

## Lettere

### Lettere

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

### Quale pediatra per quale pediatria?

Ho letto con interesse le riflessioni di Mariarita Cajani (*Medico e Bambino* 2007;26:83-4), collega attenta e impegnata, sul significato, il ruolo e le responsabilità del pediatra di famiglia nell'attuale contesto dell'assistenza e della salute infantile. Ho letto però con una sorta di inquietudine la testimonianza allegata, espressione del senso di smarrimento cui si fa riferimento nella lettera. Essa ripropone una responsabilità cruciale, precisa, difficile, propria in particolare di noi pediatri di famiglia, che è quella della definizione degli ambiti del nostro intervento e della nostra consulenza. In una relazione di aiuto, quale è quella che si instaura nel contesto quotidiano in cui operiamo, è cruciale la consapevolezza di quello che sta succedendo e di alcuni aspetti e situazioni che, se non controllati, possono vincolare e rendere davvero poco tollerabile ed estenuante una professione che, svolta singolarmente o in gruppo, è comunque impegnativa ma anche, ogni giorno, ricca di stimoli.

Ci sono delle regole, degli aspetti organizzativi e burocratici in cui, come pediatri, siamo inseriti e di cui anche la famiglia è importante tenga conto: reperibilità, disponibilità telefonica - non illimitata, ma congrua e garantita in orari precisi - modalità di svolgimento dell'ambulatorio devono essere comunicate con chiarezza e rese comprensibili, capite e utilizzabili dai propri interlocutori. La consultazione telefonica è un "atto medico" qualificato, da utilizzare in maniera corretta da parte della famiglia e in modo costruttivo da parte del pediatra, con domande precise che mettano in luce il problema reale di salute e l'entità del bisogno portato in quel momento da quella famiglia. Tempo e fretta, soprattutto se collegati a obiettivi troppo grandi rispetto al tempo reale che il pediatra ha a disposizione per ciascuna consultazione, sono aspetti da gestire attentamente: il voler troppo fare spesso non consente quel tempo interno, psicologico, mentale, che è cruciale per "mettersi in armonia con se stessi e con gli altri", come è ben scritto nella lettera di Mariarita. E poi c'è il rischio, sempre in agguato, della contrapposizione, per lo stato emotivo del momento, per antipatia, per sfiducia. E allora tutto diventa impraticabile se, nell'ambito di una

situazione professionale, non vengono adottati accorgimenti comunicativi atti a "mettere in movimento" un ascolto, altrimenti spontaneamente impossibile.

È ancora, è sempre una nostra responsabilità rendere l'ambulatorio lo spazio accogliente della cura, della prevenzione, dell'informazione rigorosa e corretta. Lo è anche, non meno impegnativo, il saper indicare alla famiglia con chiarezza, correttezza e coerenza, come è possibile utilizzare nel modo migliore la nostra professionalità.

**Federica Zanetto**  
Pediatra di famiglia, Vimercate (Milano)

*Penso che le preoccupazioni della dottoressa Zanetto siano ragionevoli. Penso anche che, in qualche modo, e legittimamente, esprimano l'altra faccia del mestiere del pediatra, la faccia opposta o complementare a quella mostrata dalla dottoressa Cajani nel "diario di una giornata", pubblicato tra le lettere del numero di febbraio: il prodotto della forse eccessiva disponibilità e del conseguente esasperato sfruttamento. Parlo di quello che non so, o che so appena appena. Ma io credo (anzi so appena appena) che è questo equilibrio tra disponibilità e rispetto che dovrebbe caratterizzare il rapporto tra pediatra e suoi assistiti: un rapporto fatto di comprensione, anzi di intelligenza, reciproca, e di un rispetto che il pediatra dovrebbe saper insegnare. Come ogni rapporto fragile, anzi delicato: ma è il pediatra che deve saper tenere le redini con sensibilità e attenzione; e in questo modo contribuire positivamente alla crescita e alla progressiva autonomia della famiglia e dell'assistito. Parole, lo so bene. E vi prego di scusarmi.*

**Franco Panizon**

### Movimenti fetali intenzionali già al quinto mese di gravidanza

Ho letto sul numero di ottobre scorso (*Medico e Bambino* 2006;25:528), nella rubrica "Osservatorio, Cartoline dal mondo", l'articolo di cui è referente la dottoressa Stefania Zoia dell'Ospedale Burlo Garofolo di Trieste, "Alcuni movimenti fetali sono intenzionali già al quinto mese di gravidanza". La dottoressa sta studiando con "l'ecografia quadridimensionale" la cinematica dei movimenti degli arti superio-

ri per "studiare l'organizzazione del movimento per capire come e quando viene acquisito il controllo di traiettoria e velocità nell'esecuzione di un movimento fetale ... per comprendere in che modo matura il sistema nervoso e quindi anche il controllo motorio del bambino, nel primo periodo postnatale".

Già negli anni '70 Milani Comparetti, valente pediatra e neurologo, acuto osservatore (fratello del più noto Don Milani, parroco di Barbiana), studiava i movimenti fetali nelle prime ecografie e aveva reso note le sue considerazioni, il suo modo di vedere lo sviluppo del feto prima e del neonato poi, costruendo un diagramma esplicativo del suo pensiero.

In un modo per allora rivoluzionario Milani diceva che il neonato è un organismo profondamente complesso e pronto a rispondere alle principali esigenze poste dalla separazione dall'utero materno tramite un processo epigenetico con il quale si intende "un processo per cui si acquisiscono funzioni geneticamente programmate caratteristiche della specie, per esposizione dell'individuo ai problemi ambientali che il programma è inteso a risolvere" (Milani Comparetti, 1984). Il bambino - fu sottolineato da Milani - non deve essere più considerato come una "tabula rasa" senza esperienze precedenti, ma come una persona che, già a partire dai primi giorni di vita, reagisce all'ambiente che lo circonda, percepisce e discrimina stimoli sensoriali, tattili, uditivi, visivi, gustativi, olfattivi; prende iniziative nel rapporto; ha svariati bisogni ed è in grado di esprimerli: è un bambino, cioè, già capace di entrare in relazione con la madre.

Quindi il "neonato" va inteso non come un essere "spinale", costituito da un insieme di riflessi, ma come un essere dotato di straordinarie competenze e di condotte preadattate alle esigenze del suo ambiente, protagonista del proprio sviluppo (Milani Comparetti, 1982).

Molti patterns motori del neonato a termine hanno una lunga storia di sviluppo prenatale.

La motricità del feto è una "funzione di per sé rappresentante le competenze del feto, prima che diventi funzionale": il feto si muove non perché non riceve stimoli, ma semplicemente perché ha una struttura centrale modulare geneticamente strutturata, che gli permette di esprimersi con il movimento.

I primi movimenti fetali possono essere osservati alla 7<sup>a</sup>-8<sup>a</sup> settimana di età conazionale e consistono in una iperestensione del collo; alcuni giorni dopo appaiono movimenti generalizzati e lo startle: da questo momento in poi si assiste a un rapido sviluppo del repertorio fino alla 14-15<sup>a</sup> settimana circa. I movimenti oculari si sviluppano a partire dalla 20<sup>a</sup> settimana. Un fatto sorprendente è che i primi schemi di movimento non sono espletati in modo amorfo e casuale, ma esistono fin dall'inizio in patterns distinti che sono facilmente riconoscibili e possono essere classificati e osservati anche dopo la nascita.

La funzione prioritaria del SNC, specialmente in età precoci dello sviluppo, è quindi la motricità, la cui osservazione costituisce l'esame motoscopico che si basa sull'osservazione della qualità dei movimenti spontanei e provocati.

Requisiti fondamentali per definire la normalità di un repertorio di movimenti sono la sua variabilità, la ricchezza e la possibilità di scelta rispetto alla stereotipia e all'obbligatorietà delle scelte.

I movimenti fetali rappresentano l'intera gamma di patterns di movimento possibile già intorno alla 20<sup>a</sup> settimana di gravidanza e non assumono alcun significato funzionale fino a quando non si integrano fra loro, nella necessità di affrontare un problema posto dall'ambiente. I primi ad avere un significato funzionale sarebbero "i salti" intrauterini che permettono al feto di cambiare frequentemente posizione, verso la 10<sup>a</sup>-12<sup>a</sup> settimana di vita fetale (quanto ciò sia importante si può vedere nella patologia: ad esempio, se ci sono delle "briglie amniotiche" che impediscono questi cambiamenti di decubito, si possono avere gravi deformità). Successivamente verranno attivate le competenze a nascere (es. propulsione), a sopravvivere (es. suzione, deglutizione) e infine a condurre la vita extrauterina (es. camminare o, ancora più tardi, con significato di sopravvivenza della specie, l'atto sessuale e il parto) (Milani Comparetti, 1976).

Nonostante i grandi progressi delle tecniche di neuroimmagini è la valutazione clinica della funzionalità del sistema nervoso centrale che resta l'elemento fulcro per seguire lo sviluppo del bambino, e gli esami neurologici tradizionali basati solo sulla valutazione dei riflessi e del tono sarebbero limitati: una "lista" più o meno esaustiva delle prestazioni del neonato.

Lo strumento di valutazione più appropriato si è rivelato dunque la semeiotica neuroevolutiva: un giudizio sul potenziale di sviluppo del bambino, cioè la prognosi di sviluppo (prognosi del bambino), si fonda sulla valutazione della prevalenza o meno nel tempo della normalità nell'uso fun-

zionale del repertorio (Milani Comparetti, Gidoni 1967, 1978). Si può dire che la semeiotica neuroevolutiva è una semeiotica della "normalità e prognostica" più che della "patologia e diagnostica".

Rimando alla lettura degli scritti di Milani (*vedi bibliografia*) per l'approfondimento del suo pensiero che propongo alla vostra attenzione perché ancora estremamente originale, attuale e utile, sia specularmente che nell'operatività clinica.

**Carla Antonelli**  
**Neuropsichiatra infantile**  
**Careggi (Firenze)**

#### Bibliografia

- Milani Comparetti A. Seminars in Perinatology, vol 5, n. 2, 1981.
- Milani Comparetti A. Giornate italo-americane di Ultrasonografia. Bologna: Monduzzi Editore, 1982.
- Milani Comparetti A. Prospettive in Pediatria 1982; n° 48.
- Milani Comparetti A. Innato e acquisito nel circuito psicomotorio. Atti del Convegno "La nascita psicologica e le sue premesse neurobiologiche", Milano 1982. Roma: IES Mercuri Ed. 1984.
- Milani Comparetti A. Il feto protagonista nell'ontogenesi della sua identità. V Congresso Internazionale di Psicomotricità. Firenze, 26-29 maggio 1982.
- Milani Comparetti A. Protagonismo e identità dell'essere umano nel processo ontogenetico. Giornate italo-americane di Ultrasonografia. Bologna: Monduzzi Editore, 1982:201-12.
- Milani Comparetti A. Semeiotica neuroevolutiva. Prospettive in Pediatria 1982; n° 48.
- Milani Comparetti A. Dalla parte del neonato: "Proposte per una competenza prognostica". Neuropsichiatria Infantile 1976;5:175.

*Ringrazio la dottoressa Carla Antonelli per quanto ha scritto, perché ci permette di ricordare il contributo di Milani Comparetti (1982) che, con la sua straordinaria capacità clinica, ha il merito di aver fortemente contribuito alla ricerca riguardo all'attività motoria spontanea del feto.*

*In seguito, i lavori di Prechtl (1997) hanno portato avanti l'idea che è possibile identificare dei movimenti generali quali patterns di maggior complessità dell'attività motoria spontanea e risultato di un'organizzazione neuromotoria con specifici tempi di comparsa.*

*L'analisi qualitativa dei movimenti spontanei ha mostrato un buon grado di predittività nell'identificare precocemente danni a carico del sistema nervoso centrale (es. emorragia cerebrale o leucomalacia) e responsabili di movimenti generali più lenti, di minor ampiezza, monotoni e meno complessi. Senza nulla togliere all'osservazione clinica, bisogna ammettere che essa richiede una esperienza considerevole prima di poterla considerare uno strumento*

*affidabile. La necessità quindi di provare a descrivere un movimento in modo oggettivo, cioè utilizzando la tecnica cinematografica, rappresenta l'unica possibilità di quantificare le osservazioni e andare oltre le teorie per poterle confermare o sconsigliare.*

*Lo studio dei movimenti fetali da noi realizzato (Zoja S, et al. in press) ha avuto come obiettivo specifico quello di verificare scientificamente alcune idee riguardo alla possibilità che un feto, a un certo punto della sua epoca gestazionale, sia in grado di "scegliere" dove muovere il proprio braccio. Il nostro interesse è stato quello di analizzare due particolari tipi di movimento: quello di raggiungimento della mano alla bocca e quello di raggiungimento della mano agli occhi. Questa precisa scelta deriva dal conoscere che post-nascita i movimenti di raggiungimento per una specifica posizione-target sono ben descritti con l'analisi cinematografica, quindi il profilo di velocità e di traiettoria, che definiscono un movimento di questo tipo come risultato di una normale pianificazione ed esecuzione, sono chiaramente noti (Castiello, 2005). Per questa ragione offrono la possibilità di rispondere al seguente quesito: a un certo punto dello sviluppo prenatale un feto è capace di "pianificare" i movimenti degli arti superiori? In altre parole, l'organizzazione dei movimenti di raggiungimento della bocca e degli occhi mostra profili di velocità e di traiettoria con una loro specifica caratterizzazione? I risultati che abbiamo ottenuto suggeriscono che a 22 settimane di gestazione il feto si muove con più cautela verso gli occhi rispetto al profilo di velocità utilizzato per raggiungere la bocca, suggerendo che a 22 settimane il feto possiede una primitiva competenza di pianificazione del movimento.*

*Le evidenze descritte nel nostro lavoro identificano l'originalità di questo studio nel fatto di aver mostrato la possibilità di nuove frontiere per valutare oggettivamente la normalità dei movimenti fetali degli arti superiori, servendosi di una metodologia di indagine di alto rigore scientifico, ben consapevole che il nostro contributo arriva ora perché c'è stato chi prima di noi ha tracciato il cammino.*

**Stefania Zoia**  
**SC di Neuropsichiatria Infantile**  
**IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste**

#### Bibliografia

- Castiello U. The neuroscience of grasping. Nature Review Neuroscience, 2005.
- Milani Comparetti A. Prenatal Movements and Their Significance. Padiatrische Fortbildungskurse für die Praxis. Basel: Karger, 1982, Bd. 53, pp. 46-53.
- Prechtl HFR. In: Connolly KJ, Forsberg H (eds). The neurophysiology and neuro-

## Lettere

psychology of motor development. New York: Cambridge University Press, 1997:42-53.

• Zoia S, Blason L, D'Ottavio G, et al. Evidence of early development of action planning in the human fetus: a kinematic study. *Exp Brain Res* (pubblicato online 21-07-2006; in press).

### Farmaci off-label: prime vittime i bambini

La questione dell'utilizzo di farmaci in "off-label" (cioè al di fuori delle indicazioni registrate), limitato dall'attuale Finanziaria, pone un problema di enorme criticità soprattutto per l'area pediatrica, dove è inquietante notare come, in tutto il mondo, non solo in Italia, meno del 15% di tutti i farmaci commercializzati e meno del 50% di quelli espressamente destinati al bambino, vengano commercializzati sulla base di prove cliniche attestanti le specifiche caratteristiche di rischio/beneficio nel bambino.

Questo pone problemi non solo relativi alla gestione nell'immediato (vedi la probabile sospensione nell'uso e la rimborsabilità di alcuni farmaci di largo impiego in patologie pediatriche), ma richiama la necessità di sviluppare programmi e progetti per porre fine a tali problemi, per esempio

dando vita a piani di sperimentazione sulla popolazione pediatrica. Il tutto nel pieno rispetto delle norme deontologiche, attraverso l'uso delle G.C.P. e tutelando la salute del bambino.

La popolazione pediatrica è un gruppo vulnerabile che si differenzia dagli adulti per caratteristiche fisiologiche, psicologiche e di sviluppo.

Questo rende particolarmente importante la ricerca e la sperimentazione di medicinali, orientate in funzione dell'età e dello sviluppo, tenendo conto che questa popolazione supera i 100 milioni di persone in Europa.

L'obiettivo della FIMP è quello di promuovere, in linea con le nuove normative europee in tema di ricerca e sperimentazione, un programma di tutela della salute del bambino nell'utilizzo di farmaci, attraverso piani di sperimentazione che coinvolgano la medicina territoriale e il pediatra in prima persona.

L'importanza della medicina territoriale nella sperimentazione clinica è suffragata dall'evidenza che studi d'intervento farmacologico, che costituiscono le basi delle linee guida redatte dalle principali società scientifiche internazionali, sono stati condotti da medici di medicina generale, quindi del territorio.

In Italia si sta prendendo coscienza

con ritardo rispetto agli altri Paesi industrializzati della potenzialità della medicina territoriale nella realizzazione di sperimentazioni cliniche.

D'altro canto, il nuovo quadro normativo prevede che già dal prossimo gennaio si parlerà di AICUP (autorizzazione all'immissione in commercio di farmaci per uso pediatrico).

La FIMP è impegnata attivamente in questo senso e auspica che a breve si realizzi un programma finalizzato alla risoluzione di tali problematiche.

Giuseppe Mele, Presidente FIMP

### ERRATA CORRIGE

#### Medico e Bambino n. 3/2007

Nella Ricerca "Prevalenza della carie nei bambini di 4 anni con particolare riferimento a quelli nati pretermine", pubblicata sul numero di marzo 2007, a pag. 189, segnaliamo che il nome corretto di uno degli Autori è **S. Majori** e non Mayor, come è stato erroneamente riportato. Ci scusiamo con l'Autore.