

ALMA ATA 2013: BACK TO THE FUTURE

Probabilmente sono una minoranza i lettori di *Medico e Bambino* che conoscono i contenuti della Dichiarazione di Alma Ata adottata alla Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria tenutasi nel settembre 1978 ad Alma Ata (ex-Unione Sovietica, ora Kazakistan) per iniziativa di OMS e UNICEF. Un evento che, dal punto di vista dei sistemi sanitari, è stato e resta una pietra miliare. Conviene riprenderne alcuni passaggi:

"La salute è un diritto umano fondamentale... il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato di estrema importanza economica e sociale, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario".

"I Governi sono responsabili della salute dei propri cittadini... Un obiettivo sociale essenziale dei governi, delle organizzazioni internazionali e dell'intera comunità mondiale deve essere il raggiungimento, entro l'anno 2000, di un livello di salute che permetta a tutti di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva. L'assistenza sanitaria primaria è la chiave per conseguire questo risultato".

"L'assistenza sanitaria primaria è costituita da forme essenziali di assistenza basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie, e realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere".

"L'assistenza sanitaria primaria è una parte del sistema sanitario di un Paese, del quale rappresenta la funzione centrale... Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, ... costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria... "promuove l'autonomia dell'individuo e della comunità e la partecipazione alla progettazione e funzionamento dell'assistenza sanitaria... e per questo fine sviluppa, attraverso un'adeguata educazione, la capacità delle comunità a partecipare".

"L'assistenza sanitaria primaria dipende dagli operatori sanitari, comprendendo di volta in volta i medici, gli infermieri, il personale ausiliario e gli operatori di comunità... essi devono essere adeguatamente preparati a lavorare come una squadra... e deve essere sostenuta da sistemi di riferimento integrati, funzionali".

"Tutti i governi devono formulare a livello nazionale politiche, strategie e piani d'azione per diffondere e sostenere l'assistenza sanitaria primaria come parte dell'intero sistema sanitario nazionale e in modo coordinato con gli altri settori".

Che ne è stato di Alma Ata? La struttura piramidale immaginata per i sistemi sanitari, con alla base una rete di strutture per le cure primarie, è stata in parte realizzata, in quasi tutti i Paesi, ma di fatto nella maggior parte dei sistemi sanitari la base della piramide non ha mai ricevuto adeguata attenzione. Gli interessi combinati di chi dalla malattia trae profitto, l'ignoranza e a volte la corruzione di chi è preposto alla cosa pubblica, a volte le stesse organizzazioni internazionali preoccupate di ottenere risultati quantificabili su singole patologie, hanno minato alla base i principi di Alma Ata, e di fatto hanno condotto a privilegiare strutture, quali servizi ospedalieri che in molti Paesi sono ipertrofici e inefficienti, dove il denaro potesse scorrere più facilmente, o in programmi finalizzati a singole malattie. Per lo più, le cure primarie sono rimaste la cenerentola

del sistema, abbandonate a operatori insufficientemente formati e poco motivati, a causa di retribuzioni molto basse (ancora molti medici ricevono l'equivalente di due, tre, quattrocento euro al mese, e gli infermieri la metà), di scarsità di mezzi, a partire dal trasporto, dai diagnostici e dai medicinali, e di un lavoro troppo spesso limitato all'invio di pazienti all'ospedale o allo specialista.

In Europa, e in qualche altro Paese (o Stato all'interno di sistemi federali), di fatto, a presidiare le cure primarie ci sono operatori con adeguata formazione e retribuzione. Ma anche qui, il principio è messo a rischio dalla combinazione di interessi: quelli, robusti, di chi trae profitto dal creare bisogni inesistenti quanto costosi da soddisfare, spostando sempre più in basso l'asticella della malattia o della condizione di rischio, e quelli, più deboli ma egualmente pregiudizievoli, di operatori (medici, per lo più) che hanno dimenticato l'essenza del giuramento e vendendo l'anima (ahimè... l'unica che ci è dato di avere). Da noi, a tagliare l'erba sotto le cure primarie hanno contribuito non tanto alcuni sindacalisti dalle limitate vedute strategiche, quanto una maggioranza che li ha seguiti affetta dalla malattia genetica più diffusa nel nostro Paese: l'acquiescenza.

Certo, la dichiarazione del 1978 peccava di forte ingenuità laddove si poneva l'obiettivo di uno stato ragionevole di salute per tutti entro l'anno 2000, dimenticando che ragioni economiche, politiche ma anche banalmente demografiche avrebbero impedito di raggiungere tale obiettivo. Di fatto, più si vive a lungo, più si devono mettere in conto malattia e infermità. Ma è proprio da questa considerazione che riemerge la validità strategica di Alma Ata: se non si vuole trasformare il mondo in un'enorme e costosissima residenza assistita, e con enormi disegualanze nella qualità di questa, occorre procedere con decisione in direzione opposta. Fare cioè in modo che, come è del tutto possibile dove le cure primarie funzionano, tra l'80% e il 90% dei problemi siano affrontati e risolti a livello primario; e che cittadini e pazienti ricevano informazioni utili a mantenersi sani o, nel caso dei più piccoli, a creare le condizioni per una vita il più possibile sana. Non vi è altra strada, per ottenere questo, che puntare su cure primarie di qualità. Di alta qualità scientifica, organizzativa e umana. Ed è proprio questo che la Conferenza Internazionale che si è tenuta solo poche settimane fa, il 6 e 7 novembre, sempre ad Alma Ata e sempre con gli stessi protagonisti, ha affermato. Che occorre investire molto di più sulle cure primarie, per rendere disponibili team di operatori a ciò preparati, nelle quali giochino un ruolo crescente gli infermieri, per assicurare qualità e continuità di cure (non tanto quella "24 su 24" che è un falso idolo, ma quella nel tempo: oggi, domani e dopodomani) e per trasferire a tutti, cittadini e pazienti, informazioni e competenze, e, a quelli che richiedono cure specialistiche o intensive, un adeguato orientamento e supporto, in collaborazione con i centri di riferimento.

Che cosa serve per raggiungere questo risultato? La qualità dipende dalla selezione, dalla formazione, dalla motivazione ed è il governo del sistema nel suo complesso che deve crearne le condizioni. Ma occorre che siano per primi i professionisti a crederci, la popolazione a saperla riconoscere, gli operatori dei sistemi di riferimento a utilizzarla, i manager a valorizzarla. Le retribuzioni del settore sono oggi, in Italia, anche senza voler fare confronti e considerare il momento difficile, assolutamente degne e sufficienti a svolgere il proprio lavoro, senza alcun bisogno di monetizzare prestazioni che sono del tutto riconducibili alla propria missione principale.

E infatti, capita anche, in Italia e altrove, di incontrare colleghi che ritengono che essere operatori di cure primarie sia un gran bel mestiere. Se lo credono, è perché trovano stimoli e gratificazioni nello svolgere il proprio lavoro, un lavoro antico che ogni giorno si arricchisce di nuove conoscenze e nuovi strumenti, quindi di stimoli a utilizzarli con passione e a beneficio del prossimo.

Questa rivista è nata soprattutto per loro, per gli operatori delle cure primarie, e ad essi è in gran parte dedicata. Proponendo in modo leggibile e sobrio argomenti nuovi e tornando su quelli tradizionali, sia in chiave concettuale che pratica, dimostra di credere che le cure primarie siano in effetti un luogo molto speciale per una medicina - nel nostro caso una pediatria - di qualità.

Buon 2014!

Medico e Bambino

IL PROPRANOLOLO NELLA TERAPIA DEGLI EMANGIOMI: DALLE PRIME DESCRIZIONI ANEDDOTICHE A UN DOCUMENTO DI CONSENSUS

Senza ombra di dubbio l'impiego del propranololo nella terapia degli emangiomi capillari è stata la più grande novità in dermatologia pediatrica degli ultimi 10 anni.

Il propranololo ha una percentuale di successo terapeutico che si avvicina al 100% e, se avviato precocemente (entro il 2°-3° mese di vita), sostanzialmente impedisce all'emangioma di formarsi, risolvendo le manifestazioni cliniche ancor prima che si siano rese realmente evidenti.

A distanza di 5 anni dalla pubblicazione del primo lavoro su *New England Journal of Medicine*, la quantità di bambini trattati è cresciuta in maniera esponenziale, come dimostrato dal numero di lavori (*case reports*, studi di coorte prospettici e primi studi clinici controllati e randomizzati) pubblicati in letteratura. E finalmente cominciano a essere meglio definiti i criteri di inclusione e di esclusione per il trattamento.

È molto recente la pubblicazione della prima Consensus Conference¹ sull'uso del propranololo negli emangiomi capillari, ripresa proprio in questi giorni in un articolo che ne sintetizza i punti salienti, definendo chi deve essere trattato, con che dose, per quanto tempo e con quali modalità².

Le indicazioni date nella Consensus sono in sintonia con la farmacoriflessione sul propranololo e gli angiomi capillari pubblicata su questo numero di *Medico e Bambino*³ (pag. 651) e ne rimarcano i messaggi pratici più importanti. Il trattamento è indicato: a) in presenza di compromissione di funzioni vitali (coinvolgimento oculare, delle alte vie respiratorie, epatico con insufficienza cardiaca); b) nei bambini con emangiomi capillari ulcerati; c) in caso di compromissione estetica tale da determinare una menomazione permanente o con importante impatto emotivo e psicologico sul bambino e sulla famiglia. La disponibilità del farmaco non giustifica tuttavia una terapia indiscriminatamente rivolta a tutti, in considerazione del fatto che si tratta di una manifestazione benigna e nel tempo destinata a spontanea regressione. È inoltre molto importante diagnosticare correttamente una sindrome PHACE, che unisce a un emangioma segmentario del volto malformazioni della fossa cranica posteriore, anomalie arteriose (tipicamente stenosi o displasie dei vasi cerebrali), anomalie cardiache (coartazione aortica, difetti interatriali o interventricolari) e possibili difetti della vista, perché nei bambini affetti dalla sindrome PHACE,

con importanti anomalie vascolari intracraniche, la terapia con propranololo potrebbe essere rischiosa (aumenterebbe il rischio di stroke). In questi casi, la decisione terapeutica va quindi ponderata molto attentamente.

Per avere la massima efficacia, la terapia con propranololo negli emangiomi va iniziata presto, prima dei 3 mesi, prima che la lesione maturi. Il trattamento va protratto almeno 6 mesi. Il rischio di effetti collaterali (quelli cardiovascolari e l'ipoglicemia) appare tanto paventato quanto irrisorio se ci si mantiene nel dosaggio di 2-3 mg/kg/die con un frazionamento in 2-3 dosi (tanto da non ritenere giustificato né lo screening ECG né il monitoraggio della glicemia durante la terapia). I genitori vanno istruiti sui possibili segni rivelatori di un'ipoglicemia, sull'opportunità di evitare il digiuno e di alimentare subito il bambino in caso si manifestino sudorazione, ipotonia, pallore, e di sospendere eventualmente il trattamento in corso di malattie intercorrenti. In tutti i bambini trattati è importante raggiungere la dose terapeutica di 2-3 mg/kg/die in maniera graduale (0,5 mg/kg/die), con un controllo iniziale della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa.

Proprio perché il momento migliore per iniziare la terapia sono i primi 3 mesi di vita il pediatra di famiglia ha il compito fondamentale di visitare spesso (ogni 2 settimane) i neonati con un precursore di emangioma o una lesione sospetta, per poter individuare subito un'eventuale proliferazione e permettere l'avvio precoce della terapia nei casi in cui è indicata, al fine di ottenere i risultati migliori. La gestione del bambino trattato sarà domiciliare, in stretta sintonia tra il pediatra di famiglia e lo specialista dermatologo.

Bibliografia

1. Drolet BA, Frommelt PC, Chamlin SL, et al. Initiation and Use of Propranolol for Infantile Hemangioma: Report of a Consensus Conference. *Pediatrics* 2013;131:128-40.
2. Biesbroeck L, Brandling-Bennett HA. Propranolol for infantile hemangiomas: review of report of a consensus conference. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2013 Nov 15. doi: 10.1136/archdischild-2013-305027 [Epub ahead of print].
3. Berti I, Pavan M, Paloni G, Bibalo C, Marchetti F, Ventura A. Propranololo ed emangiomi. *Medico e Bambino* 2013;32:651-7.

Medico e Bambino

MUSICA E BAMBINI

La musica è il mezzo creato per dettare dei sentimenti nell'ascoltatore, utilizzando, a questo fine, la frazione inconsapevole del cervello
F. Panizon

La musica è il linguaggio della trascendenza. Il che spiega le complicità che crea tra gli esseri umani. Li immerge in un universo dove cadono le frontiere
E. Cioran

Medico e Bambino ha dedicato, nei numeri di novembre e dicembre, ampio spazio a una serie di contributi che mettono in luce l'utilità della musica e dell'ambiente musicale per lo sviluppo del bambino. Partendo da una breve, ma esaustiva, revisione della letteratura sugli effetti della musicalità sullo sviluppo cognitivo, relazionale ed emotivo del bambino, si giun-

ge a formulare una serie di consigli su come il pediatra di famiglia, arricchendo ulteriormente il suo bagaglio di conoscenze e di strumenti operativi, può contribuire allo sviluppo del bambino e al complesso delle relazioni familiari.

All'interno dell'articolo speciale di novembre di C. Panza ed E. Flaugnacco ("Competenze musicali del bambino 0-3 anni", pag. 571), la musica viene presentata in un'ottica evolutiva al fine di motivare gli operatori dell'infanzia (pediatri, educatori, psicologi, neuropsichiatri, logopedisti, psicomotricisti ecc.) a pensare alla musica non come a un piacere privo di altra pratica utilità, che non sia, appunto il piacere, ma come a un vero e proprio processo adattativo utile, forse indispensabile all'uomo. D'altronde, la musica ha origini antichissime ed è presente in tutte le culture. Fatta eccezione per certe forme rudimentali che si possono incontrare in alcune specie animali, la musica appartiene solo alla specie umana e viene appresa spontaneamente in tenera età, di fatto a partire da ancor prima della nascita. Come suggerito da una recente ricerca, crescere in un ambiente musicale, essere educati all'ascolto e fare musica, è un formidabile esercizio per la mente che darà i suoi vantaggi nel corso di tutta la vita¹.

Nello stesso numero, il contributo di C. Panza ed E. Flaugnacco su *Oltre lo Specchio* ("Musica e scienze cognitive", pag. 602) illustra quanto documentato dalle scienze cognitive sul funzionamento della mente e del cervello in relazione alla stimolazione musicale. In particolare, viene fatto riferimento non solo agli ovvi sistemi uditivi e motori coinvolti nella percezione e nella produzione musicale, ma a tutte le altre funzioni cognitive coinvolte direttamente e indirettamente nella pratica musicale. Negli ultimi anni, in letteratura, è stata ampiamente sostenuta e condivisa l'idea che la pratica musicale, durante l'infanzia, stimoli lo sviluppo cognitivo e porti a un aumento delle competenze del bambino anche in attività extramusicali. Questo avverrebbe per una sorta di trasferimento delle abilità specifiche apprese musicalmente alle funzioni cognitive di base, necessarie per svolgere altri compiti di tipo non musicale, ad esempio la lettura^{2,3}.

Il suono non è inteso come un fenomeno fisico descritto da un'onda sonora con caratteristiche fisiche come altezza, frequenza, timbro, intensità, bensì come un atto percettivo e un'esperienza della mente. In questo senso possiamo dire che la musica è l'arte dell'ascolto⁴.

Molti lavori hanno dimostrato che un training musicale, se metodologicamente ben strutturato, intensivo e duraturo porta a una plasticità adattiva della rete neurale coinvolta nell'elaborazione delle informazioni linguistiche e a un miglioramento delle funzioni attentive e mnestiche^{5,6}. Quando il neonato mostra già alla nascita di saper riconoscere la prosodia della lingua madre, discriminare i diversi tipi di musica e melodie e di riconoscere musiche e suoni di cui ha fatto esperienza in gravidanza^{7,8}. Perciò la musica, considerata l'importante influenza che può avere nei processi di apprendimento, tenendo conto di quanto abbiamo appreso sulle straordinarie competenze musicali già dai primi giorni di vita, dovrebbe essere coltivata fin dalla nascita.

Nati per la Musica è un progetto nato nel 2006 e sostenuto dall'Associazione Culturale Pediatri, dal Centro per la Salute del Bambino e dalla Società Italiana per l'Educazione Musicale con lo scopo di approfondire il significato del proporre la musica in maniera non occasionale fin dai primi mesi di vita e, attraverso i pediatri, di sensibilizzare le famiglie sui vantaggi che questa pratica comporta. Il progetto che ha chiare ed evi-

denti affinità con Nati per Leggere, può essere considerato suo fratello maggiore, ma solo per la cronologia della nascita. La proposta viene ad arricchire le opportunità che possiamo offrire ai bambini per una piena valorizzazione delle loro enormi potenzialità, puntando sulla ricchezza della relazione e del piacere non sulla prestazione.

Nati per la Musica non si propone di insegnare precocemente a suonare uno strumento (così come Nati per Leggere non si propone di insegnare ai bambini a leggere prima del tempo, anche se non vi è dubbio che crea alcune condizioni perché le abilità di lettura vengano acquisite prima e più efficacemente), ma di saper fruire e gioire della musica, con l'obiettivo di sostenere la fiducia dei genitori in se stessi, incoraggiare una modalità di relazione che esprima il loro ruolo di padre e di madre in base a competenze riflessive, di ascolto e di contenimento.

Nati per la Musica sottolinea quindi il valore della musica non solo come esperienza cognitiva, ma anche come forma di comunicazione, come strumento che favorisce la relazione, sia tra bambini che tra adulto e bambino. Tutte queste qualità le conferiscono quindi un significato e un ruolo più ampio, di strumento per il supporto della funzione genitoriale e dello sviluppo complessivo del bambino.

Chi promuove Nati per la Musica e Nati per Leggere si propone quindi sia di rendere la famiglia informata sulle abilità precoci del bambino e sul ruolo importante della relazione affettiva per lo sviluppo del bambino stesso sia di fornire ai genitori alcune indicazioni pratiche in grado di innescare momenti significativi di complicità e di divertimento. A questo scopo la rassegna sul bambino e la musica si chiude proponendo una guida ("Strumenti per i pediatri delle cure primarie", pag. 643 di questo numero) a cura di Stefano Gorini, che offre indicazioni e consigli pratici per il pediatra al fine di promuovere la musica in famiglia, e un inserto elettronico "Fare musica in famiglia: spunti per un dialogo con i genitori" di Manuela Filippa e Cecilia Pizzorno, con alcune indicazioni pratiche per i genitori. Entrambi i contributi hanno l'obiettivo di stimolare nei genitori il desiderio di offrire, attraverso la musica, un'opportunità in più al proprio bambino per sviluppare le proprie competenze linguistiche e relazionali.

Bibliografia

1. Skoe E, Kraus N. A little goes a long way: how the adult brain is shaped by musical training in childhood. *J Neurosci* 2012;32(34):11507-10.
2. Moreno S, Marques C, Santos A, Santos M, Castro SL, Besson M. Musical training influences linguistic abilities in 8-year-old children: More evidence for brain plasticity. *Cereb Cortex* 2009;1:712-23.
3. Francois C, Schön D. Musical expertise boosts implicit learning of both musical and linguistic structures. *Cereb Cortex* 2011;21:2357-65.
4. Bollani S. *Parliamo di musica*. Milano: Mondadori, 2013.
5. Schellenberg EG. Music Lessons Enhance IQ. *Psychol Sci* 2004;15(8):511-4.
6. Moreno S, Bialystok E, Barac R, Schellenberg EG, Cepeda NJ, Chau T. Short-term music training enhances verbal intelligence and executive function. *Psychol Sci* 2011;22:1425-33.
7. Hepper PG. An examination of fetal learning before and after birth. *Irish J Psychol* 1991;12:95-107.
8. Kisilevsky BS, Hains SM, Brown CA, et al. Fetal sensitivity to properties of maternal speech and language. *Infant Behav Dev* 2009;32:59-71.

Elena Flaugnacco, Alessandra Sila
Centro per la Salute del Bambino - Trieste
Coordinamento Nazionale Nati per la Musica