prima di tutto se stesso, saprà meglio ponderare l'esposizione sessuale e amorosa. Una percezione più realistica di sé e dell'altro sesso, che il confronto fra coetanei favorisce, aiuterà i ragazzi a comportamenti più rispettosi e pertinenti. Sapranno anche avvicinarsi reciprocamente con tatto, e accompagnare la progressiva intensità del coinvolgimento affettivo ai dati attenti all'esperienza diretta con il partner, limitando gli errori e attenuando dolorose e traumatiche separazioni e abbandoni. Anche qualche informazione sul galateo amoroso può essere d'aiuto agli adolescenti, a volte goffi e incompetenti se non difensivamente sprezzanti.

Gli operatori portati al lavoro con i più giovani hanno una buona consapevolezza della propria adolescenza (non importa se è stata facile o difficile) e sono capaci di uno sguardo attento che evita atteggiamenti giudicanti o complici. Sono professionisti autorevoli e cordiali, capaci di ascolto e di responsabilità. Gli adolescenti possono decidere in un attimo se fidarsi o meno. Forse sono l'autenticità dell'operatore e la dedizione e la serietà che mettono nel proprio lavoro a favorire la possibilità di un dialogo libero e vero, e pertanto utile. Non sempre ciò può realizzarsi: vi sono ragazzi e ragazze troppo invasi da esperienze e pensieri negativi verso gli adulti per permettersi l'esperienza della fiducia e della sincerità.

La cura degli aspetti organizzativi, come la qualità della sede, la predisposizione orari dedicati o la puntualità negli appuntamenti, comunicano ai giovani utenti rispetto e capacità di accoglienza.

Una nota conclusiva sulla sessualità e sull'amore

L'esperienza della sessualità ha espresso, per diverse generazioni, la spinta all'autonomia e all'allontanamento dei più giovani dalla famiglia. Gli spazi giovani organizzati dalle ASL, e i corsi di educazione sessuale patrocinati dalla scuola, sono un esempio della nuova valenza istituzionale della pratica sessuale. L'integrazione del fidanzatino o della fidanzatina all'interno della famiglia, le

vacanze tutti assieme, il pernottamento nella stanza del partner (che ancora per molti anni abiterà la casa dei genitori), la comunicazione esplicita, e a volte reciproca, fra genitori e figli sulla propria sessualità ricollocano il significato sociale dell'esperienza sessuale. Anche l'assenza del senso di peccato, che ha tradizionalmente accompagnato tante vicende sessuali, ha probabilmente contribuito a mutarne e, per taluni aspetti, a ridimensionarne la rilevanza. Per tanti ragazzi il sesso non suscita particolari problemi. È l'esperienza dell'amore che sembra preoccupare maggiormente la generazione più giovane. Appare difficile vivere con soddisfazione e continuità relazioni improntate al disvelamento profondo di sé e alla valorizzazione dell'altro, e investire emozioni ed energie in progetti sostenuti dalla fragilità e dalla vulnerabilità dei sentimenti [4]. ♦

Ringraziamento

Si ringraziano gli operatori del CG che hanno collaborato al lavoro: Roberta Alessandrini, Sonia Bianchi, Paola Casali, Maria Luisa Dragoni e Marzia Pirini.

Note e rinvii

[1] La Regione Emilia-Romagna pubblica dati riguardanti i CG sul sito www.saluter.it.

[2] Per le problematiche inerenti alla sessualità e alle malattie a trasmissione sessuale, un servizio di consulenza on line è fornito da operatori e operatrici dei Consultori regionali nel sito internet "Stradanove" (www.stradanove.it), gestito dal Comune di Modena per conto della Regione Emilia-Romagna o sul sito "Flashgiovani" (<http://www.flashgiovani.it/>) del Comune di Bologna.

[3] Nel sito "Stradanove" la rubrica sesso e volentieri: <http://www.stradanove.net/sesso/>. Nel sito "Flash giovani" la rubrica sulla sessualità: <http://www.flashgiovani.it/affetti/affetti.htm>.

[4] Sono molte le ricerche e le iniziative sviluppate nel tempo dagli Spazi Giovani:

- L'annuale meeting per i giovani organizzato dallo Spazio Giovani e il Comune di Parma: <http://spaziogiovani.ausl.pr.it/spaziogiovani/index.php>; http://spaziogiovani.ausl.pr.it/spazio_giovani/meeting.php.
- "Il sogno di Icaro", una ricerca dello Spazio Giovani di Bologna: http://www.informafamiglie.it/admin_news/upload/22_1149070493_locandina.pdf; <http://www.ausl.bologna.it/notiziario/dettaglio.php?id=2245>.
- Il Convegno che si è tenuto a Forlì i giorni 19 e 20 aprile 2007, di presentazione delle attività innovative degli Spazi Giovani regionali (tema delle due giornate "Gli adolescenti, la loro salute, la loro sessualità. E i loro servizi?"): <http://www.ausl.fo.it/Notizie/Convegni/ArchivioConvegni/tabid/815/ctl/Details/mid/2187/ItemID/715/Default.aspx> su cui è pubblicata la ricerca della dott.ssa Patrizia D'Aprile: "La salute sessuale degli adolescenti".



IL BAMBINO, IL SUO SVILUPPO E LA MUSICA

La musica svolge un ruolo fondamentale nello sviluppo globale dell'individuo. Agisce sugli stati d'animo più profondi e sulle emozioni, è nutrimento della mente e dello spirito, ma anche divertimento, gioco, strumento per sviluppare le potenzialità espressive e creative della persona.

Vera e propria forma di comunicazione, la musica entra in gioco nella vita del bambino fin dai suoi inizi e gli permette di interagire con gli altri e con l'ambiente.

Il fare musica in famiglia, giocando con la voce e con i suoni, rafforza il legame affettivo tra adulto e bambino ed è fonte di benessere.

La qualità dell'ambiente musicale in cui il bambino cresce incide profondamente sulle capacità di capire, di apprendere e di amare la musica.

La musica non deve essere privilegio di pochi, ma patrimonio di tutti.

Può esistere una sindrome di Munchausen by doctors? O si tratta di una provocazione?

Italo Marinelli

UO di Pediatria, Ospedale di Agnone (IS)

Abstract

Does Munchausen syndrome by doctors exist? Or maybe it's just a provocation?

In clinical practice a great quantity of laboratory exams, hospital admissions and high cost and often harmful medical interventions are due to health operators' choices. As in the Munchausen by proxy syndrome (MBP) children could undergo a great number of routine interventions which are scientifically baseless but largely practiced. Is it possible to identify a sort of Munchausen by proxy syndrome or are they just fruit of medical errors or malpractice? Potential examples of MBD are ADHD, the over diagnosis of GER, the invasive follow up of urinary tract infections, inappropriate hospital admissions, the high incidence of cesarean sections and routine episiotomy.

Quaderni acp 2008; 15(5): 213-215

Key words Iatrogenic disease. Health service misuse. Child abuse. Munchausen syndrome by proxy

Nella pratica clinica una grandissima quantità di indagini, ricoveri e interventi inutili, dispendiosi e potenzialmente dannosi è dovuta a scelte degli operatori sanitari. Come nella sindrome di Munchausen by proxy (MBP) i bambini possono essere sottoposti a un gran numero di routine e pratiche diffuse e consolidate, scientificamente infondate ma largamente praticate. È possibile individuare un'entità nosologica definibile come una sorta di sindrome di Munchausen by doctors (MBD) o si tratta solo di errori medici o di malpractice? Sono potenziali esempi di MBD l'ADHD, la sovra-diagnosi di reflusso gastroesofageo, il follow up invasivo delle infezioni delle vie urinarie, le ospedalizzazioni improprie, l'eccesso di parti cesarei e l'episiotomia di routine. L'articolo discute in maniera forse provocatoria l'esistenza di questa "sindrome".

Parole chiave Malattia iatrogena. Misuso del SSN. Abuso. Munchausen by proxy

La sindrome di Munchausen by proxy (MBP) è una "situazione in cui i genitori, o inventando sintomi e segni che i propri figli non hanno, o procurando loro effettivi sintomi e disturbi (per esempio somministrando sostanze dannose), li espongono a una serie di accertamenti, esami, interventi che finiscono per danneggiarli o addirittura ucciderli" [1].

Assistendo alla presentazione congressuale o leggendo report di casi clinici di tale patologia, è possibile cogliere la soddisfazione del medico che, astutamente, è riuscito a "smascherare" il genitore (di solito la mamma) che ha procurato danno attribuendo al figlio sintomi e patologie inesistenti e a indagini diagnostiche, ricoveri e trattamenti terapeutici inutili.

Gli interventi inutili o dannosi

Nella pratica clinica, una grandissima quantità di indagini, ricoveri e interventi

inutili, dispendiosi e dannosi, sicuramente sotto il profilo psicologico e spesso anche su quello somatico, è spesso attribuibile anche a scelte degli operatori sanitari. Un gran numero di pratiche routinarie, diffuse e consolidate, non fondate da un punto di vista scientifico ma largamente praticate, sottopone i piccoli pazienti e le famiglie a veri e propri "calvari" diagnostici o terapeutici. È legittimo chiedersi se tutto questo possa individuare una entità nosologica definibile come una sorta di inconsapevole sindrome di Munchausen by doctors (MBD)?

È pensabile questo accostamento, pur nella ovvia diversità delle caratteristiche rispetto alla MBP e ai fini che questa si propone, se si tiene presente che il risultato finale di danno è in fin dei conti non dissimile?

Oppure le situazioni, di cui più oltre riporteremo solo alcuni esempi, sono so-

stanzialmente errori dovuti a uno scarso aggiornamento professionale perdurante nel tempo o ancora più semplicemente malpractice?

Queste domande sono forse intellettualmente provocatorie, ma vogliono aprire un dibattito sollecitando altri contributi.

Alcuni esempi

Cominciamo escludendo da tale definizione i veri e propri errori e i casi di manifesta malpractice, dovuti a comportamenti individuali limitandone, si fa per dire, lo spettro a pratiche diffuse, consolidate e ampiamente condivise.

Analogamente a quanto avviene nella forma "by proxy", nella quale le madri responsabili dei comportamenti abusanti negano ogni evidenza di colpevolezza e tendono a persistere nel comportamento patologico, il più delle volte tali pratiche sono più o meno apertamente "difese" dagli operatori che le adottano (e talora perfino giustificate dalle società scientifiche) e sono svolte in perfetta buona fede e nella piena e ferma convinzione di stare facendo il meglio per il proprio paziente. Circostanza, questa, che rende difficile qualsiasi rivalutazione critica del proprio operato e rende più facile la reiterazione del comportamento patogeno.

Alcuni esempi di questa possibile MBD sono rappresentati da diverse condizioni. Alcune rappresentano vere patologie solo per una minoranza delle persone cui sono erroneamente attribuite e che sono pertanto oggetto di invasività diagnostica e terapeutica.

– L'ADHD, o deficit di attenzione con iperattività, entità nosografica di recente introduzione e straordinaria notorietà, per la quale è stata proposta addirittura l'introduzione di task forces di maestre d'asilo ed elementari istruite a riconoscere bambini particolarmente irrequieti e disturbanti, che negli Stati Uniti rappre-

Per corrispondenza:

Italo Marinelli

e-mail: italomarinelli@gmail.it

senterebbero il 10% della popolazione infantile e che per questo sono sottoposti a trattamento con metilfenidato per comportamenti definiti “tratti temperamentali fondamentalmente normali che possono comportare un disadattamento non tanto per il loro numero, ma per il fatto che ognuno di questi può provocare una interazione disfunzionale tra il bambino e un ambiente con lui incompatibile” [2].

– Il *reflusso gastro-esofageo*, patologia talmente sovra-diagnosticata e trattata da avere indotto autorevoli ricercatori all’individuazione, sotto l’acronimo IGARIS (*Iatrogenic Ghost Allergy and Reflux Infant Syndrome*), della sindrome dell’allergia e del reflusso fantasma [3].

– Le *pseudo-uropatie* da screening e le *IVU ricorrenti*. Nel nostro Paese è diffuso “a macchia di leopardo” lo screening delle uropatie mediante ecografia eseguita routinariamente nel punto nascita. Il più delle volte si riscontrano “modeste dilatazioni pelviche”, destinate a una favorevole evoluzione spontanea, che innescano un lungo percorso di controlli ecografici, esami delle urine e urocolture. Un’analogia odissea diagnostica, spesso gravata da protratte profilassi farmacologiche, è riservata a bambini affetti da IVU, il cui outcome, in termini di esiti gravi (sviluppo di scar e insufficienza renale), non è affatto migliorato da tali pratiche [4-5].

– Infine le *ospitalizzazioni improprie* che hanno provocato la lista dei DRGs a rischio di inappropriata [6-7].

Ci chiediamo se non siano da valutare anche altre pratiche.

– Gli *eccessi di terapie iniettive* (reidratazione endovenosa anziché orale, terapia antibiotica parenterale in condizioni nelle quali la somministrazione orale ha la stessa efficacia) praticate in reparti ospedalieri [8].

– L’*episiotomia* di routine durante il parto naturale, eseguita nei punti nascita, che può riservare sgradevoli effetti collaterali sia immediatamente dopo il parto (disagi posturali e difficoltà nella defecazione) che a lungo termine per effetto della cicatrizzazione del taglio (dolori durante il rapporto sessuale), nonostante diversi studi indichino che l’episiotomia

di routine non dovrebbe essere praticata in quanto aumenterebbe la morbosità generale [9-10].

– L’*epidemia di tagli cesarei* (TC), testimoniata dallo stesso Ministero della Salute, una cui recente indagine ha confermato “un eccesso di ecografie e di prevalenza di parti con TC, soprattutto al Centro-Sud, molto superiore a quanto raccomandato a livello nazionale e internazionale e a quanto osservato in tutti i Paesi industrializzati” [11].

Quello riportato è solo un elenco limitato all’area materno-infantile, ma la possibile MBD non risparmia affatto la medicina generale e le diverse specialità medico-chirurgiche.

Le caratteristiche

Alcune caratteristiche accomunano le diverse forme di MBD.

– La *pervasività*: una cattiva pratica, anche se incongrua, tende spesso a essere imitata e a diffondersi affermandosi come scontata.

– Il *conformismo*: se una pratica è utilizzata da una struttura o da un “Centro” prestigioso o da opinion leader nazionali o locali risulta difficile per gli operatori periferici compiere scelte diverse.

– La *routinarietà*: ogni intervento praticato routinariamente, indipendentemente da valutazioni inerenti al singolo caso o alle peculiarità epidemiologiche di una certa area geografica o popolazione, ma semplicemente per abitudine tende a protrarsi indefinitamente nel tempo, al di là di qualsiasi valutazione di evidenza scientifica o di analisi di efficacia.

– La *tecnologizzazione*: la grande disponibilità di strumenti diagnostici sempre più sofisticati e spesso di utilità non dimostrata nei campi in cui vengono utilizzati “per prova” aiuta la loro diffusione con larghi tratti di improprietà.

I motivi della diffusione

Ci sono alcuni fattori che hanno concorso alla diffusione e alla continua crescita della possibile MBD.

– Il *consumismo sanitario*: assistiamo da anni a fenomeni di doctor shopping di massa. Se la salute è concepita come una merce, si diffonde la convinzione che sia possibile acquistarla e che quindi, sul “mercato”, ci deve pur essere qualcuno

capace di “venderci” il “prodotto” del pieno benessere.

– La pretesa e promessa *onnipotenza* della medicina.

– La *paura* e l’*insicurezza* dei cittadini utenti del SSN.

– La *moltiplicazione* e la *sovraabbondanza* dell’offerta sanitaria che di per sé crea bisogni.

– La carenza di *Health Literacy*, un concetto del quale la letteratura recente si sta occupando e che rappresenta la capacità da parte dei soggetti di ottenere, elaborare e comprendere conoscenze di base sulla salute e sui servizi sanitari al fine di prendere decisioni appropriate in materia di salute [12-13]. Non è senza conseguenze sul comportamento dei sanitari la diffusione del concetto di *medicina difensiva* che rafforza sempre di più la convinzione che il ricorso ad esami o terapie anche di non provata efficacia possa in qualche modo proteggere il medico da contenziosi giudiziari derivanti dall’insorgenza di eventuali complicazioni. Un esempio può essere la radiografia del cranio effettuata dai PS “per osservazione” di ogni trauma cranico perché “non si sa mai, se succede qualcosa siamo coperti”?

Conclusione

Le società “sviluppate” e opulente del Nord del mondo sono oggi affette da una ampia gamma di patologie da “eccesso”, eccesso di alimentazione, di consumi, di sfruttamento dell’ambiente: ne sono esempi l’obesità, l’ipertensione arteriosa, le malattie croniche e degenerative.

D’altra parte, anche l’eccesso di cure mediche, di offerta di servizi sanitari, di tecnologizzazione e di settorializzazione/specializzazione del sapere e dell’organizzazione sanitaria può risultare potenzialmente patogeno.

È difficile pensare che un medico operante in condizioni di deprivazione economica e sociale possa offrire e imporre pratiche che, oltre che inutili e dannose, risultano inevitabilmente dispendiose e insostenibili. Questa sindrome di cui provocatoriamente abbiamo discusso configura, dunque, un esempio di abuso di massa dell’infanzia, tanto più grave se praticato a livello istituzionale e con il consenso e l’incoraggiamento dei tutori legali dei minori.

Solo un profondo ripensamento della funzione della medicina e del ruolo degli operatori in senso meno self-centered e più attento alle evidenze scientifiche e alle reali esigenze del paziente potrà condurre a un ridimensionamento di tale patologia che attualmente assume dimensioni epidemiche. Un maggiore e più comprensivo dialogo con le famiglie, un atteggiamento empatico e un appropriato uso del counselling potrebbero aiutare i medici a fornire risposte appropriate ai reali bisogni di salute dei pazienti. ♦

Bibliografia

- [1] Meadow R. Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Arch Dis Child* 1998 Mar;78(3):210-6.
- [2] Carey WB. ADHD, la sindrome da deficit di attenzione con iperattività: gli interrogativi non risolti. *Quaderni acp* 2004;11(6):236-41.
- [3] Cannioto Z, Marchetti F, Barbi E, Ventura A. Un bambino di due anni che rifiuta il cibo e vomita. *Medico e Bambino* 2006;25(5):311-4.
- [4] Pennesi M. Profilassi antibiotica nei bambini con RVU. Necessità di una revisione critica. *Medico e Bambino* 2000;19(10):638-41.
- [5] Lazzerini M, Pennesi M, Marchetti F. Il reflusso vescico-ureterale. *Medico e Bambino* Pagine elettroniche. Gennaio 2004.
- [6] Ministero della Salute. Le caratteristiche dell'ospedalizzazione pediatrica in Italia dal neonato all'adolescente. <http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/206/documento.pdf>.
- [7] Parizzi F, D'Andrea N, Mastroiacovo P, et al. Appropriatazza dei ricoveri in pediatria. Studio prospettico multicentrico nell'anno 2003. *Quaderni acp* 2006;13(4):41.
- [8] Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, et al. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA* 2005;293:2141-8.
- [9] Episiotomy. ACOG Practice Bulletin No.71. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2006;107:957-62.
- [10] Ministero della salute. Nascere in Italia. <http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?sub=3&id=193&area=ministero%09&colore=2&lang=it>.
- [11] Gruppo di Studio della Pediatria Ospedaliera. Un audit su 4 malattie e 104 ospedali. *Medico e Bambino* 1999;18(4):227-35.
- [12] Nielsen-Bohlman LT, Panzer A, Kindig D. Health Literacy. A Prescription to End Confusion. Washington DC: The National Academies Press, 2004.
- [13] Hironaka LK, Paasche-Orlow MK. The implication of health literacy on patient-provider communication. *Arch Dis Child* 2008;93:428-32.

FIN DA PICCOLI

L'editoriale del numero zero (Vedi a pag. 195)

L'idea che i primi anni di vita siano importanti non è certo nuova. Risale, per limitarsi all'epoca moderna, a Freud, che vi collocava la genesi dell'equilibrio (o dello squilibrio) mentale, alla figlia Anna, che su questa base teorica immaginava di poter insegnare a genitori e insegnanti a svolgere meglio il proprio ruolo, e a uno stuolo di pedagogisti e psicologi del '900 convinti dalle loro osservazioni empiriche di quanto potessero essere cruciali questi anni per lo sviluppo mentale in generale. Programmi di ingegneria sociale basati sull'educazione precoce sono stati alla base di molti regimi interessati a creare "uomini nuovi" di vario tipo. Progetti più laici di sistemi educativi centrati sul bambino si sono sviluppati in molti Paesi; basti pensare a Maria Montessori e a tutta l'esperienza italiana, soprattutto emiliana, delle scuole per l'infanzia. Con esiti, o discutibili già nelle premesse ideologiche, o male misurati, anche per la scarsità degli strumenti conoscitivi e metodologici a disposizione. Le cose sono cambiate gradualmente, ma soprattutto negli ultimi 10-15 anni, quando allo sviluppo straordinario delle conoscenze sullo sviluppo del cervello – soprattutto sulla formazione (precoce, precocissima) di quelle connessioni tra neuroni che creano assieme l'hardware mentale e la base per i software cognitivi, relazionali, comportamentali che via via vi vengono caricati – si è affiancata una capacità di disegnare progetti di intervento in modo tale che se ne potessero almeno in parte misurare i risultati con il rigore dell'approccio scientifico.

Oggi abbiamo a disposizione molte più conoscenze, che, se da una parte ci fanno più facilmente intuire l'immensità della nostra ignoranza in merito, ci consentono di affermare con grande confidenza che sì, l'intuizione di quanti affermavano l'importanza dei primi anni era corretta, e che siamo in grado ora non solo di capire, almeno in qualche misura, perché sono così importanti, ma anche di individuare interventi capaci di proteggere, supportare e promuovere questo sviluppo precoce dei bambini, e migliorarne quindi il potenziale cognitivo relazionale e sociale, con risultati ben documentabili anche a distanza, anche in età adulta, anche nelle generazioni successive.

Questa nuova consapevolezza obbliga chi si occupa di infanzia, ma soprattutto chi si occupa della società, del suo futuro, a studiare, a sapere di più, e intanto a fare qualcosa che sappiamo già essere utile. Supportare lo sviluppo precoce del bambino significa guardare sia vicino, al benessere immediato di questi primi anni, sia lontano, al beneficio per tutta la società che si ottiene quando ci si occupa in modo ragionato, non strumentale, delle nuove generazioni.

Un gruppo di noi, pediatri ma anche educatori, ha ritenuto che potesse essere utile dar vita a uno strumento semplice di trasferimento delle conoscenze in questo campo, noto nel gergo internazionale come *early childhood development* (ECD, che abbiamo tradotto in un minimalista e allusivo "fin da piccoli"), facendo circolare, tra quanti si occupano di infanzia, lavori scientifici, di provenienza biomedica ma anche psicologica e di scienze sociali, identificati e "letti" in maniera critica, con un'attenzione cioè sia al rigore del metodo che alle possibili implicazioni pratiche.

Lo scopo è di contribuire a diffondere una cultura degli interventi precoci, tra gli operatori e attraverso questi agli amministratori, ai genitori, alle comunità; e, nel contempo, un approccio critico alla gran quantità di informazione che ci seppellisce ogni giorno.

L'impresa nasce con poche risorse, essenzialmente la buona volontà, e ambizioni sufficientemente grandi da rendere il lavoro in qualche modo retribuito. Resta naturalmente aperta a chi, condividendone i fini, volesse contribuire.

Lo svezzamento e oltre, secondo natura: gli attori, la posta in gioco, gli strumenti

Maurizio Iaia

Pediatra di famiglia e di comunità, ACP Romagna, AUSL Cesena

Abstract

Weaning and over, following nature: actors, tools and stakes

At the age of 6 months, which is considered the better moment to start weaning, infants show strong interest in what their parents eat. They have developed a series of functions that allow them to taste common domestic foods consumed by adults if offered in small pieces. Parents can play an important role in recognizing and supporting these emerging skills in order to promote the development of the child's autonomy regarding food. Parents can also direct him towards the choice of healthy foods by personal examples which represent the most influential model of reference for the acquisition of healthy eating habits. The family pediatrician can play an effective supporting role through communicative strategies and tools that favour the ability of parents in managing this moment of growth.

Quaderni acp 2008; 15(5): 216-222

Key words *Developmental skills. Autonomy. Eating habits. Educative tools*

All'età di 6 mesi, che è ritenuta la più indicata per iniziare lo svezzamento, i bambini si mostrano fortemente interessati a ciò che vedono mangiare ai genitori e hanno maturato una serie di funzioni che consentono loro di assumere, in piccoli pezzi, i comuni alimenti domestici consumati dagli adulti. I genitori hanno l'importante compito educativo di saper riconoscere e sostenere le emergenti "competenze" del piccolo per favorire lo sviluppo della sua autonomia nel rapporto con il cibo, ma anche di indirizzarlo verso la scelta di alimenti salutari attraverso l'esempio personale che rappresenta il più influente modello di riferimento per l'apprendimento di sane abitudini alimentari. Il pediatra di famiglia può svolgere un efficace ruolo di sostegno attraverso strategie comunicative e strumenti che favoriscono la capacità dei genitori di gestire autonomamente questa fase di crescita.

Parole chiave *Competenze evolutive. Autonomia. Abitudini alimentari. Strumenti educativi*

Lo svezzamento rappresenta, oltre agli aspetti più strettamente nutrizionali, una fase delicata e "sensibile" della crescita e dello sviluppo, in grado di influenzare la relazione del bambino con gli adulti che lo accudiscono e il suo comportamento alimentare, anche a lungo termine.

La madre e il padre devono favorire le esplorazioni alimentari del piccolo, confermandogli fiducia e sostenendolo nel fare liberamente esperienza delle sue "naturali" e crescenti competenze evolutive che gli consentiranno di diventare sempre più autonomo nel rapporto con il cibo; i genitori partecipano, come compagni di pasto non intrusivi al suo fianco (che propongono e non impongono); al contempo devono però mostrarsi attenti e disponibili a garantirgli la possibilità di tornare alla "base sicura" genitoriale in caso di difficoltà.

È di importanza primaria permettere che il bambino metta in pratica le potenzialità di cui dispone affinché possa acquisire consapevolezza critica dei propri segnali interni e dei propri bisogni quali l'aver fame, l'essere sazio, l'aver avuto abbastanza. Se le risposte che riceve dalle figure di accudimento sono congrue, il piccolo imparerà a poco a poco a distinguere in maniera differenziata le sue reali necessità (ad esempio, il riconoscere la fame come bisogno di mangiare), a diventarne consapevole e a esprimerle, agendo in modo appropriato per ottenerne l'appagamento; egli riuscirà in tal modo a organizzare il proprio ciclo fame-sazietà in maniera valida.

Se il cibo viene usato invece indiscriminatamente come meccanismo consolatorio universale o strumento di premio-punizione, il bambino può sviluppare

un'organizzazione alimentare confusa in cui i confini dei bisogni alimentari (fame, sazietà) si intersecano con altre richieste affettive che nulla hanno a che fare con il bisogno fisiologico di mangiare, portando alla "confusione" dei segnali e alla tendenza a rispondere con la richiesta di cibo a qualsiasi stato di disagio. Allo stesso modo, gli atteggiamenti intrusivi e anticipatori di genitori che utilizzano strategie di inganno, rituali di persuasione o forzature per spingere il bambino a mangiare la quantità di cibo che "a loro sembra giusta", come se volessero imporgli che "deve" aver fame, possono seriamente ostacolare lo sviluppo dell'autoconsapevolezza e la capacità di autoregolazione del piccolo [1].

Un bambino riconosciuto e rispettato come "soggetto" dotato di specifiche competenze e capacità, non condizionato da rigidi schemi e regole cui deve corrispondere secondo certe aspettative e al quale sia consentito di fare attivamente esperienza del sé e dell'ambiente in sintonia con i suoi tempi fisiologici e i suoi bisogni, rappresenta l'elemento portante di uno svezzamento sano "secondo natura".

Quando svezzare

Le più recenti raccomandazioni scientifiche internazionali indicano l'età di 6 mesi compiuti come la più appropriata per l'introduzione di alimenti solidi a complemento del latte materno (o formulato) per soddisfare le nuove esigenze nutrizionali, come ad esempio il fabbisogno in ferro.

A tale età il bambino si mostra spontaneamente e fortemente interessato a ciò che vede mangiare ai genitori ed è capace di afferrare il cibo con una prensione a mano piena e portarselo in bocca, come fa con qualsiasi altro oggetto raggiungibile che attiri la sua attenzione; è inoltre pienamente in grado di formare attraverso la masticazione un bolo alimentare, indirizzarlo verso l'orofaringe e inghiottirlo.

Per corrispondenza:

Maurizio Iaia

e-mail: maurizio.iaia@ausl-cesena.emr.it

saper fare

La concomitante maturazione delle funzioni digestivo-metaboliche, immunitarie e renali, gli permette di assumere in larga parte i comuni alimenti preparati in casa e consumati dagli adulti, in piccoli pezzi [2].

Oggi siamo senza dubbio di fronte a una svolta. Si vuole recuperare un modello antropologico nutrizionale di svezzamento che l'uomo ha, da sempre, saggiamente adottato nel corso dei millenni, rinnovato e migliorato in funzione delle attuali conoscenze della scienza dell'alimentazione.

L'imprinting dei genitori e la posta in gioco

Svezzare dopo i 6 mesi significa permettere più libertà di scelta ai genitori e al bambino, che possono così condividere lo stesso cibo ma, al contempo, ciò deve indurre i genitori a rivedere seriamente e in modo più salutare le proprie abitudini alimentari. Infatti, il cucchiolo della specie "internalizza" e mette in atto inevitabilmente, nel bene e nel male, comportamenti di tipo imitativo-sociale che sono lo specchio di ciò che osserva fare dall'adulto che lo accudisce [3].

Il cibo ha un'importante valenza simbolico-affettiva e di identificazione sociale con le figure significative per il piccolo: mangiare insieme e condividere lo stesso cibo con i genitori, i fratelli, i nonni, gratifica il bambino e contribuisce a confermarli la sua identità e il suo senso di appartenenza affettiva e sociale al gruppo familiare.

Compiti educativi dei genitori sono:

- ▶ riconoscere, rispettare e sostenere la capacità del piccolo di sapersi regolare da sé riguardo alla "quantità" di cibo che gli è necessaria (capacità innata di autoregolazione) e alle sue crescenti abilità psicomotorie che gli permettono di fruire in modo sempre più autonomo del cibo [4];
- ▶ indirizzarlo correttamente verso la scelta di una varietà sufficiente di alimenti "qualitativamente" salutari, attraverso l'esempio personale che rappresenta il più influente modello di riferimento per l'apprendimento di sane abitudini [5].

Le abitudini alimentari acquisite nei primi 2 anni di vita tendono a persistere

Box 1

- Tenere sempre il bambino a tavola con i genitori non appena è in grado di stare seduto con minimo appoggio sul seggiolone o in braccio.
- Aspettare i 6 mesi come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'UNICEF.
- Aspettare le richieste di cibo del bambino; di solito tenderà di raggiungerlo con le mani o uno sguardo sostenuto ed eccitato.
- Soddisfare qualsiasi sua richiesta, sempre e ovunque, purché si tratti di cibo idoneo a giudizio dei genitori.
- Smettere gli assaggi se il bambino smette di chiederli, o se il pasto della famiglia è finito.
- Non cambiare ritmi e durata dei pasti dei genitori. Il bambino deve, necessariamente, e lo farà senza alcuno sforzo, prendere il loro ritmo.
- L'allattamento prosegue a richiesta fin quando la mamma e il bambino saranno, entrambi, d'accordo a continuarlo.

TABELLA 1: ESEMPI SU COME INIZIARE A PROPORRE GLI ALIMENTI SOLIDI A 6 MESI DI ETÀ

STRUMENTI	Di uso comune per rendere fruibili i cibi solidi: forchetta, coltello, cucchiaino, trita-tutto, passaverdura, grattugia
ALIMENTI	
PASTA di vario formato	Tagliare a pezzettini
PESCE	Utilizzare filetto di pesce senza spine e sminuzzare
CARNE di vario tipo	Tritare con un comune trita-tutto domestico (non è necessario ricorrere al frullatore!)
VERDURE CRUDE	Tagliare a pezzettini o grattugiare (es. carota)
VERDURE COTTE	Eliminare eventuali filamenti fibrosi, schiacciare con una forchetta e sminuzzare
LEGUMI (fagioli, ceci, lenticchie, piselli, soia, fave)	Dopo la cottura, passare con un passaverdura (per eliminare la buccia fino a 1 anno di età)
PROSCIUTTO CRUDO	Togliere il grasso visibile e tagliare a pezzettini
UOVA sode o in omelette al forno	Ridurre a pezzettini
PANE	Scegliere pane comune che può essere dato a pezzi
FRUTTA (alcuni esempi): - mela, pera - banana - mandarini, arance - uva - pesche, prugne, susine - frutta secca oleosa (es. noci)	Sbucciare e grattugiare. Schiacciare con la forchetta. Sbucciare, tagliare a pezzettini gli spicchi, eliminare accuratamente i semi. Sbucciare, tagliare a pezzettini e togliere i semi. Scegliere frutti maturi perché più morbidi, sbucciare, tagliare a pezzettini la polpa. Tritare con il trita-tutto.

successivamente e, se correttamente orientate sul piano relazionale e nutrizionale, rappresentano un importante fattore di tutela e promozione della salute psicofisica dell'individuo anche nel lungo termine.

La posta in gioco riguarda, perciò, aspetti fondamentali della salute psicofisica del bambino: l'esperienza/conoscenza di sé e dell'ambiente, le radici della fiducia in se stesso e lo sviluppo dell'autonomia, lo sviluppo del comportamento alimenta-

re e l'apprendimento delle abitudini alimentari familiari, il programming metabolico.

Il pediatra di famiglia e la scelta degli strumenti

Si delinea così un interessante campo di lavoro in cui la funzione educativa del pediatra di famiglia è preminente. Bisogna evitare atteggiamenti di tipo prescrittivo che rendono i genitori esecutori passivi di rigidi schemi precodificati, generando timori e ansie se il bambino non si comporta come prescritto, e proporsi invece attivamente come interlocutore competente nel sostenere e promuovere la capacità dei genitori di gestire autonomamente questa importante fase evolutiva.

Il pediatra può utilmente guidare e sensibilizzare i genitori all'osservazione attiva delle emergenti competenze neuromotorie, relazionali e comunicative del bambino al fine di favorire la loro piena e libera espressione e lo sviluppo dell'autonomia. Particolarmente utili sono le sette semplici regole per favorire una buona esperienza di svezzamento proposte da L. Piermarini su questa rivista (*Box 1*) [6].

Spetta anche al pediatra il compito di promuovere la correzione di abitudini alimentari nel nucleo familiare in una fase in cui i genitori sono più recettivi al cambiamento; un contributo utile anche per prevenire/contenere l'attuale diffusione delle malattie croniche da civilizzazione (anzitutto l'obesità) in cui l'acquisizione di abitudini alimentari errate e uno stile di vita sedentario svolgono un ruolo di primo piano.

Quando il pediatra comunica ai genitori che dopo i 6 mesi il bambino potrà iniziare ad assumere in piccoli pezzi il loro cibo secondo le modalità indicate in *tabella 1*, nascono comunemente delle perplessità e dei timori (più o meno espressi) da parte loro. La mamma, che prima si sentiva rassicurata dal fatto di provvedere con il latte di sua produzione o con il biberon pre-dosato ad alimentare il suo bambino, si trova di fronte a molti dubbi, specie se si tratta del suo primo figlio: "che cosa gli do da mangiare e in che modo?", "gli piacerà?", "sarà capace di mangiare pezzetti del nostro cibo senza strozzarsi?", "sarà in grado

di regolarsi da solo su quanto deve mangiare?", "crescerà regolarmente?", "qual è il tempo giusto di introduzione dei diversi alimenti (pomodoro, uovo, pesce...) per evitare il rischio di allergie?", "come regolarsi con il sale?".

Questo potrebbe generare un eccessivo controllo su orari, tipo e quantità di cibo da assumere, anticipando e indirizzando il bambino più sull'urgenza delle preoccupazioni genitoriali che sui suoi bisogni reali.

È molto importante che il pediatra, con atteggiamento empatico e non giudicante, dia la possibilità ai genitori di esprimere ciò che ritengono di sapere, le loro convinzioni, i dubbi e le perplessità, le paure, le aspettative e che si renda disponibile al dialogo nel corso dei bilanci di salute.

Personalmente utilizzo una guida sintetica tratta da un mio recente libro che consiglio ai genitori in occasione del bilancio di salute dei 2 mesi, per dare il tempo di riflettere e mettere a fuoco una serie di considerazioni e interrogativi che mi proporranno ai bilanci di salute successivi dei 4 e 6 mesi [7]. Questo periodo preparatorio dà l'opportunità ai genitori di affrontare, con buon anticipo, una serie di nodi cognitivi ed emozionali e di discuterne in un itinerario a tappe.

La guida ha lo scopo di offrire:

- ▶ alcune informazioni di base espresse in un linguaggio semplice sulle competenze evolutive del bambino; in occasione dei bilanci di salute il pediatra può utilmente fornire ai genitori criteri per osservare in che modo il bambino ci dimostra di essere in grado di nutrirsi autonomamente e di segnalarci quando è sazio o ha fame;
- ▶ schede pratiche (alcune delle quali riportate più avanti) su cosa e come fare per gestire l'introduzione dei cibi solidi nell'alimentazione del bambino (come rendere facilmente fruibili i cibi solidi; l'ABC per organizzare dei menù equilibrati ecc.) e attuare un'alimentazione salutare per l'intera famiglia.

Valorizzare le competenze del bambino: un esempio

Come si è detto, è preoccupazione comune che il piccolo non sia ancora capace a 6 mesi di masticare e deglutire cibo soli-

do e che rischi di "strozzarsi"; i genitori ritengono perciò che sia meglio "allenare" il bambino all'uso del cucchiaino cominciando a provare con pappe semiliquide a base di liofilizzati e omogeneizzati o con la frutta frullata o grattugiata, per dargli il tempo di imparare. Occorre allora ridefinire con i genitori la capacità di masticare e deglutire cibi solidi, valorizzandola come espressione di una nuova e naturale tappa maturativa che il bambino ha raggiunto al momento giusto (allo stesso modo in cui arriva il momento in cui il bambino diventa capace di camminare da solo), senza bisogno che sia appresa con l'allenamento.

È bene spiegare ai genitori un paio di dati di fisiologia facilmente sperimentabili: "nei primi 3 mesi di vita i lattanti presentano il riflesso di estrusione: l'introduzione di un cucchiaino o di un abbassalingua nella parte anteriore della bocca è seguito da una contrazione delle labbra mentre la lingua proietta vigorosamente all'esterno l'oggetto. Verso i 4 mesi tale riflesso è scomparso. Infatti fra i 4 e i 6 mesi, se introduciamo un cucchiaino in bocca, la lingua si abbassa, e il contenuto è trasportato nella parte posteriore della bocca, masticato e poi deglutito. A 6 mesi i lattanti sono ormai più che capaci, anche in assenza di denti, di schiacciare e sminuzzare pezzi di cibo solido con movimenti masticatori più elaborati, riducendolo in minuscoli frammenti che vengono mescolati con la saliva prima di essere deglutiti con efficienza. Ciò indica che sono naturalmente pronti ad essere svezzati con piccoli pezzi di cibo... Ovviamente, mancando i denti, il cibo deve essere proposto in piccoli frammenti; negli altri mammiferi, l'adulto della specie mastica il cibo prima di offrirlo premasticato al cucciolo da svezzare" [8].

Il *Box 2* riporta una guida che può risultare utile ai genitori sul piano pratico e su questi argomenti.

Alcuni errori da evitare

Una serie di comportamenti inappropriati, come quelli riportati nella *tabella 2*, è riscontrabile con relativa frequenza nel modo di alimentare i piccoli in svezzamento [12].

Come documentato da varie indagini nutrizionali, un errore molto frequente ma troppo spesso sottovalutato riguarda l'assunzione di "troppe proteine e pochi

Box 2**Quali alimenti e come?**

- Verso i 6 mesi di età il bambino è sufficientemente maturo per mangiare liberamente un po' di tutto ciò che mangiano i genitori: cereali con o senza glutine (pane, pasta, riso, farine varie), carni, pesci, legumi, yogurt, formaggi, uova, verdure, frutta nelle diverse varietà disponibili. Pertanto non serve ricorrere alle pappe a base di alimenti speciali per l'infanzia. Tuttavia, se da un lato spetta ai genitori decidere i tipi di alimenti salutarci da proporre al bambino, dall'altro è necessario tener sempre presente che spetta al bambino decidere in che quantità assumerli. È opportuno abituare il bambino ai nuovi sapori attraverso preparazioni semplici, non troppo elaborate.
- Non è necessario introdurre uno alla volta nel tempo i diversi alimenti nel timore di "allergie" in quanto (contrariamente a quanto si pensa comunemente) tale procedura non ha alcuna efficacia preventiva, nemmeno nel caso di bambini con familiarità allergica. Recentemente una serie di studi ha messo in evidenza che ritardare troppo l'introduzione dei cosiddetti alimenti allergizzanti (latte di mucca e derivati, uova, pesce e crostacei, noci e arachidi, pomodoro) favorisce paradossalmente l'allergia alimentare [9-10].
- Il cibo va offerto in piccoli frammenti: a seconda del tipo di alimento occorre sminuzzare, tagliare a pezzettini, schiacciare, tritare. Le indicazioni pratiche per i genitori sul come iniziare a proporre gli alimenti solidi a 6 mesi di età sono riportate nella *tabella 1*.

Verso un menù equilibrato

Nel secondo semestre di vita il latte (materno o, in sua assenza, "formulato di proseguimento") continua a rappresentare un'importante fonte di nutrimento nell'alimentazione quotidiana per soddisfare il fabbisogno di calcio del lattante. La quantità di latte tenderà però a diminuire progressivamente dopo i 6 mesi, come evidenziato in *figura 1*, via via che il piccolo aumenterà spontaneamente gli assaggi di cibo solido, che diventa necessario per soddisfare i nuovi fabbisogni nutrizionali come quello in ferro (alimenti particolarmente ricchi di ferro facilmente assorbito a livello intestinale sono la carne e il pesce). Bisogna perciò evitare che si trascini nel tempo una modalità di alimentazione prevalentemente latte e indirizzare il bambino al consumo di alimenti complementari solidi che potranno essere proposti in due pasti giornalieri (pranzo e cena) secondo i consigli più avanti indicati.

I genitori possono approfittare di questa occasione per rivalutare le proprie abitudini alimentari: osservando i genitori, il bambino imparerà in poco tempo a mangiare ciò che essi sono abituati a mangiare. Quando il bambino si sarà abituato, senza fretta, a mangiare un po' di tutto, occorre programmare pranzo e cena sulla base di una giusta varietà giornaliera di alimenti in modo da fornire un "pasto completo", che contenga cioè tutti i nutrienti secondo le indicazioni sotto riportate, valide sia per gli adulti che per il bambino.

Primo piatto

Cereali (meglio semi-integrali nell'età 6 mesi-2 anni e successivamente integrali). Preferire pasta semplice (piuttosto che all'uovo o ripiena) con condimenti a base di sughi di pomodoro e/o verdure, evitando condimenti ricchi di grassi saturi (burro, panna, pancetta...).

Si può abbinare un primo piatto asciutto a pranzo e una minestra alla sera.

Secondo piatto

Pesce (3-4 volte/sett.) o carne magra (3-4 volte/sett.) o legumi (3-4 volte/sett.) o uova (1-2 volte/sett.) o formaggi (1-2 volte/sett.).

- Verdure di stagione, olio extravergine d'oliva, pane, frutta fresca di stagione dovrebbero essere sempre presenti ai pasti. Un'alternativa nutrizionale è quella di sostituire il primo e il secondo piatto con il cosiddetto "piatto unico": cereali + legumi (pasta con fagioli o con ceci o con lenticchie; polenta con fagioli); cereali + pesce; cereali + carne; cereali + uovo (spaghetti alla carbonara; tagliatelle al sugo); cereali + formaggio (pizza con mozzarella; pasta ai 4 formaggi).
- Il sale: meglio poco per tutti! È salutare cucinare con poco sale per tutti i componenti familiari e non abituare precocemente il bambino al gusto salato: es. limitarsi a mettere poco sale nell'acqua di cottura della pasta, non salare le verdure.

Le porzioni degli alimenti

Le porzioni medie dei vari alimenti per l'età 6-36 mesi riportate nella *tabella 3* hanno un significato puramente orientativo quando il bambino, dopo un periodo di rodaggio di durata variabile, avrà scelto spontaneamente di aumentare la quantità di cibi solidi da assumere. Tuttavia il miglior indicatore della giusta quantità è il bambino stesso, se lasciato libero di autoregolarsi.

Un altro strumento informativo utile e semplice è la *piramide dell'alimentazione mediterranea* che propongo ai genitori sia in forma figurata (*figura 2*) che commentata [11].

grassi salutarci" nei primi due anni di vita (carne e affettati, formaggi light con ridotto contenuto in grassi ma elevato tenore proteico) [13-14]. Un eccesso di proteine animali nei primissimi anni di vita sembra indurre un aumento dei livelli

di IGF1 (*insulin like growth factor*) che iper-stimola, a sua volta, la differenziazione dei preadipociti in adipociti, cui consegue un eccessivo e precoce incremento numerico delle cellule adipose in un "periodo sensibile", condizionando in

modo permanente la costituzione biologica dell'individuo con maggior rischio di obesità persistente (*programming dell'obesità*) [15-17]. Tenendo come riferimento ideale la composizione in macronutrienti del latte

TABELLA 2: ALCUNI ERRORI DA EVITARE

- ▶ Iniziare lo svezzamento prima del sesto mese.
- ▶ Iniziare lo svezzamento con la sola frutta (ridotto assorbimento del ferro presente nel latte).
- ▶ Dar da mangiare al bambino separatamente, escludendolo dalla partecipazione al pasto della famiglia.
- ▶ Utilizzare schemi di svezzamento troppo dettagliati per quantità e tipo di alimenti in quanto favoriscono:
 - un approccio passivo dei genitori, limitando la loro capacità di osservare i segnali del bambino che è invece in grado di esprimere attivamente le sue scelte e di regolarci da sé su quanto deve mangiare;
 - eccessive preoccupazioni se il piccolo non assume tutta la quantità "prescritta".
- ▶ Mettere in atto strategie e pressioni varie per condizionare il bambino a mangiare la quantità di cibo che soddisfi le aspettative dei genitori.
- ▶ Usare il cibo come panacea di fronte a bisogni del bambino "diversi" dal bisogno di mangiare.
- ▶ Proporre sempre gli stessi alimenti purché il bambino mangi (alimentazione monotona e nutrizionalmente squilibrata).
- ▶ Mangiare con la TV accesa e/o frettolosamente.
- ▶ Dare latte vaccino non formulato nel 1° anno di vita (rischio di deficit di ferro).
- ▶ Impiegare il sale in quantità non controllata per le varie preparazioni o aggiungere zucchero da cucina al cibo per spingere il bambino a mangiare, influenzando in tal modo il gusto del bambino anche a lungo termine con rischi potenziali per la salute.
- ▶ Sostituire la frutta fresca con succhi di frutta.
- ▶ Utilizzare bevande a base di infusi di erbe, dolcificate o meno, che non educano il bambino a soddisfare la sete bevendo invece "semplice acqua". Peraltro, il loro contenuto in polifenoli ostacola l'assorbimento di ferro.
- ▶ Proporre un eccesso di proteine (soprattutto animali: formaggi, carni e insaccati) e una scarsa quantità di grassi salutari (olio extravergine d'oliva, pesce anche grasso).

FIGURA 1: ENERGY REQUIRED (TOP LINE) AND THE AMOUNT FROM BREAST MILK
(da: http://libdoc.who.int/hq/2000/WHO_NHD_00.1.pdf)

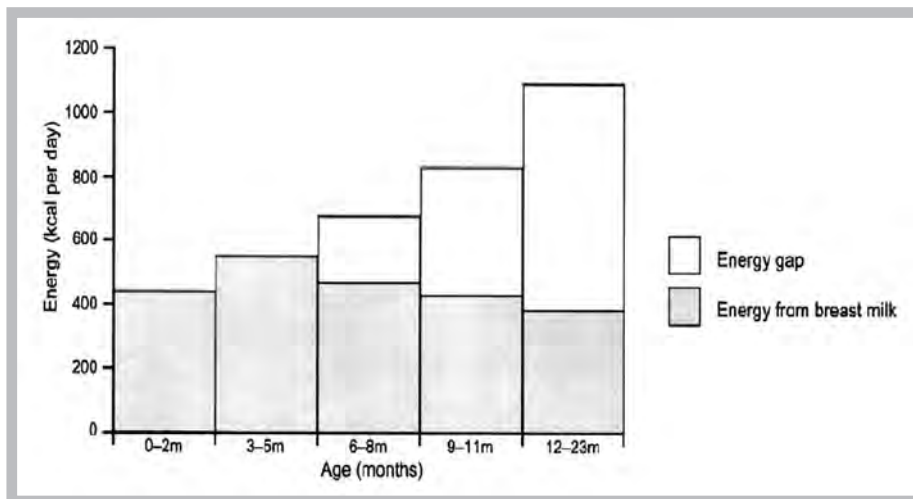


FIGURA 2: PIRAMIDE DELL'ALIMENTAZIONE MEDITERRANEA
(da Iaia M.: *Cibo dei piccoli... salute dei grandi*, Editeam sas Gruppo editoriale, 2006)

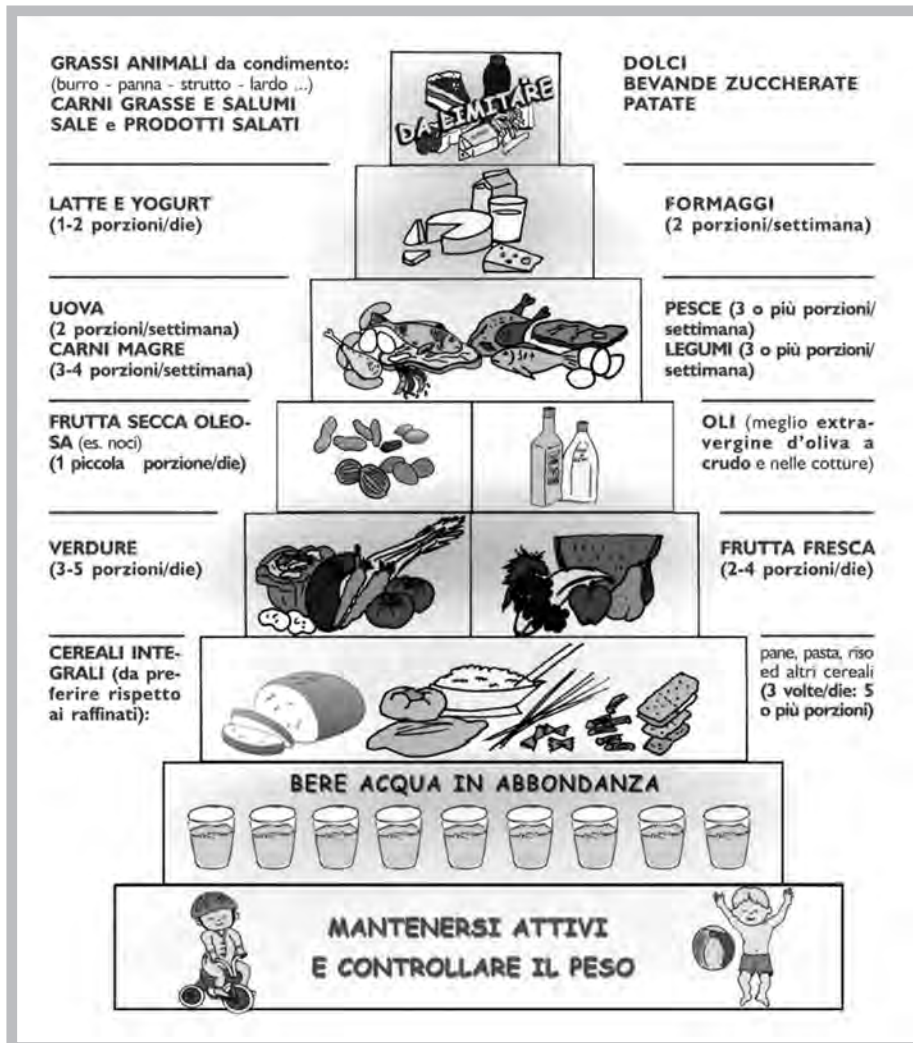


TABELLA 3: PORZIONI IN GRAMMI (PESO A CRUDO) DEI PRINCIPALI ALIMENTI IN RAPPORTO ALL'ETÀ

ALIMENTI	6-9 MESI	10-12 MESI	1-3 ANNI
PASTA, RISO, MAIS, ORZO, FARINE (per brodi dimezzare le quantità)	25/30	30/35	40/50
CARNI MAGRE	30	35	40
CARNI STAGIONATE (prosciutto, bresaola)	15	20	20/25
PESCE	40	50	50/60
FORMAGGI			
– freschi molli (ricotta, casatella)	30/35	35/40	40
– freschi da taglio (caciotta, mozzarella)	15/20	20/25	30
– a media stagionatura (pecorino)	10/15	15	20
– ad alta stagionatura (es. parmigiano):			
- come secondo piatto	10	10	15
- grattugiato per condimento	5	5	5
LEGUMI			
– secchi	20	20	25
– freschi	60	60	60/70
UOVA	n. 1	n. 1	n. 1
OLIO extravergine di oliva	1 cucchiaino	1 cucchiaino	1 cucchiaino
ORTAGGI e FRUTTA			
– verdure crude non a foglia	50	60/70	80
– verdure crude a foglia	15	20/25	25/30
– verdure miste per salse di condimento	35	40/45	50/70
– verdure miste per zuppe	80	100	120
– frutta fresca	80/100	100	100/150
– frutta secca oleosa	10	10	10

materno (50% delle calorie sotto forma di grassi e 7% sotto forma di proteine), nei primi 2 anni di vita non bisogna limitare l'apporto di grassi, ma consumare i grassi più salutari (olio extravergine di oliva, frutta secca oleosa, pesce) e proporre porzioni moderate di alimenti proteici (*tabella 3*), componendo il menù con un giusto equilibrio fra i vari alimenti: la pasta, le verdure, l'olio, il pane, la frutta non devono essere considerati meno importanti della carne nel pianificare un'alimentazione equilibrata.

Un sano stile alimentare oltre lo svezzamento

L'insostituibile azione educativa dei genitori deve proseguire oltre lo svezzamento per consolidare stabilmente nel tempo l'acquisizione di un sano stile alimentare.

Una serie di consigli per i genitori è riportata nella *tabella 4* che può far parte degli strumenti utilizzabili in ambulatorio dal pediatra dopo l'anno di età del bambino.

Conclusioni

L'esperienza personale avviata da circa due anni e mezzo, e arricchitasi progressivamente grazie all'affinamento dell'ascolto attivo e delle altre strategie comunicative con i genitori, mi ha finora fortemente gratificato e sorpreso nel constatare come la grande maggioranza dei genitori riesca a gestire in modo tranquillo, più libero e sufficientemente autonomo, tale passaggio evolutivo, ma anche a contenere le transitorie regressioni che i bambini possono esibire di fronte a un nuovo scatto di crescita.

Vengono riportati dai genitori ripetuti riscontri positivi riguardo alle espressioni di autonomia dei loro piccoli nella relazione con il cibo e alla naturalezza con cui si orientano a mangiare un po' di tutto ciò che si mangia in famiglia.

Al contempo, rilevo una maggiore attenzione dei genitori alla qualità della propria alimentazione, via via che aumenta la consapevolezza che il loro modo di mangiare influenza profondamente fin dalle origini il comportamento alimentare del proprio bambino: il tempo

dello svezzamento rappresenta per il pediatra una straordinaria occasione per proporsi attivamente come promotore di sani stili di vita nel nucleo familiare.

Particolare attenzione va riservata tuttavia a quelle situazioni caratterizzate da un tipo di "attaccamento insicuro" in cui qualsiasi modello di svezzamento, in quanto esperienza di cambiamento, genera particolari timori e ansie nelle madri che vorrebbero essere guidate da rigidi schemi prescrittivi. Tali casi richiedono un approccio più articolato e complesso che deve mirare a promuovere nel tempo una relazione madre-bambino più armonica e simmetrica, tale da consentire al bambino di esprimere i suoi bisogni reali e le sue nuove competenze e alla madre di aumentare la consapevolezza e la fiducia nelle capacità del bambino [18]. ♦

Bibliografia

- [1] Bruch H. Percezione e riconoscimento della fame. In: Bruch H. Patologia del comportamento alimentare. Feltrinelli, 1989.
[2] WHO Global strategy for infant and young child feeding. Geneva 2003.

TABELLA 4: UN SANO STILE ALIMENTARE OLTRE LO SVEZZAMENTO. CONSIGLI PER I GENITORI**Mangiate insieme e curate il momento del pasto**

Fate in modo che i pasti siano un momento dedicato allo stare insieme tutte le volte che potete, in un ambiente tranquillo, gradevole, conviviale, attorno a una tavola apparecchiata e senza interferenze come tenere la TV accesa, telefonare, leggere il giornale ecc. Per i piccoli è bellissimo mangiare con i genitori, scambiare emozioni e gustare insieme il pasto. Ciò facilita l'acquisizione di nuove e corrette abitudini alimentari.

È opportuno che i pasti avvengano abitualmente a orari regolari

Non abituate il vostro bambino a mangiare frettolosamente mentre è in movimento; ciò incoraggia l'abitudine a mangiare fuori pasto e può interferire con l'apprendimento della capacità di riconoscere lo stimolo della fame e della sazietà.

Valorizzate e mantenete nel tempo il rituale di consumare insieme una ricca prima colazione

Privilegiate il consumo di latte o yogurt (intero da 1 a 3 anni, poi parzialmente scremato), cereali meglio se integrali, frutta fresca di stagione e/o secca oleosa, miele.

Fate la spesa "intelligente" insieme con il bambino, preferendo cibi freschi e di stagione prodotti con tecniche rispettose dell'ambiente

Preferite, ad esempio, i prodotti tutelati dal marchio biologico, Dop, Igp.

Offritegli una varietà di alimenti salutaris, presentatis in maniera accattivante e, soprattutto, date l'esempio personale nel mangiarli voi stessi!

Ad esempio: consumate ogni giorno verdure e frutta fresche di colori diversi (giallo, arancio, verde, rosso) nei pasti principali e negli spuntini; pesce e legumi più volte alla settimana.

Il tipo di alimenti acquistati, resi accessibili in casa e assunti dai genitori influenza fortemente le scelte alimentari dei bambini.

Non proponete "fuori pasto" ricchi di calorie

Gli snacks preconfezionati ad alto contenuto di grassi e/o zuccheri (es. patatine fritte, dolciumi vari farciti), ossia ad alto contenuto calorico, predispongono fortemente al sovrappeso e alle possibili alterazioni metaboliche a esso associate (iperlipidemia, dislipidemie).

Tali alimenti forniscono molte calorie senza indurre subito sazietà perché l'elevato contenuto in grassi esalta il sapore del cibo, ingannando il palato e i sistemi deputati alla regolazione dell'appetito. Inoltre, la presenza di zucchero o sale negli alimenti preconfezionati nasconde la percezione del grasso. Il loro consumo riduce l'appetito all'ora di pranzo o cena.

Scegliete spuntini, a metà mattina e pomeriggio, a base di frutta fresca o yogurt.

Prima di andare a dormire non serve mangiare.

Non incoraggiate il consumo di bevande zuccherate

Molte indagini nutrizionali mettono in evidenza un eccessivo consumo, già dopo il 2° anno di vita, di bevande zuccherate (succhi di frutta confezionati, aranciata, the, cola drinks...) che favoriscono fortemente il rischio di sovrappeso.

È importante educare precocemente i bambini a soddisfare la sete bevendo acqua ai pasti.

Coinvolgetelo in operazioni pratiche che riguardano la preparazione dei pasti, nella misura consentita dalla sua età

Ad esempio: fatevi aiutare ad apparecchiare; inventate insieme combinazioni nuove con cibi salutaris (pesce, legumi, ortaggi, cereali, frutta). I bambini gradiscono molto che venga loro riconosciuto questo ruolo attivo.

[3] Rizzolatti G, Sinigaglia C. I neuroni specchio nell'uomo. In: Rizzolatti G, Sinigaglia C. So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio. Raffaello Cortina Editore, 2006.

[4] Davis CM. Results of the self-selection of diets by young children. *Can Med Assoc J* 1939;41:257-61.

[5] Iaia M. Considerazioni "pratiche" per una corretta alimentazione. In: Iaia M. *Cibo dei piccoli... salute dei grandi*. Editeam s.a.s. Gruppo editoriale, 2006.

[6] Piermarini L. Come e quando svezzare: chiedetelo a lui. *Quaderni acp* 2007;14:274-7.

[7] Iaia M. Lo svezzamento e oltre...secondo natura. Editeam s.a.s. Gruppo editoriale, 2008.

[8] Iaia M. Capacità di masticazione e deglutizione dei cibi solidi. In: Iaia M. *Lo svezzamento e oltre... secondo natura*. Editeam s.a.s. Gruppo editoriale, 2008:17-8.

[9] Longo G. Serve ritardare l'introduzione dei cibi solidi per prevenire le allergie? *Medico e Bambino* 2008;27:7-8.

[10] Miceli Sopo S. I cibi solidi nella dieta del bambino. *Medico e Bambino* 2008;27:21-6.

[11] Iaia M. La piramide degli alimenti. In: Iaia M. *Cibo dei piccoli... salute dei grandi*. Editeam s.a.s. Gruppo editoriale 2006.

[12] Volta A, Panza C, Capuano C, et al. Alimentazione complementare nel primo anno di vita. Indagine conoscitiva in provincia di Reggio Emilia. *Medico e Bambino* 2006;7:445-50.

[13] Rolland Cachera MF, Deheeger M, Akrouf M, et al. Influence of macronutrients on adiposity development: a follow up study of nutrition and growth from 10 months to 8 years of age. *Int. J. Obes* 1995;19:573-8.

[14] Scaglioni S, Agostoni C, De Notaris R, et al. Early macronutrients intakes and overweight at five years of age. *Int. J. Obes* 2000;24:777-81.

[15] Rolland Cachera MF, Bellisle F. Nutrition. In: Burniat W, Cole T, Lissau I, et al. *Child and Adolescent Obesity*. Cambridge University Press, 2002.

[16] Hoppe C, Udam T, Lauritzen L, et al. Animal protein intake, serum insulin growth factor I, and growth in healthy children. *Am J Clin Nutr* 2004; 80:447-52.

[17] Rolland Cachera MF, Deheeger M, Maillot M, et al. Early adiposity rebound: causes and consequences for obesity in children and adults. *Int. J. Obes* 2006;30:S11-7.

[18] Ciotti F. Relazione genitoriale e relazione terapeutica nell'ambulatorio del pediatra. *Quaderni acp* 2008;15:78-82.

I vaccini del futuro e il futuro delle vaccinazioni

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Vaccini futuri. Futuro delle vaccinazioni

I vaccini del futuro

Le sperimentazioni di nuovi vaccini sono in grande aumento e il loro campo di indagine non si limita a malattie infettive (tubercolosi, malaria, VRS, herpes virus, HIV), ma riguarda anche tumori (melanoma, leucemia mieloide), malattie croniche (diabete, ipertensione) e persino la dipendenza da sostanze come la nicotina o la cocaina.

Sono stati pubblicati di recente i risultati delle fasi I e II, che testano immunogenicità e sicurezza, dei vaccini contro la tubercolosi e la malaria. Entrambi rivestono particolare interesse per l'enorme peso delle malattie da prevenire: milioni di morti ogni anno nei Paesi più poveri, tante nella prima infanzia. Le tecnologie utilizzate sono altamente innovative, dalla ricombinazione genetica per attenuare il *micobatterio tubercolare* o lo *sporozoito malarico*, oppure per creare zanzare resistenti all'infezione, alla "manipolazione immunitaria" per stimolare o inibire alcuni meccanismi immunitari fino ai nuovi adiuvanti per potenziare l'immunogenicità dei vaccini [1-2].

Quanto all'appropriatezza d'uso, ciascuno dei due vaccini richiede un discorso a parte.

Tubercolosi

Non esistono dubbi sulla necessità di un vaccino contro la tubercolosi più efficace del bacillo di Calmette-Guérin (BCG), in uso dal 1921 con scarsi risultati. Esistono caso mai difficoltà nel confronto dei risultati di prodotti che usano tecniche diversificate e intervengono su stadi diversi della malattia; e si pongono problemi etici per la fase III che testa l'efficacia. Questa richiederà l'arruolamento di un campione molto ampio in aree a elevata endemia. Perciò i bambini che sperimenteranno nuovi vaccini di efficacia non nota, non potranno essere privati del BCG, di cui si conosce l'efficacia sulle meningiti e sulle forme disseminate in età precoce. C'è chi auspica, con ragione, che il confronto avvenga tra chi rice-

ve solo il BCG o il BCG più un nuovo vaccino [1]. Insomma, è evidente che il cammino che rimane da percorrere non sarà né breve né facile.

Malaria

I vaccini antimalarici sollevano invece interrogativi sui costi e sulla sostenibilità, visto che esistono altri strumenti efficaci per controllare la malattia e si interviene in situazioni di grave povertà. Alcuni ritengono che le poche risorse disponibili nei Paesi ad alto rischio di malaria sarebbero meglio spese per implementare l'accessibilità – attualmente molto limitata e disuguale – a strumenti meno dispendiosi e a bassa tecnologia, che esistono già e si sono dimostrati efficaci, come le zanzariere trattate con insetticida, farmaci e infrastrutture per monitorare e trattare tempestivamente i nuovi casi [3]. Stupisce che non si sia tenuto conto di queste considerazioni, metodologicamente ed eticamente condivisibili, e che non sia stata fatta una valutazione costi/efficacia, prima di intraprendere ricerche tanto costose e impegnative.

Il futuro delle vaccinazioni

L'enorme spinta alla sperimentazione di nuovi vaccini deriva sicuramente dai grandi progressi delle conoscenze e dalla disponibilità di tecnologie avanzate, ma anche dall'attuale modello di sviluppo e dagli svariati interessi in gioco, talvolta in conflitto tra loro.

Ciò che colpisce è che questo imponente investimento, in generale, è scollegato da una valutazione complessiva dei bisogni di salute e delle risorse disponibili. Il grande assente è un governo delle scelte basato su precisi criteri che l'OMS ha definito da tempo: priorità e sostenibilità economica e organizzativa.

Ne sono esempio le difficoltà riscontrate in Europa per l'anti-HPV. Molti Paesi stanno ancora valutandone l'introduzione e quelli che hanno già emesso raccomandazioni non le hanno basate sui dati epidemiologici ma, nella maggior parte dei casi, su modelli matematici o valutazioni economiche che non raggiungevano neppure la significatività statistica [4]. La politica ha fatto il resto.

Esistono poi alcuni aspetti controversi collegati alle nuove tecnologie, come l'utilizzo di organismi transgenici che

potrebbe sollevare comprensibili preoccupazioni in ordine alla biosicurezza [3]. Quanto ai nuovi adiuvanti, crea perplessità che l'FDA, contrariamente all'EMA, non li abbia autorizzati per ipotetici problemi di sicurezza.

La scarsa attenzione a strumenti meno costosi e a bassa tecnologia è in linea con l'attuale modello di sviluppo. È comunque difficile capire il ruolo di un vaccino contro il diabete o l'ipertensione, quando ancora si discute l'approccio più adeguato a queste malattie, strettamente collegate agli stili di vita. Diverso è il discorso sui vaccini per la cura di tumori come il melanoma o la leucemia mieloide. Non c'è che da augurarsi che la ricerca arrivi presto a buoni risultati.

In tema di malattie infettive, si nota una cronica incapacità a una visione globale ed equa: il peso delle patologie causate da pneumococco, HPV e Rotavirus, è quasi tutto concentrato nei Paesi poveri, ma i vaccini, per contro, sono stati allestiti con i ceppi che circolano prevalentemente nei Paesi ricchi dove queste malattie sono assai meno poco frequenti e meno gravi. È fortemente dubbio che estendere il loro uso nei Paesi poveri – come taluni auspicano per il futuro – produrrebbe benefici apprezzabili a fronte di una spesa esorbitante.

Per un buon futuro delle vaccinazioni servirebbero riflessioni serie e responsabili su criteri, priorità, sostenibilità ed equità. Ne saremo capaci? ♦

Bibliografia

- [1] Hoft DF. Tuberculosis vaccine development: goals, immunological design, and evaluation. *Lancet* 2008;372:164-75.
- [2] Aponte JJ, Aide P, Renom M. et al. Safety of the RTS, S/AS02D candidate malaria vaccine in infants living in a highly endemic area of Mozambique: a double blind randomised controlled phase I/IIb trial. *Lancet* 2007;370:1543-51.
- [3] Katryn Senior. Conflicting priorities in the battle to eliminate malaria. *Lancet Infect Dis* 2007; 7:768.
- [4] King LA, Lévy-Bruhl D, O'Flanagan D, et al. Introduction of human papillomavirus (HPV) vaccination into national immunisation schedules in Europe: Results of the VENICE 2007 survey. *Euro Surveill* 2008;13(33):pii=18954.

Per corrispondenza:
Luisella Grandori
e-mail: luisegra@tin.it

La vicenda dell'Agencia Italiana del Farmaco (AIFA)

Maurizio Bonati

Dipartimento di Salute Pubblica, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

Parole chiave *Politica sanitaria. Sistema sanitario. Legislazione. Farmacoeconomia. AIFA*

La tempesta che si è abbattuta sull'Agencia Italiana del Farmaco (AIFA) e la rapida procedura per un suo riordinamento hanno creato disorientamento nella comunità scientifica italiana e incomprensione tra i cittadini, anche per i sensazionalismi mediatici che hanno caratterizzato l'informazione. Sarà compito delle autorità competenti accertare la sussistenza dei fatti contestati (che paiono limitarsi ad alcuni episodi di corruzione), ma è utile riflettere sulla "vicenda AIFA" che ha mortificato e screditato il lavoro dell'Agencia in questi anni e coloro che più di altri hanno contribuito alla sua realizzazione.

Nonostante la pubblicazione, in particolare, del parere *pro veritate* espresso da nove esperti indipendenti sulla consulenza tecnica sulla quale si è retto l'impianto accusatorio della Procura di Torino nei confronti dell'AIFA e di analisi e interventi sulle riviste italiane facenti capo all'*International Society of Drug Bulletins* e su *Medico e Bambino*, nonostante la presa di posizione di questa rivista sul numero scorso oltre, naturalmente, al pronunciamento di numerosi clinici e ricercatori (per esempio il Gruppo 2003), della Società Italiana di Farmacologia, della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera, l'evolversi delle vicende AIFA è stato pressoché ignorato dalla stampa nazionale. Non altrettanto è avvenuto all'estero: sulle pagine di *Nature* e del *British Medical Journal* sono stati posti alcuni interrogativi associati alla riorganizzazione di un'Agencia che per unicità ed efficacia è indicata a modello in altri Paesi per essere riuscita a:

1. ridurre del 15% la spesa per i farmaci (che è la più bassa d'Europa);
2. intensificare il sistema di farmacovigilanza;
3. organizzare iniziative editoriali e di educazione continua indipendenti e

basate sulla medicina delle prove di efficacia;

4. finanziare in tre anni 150 progetti di ricerca indipendente, utilizzando il 5% dei 30 milioni di euro che ogni anno l'industria spende per la pubblicità dei farmaci.

L'AIFA dalla parte dei bambini

Nella cronica disattenzione per la salute (lo star bene complessivo) dei bambini che caratterizza la realtà nazionale è sorprendente quanto fatto, con lungimiranza, dall'Agencia Italiana sul Farmaco (AIFA) che in tutte le sue principali aree di attività ha aperto una finestra sul mondo dell'infanzia e dell'adolescenza. La prima iniziativa formale è stata attuata nell'area dell'informazione dall'allora Dipartimento per la Valutazione dei Medicinali del Ministero della Salute che, sotto la stessa direzione, è divenuto AIFA. Nel 2003, nell'ambito del Programma nazionale di informazione sui farmaci, è stata pubblicata e distribuita gratuitamente a tutti gli operatori sanitari la *Guida all'uso dei Farmaci per i Bambini*: un'iniziativa ancora oggi unica, condivisa con gli inglesi a livello internazionale.

Al fine di garantire l'accuratezza della prescrizione di psicofarmaci nel corso dell'età evolutiva, la sicurezza d'uso e verificare il beneficio della terapia farmacologica in associazione a quella psicologica e l'adesione alla stessa da parte dei pazienti nel medio e lungo periodo, nel 2004, in concomitanza della registrazione di due farmaci con specifica indicazione, è stato istituito il Registro Nazionale della sindrome da iperattività con deficit di attenzione (ADHD). È recente la realizzazione di una lista aggiornata dei farmaci *off-label* basata su evidenze scientifiche.

Si tratta di iniziative uniche nel panorama internazionale, per una fascia della popolazione esposta troppo spesso a un uso irrazionale (secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) dei farmaci.

Nell'ambito dell'organizzazione, con determina del 5 dicembre 2006, anticipando altre nazioni, è stato costituito il Gruppo di lavoro sui farmaci per i bambini, per garantire i bisogni (e il diritto) dei bambini di disporre di farmaci effica-

ci, sicuri e utilizzati in modo razionale. Il tutto in un'ottica anche internazionale, volta a implementare le direttive regolatorie europee (*Assessment europeo e rapporti con l'EMA*).

La scelta di indirizzare e promuovere e migliorare una *farmacovigilanza* attiva con la partecipazione dei pediatri ospedalieri e territoriali è testimoniata dall'attività di valutazione sistematica e continua che la Rete nazionale di Farmacovigilanza coordinata dall'AIFA ha considerevolmente ed efficacemente contribuito a implementare. Le cinque note informative prodotte nel corso degli ultimi diciotto mesi sui potenziali rischi di reazioni avverse nei bambini (cefalor, decongestionanti nasali, desmopressina, tropicamide+fenilefrina, codeina) hanno rappresentato, per modalità e direttiva, misure di tutela maggiori di quelle adottate da altri Paesi.

È inoltre da ricordare l'attività di promozione e finanziamento della *ricerca indipendente* promossa e gestita dall'AIFA nel periodo 2005-2007: anche questa è un'iniziativa esclusiva a livello internazionale, con il 24,5% delle ricerche indipendenti finanziate pertinenti all'area pediatrica. Complessivamente, l'attività sinora svolta dall'AIFA rappresenta un approccio metodologico nuovo ed esclusivo (per competenza e completezza rispetto alle altre Agenzie nazionali del farmaco), che si caratterizza anche per l'attenzione rivolta alla popolazione pediatrica, con l'attivazione di programmi e interventi, partecipati e condivisi, rivolti agli operatori sanitari, ai familiari e ai piccoli pazienti. L'obiettivo principale che ha caratterizzato l'Agencia è stato quello di rendere l'assistenza prestata e ricevuta nell'ambito del SSN più aderente ai bisogni di salute della popolazione pediatrica, somministrando farmaci secondo criteri di appropriatezza, di efficacia, di sicurezza e di economicità.

Per ulteriori informazioni:

– *Dialogo sui Farmaci*:

<http://www.dialogosulfarmaci.it/index.php/news/70/93>

– *Medico e Bambino*:

http://www.medicoebambino.com/?page=meriti_aifa_1

Per corrispondenza:

Maurizio Bonati

e-mail: mother_child@marionegri.it

10 Stories the world should hear more about



Progressi nella cura e prevenzione della malaria: malattia mortale non più mortale

Rubrica a cura di Stefania Manetti

La lista delle "Ten Stories" del 2007 è stata resa pubblica il 27 marzo 2008 dall'ONU. Le storie raccontate hanno l'obiettivo di stimolare l'attenzione dei lettori magari verso ulteriori approfondimenti. Questa storia racconta un vecchio problema.

La storia

La malaria ha seri effetti a lungo termine, riduce la frequenza scolastica e quella al lavoro. È tuttavia una malattia curabile e prevenibile. Nonostante la malaria continui a uccidere un milione di persone ogni anno e sia una delle principali cause di morte dei bambini africani, la consapevolezza e gli sforzi per debellarla rimangono scarsi. Nel 2007 nuove evidenze hanno dato grande slancio alla lotta contro questa malattia attraverso l'uso di zanzariere trattate e di nuovi farmaci. Che le zanzariere possano salvare vite umane non è una notizia, tuttavia evidenze sono emerse su come questo semplice intervento possa essere un fattore critico nella lotta contro la malaria. Nonostante l'elevato carico di mortalità e i costi enormi di questa malattia, poca è stata l'attenzione riguardo a questo problema. Finalmente uno degli obiettivi posti dai Millennium Development Goals (MDGs) da parte della comunità internazionale, ossia l'eradicazione della malaria, sembra essere attuabile. La malaria ha un forte impatto economico nei Paesi africani, rallenta la crescita economica e lo sviluppo e contribuisce a incrementare il ciclo della povertà. La malaria è la malattia dei poveri; colpisce principalmente chi vive in zone rurali dove è endemica, in case povere e con poche se non nulle protezioni contro le zanzare. Ci sono evidenze a riguardo che, quando la malaria e l'infezione da HIV concomitano, esse interagiscono. Poiché la malaria è curabile e prevenibile, le agenzie dell'ONU sottolineano come al momento la comunità internazionale abbia gli strumenti e le risorse per controllarla. Per esempio, dormire con zanzariere trattate con insetticidi riduce la mortalità infantile del 20%. Un recente report dell'OMS, basato su osservazioni in Zambia, Ghana, Etiopia e Ruanda a fine 2007, ha evidenziato come la

distribuzione di zanzariere trattate e di nuovi farmaci riduca drasticamente la morte da malaria. Un altro report ha evidenziato come 3,5 milioni di morti possano essere risparmiati e che, attraverso una forte strategia di prevenzione e cura della malattia, si potrebbero guadagnare circa 30 miliardi di dollari nei 30 Paesi africani maggiormente colpiti da questo flagello. Impressionati da queste evidenze, coloro che in primo piano combattono la malaria hanno annunciato una strategia di accelerazione degli interventi per 36 mesi per combattere la malaria nell'Africa sub-sahariana. Si sono quindi coalizzate le varie associazioni in campo: il Global Fund per la lotta contro l'AIDS, la TBC e la Malaria, l'OMS, la Banca mondiale, l'UNICEF e il Roll Back Malaria Partnership, per sviluppare un intervento di diffusione di buone pratiche in Sanità pubblica e di incentivazione di buone idee nel settore privato nella lotta contro questa malattia.

Il contesto

- ▶ La malaria uccide un bambino nel mondo ogni 30 secondi. Infetta 350-500 milioni di persone ogni anno, in gran parte bambini africani.
- ▶ Contratta durante la gravidanza, può seriamente influire sul peso e sullo sviluppo del neonato.
- ▶ Riduce la frequenza scolastica dei bambini e il lavoro degli adulti. All'Africa costa circa dai 10 ai 12 miliardi di dollari ogni anno in perdita di prodotto interno lordo.
- ▶ Secondo l'OMS, la mortalità in Ruanda e in Etiopia è calata del 66% e del 51% rispettivamente, dopo una significativa distribuzione di zanzariere e di farmaci, con una significativa riduzione anche nella trasmissione della malattia. In Eritrea la mortalità per

malaria è calata dell'85% dal 1999. L'Etiopia ha distribuito circa 20 milioni di zanzariere in tre anni, andando da una copertura del 5% nel 1999 al 100% di oggi.

- ▶ Ci sono evidenze che le zanzariere trattate con insetticidi, quando usate in maniera corretta, possono salvare la vita a 6 bambini ogni anno per ogni 1000 bambini che dormono sotto di esse. L'impatto delle zanzariere è così forte che l'OMS spera che i casi di malaria possano drasticamente ridursi dell'80-85% in gran parte dei Paesi africani nei prossimi cinque anni.

- ▶ L'UNICEF, insieme all'OMS, all'UNDP, alla Banca mondiale, e al Roll Back Malaria (RBM), hanno dato vita a un partenariato mondiale nel 1998, finalizzato a dimezzare il peso della malaria entro il 2010.

- ▶ A febbraio 2008, Ray Chambers è stato nominato inviato speciale per la Malaria per l'ONU. Al suo insediamento Mr. Chambers ha detto che spera nei prossimi cinque anni che un vero partenariato pubblico/privato capeggiato dal "Roll Back Malaria Partnership" possa raccogliere dagli 8 ai 10 miliardi di dollari.

Per ulteriori informazioni o approfondimenti:

- United Nations Children's Fund (UNICEF) Jessica Malter. Tel: +1 212 326 7412 <http://www.un.org/events/tenstories/07/contactus.asp?address=10>
- World Health Organization (WHO): Valentina Buj, Tel: +41 22 791 507 <http://www.un.org/events/tenstories/07/contactus.asp?address=11>
- Office of the Special Envoy to the Secretary-General on Malaria: Christina Barrineau <http://www.un.org/events/tenstories/07/contactus.asp?address=12>

Ulteriori informazioni:

<http://www.un.org/events/tenstories/>

tenstories

Informazioni per aiutare un genitore e un bambino da 0 a 5 anni

Stefania Manetti*, Antonella Brunelli**

*Pediatria di famiglia, ACP Campania; **Direttore di Distretto AUSL Cesena, ACP Romagna

Questa raccolta di consigli e informazioni è in parte tratta da un libricino inglese, *Birth to five*, edizione 2006, prodotto dal Sistema Sanitario del Regno Unito e distribuito a tutti i nuovi nati. Abbiamo adottato lo stile di questa "guida" perché ci è sembrato importante non dare direttive ma semplicemente – come propone *Birth to five* – dare ai genitori una serie di informazioni e suggerimenti utili ai fini di un sostegno alla loro esperienza genitoriale. Ogni argomento è stato rivisto e modificato in rapporto al nostro contesto e alla nostra cultura. Nel numero 3 del 2008 a p. 132 abbiamo pubblicato la prima parte per i genitori. Abbiamo trattato la prima settimana di vita soffermandoci specialmente sulla pulizia e sulla sicurezza. Questa volta ci soffermiamo sui problemi delle settimane seguenti, in particolare il latte e la nanna.

Parole chiave Genitorialità. Sonno. Allattamento al seno

Introduzione

Dopo la prima settimana, periodo che si trascorre in parte nel punto nascita e poi a casa, comincia il vero momento di conoscenza con questo essere misterioso che per tanto tempo si è formato dentro di te, mamma, e che adesso, come genitori, avete di fronte: il vostro bambino.

Abbiamo pertanto deciso di seguire un percorso temporale, parlando di argomenti diversi che sollevano domande durante i primi mesi di vita del vostro bambino.

Parleremo di allattamento al seno e di sonno, due argomenti molto sentiti nei primi mesi di vita.

Ogni argomento è preceduto da una filastrocca. Questa idea non nasce da *Birth to five*, ma è nostra, pensando di fare un regalo gradito a voi genitori, invogliandovi a scoprire la vostra voce di narratori.

Un unico consiglio: osservate vostro figlio e cercate le risposte ai suoi bisogni seguendo il vostro istinto in modo da realizzare finalmente un incontro fra voi, senza esperti e con il maggior confronto possibile. Tanti cari auguri...

L'allattamento

Latte di mamma?

Sono un bambino, sono il tuo dono prima non c'ero e adesso ci sono.

Sono il domani, dalle tue mani devi difendermi con le tue mani.

Sono il futuro, sono arrivato

e sono qui perché tu mi hai chiamato.

Come sarà l'orizzonte che tracci dipende da come mi abbracci.

Bruno Tognolini

"Non c'è nulla di più bello dello stare nel pieno della notte in una stanza silenziosa

con un bambino tra le braccia e guardarla mentre succhia soddisfatto e ricambia il tuo sguardo".

"Pensavo non ci volesse nulla se non metterla al seno e basta! Non immaginavo che ci fosse qualcosa da dover imparare o delle difficoltà. Per me le prime due settimane sono state scioccanti e faticose. Ero però determinata e volevo allattare e ora è una cosa favolosa!"

Questi sono i pareri di due mamme alle prese con l'allattamento al seno.

Il consiglio più ovvio e fortemente condiviso, che riguarda l'allattamento al seno, è che il latte materno è l'alimento migliore e che allattare è una cosa estremamente piacevole e gioiosa, ed è la cosa migliore da fare per il tuo bambino. Tutto questo è sicuramente vero. Allattare al seno è il modo migliore per dare protezione al tuo bambino nei confronti di tante malattie. Il tuo bambino ha bisogno solo di latte materno fino a 6 mesi di vita. Nei primi 2-3 giorni dopo la nascita il tuo bambino potrebbe avere sonno e poca fame. Dal 3°-4° giorno di vita ed entro la prima settimana la produzione di latte aumenterà.

Se tieni bene in braccio il tuo bambino assumendo una posizione corretta, e se fai attenzione a farlo attaccare bene al seno in modo che prenda in bocca anche buona parte dell'areola del tuo seno (la parte scura intorno al capezzolo), il tuo bambino mangerà di più e tu produrrà più latte. Il consiglio che possiamo darti è di lasciarlo libero di poppare quando vuole; non ci sono problemi di alcun genere nel fare questo. L'allattamento inizialmente può essere faticoso e sembrare difficile, ti potresti non sentire adeguata a nutrire il tuo bambino, e sicuramente sentirsi totalmente responsabile della sua crescita può

essere un compito arduo. Non preoccuparti: queste sensazioni di inadeguatezza sono del tutto normali.

Diceva Winnicott, un pediatra del secolo scorso che ha contribuito molto alla crescita e alla formazione di tanti pediatri: *"... amare è una faccenda complicata e non un semplice istinto, sarebbe d'aiuto comunicare alle mamme che può capitare di non provare immediatamente amore per i propri figli o di non sentirselo di allattarli..."*

Il consiglio che ti possiamo dare è di chiedere sostegno, se sei in difficoltà, ad altre donne (mamme, nonne o associazioni che si occupano di allattamento) o all'ostetrica del consultorio o al tuo pediatra, e di avere fiducia nelle tue capacità.

Considera che alcuni bambini possono fin dalle prime poppate avere orari precisi, altri ci mettono tempo. Nelle prime settimane, quindi, potresti notare che il tuo bambino mangia a volte più a lungo, altre volte più spesso; cerca di seguirlo in questo "disordine", cerca di rispondere a questi suoi bisogni. Una volta attaccato al seno, fai durare la poppata per quanto il tuo bimbo vuole; alcune mamme offrono dopo un po' l'altro seno; non è però obbligatorio: puoi offrirgli l'altro seno alla poppata successiva.

Offrendo il tuo latte quando il tuo bimbo vuole, produrrà tanto latte. Certo all'inizio ti sembrerà di non poter fare nulla se non allattare e cambiare pannolini e ti ritroverai spesso con il seno scoperto. Ricorda però che tutto questo dura poco; man mano che il tuo bimbo cresce, gli intervalli per poppare si allungheranno.

Considera poi che i bambini hanno dei momenti di crescita in peso maggiore intorno al 10° giorno di vita, a 6 settimane e a 3 mesi; in questi periodi il tuo

Per corrispondenza:
Stefania Manetti
e-mail: stefaniamanetti@virgilio.it

informazioni per genitori



bimbo potrebbe mangiare più spesso e chiedere più latte, la tua produzione di latte quindi aumenterà per rispondere a queste nuove necessità.

Ti chiederai: *“Come faccio a sapere che cresce con il mio latte?”*.

Questa è la domanda che assilla tutti i genitori perché il latte materno non si può dosare. Allora se il tuo bambino bagna regolarmente di pipì i pannolini (almeno 5 nella giornata), se cresce secondo la sua curva di crescita (e questo sarà il tuo pediatra a valutarlo ai bilanci di salute dei primi mesi di vita) e se il tuo bimbo durante la giornata ha dei momenti di veglia in cui si mostra vivace e attento, allora non preoccuparti.

La nanna

Fai la nanna per favore

Fai la nanna per favore

fai la nanna piccolo amore.

E ascolta la storia di quel pesciolino che non faceva mai un pisolino.

Che non dormiva un'ora filata

e la sua mamma era disperata.

Che niente riusciva a farlo dormire

e nessuno sapeva cosa dire.

Amici ed esperti eran stati chiamati

ma eran finiti tutti addormentati.

Allora il pesciolino senza sonno

dopo aver parlato con il pesce nonno

ha preso gli esperti, ha preso la mamma

e li ha messi tutti a fare la nanna.

E lui se n'è andato con la sua amica Vale a farsi un bicchiere di acqua minerale.

Giusy Guarenghi

Nei primi mesi

Ci sono bambini che dormono più di altri; alcuni fanno lunghi sonni, altri sonnellini brevi, c'è chi dorme tranquillo per tutta la notte e chi si sveglia diverse volte. Ogni bambino ha un suo “stile” di sonno e di risvegli, che probabilmente sarà diverso da quello di altri bambini che conosci.

Nelle prime settimane di vita, una volta a casa, sarà spesso difficile che le tue necessità di dormire siano le stesse del tuo bambino.

Il consiglio che ti possiamo dare è di cercare di seguire i ritmi del tuo bambino: riposa quando lui riposa se hai bisogno di recuperare sonno.

I bambini dormono tranquillamente in ambienti anche con un po' di rumore di sottofondo, non preoccuparti di questo, imparerai presto a capire i ritmi del tuo bambino. I bambini, come gli adulti,

hanno due tipi diversi di sonno chiamati in gergo tecnico sonno REM e sonno non REM; questi tipi di sonno si alternano. Il sonno non REM (vuol dire senza movimenti rapidi degli occhi) si divide in 4 stadi diversi e durante questo tipo di sonno la nostra mente produce tantissimi pensieri che però non ricordiamo.

Il sonno REM (con movimenti rapidi degli occhi) è un tipo di sonno durante il quale siamo “non connessi” con il mondo, abbiamo poca sensibilità, siamo quasi in uno stato paralitico. È durante questo tipo di sonno che noi sogniamo e forse, ci dicono gli esperti, sogniamo anche un po' di quelle cose che pensiamo durante il sonno non REM; ci raccontiamo delle “storie” che fanno parte della nostra storia.

Il lattante sogna tanto, più di un adulto, e nel lattante la fase del sonno profondo non è poi così profonda come quella dell'adulto; infatti un bimbo piccino può muoversi, ridere, piangere.

Inoltre, nei primi tre mesi di vita, il bambino ha, rispetto all'adulto, i periodi di veglia e i periodi di sonno della stessa durata, quindi fino a questa età un bimbo avrà durante la giornata, un'alternanza di momenti della stessa durata di sonno e di veglia.

Dal terzo mese

Al 3° mese comincia la produzione nel cervello di un ormone che si chiama melatonina, che serve a rendere più lunghi i periodi di veglia e di sonno; oltre a questo, anche le abitudini fanno sì che i periodi in cui il bimbo è sveglio di giorno aumentino fino a occupare a 5 anni tutto il giorno solare, e quelli in cui il bimbo sta sveglio di notte si riducono a circa 3-4 di brevissima durata che il bimbo non ricorda.

Questi risvegli servono per cambiare posizione del proprio corpo ma specialmente, in maniera non consapevole, per intercettare possibili pericoli; essi sono come dei meccanismi inconsci di difesa. Proprio per queste caratteristiche del sonno il neonato e il bambino tendono a risvegliarsi più facilmente.

Certamente ti chiederai: *“Quante ore dovrebbe dormire il mio bambino?”*. È una domanda frequente e la risposta non è uguale per tutti. Alcuni bambini hanno bisogno di dormire molto, e riposano tra una poppata e l'altra, altri rimangono svegli. Non per questo bisogna pensare che ci sia qualcosa di strano, sono semplicemen-

te fatti così.

Se il tuo bambino appartiene alla “categoria” dei poco dormiglioni, questo può essere un problema specie per la mamma, occupata per la gran parte della giornata con le poppate, i cambi, i pianti ecc. Il lavoro di mamma è pieno di gratificazioni ma spesso molto faticoso; basti pensare che in alcune società, come per esempio quella indiana, la neo-mamma non viene mai lasciata sola, ma subito dopo il parto si reca dalla propria mamma che si occupa del neonato al posto della figlia: questa è invece sostenuta e circondata da altre mamme che l'aiutano a riconoscersi nel suo nuovo ruolo.

Mentre il tuo bimbo cresce, anche il suo ritmo sonno-veglia maturerà, e se, con spontaneità e fiducia nelle proprie capacità di mamma o papà, riesci a rispondere ai suoi bisogni, ella o egli sarà abbastanza capace di autoregolare il proprio sonno.

Stabilire poi, man mano che cresce, delle routine prima dell'addormentamento aiuta il tuo bimbo a prepararsi per il sonno: il bagno, il pigiama, un momento di coccole, la lettura di una storia della buonanotte, la presenza di un piccolo pupazzo o altro sono esempi pratici.

Ancora ti chiederai: *“Il lettone o la culla?”*. Anche a questa domanda non c'è una risposta unica, quello che possiamo consigliare è di tenere vicino il proprio bambino fino al 6° mese di vita. Non ci sono poi elementi scientifici che ci consentano di dire che dormire insieme o non dormire insieme influisca sullo stato fisico o emotivo del bambino. La cosa più giusta è quella che a voi come mamme e papà sembra sensata.

“A pancia sotto o a pancia in su?”. A questa domanda c'è invece una sola risposta, basata su evidenze scientifiche: tutti i neonati devono dormire supini, cioè a pancia in su. Pensa che questo semplice cambiamento di posizione durante il sonno ha dimezzato il numero di morti improvvise in culla, una malattia chiamata SIDS.

E quindi per un sonno sicuro

Metti il tuo bambino a dormire a pancia in su. Evita coperte pelose, paracolpi e altri oggetti di stoffa e cuscini grossi. Non coprire troppo il tuo bambino con tutine pesanti o coperte pesanti: il surriscaldamento aumenta il rischio di SIDS.

Il fumo di sigaretta passivo è dannoso, proteggi il tuo bambino. Usa un lettino o una culla omologati. ♦

Medici di domani che guardano lontano

Andrea Labruto
SISM Editor Publishing Group

Abstract

Tomorrow's doctors are looking ahead

SISM (the Italian Medical Students Secretariat) is a free, no profit association of about 4000 Italian medical students founded in 1970 and representing about 35 Universities. The international and national aims, activities and priorities are underlined in this article. In the specific, importance is given to the advocacy role regarding global health that a medical student should acquire during his/her training. SISM is a full member of IFMSA (International Federation Medical Student Association), a non political, non governmental association of about 100 different students associations throughout the world, representing more than 1 million students. IFMSA is officially considered an NGO by UN and WHO.

Quaderni acp 2008; 15(5): 228-229

Key words Students. Training. Advocacy

È un articolo di presentazione del SISM (Segretariato Italiano Studenti in Medicina), associazione di studenti in medicina, che raccoglie circa 4000 studenti italiani; l'autore ne descrive le finalità, gli obiettivi prioritari e le attività a livello nazionale e internazionale. Viene sottolineata, in particolare, l'attenzione al ruolo di advocacy in difesa della salute intesa in senso globale che lo studente in medicina deve acquisire.

Parole chiave Studenti. Formazione. Advocacy

Il SISM (Segretariato Italiano Studenti in Medicina) è una libera associazione di studenti, fondata nel 1970, senza finalità di lucro, aconfessionale e apartitica, che rappresenta circa 4000 studenti italiani di 35 atenei. È full member dell'IFMSA (International Federation Medical Student Association), associazione non governativa, apolitica, che accoglie oltre 100 associazioni studentesche in tutto il mondo, rappresentando così più di un milione di studenti. L'IFMSA è ufficialmente riconosciuta come ONG dalle Nazioni Unite e dall'OMS.

Finalità

Il SISM si propone di dare un contributo qualificante alla formazione accademica degli studenti, alla loro sensibilizzazione sui profili etici e sociali della professione medica, alla crescita intellettuale, professionale, deontologica delle nuove classi mediche, promuovendo relazioni fra gli Atenei nazionali e stranieri, fra studenti di ogni nazionalità, fra studenti e società civile. Uno degli scopi è accrescere le conoscenze e le capacità degli studenti, per sviluppare una nuova classe medica capace e preparata non solo dal punto di vista scientifico, ma anche dal punto di

vista umano. Il SISM si impegna, attraverso l'associazionismo, a incrementare la partecipazione degli studenti nel pianificare e nel migliorare la formazione medica. La sua forza sta nell'imparare da chi ha già commesso errori, convinti che le esperienze degli altri possano aiutare nel migliorare i target; per tutto ciò servono grande umiltà, voglia di imparare e condivisione degli errori (aspetto essenziale nella politica del segretariato).

Obiettivi

*"un obiettivo troppo grande?
... a noi piace rischiare!"*

- Informare gli studenti sulla medicina globale e umanitaria, dando l'opportunità di imparare e insegnare ai loro colleghi questi importanti argomenti.
- Permettere agli studenti di medicina di partecipare e promuovere attività a carattere umanitario, sanitario e scientifico sul territorio nazionale e internazionale.
- Facilitare l'internazionalizzazione degli studenti nel mondo, costruendo un network solido e produttivo.
- Discutere della formazione professionale del medico, sul suo ruolo sociale e civile in genere.

- Dare l'opportunità a tutti gli studenti di prendere parte a scambi professionali, clinici e di ricerca, in tutto il mondo.
- Permettere di creare una cornice in cui i progetti degli studenti possano essere sviluppati e portati avanti.

Attività

Dal suo inizio il SISM ha cercato di proporre la medicina globale agli studenti italiani. I nostri soci sono motivati a sfidare le disuguaglianze a livello locale, nazionale e internazionale, puntando alla cooperazione e allo sviluppo. Organizza progetti e campagne di sensibilizzazione sui temi di salute pubblica, donazione di organi e tessuti, HIV/AIDS e malattie sessualmente trasmissibili; senza chiudere gli occhi sulla violazione dei diritti umani, sulle discriminazioni razziali sessuali, sulle violazioni dei diritti dei minori.

L'esperienza del SISM permette ai futuri medici di comprendere l'importante ruolo che avranno nella società e di prendere coscienza del loro potenziale nella rapida crescita di un mondo globalizzato. I soci imparano che gli ideali possono essere realmente raggiunti se accompagnati da conoscenza e metodo.

Come futuri medici si è sicuri che gli studenti di oggi saranno in grado di portare l'esperienza del SISM nelle loro prossime esperienze professionali.

Più di 600 studenti italiani grazie al SISM, ogni anno, possono partecipare ai programmi di scambio internazionale che prevedono esperienze cliniche e di ricerca di un mese, migliorare la loro conoscenza delle lingue, entrare in contatto diretto con culture e sistemi sanitari diversi; così hanno la possibilità di conoscere un sistema sanitario straniero e allo stesso tempo possono guardare con occhio critico a nuove prospettive per il proprio sistema sanitario.

I programmi di scambio negli ultimi trent'anni hanno contribuito a consolidare la struttura del SISM per cui si sono sviluppati altri progetti: cooperazione per lo sviluppo, medicina globale, salute riproduttiva, pedagogia medica.

Per corrispondenza:
Andrea Labruto
e-mail: andrealbrt@yahoo.it

osservatorio internazionale

Per quanto riguarda la pedagogia medica, gli studenti hanno la grande possibilità di contribuire attivamente alla propria istruzione, grazie alla loro esperienza diretta. Insieme alle facoltà di medicina, gli studenti possono avere un grande potenziale sulle riforme del sistema universitario, creando benefici per loro stessi e per i colleghi che li seguiranno negli anni.

Il SISM dimostra il suo impegno anche aiutando gli studenti a comprendere meglio la salute pubblica e globale, sia sul territorio italiano che su quello internazionale, invitandoli a utilizzare le loro conoscenze tecniche per informare la popolazione, promuovere campagne di sensibilizzazione e migliorare le loro capacità organizzative, sottovalutate, talvolta, nelle università.

Anche la salute riproduttiva è un tema caro all'associazione: coinvolgiamo gli studenti in molti progetti che sensibilizzano i giovani sui rischi legati al sesso non protetto, le malattie sessualmente trasmissibili, HIV/AIDS, usando la *peer education*, da studente a studente. Quest'area si occupa anche di campagne di sensibilizzazione contro le discriminazioni di genere, sessuali, razziali, e di progetti contro gli abusi sui minori.

Il SISM si occupa di rifugiati e di pace, e di cooperazione allo sviluppo per ricordare ai giovani studenti come, oltre a un mondo globalizzato, possa essercene uno in via di sviluppo. I nostri soci sono parte attiva di campagne contro la guerra e la prevenzione ai conflitti, senza però contaminare i nostri ideali con sfumature politiche, ma guardando quello che ci accade intorno con occhio di futuri medici che hanno a cuore la salute delle persone, i loro diritti e il benessere dei propri pazienti. Qualunque sia l'obiettivo individuale, ognuna di queste aree ha un minimo comun denominatore, ovvero migliorare la salute per ogni essere umano attraverso una rete di comprensione e solidarietà.

Sappiamo di essere giovani e non ci vergogniamo di sognare un futuro migliore per la sanità, per la medicina, per tutti.

Come futuri medici riconosciamo il nostro ruolo in questa partita.

Ha scritto Kofi Annan, Segretario Generale delle Nazioni Unite, nel suo *Message to IFMSA*: "As medical students committed to sharing your knowledge and skills internationally, you are a powerful source of hope for the future. I commend your determination to use your medical training to benefit all members of society". ♦

Associazione Culturale Pediatri Centro per la Salute del Bambino/ONLUS

Servizio di Epidemiologia, Direzione Scientifica, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Newsletter pediatrica numero 23

LA SORVEGLIANZA DELLA LETTERATURA PER IL PEDIATRA

Bollettino bimestrale, Volume 5, pagg. 1-15

Su questo numero

Presentazione	pag. 2
Letteratura primaria	
Efficacia della vaccinazione antirotavirus in Europa	pag. 3
Il miele per il trattamento sintomatico della tosse notturna	pag. 4
Coloranti e altri additivi alimentari e iperattività	pag. 6
Obesità in età pediatrica e futuro rischio di malattia coronarica	pag. 7
Segni clinici predittivi di malattia severa nei neonati	pag. 8
La prescrizione di farmaci antiasmatici in età pediatrica nel Regno Unito	pag. 9
Trend temporali di incidenza di fibrosi cistica in due aree europee	pag. 10
Prognosi dei bambini con sindrome del vomito ciclico	pag. 10
Caratteristiche cliniche e follow-up della corea reumatica	pag. 11
Epistassi nei primi due anni di vita: frequenza e cause	pag. 12
Stipsi come causa di dolore addominale ricorrente	pag. 12
In breve	pag. 14
Cochrane Database of Systematic Review	
Il secondo aggiornamento del 2008	pag. 15

Per corrispondenza:

Luca Ronfani

e-mail: ronfani@burlo.trieste.it
tel. e fax 040 3785401

Anna Macaluso

e-mail: newsletter@csbonlus.org
tel. 040 3220447, fax 040 3224842

Libri: occasioni per una

Un "bugiardino" per la lettura, una medicina speciale



Franco Dessì
Leggere il futuro

Illustrazioni di Jole e Francesca Dessì
Tipografia Ghilarzese, 2008
pp. 64, Edizione fuori commercio.
Copie richiedibili a: francodessi@gmail.com

Leggere il futuro è un libretto di Franco Dessì dedicato ai genitori, agli insegnanti, agli educatori e a tutti coloro che hanno a cuore la salute dei bambini. È accompagnato da un "bugiardino" che dice, molto spiritosamente, cose vere e non "bugiarde": e cioè che è un libro per bambini da regalare agli adulti, che ha le sue indicazioni (come l'abuso di televisione) e controindicazioni (per esempio non leggerlo durante la guida) molto precise, che se ne suggerisce l'uso solo ad adulti che amano i bambini, che è particolarmente utile in gravidanza e allattamento.

Le interazioni sono evidenti, chiare e dimostrate: quelle fra genitori e bambini. Per quanto riguarda le avvertenze speciali, queste sono naturalmente segnalate: per esempio tenerlo vicino alla portata dei bambini. Non mancano gli inconvenienti: sono segnalati casi di lettura compulsiva e ossessiva. L'autore di questa nota ne ha dimostrazioni evidence based nella sua famiglia: una richiesta imperativa e contemporanea di una triade di nipoti per tre libri diversi a seconda delle varie aspirazioni. Evenienze iniziali meno pericolose sono quelle dell'assuefazione dei bambini: in questi casi è richiesto di aumentare progressivamente il dosaggio di lettura senza arrivare comunque a sindromi compulsive. Ma è descritto il passaggio dall'assuefazione alla compulsività.

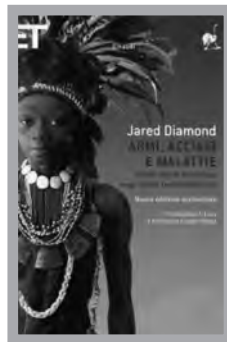
Passato il bugiardino, si entra nel cuore del libro che contiene i principi fondamentali di "Nati per Leggere": le modalità, gli effetti sui bambini e sui genitori, la diffusione del progetto in Italia e in

Europa, le brevi istruzioni a seconda delle varie età. Insomma "tutto quello che si deve sapere" (come si diceva una volta alla radio) sulla lettura ad alta voce ai bambini.

Tutto scritto con grande semplicità come deve essere un libro diretto a genitori naif. Il testo è condito con dolcissimi disegni di Jole e Francesca Dessì e costruito con un gusto grafico da eccellente editoria; e non ci fa velo l'affetto per l'autore e per le illustratrici: è proprio così.

Giancarlo Biasini

Leggere l'antropologia per capire meglio l'uomo



Jared Diamond
Armi, acciaio e malattie.
Breve storia del mondo negli ultimi tredicimila anni
Einaudi, 2007
pp. 400, euro 12,50

L'antropologia evolutiva è una disciplina poco rappresentata in Italia sia come studio che come testi di riferimento. Questo libro, edito in lingua inglese nel 1997 e nella sua terza edizione italiana del 2006 arricchita di un nuovo capitolo, colma parzialmente questo vuoto.

L'autore, affermato ornitologo e docente di fisiologia e geografia all'Università della California, con questa opera, oltre a vincere il Pulitzer, è diventato uno degli antropologi più famosi degli ultimi decenni.

La tesi del libro è che l'uomo è uguale in ogni continente (ma già Franz Boas lo affermò più di cento anni fa in *L'uomo primitivo*) e che le differenze di civiltà che si sono venute a creare sono legate unicamente a situazioni ambientali differenti.

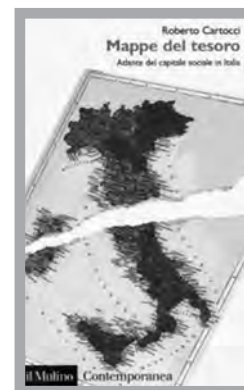
Flora, fauna, ambiente geografico e clima sono stati elementi fondamentali per lo sviluppo o il crollo di una civiltà. Scopriremo come graminacee, legumi e

animali domestici abbiano cambiato radicalmente l'uomo in poche migliaia di anni. Tra i tanti capitoli degni di interesse, segnalo quello riguardo alle malattie da germi. Apprenderemo così che le epidemie infettive iniziano a verificarsi solo dopo l'avvento della civiltà (letteralmente da *civis*: cittadino) e dell'agricoltura. L'estremo affollamento umano in spazi molto ristretti, associato all'allevamento intensivo degli animali addomesticati, ha letteralmente fabbricato quelle malattie che noi pediatri combattiamo quotidianamente nei nostri ambulatori e che riteniamo essere "naturali" quando invece sono solo espressione della cultura umana degli ultimi diecimila anni, mentre la storia dell'uomo è antica di centinaia di migliaia di anni.

Diamond ci conduce così con entusiasmo e grande competenza alla conoscenza di un mondo, il nostro, poco conosciuto in Italia in termini evolutivi. Il libro è ormai un testo di riferimento per gli studenti di Antropologia, Ecologia e Storia nelle Università di tutto il mondo. Una lettura entusiasmante e indispensabile per chi voglia collocare l'uomo in una nuova e più corretta dimensione biologica, spogliandolo dell'antropocentrismo cristiano che pervade intimamente il nostro modo di pensare occidentale.

Costantino Panza

Quel tesoro che è il capitale sociale: dove sta nascosto in Italia?



Roberto Cartocci
Mappe del tesoro
Il Mulino, 2007
pp. 157, euro 12,50

Il capitale sociale, di cui questa rivista ha più volte trattato, è quella ricchezza collettiva la cui dotazione determina la qua-

buona lettura

... the moment we persuade a child, any child, to cross that threshold into a library, we've changed their lives forever, and for the better. This is an enormous force for good.

Barack Obama ai bibliotecari

lità della vita della società civile e che non compare nelle statistiche del PIL, del tasso di sviluppo perché è difficile da misurare. Difficile: perché deve misurare la fiducia reciproca, il senso di obbligazione e di responsabilità e di rispetto verso gli altri, verso le istituzioni, la solidarietà, e la partecipazione alla vita in comune: in sostanza il civismo come bene pubblico. Difficile da misurare, ma è uno degli ingredienti dello sviluppo economico. Uscì da Mondadori nel 1993 un noto saggio di Putnam (*La tradizione civica nelle regioni italiane*), dedicato alla rilevazione del capitale sociale nelle 23 Regioni. La tesi finale di Putnam era che il differente sviluppo delle Regioni del Nord/Sud non dipende tanto dal divario di sviluppo economico ma dalla diversa dotazione di capitale sociale. È quello che abbiamo rilevato anche con le ricerche sull'attitudine alla lettura nelle famiglie all'interno del progetto "Nati per Leggere".

Concludeva Putnam che quindi senza una compensazione di questo divario, più culturale che economico, non si può sperare di addivenire a sanare le differenze di sviluppo. Certamente questo dato può essere interpretato in diversi modi: il più usato è quello che vede un Mezzogiorno che dilapida la ricchezza prodotta dai padani. L'obiettivo del libro di Cartocci, professore di Scienze politiche a Bologna, è di tracciare, con una analisi empirica, una mappa della dotazione del capitale sociale nelle 103 province italiane, passando quindi dalla scala regionale a quella provinciale, sulla base di un gruppo di indicatori identificati dopo il lavoro di Putnam. Cartocci dedica i capitoli alla discussione delle caratteristiche del capitale sociale, poi descrive gli indicatori, elabora un indice finale di capitale sociale e riporta infine i risultati della ricerca.

Gli indicatori scelti sono i quotidiani non sportivi acquistati /1000 abitanti, l'indice di partecipazione elettorale, le donazioni/donatori di sangue/1000 abitanti (il dono di sé), gli iscritti alle associazioni sportive e culturali. Possono sembrare insufficienti o discutibili, ma vi è nel testo un'approfondita discussione della loro validità. Dai dati di Cartocci emerge una frattura della dotazione di capitale

sociale lungo i confini meridionali di Toscana, Marche e Umbria (la linea Fiora-Tronto segna il sistema duale graficamente rappresentato nella copertina) ma anche nette differenze all'interno delle due grandi ripartizioni. Al Nord minori riserve di capitale si ritrovano in aree della Lombardia, Veneto e Piemonte, mentre al Sud stanno meglio alcune aree: Sassari supera Verona, Matera supera Varese, Ragusa sta meglio di Roma. L'autore pone, alla fine, a confronto questi dati con quelli dello sviluppo economico. Costruire capitale sociale non è facile né rapido e non è pensabile che possa diventare un obiettivo di una classe politica – nazionale e locale – che si pone obiettivi temporali, limitati, da raggiungere prima della scadenza del suo mandato. E allora? Forse occorre cominciare da noi stessi: a essere più esigenti e severi con noi e con chi ci sta vicino. È quello che consiglia Gherardo Colombo nel suo ultimo *Sulle regole* (Feltrinelli 2008).

Giancarlo Biasini

La storia di Matteo e Alice, due "numeri primi gemelli"



Paolo Giordano
*La solitudine
dei numeri primi*

Mondadori, 2008
pp. 304, euro 18

“Nella serie infinita dei numeri naturali, esistono alcuni numeri speciali, i numeri primi, divisibili solo per se stessi e per uno. Se ne stanno come tutti gli altri schiacciati tra due numeri, ma hanno qualcosa di strano, si distinguono dagli altri e conservano un alone di seducente mistero che ha catturato l'interesse di generazioni di matematici. Fra questi, esistono poi dei numeri ancora più particolari e affascinanti, gli studiosi li hanno definiti 'primi gemelli': sono due

numeri primi separati da un unico numero. L'11 e il 13, il 17 e il 19, il 41 e il 43... A mano a mano che si va avanti questi numeri compaiono sempre con minore frequenza, ma gli studiosi assicurano, anche quando ci si sta per arrendere, quando non si ha più voglia di contare, ecco che ci si imbatte in altri due gemelli, stretti l'uno all'altro nella loro solitudine”. Si sente che lo scrittore Paolo Giordano, ventiseienne con dottorato in fisica teorica, all'esordio con questo libro, scrive (e quanto bene scrive!) di qualcosa che conosce molto bene. Ma sembra destreggiarsi ottimamente anche con l'animo umano. Mattia e Alice sono i due protagonisti, molto simili ai numeri primi: si inseguono per tutta l'infanzia e l'adolescenza e poi in età adulta, amici, talora complici, un poco attratti fisicamente tra loro, ma sempre un poco distanti nella loro solitudine, dolorosamente incapaci di aprirsi agli altri e di condividere i loro sentimenti e le loro sconfitte. C'è molta infanzia e adolescenza (e quindi un po' di pediatria...) nelle loro vicende. Nella prima scena, Alice si perde nel bosco dopo una lezione di sci e cade in un burrone: ne rimarrà segnata nel fisico (zoppicherà per la frattura scomposta) e nell'animo. Mattia invece, per andare a una festiciola, abbandona la sorella gemella ritardata nel parco, e la bambina morirà affogata nel fiume. Due storie tragiche che segneranno il loro futuro: li ritroviamo adolescenti, Alice alle prese con una grave anoressia e Mattia ossessionato dalla matematica e dalle automutilazioni che continuamente si infigge, tra sangue, cicatrici e oggetti taglienti o appuntiti. Giordano sa scrivere le loro storie con bravura e lucidità, suscitando profonda emozione nel lettore. Continueranno a cercarsi e a inseguirsi poi in età adulta, senza però mai abbandonarsi, aprirsi, darsi completamente l'uno all'altra e senza superare i loro traumi infantili. Libro non facile da leggere, magari da affrontare... quando non si è depressi. Bravissimo Giordano, grandi doti di scrittore.

Fabrizio Fusco

La recensione di Fabrizio Fusco è pervenuta il 20 giugno 2008, ben prima che il libro ricevesse il premio Strega.

(Red)



NpL cammina in territori e contesti profondamente diversi, dalla Valle d'Aosta e Piemonte alla Puglia, con l'unico obiettivo di promuovere la salute dei bambini attraverso la lettura ad alta voce.

Il coinvolgimento dei Punti Nascita è l'intervento comune in tutte queste Regioni. In alcune realtà come quella di Palagianò in Puglia diventa strumento di sostegno alla genitorialità per famiglie che spesso sono irraggiungibili: invisibili.

Valle d'Aosta

Sabato, 10 novembre scorso si è tenuto ad Aosta il Convegno "NPL in Valle d'Aosta". Sono intervenuti Giancarlo Biasini, Michele Gangemi, Rita Valentino-Merletti e, per l'AIB, Giovanna Malgaroli. Stefania Vigna, che si occupa del settore giovani presso la biblioteca di Aosta, ha relazionato sulle esperienze già in corso a livello del Sistema Bibliotecario nella Regione Valle d'Aosta.

Luciana Pomi, referente regionale ACP Valle d'Aosta, e Massimo Mazzella, primario di pediatria e neonatologia ad Aosta, hanno presentato il progetto che si svilupperà nel corso dei prossimi tre anni e che coinvolgerà pediatri, bibliotecari ed educatori. Un pubblico attento ha partecipato ai lavori. Erano presenti le istituzioni, medici, pediatri, bibliotecari, assistenti sanitari, ostetriche ed educatori. Il Progetto, perfezionato da un Gruppo di Lavoro operativo da circa un anno, si propone di promuovere la lettura ad alta voce in tutto il territorio della Regione. Saranno offerti corsi di formazione al personale coinvolto nel Progetto, con cadenza annuale.

Dei 4800 libri acquistati, a partire dal gennaio 2008, un primo verrà donato a

tutti i nuovi nati nell'unico Punto Nascita della Valle. A questo gruppo di nati saranno regalati altri tre libri prima dell'ingresso nella scuola primaria (all'8°, 14°, 36° mese di vita). Saranno inoltre messi a disposizione per ognuno degli 80 ambulatori capillarmente distribuiti (ospedale e territorio) in tutta la Regione 20 libri per un totale di 1600. Insieme ai libri, i genitori riceveranno consigli e materiale illustrativo su NpL e sulla sede e gli orari della biblioteca più vicina. Sarà creato o ampliato lo spazio dedicato alla lettura ad alta voce per bambini da 0 ai 3 anni nelle biblioteche e sarà garantita una scelta di testi adatti soprattutto ai bambini molto piccoli.

Sono previste letture ai bambini ricoverati o in attesa di visite ambulatoriali, da parte di personale formato. La Regione è bilingue: i libri saranno in lingua italiana e francese e, tenuto conto anche dei flussi migratori e dei nuovi nati stranieri (14% dei 1200 nati/anno), saranno donati libri in lingua araba. Il Progetto è interamente finanziato dall'Azienda Sanitaria con il patrocinio dell'Assessorato alla Salute e all'Istruzione.

La rete capillare di ambulatori pediatrici, presente nei quattro Distretti della Regione (44 ambulatori dei pediatri di famiglia e 19 consultori), e 50 biblioteche comunali creano condizioni particolarmente favorevoli per ottenere una buona diffusione del Progetto. Si spera in tal modo di raggiungere proprio quelle famiglie che sono più lontane dalla consuetudine alla lettura e ai libri.

È stato completato il monitoraggio pre-esposizione al Progetto, con il questionario BABAR, ed è previsto un follow up post-esposizione.

Massimo Mazzella

Direttore Dipartimento materno-infantile

Liliana Pomi

Referente regionale ACP Valle d'Aosta

Piemonte

Durante la Fiera del Libro di Torino si è svolto un incontro dedicato alla presentazione sia della terza edizione aggiornata della bibliografia *Nati per Leggere. Una guida per genitori e futuri lettori* (a cura dell'AIB, Roma, 2008) sia del progetto piemontese, avviato nel 2001. All'incontro hanno partecipato Megi Clerici pe-

Nati

diatra e membro del coordinamento nazionale NpL; Rita Valentino Merletti, studiosa di letteratura per l'infanzia e membro del Comitato scientifico piemontese; Cecilia Cognigni, presidente AIB-Piemonte, ed Eugenio Pintore, dirigente del Settore regionale biblioteche, archivi e istituti culturali. Sono stati sintetizzati la storia di NpL, gli obiettivi raggiunti e quelli futuri, gli esiti della cooperazione interistituzionale, ma anche tra centro e periferia, tra pubblico e privato, tra associazioni e professioni (www.regione.piemonte.it/natiperleggere). Ci soffermiamo solo su alcuni macroindicatori.

NpL in Piemonte coinvolge 250 Comuni dei 1206 della Regione. Ciascuno partecipa almeno attraverso la biblioteca, ma nella maggioranza dei casi si è riusciti a coinvolgere anche i pediatri, gli asili e le scuole d'infanzia. Circa 18.000 dei 40.000 nati/anno della Regione vengono raggiunti dal Progetto. Lo scarto è dato da chi partorisce a casa oppure in aree in cui la collaborazione di medici e paramedici è scarsa, discontinua o assente.

Nel 2007 è stato prodotto e realizzato il volume *Gocce di voce*, distribuito in 40.000 copie nelle neonatologie per raggiungere tutte le famiglie, almeno con una informazione.

I pediatri piemontesi che partecipano al Progetto sono 124: un risultato incoraggiante. L'Assessorato regionale alla Sanità, ha inserito NpL nel Progetto di prevenzione complessiva noto come "6+1". Ultimo dato significativo è il numero di asili nidi e scuole d'infanzia attive (120 e 160), cui si aggiungono ludoteche, laboratori permanenti, baby-parking ecc. nei quali si attua NpL.

L'elemento qualificante è l'estesa rete di relazioni creatasi tra biblioteche, ASL, ospedali, asili nido e scuole d'infanzia, rete nella cui nascita e consolidamento l'istituzione regionale ha svolto un ruolo centrale, disponendo degli strumenti utili non solo a coordinare risorse sparse e a creare efficaci sinergie, ma anche a porsi quale interlocutore autorevole presso i sostenitori del Progetto, tra cui spicca la Compagnia di San Paolo di Torino.

Obiettivo prioritario, ora, oltre al potenziamento dell'alleanza con i pediatri, è quello di affinare gli strumenti di misura-

per Leggere

zione del lavoro svolto, per ricavarne chiari indicatori.

È un'esigenza condivisa da molti, e oggi disponiamo di uno strumento in più, ossia il questionario nella sua versione definitiva. Tra i valori aggiunti del Progetto va ricordata l'acquisizione di un metodo collaborativo tra professionalità diverse, l'attivazione di quel "fuori di sé" della biblioteca che oggi è un suo requisito essenziale. Tutto ciò è stato possibile anche perché le biblioteche pubbliche piemontesi costituiscono un ottimo ed efficiente punto di incoraggiamento.

Rita Valentino Merletti afferma che forse NpL è arrivato in Italia al momento giusto, un momento in cui le biblioteche di pubblica lettura sentivano particolarmente acuto il bisogno di espandere la propria attività e di far conoscere il proprio ruolo sul territorio.

Paola Gano Vecchiolino

Puglia

Ha preso il via nel Comune di Palagiano (TA) il Progetto NpL, finanziato dalla Regione Puglia (Assessorato Attività Culturali) e dall'ACP-Puglia e Basilicata. Le figure coinvolte sono i tre pediatri di famiglia (Ivo Lucini, Amelia Martinelli, Leonardo Mortato), operanti nel Comune, coordinati da Annamaria Moschetti, e le scuole elementari e materne. Sono stati acquistati 3250 libri che i pediatri di famiglia doneranno per i prossimi tre anni nel corso dei Bilanci di salute del 6°, 12°, 18°, 24°, 36° mese e al bilancio del 4° e 5° anno solo per i bambini arruolati al bilancio del 3° anno. In ogni studio pediatrico, nelle scuole materne pubbliche e private, e nella scuola elementare sono state allestite delle mini-biblioteche con 35 testi ciascuna, per un totale di 578 libri.

La scuola elementare attiverà una biblioteca per ragazzi aperta al territorio anche nel pomeriggio.

Nella fase preparatoria del Progetto, i pediatri di famiglia coinvolti e le insegnanti referenti hanno seguito un corso di formazione ACP; tutti gli altri docenti (della scuola dell'infanzia, della 1° classe elementare e addetti al servizio biblioteca) sono stati formati in sede da Antoniet-

ta D'Oria (ACP) e Milena Tancredi (AIB).

Nell'ottica del sostegno alla genitorialità, elemento qualificante di NpL, si è attivato nel programma NpL di Palagiano, un progetto pilota per i nati da famiglie a rischio sociale. Il reparto di ostetricia dell'ospedale di zona, al momento della nascita, intercetta la famiglia a rischio (attraverso indicatori precisi e validati) invitando a scegliere precocemente il pediatra di famiglia.

Al rientro a casa è prevista la visita domiciliare del pediatra per una presa in carico precoce e per proporre un sostegno domiciliare da parte dei volontari della Caritas adeguatamente formati (per lo più giovani laureati in psicologia e scienze dell'Educazione e Formazione) con l'obiettivo di offrire tempestivamente un supporto attivo alla madre e successivamente esporre il bambino alla lettura e al libro, e così stimolare la madre a riproporre la stessa esperienza.

A partire dai sei mesi di vita i volontari della Caritas effettueranno anche momenti di lettura a domicilio. Si sperimenta nelle famiglie a rischio, quindi in contesti in cui la promozione della lettura ad alta voce ha maggiori effetti, un progetto di sostegno mirato a "Raggiungere gli irraggiungibili".

È appena terminata la somministrazione del questionario BABAR ai genitori dei bambini dai 6 mesi compiuti ai 6 anni da parte dei pediatri per fotografare la situazione di partenza sull'attitudine dei genitori alla lettura ad alta voce; verrà riproposto a campione alla fine del Progetto per una valutazione sulla reale incidenza dello stesso.

La presentazione ufficiale alla popolazione di Palagiano è avvenuta il 25 febbraio 2008, presenti come relatori Annamaria Moschetti (presidente ACP Puglia e Basilicata) per la presentazione del Progetto di Palagiano, Stefania Manetti con la illustrazione degli obiettivi di NpL, Lina Di Maio per il "Sostegno alla genitorialità", Francesco Mercurio in veste di Presidente AIB Puglia e dell'assessore alle attività culturali della Regione Puglia.

I Pediatri di Famiglia di Palagiano

Seminario Nazionale a Lugo

Si è svolto il 30 maggio 2008 a Lugo (RA) il primo Seminario nazionale dei referenti regionali di NpL promosso dal Gruppo nazionale di coordinamento organizzato da Nives Benati della Biblioteca Comunale "F. Trisi", e sostenuto dal Comune di Lugo e dalla Provincia di Ravenna.

L'incontro è stato accolto con grande interesse e partecipazione dai referenti dei progetti locali giunti numerosi da tutta Italia per confrontare le proprie esperienze, attraverso un'approfondita discussione dei temi rilevanti riguardanti l'attuazione del Progetto nelle diverse realtà locali.

I punti all'ordine del giorno, che sono stati tutti esaminati e discussi in riferimento anche ai progetti specifici grazie agli interventi di alcuni referenti regionali, sono stati:

- ▶ il quadro della diffusione e dell'attuazione del progetto NpL in Italia, presentato da Nives Benati e Alessandra Sila del Centro per la Salute del Bambino di Trieste, entrambe del Coordinamento nazionale NpL;
- ▶ le fonti di finanziamento e l'utilizzo delle risorse, a cura di Alessandra Sila;
- ▶ un progetto di rilevazione delle unità operative locali, a cura del prof. Giovanni Solimine, che valuti l'effettiva dimensione del fenomeno NpL e il suo impatto sulla società civile;
- ▶ la formazione per i bibliotecari, per i pediatri e per altri operatori, a cura di Fabio Bazzoli, direttore del Sistema bibliotecario della Comunità di zona di Chiari (BS), e Giancarlo Biasini del Centro per la Salute del Bambino di Trieste, entrambi del Coordinamento nazionale;
- ▶ i rapporti con gli editori, a cura di Nives Benati e Giovanna Malgaroli, membri del Coordinamento NpL.

Al termine della disamina dei punti all'ordine del giorno, si è aperta una tavola rotonda sul ruolo e le esigenze del Referente locale, che ha visto l'intervento di alcuni referenti locali di varie regioni italiane.

Gli Argonauti IX. In viaggio per Itaca: ripartire dai bambini

Il Congresso è partito all'insegna dell'emozione con le note di una canzone di Francesco Guccini, scelta da Maria Francesca Siracusano, per ricordare Pasquale Causa, l'amico di sempre, acpino per eccellenza: "Io dico addio a tutte le vostre cazzate infinite, riflettori e paillettes delle televisioni, alle urla scomposte di politicanti professionisti, a quelle vostre glorie vuote da coglioni... Io dico addio a chi si nasconde con protervia dietro a un dito, a chi non sceglie, non prende parte, non si sbilancia o sceglie a caso per i tiramenti del momento curando però sempre di riempirsi la pancia...": mai canzone sarebbe stata più appropriata per ricordare il nostro carissimo amico. Ancora a ricordo di Pasquale ha riscosso grande successo il primo Concorso fotografico (inviate più di 40 foto), vinto da Grazia Benedetti con "Ilva-Taranto", sul tema "Ambiente e salute" (le prime cinque foto selezionate sono visibili sul blog di *Quaderni acp*).

Anche quest'anno un clima di forte condivisione ha permeato il Congresso, e la sensazione di chi ha partecipato è stata quella di trovarsi in un gruppo di amici alle prese con temi di interesse clinico e sociale: dalla Biblioteca di Ballarò, sorta in una zona di grave disagio sociale nel cuore di Palermo, di cui ci ha parlato D. Natoli, ai problemi dell'inquinamento trattati dal coinvolgente E. Burgio, dai disturbi del linguaggio e del comportamento alla discussione di casi clinici, dal conflitto d'interesse all'ECM, dalle malattie neurologiche e metaboliche al counselling, dalle novità in gastroenterologia alle malattie degli immigrati e ai problemi inerenti alla chiusura degli orfanotrofi.

Quanto ai progetti in corso, una sessione dedicata ha fatto il punto sulle iniziative avviate lo scorso anno: NpL nell'ASL 5 Messina, la riorganizzazione della gestione del paziente con malattia cronica nel distretto di Patti e Farmaped, la rete di pediatri segnalatori di sospetta reazione avversa ai farmaci.

Dal Convegno è anche nata l'idea di raccogliere i casi non risolti, quelli senza risposta, quelli in cui ci diciamo "non so,

probabilmente passerà", per discuterne insieme, magari ai prossimi Argonauti (Sergio Conti Nibali si occuperà della raccolta dei casi).

Arrivederci al prossimo anno, sempre in riva allo Stretto, sempre più numerosi.

Isodiana Crupi

Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale

Era presente anche l'ACP a Milano, il 6 marzo, alla Conferenza pubblica di presentazione della "Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale". Redatto dalla Fondazione ABIO Italia ONLUS, in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria e patrocinato dai Ministeri della Salute e delle Politiche per le Famiglie con il sostegno della Commissione Parlamentare Infanzia, il documento riprende i punti della Carta EACH (European Association for Children in Hospital) con l'obiettivo di codificare i bisogni primari del bambino, dell'adolescente e della famiglia durante il ricovero ospedaliero, e condividerli con le figure del mondo della cura (si veda anche *Quaderni acp* 2008;15:1157). Oggetto di una campagna di sensibilizzazione che coinvolgerà i reparti pediatrici italiani, i media e la stampa, le Società Scientifiche Pediatriche e le sezioni locali ABIO, e di un Convegno che si terrà a Roma a novembre, nell'ambito delle celebrazioni dei trent'anni di ABIO, il documento riconosce i seguenti diritti dei bambini e degli adolescenti in ospedale: avere sempre la migliore qualità delle cure – avere accanto in ogni momento i genitori o un loro sostituto adeguato – ricevere informazioni e facilitazioni che aiutino a prendersi cura del figlio durante la degenza – essere ricoverati in reparti pediatrici e aggregati per fasce di età – ricevere la continuità dell'assistenza pediatrica 24 ore su 24 – avere a disposizione figure in grado di rispondere alle loro necessità – avere quotidianamente possibilità di gioco, ricreazione e studio in ambienti adeguati – essere trattati con tatto e comprensione, nel rispetto della

loro intimità in ogni momento – essere informati insieme ai genitori riguardo alla diagnosi e adeguatamente coinvolti nelle decisioni relative alle terapie – beneficiare di tutte le pratiche finalizzate a minimizzare il dolore e lo stress psicofisico. Nata e promossa in ospedale, luogo dove si intrecciano dolore e speranza, paura e rinascita, la Carta non vuole fermarsi però all'interno dei reparti di pediatria, ma andare idealmente oltre e incontrare altre realtà ancora alle prese con un sentire comune, molto spesso non in linea con le specificità dei bambini e degli adolescenti.

Il loro dolore e il loro disagio, se presi sul serio indipendentemente dalla loro entità, permettono a quei bambini e a quegli adolescenti di acquisire consapevolezza e sensibilità anche rispetto al dolore e al disagio che ci sono negli altri e che, in tal modo, diventano un qualcosa di cui ci si può e ci si deve interessare. L'auspicio è quello di un cambio di mentalità ad ampio raggio, attratti dall'idea che con i bambini si può lavorare in modo nuovo.

Federica Zanetto

International Society of Drug Bulletins

Cinque iniziative editoriali italiane "Dialogo sui Farmaci, Focus, Informazione sui Farmaci, Pacchetti Informativi sui Farmaci e Ricerca&Pratica", aderenti alla ISDB (International Society of Drug Bulletins, fondata nel 1986), hanno organizzato a Verona il 9 maggio u.s. il Convegno su *Il ruolo dell'informazione indipendente*.

Cinque prodotti e percorsi editoriali differenti per storia, ma simili per motivazioni, principi e modalità operative, creati e redatti da gruppi di operatori (alcuni presenti contemporaneamente in più redazioni) che hanno condiviso, e condividono tuttora, anche esperienze lavorative, di ricerca e di formazione comuni. Un gruppo culturalmente e storicamente omogeneo nel promuovere l'uso razionale dei farmaci (secondo la storica definizione dell'OMS) nell'interesse primario del paziente e della sua famiglia ("fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", art. 32 della

controluce

Costituzione della Repubblica Italiana), privilegiando il contesto delle cure primarie, come sancito con la creazione del Sistema Sanitario Nazionale (1978), e in accordo con la Dichiarazione di Alma Ata (1978), della Bamako Initiative (1988) e della politica sottesa alla Lista dei Farmaci Essenziali (1977).

Sono queste le fondamenta comuni ed esclusive delle cinque riviste italiane dell'ISDB che si caratterizzano di conseguenza per non ricevere contributi diretti dall'industria farmaceutica (non hanno pubblicità), essere "ragioni sociali" ed espressione di organizzazioni sanitarie no-profit, seguire un percorso metodologicamente appropriato (*evidence based*) nella produzione critica dell'informazione. Dunque le riviste ISDB italiane non possono che rappresentare un prodotto di nicchia nel panorama dell'editoria scientifica nazionale, sconosciuto alla maggioranza dei potenziali lettori, frutto di un lavoro di militanza da parte dei volontari redattori. Minoranze per minoranze. Ha ancora senso, dopo oltre vent'anni di attività, perseverare con queste iniziative dispendiose di risorse (anche umane) e scarsamente apprezzate? La domanda aleggiava al Convegno di Verona. Forse cinque riviste sono un lusso (culturale ed economico) e ne basterebbe una, e in questa direzione bisognerebbe convergere, rinunciando ciascuno alla sua piccola esclusività.

Esse hanno una peculiarità: rappresentano uno spazio aperto a tutti coloro che raccolgono dati/informazioni/evidenze pertinenti principalmente alla terapia farmacologica, li analizzano e ne producono studi, alimentano confronti e suggeriscono riflessioni con il sincero intento di capire e di migliorarsi. Lo sforzo (la sfida) è quello di guardare al di là dei soli aspetti clinici della medicina e della propria professione, senza però mai dimenticare che è alla clinica che i lettori dedicano la maggior parte del proprio tempo e dei propri sforzi.

Un osservatorio esclusivo e autonomo che è anche un laboratorio di riflessione, valutazione e informazione attraverso strumenti come l'affidabilità e la rilevanza dei dati, l'equilibrio tra benefici e rischi e tra benefici e costi, con l'obiettivo reale di contribuire a un migliora-

mento, progressivo ed equamente distribuito, del livello di salute della popolazione. Un'utopia? Sì, forse. Ma che serve a camminare: "L'utopia sta all'orizzonte. Mi avvicino di due passi, lei si allontana di due passi. Faccio dieci passi e l'orizzonte si allontana di dieci passi. Per quanto cammini, non la raggiungerò mai. A cosa serve l'utopia? A questo: serve a camminare" (E. Galeano). E proprio per questo le cinque riviste si dichiarano indipendenti, culturalmente autonome: è una categoria dell'etica, non del mercato.

Maurizio Bonati

L'esperienza prenatale, tra neuroscienze, medicina, psicologia ed educazione

Nel corso del Convegno, organizzato dall'Università degli Studi di Parma e dall'ANEP (Associazione Nazionale per l'Educazione Prenatale) e svoltosi a Parma il 24 e 25 maggio 2008, sono stati discussi i risultati degli studi degli ultimi vent'anni sulle epoche precoci di sviluppo del bambino. Essi evidenziano in particolare come le esperienze individuali e sociali dell'essere umano inizino a strutturarsi a partire dal concepimento e si sviluppino durante tutta la vita gestazionale, formando la struttura di base della sua personalità da adulto.

Particolarmente interessante l'intervento di D. Stern, che ha affrontato l'argomento delle interazioni precoci madre-bambino dal punto di vista non solo psicologico, ma anche filosofico.

Sono stati illustrati, inoltre, gli aspetti riguardanti la neurofisiologia dello sviluppo del cervello sia in condizioni di normalità (mirabile la lettura magistrale di G. Rizzolatti sui neuroni a specchio) che di patologia (autismo, danni cerebrali pre e perinatali ecc.).

In tal senso e nell'ottica del sostegno alla genitorialità, potrebbero essere particolarmente interessanti alcune ipotesi di intervento in epoche molto precoci in gravidanza, in particolare per quanto riguarda la prevenzione dello stress materno.

I diversi temi trattati (fra cui la mentalità delle madri, il parto a domicilio, i vissuti

genitoriali della morte perinatale, l'ecografia prenatale in quattro dimensioni ecc.) hanno sollecitato la riflessione e il confronto su una reale collaborazione dal punto di vista assistenziale e terapeutico fra gli operatori, a vario titolo coinvolti nel percorso evolutivo dell'essere umano.

Stefano Gorini

"Nati per la Musica" a Busto Arsizio

Al Convegno, organizzato il 1° marzo 2008 dall'Associazione Musicale "G. Rossini" in accordo con il Comune di Busto Arsizio e con il patrocinio della Provincia di Varese e svoltosi al Museo del Tessile (accanto ai primi ottocenteschi macchinari per le filature e alle storiche grandi macchine per la tessitura e il finissaggio), hanno partecipato genitori, educatori e figure a vario titolo impegnate nell'educazione e nella formazione musicale. Arie e danze del Rinascimento sono state proposte in apertura dall'Orchestra dei Ragazzi dell'Associazione Musicale "G. Rossini", che, da sempre impegnata sul territorio nella promozione di iniziative mirate alla diffusione della cultura musicale e alla valorizzazione dell'esperienza sonora e riconoscendosi nelle finalità di "Nati per la Musica", si è dichiarata disponibile a collaborare nella sensibilizzazione e nella promozione dell'iniziativa presso altre realtà educative e culturali della Provincia di Varese. Nel dibattito, ricco di contenuti e proposte, seguito alla presentazione del Progetto e delle sue possibili articolazioni, la parola ricorrente è stata *contaminazione*: tra "Nati per la Musica" e "Nati per Leggere" (già noto localmente grazie al Sistema Bibliotecario Busto Arsizio - Valle Olona), tra bibliografie diverse (di cui è stata auspicata la pubblicazione), tra professionalità eterogenee e tra linguaggi comunque differenti.

Con "cura e attenzione, buoni orientamenti e risorse adeguate"... come già all'inizio del Progetto ci ricordava Rita Valentino Merletti (Quaderni acp 2005; 12:1-2).

Federica Zanetto

Non solo calcio in L'anno in cui i miei genitori andarono in vacanza

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

L'anno è il 1970, quello del Campionato Mondiale di Calcio, disputato in Messico e vinto dal Brasile. Lo ricordiamo bene perché l'Italia di Valcareggi, quella stessa che aveva disputato la più bella partita del secolo contro la Germania, arrivò in finale e dovette inchinarsi di fronte ai goal di Pelè, Jairzinho, Gerson e Carlos Alberto. Cao Hamburger, regista brasiliano di origini italo-tedesche, aveva allora circa 10 anni e non immaginava nemmeno che quell'estate avrebbe definitivamente segnato il suo passaggio dall'infanzia all'adolescenza.

In un film parzialmente autobiografico racconta ora quello che allora non poteva capire e lo fa servendosi del dodicenne Mauro come alter ego suo e di un'intera nazione. *L'anno in cui i miei genitori andarono in vacanza* va, infatti, letto come un film metaforico che racconta almeno tre storie in una: quella individuale di un ragazzino, quella politica di una coppia costretta ad *andare in vacanza* forzata e quella sociale di una nazione che sta per cadere sotto la dittatura militare.

Tutto ha inizio con la precipitosa fuga dei genitori di Mauro, attivisti politici inviati al regime. Lasciato il tranquillo Minas Gerais in cui vivono, i due hanno appena il tempo di dire una bugia al figlio per rendergli meno traumatico il distacco, fare una telefonata di preavviso all'unico parente fidato e scaricare il bambino sul marciapiedi sotto la casa del nonno che vive nel quartiere Bom Retiro di San Paolo. Purtroppo, però, il vecchio muore d'infarto poco prima dell'arrivo dei fuggiaschi ed è così che Mauro si ritrova solo in un ambiente multietnico. Si prenderanno cura di lui alcune anime buone, in primis il vicino di casa, l'ebreo Shlomo, ma non sarà facile per un bambino sensibile accettare le attenzioni di estranei e sconosciuti e convincersi che suo padre non manterrà fede alla promessa che gli ha fatto: tornare in tempo per vedere insieme le partite della nazionale di calcio. Emozioni sportive, nuove amicizie, repressioni militari, riti religio-

si, primi turbamenti sessuali e affetti contribuiranno a fargli capire che, nella vita come nel gioco del calcio, si ricoprono dei ruoli e che, tra tutti, solo il portiere non può sbagliare mai.

È per questo che, quando riabbraccerà la madre, comincerà a compiere la prima importante *parata*: interpreterà l'assenza del padre più come un difetto congenito – è *sempre in ritardo* – che come un delitto di stato. Un film sull'infanzia e l'adolescenza, quindi, ma anche un film politico e di denuncia. Il Brasile, come l'Argentina di Videla e il Cile di Pinochet, ha avuto i suoi *desaparecidos*, ma ancora oggi sono in pochi a parlarne, perché quando entra in scena il dio pallone manda *in vacanza* il mondo intero. Cao Hamburger ha il merito di riportare all'attenzione degli spettatori questa dolorosa pagina del suo Paese con un tono lieve, ma pur sempre angosciante. I momenti di umorismo e le sequenze dedicate al gioco del calcio – seguito in TV dai tifosi, vissuto da sportivi dilettanti in competizioni locali, personalizzato da Mauro con il pallone che si trascina sempre dietro e con quel gioco da tavolo che ci ricorda continuamente la sua età – allentano solo provvisoriamente la tensione; in realtà, la repressione politica grava sui riti religiosi della comunità ebraica, sulla spensieratezza dei ragazzi e sui balli delle feste.

È così che, quando le grida di giubilo di un intero Paese e l'urlo della vittoria si fondono con lo scalpiccio dei cavalli dei militari impegnati in repressioni violente, gli spettatori italiani non possono fare a meno di mettere da parte il ricordo di quella delusione sportiva per dare spazio a sentimenti di altro genere.

Infatti, mentre la nazionale di calcio verde-oro stava vincendo la coppa Rimet, l'intero Paese giocava una partita ben più importante per difendere la libertà. Quello che Cao Hamburger ci propone è un Brasile abbandonato dal mondo civile, esattamente come Mauro, non a caso ribattezzato dalla comunità ebraica "Moshalim - Piccolo Mosè". Esperto del mondo dei bambini per avere in precedenza diretto film di animazione e programmi televisivi per ragazzi, il regista guarda la storia con gli occhi di un bravissimo attore dodicenne.

Uno sguardo triste che non diventa mai disperato, perché c'è sempre qualcuno pronto "a scendere in campo" al fianco di chi è solo: Shlomo, la bambina sveglia e gelosa, la barista appetibile e il fidanzato di colore che para i rigori, lo studente rivoluzionario, l'intera comunità ebraica. Parallela alla crescita è anche la reazione di Mauro agli eventi che gli piovono addosso.

È così che, dal testardo isolamento all'interno della casa del nonno, egli passa gradualmente all'apertura sociale, condotto per mano dalla bambina coinquilina, fino a farsi promotore di un *risveglio* collettivo nella scena emblematica del ballo, quando costringe giovani e vecchi a passare da un ritmo lento e soporifero a uno allegro e frenetico.

Un film, insomma, ottimista come il protagonista; un film che meritava maggiore attenzione, senz'altro più di quanta non gliene abbiano data i distributori italiani che per decidersi di portarlo da Berlino 2007 fino alle nostre sale hanno impiegato un anno esatto. ♦



L'anno in cui i miei genitori andarono in vacanza (*O Ano em Que Meus Pais Saíram de Férias*)

Regia: Cao Hamburger

Con: M. Joelsas, G. Haiut, P. Autran, D. Piepszyk, S. Spoladore, C. Blat, L. Castro

Brasile, 2006

Durata: 104'

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@alice.it

Pacchetto Sicurezza e diritti dei bambini immigrati

Il 28/05/08 l'UNICEF ha convocato la 1ª riunione di un Tavolo tecnico associativo, per discutere degli effetti del "Pacchetto Sicurezza su bambini e adolescenti immigrati": una categoria che richiede grande attenzione i cui diritti, riconosciuti sulla carta da quando l'Italia ha ratificato nel 1991 la Convenzione sui diritti dell'Infanzia, andrebbero finalmente attuati.

Alla riunione ha partecipato l'ACP, che ha stipulato con l'UNICEF Italia un protocollo d'intesa sulle quattro priorità della nostra Associazione (lotta alle disuguaglianze nella salute dei bambini, rapporto ambiente e salute nei bambini, salute mentale e sostegno alle famiglie). Hanno partecipato e sottoscritto il documento finale numerose altre Associazioni.

I provvedimenti che colpiscono direttamente il mondo dell'infanzia immigrata, oltre a quello ampiamente discusso delle impronte, e sul quale si è espresso il 10/07/08 il Parlamento europeo con 336 voti favorevoli, 220 contrari e 77 astensioni, sono questi:

- si introduce il reato di clandestinità;
- vengono facilitate le espulsioni;
- vengono ristretti i criteri per i ricongiungimenti familiari.

Il reato di clandestinità potrebbe colpire un numero di famiglie rilevante. Le stime ufficiali parlano di una presenza di immigrati irregolari che va da 700mila a oltre un milione di persone (per un quinto minori di 18 anni). La sua applicazione potrebbe compromettere l'accesso agli asili nido e alle scuole per i loro bambini. C'è poi da chiedersi cosa succederebbe ai pediatri che dovessero accettare di curare questi bambini una volta che sono diventati "irregolari".

Quanto ai ricongiungimenti familiari, viene abrogato il decreto legislativo del governo Prodi, che aveva recepito la direttiva comunitaria, migliorando la normativa nazionale Bossi-Fini sul ricongiungimento familiare. Si ritorna alla normativa precedente che vieta il ricongiungimento del coniuge se minore di 18 anni e aggiunge la proposta di inserire un sistema di accertamento della paternità legato al DNA. Questa pratica diventerebbe un criterio di selettività che può

rappresentare un problema per i bambini nati incidentalmente fuori dal matrimonio, ma giuridicamente legittimi all'estero, per i quali il DNA potrebbe danneggiare madre e bambini se il padre formale non corrisponde a quello naturale. Nello stesso problema potrebbero rientrare i figli adottivi. Si rischia insomma di limitare uno degli strumenti rivelatisi di maggiore efficacia nel percorso di integrazione degli immigrati.

A questo proposito nessuna attenzione è stata prestata al 4° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2007-2008, che richiede il riconoscimento del ricongiungimento familiare delle famiglie islamiche in Italia (Kafala), il rispetto dei principi della Convenzione sui bambini, richiedenti o meno asilo, e delle disposizioni in materia di Minori non accompagnati cittadini UE e dei Minori di minoranze etniche (rom, sinti e camminanti), alcune comunitarie.

I Cpt (Centri di permanenza temporanea) diventano Cei (Centri di identificazione ed espulsione) con permanenza fino a 18 mesi, ma è grave che possano ospitare anche i minori, mentre oggi questo non è possibile. Come saranno assicurate e verificabili le garanzie a tutela di questa fascia di popolazione?

Si è espressa preoccupazione anche per l'affermazione, contenuta nei decreti amministrativi e nelle ordinanze del governo, secondo cui la presenza di campi rom attorno alle grandi città costituisce di per sé una grave emergenza sociale, con ripercussioni sull'ordine pubblico e la sicurezza, che giustificano la dichiarazione di uno "stato d'emergenza" per 12 mesi. Il documento interassociativo propone di utilizzare i fondi previsti e le necessarie misure legislative a favore di provvedimenti che garantiscano un'effettiva sicurezza sociale, ad esempio misure per l'inclusione, la scolarizzazione, l'accesso ai servizi sanitari e l'avviamento al lavoro. Il documento auspica che il Governo e il Parlamento aprano un dialogo permanente e costruttivo con le Associazioni per promuovere il rispetto delle norme internazionali volte alla tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, con particolare riferimento ai diritti dei minori migranti.

Laura Reali

PS: Le pressioni hanno avuto effetto per lo meno nel campo delle impronte: la direttiva del Ministro dell'Interno (24.07.08) stabilisce che le impronte vanno prese solo dopo il 14° anno di età solo se non è possibile l'identificazione in altro modo. Fra i 6 e i 14 anni vanno prese solo per il permesso di soggiorno. Sotto i 6 anni solo per decreto del Tribunale dei minori.

Bilancio del Congresso Nazionale ACP 2007

Quota di iscrizione: euro 280 soci ACP, 333 non soci, 120 specializzandi, 100 accompagnatori. Partecipanti: 236.

Entrate	(euro)
Iscrizioni	53.248,00
Sponsor privati(*)	6.000,00
Sponsor istituzionali(§)	15.000,00
TOTALE	74.248,00

Uscite	(euro)
Segreteria organizzativa	18.000,00
Catering e contributo spese di pulizia per cena sociale	18.185,00
Tipografia, cancelleria, grafico	8.165,22
Spese postali	1.660,84
ECM	349,61
Spese per soggiorno e viaggio relatori	10.761,67
Gruppo musicale e SIAE	1.190,40
Relatori e concorso bambini	380,00
Allestimento e gestione della sede congressuale (pulizia, straordinari per il personale, hostess, falegname, server e manifesti) e spese di assicurazione	6.452,07
TOTALE USCITE	65.144,00
ATTIVO(*)	9.104,00

(*) Sponsor privati: aziende del territorio senza interessi nella produzione-commercializzazione di prodotti per l'infanzia. Aziende di prodotti agroalimentari hanno contribuito offrendo omaggi ai relatori; hanno ottenuto uno stand per i loro prodotti.

(§) Sponsor istituzionali: amministrazioni di Comuni che hanno ottenuto la possibilità per sindaci e assessori di partecipare gratuitamente al corso di formazione su "Ambiente e Salute" ("Azione politica e salute infantile" del presidente della Regione Vendola, "Rapporto sulla salute del bambino in Italia" di Giorgio Tamburini e La città per i bambini: soluzioni urbanistiche per correre, giocare, respirare della prof.ssa Onesti). Hanno dato contributi ASL BAT e Provincia di Bari. La Regione Puglia ha dato il contributo più consistente: 6500 euro.

(°) All'ACP Nazionale è stato annullato il debito di 7209 euro relativo alle spese statutariamente a suo carico: ospitalità a Redazione di Quaderni acp, CD ACP. Presidente e Direttivo hanno ringraziato per questo Anna Maria Moschetti e il CD di ACP Puglia Basilicata. I restanti 2394 euro di attivo, il CD ACP Puglia e Basilicata li ha destinati per la ricerca e la formazione del gruppo locale.

La vicenda FIMP - Antitrust: tanto tuonò che piovve

Al momento di andare in stampa riceviamo questa lettera con le prime firme raccolte dai promotori Rosario Cavallo e Sergio Conti Nibali. Dati i tempi della rivista ci riserviamo di tornare sull'argomento, che va ben oltre il fatto qui commentato, nell'editoriale del numero prossimo.

L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ha condannato la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) e le Ditte Novelli, Littlebit, Beiersdorf e Siport al pagamento di sanzioni amministrative pecuniarie, rispettivamente di euro 300.000 alla FIMP e di complessivi euro 395.000 per le ditte citate, per "pratica commerciale scorretta".

Per quanto riguarda la Novelli il procedimento era stato avviato nel febbraio scorso in seguito ad una segnalazione dell'Adiconsum (riunita a un'altra analoga del Ministero della Salute che coinvolgeva anche altri soggetti) relativa a un messaggio pubblicitario presente sulle confezioni delle uova "Ovito". Il messaggio recitava: "Ovito: l'unico uovo approvato dalla Federazione Italiana Medici Pediatri" ed era proposto unitamente al logo "approvato dalla FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri". Nella segnalazione, l'Adiconsum faceva notare che tale messaggio configurava la fattispecie di pratica commerciale scorretta in quanto "idoneo a falsare in misura rilevante le scelte economiche dei consumatori" facendo leva sulla sensibilità che i genitori hanno verso l'alimentazione dei propri bambini, inducendoli di fatto a credere erroneamente che Ovito fosse l'unico uovo ad aver ottenuto "l'approvazione", tra i tanti esaminati dalla FIMP, e che tutti gli altri fossero stati esclusi perché non meritevoli. Dall'istruttoria avviata dall'Antitrust è emerso il grave comportamento scorretto, principalmente della FIMP, che commercializzava il proprio marchio senza effettuare attività di analisi o di ricerca medico-scientifica sui prodotti ai quali veniva concesso il logo "Approvato dalla FIMP". La sanzione, di 300.000 euro, comminata per aver sfruttato per finalità esclusivamente commerciali il credito riposto dai consumatori nei medici pediatri, si aggiunge a

quella di 40.000 euro già irrogata (per un totale di 340.000 Euro) per "aver fornito informazioni non veritiere" all'Autorità nel corso dell'istruttoria.

Quali considerazioni e implicazioni possiamo ricavare da questa vicenda? Continuando a proporre comportamenti eticamente non ineccepibili legati a esigenze commerciali di bilancio più che di trasparenza scientifica, alla fine la FIMP è incappata nell'illecito legale-normativo ed è stata sanzionata dall'autorità garante della concorrenza. Questo è un fatto ormai a conoscenza di tutti.

Non tutti forse sono a conoscenza di alcuni particolari desumibili dalla lettura integrale del dispositivo che accompagna e commenta la sanzione del garante:

- ▶ La FIMP ha ricevuto una sanzione ulteriore per il fatto di aver fornito notizie reticenti e non veritiere nel corso della fase istruttoria
- ▶ La FIMP ha agito nella vicenda Ovito, contravvenendo a un precedente impegno assunto con quello che allora si chiamava ancora Ministero della Salute che l'aveva "invitata" ad astenersi da simili precedenti iniziativi di uso (abuso) del proprio logo.
- ▶ La pratica commerciale con Ovito aveva suscitato perplessità proprio da parte del Comitato etico della FIMP stessa, ma è stata realizzata lo stesso.

Il Garante specifica chiaramente che la FIMP ha agito con scopi puramente commerciali del tutto privi di qualunque aspetto scientifico: *Invero gli elementi acquisiti dimostrano che la dicitura "Approvato dalla FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri" evocata e racchiusa nel logo sottende non una attestazione di qualità derivante dal superamento di una specifica procedura di approvazione bensì un accordo di natura commerciale, a titolo oneroso, avente ad oggetto la sponsorizzazione in esclusiva di un prodotto da parte della FIMP, per un periodo di tempo determinato.*

Il Garante accompagna la sentenza con un pesante giudizio: *La gravità si apprezza inoltre anche per il fatto che è stata posta in essere da un organo rappresentativo dei professionisti specializzati in pediatria, proprio sulla base della consapevolezza di godere di un particolare credito da parte dei consumatori.*

Tutti siamo coinvolti in questa vicenda. Nella pubblica opinione non c'è distinzione tra pediatri di tipo e "parrocchie" diverse.

In giro però, tra di noi, si sente un silenzio sconcertante, come se la cosa invece non ci riguardasse; come può essere possibile? Basta dire: "ma io non sono iscritto alla FIMP...", "ma io pur essendo iscritto non ho fatto niente..." "io di questi aspetti non mi interessa, mi basta che sia tutelato lo stipendio..." "io penso solo al mio lavoro, che ci posso fare se qualcuno approfitta della mia delega" per sentirsi a posto con la propria coscienza?

Proprio l'ignavia e l'inerzia, davanti a pratiche che hanno sempre più svilito e mortificato gli aspetti scientifico-professionali rispetto agli interessi economico-commerciali, hanno permesso che tutto ciò sia diventato possibile.

Bisognava ribellarsi quando si è cominciato a privilegiare la partecipazione a studi scientifici poco limpidi, ma ben sponsorizzati, invece che ad altri molto più corretti, ma con la sola sponsorizzazione istituzionale (che porta "solo" buoni risultati senza compensi); bisognava ribellarsi quando hanno cominciato a comparire le prime etichette "consigliato dal tuo pediatra". Il semplice fatto di essere in tanti a esprimere un deciso dissenso nei confronti di certi comportamenti poco etici sarebbe sicuramente stato un deterrente sufficiente alla messa in atto degli stessi; lo stanco, distratto, forse qualche volta interessato atteggiamento di lasciar correre è stato interpretato come un implicito nulla osta.

Non occorre arrivare a una sentenza di condanna per reagire; ma questa resta comunque una occasione (l'ultima?) per dire forte: IO NON CI STO.

Quale può essere il rimedio?

- ▶ Pretendere che le organizzazioni sindacali, da chiunque siano rappresentate e gestite, si forniscano subito (magari andando a vedere cosa dice in proposito la International Pediatric Association - www.ipa.org - che rappresenta tutte le società di pediatria del mondo) di un codice etico vincolante (molto strettamente vincolante), che codifichi i rapporti con le aziende e la partecipazione ad attività di ECM e di ricerca secondo i più rigidi principi di trasparenza e indipendenza scientifica.

Costantino Apicella, Mara Asciano, Sandro Bianchi, Carla Cafaro, Virna Calavita, Teresa Casillo, Gian Piero Cassano, Rosario Cavallo, Eliana Coltura, Sergio Conti Nibali, Isodiana Crupi, Anna Maria Davoli, Laura Dell'Edera, Elisabetta Demichele, Carmela Di Maio, Anna Maria Falasconi, Maria Emma Federico, Paolo Fiammengo, Vincenzo Frappampina, Antonio Ghirardo, Paola Ghiotti, Iginio Gianni, Stefano Gorini, Luisella Grandori, Luca Iaboli, Piero Iaschi, Dominique Larson, Monica Malventano, Stefania Manetti, Luisa Marolla, Lucia Oliviero, Giovanni Palazzi, Lucia Panfani, Costantino Panza, Ambrogina Primi, Laura Reali, Paolo Roccato, Danielle Rollier, Paolo Schievano, Giovanni Simeone, Maria Francesca Siracusano, Ornella Soligno, Sergio Speciale, Antonella Stazzoni, Michele Valente, Alessandro Volta, Federica Zanetto, Maria Luisa Zuccolo.

Uno specializzando in dubbio

Egregio Direttore,

sono ancora una volta a chiedere informazioni su un articolo della Sua rivista. L'articolo è "Analisi con Consort di un RCT sui probiotici nella diarrea".

Ho seguito il percorso con attenzione e sono arrivato all'interpretazione generale dei risultati (Punto 22) e mi sono fermato. Prima di leggerlo, ho fatto il punto nella mia testa per capire "come era stato disegnato e condotto lo studio e come sono stati analizzati i dati".

Il punto che ho fatto era questo: 1) lavoro ben fatto; 2) qualche dubbio sulla diarrea: c'era o non c'era? 3) interessante il fatto che fosse un lavoro non ospedaliero. Poi ho letto il vostro commento che mi ha lasciato assai dubbioso sulla mia capacità di leggere un articolo. Anche articoli perfetti dunque possono lasciare il dubbio di non essere "evidenti"?

Grazie per la rivista.

Renzo Isgrò, *Specializzando*

Grazie innanzitutto per l'attenzione con cui leggi la nostra rivista. L'interesse che suscitiamo in un medico in formazione è per noi uno stimolo particolarmente gratificante. Concordo sul fatto che lo studio è stato condotto e scritto in maniera ineccepibile, direi con lo schema

del CONSORT sotto gli occhi (prerequisito questo per essere accettato dal BMJ). La tua lettura poi è stata veramente accurata e i tre punti che sottolinei sono del tutto condivisibili.

Ma vediamo un po' più da vicino il punto 2, che direi fondamentale: la diarrea presa in esame in questo studio era proprio così importante?

I 571 bambini reclutati (3-36 mesi) hanno da 3 a un massimo di 7 scariche al giorno. Non molto malati quindi, tanto che i ricoveri, ma anche gli episodi di febbre ($T^{\circ} > 37,5$) e di vomito, sono veramente pochi. Gli outcome primari presi in considerazione (durata della diarrea, numero di evacuazioni giornaliere e consistenza delle feci) non sono molto forti, come potrebbe essere per esempio il numero di ricoveri ospedalieri per disidratazione. In 5ª giornata poi tutti i soggetti in studio hanno 2-4 scariche al giorno, di consistenza normale-morbida, anche quelli che avevano assunto solo la soluzione reidratante orale (SRO), il gruppo cioè di controllo.

C'è quindi da chiedersi se 1,5 giorni di diarrea in meno sia un guadagno così rilevante in termini di costo-efficacia e tale da giustificare l'uso dei probiotici, come terapia adiuvante della diarrea acuta lieve-moderata. Forse sarebbe stato più significativo (ma più complicato) misurare il numero di giornate lavorative perse dai genitori per curare i figli. In sostanza questo risultato, pur statisticamente significativo ($p < 0,001$), può definirsi clinicamente rilevante? Gli stessi Autori sottolineano che il risultato più interessante è la diversa efficacia (per alcuni totale inefficacia) dei differenti probiotici, pur venduti e usati.

Questo aspetto forse andrebbe esplorato con ulteriori studi, anche se c'è il rischio di strumentalizzazione da parte delle aziende per "sponsorizzare" i loro prodotti.

Laura Reali

Pochi pediatri? Ma davvero?

Caro Direttore,

ho letto sull'ultimo numero di *Quaderni acp* la lettera di Efren Marri a proposito della probabile futura diminuzione del numero dei medici e dei pediatri e la sua

risposta. Vorrei introdurre in proposito alcune considerazioni.

Il numero dei pediatri in Italia è particolarmente alto: se non sbaglio, si tratta del più elevato numero di specialisti in rapporto alla popolazione di riferimento che esista al mondo. Niente di strano: anche il numero dei medici in Italia è il più elevato del mondo, in rapporto agli abitanti. Io penso che trent'anni fa, per l'istituzione della pediatria di famiglia e di molti altri servizi pediatrici, fu più determinante la grandissima disponibilità di medici sul mercato del lavoro, che un effettivo censimento dei bisogni sanitari della popolazione.

Questa, che è stata sempre definita "pletora" di medici, è una delle cause dell'istituzione del numero chiuso nelle facoltà di medicina. Lo scopo del numero chiuso dovrebbe essere non solo il contenimento della "pletora", ma anche la diminuzione progressiva del numero di medici, fino al raggiungimento di un rapporto fra medici e popolazione simile a quello degli altri Paesi sviluppati.

L'eccesso di medici è infatti un vero e proprio rischio per la salute della popolazione. Ogni medico infatti, compreso chi scrive naturalmente, si sente in diritto, per il semplice fatto di esistere e di essere autorizzato a esercitare la professione, di "curare" qualcuno o qualcosa: il risultato è la progressiva medicalizzazione della vita delle persone che arriva fino al deprecabile fenomeno del "disease mongering": il commercio delle malattie.

Prendiamo il caso di noi pediatri di famiglia: non sfugge a nessuno che la maggior parte del nostro lavoro (controllo di crescita, consigli sull'allattamento e l'alimentazione, screening ecc.), potrebbe essere svolto tranquillamente da un paramedico, mentre la vera e propria attività "medica" è confinata in uno spazio molto ristretto.

Il risultato è la profonda frustrazione di molti pediatri costretti a una routine poco stimolante e qualificata, privi delle indispensabili opportunità di fare esperienza clinica (troppo pochi i bambini da seguire, per avere la "fortuna" di incrociare casi clinici interessanti), poco stimolati a crescere culturalmente, dubbiosi sulla reale utilità sociale della loro opera.

Per non parlare dei colleghi che riescono a nascondere a se stessi questa situazione e si immedesimano in un ruolo immagi-

nario buttandosi a capofitto in procedure diagnostiche e terapeutiche basate più sulla volontà di ricavarsi uno spazio professionale, che sui veri problemi dei loro pazienti. I risultati sono sotto gli occhi di tutti: le famiglie sono state così condizionate a rivolgersi al pediatra per prendere qualunque decisione che lo sommergono di richieste improprie: è questo il meccanismo che genera alla fine l'impressionante frequenza del ricorso al Pronto Soccorso dei bambini italiani e il loro tasso di ospedalizzazione, doppio per esempio rispetto a quello inglese.

Per non parlare del fatto che ci sono dappertutto medici e pediatri intorno ai bambini italiani: un bambino romano di due anni, che frequenta il nido e una piscina e venga regolarmente vaccinato, è "esposto al rischio" di incontrare i seguenti pediatri: un pediatra di famiglia, un pediatra privato (a cui fare ricorso per essere più tranquilli), il pediatra del nido, il pediatra del centro vaccinale e il medico della piscina. E tutti costoro si sentiranno in dovere di visitarlo, fornire consigli alla sua famiglia, avanzare sospetti diagnostici, proporre terapie.

Tutto questo ha anche dei riflessi economici: ognuno di questi interventi induce delle spese, prevalentemente a carico del SSN; contemporaneamente nessuno di questi medici fa il lavoro gratificante sul piano professionale ed economico che vorrebbe. E allora, dove sta scritto che bisogna mantenere negli anni lo stesso numero di pediatri che abbiamo oggi?

Queste cose le può dire un sindacato (più pediatri = più potere), persino la Società di Pediatria (più pediatri = più cattedre), ma non l'ACP! Perché non dire invece che fortunatamente i pediatri diminuiranno e si potrebbe immaginare un futuro con meno medici, ma più preparati e meglio utilizzati? In cui, per esempio, spariscano figure accessorie come il medico scolastico, il medico sportivo, il pediatra del nido, e i pediatri di famiglia abbiano una popolazione da assistere doppia o tripla di quella attuale, si occupino solo di problemi medici, lasciando a infermieri ben preparati gli altri compiti, si facciano un'esperienza clinica degna di questo nome e (perché no?) con tutto il denaro che il SSN risparmierebbe vengano adeguatamente retribuiti.

Mi creda, sarebbe una liberazione! Non per noi (ahimè), ma per i nostri futuri

collegi e per le famiglie italiane. Un saluto cordiale.

Enzo Calia, pediatra di famiglia

La lettera di Enzo Calia dice cose a voce piena, e a suo merito. Cominciamo a parlarne? Magari dopo avere letto l'articolo a pagina 213.

Dice Laura Reali

Il quadro che Calia disegna è per me del tutto condivisibile. Se potessi permettermi anche una infermiera professionale, oltre alla segretaria, probabilmente lavorerei molto di meno (1 decimo?) di quello che faccio. Sarei molto più gratificata e avrei più tempo per dedicarmi ai casi clinici più rilevanti (invece di delegarli allo specialista, più o meno amico e preparato). Ma nonostante uno stipendio non disdicevole, non posso permettermi anche l'infermiera. Quindi continuo questa attività di "vigilatrice d'infanzia", un po' "semaforo": lei vada dall'allergologo, lei dal gastroenterologo, e così via. Mandi a quel paese la mamma che ti chiede quando deve mettere la canottiera al bimbo e smettere la maglietta a maniche corte? Non succede nulla. Lei troverà un sacco di altri disposti a fornire regole "pediatriche" anche su questi "scabrosi" argomenti. Lei non imparerà nulla, tu non avrai ottenuto nulla. Allora perdi tempo, ascolti, spieghi, comprendi e spera che le mamme crescano. Ma ne arrivano di sempre nuove, sempre più deleganti.

Laura Reali, pediatra di famiglia

Dice Antonella Brunelli

Un rapporto uno a uno infermiera/pediatra? Forse ne basterebbe una per gruppo, che potrebbe esattamente fare quello che dice Calia e che Laura Reali desidera: educazione sanitaria, educazione alimentare, screening, ma anche piccole attività diagnostiche (prick test, bilirubina, glicemia, esame delle urine con striscia) e gestione infermieristica di alcune malattie croniche. Come? Coagulando in un'unica sede le attività di area pediatrica (di famiglia, di comunità, vaccinali e magari epidemiologiche). Ma qui si passa ovviamente da una versione individuale a una versione organizzata della pediatria. Ci stanno?

Più passa il tempo e più mi convinco che un sistema territoriale del tipo attuale (che riguarda anche i MMG) non può

reggere, non solo perché è costoso (più visite, più farmaci, più Pronto Soccorso, più tutto), ma perché non dà risultati e non accontenta nessuno, né i cittadini, né i pediatri, né le Regioni: stiamo facendo "peggio con più", che è esattamente il contrario del punto da cui siamo partiti e nel quale continuiamo a credere: "meglio con meno".

In ogni caso penso che Calia abbia ragione, ma parliamone. Non credo che saremo in molti a dargli ragione (a parte i soliti grilli parlanti dell'ACP). Ma saranno i numeri a decidere nonostante noi.

Antonella Brunelli

Direttore di Distretto sanitario

Un mamma ringrazia

Sono una mamma e scrivo alla Redazione della vostra Rivista perché il mio pediatra mi ha parlato dell'ACP e delle priorità che avete individuato per la pediatria dei prossimi anni. Vorrei fare i miei complimenti a voi che avete concorso alla sua formazione e quindi anche a lui per come svolge la sua pratica, per la semplicità del linguaggio usato e per i consigli che mi ha dato in questi diciannove mesi.

Ieri ho avuto il primo colloquio all'asilo nido e sono rimasta estasiata dalle parole delle maestre. Ai miei occhi naturalmente mia figlia è fantastica ma penso che i complimenti delle educatrici vadano anche a tutti voi; infatti hanno insistito molto sul fatto che Noemi mangia di tutto senza fare storie, è molto indipendente, canta e segue il ritmo della musica, spesso si apparta con i libri ed è mentalmente più avanti dei suoi compagni, pur essendo una tra le più piccole per mese di nascita.

Senza i consigli del mio pediatra sicuramente sarei stata molto più ansiosa e timorosa, visto che per me è la mia prima figlia mi sarei trovata come la maggioranza delle altre mamme che a 18 mesi ancora non hanno inserito nell'alimentazione alcuni alimenti e si trovano bambini che mangiano solo in certe condizioni (distrandoli con il gioco o ancor peggio con la Tv) o solo determinate cose, probabilmente non avrei mai dato peso alla musica, né tanto meno alla lettura, ritenendo mia figlia "ancora troppo piccola". Grazie mille.

Barbara, mamma di Noemi

Visita il blog di Quaderni acp: <http://quaderniacpmews.blogspot.com/> o <http://www.quaderniacp.it>. Nel blog trovi news, curiosità inattese, appuntamenti, libri e molto altro ancora. Puoi lasciare un commento su ciò che trovi scritto o sul Blog stesso. Ti puoi iscrivere per ricevere gli aggiornamenti direttamente nella tua casella di posta elettronica. Altre cose le imparerai frequentandolo.

Quaderni acp

Il Blog

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della
Associazione **C**ulturale **P**ediatri

[Home](#) [La rivista](#) [News](#) [Appuntamenti](#) [Libri](#) [\[Login\]](#)

Ultime...

- [Alte e basse vie respiratorie / Percorsi Diagnostici / Strategie riabilitative e terapeutiche / DALLA TEORIA ALLA PRATICA](#)
- [Dall'indagine all'ascolto](#)
- [Tante culture per fare un bambino](#)
- [L'ultimo momento di vita](#)
- [S.M. La regina lettrice](#)

sabato 6 settembre 2008



Alte e basse vie respiratorie / Percorsi Diagnostici / Strategie riabilitative e terapeutiche / DALLA TEORIA ALLA PRATICA

1355 20 Verona
Dip. Matero/Infanzia, Servizio di Pneumologia
ACP Associazione Culturale Pediatri
APD Associazione Promozione Cultura Pediatrica

Alte e basse vie respiratorie Percorsi Diagnostici Strategie riabilitative e terapeutiche DALLA TEORIA ALLA PRATICA

VOLO OPERAIRO ED VISIONE G. RACAFORDO
A. BONFICO 116
13 DICEMBRE 2008

1ª Sessione (ore 9.15-10.45) **Adrenocorticotropo**
- Linee guida e ruolo del pediatra nella decisione di intervento (Franca Rinaldi)
- Quasi endocrinopati relattivi di adrenocorticotropo (Giuseppe De Rosa)
- Rassegna: DSAS, indicazioni divergenti come a quanto (Susanna Nanni)
- Adrenocorticotropo e la feocromocitoma: come e perché intervenire (Simona Lombardi)
Discussione

2ª Sessione (ore 11-12) **Asma e sport**
- Asma da sforzo: dal sospetto alla diagnosi alla terapia (Antonio Giovanni De Leo)
- Bambini asmatici e attività sportive: un percorso di confronto tra genitori, scuola, pediatra e famiglia e medico dello sport (Enrico Vitale)
Discussione

3ª Sessione (ore 12-13.15)
Pneumologia, Allergologia, ORL
A colloquio con il prof. Franco Passaro
- Casi clinici e problemi aperti
- Presentazione di casi clinici (Paolo Boffi - Maria Santà)

4ª Sessione (ore 14.00-16.00)
Il paravento della disabilità in pediatra
- La ricezione del paziente come elemento per l'educazione terapeutica (Michela Giorganni)
- La risposta di lavoro del bambino disabile (Emiliano Lenzi - Marta Comacini)
- Disabilità e bisogni invecchiati (Maura Ciripetti)
Nel corso della sessione avverrà una breve proiezione di brani di spettacoli realizzati dal complesso "Colori & Suoni" insieme a disabili della nostra USSL.
Discussione

Letture ragionate: 16.00-16.30
- La "Wii Therapy" come strumento di riabilitazione (Giuseppe Comi)

Segreteria organizzativa: Sestiniere s.r.l.
Viale Vito Cotroneo, 8 - 37122 Verona
Tel. 045 836676 - Fax 045 510487
E-mail: info@sestiniere.it - www.sestiniere.it

[Commenta questo post!](#) (0)

Categoria: [Appuntamenti](#) [Link a questo post](#)

Google Custom Search

cerca

Ultimo numero



1 libro di 48 euro



colore e numero 3000 vol. 18 n° 9
La rivista è indicata in ERASST

Sottoscrivere il blog via mail

Argomenti e indice analitico

[5 x 1000](#) (1)

[ACP](#) (1)

[Ambiente](#) (3)

[Annunci](#) (2)

[Appelli](#) (1)

[Appuntamenti](#) (4)

[Comunicato stampa](#) (4)

[Comunicazioni](#) (4)

[Concorso fotografico](#) (2)

Editoriale

- 193 Responsabilizzare i cittadini:
tassare o compensare?
Giancarlo Biasini
- 194 Santa Rita in Lombardia: cosa insegna?
- 195 "FIN DA PICCOLI" una nuova iniziativa del CSB
Il Comitato editoriale

Salute pubblica

- 196 Impianti di incenerimento e salute umana
Giuseppe Primavera

Info

- 200 Ospedale: cala il fatturato del pubblico;
cresce quello del privato
- 200 I prezzi dei lattini artificiali
- 200 Gli specializzandi in guardia da soli
- 200 Ministro, viceministro o sottosegretario?
- 200 Donne ai vertici delle Aziende sanitarie
- 200 Medici Senza Frontiere lancia un sito internet
- 201 Crollo del mercato dei farmaci
- 201 Health Literacy e diseguglianze
- 201 La storia di Ama Sumani
- 201 La mente e la salute
- 201 Il figlio del soldato Keivan
- 201 L'acqua e la salute

Humanities

- 202 L'arte della Medicina.
Le muse nei reparti di Medicina
Danielle Ofri

Narrative medicine

- 204 Storie di malattia.
"Il capitale" di Piero Camporesi
Giancarlo Cerasoli

Il caso che insegna

- 207 Cefalea persistente e vomito ripetuto
in una bambina obesa
*Luciano de Seta, Maria S. Sabbatino,
Marco Maglione, Sara De Stefano*

Esperienze

- 210 La sessualità degli adolescenti *Oscar Rossi*

Proposte

- 213 Può esistere una sindrome di Munchausen
by doctors? O si tratta di una provocazione?
Italo Marinelli

Saper fare

- 216 Lo svezzamento e oltre, secondo natura:
gli attori, la posta in gioco, gli strumenti
Maurizio Iaia

Vaccinacipi

- 223 I vaccini del futuro e il futuro delle vaccinazioni
Luisella Grandori

Farmacipi

- 224 La vicenda dell'Agenzia Italiana
del Farmaco (AIFA) *Maurizio Bonati*

Tenstories

- 225 Progressi nella cura e prevenzione
della malaria: malattia mortale non più mortale
Stefania Manetti (a cura di)

Informazioni per genitori

- 226 Informazioni per aiutare un genitore
e un bambino da 0 a 5 anni
Stefania Manetti, Antonella Brunelli

Osservatorio internazionale

- 228 Medici di domani che guardano lontano
Andrea Labruto

Libri

- 230 Leggere il futuro *di Franco Dessì*
- 230 Armi, acciaio e malattie. Breve storia del mondo
negli ultimi tredicimila anni *di Jared Diamond*
- 230 Mappe del tesoro *di Roberto Cartocci*
- 231 La solitudine dei numeri primi
di Paolo Giordano

Nati per Leggere

- 232 Valle d'Aosta
- 232 Piemonte
- 233 Puglia
- 233 Seminario Nazionale a Lugo (RA)

Congressi controllo

- 234 Gli Argonauti IX. In viaggio per Itaca:
ripartire dai bambini
- 234 Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti
in Ospedale
- 234 International Society of Drug Bulletins
- 235 L'esperienza prenatale, tra neuroscienze,
medicina, psicologia ed educazione
- 235 "Nati per la Musica" a Busto Arsizio

Film

- 236 Non solo calcio in *L'anno in cui i miei genitori
andarono in vacanza*
Italo Spada

Acp news

- 237 Pacchetto Sicurezza
e diritti dei bambini immigrati *Laura Reali*
- 237 Bilancio del Congresso Nazionale ACP 2007

Lettere

- 238 La vicenda FIMP - Antitrust
- 239 Uno specializzando in dubbio *Renzo Isgrò*
- 239 Pochi pediatri? Ma davvero? *Enzo Calia*
- 240 Una mamma ringrazia

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2008 è di 100 euro; il 30% è attribuito al gruppo locale di appartenenza. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: Associazione Culturale Pediatri - via Montiferru, 6 - Narbolia (OR) indicando l'anno a cui si riferisce la quota. Per iscriversi la prima volta inviare una richiesta (fax 0793 027471 o una e-mail a acpnazionale@tiscali.it con cognome, nome, indirizzo e qualifica, e versare la quota sopra indicata. Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere "Quaderni acp" e, se richiesta, la Newsletter bimestrale sulle novità in letteratura. Hanno diritto a uno sconto del 50% sulla quota di abbonamento a "Medico e Bambino" e di 25 euro sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP. Possono usufruire di iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti come la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione, e altre materie dell'area pediatrica. Possono partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri argomenti. Per una descrizione più completa si può visitare il sito www.acp.it.