



Cure primarie: **si cambia**

Le linee programmatiche del Patto per la Salute 2012-2015 e le proposte dei sindacati sulla riorganizzazione delle cure primarie.

pagina **6**



Farmaci e bambini, troppe prescrizioni inappropriate

I dati dell'Osservatorio ARNO sulla popolazione pediatrica fotografano una situazione ricca di contraddizioni.

pagina **8**

Pediatria

Società Italiana di **Pediatria**
www.sip.it

Magazine della Società Italiana di Pediatria

volume 2 | numero 4 | **aprile 2012**

Pediatria **al bivio**

C'erano una volta le malattie infettive. C'era una volta la famiglia media italiana, con madre casalinga, tutt'al più maestra. C'era una volta il pediatra "di una volta". Oggi ci sono, sempre più numerose, le malattie croniche, le madri che lavorano a tempo pieno spesso precariamente, le famiglie monoparentali. In una società in cambiamento, nella quale mutano le condizioni familiari e sociali e con esse anche la domanda di salute, ha ancora un senso il nostro modello di organizzazione delle cure pediatriche? È il tema centrale di questo numero di "Pediatria", un tema davvero cruciale in questo momento. Mentre il Governo e le Regioni sono impegnati in Conferenza Stato-Regioni a ridisegnare le regole del Patto per la Salute (la cui firma, inizialmente prevista ad aprile, è slittata a ottobre) i pediatri italiani sono chiamati a costruire una propria proposta di riassetto della rete che superi le criticità attuali e porti la Pediatria verso il futuro. Su questo scenario si apre a Roma il 68° Congresso Nazionale SIP.



Quando il pediatra **incontra la famiglia**

Publicato su Pediatrics un articolo che sa di rivoluzione: il tema è la Patient-and Family-Centered Care. Il paziente e la sua famiglia coinvolti come soggetti attivi, protagonisti nel processo di sviluppo di salute.

pagina **10**



68° Congresso SIP
Stand Tecnimed n° 69

VISIOFOCUS®
Temperatura
a prima vista

Presentato il PNPV

A distanza di 5 anni dalla scadenza del Piano Nazionale Vaccini 2005-2007, la Conferenza Stato Regioni ha approvato il nuovo Piano 2012-2014. Obiettivo: limitare le disomogeneità e garantire un diritto equo alla prevenzione.

pagina **19**

In questo numero



Pediatria
anno 2 | numero 4 | aprile 2012

Magazine ufficiale
della **Società Italiana
di Pediatria (SIP)**
via Gioberti 60
00185 Roma
Tel. 06 4454912
www.sip.it
redazione@sip.it

DIRETTORE SCIENTIFICO
Alberto E. Tozzi

DIRETTORE
Cynthia Caruso

REDAZIONE
Rino Agostiniani
Sabrina Buonuomo
Francesco De Luca
Marina Macchiaiolo
Domenico Minasi

REDAZIONE EDITORIALE
David Frati
Manuela Moncada

PUBBLICITÀ E PROMOZIONE
Tiziana Tucci
Tel. 06 862 82 323
t.tucci@pensiero.it

Autorizzazione del Tribunale
di Roma n. 586/2002

ABBONAMENTI 2012

Numero Verde
800-259620

Individuale € 40,00
Istituti, enti, biblioteche € 80,00
Estero € 120,00

PRESIDENTE
Alberto G. Ugazio

CONSIGLIO DIRETTIVO
Antonio Corra
(Vicepresidente), Giovanni
Corsello (Vicepresidente),
Domenico Minasi (Tesoriere),
Rino Agostiniani (Segretario),
Luca Bernardo, Francesco
De Luca, Paolo Colleselli,
Marcello Lanari, Alberto Fabio
Podestà, Luigi Cataldi,
Riccardo Longhi, Maria Grazia
Sapia, Gian Paolo Salvioli
(Delegato della Conferenza
Nazionale), Alessandro Focchi
(Delegato del Consiglio
Nazionale), Giuseppe Di Mauro
(Delegato della Consulta
Nazionale)

Il Pensiero Scientifico
Editore
Via San Giovanni Valdarno 8
00138 Roma
Tel. 06 862 821
Fax 06 862 82 250
www.pensiero.it
www.facebook.com/
PensieroScientifico
twitter.com/ilpensiero

DIRETTORE RESPONSABILE
Giovanni Luca De Fiore

PROGETTO GRAFICO E IMPAGINAZIONE
Typo srl, Roma

IMMAGINI
© 2012 Photos.com

STAMPA
Arti Grafiche Tris, Roma
aprile 2012

Primo piano

Così non va, serve il coraggio di cambiare

INTERVISTA A ALBERTO G. UGAZIO

4

Cure primarie: si cambia

DOMENICO MINASI

6

Sollievo per le famiglie, autonomia per i bambini

INTERVISTA A ANGELO SELICORNI

7

Farmaci e bambini, troppe prescrizioni inappropriate

INTERVISTA A MARISA DE ROSA

8



4

Attualità

Quando il pediatra incontra la famiglia

ANDREA ALLIONE E RAFFAELE ARIGLIANI

9

Così ti sconfiggo il microbo!

12

Salvate quel museo

13

Probiotici: quali evidenze?

14

Pianeta SIP

Giocampus: un innovativo progetto di welfare community

16

Golden Pediatric Event, ecco la commissione

18



14

La clinica

Vi presento il PNPV

MARTA GIOFI DEGLI ATTÍ

19

Disturbi del linguaggio, come riconoscerli

STEFANO VICARI

21

Bambine che crescono troppo presto

FRANCESCO CHIARELLI

22

La cioccolata? Mette in crisi le certezze

SABRINA BUONUOMO

23

21



News

Alert farmaci

A CURA DI MARINA MACCHIAIOLO

24

Alert alimentazione

26

Giochi pericolosi

27

28



Pedi@tria

Gli occhiali di Google

A CURA DI ALBERTO E. TOZZI

28

Libri e film

29

News

30

Vicini di casa



Alberto E. Tozzi
 Coordinatore Area
 di Ricerca malattie
 multifattoriali
 e fenotipi complessi,
 Ospedale Pediatrico
 Bambino Gesù, Roma

Noi italiani, cittadini di un Paese finora sviluppato e più o meno benestante, cominciamo a fare i conti con i morsi della crisi economica, conoscendo percentuali di nuclei familiari poveri mai viste prima. Che questo possa avere a che fare con la salute dei bambini è un problema che non ci siamo ancora posti seriamente. Ma vicino a noi, in Grecia, un rapporto dell'UNICEF e dell'Università di Atene compie un'analisi spietata di come sono andate le cose. Ed è come un pugno nello stomaco. La Grecia combatte contro una crisi profonda da almeno 4 anni e le stime più ottimistiche dicono che almeno il 20% delle famiglie vive in condizioni di povertà e che oltre 430.000 bambini hanno come conseguenza uno stato di malnutrizione. Un'ulteriore conseguenza è che almeno 100.000 minorenni sono costretti a lavorare per integrare il bilancio familiare. Avevamo imparato che il disagio sociale e la povertà potevano avere una inattesa conseguenza: un'alimentazione fatta di cibi di bassa qualità con elevato contenuto calorico e tanti obesi. La malnutrizione è un problema ben più grave. Non so se e come l'economia di tutta Europa possa risalire la china, ma i segnali che provengono dal monitoraggio della salute dei bambini sono preoccupanti. Come tutte le categorie deboli, i bambini sono la spia di un malessere profondo che affligge la società intera. Alla

malnutrizione si accompagnano la difficoltà di accesso alle strutture sanitarie e a cure adeguate, la difficoltà ad essere vaccinati secondo le raccomandazioni standard, il disagio psicologico e probabilmente un aumento della mortalità. Questi segnali vengono riconosciuti tardi, quando la frittata è fatta.

Ma se il benessere dei bambini è il termometro del benessere dell'intera società si profila per i pediatri un ruolo che viene generalmente demandato alle istituzioni: il monitoraggio delle condizioni dei bambini. Questa attività richiede lo sforzo di integrare informazioni che provengono non solo da indicatori socio-demografici ma anche dall'analisi costante dello stato di salute che viene direttamente rilevato dai pediatri stessi. Non si tratta di un'idea originale, molti Paesi rinforzano le attività di monitoraggio dello stato di salute dei bambini durante i periodi di recessione. E le risorse web permettono ormai di raccogliere le informazioni in maniera tempestiva e di analizzarle rapidamente. Con questi dati si costruisce la politica dedicata ai bambini, si identificano le priorità e si cerca di trovare le soluzioni più opportune. L'esperienza della SIP nella redazione del Libro Bianco è emblematica. Il quadro che emerge dall'analisi dello stato di salute dei bambini italiani non ci pone ai livelli drammatici individuati in Grecia, ma altri problemi incombono. Speriamo di vedere il meno possibile i segni della povertà sui nostri bambini, ma è importante tenere gli occhi aperti e continuare a misurare per non trovarci impreparati. ■

Bambini disabili: fragili, tanti, complessi

Tra le sfide assistenziali della Pediatria di oggi e di domani, un posto di primo piano hanno le risposte ai bisogni di salute dei bambini con disabilità, congenite o acquisite. Il numero dei bambini disabili è in continuo incremento per la loro prolungata sopravvivenza e per il miglioramento della loro qualità di vita e di salute dovuto ad una oculata gestione clinica e ai molteplici trattamenti medici, chirurgici e abilitativi possibili e messi in atto. Quelli che un tempo erano definiti bambini con malattie rare oggi sono nel loro complesso così tanti da costituire una forza di grande impatto sociale.

A fronte della grande eterogeneità delle cause e dei quadri clinici di disabilità, vi è una relativa omogeneità dei bisogni assistenziali di questi bambini e delle loro famiglie. La loro fragilità (intesa come suscettibilità a complicanze e ad eventi che ne mettono a rischio la sopravvivenza o lo stato di salute) e la loro complessità (intesa come necessità di ricevere interventi multidisciplinari programmati secondo piani assistenziali individualizzati) sono gli elementi che più caratterizzano questi bambini. Oggi il sistema sanitario deve garantire una rete integrata di servizi sia in ambito ospedaliero che territoriale, nella quale i pediatri di famiglia ed ospedalieri devono cooperare con gli specialisti dell'area pediatrica secondo un modello consolidato di hub and spoke. Centri ospedalieri di riferimento, continuità assistenziale, assistenza domiciliare, integrazione socio-sanitaria vanno organizzati meglio e in tutto il territorio nazionale per tutelare e per promuovere la salute dei bambini disabili. La medicina moderna, fatta di health technology, di patient empowerment, di information society, di ausili sociali e science policy, deve essere indirizzata anche nel settore della disabilità



Giovanni Corsello
 Vicepresidente SIP,
 Coordinatore Commissione
 congiunta SIP/SIMGEPED
 Malattie Rare e Croniche
 Complesse

per gestirne meglio la complessità. Tutto questo senza perdere mai di vista la globalità dell'approccio clinico alla persona, che va presa in carico considerando i suoi bisogni non solo specialistici ma anche umani e psicologici. È il concetto moderno di "care", termine anglosassone che esprime con una sintesi efficace i diversi aspetti di questo approccio globale alla persona e alla sua famiglia, intessuto di equità, di solidarietà e di efficacia. Il mondo del volontariato e le associazioni di familiari devono svolgere un ruolo di advocacy nella società, in sinergia con i pediatri e gli specialisti coinvolti nella assistenza sanitaria integrata. Anche la ricerca e la formazione vanno ripensati e riprogrammati potenziando questi aspetti, con interventi a vasto raggio che devono cominciare dai percorsi di formazione del medico e degli specialisti. I curricula dei medici e dei pediatri devono garantire conoscenze e competenze su aree e settori un tempo considerati di nicchia, quali la bioetica e le medical humanities, che sono ormai ineludibili per una gestione di pazienti con patologie complesse quali le disabilità al pari delle discipline tecniche. Su queste basi poggia oggi la costruzione di un sistema sanitario teso verso la promozione della salute, all'insegna di obiettivi quali uguaglianza sociale, omogeneità territoriale e accesso paritario ai servizi, temi cari a tutti coloro che hanno a cuore i bambini disabili e le loro famiglie. ■

Così non va, serve il coraggio di cambiare

L'unico modo per salvare la Pediatria universalistica è prendere atto che va riformata, spiega il Presidente della SIP

“**I**nutile girarci intorno. La rete pediatrica oltre che economicamente insostenibile è obsoleta, pensata per la società italiana di cinquant'anni fa, che oggi non esiste più. Bisogna avere il coraggio di cambiare per alzare gli standard qualitativi e ridurre i costi. Se non lo faremo, le decisioni verranno prese da altri con il rischio facilmente prevedibile di mettere a repentaglio la salute dei bambini affidati alle nostre cure”. È il messaggio che il Presidente della SIP Alberto G. Ugazio lancia ai pediatri italiani all'indomani della diffusione del documento preliminare “Verso la Nuova Rete Pediatrica Integrata”, testo che rappresenta la prima base di discussione per arrivare alla stesura di una proposta definitiva alla cui costruzione sono chiamati a collaborare tutti i pediatri italiani, che già da ora, numerosi, stanno partecipando alla discussione sul sito SIP (www.sip.it).

Quali sono le ragioni che hanno portato alla stesura della bozza di documento “Verso la Nuova Rete Pediatrica Integrata”?

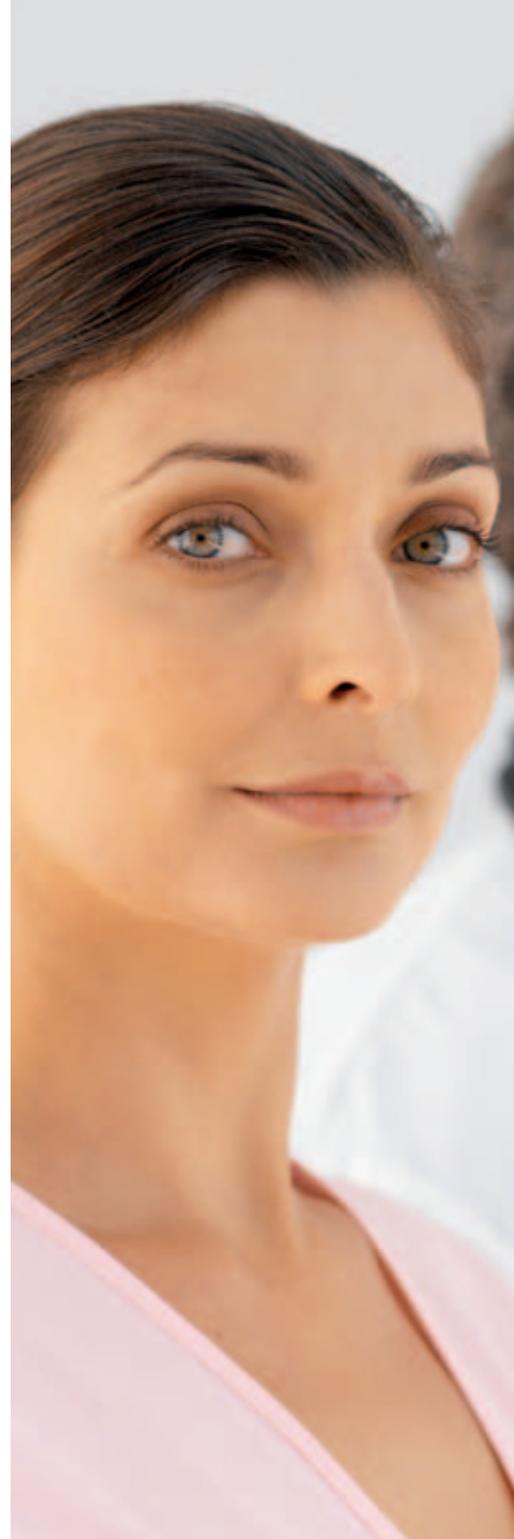
A monte del documento c'è la constatazione che è cambiata la domanda di salute, in larga misura perché sono cambiate le condizioni sociali e la stessa epidemiologia delle malattie. Emerge sempre più chiaramente che la nostra Pediatria, pur avendo raggiunto standard qualitativi elevati che ci vengono riconosciuti anche dall'OMS, presenta indubbi problemi di efficienza. Siamo il Paese con il più alto numero di pediatri in rapporto ai bambini: circa 1 ogni 571 nella fascia 0-14



anni. Un sistema eccellente dal punto di vista qualitativo, ma con costi non più sostenibili, soprattutto in questo momento economico. Non è una considerazione che la SIP ha fatto da sola: il Ministero della Salute e le Regioni ci stanno mettendo le mani da tempo. E il nostro timore è che se lo faranno senza l'aiuto dei pediatri, finiranno con il realizzare una riforma che non avrà come finalità quella di rispondere al meglio ai nuovi bisogni di salute dei bambini e delle loro famiglie, ma solo a logiche economiche.

Quali sono i nuovi bisogni di salute che la bozza di documento SIP evidenzia?

Da un lato diventa sempre più strategica la Pediatria preventiva: è sempre più evidente come la prevenzione delle maggiori cause di morbilità e mortalità dipenda dall'adozione di stili di vita salutari che per essere efficaci devono essere introdotti sin dalle prime età della vita. Per converso vi è la necessità di dare risposte adeguate ai tanti bambini che soffrono di patologie croniche complesse e rare. Se si combinano queste due necessità con i cambiamenti in atto nella società emergono alcuni bisogni che l'attuale rete pediatrica non può più soddisfare. Per esempio l'adozione di stili di vita





salutari presuppone un'integrazione tra varie figure professionali come l'infermiere pediatrico, il nutrizionista, lo psicopedagogo e così via. È difficile che il pediatra da solo possa rispondere a una domanda di salute che è sempre più articolata. Ecco perché la figura del medico di un tempo, isolato nel suo ambulatorio, non ha più senso ormai. Questa figura dovrà lasciare il posto a professionisti il compito dei quali sarà sempre di più quello di coordinare team multidisciplinari. Non a caso l'American Academy of Pediatrics organizza corsi di formazione per addestrare i pediatri alla leadership.

Qual è il contesto organizzativo in cui tutto ciò potrebbe realizzarsi?

Il modello delle equipe socio-sanitarie multispecialistiche e multidisciplinari, nelle quali i pediatri vengono affiancati da altre figure professionali, sembra il più adatto a garantire continuità delle cure sul territorio e a rispondere in maniera adeguata ai bisogni di salute che vengono dalla società contemporanea. Pensiamo alle nuove famiglie, pensiamo ai numerosi bambini che vivono con un solo genitore, alle donne che lavorano tutto il giorno, ai genitori con lavori precari: soggetti che si riversano in

ospedale perché non possono andare in ambulatorio in orario di ufficio, perché magari hanno solo il sabato pomeriggio libero. Le famiglie italiane e i nostri bambini hanno diritto ad avere un'assistenza h24, sette giorni su sette. È lo stesso motivo per cui i centri commerciali sono aperti anche di domenica. Vent'anni fa non ce n'era bisogno, perché c'erano le casalinghe.

Ma l'assistenza h24, sette giorni su sette, presuppone risorse che la Pediatria non ha...

Proprio per questo motivo bisogna razionalizzare la rete. Occorre chiudere i piccoli

reparti di Pediatria e trasferire i pediatri dall'ospedale al territorio. Insieme ai colleghi di libera scelta questi pediatri dovrebbero confluire nei CTASP (Centri Territoriali per l'Assistenza Socio Sanitaria Pediatrica) che, con opportune turnazioni, dovrebbero garantire attività continuativa anche la notte e nel fine settimana. Dall'altro lato occorre invece rafforzare i reparti multispecialistici dei grandi ospedali. I genitori devono convincersi che non è possibile avere l'ospedale sotto casa. Non è con il proliferare di piccoli reparti che si garantisce un'assistenza adeguata sul territorio.

Qual è stata finora la risposta dei pediatri alla bozza di documento?

Al momento le opinioni sono complementari, alcune concordi, altre difformi. Il Direttivo dovrà fare una sintesi delle diverse posizioni. Quello che è certo è che questo sistema non è più sostenibile: il numero dei pediatri è destinato a ridursi, non ce la faremo a dare risposte a tutti i bambini, vogliamo forse consegnarli ai medici degli adulti? Non si può pensare di difendere il sistema della Pediatria universalistica difendendo un modello obsoleto. E la Società Italiana di Pediatria crede fortemente nel diritto di ogni bambino di poter contare sulle cure di un pediatra. L'unico modo per salvarlo è cambiarlo. ■

”

Consulta il documento preliminare "Verso la Nuova Rete Pediatrica Integrata" e partecipa al dibattito sul sito SIP:
<http://goo.gl/ieSw9>

Cure primarie: si cambia

*Le linee programmatiche
del Patto per la Salute 2012-2015
e le proposte dei sindacati*



Domenico Minasi
Tesoriere SIP

Universalità del Sistema Sanitario Nazionale che garantisca a tutti i cittadini del Paese livelli essenziali di assistenza (LEA); miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle cure e dei servizi; adeguate risorse finanziarie per sostenere il SSN: sono questi i principi guida per l'elaborazione del nuovo Patto per la Salute 2012-2015, la cui firma è slittata all'autunno. In questa prospettiva la Conferenza Stato-Regioni ha già individuato i quattro ambiti all'interno dei quali dovranno prioritariamente essere raggiunti gli obiettivi di miglioramento e innovazione:

- ▼ cure primarie, con lo sviluppo di forme associative complesse;
- ▼ incremento delle reti integrate dei servizi per un'adeguata presa in carico dei cittadini, con particolare riferimento alla cronicità e alla non-autosufficienza;
- ▼ nuove regole per i piani di rientro delle Regioni in disavanzo per assicurarne l'efficacia dal punto di vista della qualità dei servizi e del governo della spesa;
- ▼ garanzia di investimenti adeguati per poter sostenere le innovazioni e l'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie pubbliche.

La riorganizzazione delle cure primarie rappresenta il settore in cui sono attesi i cambiamenti più importanti. Le linee di indirizzo prevedono la realizzazione di strutture all'interno delle quali dovranno operare tutti i professionisti del territorio. La creazione di queste strutture dovrà avvenire in via prioritaria attraverso la riconversione di piccoli ospedali che consentirà di trasferire sul territorio tutte le attività assistenziali per la gestione delle patologie croniche e di rafforzare le cure domiciliari. In queste strutture i pazienti potranno rice-

vere l'assistenza primaria da parte delle equipe multiprofessionali territoriali (medici generalisti, pediatri, altri medici specialisti, infermieri, ostetriche, figure amministrative ecc.), le prestazioni specialistiche ed avere accesso ad ambulatori infermieristici per la gestione delle patologie croniche. Le strutture per le cure primarie espletteranno anche attività di consulenza per la medicina territoriale utili per una migliore definizione dei problemi di salute del paziente.

Altro elemento innovativo riguarda la continuità assistenziale con possibilità di affidarla non solo ai medici di continuità assistenziale ma all'intera equipe territoriale per garantire l'assistenza sul territorio h24 e per tutta la settimana. Questa ipotesi di riordino delle cure primarie, in fase di studio ma aperta alla discussione, ha acceso il confronto tra le parti sociali, con associazioni e sindacati di categoria che hanno avanzato loro proposte alternative. Diversi i suggerimenti: dalla strutturazione di ambulatori distrettuali h12 per l'assistenza ai cronici (SNAMI) all'abolizione della guardia medica con il passaggio alla MG dei 13.000 professionisti che oggi operano nelle guardie (Fp-CGIL); dall'integrazione dei MMG e del PLS nelle attività sanitarie del territorio per intercettare codici bianchi e verdi (Fp-CGIL) alla riforma dell'articolo 8 della 502/92 con coinvolgimento del territorio nel governo clinico e codificazione dei rapporti tra medici del SSN dipendenti e convenzionati (CIMO, FIMP, FIMMG, SUMAI).

Si allarga insomma sempre più il ventaglio di proposte tra le quali il Ministero della Salute dovrà scegliere quella che consentirà di realizzare concretamente quell'integrazione ospedale-territorio da tutti auspicata, ma che fino ad oggi non ha trovato una compiuta ed efficace attuazione. ■

Sollievo per le famiglie, autonomia per i bambini

Sono molti e complessi i bisogni di salute dei bambini disabili e i problemi quotidiani delle loro famiglie

Sono sempre di più i bambini con disabilità, congenita o acquisita, e con malattie rare e croniche: i dati epidemiologici ci dicono che circa 1 bambino ogni 200 presenta un problema clinico complesso su base costituzionale. Non a caso lo slogan delle associazioni di malati rari è “Rari ma tanti”. La risposta ai bisogni di salute di questi pazienti e delle loro famiglie è una delle sfide centrali della Pediatria. Ne abbiamo parlato con Angelo Selicorni, Presidente della Società Italiana Malattie Genetiche Pediatriche e Disabilità Congenite (SIMGePeD).



Quali sono oggi i bisogni di salute dei bambini disabili?

Sono molti e complessi. Spesso il banale espletamento delle funzioni elementari del nostro organismo, come mangiare, bere, respirare e scaricarsi può essere assai problematico per difficoltà di deglutizione che condizionano infezioni respiratorie ricorrenti, reflusso gastro-esofageo o stipsi cronica. A questo si aggiungono problematiche neurosensoriali (visive ed uditive), neurologiche (epilessia di vario tipo e natura, distonie) e ortopediche (cifosi, scoliosi). A seconda della storia naturale della condizione di base, possono essere poi presenti specifiche patologie congenite

d'organo (a carico del cuore, dell'apparato urogenitale, del sistema nervoso centrale ecc.). Accanto a tutto ciò va poi considerata la sfera dello sviluppo psicomotorio che ha a che fare con l'acquisizione del maggior livello funzionale possibile nel campo motorio, cognitivo, della comunicazione e dell'autonomia personale.

Quale supporto va richiesto alle istituzioni per garantire l'integrazione socio-sanitaria?

Le famiglie di questi bambini da sempre svolgono un lavoro pazzesco per tenere insieme i vari pezzi del percorso assistenziale dei loro figli. Il primo supporto per migliorare l'integrazione socio-sanitaria è quindi la creazione di reti di comunicazione tra servizi e tra specialisti definite e riconosciute, per evitare che la comunicazione tra operatori sia lasciata alla sola discrezionalità e buona volontà degli stessi. Vi sono poi altri due concetti-chiave: sollievo e promozione della maggiore autonomia possibile. Queste famiglie devono poter contare su



strutture che assicurino loro di poter “tirare il fiato” periodicamente, per loro stessi e per gli altri figli sani, pur garantendo un accudimento adeguato al figlio disabile. Infine la creazione di percorsi territoriali di promozione dell'autonomia possibile è uno sforzo decisivo che migliora la qualità di vita del singolo bambino/ragazzo disabile e, prospetticamente, riduce i “costi” assistenziali per l'intera società.

La formazione riveste un ruolo essenziale: come vanno pensati i piani formativi rivolti ai pediatri che devono occuparsi di questi bambini?

Dobbiamo avere la consapevolezza che la disabilità rappresenta ormai una delle priorità assistenziali per numerosità, diffusione e complessità. In Italia ogni pediatra ha un suo ruolo unico e insostituibile nel percorso di vita di questi bambini e di queste famiglie. In relazione a questo è indispensabile predisporre capillari piani di formazione nella cosiddetta Pediatria della disabilità, cioè nella formazione teorico-pratica in tutte quelle aree “trasversali” che abbiamo citato e che caratterizzano la gran parte della storia naturale di questi bambini. ■

Se ne parla al 68° Congresso Nazionale SIP nelle sessioni:

- “I bambini con malattie croniche complesse: dall'ospedale al territorio”, 9 maggio ore 11
- “Emergenze nelle malattie rare”, 9 maggio ore 12
- “Disabilità e malattie croniche”, 11 maggio ore 17

Farmaci e bambini, troppe prescrizioni inappropriate

I dati dell'Osservatorio ARNO sulla popolazione pediatrica fotografano una situazione ricca di contraddizioni

Prescrizioni eccessive di antivirali, di corticosteroidi e di antiseptici; patologie emergenti come l'ipotiroidismo; ma anche appropriatezza dei ricoveri: è il quadro eterogeneo che emerge dal rapporto 2011 "Osservatorio ARNO Bambini - I profili assistenziali delle popolazioni in età pediatrica". Lo studio ha indagato le caratteristiche della popolazione pediatrica che ha avuto almeno una prestazione sanitaria nel corso del 2010, considerando le prescrizioni farmaceutiche del SSN, i ricoveri ordinari o gli accessi in day hospital e le prestazioni specialistiche o diagnostiche. Ne parliamo con Marisa De Rosa, Direttrice del Dipartimento Sistemi Informativi e Servizi per la Sanità (SISS) di CINECA (Consorzio Interuniversitario per il Calcolo Automatico), che ha curato il rapporto.

Leggendo il rapporto "Osservatorio ARNO Bambini", colpisce la tabella relativa ai primi 15 gruppi terapeutici più prescritti. Come mai è così elevato il consumo di antivirali in età pediatrica nel nostro Paese? E come si giustifica l'uso di antelmintici e di antidiarroici?

La prescrizione di antivirali si concentra essenzialmente sull'aciclovir, utilizzato per la terapia della varicella, patologia che presenta ancora una prevalenza piuttosto estesa in età pediatrica. La prescrizione in Italia risulta elevata rispetto agli altri Paesi perché in caso di varicella qui molti pediatri tendono a prescrivere di routine l'antivirale nonostante ne sia documentata la limitata

efficacia nella terapia di questa malattia. Il ricorso agli antidiarroici invece si correla con la frequenza delle infezioni intestinali di origine virale, che si diffondono in età prescolare per effetto della frequenza della scuola materna. Anche se gli episodi di diarrea sono considerati autolimitanti e l'uso di soluzioni reidratanti è ritenuta la soluzione appropriata, in realtà esiste un ampio ricorso agli antidiarroici, che può essere spiegato dalla necessità delle famiglie di velocizzare il rientro del bambino a scuola e dalla conseguente pressione che i genitori esercitano sul curante. L'aumento di bambini immigrati da aree geografiche nelle quali le infestazioni da elminti sono endemiche costituisce infine la



spiegazione della prescrizione di farmaci antelmintici.

Tra gli antibiotici, i macrolidi sono estremamente popolari. Perché?

Perché sono antibatterici ad ampio spettro che trovano un'indicazione nel trattamento di diverse forme batteriche quali enteriti, infezioni delle prime vie respiratorie, polmonite, profilassi della pertosse. Essi rappresentano una valida alternativa all'uso delle penicilline, nei casi di intolleranza alle stesse o di scarsa compliance del bambino al loro utilizzo.

Uno degli approfondimenti del rapporto riguarda l'uso dei farmaci antiseptici (anti H2 e IPP). Rispetto agli anni precedenti come è quanto è cambiata la prescrizione di questi farmaci?

Dai dati dell'"Osservatorio ARNO Bambini" emerge che in questi ultimi 10 anni vi è stato un incremento di 2 volte e mezzo nell'utilizzo dei farmaci antiseptici (passiamo dal 2 al 6%), che vengono prescritti soprattutto a bambini al di sotto dei 2 anni. Questo incremento si è avuto nonostante le linee-guida non ne approvino l'uso al di sotto del primo anno di vita, in cui i sintomi di una malattia da reflusso spesso vanno incontro ad una risoluzione spontanea. Questa categoria di farmaci rientra in quella sorta di trattamenti sintomatici usati come "scorciatoia" per problemi che potrebbero trovare soluzioni di altro tipo. Va osservato anche il fatto che, con la disponibilità di nuovi farmaci ad attività simile, non vi è stato un fenomeno di sostituzione, ma di aggiunta: l'incremento di prescrizione ha interessato infatti tutte le molecole via via disponibili sul mercato.



tasso d'incidenza dello 0,034‰) a 36 casi del 2010 (tasso 0,096‰). Questi numeri potrebbero documentare una crescita dell'ipotiroidismo congenito. Ma il dato, riportato anche in letteratura, non è di facile comprensione, in quanto sono molteplici i fattori che concorrono alla sua determinazione. Fra questi un ruolo importante lo riveste il miglioramento dei test di analisi per la valutazione dei valori degli ormoni tiroidei e del TSH. È interessante far notare che attraverso i dati di prescrizione viene tracciato anche un trend in aumento di bambini che hanno iniziato un trattamento con ormone tiroideo dopo il primo anno di vita, e questo fenomeno può rappresentare un tracciante del fenomeno dell'ipotiroidismo acquisito. Sono ovviamente necessari opportuni approfondimenti per confermare la validità di questa interessante (ed allarmante) ipotesi epidemiologica.

Dal punto di vista dei costi sanitari, quali sono le aree in cui si potrebbe migliorare?
I costi sanitari relativi alla popolazione pediatrica sono

I primi 15 gruppi terapeutici (ATC II livello) più prescritti su 76 totali

Rank	ATC II livello	Descrizione	Prevalenza
1	J01	Antibatterici ad uso sistemico	48,2
2	R03	Antiasmatici	25,6
3	H02	Corticosteroidi sistemici	8,6
4	R06	Antistaminici per uso sistemico	6,0
5	J05	Antivirali per uso sistemico	1,6
6	A07	Antidiarroeici, antinfiammatori ed antimicrobici intestinali	1,1
7	A11	Vitamine	1,1
8	P02	Antelmintici	0,9
9	A02	Antiacidi, antimeteorici ed antiulcera peptica	0,9
10	B03	Farmaci antianemici	0,8
11	N03	Antiepilettici	0,4
12	B02	Antiemorragici	0,3
13	M01	Farmaci antinfiammatori ed antireumatici	0,3
14	D07	Corticosteroidi, preparati dermatologici	0,2
15	H01	Ormoni ipofisari, ipotalamici ed analoghi	0,2

assai ridotti, al contrario di quelli relativi agli adulti e agli anziani, in cui la cronicità incide notevolmente. Dal punto di vista dei costi relativi ai farmaci, si potrebbe incentivare ulteriormente la prescrizione di farmaci equivalenti, che attualmente copre il 42% della spesa farmaceutica. Anche alcune aree di appropriatezza

prescrittiva (antibiotici, cortisonici, antiasmatici) potrebbero essere migliorate se nella pratica clinica ci fosse una maggior adesione alle evidenze e ai documenti di consenso delle società scientifiche pediatriche. Per quanto riguarda invece i ricoveri/accessi ospedalieri, che assorbono il 61% della spesa complessiva, la maggior percentuale è attribuibile al periodo neonatale (prematurità e basso peso alla nascita, bronchioliti). Tuttavia è assai difficile mettere in atto misure che possano contenere questa voce di spesa. L'analisi documenta una sostanziale appropriatezza dei ricoveri, e la possibilità di miglioramento della piccola frazione di ricoveri ripetuti (febbre, colite), che possono essere gestiti in ambito territoriale. ■



Cambiamo argomento clinico: emerge un aumento rilevante di bambini trattati per ipotiroidismo. Come interpretare questo dato?

Il fenomeno ha una bassa prevalenza, ma è clinicamente rilevante. L'analisi dei dati di consumo di questa categoria di farmaci mette in evidenza un trend in aumento dal 2000 al 2010. Nel primo anno di vita è evidente un'incidenza crescente nel decennio, che va dai 12 casi del 2001 (pari ad un

Osservatorio ARNO Bambini, gli highlights

- 58 bambini su 100 hanno ricevuto almeno 1 farmaco nel corso dell'anno.
- 2,7 confezioni di farmaci sono state prescritte in media ad ogni bambino, con una spesa media di circa 36 €.
- 3 classi di farmaci coprono il 96% delle prescrizioni: antibiotici (prevalenza media: 48%), antiasmatici (26%) e corticosteroidi (8,6%).
- 675 i principi attivi prescritti ai bambini, molti di più rispetto a quanto avviene nel contesto europeo, anche se nel campione in studio ne sono sufficienti 20 per rispondere all'82% dei bisogni terapeutici.
- 7 bambini su 100 effettuano ricoveri ospedalieri (ordinari o day hospital): le complicanze collegate a diarrea e vomito, polmoniti e broncopolmoniti sono le cause principali.
- 57 bambini su 100 hanno effettuato almeno 1 prestazione specialistica/diagnostica nel corso dell'anno.
- 260 € è il costo medio annuo di un bambino per il Servizio Sanitario Nazionale, rispetto ai circa 1000 € dei pazienti over 14.

Scarica il rapporto "Osservatorio ARNO Bambini - I profili assistenziali delle popolazioni in età pediatrica" <http://goo.gl/y8wH5>

Marisa De Rosa

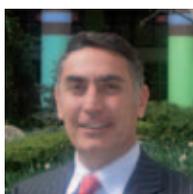
interverrà al Congresso SIP l'11 maggio 2012 nella sessione "Uso e abuso degli antivirali: ma la varicella non si può prevenire?"

Quando il pediatra incontra la famiglia

Publicato su Pediatrics un articolo che sa di rivoluzione: il tema è la Patient-and Family-Centered Care



Andrea Allione
Docente Scuola di Counseling
IMR (www.italianmr.it)



Raffaele Arigliani
Presidente Commissione
Counseling SIP

La signora Sandra entra in studio. Ha il volto provato, gli occhi segnati. Contemporaneamente sta intimando a Stefano di non strillare e di raccogliere la macchinina che corre sul pavimento della sala d'aspetto. Lucia, la bimba che tiene in braccio e sta piangendo, ha compiuto da qualche giorno cinque mesi. Stefano invece ha quasi quattro anni. Il pediatra la fa sedere: Sandra è in affanno, visibilmente stanca. Racconta che da quando è nata la piccola non riesce più a riposare. Di notte Lucia si sveglia frequentemente per delle coliche; di giorno Stefano, che durante l'inverno è stato spesso a casa per vari episodi di influenza, manifesta richieste continue. Suo marito rientra tardi e "pretende che tutto sia pronto". Sandra non ce la fa più: "Dottore, almeno mi dia qualcosa per far dormire Lucia!". Quante volte il pediatra ha incontrato signora Sandra, madri affaticate che cercano conforto e supporto a queste impegnative situazioni. E quante volte si sarà chiesto se dare un po' di ascolto e consolazione oppure se, scrutando la coda delle persone sedute in sala d'attesa, stringere i tempi. Non è soltanto questione di volontà, ma di priorità e di organizzazione del lavoro.

In realtà la capacità/possibilità del pediatra di porre attenzione a questa persona, al suo vissuto, alle sue aspettative, è un aspetto cruciale e rilevante nel processo di cura erogato, che influisce sugli esiti dello stesso. La vita, il contesto, la cultura, le emozioni, le aspettative che Sandra porta in studio sono un elemento che non può e non deve esser trascurato. È quanto sostiene l'American Academy of Pediatrics, che nel febbraio 2012 ha pubblicato su Pediatrics l'articolo "Patient-and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role", uno scritto davvero innovativo. Che si trattasse di un tema importante si sapeva, ma il passo che ci viene proposto in maniera "ufficiale" ed evidence based dall'AAP è a ben guardare una rivoluzione copernicana: non più al centro la ma-



lattia separata dal malato (disease) ma al centro il paziente e la sua famiglia (approccio PFCC) coinvolti come soggetti attivi, protagonisti nel processo di sviluppo di salute. Con la PFCC si richiede al medico di acquisire abilità professionali di ascolto, empatia, comunicazione (abilità di counseling) e si richiede al Sistema Sanitario di riorganizzare le strutture e le modalità d'intervento (arricchendole con "procedure relazionali") per valorizzare il paziente e la famiglia, coinvolgendoli attivamente nel processo di cura.

Come farlo? Ecco alcuni principi cardine: ascol-

tare e rispettare ogni bambino e ogni famiglia a prescindere dalla provenienza etnica, culturale e dalla situazione socio-economica. Avere flessibilità, facilitando la scelta per il bambino e la famiglia sugli approcci alla cura. Condividere le informazioni in modo completo, onesto e imparziale con i pazienti e le loro famiglie, in modalità fruibili alle diverse comunità linguistiche e culturali. Predisporre il personale e i turni in ospedale in modo da favorire l'acquisizione di informazioni e il coinvolgimento del personale nel processo decisionale. Assicurare il sostegno al bambino e alla famiglia in ogni fase della vita del bambino. Riconoscere e valorizzare i punti di forza, le risorse dei singoli bambini e delle famiglie, coinvolgendoli nei processi di scelta e decisione. Rendere presenti le famiglie in comitati, task-force, gruppi di consulenza, progetti di ricerca medica. Utilizzare procedure di verifica del reale utilizzo della PFCC da parte di tutti.

L'AAP evidenzia come l'approccio PFCC riesca ad ottenere tre macroaree di risultati incredibilmente positivi:

- ▼ maggiore soddisfazione dei familiari, con riduzione dell'ansia, aumento della loro capacità di gestire le situazioni critiche di malattia con conseguenti benefici sul processo di cura;

- ▼ maggiore soddisfazione dei medici e del personale sanitario nell'esercizio della professione;

- ▼ riduzione dei costi sanitari: diminuiscono gli accessi ai pronto soccorso, diminuiscono le denunce di malpractice e i contenziosi, diminuisce il turnover degli operatori sanitari, si riducono i tempi di degenza in ospedale dei bambini.

Come realizzare la trasformazione della nostra assistenza di base e ospedaliera secondo l'approccio PFCC? Ben 17 raccomandazioni sono indicate a conclusione dell'articolo di Pediatrics per guidare in questo processo, che oltre ad essere auspicabile viene indicato di fatto come possibile se si agisce sui due fronti della formazione alla PFCC di tutti gli operatori e di progressivi adattamenti organizzativi. Non ci illudiamo che questo passaggio di mentalità sia semplice o indolore, tuttavia anche in Italia recenti esperienze ci confermano come l'approccio PFCC sia un'esigenza da parte di tutti i medici e non solo dei pediatri. La SIP altresì, per tramite della Commissione Counseling ed in collaborazione con l'European Academy of Paediatrics, sta attivamente lavorando ad elaborare raccomandazioni PFCC per i pediatri italiani ed europei. ■

PubMed

▼ COMMITTEE ON HOSPITAL CARE and INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE. Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role, Pediatrics 2012;129(2);394-404 doi: 10.1542/peds.2011-3084

Nutramigen
Ogni boccone conta ...
Specialmente per i bambini con
Allergia al Latte Vaccino

Nutramigen 2 LGG,
per lo svezzamento del bambino allergico dal 6° mese di vita
e come sostituto del latte dopo i 12 mesi

MeadJohnson
Nutrition
Via del Foggio Laurentino, 118
00144 Roma
www.meadJohnson.it

AVVISO IMPORTANTE: Il latte materno è l'alimento ideale per il lattante. Continuazione dell'allattamento al seno con l'aggiunta di latte materno e l'introduzione di alimenti artificiali può ridurre le secrezioni di latte materno. Il maggior beneficio dell'allattamento al seno deriva essere considerato prima di iniziare l'alimentazione con un latte per l'infanzia. Inoltre, il manuale ospedaliero fornisce le istruzioni per la preparazione del latte per il neonato premiato per la salute del bambino. La scelta del latte più adatto per il bambino deve essere sempre consultata dal pediatra. Nutramigen 2 LGG con LPS, è un alimento dietetico a fini medici speciali e deve essere usato sotto il controllo del medico.

© 2012 Mead Johnson & Company, LLC. Tutti i diritti riservati.

Così ti sconfiggo il microbo!

Un intervento di educazione sanitaria sui bambini prevede l'uso di videogiochi per facilitare la comprensione nel campo delle patologie infettive

Forse il termine "gamification" non vi dice nulla, eppure da almeno un anno è una delle parole più in voga nel mondo della comunicazione e del marketing. Derivata dalla parola inglese "game" (gioco), la gamification è in sintesi l'utilizzo di logiche e dinamiche tipiche dei giochi (e dei videogiochi) in ambiti non tipicamente ludici: il primo settore ad aver colto il potenziale di questo approccio è stato quello commerciale. Ma il suo utilizzo si sta rapidamente diffondendo in altri campi, con lo scopo di favorire la trasmissione di concetti e di conoscenze. E allora ecco che la gamification sta facendo timidamente capolino anche nel mondo sanitario e in quello educativo, con progetti come Edugames4all.

Edugames4all (www.edugames4all.org) è un progetto del City eHealth Research Centre (CeRC) della City University di Londra che ha lo scopo, attraverso videogiochi web-based, di trasmettere o rafforzare la conoscenza di base dei microbi, dell'igiene delle mani e dei benefici di un uso prudente degli antibiotici presso il pubblico dei bambini e dei ragazzi. Questi argomenti sono di grande importanza per la salute, e prova ne è il fatto che in Europa la resistenza ai microbi rimane uno dei problemi chiave in comunità e negli ospedali, ed è legata a un uso errato degli antibiotici. La mancanza di consapevolezza



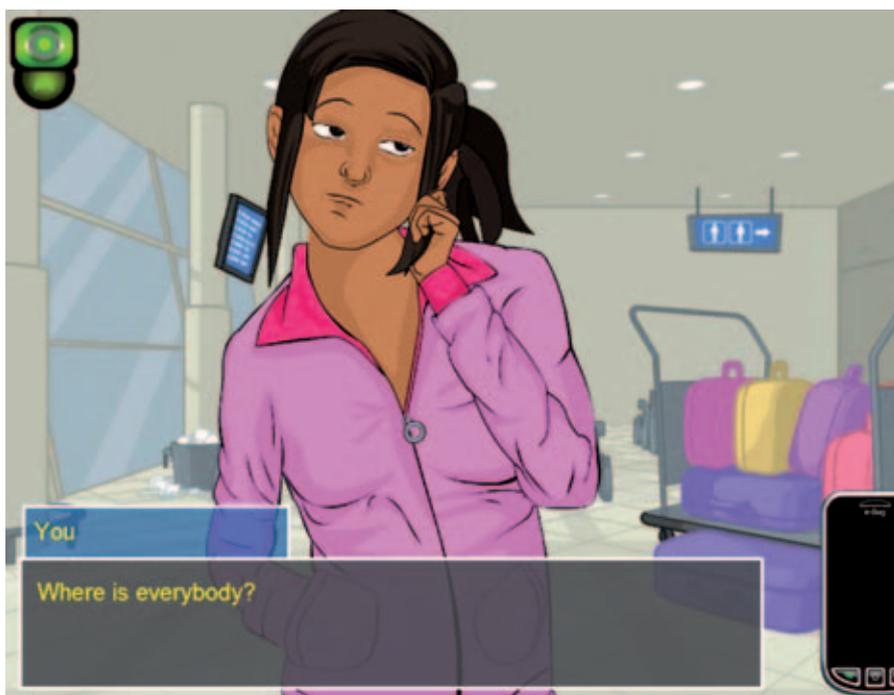
Patty Kostkova
City ehealth Research Centre,
City University, Londra



Andreea Molnar
School of Health Science,
City University, Londra

Pub Med

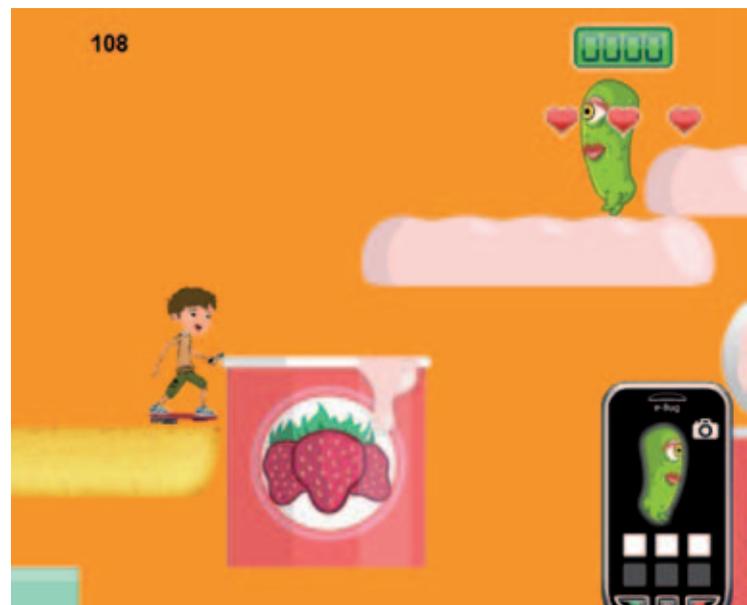
▼ Lazareck LJ, Farrell D, Kostkova P, Lecky DM, McNulty CA, Weerasinghe D. Learning by gaming - evaluation of an online game for children. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc 2010;2951-4.



di questo fenomeno tra genitori e bambini contribuisce in modo decisivo al problema, eppure nelle campagne educative per incoraggiare un uso prudente degli antibiotici realizzate in molti Paesi dell'Unione Europea i bambini non sono quasi mai il target. Edugames4all si inserisce in questo vuoto comunicativo per occuparsi specificatamente della conoscenza dei più giovani in questo ambito.

In particolare i giochi, tradotti in 10 lingue europee, sono indirizzati a due specifiche fasce d'età. Il gioco per i bambini più piccoli è molto coinvolgente e intuitivo, mentre il gioco destinato ai bambini più grandi è più cognitivo e basato su un approccio investigativo. I giochi sono declinati a livelli di difficoltà crescente, e ognuno prevede una serie di outcome di apprendimento. Alcuni esempi? Nel primo livello del gioco per i più piccoli "Bugs Kingdom" per imparare la differenza tra batteri, virus e funghi – che presentano differenze grafiche ben marcate di forma e misura – il giocatore deve fotografare un tipo di microbo alla volta usando un cellulare. Nel secondo livello il giocatore viene danneggiato al contatto con i microbi cattivi, e per eliminarli ha a disposizione del sapone per quelli che stanno sulla pelle e dei globuli bianchi per quelli che hanno infettato il corpo. Nel gioco per i più grandi invece il giocatore è un investigatore che deve risolvere con successo dei casi di epidemie o di infezioni individuandone la fonte. Ma questi giochi quanto avranno influenzato le conoscenze dei loro piccoli giocatori? I risultati sono incoraggianti. Lo confermano le valutazioni fatte sui giocatori di entrambe le fasce di età e condotte con strumenti diversi (focus group, questionari aperti, questionari pre-post) sia in alcune scuole della Gran Bretagna sia online. La conclusione a cui giunge il team di Edugame4all è che gli studenti possono apprendere con successo attraverso le dinamiche di gioco e che si rende necessario svolgere altri studi per valutare l'impatto dei programmi educativi mediante gamification sui comportamenti.

Si apre quindi anche nel mondo sanitario un campo del tutto inesplorato e dalle ricadute assai promettenti. Restiamo in attesa di capire se istituzioni come il nostro Ministero della Salute o l'Unione Europea sapranno coglierne il potenziale. ■



Salvate quel museo



L'appello di Giulio Seganti per il prezioso patrimonio custodito nell'edificio "La Scarpetta", memoria storica della Pediatria romana



Sopra:
Giulio Seganti nel cortile dove si svolgevano i convegni Puer.
A destra:
lo stato di abbandono dell'archivio storico "La Scarpetta"

LIl museo pediatrico "La Scarpetta" rischia grosso. Il notevole patrimonio per anni preziosamente custodito nell'altana dello storico palazzo trasteverino giace in gran parte nel sottotetto ed in una stanza dell'ultimo piano, ammassato in scatoloni. Libri, apparecchiature, fotografie d'epoca, persino una lettera di Marconi con la quale donava 200 lire per i bambini poveri. Quale sarà il destino di questo museo che rappresenta la memoria storica della Pediatria romana?" A chiederselo è Giulio Seganti, pediatra e nipote di quell'Alessandro Seganti che del museo fu il fondatore. In una lettera inviata al direttore generale della ASL RM A Camillo Riccioni, Giulio Seganti rileva che dopo i lavori di ristrutturazione dell'edificio – per oltre un secolo presidio ospedaliero per i bambini bisognosi e di recente trasformato in un centro per l'autismo – il Museo collocato nell'altana con l'annessa biblioteca hanno cessato la loro attività. "E pensare che l'Ospedale e il suo museo hanno una storia grandiosa! Basti ricordare i convegni Puer che furono dal 1978 al 2008 la manifestazione più significativa dell'attività culturale della Scarpetta. Partecipavano i nomi più importanti della Pediatria italiana, e l'atmosfera era quella di un salotto culturale".

L'Ospedale "La Scarpetta" ha una storia antichissima. Nacque nella seconda metà dell'ottocento come servizio di cura destinato ai figli delle "madri oneste e povere" dei quartieri di Trastevere e del Ghetto ebraico. L'attività benefica fu portata avanti grazie all'opera della Società "Soccorso e Lavoro", nata per iniziativa di alcune nobili signore romane. Con il tempo la struttura fu dotata di ambula-

Il prof. Concetti visita i bambini a "La Scarpetta" con il cilindro in testa per distinguersi dai suoi allievi



tori e reparti di degenza, sino a diventare nel 1894 un'appendice della Clinica Pediatrica dell'Università "La Sapienza", sorta in quegli anni presso l'Ospedale Santo Spirito. Trascorsero molti anni, e nel maggio del 1968 ne assunse la direzione Alessandro Seganti, che rinnovò l'ospedale, potendo disporre di 60 posti letto. Nel 1976 "La Scarpetta" venne classificato ospedale provinciale specializzato pediatrico, e così fu fino al 1987, quando fu trasformato in un presidio della ASL RM A specializzato nell'assistenza neuropsichiatrica infantile. La nascita del museo pediatrico risale agli anni '60 per opera di Alessandro Seganti. "Mio zio era un gran collezionista", racconta il nipote Giulio. "La sua passione lo

ha portato a conservare vecchie apparecchiature come elettrocardiografi, microscopi (Koriska, Galilei, etc.), una stupenda collezione di figure d'epoca in cera raffiguranti malattie, immagini di costumi e vestiti di bambini dell'Ottocento, girelli, una serie infinita di fotografie, di cartelle cliniche. A ciò si aggiungono numerosi volumi italiani e stranieri del primo '800 e 300 volumi dedicati alla Cardiologia pediatrica".

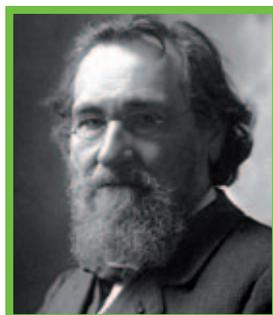
Quanto raccolto portò Alessandro Seganti a realizzare l'idea del Museo, proposta che fece nel 1992 alla ASL RM A. Il riscontro fu positivo, ma il progetto si arenò. Fu solo 5 anni dopo che si concretizzò per intervento diretto dell'allora sindaco Francesco Rutelli. Da allora è rimasto aperto tutti i mercoledì grazie all'opera della Società "Soccorso e Lavoro". Fino ai lavori di ristrutturazione. (cc) ■

Le più recenti revisioni pubblicate sulla letteratura possono aiutare il pediatra a orientarsi in questo campo

Probiotici: quali evidenze?

La scoperta

È del Premio Nobel per la Medicina 1908, l'ucraino **Ilya Ilyich Mechnikov** (noto in Europa come Élie Metchnikoff), la tesi secondo la quale l'ingestione di microrganismi vivi può apportare benefici di salute. Il suo lavoro ha ispirato il ricercatore giapponese **Minoru Shirota** che nel 1930 per primo ha realizzato una bevanda probiotica a base di latte e *Lactobacillus casei*.



La definizione

Il termine "probiotico" deriva dal latino "pro" ("a favore di") e dal greco "βίος" ("vita"). **Secondo la definizione ufficiale di FAO e OMS, i probiotici sono "organismi vivi che, somministrati in quantità adeguata, apportano un beneficio alla salute dell'ospite"**. Non esiste una definizione legale del termine "probiotico", e questa lacuna comporta che tale termine venga spesso usato per indicare prodotti che non soddisfano i criteri minimi (presenza di microrganismi vivi in dose adeguata e prove di efficacia in studi umani controllati).



L'indicazione

La Food and Drug Administration (FDA) a oggi non ha ancora approvato nessuna indicazione clinica per l'utilizzo di probiotici. I meccanismi che portano a specifici benefici di salute a seguito del consumo di probiotici sono ancora poco chiari. Gli effetti di alcuni probiotici potrebbero estendersi a distretti lontani dal tratto gastrointestinale, come l'apparato urogenitale e la mucosa respiratoria.

L'impatto

Differenti prodotti probiotici contengono differenti ceppi di microrganismi, che possono avere differenti effetti sulla salute umana che inoltre variano anche da individuo a individuo. I casi di reazioni avverse all'assunzione di probiotici sono molto rari, se si fa eccezione per blandi sintomi gastrici.

La ricerca sui probiotici va ovviamente condotta su specifici ceppi presenti sul mercato, ma gli studi head-to-head in questo campo sono rari.



Diarrea acuta

Diarrea acuta insorgente in ambulatorio o day hospital: in 9 trial randomizzati e placebo-controllati *Lactobacillus GG*, *Bifidobacterium lactis* (solo o in combinazione con *Streptococcus thermophilus* e *Lactobacillus reuteri*), *Lactobacillus rhamnosus* (non GG) e *Lactobacillus acidophilus* hanno mostrato una modesta efficacia nella prevenzione dei sintomi. **Da un vasto trial in Polonia buona evidenza per l'efficacia di *Lactobacillus GG* nel trattamento della diarrea acquisita in comunità.** Per la diarrea da antibiotici *Lactobacillus GG*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus casei*, *Bifidobacterium ssp*, *Streptococcus ssp* e il lievito *Saccharomyces boulardii* hanno mostrato una chiara efficacia. I due ceppi più efficaci si sono rivelati *Lactobacillus GG* e *Saccharomyces boulardii*. Gli effetti sono dose-dipendenti in questo caso e nella diarrea associata al trattamento per *Clostridium difficile*. Moderato beneficio clinico nel trattamento della diarrea acquosa, soprattutto da rotavirus, con l'utilizzo di determinati ceppi probiotici, in particolare *Lactobacillus GG* e *S. boulardii*.

▼ Guandalini S. Probiotics for prevention and treatment of diarrhea. J Clin Gastroenterol 2011;45 Suppl:S149-53.

Diarrea da *Clostridium difficile*

Una revisione Cochrane dimostra che **l'evidenza è insufficiente per raccomandare l'utilizzo di probiotici da soli o in associazione alla terapia antibiotica** (vancomicina o metronidazolo) **nel trattamento della colite da *Clostridium difficile*.** Sono stati presi in esame 4 trial randomizzati, purtroppo di limitata ampiezza e con difetti metodologici. Dati positivi soltanto in un trial, nel quale si afferma che la somministrazione di *S. boulardii* contribuisce a diminuire la ricorrenza di diarrea da *Clostridium difficile* (RR 0,59; 95% CI 0,35-0,98).

▼ Cochrane review: Probiotics for treatment of *Clostridium difficile*-associated colitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008;1 Art.CD004611.

Enterocolite necrotizzante nei prematuri

Una revisione sistematica su 15 trial ha rivelato che **alcuni probiotici possono portare beneficio ai neonati prematuri affetti da enterocolite necrotizzante riducendo i sintomi e la mortalità.** Non sono stati registrati invece effetti positivi dei probiotici né sull'avanzamento della nutrizione né nella prevenzione della sepsi. L'evidenza è insufficiente per raccomandare la somministrazione di routine di probiotici, nonostante emergano dati incoraggianti che giustificano ulteriori ricerche.

▼ Mihatsch WA, Braegger CP, Decsi T, Kolacek S, Lanzinger H, Mayer B, Moreno LA, Pohlandt F, Puntis J, Shamir R, Stadtmüller U, Szajewska H, Turck D, van Goudoever JB. Critical systematic review of the level of evidence for routine use of probiotics for reduction of mortality and prevention of necrotizing enterocolitis and sepsis in preterm infants. Clin Nutr 2012;31(1):6-15.

Vaccinazioni

Ceppi batterici come *Lactobacillus* e *Bifidobacterium* mostrano importanti proprietà immunomodulatorie che

potrebbero essere sfruttate nel quadro di una strategia di aumento della protezione garantita dai vaccini parenterali e mucosali, specialmente nei Paesi in via di sviluppo, nei quali il rischio di malattia è più elevato.

▼ Licciardi PV, Tang ML. Vaccine adjuvant properties of probiotic bacteria. Discov Med. 2011 Dec;12(67):525-33.

Otitis medie

Una revisione di 5 studi sul consumo di probiotici e 3 sulla somministrazione di spray nasale a base di streptococco a ha evidenziato risultati eterogenei. I probiotici orali hanno ridotto l'incidenza di

otite media in bambini sani in 1 studio su 2 (giorni con OM: gruppo probiotici 0,5 vs. controllo 1,0; p=0,003) e nei neonati in 1 studio su 2 (incidenza OM: gruppo probiotici 22%, placebo 50%; p=0,014), e non hanno avuto effetto in 1 studio su bambini soggetti a OM. Il trattamento con spray nasale a base di streptococco a ha portato a un miglioramento in bambini con OM ricorrente in 2 studi su 3.

▼ Niittyinen L, Pitkäranta A, Korpela R. Probiotics and otitis media in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2012;76(4):465-70.

Diarrea da antibiotici

Una revisione sistematica Cochrane su MEDLINE, EMBASE, CENTRAL, CINAHL, AMED, Web of Science, Cochrane IBD/FBD, CISCOM (Centralized Information Service for Complementary Medicine), NHS Evidence, International Bibliographic Information on Dietary Supplements e altri database di trial, abstract, conferenze, lettere e articoli di vario genere ha selezionato trial randomizzati e controllati vs. placebo su bambini e ragazzi tra 0 e 18 anni trattati con antibiotici. Ceppi presi in esame: *Bacillus spp*, *Bifidobacterium spp*, *Lactobacilli spp*, *Lactococcus spp*, *Leuconostoc cremoris*, *Saccharomyces spp*, *Streptococcus spp*, soli o in combinazione. **Nonostante l'eterogeneità nei ceppi utilizzati, nelle dosi e nella durata dell'assunzione di probiotici, l'evidenza suggerisce un effetto protettivo contro la diarrea da antibiotici.**

▼ Johnston BC, Goldenberg JZ, Vandvik PO, Sun X, Guyatt GH. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. Cochrane Database Syst Rev 2011;11:CD004827.

Stitichezza non patologica

Dalla revisione sistematica di 9 studi su 640 bambini **sul trattamento non farmacologico della stitichezza non patologica solo una lieve evidenza che i supplementi a base di fibre siano più efficaci del placebo** nell'aumentare la frequenza delle evacuazioni e ridurre i dolori addominali. Non è stato verificato alcun effetto positivo per integratori alimentari, prebiotici, probiotici e interventi comportamentali, ma la mancanza di studi ben disegnati sull'argomento è evidente.

▼ Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, Benninga MA. Nonpharmacologic treatments for childhood constipation: systematic review. Pediatrics 2011; 128(4):753-61.



Giocampus: un innovativo progetto di welfare community



Un progetto di educazione alimentare e motoria che vuole anche essere un contributo fattivo nel prevenire e contrastare l'obesità

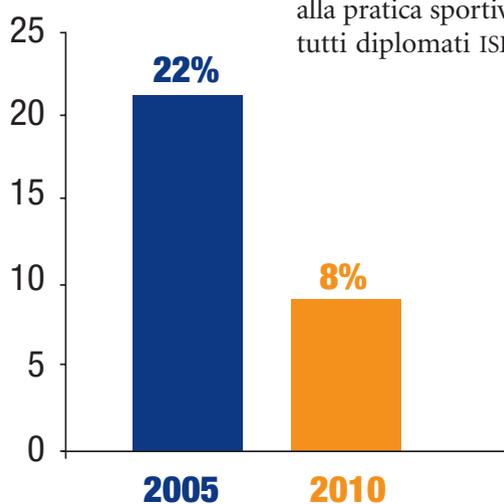
no messo in pratica le buone pratiche alimentari e motorie nei campi estivi e di sci.

Il progetto ha tre obiettivi:

- ▼ fare educazione alimentare e nutrizionale nell'ambito dei programmi scolastici, integrandole nell'insegnamento fondamentale;
- ▼ trasferire le conoscenze alimentari e nutrizionali dalla scuola alla famiglia, avviando un autentico dialogo pedagogico del quale il bambino, op di comunicazione, si faccia promotore e animatore;
- ▼ sviluppare nel bambino la cultura e la pratica dell'attività fisica.

Una delle caratteristiche più innovative e potenzialmente esportabili del progetto Giocampus sono i "Maestri del Gusto" e i "Maestri del Movimento". Agli operatori tradizionali del settore (insegnanti, operatori della ristorazione scolastica) e ai medici pediatri, Giocampus affianca altre originali figure professionali, in grado di legare la fase di apprendimento esperienziale a quella più propriamente didattica. Ai primi, laureati in Scienze Gastronomiche, compete la parte di educazione alimentare e i laboratori che caratterizzano Giocampus, il lavoro in classe, il tempo estivo e le giornate sulla neve. L'educazione motoria e tutte le iniziative che orientano alla pratica sportiva sono invece svolte dai secondi, tutti diplomati ISEF e laureati in Scienze motorie.

Il primo investimento in salute si fa sui bambini, con gli strumenti della prevenzione e dell'educazione. Ed è un investimento quanto mai necessario. In Italia, secondo recenti stime del Ministero della Salute, il 12% dell'intera popolazione pediatrica è obeso e più di un quarto (1 milione di bambini) rischia di diventarlo a sua volta essendo in soprappeso, con un'alta probabilità (40-70%) di restare tale anche in età adulta e di sviluppare patologie associate all'obesità quali quelle cardiovascolari e il diabete. Appropriati interventi e programmi educativi, possono contribuire a cambiare questa situazione. Il progetto Giocampus, nato dalla collaborazione tra il Comune e l'Università degli Studi di Parma, il CONI, l'Ufficio Scolastico Regionale dell'Emilia-Romagna e l'azienda alimentare Barilla, è in questo senso un vero e proprio progetto-pilota, studiato per offrire ai bambini delle scuole elementari (e alle loro famiglie) un contributo significativo di educazione motoria e alimentare. Il progetto ha coinvolto fin qui circa 7.500 bambini dai 6 agli 11 anni e oltre 350 insegnanti di 28 scuole primarie di Parma, e 3.000 bambini tra i 5 e i 13 anni che han-



Percentuale di bambini che saltano la colazione su una popolazione di 1.120 bambini di età 6-14 anni (Monti G et al, 2011).



Il Comitato Scientifico **di Giocampus**

FURIO BRIGHENTI, Professore ordinario di Alimentazione e Nutrizione Umana, Università degli Studi di Parma.

VIVIANA FINISTRELLA, Psicologa, specialista dell'infanzia e dell'adolescenza, Consultorio Familiare, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

CLAUDIO MAFFEIS, Professore Associato di Pediatria, Università di Verona.

MARISA PORRINI, Professore Ordinario di Nutrizione Applicata, Università degli Studi di Milano.

MARIA RITA SPREGHINI, Nutrizionista e Pedagogista, esperta di terapia educativa nutrizionale individuale e di gruppo, membro del Consiglio direttivo ADI.

MAURIZIO VANELLI, Professore Ordinario di Pediatria, Università degli Studi di Parma.

MARCO VITALI, Professore Ordinario di Anatomia Umana, Università degli Studi di Parma.

Entrambe le figure, Maestri del Movimento e Maestri del Gusto, svolgono un costante percorso di formazione e verifica che ne assicura non solo profonde conoscenze specifiche, ma anche uno stile comune di azione e una competenza educativa completa. I risultati preliminari del progetto Giocampus sono stati presentati lo scorso anno a Vienna, nell'ambito di "Europaediatrics 2011", il Congresso della European Paediatric Association (EPA/UNEPSA). Secondo tali risultati preliminari, per esempio, dal 2005 al 2010 la percentuale di bambini che saltano la prima colazione si è ridotta quasi a un terzo (da 22 a 8%; $p=0,001$) e si è ridotta dal 10 al 6% la percentuale di bambini obesi.

"Questo intervento welfare community nasce dal robusto supporto scientifico di studi cross-sezionali compiuti nelle scuole di Parma sullo stile di vita dei bambini di 6-9 anni", spiega Maurizio Vanelli, direttore del Dipartimento di Pediatria dell'Università degli studi di Parma e coordinatore del Comitato Scientifico di Giocampus. "Studi che hanno consentito di mettere in relazione sovrappeso (la cui prevalenza è pari al 19,6 %) e obesità (9 %) con alcuni errori alimentari comuni come: saltare la prima colazione (lo fa il 21% dei bambini osservati), fare merenda con snack presi direttamente dai distributori automatici (lo fa addirittura il 62%), consumare porzioni giornaliere insuffi-

cienti di frutta e verdura (il 74%), bere bibite zuccherate in quantità eccessiva (il 41%)".

Tra i risultati osservabili, nei bambini di Parma il consumo di frutta al mattino è aumentato del 20% e il numero di quelli coinvolti in attività fisiche extrascolastiche è aumentato di tre volte. "Non solo", aggiunge Viviana Finistrella, Psicologa specialista dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, e anche lei nel Comitato Scientifico di Giocampus, "la percentuale di bambini che fanno colazione davanti alla TV è scesa dal 30 al 18%, i distributori di bibite sono praticamente scomparsi dalle scuole ed è aumentato del 102% il numero di bambini che vanno a scuola a piedi, grazie al servizio Piedibus sostenuto dal Comune di Parma. Risultati che rispondono alla convinzione che prevenzione e promozione di sane abitudini di vita costituiscano obiettivi imprescindibili tanto quanto gli stessi interventi curativi".

Le ragioni del successo di questo progetto – che presto sarà documentato in termini scientifici (un paper di descrizione articolata del progetto Giocampus, a firma del Comitato Scientifico del progetto stesso, è stato presentato per la pubblicazione al Comitato Editoriale di "Area Pediatrica") – sono molte, ma riconoscono un comune denominatore, conclude la Finistrella: "Giocampus costituisce un ambiente di sviluppo 'nutritivo', che offre al bambino sicurezza e serenità, ma anche il piacere di scoprire insieme alimentazione e abitudini di vita salutari. Il bambino vi è incoraggiato a sviluppare la capacità di riconoscere le emozioni differenziandole dai comportamenti alimentari". Giocampus utilizza una metodologia innovativa, interattiva, e multicanale, privilegia la visione del bambino al centro delle sue scelte di vita, alimentari e motorie in un'ottica di aumentata consapevolezza dei propri bisogni reali e delle capacità autonome e, infine, promuove un'idea di salute come esperienza condivisa con i bambini, le famiglie, la scuola, i pediatri e le istituzioni, nella sperimentazione comune dei percorsi educativi. ■

PubMed

- ▼ Fainardi V et al. Sport injuries prevention strategy in active children. The Giocampus Barilla experience. *Acta Biomed* 2009;80:301-303.
- ▼ Lakshman et al. A novel school-based intervention to improve nutrition knowledge in children: cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2010.
- ▼ Monti G et al. "An effective strategy to promote breakfast and to prevent obesity in school children – Summer sport school 'Giocampus' (SSSG) preliminary experience". Poster 5th Europepediatrics; Vienna, 23-26 giugno 2011.
- ▼ Chiodera P et al. Specifically designed physical exercise program improve children's motor abilities. *Scand J Med Sci Sports* 2008;18:179-187.
- ▼ Fainardi V et al. Sedentary lifestyle in active children admitted to a summer sport school. *Acta Biomed* 2006;80:107-116.
- ▼ Monti G, Gkliati D, Fanciullo L, et al. Differences between ethnic minority and native children in breakfast habits. *Acta Biomed* 2011; 82:132-136.
- ▼ OKKIO alla SALUTE, Risultati dell'indagine 2010, Regione Emilia-Romagna, http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/reportregionali2010/Emilia-Romagna_Okkio2010.pdf.
- ▼ Vanelli M., Finistrella V. Italy's Giocampus – an effective public-private alliance against childhood obesity. *Diabetes Voice* 2011;2:36-39.
- ▼ Vanelli M, Iovane B, Bernardini A, et al. Breakfast habits of 1,202 northern Italian children admitted to a summer sport school. Breakfast skipping is associated with overweight and obesity. *Acta Biomed* 2005; 76:79-85.

Golden Pediatric Event, ecco la commissione

Cinque esperti di chiara fama: Guandalini, Arigliani, Locatelli, Tamburlini e Notarangelo

La Società Italiana di Pediatria lo scorso novembre aveva annunciato la realizzazione del Golden Pediatric Event: un regolamento per la certificazione degli eventi residenziali di elevato livello formativo. L'obiettivo di questa iniziativa, alla quale il Direttivo della SIP attribuisce grande importanza, è di promuovere una formazione pediatrica di livello qualitativo sempre più elevato e di scoraggiare al contempo l'organizzazione di eventi di scarso livello scientifico. Ora la certificazione è pronta per entrare in vigore: il 7 marzo infatti il Consiglio Direttivo ha nominato, da una rosa di 10 nomi proposti dai Presidenti delle Società affiliate, la Commissione Scientifica Internazionale. La Commissione, composta da 5 esperti di chiara fama, avrà il compito di procedere a una valutazione qualitativa dei programmi scientifici degli eventi che faranno richiesta della certificazione.

I componenti della Commissione sono:

- ▼ **Stefano Guandalini**, professore di Pediatria e fondatore e direttore del Celiac Disease Center all'University of Chicago Comer Children's Hospital;
- ▼ **Raffaele Arigliani**, pediatra di famiglia specializzato in counseling ed esperto del Ministero della Salute per il programma ECM;



▼ **Franco Locatelli**, direttore del Dipartimento di Ematologia e Oncologia dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma;



▼ **Giorgio Tamburlini**, pediatra ed epidemiologo consulente di diverse organizzazioni internazionali tra cui OMS, UNICEF, Commissione Europea e International Paediatric Association;



▼ **Luigi Notarangelo**, direttore del programma di ricerca e diagnosi molecolare delle immunodeficienze primarie del Children's Hospital di Boston.

Per maggiori informazioni sulla procedura di attribuzione di Golden Pediatric Event, dal sito SIP è possibile scaricare il regolamento: <http://goo.gl/PIPpt>



Il primo canale televisivo dedicato ai medici
Oltre 30 corsi Ecm gratuiti
Gratis per i medici abbonati a Sky

Attiva Doctor's Life su
www.doctorslife.it



Vi presento il PNPV

A distanza di 5 anni dalla scadenza del Piano Nazionale Vaccini 2005-2007, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il nuovo Piano 2012-2014

La prima novità sta nel titolo, diventato "Piano Nazionale per la Prevenzione Vaccinale" (PNPV). Non si tratta di un aspetto marginale, perché il PNPV enfatizza il diritto alla prevenzione, la necessità di superare le differenze tra aree geografiche e il dovere dello Stato a garantire la tutela della salute. La presenza di un'offerta vaccinale molto variegata ha storicamente caratterizzato il nostro Paese e permane tuttora. Per limitare le disomogeneità e garantire un diritto equo alla prevenzione, il PNPV definisce gli obiettivi vaccinali specifici da raggiungere nella popolazione generale e nei gruppi a rischio, chiarendo che il raggiungimento degli obiettivi verrà verificato annualmente nell'ambito del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza. L'inclusione nei LEA delle vaccinazioni previste dal PNPV è un punto cruciale perché vincola Regioni e Province Autonome, e rende tali vaccinazioni un diritto esigibile per tutti i cittadini. Il secondo aspetto innovativo riguarda naturalmente gli obiettivi. Oltre a quanto già previsto dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 e dal Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, sono inclusi nel PNPV:

- ▼ l'offerta universale dei vaccini antipneumococco e antimeningococco. Per entrambi questi vaccini è previsto il raggiungimento di coperture vaccinali >95% nei nuovi nati. Per l'antimeningococco è inoltre considerata la vaccinazione degli adolescenti non vaccinati in precedenza, con un obiettivo di copertura >95% nella fascia di età 11-18 anni;
- ▼ la vaccinazione anti-HPV delle ragazze dodicenni. È previsto di incrementare progressivamente le coperture vaccinali fino a raggiungere il 95% per le ragazze nate nel 2003 (vaccinate quindi nel 2014);
- ▼ gli obiettivi di copertura vaccinale raggiunti negli adolescenti (>90% per quinta dose dTpa tra 11 e 18 anni);



Marta Ciofi degli Atti
Direzione Sanitaria
Ospedale Pediatrico
Bambino Gesù, Roma

▼ gli obiettivi di copertura vaccinale per la vaccinazione anti-influenzale nei gruppi a rischio (75% come obiettivo minimo perseguibile, 95% come obiettivo ottimale).

L'avvio della vaccinazione universale contro la varicella è posticipata al 2015, quando saranno stati raggiunti tutti gli altri obiettivi e saranno disponibili i dati di monitoraggio delle Regioni pilota che hanno già avviato programmi vaccinali per i nuovi nati (Basilicata, Calabria, PA Bolzano, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto). L'obiettivo è infatti raggiungere coperture vaccinali >95% per la prima dose entro i due anni e per la seconda dose a 5-6 anni, a partire dalla coorte di nascita del 2014. Il terzo punto da considerare riguarda la verifica annuale degli obiettivi nell'ambito del sistema di monitoraggio dei LEA. Il Piano include infatti un paragrafo dedicato alle attività di monitoraggio, con un elenco di indicatori da adottare per l'autovalutazione annuale di ogni ASL. Le Regioni che non raggiungeranno gli obiettivi dovranno presentare uno specifico piano di miglioramento. Il PNPV è un documento ben delineato, che fornisce gli strumenti per attuare in tutte le Regioni una politica di offerta attiva delle vaccinazioni con obiettivi definiti di coperture vaccinali da raggiungere. La sfida da raccogliere consiste ora nel suo effettivo trasferimento nella pratica clinica. ■

Scarica il PNPV 2012-2014 <http://goo.gl/BjrbW>



Vaccino	Nascita	3° mese	5° mese	6° mese	11° mese	13° mese	15° mese	5-6 anni	11-18 anni	>65 anni	Ogni 10 anni
DTPa		DTPa	DTPa		DTPa			DTPa	dTpa		dT
IPV		IPV	IPV		IPV			IPV			
HBV	HBV*	HBV	HBV		HBV						
Hib		Hib	Hib		Hib						
MPR							MPR	MPR	MPR**		
PCV		PCV	PCV		PCV						
Men C							Men C		Men C**		
HPV									HPV (3 dosi)		
Influenza											
Varicella									Var*** (2 dosi)		

Note:

*per i bambini nati da madri positive per HBsAg

** per chi non è già stato vaccinato in precedenza

*** per le persone anamnesticamente negative e non precedentemente vaccinate

PNPV: Calendario delle vaccinazioni offerte attivamente a tutta la popolazione

Le nuove polizze SIP

*Cresce il massimale, sostituto assicurato,
e per gli specializzandi supersconti sulla RC:
rivoluzione nelle polizze assicurative SIP*

Incremento del massimale

Sarà possibile incrementare il massimale della polizza SIP per la responsabilità civile da 2.500.000 a 5.000.000 con un aumento del premio decisamente contenuto se confrontato con le offerte contrattuali in circolazione



Specializzandi

La Polizza per la responsabilità civile con un massimale pari a 2.500.000 per sinistro e per anno viene estesa anche agli specializzandi con un premio annuale di soli 190 euro. Prevista anche una copertura di tutela giudiziaria con un massimale di 26.000 euro

Sostituto

I Pediatri di famiglia possono estendere la garanzia assicurativa per i danni cagionati dal sostituto nel caso in cui il pediatra sostituto sia chiamato a risponderne, com'è successo nella nota vicenda della collega di Firenze



Per acquistare questi prodotti o avere ogni ulteriore informazione occorre collegarsi al sito SIP www.sip.it selezionare il link "Pianeta SIP" poi "Polizze e convenzioni" e seguire le istruzioni. In alternativa è possibile inviare una mail all'indirizzo it_sip@willis.com o inviare un fax al numero 02-47787529 indicando anche un proprio recapito telefonico oppure chiamare il numero verde 800 637709: un operatore fornirà tutte le informazioni necessarie per l'attivazione della polizza.



Disturbi del linguaggio, come riconoscerli



Il primo di una serie di approfondimenti dedicati ai disturbi psichiatrici nell'infanzia

Lo sviluppo del linguaggio ha una sequenza tipica, osservabile in tutti i bambini. Esiste, tuttavia, una grande variabilità interindividuale nei tempi e nei modi tipica dell'acquisizione normale. Inoltre, il linguaggio non è una funzione unitaria, ma un insieme di abilità che possono risultare ritardate o deficitarie secondo diverse linee o dimensioni dello sviluppo. È pertanto un'impresa particolarmente difficile distinguere la normalità dalla patologia nei primi anni di vita. Ad esempio è presente una percentuale molto alta di bambini (13-20%) detti parlatori tardivi (late talker), che, in assenza di deficit uditivi, cognitivi, relazionali, acquisiscono il linguaggio a 24/36 mesi, età in cui la maggior parte dei bambini utilizza il linguaggio per comunicare e per costruire conoscenze sul mondo. Molti di questi bambini che iniziano a parlare più tardi rientrano successivamente in un range di normalità, mentre altri consolidano questo ritardo che evolve in veri e propri disturbi di linguaggio. I disturbi del linguaggio rappresentano i disturbi di sviluppo più frequenti tra i 2 e i 6 anni. Ma di fatto la definizione di disturbo del linguaggio in età evolutiva è utilizzata per descrivere quadri clinici molto eterogenei, nei quali le difficoltà linguistiche possono manifestarsi isolatamente oppure in associazione con altre condizioni patologiche, come deficit neuromotori, sensoriali, cognitivi e relazionali.



Stefano Vicari
UOC Neuropsichiatria
Infantile Ospedale Pediatrico
Bambino Gesù, Roma

Possono essere considerati indicatori precoci di rischio i seguenti profili anamnestici e comportamentali:

- ▼ familiarità per ritardo/disturbo di linguaggio;
- ▼ presenza di otiti ricorrenti nei primi due anni di vita;
- ▼ difficoltà di comprensione del linguaggio verbale;
- ▼ produzione inferiore alle 10 parole a 24 mesi;
- ▼ produzione inferiore alle 50 parole e assenza di combinazione di almeno due parole ai 30 mesi.

L'età di tre anni costituisce una sorta di spartiacque tra i bambini late talker e i bambini con un probabile DSL. Il pediatra deve parlare con i suoi piccoli pazienti, fare domande semplici che consentano di valutare il livello raggiunto dal bambino e quindi l'adeguatezza delle capacità espressive e di comprensione. La presenza di una produzione ancora non adeguata dovrà necessariamente essere valutata da un'attenta visita specialistica, che escluda la presenza di problemi di natura neurologica, psicopatologica o sensoriale (al riguardo in presenza di un ritardo di comprensione o di produzione è sempre indicata l'esecuzione di un esame audiometrico, in particolare se nella storia del bambino si rilevano otiti ricorrenti). La comprensione del linguaggio dell'adulto, in particolare, rappresenta un parametro fondamentale per i tempi di un eventuale intervento. In questo caso si possono tranquillamente aspettare i 36 mesi di età per richiedere una valutazione. In caso contrario si raccomanda di inviare immediatamente in valutazione il bambino. Al momento non esistono trattamenti farmacologici per i DSL, mentre esistono evidenze, sebbene limitate generalmente alle lingue anglosassoni, dell'efficacia di trattamenti di tipo riabilitativo logopedico e di interventi di potenziamento erogati a livello scolastico. ■



Stefano Vicari,
Alberto Villani

Psichiatria pratica dell'età evolutiva

Il Pensiero Scientifico
Editore 2012

Nel primo caso si parla di Disturbi Specifici del linguaggio (DSL), ovvero ritardi o disordini del linguaggio "relativamente puri", in cui non sono identificabili fattori causali noti. Nel secondo caso i disturbi del linguaggio sono detti "secondari" o "associati al disordine primario".

I DSL risultano avere una prevalenza del 5-7% in età prescolare che tende a ridursi all'1-2% in età scolare. Va però considerato che i soggetti con Disturbo Specifico di apprendimento (comunemente definiti "disslessici") presentano un pregresso Disturbo di linguaggio nel 30-40% dei casi e più della metà dei bambini con DSL presenterà difficoltà di apprendimento della lettura, scrittura e/o calcolo nei primi anni.

Un caso clinico

Giacomo, 37 mesi. Giunge in valutazione per un ritardo di linguaggio. All'anamnesi non sono riferiti problemi degni di nota occorsi durante la gravidanza, il parto e i primi momenti di vita. Il papà sembrerebbe aver avuto un ritardo di linguaggio (ha parlato dopo i tre anni!). Lo sviluppo psicomotorio è stato regolare. Le

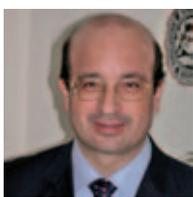
prime paroline (MAMMA, PAPA) sono comparse intorno ai 10-12 mesi ma poi il bambino non è progredito oltre. Ha sempre utilizzato molto il gesto per comunicare. Non ha mai eseguito un esame audioimpedenzometrico. Alla osservazione Giacomo mostra una buona relazione con l'adulto estraneo, produce 30-40 parole

isolate, assente è la produzione di frasi. Spesso la sua produzione è poco intelligibile. Ricca la produzione di gesti. La comprensione appare buona. Alla valutazione si osserva un livello cognitivo non verbale nella norma. Le abilità lessicali appaiono ben evolute in comprensione, dove il bambino ottiene un punteggio superiore a quanto previsto per la sua età cronologica ma molto povere in produzione, dove la prestazione

è abbondantemente inferiore al limite minimo della norma. Anche per quanto riguarda gli aspetti di morfosintassi la comprensione è adeguata per l'età, ma la produzione risulta deficitaria con un enunciato monotematico e poco comprensibile. Conclusioni: Giacomo ha un Disturbo Specifico di Linguaggio di tipo Espressivo, pertanto dovrà al più presto intraprendere uno specifico percorso di trattamento logopedico.

Bambine che crescono troppo presto

Il caso del Regina Margherita di Torino riapre il dibattito sul ruolo degli "endocrine disruptor" nella pubertà precoce



Francesco Chiarelli
Professore Ordinario
di Pediatria, Clinica
Pediatria Università
di Chieti

twitter

<http://twitter.com/#!/karolinskainst>
Il profilo del Karolinska Institutet.

Nell'ultimo biennio l'ospedale Regina Margherita di Torino ha registrato 106 casi di telarca precoce, che riportano alla mente l'alto tasso di telarca e menarca anticipato riscontrato durante il 1974 nel Michigan e l'epidemia di telarca verificatasi nel 1984 a Puerto Rico. Tali segnalazioni hanno suscitato notevole interesse sui possibili fattori che concorrono ad alterare il timing della comparsa dei segni puberali.

Studi recenti hanno dimostrato che il telarca e la pubertà precoce sono fenomeni in costante aumento. Evidenze crescenti supportano l'ipotesi del ruolo svolto dall'esposizione dell'uomo a composti chimici capaci di interferire con il fisiologico funzionamento dei processi endocrini. Nel 1996 è stato coniato il termine "endocrine disruptor" per indicare qualsiasi sostanza esogena in grado di causare effetti avversi per la salute di un organismo, secondari ad alterazioni del normale funzionamento endocrino. Le sostanze incriminate sono numerosissime ed includono pesticidi, fungicidi, biocidi, insetticidi, solventi, materiali plastici, vernici, diossine clorate, furani, ftalati, metalli pesanti, fitoestrogeni,

estrogeni fungini (zearalenone) ed estrogeni (principalmente assunti con la dieta). È stato dimostrato che tali sostanze possono essere trasferite dalla madre al feto attraverso la placenta e mediante l'allattamento materno.

I meccanismi biologici attraverso cui gli "endocrine disruptor" interferiscono sul funzionamento del sistema endocrino sono molteplici. Infatti, tali sostanze sono dotate di omologia strutturale con molti ormoni (estrogeni, androgeni, ormoni tiroidei), dei quali amplificano o inibiscono processi organici di sintesi, secrezione, trasporto, ricezione, funzionamento e metabolismo. Un altro fattore importante da considerare nella valutazione del danno arrecato è il periodo di esposizione: le fasi maggiormente suscettibili sono quelle in cui si realizzano le tappe essenziali dello sviluppo. Infine, va considerata la capacità di detossificazione individuale, direttamente proporzionale al grado di attività degli enzimi di inattivazione molecolare. Si ritiene che nel bambino tale capacità, in grado di eliminare gli inquinanti ambientali, sia inferiore rispetto all'adulto. In particolare, è stato dimostrato che gli "endocrine disruptor" possono indurre una precoce attivazione puberale attraverso un'azione estrogenica, antiestrogenica, androgena o antiandrogena oppure attraverso effetti diretti sul GnRH del quale incrementano la produzione con aumentata secrezione di estrogeni.

Sulla base di quanto su riportato, è pertanto necessario ideare dei protocolli di identificazione delle sostanze incriminate ed ottimizzare i mezzi di ricerca in modo da raggiungere una migliore conoscenza nel campo della sicurezza degli "endocrine disruptor". In particolare, studi specifici dovrebbero essere effettuati al fine di stabilire quali siano i livelli di sicurezza di tali sostanze negli alimenti, soprattutto nella fascia pediatrica che risulta essere la più sensibile all'azione degli inquinanti. È confortante che nell'ambito del 7th Framework Programme for Research della UE sia stata finanziata una ricerca epidemiologica in vari Paesi europei sugli effetti degli "endocrine disruptor" sulla salute dei bambini coordinato dal Dipartimento di Pediatria del Karolinska Institutet di Stoccolma, che fornirà risultati definitivi su questo importante capitolo della Pediatria e della Endocrinologia pediatrica. ■

La cioccolata?

Mette in crisi le certezze

Nuove evidenze cliniche in arrivo minacciano una cultura alimentare tramandata da generazioni

Si cresce con delle incrollabili certezze nella vita, tramandate oralmente da decenni (se non secoli) di generazione in generazione: se corri sudi e poi ti raffreddi; la carne fa bene e fa crescere sani; la cioccolata è buona ma tutti i giorni fa male; meglio mettere la maglia di lana quando fa freddo. E poi arriva quel giorno. Un alert sulla posta elettronica, una rapida ricerca delle fonti, e tutto il tuo mondo cambia. Buitrago-Lopez e compagnia bella ci regalano la prima indimenticabile emozione sovversiva. Sintetizzando i dati di 7 studi che coinvolgono complessivamente ben 114.009 partecipanti, ci vengono a raccontare che un elevato consumo di cioccolato si associa a una riduzione del rischio di malattie cardiovascolari del 37%, di ictus cerebrale del 29% e di diabete del 35%. E visto che non si sbilanciano sul quantificare concretamente il concetto di “elevato”, è lecito osare oltre ogni misura. Superare lo stupore iniziale non è facile, non è nel DNA dell’italiano medio contraddire le inconfutabili raccomandazioni parentali in tema alimentare. Una tavoletta di cioccolato al giorno toglie il medico di turno! Ma sarà vero? Il cuore (anzi, la gola!) direbbe di sì. Siamo però adulti maggiorenni e vaccinati, e una vocina in testa ci sussurra che una revisione sistematica di studi osservazionali non consente di trasferire questi risultati in raccomandazioni cliniche.

E mentre con ingordigia e contemporanea ragionevole preoccupazione immaginiamo di pianificare nel minimo dettaglio il più dolce dei trial clinici randomizzati (penso alla disperazione nel capitare nel braccio dei chocolate-free!!) con il sacrosanto obiettivo di dimostrare l’efficacia di questo meraviglioso trattamento, ecco che ne arriva fresca fresca un’altra. Golomb e amici, senza colpo ferire, arruolano 1000 adulti sani e li interrogano ben bene sulle loro abitudini alimentari. E, udite udite, quelli che dichiaravano di mangiare più cioccolato avevano percentualmente un Indice di Massa Corporea più basso. Incredibile, diciamo noi! Spiegabile, dicono loro, studiando i topi, nei quali i derivati del cacao aumentano il metabolismo mitocondriale, migliorano la performance muscolare e la perfusione capillare, aumentano la percentuale di massa magra, hanno effetti benefici sul metabolismo del colesterolo, e chi più ne ha più ne metta. E il famoso piatto di carne che mamma ci rifilava sotto il naso minacciando ritorsioni di entità epocale se non restituito vuoto e lindo? Anche su quello,



Sabrina Buonomo
Dipartimento di Medicina
Pediatria, Malattie Rare
Ospedale Pediatrico
Bambino Gesù, Roma

ahimè, recentemente sempre più dubbi e meno certezze. L’ultimo studio in ordine cronologico, che proviene dai ricercatori dell’Harvard School of Public Health, sembra aggiungere ulteriori prove ai rischi già ipotizzati per la salute derivanti dal consumo di elevate quantità di carne rossa. Prendendo spunto da quanto già segnalato in altri studi precedenti, che avevano messo in luce l’associazione con diabete di tipo 2, malattia coronarica, ictus e alcuni tipi di cancro, i ricercatori hanno osservato in maniera prospettica per oltre 20 anni diverse migliaia di adulti sani (37.698 uomini e 83.644 donne), somministrando regolarmente ogni 4 anni dei questionari informativi sulle abitudini alimentari. Analizzando i vari sottogruppi, il consumo regolare di carne rossa è stato associato ad aumentato rischio di mortalità cardiovascolare e per cancro. Gli autori ipotizzano che le carni rosse, soprattutto se lavorate, contengano alcuni elementi (ferro eme, grassi saturi, sodio, nitriti e alcuni agenti cancerogeni che si formano durante la cottura) che producono un aumentato rischio di malattie croniche. Calcolano anche che sostituire una porzione di carne rossa con una porzione di una fonte di proteine considerata “sana” si traduca in un rischio di mortalità più basso.

A questo punto, liberi di non crederci, ho bandito dal guardaroba di famiglia le maglie di lana. Hai visto mai!

37%

Riduzione del rischio cardiovascolare a fronte di un elevato consumo di cioccolato

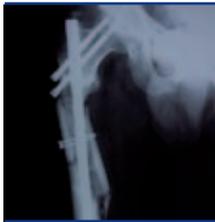


PubMed

▼ Buitrago-Lopez A, Sanderson J, Johnson L, Wamakula S, Wood A, Di Angelantonio E, Franco OH. Chocolate consumption and cardiometabolic disorders: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2011;343:d4488

▼ Golomb BA, Koperski S, White HL. Association between more frequent chocolate consumption and lower body mass index. *Arch Intern Med* 2012; 172(6):519-21.

▼ Pan A, Sun Q, Bernstein AM, Schulze MB, Manson JE, Stampfer MJ, Willett WC, Hu FB. Red Meat Consumption and Mortality: Results From 2 Prospective Cohort Studies. *Arch Intern Med* 2012 [Epub ahead of print]



L'operazione per la rottura di un femore

avviene entro le prime 48 ore nell'88-94% dei casi in Liguria, Campania, Lombardia e nella provincia autonoma di Bolzano, mentre in Sicilia, Calabria e Lazio nell'1-1,5% dei casi. (Dati Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - AGENAS)

Alert farmaci

Ogni mese le segnalazioni più importanti per i pediatri tra tutte quelle emesse dagli organismi di controllo italiani e internazionali

Inibitori di pompa protonica: ancora segnalazioni di eventi avversi

La FDA ha emesso una nuova "comunicazione di sicurezza" sui farmaci inibitori di pompa protonica. L'organismo americano, dopo una revisione della letteratura e dei dati forniti dal sistema di rilevazione degli eventi avversi (AERS) ha prodotto una segnalazione circa il rischio di associazione tra uso di IPP e diarrea da *Clostridium difficile* (CD). Va precisato che i dati a cui si fa riferimento derivano prevalentemente da pazienti anziani, con varie patologie e in trattamento con altri farmaci, tra cui antibiotici ad ampio spettro che di per loro potrebbero predisporre a diarrea da CD. Ma nonostante la presenza di fattori predisponenti l'FDA dichiara che dall'analisi dei dati non si può escludere un potenziale ruolo degli IPP nell'insorgenza di diarrea da CD; l'FDA pertanto rivolgendosi a medici e consumatori suggerisce di porre particolare attenzione in caso di diarrea in corso di trattamento con IPP. In USA come del resto in Italia gli IPP sono farmaci da banco e vengono anche pubblicizzati sui media. Sebbene non ci siano dati in riferimento alla popolazione pediatrica, considerando il largo, crescente e verosimilmente inappropriato uso di IPP anche nei bambini, vale la pena sottolinearne il rischio.

Secondo un'analisi effettuata utilizzando i dati di uno studio di coorte (il Nurses' Health Study), l'uso prolungato di IPP comporterebbe un aumento del rischio di fratture dell'anca. In una popolazione di 79.899 donne in età postmenopausale seguite con cadenza biennale dal 2000 al 2008 si sono verificate nel corso di un follow-up di oltre 8 anni (565.786 anni persona) 893 casi di frattura dell'anca. Rispetto alle donne che non usavano gli inibitori della pompa protonica, quelle che li avevano assunti per almeno 2 anni avevano un rischio significativamente aumentato di fratture dell'anca (hazard ratio

1,35, CI 95% da 1,13 a 1,62; rischio assoluto 2,02 vs 1,51 eventi per 1.000 anni persona). L'associazione cresceva in funzione dei tempi di trattamento ($p < 0,01$) ed era potenziata dall'abitudine al fumo (hazard ratio per il fatto di essere fumatore 1,51, limiti di confidenza al 95% da 1,20 a 1,91). Questa segnalazione segue altre già pubblicate in passato, tanto che gli autori effettuano nell'articolo anche una meta-analisi dei loro dati con quelli precedentemente pubblicati con conferma dei risultati ottenuti. Seppur questi dati non siano sufficienti per provare un'as-

sociazione certa di rischio, il sospetto esiste e va preso in considerazione soprattutto in pazienti con fattori di rischio già noti. Anche in questo caso non si parla di una popolazione pediatrica, tuttavia un altro tassello (come sopra) si aggiunge alla riflessione sull'uso spesso inappropriato di farmaci non privi di potenziali effetti collaterali.

▼ Khalili H, Huang ES, Jacobson BC, Camargo CA Jr, Feskanich D, Chan AT. Use of proton pump inhibitors and risk of hip fracture in relation to dietary and lifestyle factors: a prospective cohort study. *BMJ* 2012;344:e372.



Marina Macchiaiolo
U.O. Malattie Rare e Genetiche, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma





50 anni

Nel 1962 Frank Gerow e Thomas Cronin del Jefferson Davis Hospital di Houston effettuarono il primo intervento di mastoplastica al silicone della storia, sulla trentenne Timmie Jean Lindsey.

Vendita online di farmaci

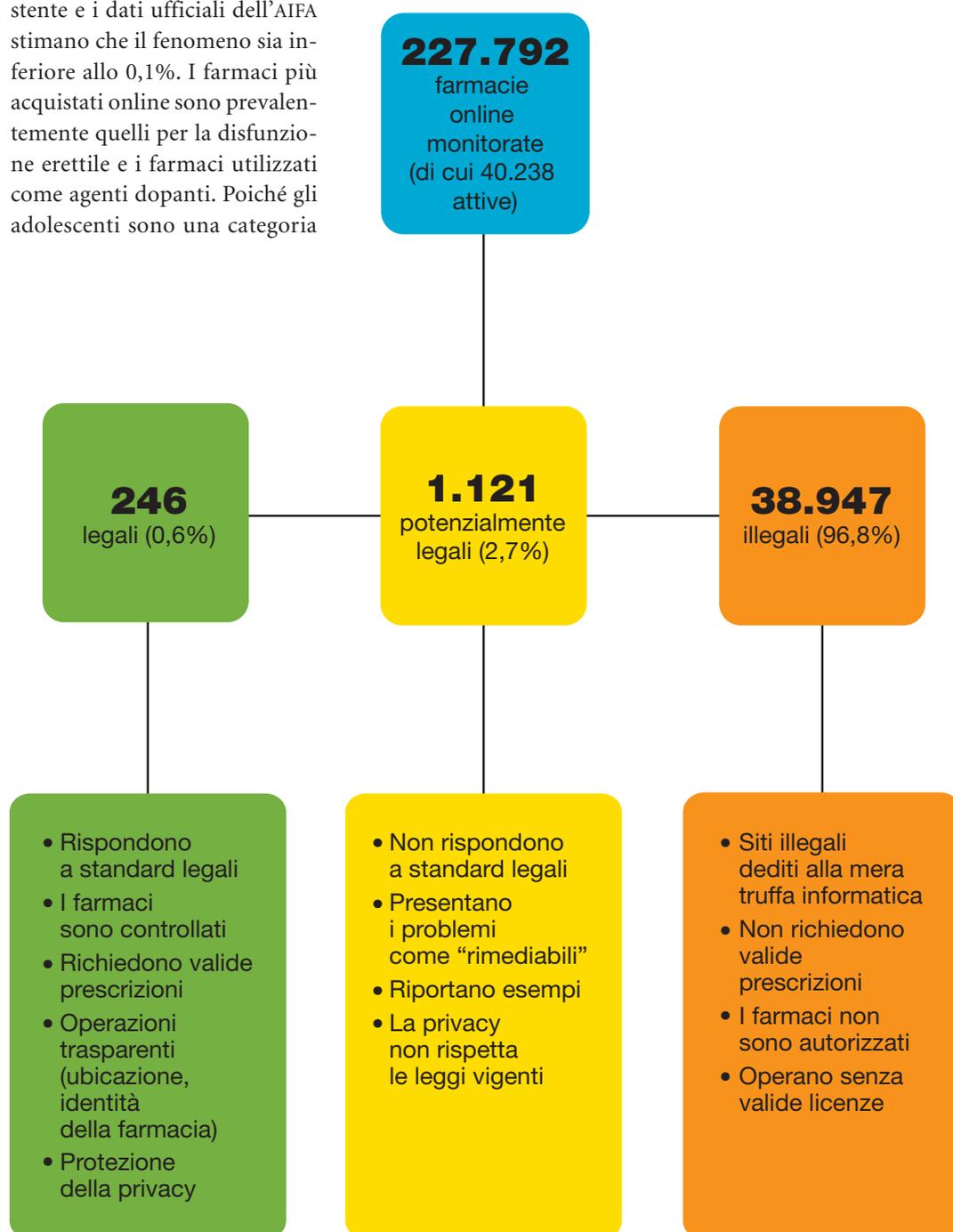
Un recente e drammatico fatto di cronaca avvenuto a Barletta ha portato all'attenzione del pubblico un fenomeno in costante crescita: l'acquisto di farmaci online e il problema dei farmaci contraffatti. Una donna di 30 anni è morta dopo aver assunto del sorbitolo acquistato su eBay. Sembra sia stato il nitrito di sodio presente nella confezione a causarne il decesso. Il nitrito di sodio è altamente tossico anche a piccole dosi. Da quanto riferito la confezione killer proveniva dall'Irlanda. Il sorbitolo non è considerato un farmaco e pertanto l'acquisto online è lecito; tuttavia non tutti sanno che in Italia l'acquisto dei farmaci tramite la Rete è proibito, nonostante molti siti propongano la fornitura di medicinali. L'acquisto di farmaci online – oltre ad essere illegale – è estremamente pericoloso perché secondo i dati dell'AIFA oltre la metà dei farmaci venduti online è contraffat-

to. AIFA in collaborazione con l'OMS ha effettuato uno studio che prevedeva l'individuazione di farmacie estere accessibili dall'Italia e l'analisi presso l'Istituto Superiore di Sanità di campioni di tre tipologie di farmaci. I risultati hanno dimostrato che i farmaci comprati su internet, (escludendo le farmacie completamente false) risultano contraffatti in un caso su due. Si tratta di 'negozi virtuali' che si approvvigionano da fornitori che producono senza alcuna conformità agli standard di qualità e di sicurezza. Nel caso dei farmaci venduti attraverso i canali tradizionali invece il fenomeno della contraffazione in Italia è pressoché inesistente e i dati ufficiali dell'AIFA stimano che il fenomeno sia inferiore allo 0,1%. I farmaci più acquistati online sono prevalentemente quelli per la disfunzione erettile e i farmaci utilizzati come agenti dopanti. Poiché gli adolescenti sono una categoria

particolarmente a rischio sia perché abili internauti, sia perché attratti da queste tipologie di farmaci, come pediatri è necessario mantenere alta la guardia e promuovere anche in questo ambito una corretta informazione e prevenzione.

PubMed

Why Drug Safety Should Not Take a Back Seat to Efficacy. PLoS Med 2011; 8(9): e1001097. doi:10.1371/journal.pmed.1001097



Fonte: AIFA



¡hola! OGM

Altroconsumo ha testato in laboratorio più di 400 prodotti a base di soia e mais in vendita in Italia, Belgio, Spagna e Portogallo per verificare la presenza di OGM. In Belgio, in Portogallo e nei 98 prodotti italiani gli OGM non sono stati trovati. In Spagna, invece, sono presenti in 7 prodotti su 100.

Alert alimentazione

Biberon di plastica: rivedere la valutazione del rischio

I ricercatori dello JRC (European Commission Joint Research Centre) hanno realizzato uno studio approfondito per valutare il livello di migrazione dei materiali impiegati nella fabbricazione dei biberon nel loro contenuto. Sono stati monitorati 450 biberon fabbricati con differenti tipi di plastica, acquistati in vari Stati europei: nella lista troviamo bottiglie in polietereossulfone, poliammide, polipropilene, silicone e anche in policarbonato (materiale all'inizio della ricerca non ancora vietato). I risultati sono abbastanza sorprendenti, perché se nel caso delle bottiglie in policarbonato il rilascio di bisfenolo A è stato minimo, al contrario nel caso di quelle di poliammide ne sono state rilevate quantità elevate. Anche nelle bottiglie in polipropilene e silicone si è registrato il rilascio di sostanze che non figurano nell'elenco dei materiali ammessi al contatto con alimenti. Il problema per i biberon in silicone riguarda la migrazione di ftalati (tristemente noti per la loro pericolosità), la cui presenza è stata riscontrata in quantità rilevante (nello specifico si tratta di DiBP, DBP e DEHP). Non si sono riscontrati problemi nei biberon in PES (polietereossulfone) e fabbricati con il nuovo polimero Tritan (anche se il numero di campioni di questo materiale era ridotto ed è necessario un ulteriore monitoraggio). Si tratta di uno studio un po' disar-

mante, perché evidenzia come la decisione di eliminare il policarbonato dal mondo dei biberon sia servita a poco, visto che analoghi problemi si riscontrano nei biberon realizzati con altre sostanze plastiche.

Il lavoro dei ricercatori, durato due anni, si conclude con un invito alle autorità sanitarie ad intensificare i controlli sulle materie plastiche attualmente utilizzate, e con l'auspicio di una

maggior attenzione a questi fattori nelle prossime valutazioni del rischio associate ai biberon.

Fonte: www.ilfattorealimentare.it

Coca-Cola e Pepsi cambiano la formula

La Coca-Cola e la Pepsi modificheranno le ricette delle bevande al gusto cola vendute in California per evitare l'obbligo ad apporre sulle etichette l'avvertenza: "Il prodotto potrebbe nuocere alla salute". Lo Stato Usa ha deciso infatti che la quantità di 4-metilimidazolo (4-MI), il colorante che dona alle bevande in questione la loro inconfondibile tinta caramello, è troppo elevata e quindi va ridotta. La decisione è stata presa anche in seguito alle pressioni del Center for Science in the Public Interest, organizzazione no profit che aveva più volte sollecitato la Food and Drug Administration a imporre norme molto più severe di quelle attuali sulla presenza di 4-MI negli alimenti. Richieste non accolte dalla FDA, secondo la quale per avere concentrazioni analoghe a quelle che destano preoccupazione nei topi bisognerebbe bere qualcosa come 1.000 lattine al giorno per 70 anni circa. Resta la decisione dello Stato della California, che ha costretto i due giganti delle bollicine a modificare gli ingredienti delle loro bevande per evitare disclaimer potenzialmente allarmanti per i consumatori. ■





Torna anche quest'anno "Siamo tutti pedoni"

la campagna nazionale per la sicurezza degli utenti deboli della strada. La campagna coinvolge istituzioni, scuole, sindacati dei pensionati, associazioni. Si svolgerà dal 18 aprile al 31 maggio 2012. Tra i personaggi coinvolti Piero Angela. Info: www.siamotuttipedoni.it

Giochi pericolosi. Le segnalazioni del sistema di allerta RAPEX

Prodotto	Gioco da trascinare Play-bug
Categoria	Giocchi
Marchio	Baby Play Center
Paese d'origine	Cina
Tipo/Numero di modello	Model: WA-6081, Barcode: 6939071660810
Descrizione	Gioco da trascinare fatto di plastica dura multicolor con quattro ruote
Pericolo	Soffocamento. Il prodotto presenta questo rischio perché contiene piccole parti che potrebbero essere staccate e ingoiate. Il prodotto non è conforme alla Direttiva sulla Sicurezza dei Giocattoli e allo standard europeo EN 71.
Misure prese dal paese segnalatore	Ritiro dal mercato ordinato dalle autorità



Prodotto	Peluche Hello Kitty il prodotto può essere una imitazione
Categoria	Gioco
Marchio	Lekkerland
Paese d'origine	Cina
Tipo/numero di modello	Sconosciuto
Descrizione	Peluche di Hello Kitty alto circa 1 metro
Pericolo	Soffocamento. Il prodotto presenta questo rischio perché contiene piccole parti (il bottoncino sul fiocco nella parte della testa) che potrebbero essere ingoiate. Il prodotto non è conforme alla Direttiva sulla Sicurezza dei Giocattoli e allo standard europeo EN 71.
Misure prese dal paese segnalatore	Importazione respinta



Prodotto	Palla Splat in tre diverse versioni: 1) Palla Splat Ben 10 Ultimate Alien; 2) Palla Splat Bakugan Battle Brawlers; 3) Palla Splat Spider Sense Spiderman
Categoria	Giocchi
Marchio	SplatShot
Paese d'origine	Cina
Tipo/numero di modello	Due diversi codici a barre per ciascuna versione: 8 0051 24001010 e 8 0051 24001003
Descrizione	Il gioco, fatto di plastica soffice di diversi colori, ha la forma di una palla e contiene un liquido. Confezione: un pacchetto contenente istruzioni per l'uso in italiano e in inglese indicati sul retro.
Pericolo	Microbiologico. Il prodotto presenta questo rischio perché si può rompere facilmente causando la fuoriuscita del liquido. La conta totale dei microbi aerobici del liquido può arrivare a 9x10 ³ cfu/ml. Riportati due incidenti. Il prodotto non è conforme alla Direttiva sulla Sicurezza dei Giocattoli.
Misure prese dal paese segnalatore	Ritiro dal mercato ordinato dalle autorità



Prodotto	Gioco a incastro
Categoria	Giocchi
Marchio	Fantastiko
Paese d'origine	Cina
Tipo/Numero di modello	Ref.: 8936 Barcode: 8 424345 089360
Descrizione	Gioco a incastro a forma di casetta arancione con una maniglia, con una serie di formine diverse per colore e forma (triangolo, stella, cerchio, pentagono e cross) che devono essere inseriti nelle fessure appropriate. Sulla casetta ci sono alcuni disegni e le scritte "happy time" e "Happiness cabin". Il packaging è una scatola di cartoncino con una finestra trasparente dalla quale si vede il gioco.
Pericolo	Soffocamento. Il prodotto presenta questo rischio perché le formine si possono rompere lasciando fuoriuscire le palline che contengono, che potrebbero essere ingoiate dai bambini piccoli. Il prodotto non è conforme alla Direttiva sulla Sicurezza dei Giocattoli e allo standard europeo EN 71.
Misure prese dal paese segnalatore	Ritiro dal mercato ordinato dalle autorità



Protezione o gabbia? Polemica a Roma tra pediatri e Comune

Polemiche furenti a Roma per la costruzione in via Ettore Rolli di un piccolo spazio-giochi costato 40.000 € e recintato con una cancellata in ferro più alta di quelle usate normalmente a questo scopo. Un gruppo di pediatri della zona ha scritto una lettera aperta al Municipio di competenza, alla quale è stato dato ampio spazio sui maggiori quotidiani e che ha scatenato un vivace dibattito. Nella lettera si legge tra l'altro: "Sconsigliamo vivamente ai genitori di far giocare i bambini in quel posto e i motivi sono semplici:

■ è vero che i bambini hanno bisogno di stare all'aria aperta, ma quel luogo, a pochi

metri da strade altamente trafficate, è fonte di smog e rumore; in quello spazio ristretto l'esposizione agli inquinanti è sicuramente più elevata di chi ha la possibilità di muoversi liberamente in spazi più ampi;

- l'assenza di ombra espone i bambini a possibili colpi di calore e ustioni;
- la ripetitività e monotonia dei giochi non favorisce le componenti essenziali del gioco che sono creatività, spontaneità, iniziativa, esplorazione, avventura;
- la ristrettezza degli spazi obbliga ad una socializzazione forzata, senza rispetto delle diversità dei bambini e dei loro tempi;

© ANSA 2012



■ le grate e i recinti servono per separare, segregare e isolare identificando i bambini come individui al di fuori della comunità, da proteggere a spese della loro libertà di crescere".



Camere di nuova generazione al Meyer

Sono in grado di accogliere i pazienti con ustioni che superano il 35% della superficie corporea. Percorsi sicuri per i piccoli pazienti, filtraggio di aria pressurizzata, controllo a distanza video e dei parametri vitali in tutta la fase del ricovero le loro innovative caratteristiche. Il Centro Ustioni del Meyer ricovera circa 80 pazienti l'anno e ne segue 300 a livello ambulatoriale.

Gli occhiali di Google

Ce lo aspettavamo. Google ha rilasciato alcune informazioni su un prototipo di occhiali (Project Glass) che integra una webcam e permette di 'proiettare' sulle lenti (e quindi sull'ambiente che ci circonda) le immagini in trasparenza di una sorta di desktop di computer o smartphone (contenuto in una delle stanghette). Naturalmente gli occhiali sono dotati di una connessione telefonica o wireless e possono essere interfacciati con una serie di sensori, compreso un GPS. Con una prospettiva del genere c'è limite solo alla fantasia per le possibili applicazioni in Medicina. Pensate ai chirurghi, che potranno consultare le immagini radiografiche del paziente senza distogliere l'attenzione dal campo operatorio oppure sovrapporre direttamente agli organi del paziente *in vivo*. E che dire delle procedure eco-guidate? Oppure della

possibilità di consultare al volo le sorgenti informative di riferimento come le linee-guida mentre si continua a conversare con il paziente? Le opportunità aumentano ulteriormente pensando alle applicazioni in campo formativo. Da tenere presente che Google aveva già reso disponibile un servizio (Google Goggles) che riconosce le immagini e permette di cercarne sul web di pertinenti. Se questo servizio fosse sufficientemente preciso, ci vorrebbe poco a combinare le immagini riprese dalla webcam incorporata negli occhiali durante la visita e i risultati simili trovati sul web. Provate anche a pensare ad un servizio che permetta di ricercare in Rete i suoni patologici raccolti durante l'ascoltazione cardiaca o toracica, un po' come si fa con i software che riconoscono il titolo della canzone quando la fischiattate, e avrete un siste-



ma assistito completo per la visita del paziente. Data di rilascio degli occhiali, fine 2012. ■

Per info e un video dimostrativo del Project Glass: <http://goo.gl/GpPzz>

a cura di Alberto E. Tozzi

Accedi a oltre **300 riviste** gratuitamente

<http://sip.it/formazione-aggiornamento/riviste/riviste-full-text>

Un servizio per consultare senza costi la letteratura scientifica pediatrica più importante in formato elettronico comodamente da casa, seduti al proprio computer.

Hai letto gli ultimi articoli di **Pediatrics** di dicembre?

Impact of a Guideline on Management of Children Hospitalized With Community-Acquired Pneumonia

Early Childhood Family Intervention and Long-term Obesity Prevention Among High-risk Minority Youth

Impact of an Active Video Game on Healthy Children's Physical Activity

Effect of Repeated Dietary Counseling on Serum Lipoproteins From Infancy to Adulthood

Toward a Unifying Hypothesis of Metabolic Syndrome

...e molto altro ancora

www.sip.it

Le riviste della SIP

Area Pediatrica, Prospettive in Pediatria, Italian Journal of Pediatrics, Pediatria, Conoscere per crescere.



La SIP è su Facebook

<https://www.facebook.com/societaitalianadipediatria>

La Società Italiana di Pediatria è ora sul più popolare dei social network. Lo scopo è informare in modo ancora più diretto genitori, operatori sanitari e colleghi pediatri e soprattutto interagire con loro. Visita la pagina Facebook della SIP e clicca MI PIACE, ci aiuterai a raggiungere un numero più grande di persone.



Esistono da sempre delle droghe più potenti, più calmanti, più allucinogene della farmacopea antica e della farmaceutica moderna... queste droghe miracolo sono le parole!

Dino Segre

Al centro c'è il bambino

È un racconto scritto a più mani perché così deve essere. Le competenze isolate sono un retaggio del passato. Il presente richiede interazione, collaborazione finalizzata al medesimo scopo, capacità di ascoltare e di comunicare, fare in modo che i genitori si sentano attori in un percorso per loro nuovo anche se atteso, sapendo che accanto hanno il sostegno di esperti che suggeriscono e non impongono regole. Che, soprattutto, ascoltano. Ascoltare e comunicare: sono concetti sui quali gli autori si fermano nelle prime pagine, per poi sviluppare il concetto di "care", ossia facilitare l'interazione madre-bambino, sottolineare l'importanza della stimolazione sensoriale col contatto, col massaggio, fino all'iniziazione col seno, al momento critico dell'allattare. Il tutto esposto con semplicità, fruibile dalla madre stessa, con un solido e consumato background da parte degli autori di competenze cliniche e scientifiche. Latte materno? Ma certo. Nessuno si sognerebbe oggi di porre obiezioni. Quando, come e dove: i suggerimenti non mancano. Vi sono problemi? Ci sono il pianto, il rigurgito, il rifiuto? Basta spiegarne i motivi, ancora una volta ascoltare e solo dopo visitare, infine proporre, tenendo conto dell'individualità psico-fisica del soggetto, del contesto sociale in cui questa diade 'madre-bambino' si trova a percorrere questa prima tappa, per la maggior parte dei casi priva di precedenti esperienze. Interazione della diade, divezzamento, ritmi di crescita fisica e psicologica, problematiche materne, allattamento in caso di parto multiplo, di sindrome di Down e di patologia mammaria, farmaci consentiti alla madre, depressione materna, disturbi alimentari precoci: non mancano nel libro preziosi suggerimenti ai genitori, e a chi, dopo la breve sosta in Ospedale, verrà passato il testimone.

Raffaele Domenici, Patrizia Rindi, Lucia Matteucci

Fra le nostre braccia.
Relazionarsi col bambino nel primo anno di vita
Eureka 2011



Progetti di buon senso

Sul tema dell'educazione ambientale dei nostri bambini sono state scritte e dette troppe parole: ora servono i fatti. E questo libro avanza proposte pratiche e replicabili su tutto il territorio nazionale, nelle scuole di ogni ordine e grado: progetti "tutti possibili, perché già stati fatti", come diceva lo psichiatra Franco Basaglia. Si va dalla mensa scolastica sostenibile alla riduzione del fabbisogno energetico, dalla raccolta differenziata all'orto di scuola o all'organizzazione di mercatini scolastici del riuso. L'autore, giovane assessore di un comune emiliano, ha fondato e coordina l'Associazione nazionale dei Comuni Virtuosi, una rete di enti locali che operano concretamente nel campo della sostenibilità ambientale.

Marco Boschini

La mia scuola a impatto zero
Sonda 2012



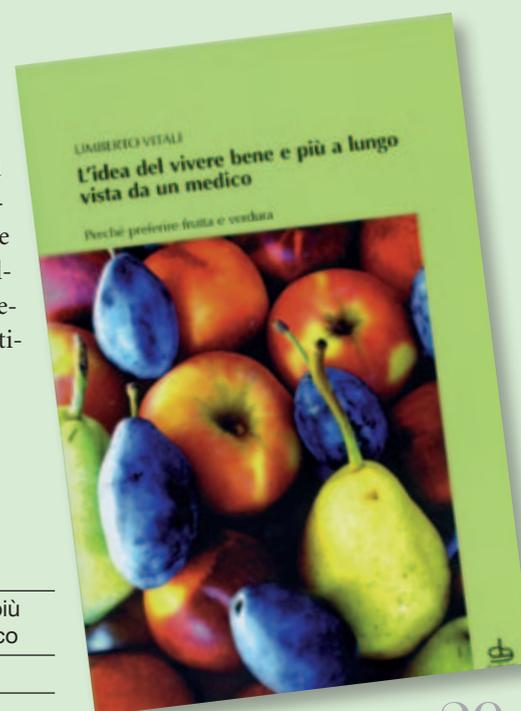
Una cultura medica naturale

Il cibo è una medicina, e se si sbaglia una scelta dietetica si possono avere conseguenze devastanti, con riflessi sulla psiche e sulla nostra salute nonché su quella dei nostri discendenti. Un nuovo stile di vita può indirizzarci a uscire dalla nocività del consumismo moderno. L'autore, pediatra di Ferrara da sempre interessato a fitoterapia, omeopatia e nutrizione, spiega di aver scritto il libro per "spingere alla riflessione le mamme, i geni-

tori, i nonni, tutti, su uno stile alimentare e di vita più naturale e salutare. Il libro potrebbe essere utile anche ad alleggerire il lavoro del pediatra nella routine quotidiana".

Umberto Vitali

L'idea del vivere bene e più a lungo vista da un medico
Pendragon 2011





9 su 10

Gli italiani che controllano sempre le etichette dei cibi prima di consumarli



31 anni

Età media delle primipare italiane, 16 anni più tardi rispetto alla media di un secolo fa

Carboplatino e vincristina, alto rischio di ototossicità

I pazienti sotto i 6 mesi di età affetti da neuroblastoma e trattati con farmaci chemioterapici corrono un rischio di sviluppare ototossicità molto più elevato di quanto non si credesse finora. Lo sostengono i ricercatori del St. Jude Children's Research Hospital di Memphis coordinati da Ibrahim Qaddoumi, che hanno analizzato i referti di 60 test audiologici effettuati da altrettanti piccoli pazienti affetti da neuroblastoma trattati in prima linea

con carboplatino e vincristina in associazione seguendo il protocollo St. Jude RET-3 (n = 23) o il management clinico ritenuto più opportuno (n = 37). Ben 12 pazienti (20%) hanno sviluppato ototossicità durante il trattamento. Il problema si è risolto in 2 casi mentre in 10 bambini ha causato deficit uditivi persistenti: in 9 su 10 di questi pazienti è stata riscontrata una ototossicità di grado 3 o 4. L'età è risultata inversamente correlata alla gravità degli effetti dell'ototossicità.

▼ Qaddoumi I, Bass JK, Wu J et al. Carboplatin-Associ-

ated Ototoxicity in Children With Retinoblastoma. JCO 2012; DOI:10.1200/JCO.2011.36.9744.

Asma: con le visite domiciliari migliori outcome e meno spese

Si stima che circa 1 bambino statunitense su 10 soffra di asma, un'incidenza già molto elevata che nei quartieri poveri delle grandi città arriva a toccare il 16%. Nel 2005 il Children's Hospital di Boston ha implementato un programma d'intervento community-based denominato Community Asthma

Initiative (CAI), che consiste nella assegnazione di ogni caso a una infermiera specializzata dedicata, che oltre a coordinare il percorso terapeutico dei pazienti effettua anche visite a domicilio durante le quali svolge attività educativa e di bonifica ambientale per eliminare i fattori che possono favorire l'insorgenza di crisi asmatiche. Volendo testare la costo-efficacia del programma, il CAI Team del Children's Hospital di Boston, coordinato da Elizabeth Woods della Division of Adolescent/Young Adult Medicine e Shari Nethersole dell'Office of Child Advocacy del

L'alcol al cinema (e sulle t-shirt) influenza i teenager

I teenager che guardano abitualmente film nei quali i personaggi abusano di alcol corrono un rischio doppio di iniziare a consumare bevande alcoliche rispetto ai loro coetanei che hanno 'frequenzazioni cinematografiche' diverse. Lo sostiene uno studio pubblicato sulla rivista BMJ Open, che arriva a chiedere con forza che Hollywood adotti per l'alcol una regolamentazione simile a quella implementata per il fumo di tabacco. I ricercatori statunitensi coordinati da James D. Sargent del Department of Psychiatry della Dartmouth Medical School di Hanover hanno intervistato approfonditamente sul tema del consumo di alcol 6.522 ragazzi tra i 10 e i 14 anni: tra i tanti temi toccati, anche quello dei fattori in grado di influenzare le loro abitudini riguardo al consumo di alcol (marketing, ambiente familiare, entertainment, comportamenti dei coetanei, attitudine personale alla ribellione etc.). È emerso che in media i teenager partecipanti allo studio avevano assistito a una media di 4,5 ore di scene cinematografiche raffiguranti attori che consumavano alcol; l'11% dei ragazzi ha rivelato di possedere merchandise di brand di bevande

alcoliche (l'oggetto più diffuso in tal senso sono le t-shirt); il 23% ha sottolineato che i genitori bevono alcol in casa almeno 1 volta a settimana e il 29% ha ammesso di avere il permesso di acquistarne in prima persona per uso domestico. L'esposizione all'abuso di alcol nei film, il possedere merchandise di aziende produttrici di bevande alcoliche, il frequentare amici abituali consumatori di alcol e l'attitudine alla ribellione si sono rivelate le caratteristiche associate più nettamente all'esordio dei teenager come bevitori in età adolescenziale e alla loro progressione al binge drinking. Le abitudini familiari invece non sembrano avere influenza sul binge drinking, sebbene siano strettamente correlate al consumo precoce di alcol. In particolare, i ricercatori stimano che la visione di film nei quali i personaggi bevono alcolici pesi ben del 28% nella scelta da parte di un teenager di iniziare a bere. "L'esposizione di brand legati all'industria del tabacco al cinema è vietata negli Usa", spiega Sargent, "ma è viceversa del tutto legale per quanto riguarda le bevande alcoliche: si stima che metà



dei film prodotti oggi ad Hollywood contenga almeno una sequenza in cui appare un brand legato all'industria dell'alcol, indipendentemente se si tratta di film vietati ai minori o meno. La presenza delle sigarette nei film è crollata da quando il fumo di tabacco è diventato un problema di salute pubblica, e sarebbe il caso che anche all'alcol si dedicasse una uguale enfasi da parte dell'opinione pubblica e delle autorità. Gli effetti benefici sarebbero immediati a livello globale: come un virus influenzale infatti un film nasce in una zona del mondo e successivamente si diffonde in tutto il mondo o quasi, e può influenzare i comportamenti dei nostri ragazzi ovunque venga distribuito".

▼ Sargent JD, Stoolmiller M, Wills TA, McClure AC et al. Comparing media and family predictors of alcohol use: a cohort study of US adolescents. BMJ Open 2012; 2:e000543 doi:10.1136/bmjopen-2011-000543



1 su 3

Le donne tra i 45 e i 50 anni che trovano rughe e segni dell'invecchiamento più stressanti dei problemi di lavoro



69%

Gli italiani che affermano di non avere preferenze riguardo al sesso del proprio medico di famiglia

medesimo ospedale, ha selezionato 283 bambini asmatici di altrettante famiglie (il 70,8% con reddito annuo <\$ 25.000) partecipanti al CAI. In 12 mesi si è registrata una diminuzione del 68% nelle visite in Pronto Soccorso, dell'84,8% nei ricoveri ospedalieri, del 42,6% nei giorni caratterizzati da qualsiasi tipo di limitazione dell'attività fisica, del 41% nei giorni di assenza dalla scuola, del 49,7% nei giorni di assenza dal lavoro dei genitori del bambino malato di asma. Non solo: c'è stato un significativo calo dei costi per l'ospedale che ha implementato il programma CAI.

▼ Woods ER, Bhaumik U, Nethersole S et al. Community asthma initiative: evaluation of a quality improvement program for comprehensive asthma care. *Pediatrics* 2012; 129(3):465-72.

La 'magia' del dito indice

Carolyn M. Palmquist e Vikram K. Jaswal dell'University of Virginia sostengono che per confondere i bambini in età prescolare è sufficiente l'introduzione del gesto dell'indicare un oggetto o una persona: "I bambini tendono ad attribuire autorità e conoscenza a un adul-

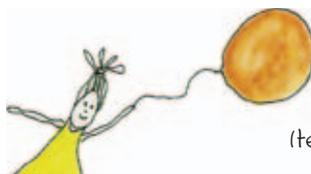
to semplicemente in base al gesto attraverso il quale l'informazione viene veicolata", spiega la Palmquist. "Hanno costruito una tale fede nell'atto dell'indicare che mettono in secondo piano tutte le altre percezioni, persino quella visiva". Un test appositamente condotto su 48 bambini in età prescolare ha confermato la priorità assoluta data dai bambini a questo gesto: "Sin dai primi mesi di vita, quando i bambini vedono un adulto indicare qualcosa, associano questo gesto all'atto dell'insegnamento e quindi entrano in 'modalità apprendimento': di solito gli adulti

indicano qualcosa se hanno un buon motivo per farlo". Questa sorta di potere quasi magico del dito indice deriva, a quanto pare, dalla natura cooperativa della comunicazione umana: i bambini si aspettano sempre che gli adulti li aiutino a decodificare i segnali che giungono dal mondo esterno e mai che li ostacolino.

▼ Palmquist CM, Jaswal VK. Preschoolers Expect Pointers (Even Ignorant Ones) to Be Knowledgeable. *Psychological Science* 2012; doi: 10.1177/0956797611427043

(a cura di David Frati)

Sante & Mia



L'urlo

(testi © Romanzi brevi www.facebook.com/romanzibrevi)



Urlò la maestra, così forte
che i vetri tremarono

Io credo che fare un urlo
per avere il silenzio sia
come fare la guerra
per avere la pace

"Se spieghi la relazione tra gli eventi
alimenti la conoscenza."

Maria Montessori



Trentini | Rispecchiamenti

Dalla Ragione | La casa delle bambine che non mangiano

Bruno, Norsa | La psicoterapia psicoanalitica madre-bambino

Carbone | L'adolescente prende corpo

Bellantuono | Gli psicofarmaci in gravidanza e nel puerperio

Nicolò | Adolescenza e violenza

Ammaniti | Quando le madri non sono felici

Dalla Ragione | Giganti d'argilla

Consulta il catalogo online.

Il Pensiero Scientifico Editore
www.pensiero.it

Numero Verde
800-259620