

Quaderni acp

www.quaderniacp.it

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della
associazione culturale pediatri

www.acp.it

I bambini e la musica



93 Editoriale: Abbiamo rubato il futuro ai nostri figli **95** In ricordo di Maria Bonino
96 Lo sviluppo musicale del bambino **99** Il nuovo Piano Nazionale Vaccini: una occasione perduta **100** Congressi controluce **102** Film: I figli degli altri: Spanglish
103 Janusz Korczak: un precursore della pediatria all'inizio del '900
106 Nati per leggere **108** Libri **112** Info **114** Congresso Nazionale ACP 2005
122 Latte artificiale e punti nascita **122** I latti sono tutti uguali? **123** Benetton, McDonald's e Kellogg's: gli alfieri della salute **124** Profilassi del neonato con vitamina K **128** Utilizzo dell'indometacina nella pervietà del dotto di Botallo
131 Parlando di rischio: lo facciamo questo EEG? **133** Il vissuto della fratria dei bambini con handicap mentale: dall'adattamento al disturbo mentale

maggio-giugno 2005 vol 12 n°3

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

La Rivista è indicizzata in EMBASE

Quaderni acp

website: www.quaderniacp.it

maggio-giugno 2005 vol 12 n° 3

Editoriale

- 93 Abbiamo rubato il futuro ai nostri figli
Antonino Perna

Memento

- 95 In ricordo di Maria Bonino *Liliana Pomi*

Saggi

- 96 Lo sviluppo musicale del bambino
Johannella Tafuri

Vaccinacipi

- 99 Il nuovo Piano Nazionale Vaccini:
un'occasione perduta *Luisella Grandori*

Congressi controlloce

- 100 Il Congresso di *Reach Out And Read*
Alessandra Sila
100 La Sindrome da Ipoventilazione
Centrale Congenita *Francesco Morandi*
101 Rete SPES. Il punto *Red*
101 Tabiano 14 *Red*

Film

- 102 I figli degli altri: *Spanglish*
di James L. Brooks *Italo Spada*

Letture

- 103 Janusz Korczak: un precursore
della pediatria all'inizio del '900
Alessandro Volta

Nati per Leggere

- 106 NpL in Trentino *Elisabetta Vanzetta*
106 NpL in Sicilia *Sergio Speciale*
107 NpL in Basilicata *Red*
107 NpL in Sardegna *Red*
107 NpL in Abruzzo *Vincenza Bontempo*
107 NpL in Toscana *Patrizia Seppia*

Libri

- 108 Angoscia, vai via! di *Jacqueline Brun*
108 Scienza e fascismo di *Roberto Maiocchi*
109 L'ombra del grande muro di *Leo Malet*
109 Nascere e crescere oggi in Italia
di *Maurizio Bonati e Rita Campi*

Info

- 112 Il *Los Angeles Times*
e i conflitti di interesse
112 Rapporto Ceis Sanità 2004
112 Mortalità materna e infantile nel mondo

- 112 Finanziamento
del Servizio Sanitario Nazionale
112 Civette, allodole e adolescenza
113 Antibiotici e resistenze
113 Nasce Ibfan Italia
113 Un successo un po' strano
113 In breve

Acp news

- 114 Relazione del Presidente al Congresso
ACP 2005 *Michele Gangemi*
116 Congresso Nazionale ACP 2005
Elezione alle cariche direttive
117 Il gruppo ACP "Pediatri
per un mondo migliore" *Giacomo Toffol*
117 La formazione permanente
nei gruppi locali ACP: stato dell'arte
Francesca Siracusano, Federica Zanetto
117 La Newsletter ACP/CSB
come strumento per la formazione
dei gruppi locali *Federica Zanetto*
120 Programma del Congresso Nazionale
dell'ACP a Napoli

Lettere

- 122 Latte artificiale e punti nascita
Alessandro Volta
122 I lattini sono tutti uguali? *Dino Pedrotti*
123 Benetton, McDonald's e Kellogg's
gli alfiere della salute
Simona Di Mario et al.
124 Profilassi del neonato con vitamina K
Giuseppe Buonocore et al.

127 Ausili Didattici

Leggere e fare

- 128 Utilizzo dell'indometacina nella pervietà
del dotto di Botallo
Simona Faraci, Grazia Scibilia

Narrative medicine

- 131 Parlando di rischio:
lo facciamo questo EEG?
Federica Zanetto, Michele Gangemi

Saper fare

- 133 Il vissuto della fratria dei bambini
con handicap mentale:
dall'adattamento al disturbo mentale
Anne Witgens, Jean Yves Hayez

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2005 è di Euro 75. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: Associazione Culturale Pediatri - via Montiferru, 6 - Narbolia (OR) indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota. L'iscrizione all'Associazione Culturale Pediatri dà diritto: a ricevere Quaderni acp, ad uno sconto del 50% sulla quota di abbonamento a Medico e Bambino, ad uno sconto di 25 Euro sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP. Per iscriversi la prima volta occorre inviare una richiesta scritta (fax 0783 599149 o e-mail: francdessi@tiscali.it) con cognome, nome, indirizzo e qualifica, e versare la quota come sopra indicato. I soci che fanno parte di un gruppo locale affiliato all'ACP devono versare la quota al loro referente locale, il quale potrà trattenerne il 30% per l'attività del gruppo.

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
may-june 2005; 12(3)

93 Editorial

We have stolen the future to our children
Antonino Perna

96 Essays

Musical development in children
Johannella Tafuri

99 Vaccinacipi

The Italian Immunization Programme:
a missed opportunity *Luisella Grandori*

100 Meeting synopses

102 Movies

103 Lectures

Janusz Korczak: a precursor of paediatrics
at the beginning of 19th century
Alessandro Volta

106 Born to read

108 Books

112 Info

114 Acp News

122 Letters

127 Didactic support

128 From literature to practice

Can a prolonged course of indomethacin
increase treatment's efficacy of patent ductus
arteriosus? *Simona Faraci, Grazia Scibilia*

131 Narrative medicine

Speaking about risk:
should we prescribe an EEG?
Federica Zanetto, Michele Gangemi

133 Update to practice

The life experience involving
the siblings of mentally disabled children:
from adaptation to mental
disturbance *Anne Witgens Jean Yves Hayez*

Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici a cura della
associazione culturale pediatri

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Comitato editoriale

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

Collaboratori

Giancarlo Cerasoli
Francesco Ciotti
Giuseppe Cirillo
Luisella Grandori
Luigi Gualtieri
Manuela Pasini
Italo Spada
Antonella Stazzoni

Organizzazione

Giovanna Benzi

Marketing

e comunicazione

Daria Zacchetti
Milano, Tel. 0270121209

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

Internet

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

Indirizzi

Amministrazione

Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)
Tel. 078357401; Fax 0783599149
e-mail: francedessi@tiscali.it

Direttore

Giancarlo Biasini
corso U. Comandini 10, 47023 Cesena
Tel. e Fax 054729304
e-mail: gcbias@tin.it

Ufficio soci

via Nulvi 27, 07100 Sassari
Cell. 3939903877, Fax 0793027471
e-mail: ufficiociacp@tiscali.it

Stampa

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

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

© ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI
ACP EDIZIONI NO PROFIT

LA COPERTINA. L'immagine riproduce
"Famiglia di contadini" (particolare), Louis
Le Nain 1593-1648, olio su tela. Louvre,
Parigi.

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

Esempio per le riviste: Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. *Quaderni acp* 2000;5:10-4.

Esempio per i testi: Bonati M, Impicciatore P, Pandolfini C. La febbre e la tosse nel bambino. *Il Pensiero Scientifico Ed, Roma* 1998.

Le citazioni vanno contenute il più possibile (entro 10 voci) per non appesantire il testo. Della letteratura grigia (di cui va fatto un uso limitato) vanno citati gli Autori, il titolo, chi ha editato l'articolo, la sede e l'anno di edizione. I lavori pervenuti vengono sottoposti tutti alla valutazione della redazione e/o ad almeno due revisori. Il giudizio sarà trasmesso agli Autori in tempo ragionevole. È obbligatorio dichiarare l'esistenza o meno di un conflitto d'interesse. La sua eventuale esistenza non comporta necessariamente il rifiuto alla pubblicazione dell'articolo. La dichiarazione consente alla redazione (e, in caso di pubblicazione, al lettore) di esserne a conoscenza e di giudicare quindi con cognizione di causa quanto contenuto nell'articolo. Nulla è dovuto alla rivista per la pubblicazione. Non si forniscono estratti.

Abbiamo rubato il futuro ai nostri figli

Dopo due secoli di rivoluzione industriale si è rotto l'ottimismo che legava le generazioni

Antonino Perna (1)

Docente di Sociologia Economica, Università di Messina

Parole chiave *Rivoluzione industriale. Produttività. Ambiente*

La mia generazione ha scoperto l'incertezza e la paura del futuro dallo sguardo dei suoi figli e dei giovani con cui è a contatto. Dopo oltre due secoli dalla rivoluzione industriale in Occidente si è rotto il lungo filo rosso dell'ottimismo illuminista, che teneva legate le generazioni, si è spezzato il testimone che ogni generazione lasciava a quella seguente. Per la prima volta in Occidente – negli altri Paesi non c'è mai stato questo entusiasmo temporale verso il divenire, ma una visione ciclica del tempo – il futuro non è più foriero di magnifiche e progressive sorti dell'umanità. Se si pensa che la base culturale, le fondamenta del modo di produzione capitalistico si fondano proprio su quelle che Keynes chiamava il meccanismo delle *aspettative* – rispetto ai risparmi e agli investimenti – si capisce come è proprio il sistema capitalistico occidentale che è messo in discussione nel profondo dei comportamenti. Le nuove generazioni guardano con tremore al futuro, parcheggiandosi spesso tra le mura domestiche, saltando tra un lavoro precario e un corso di formazione alla disoccupazione, senza prospettive di costruirsi una vera e dignitosa indipendenza, forse senza speranze di andare un giorno in pensione.

Scriva il sociologo Schizzerotto: "... i trentenni e i ventenni di oggi (...) costituiscono le prime due generazioni del XX secolo a non essere in grado di migliorare le proprie prospettive di vita rispetto alle generazioni dalle quali discendono. Uno dei tratti della situazione attuale, ad esempio, è l'allungamento della permanenza dei giovani tra i 18 e i 34 anni nella famiglia d'origine: il 60% oggi, contro il 53% di dieci anni fa" (in quaderni dell' AIS, novembre 2004).

L'era dell'incertezza non riguarda solo il mercato del lavoro, la formazione di nuovi lavori stabili, ma riguarda una miriade di fattori che hanno a che fare con la vita e la costruzione sociale di un

futuro sostenibile. Questo fenomeno inedito è il frutto di molte cause e fattori.

La divaricazione tra i fondamentali parametri economici e sociali

Il periodo del boom economico, della crescita virtuosa, 1951-1981, è stato definito da alcuni economisti francesi come *Les Trente Glorieuses*. La nostra visione del mondo si è formata, si è costruita sulla performance di quella fase storica in cui, nell'ordine, gli investimenti, il reddito, l'occupazione, i consumi, crescevano insieme, facendo registrare una forte correlazione positiva. Possiamo convenire con W. Sachs e altri che l'ideologia dello sviluppo e la religione del Pil sono nate e sicuramente si sono consolidate in quel periodo storico. A partire dai primi anni '80 negli USA si è aperta una divaricazione tra queste variabili, per cui continuava a crescere il Pil, ma lentamente regredivano i posti di lavoro fissi e ben pagati, si assottigliava il ceto medio, cominciarono a flettere gli investimenti produttivi e, soprattutto, iniziava un poderoso processo di delocalizzazione del sistema industriale. L'Europa, a partire dal Regno Unito, seguì progressivamente lo stesso percorso che, negli anni '90, ha portato ad alcune vistose degenerazioni. La correlazione tra reddito, investimenti, occupazione si è spezzata in base a quel principio di "biforcazione catastrofica" che ha elaborato René Thom applicandolo alle forme del vivente (*Stabilità strutturale e morfogenesi*, Einaudi 1980). Questo fenomeno, peraltro comune alla morfogenesi della vita su questo pianeta, si traduce in soldoni nella crescita del Pil, che non solo non si accompagna più alla crescita dell'occupazione stabile, ma è correlata negativamente al benessere di una gran parte delle popolazioni. Diamo per scontato che un saggio del profitto minimo sia una condizione indispensabile per la sopravvivenza del sistema capitalistico. Ma questo è possibile solo, in un determinato Paese, aumentando la spesa pubblica rispetto alla massa salariale e, allo

stesso tempo, aumentando la propensione marginale al consumo delle famiglie, mentre gli investimenti fissi sono destinati comunque a crescere per aumentare la produttività del lavoro e reggere la concorrenza internazionale. Ora è evidente che i Paesi industrializzati hanno lavorato in questa direzione negli ultimi decenni; hanno aumentato la spesa pubblica destinata direttamente e indirettamente al sistema produttivo, riducendo, spesso, i trasferimenti di reddito che vanno ai lavoratori. Ma, battendo questa strada, si riduce la domanda di beni di consumo, perché le famiglie avranno meno risorse finanziarie disponibili.

Solo attraverso un generale indebitamento finanziario è stata resa possibile la sopravvivenza del nostro modello di vita, di consumi e sprechi negli ultimi venticinque anni. Nello stesso periodo, questo meccanismo perverso ha creato una forte riduzione dei lavori stabili, una crescita della polarizzazione sociale di cui le "nuove povertà" rappresentano solo la punta dell'iceberg. Per fare solo qualche esempio: in Italia, nel 1986, il rapporto tra la paga lorda di un operaio Fiat e quella di un amministratore delegato era di 1 a 55, oggi è di 1 a 70 e continua a crescere. Negli USA, dal 1978 al 1994, il 20% dei più poveri ha perso il 19% nel reddito reale, di contro il 20% dei più ricchi ha incrementato del 18% il suo reddito.

Negli ultimi quattro anni gli USA hanno conosciuto una perdita secca di 1,6 posti di lavoro. Il tasso di risparmio medio delle famiglie che ammontava all'8% nel 1993 è oggi sceso a meno del 2%! Come scrive l'economista nordamericano, J. Rifkin, "quest'anno in USA saranno più numerose le domande di fallimento che quelle di divorzio o dei corsi di specializzazione universitaria o gli attacchi di cuore".

Produttività, principio di anticipazione e debito globale

La produttività è un parametro quantitativo che non tiene conto né degli effetti collaterali, rispetto alla qualità di vita dei lavoratori, né dell'impatto ambientale, né

Per corrispondenza:
Antonino Perna
e-mail: red@quaderniacp.it

editoriale

della distruzione o riduzione del patrimonio comune. Dato che il patrimonio comune non è conosciuto, o non è preso in considerazione, nei casi in cui si registra un incremento di produttività in attività di sfruttamento delle risorse naturali, il dato è sicuramente legato alla sottrazione di risorse comuni. Esempio è l'evoluzione della produttività nella pesca. Oggi, con i potenti mezzi della tecnologia è cresciuta la produttività per addetto della pesca a danno dello stock di fauna disponibile che si sta paurosamente depauperando. Stesso discorso vale per le tecnologie di sfruttamento dei pozzi di petrolio. Quello che uno stock di risorse naturali poteva fornire in decenni di sfruttamento, viene "rapinato" in pochi anni, colpendo direttamente le generazioni future.

L'anticipazione del futuro è resa possibile, oltre che dalle tecnologie invasive, anche dai meccanismi finanziari. Esiste un meccanismo perverso che ha portato a una crescita iperbolica del debito globale, guidata dal dollaro e sostenuta (ma fino a quando?) dai risparmiatori di tutto il mondo (oggi soprattutto sono i risparmiatori cinesi e giapponesi che sostengono il debito pubblico statunitense). Per non parlare del ruolo giocato dai tassi di interesse pagati dai Paesi dell'Est e del Sud del mondo che da trent'anni finanziano le banche occidentali e concorrono a mantenere elevato il tenore di vita di questa piccola parte del mondo.

L'economia degli USA è oggi basata sulla corsa folle all'indebitamento dello stato, dei cittadini, delle imprese. Sommando i tre debiti, si arriva al 300% del Pil. Vale a dire che ogni nordamericano alla nascita ha un debito di 70.000 dollari. Ancora: il 20% del Pil nordamericano va in pagamento dei debiti verso privati (banche, assicurazioni, finanziarie). In Italia non siamo tanto distanti dal modello USA. Il debito globale è di circa il 250% del Pil e cresce con il forte incremento dell'indebitamento delle famiglie. Nel solo 2003 l'indebitamento delle famiglie italiane è cresciuto del 19,5% contro una media europea del 7,7%.

Conseguenze sul piano socio-economico

Sta crescendo la povertà relativa in tutti i Paesi occidentali, con forte accentuazione in UK, USA e Italia. Si creano ancora nuovi lavori ma sono sempre più precari, sottopagati, senza occasioni di carriera. Per la prima volta in Italia le nuove generazioni sono, in generale, più povere delle precedenti. Soprattutto a livello di ceti

medi e bassi, sono i genitori che mantengono o integrano i redditi dei propri figli anche dopo i 30 anni. Le famiglie sempre più strozzate dalla corsa all'indebitamento, dai prezzi crescenti e dalla mercificazione globale che riduce tutti i bisogni a un solo comune denominatore – il denaro – tentano di sopravvivere in tanti modi. Per esempio, vendendosi la casa: il 26,3% di tutti coloro che hanno venduto una casa in Italia nel 2004, lo ha fatto per ragioni di liquidità!

Conseguenze sul piano ambientale

I Paesi ricchi rischiano di non potere più saldare il debito ecologico che hanno accumulato. Consumano più risorse di quello che il pianeta può produrre. E ora arriva anche il colosso cinese che tra dieci anni consumerà quanto Germania, Francia e Italia messi insieme. Il *living Planet Report 2004* stima che i 6,3 miliardi di persone che abitano il pianeta hanno a disposizione le risorse prodotte da 1,8 ettari ciascuno. Ma la media mondiale è di 2,2 ettari per persona. Un abitante degli USA ha in media un'impronta ecologica (9,9 ettari pro capite) che è doppia rispetto a un europeo ed è sette volte quella di un cittadino del Sud-Asia o dell'Africa sub-sahariana. Tra il 1970 e il 2000, la popolazione di alcune specie di vertebrati terrestri e marini è calata del 30%, mentre quella delle specie di acqua dolce si è ridotta del 50%. Il consumo energetico dal 1961 al 2001 è aumentato del 700%! Tutti questi dati, e tanti altri che potremmo citare, ci dicono una cosa sola: le prossime generazioni erediteranno un pianeta malato.

Una delle conseguenze che stanno preoccupando molti abitanti di questo pianeta è il cambiamento climatico. Come le fluttuazioni repentine di borsa sono il segno evidente di una crisi finanziaria, così cambiamenti bruschi nel clima fanno sì che chi viveva grazie ai saperi tradizionali di conoscenza della natura – pescatori, pastori, agricoltori – si trova a non riconoscere più il linguaggio della natura, si trova bisognoso di più tecnologia per continuare a rendere produttivo il suo lavoro. Questo si traduce o in più rapina del patrimonio naturale – pensiamo solo alle nuove tecnologie che sono state applicate alla pesca – o in aumento dei consumi energetici; per esempio, più serre, più impianti irrigui, più concimi e anticrittogamici ecc.

La perdita dei saperi tradizionali, della conoscenza popolare della natura, ha avuto

la sua parte nella recente tragedia che ha colpito il Sud-Est Asiatico. Gli abitanti di alcune isole dell'Indonesia, che erano estranee ai processi di modernizzazione e di urbanizzazione indotti dal turismo occidentale, hanno immediatamente riconosciuto i segni dell'evento e sono fuggiti nelle colline salvandosi dallo tsunami.

Conseguenze psicologiche

Un mondo che corre per correre, che non ha tempo per chi cade o si ferma, è un mondo che cancella il senso della vita. I giovani, a volte, ci inviano dei messaggi disperati ed estremi: un sedicenne di Palermo, nel maggio del 2003, si lanciò da una finestra della sua scuola, lasciando un bigliettino con scritto: "Leggete il messaggio sul mio telefonino. Arrivederci, addio". Ai primi di dicembre del 2004, a Milano, una quindicenne si è buttata dall'ottavo piano della casa dove abitava, lasciando un messaggio: "Vivo una vita che non è la mia... se non fossi nata sarebbe lo stesso... io ho avuto il coraggio di farlo, poi si vedrà...".

Certo, accanto a questi messaggi di infinita disperazione, di perdita di senso, ci sono migliaia di giovani che reagiscono e che si tuffano con passione nel commercio equo – oltre 60.000 volontari in Europa – o nella finanza etica, o nelle mille forme del sostegno e della condivisione con i soggetti più svantaggiati.

Ma resta il grande disagio giovanile e adolescenziale. Il Prof. Giuseppe Sagge, presidente della Società Italiana di Pediatria, in un'intervista pubblicata su *Repubblica* il 13 novembre scorso, a commento di un'indagine condotta dalla stessa Società Italiana di Pediatria, si esprimeva così: "Mi colpisce la scarsa possibilità che questi tredicenni hanno di immaginare, di creare, di fantasticare... la loro vita è scandita e mediata dalla tv, dal pc, dagli sms. Navigano su Internet. Ma non hanno tempo di navigare nella propria mente. Senso critico azzerato. Capacità ideative azzerate". Dobbiamo stringere un nuovo patto intergenerazionale. Dobbiamo pensare di recuperare il patrimonio comune – dall'acqua all'aria pulita, al patrimonio ittico e faunistico. Dobbiamo capire che questa è la nostra responsabilità. Di tutti, anche di chi non ha avuto una parte attiva in questo processo di indebitamento globale. Restituiamo il futuro ai nostri figli. Sdebitiamoci. ♦

(1) *Prolusione a "Gli Argonauti" 2004.*

In ricordo di un medico eroe

MARIA BONINO

Su Maria Bonino, pediatra di Biella che ha lasciato la sua vita in Ruanda donandola ai bambini della "sua" Africa, pubblichiamo questo toccante ricordo di Liliana Pomi

Maria era pediatra presso l'Ospedale di Aosta ma, da più di dieci anni, si dedicava a realizzare progetti di collaborazione, in ambito sanitario, con il CUAMM Medici in Africa.

Aveva lavorato in Tanzania, Burkina Faso e Uganda; dal marzo 2003 era impegnata in Angola, nell'Ospedale di Uige. L'epidemia di febbre emorragica di Marburg, che nel mese di marzo 2005 ha ucciso un centinaio dei suoi piccoli pazienti, non ha risparmiato nemmeno lei. Colpita dalla stessa malattia che stava cercando di contrastare, ha condiviso con i suoi malati le stesse sofferenze e infine la stessa sorte, vittima, come loro, della scarsa disponibilità di cure e di assistenza. Ora riposa in pace, nella "sua" Africa.

Maria era una credente vera, di religione cattolica, che preferiva le testimonianze di fede alle parole. Poiché sapeva fare la pediatra, aveva scelto di curare i bambini e selettivamente, i bambini dell'Africa. Aveva, con determinazione, deciso di "essere" medico, cioè colui che cura, che guarisce, che toglie il dolore. Di "essere" dottore in Medicina, cioè "colta" nella materia, non le bastava affatto. Voleva proprio fare il medico che cura. Questo era il suo modo di combattere disuguaglianze e povertà, fatte di fame e di ignoranza, che generano enormi contraddizioni e bisogni nei Paesi più poveri del mondo. Amava aggiornarsi professionalmente e (lo dico per inciso), quando era ad Aosta, collaborava con il nostro gruppo ACP dell'Ovest, ma amava anche tutte le cose belle, per questo era ricca "dentro". Di poche parole, ma con una grande capacità di ascoltare, sempre discreta e tollerante. Era minuta, esile e riservata, ma sorprendentemente ironica. Ci mancheranno le sue "battute" colorate da un'ironia sempre elegante. Con Maria avevo un'amicizia antica, ma al di là dell'amicizia c'era, da parte mia, un grande rispetto per le sue scelte coerenti e coraggiose. A volte cercavo di metterla (o forse di mettermi) in crisi sulla bontà di fare o non fare il medico in Africa. Le dicevo che anche noi abbiamo la nostra Africa, a Torino, ad Aosta, che sono diversi i bisogni, ma che le ingiustizie, le disuguaglianze, le malattie e le sofferenze non hanno nazionalità. Sono diversi i bisogni e richiedono impegni diversi ma... ma lei sorrideva, mi guardava senza ribattere e poi volava via



verso qualche ospedale della "sua" Africa. Questi e molti altri ricordi di lei mi sono passati in mente quando le ho telefonato mercoledì 23 marzo e non sapevo che quella era l'ultima telefonata. Grazie al telefono satellitare che aveva vicino a sé, ho ascoltato poche frasi, parole scandite con dolore e fatica, parole dignitose, ormai senza speranza di salvezza. Mi sono sentita schiacciare da una disperata impotenza, la stessa che avevo provato altre volte di fronte a un bambino che potevo curare, senza guarire, a cui non potevo togliere il dolore. L'ultima speranza di riuscire a trasportarla in Italia, con un aereo speciale, aveva avuto l'ennesimo rinvio.

... eppure le parole di Maria erano leggere come il respiro del vento... ora lo so...

"Scusami Liliana, se ho fatto rumore, sai, camminando con i tacchi, sul pavimento". Quante volte Maria me lo ha detto; io abito nell'alloggio del piano di sotto e ogni volta le rispondevo: *"Guarda, Maria, che non sento mai rumori da te, anzi... Arrivo a pensare che tu non tocchi neanche terra; tu leviti, il pavimento non lo sfiori nemmeno, sei leggera come il polline dei fiori".* Era vero, è stato il vento che se l'è portata via senza disturbo, senza rumore.

Aosta, 25 marzo 2005

Liliana Pomi

Lo sviluppo musicale del bambino

Johannella Tafuri

Conservatorio di musica "G. B. Martini", Bologna

Abstract

Musical development in children

Starting from an overview on different aspects of the first musical perceptions and productions of children, this article describes a longitudinal study, the inCanto Research Project, involving children from the 6th month of prenatal life to the 6th year. This project is based on the hypothesis that all children show an early interest in music and can learn to sing in tune if they are surrounded by a musically rich and stimulating environment. 119 mothers have been involved during the last months before delivering and afterwards with their babies, in weekly encounters devoted to singing, listening and moving. Results show the consequences of this experience on children's first musical manifestations.

Quaderni acp 2005; 12(3): 96-98

Key words Children. Singing. Music

Partendo dai risultati dei principali studi sulle prime percezioni e produzioni musicali dei bambini, l'articolo presenta i primi risultati del Progetto inCanto, una ricerca longitudinale, dal 6° mese della vita prenatale al 6° anno di vita del bambino, basata sull'ipotesi che tutti i bambini manifestino interesse per la musica fin dalla nascita e possano imparare a cantare correttamente, purché siano circondati da un ambiente familiare musicalmente ricco e stimolante. La ricerca è stata realizzata con 119 gestanti che hanno partecipato, durante gli ultimi mesi prima del parto e poi con i bambini, a incontri settimanali dedicati al canto, all'ascolto e al movimento. I risultati mostrano le conseguenze di questa esperienza sulle prime manifestazioni musicali dei bambini.

Parole chiave Bambini. Canto. Musica

Canto e musica nell'esperienza infantile

Una bimba canta mentre gioca, al compleanno tutti cantano, un'assemblea di fedeli canta in chiesa. Il valore antropologico del canto è conosciuto da tutti e dimostrato da un gran numero di ricerche in diverse culture. Cantare e ascoltare musica, pur essendo una pratica anche individuale, ha un forte ruolo socializzante e la famiglia è uno dei primi e più significativi luoghi in cui questo può avvenire. Cantare insieme favorisce il senso di unione attraverso la fusione delle voci e l'evocazione di uno stesso contenuto. Da una recente inchiesta svolta con adolescenti (1) risulta che la maggioranza di coloro che considerano la musica "importantissima" fa riferimento all'esperienza vissuta da bambini in famiglia.

Da queste premesse nascono alcuni interrogativi:

- è giusto lasciare che i bambini abbiano esperienze musicali in modo occasionale, oppure occorrerebbe offrire loro un ambiente "curato" in cui genitori, o familiari, favoriscono con una certa frequenza specifiche esperienze musicali?
- Quanto influiscono il sostegno e l'apprezzamento familiare sullo sviluppo dell'intelligenza musicale nei bambini?
- Quali sono le conseguenze della sollecitazione della famiglia sullo sviluppo della capacità di cantare intonato?

Ricerche sullo sviluppo musicale

È impossibile fornire, per motivi di spazio, una rassegna delle ricerche sui vari aspetti dello sviluppo musicale dei bambini. Accenniamo solo ad alcuni studi.

Capacità uditive e reazioni motorie

Le ricerche più significative sulle capacità uditive del feto e sulle reazioni

motorie nei confronti di stimoli musicali (2-4) segnalano che:

- ▶ l'apparato uditivo comincia a funzionare intorno alla 24^a settimana, in alcuni feti, e dopo la 30^a in tutti;
- ▶ il feto reagisce a suoni e alla musica presenti nell'ambiente interno ed esterno con variazioni del battito cardiaco e con movimenti più o meno bruschi o tranquilli delle palpebre, del capo, degli arti, del tronco;
- ▶ già in epoca fetale è possibile indurre il fenomeno dell'abituazione a determinati stimoli, fenomeno che permette poi di rilevare le capacità discriminative del neonato ed eventuali effetti d'apprendimento.

Riguardo al comportamento del neonato, possiamo segnalare (5) che:

- ▶ si dimostra sensibile agli stimoli sonori e musicali con gesti diversi (sbatte le palpebre, spalanca gli occhi e fissa lo sguardo, gira la testa verso la fonte sonora, smette di piangere, ecc);
- ▶ manifesta capacità discriminative verso i suoni reagendo in modi diversi al cambiamento di intensità, velocità, melodia, ecc;
- ▶ manifesta forme di memoria e apprendimento nei confronti di esperienze uditive prenatali (3,6).

Capacità produttive

La lallazione viene considerata un fenomeno che compare verso i 4 mesi; altri (7) la collocano ai 6-7 mesi, quando il tratto vocale è capace di produrre le sillabe proprie della lingua materna, mentre prima i bambini cominciano a produrre suoni quasi-consonantici, simili a quelli della lingua parlata. Nel dialogo con la madre, ancora prima della capacità di produrre vere sillabe, le vocalizzazioni sembrano imitare gli aspetti ritmici e melodici del canto della madre (8). Queste prime vocalizzazioni compaiono verso i 2-3 mesi (9), mentre le produzioni cantate o "musical babbling" (10), che

Per corrispondenza:
Johannella Tafuri
e-mail: vi11019@iperbole.bologna.it

potremmo tradurre con “lallazioni musicali”, compaiono verso i 6-7 mesi. Dalle ricerche sulla produzione cantata risulta che questa si manifesta verso i 3-4 anni (3) sia nell’imitazione dei canti presenti nell’ambiente sia nell’invenzione. Numerosi Autori si soffermano più sullo studio del canto spontaneo che su quello imitativo, mettendo in evidenza i contesti in cui i bambini inventano le funzioni assunte dal loro canto, le modalità, la presenza di moduli melodici, l’originalità ecc. I bambini cominciano a sviluppare tra i 3 e i 5 anni la capacità di battere le mani “a tempo” con la musica e di rispettare il ritmo delle canzoni (11).

La musica fin dalla nascita?

A questo punto ci si può chiedere se tutti i bambini manifestino interesse per la musica fin dalla nascita e quindi possano imparare a cantare correttamente, se sono circondati da un ambiente familiare musicalmente ricco e stimolante. Non essendoci documentazioni in merito, è stato intrapreso dall’Autore di questo articolo con Donatella Villa, docente presso la Scuola Comunale di Musica “Vassura Baroncini” (Imola), un progetto di ricerca longitudinale (Progetto inCanto).

Metodo

L’attivazione del progetto è avvenuta nel 1999 nelle città di Bologna e Imola. 119 gestanti hanno aderito al progetto a partire dal 6°-7° mese di gravidanza. Esse partecipavano settimanalmente a un ciclo di 10 incontri di un’ora ciascuno, dedicati al canto, all’ascolto e al movimento. Circa un mese dopo il parto riprendevano gli incontri settimanali, questa volta con i bimbi. Alle partecipanti veniva chiesto di continuare a casa l’attività, di compilare un diario bimensile appositamente preparato e di registrare le produzioni vocali dei bimbi. Attualmente partecipano ancora agli incontri 40 coppie di madri e bambini.

Primi risultati

Memoria prenatale

Il quesito era se durante la prima settimana di vita, i neonati potessero manifestare segni di riconoscimento di una musica (vocale o strumentale) ascoltata quasi ogni giorno durante gli ultimi 3-4 mesi della vita prenatale, rispetto a una mai

ascoltata (12). 12 coppie sulle 77 che al momento partecipavano ancora alla ricerca hanno effettuato una videoripresa secondo un protocollo che prevedeva che la madre preparasse un’audiocassetta con 3 minuti di silenzio, seguiti da 3 minuti del brano prenatale, seguito (senza interruzioni) da un brano mai ascoltato prima. Il neonato non doveva avere ascoltato i due brani dopo la nascita. Tra il 3° e il 5° giorno di vita del neonato veniva messa la cassetta e l’esperienza veniva videoregistrata. I risultati: tutti i neonati reagivano all’ascolto del brano prenatale con piccoli gesti (spalancavano gli occhi, o li muovevano lateralmente, o giravano la testa verso la fonte della musica ecc.); all’arrivo del brano nuovo, 9 su 12 neonati facevano smorfie, muovevano le mani con tensione e facevano altri piccoli gesti; 1 non ha manifestato reazioni; 1 si è messo a piangere; 1 si era già addormentato.

Effetti dell’ascolto prenatale e neonatale

Un quesito successivo ha riguardato gli effetti dell’ascolto prenatale e neonatale di canti eseguiti dalla madre e di musiche registrate su alcuni comportamenti dei bambini, come pianto o irrequietezza (13). Il protocollo prevedeva che le madri scrivessero, su diari predisposti per la ricerca con domande a risposta chiusa, su cosa succedeva se cantavano o se mettevano un disco (canti o brani strumentali) quando i bambini piangevano o quando erano irrequieti. Le possibilità previste erano che continuasse il pianto o l’irrequietezza, oppure che si calmassero o mostrassero attenzione.

Delle 77 madri, ancora ai 15 mesi del bambino, non tutte hanno restituito i diari. Il numero dei bambini di cui si è analizzato il comportamento cambia nelle diverse fasce d’età come indicato nella tabella sottostante.

Mesi	Numero
0-2	53
2-4	46
4-6	43
6-8	46
8-10	40
10-12	36
12-15	31

Dall’analisi delle risposte date nel periodo da 0 a 2 mesi da 53 madri, risulta che:

- il 97% dei bambini smette di piangere se canta la madre; il 78,4% smette ascoltando un disco;
- l’89,4% dei bambini smette di essere irrequieto se canta la madre; il 74,8% se mette un disco.

Le differenze tra i risultati relativi al canto e alle musiche registrate sono risultate statisticamente significative (test di Wilcoxon) nel caso del pianto e non significative nel caso dell’irrequietezza. Nelle fasce di età successive i valori rimangono simili con piccole oscillazioni. Le differenze tra canto e musiche registrate sono sempre statisticamente significative.

Prime vocalizzazioni

Un altro quesito era se l’ascolto prenatale e neonatale avesse degli effetti sulla produzione di suoni vocali nell’interazione con la mamma che canta.

Il protocollo di ricerca prevedeva che le madri, con registratore acceso, cantassero un paio di frasi di canti molto conosciuti (prenatali e neonatali), si fermassero e aspettassero eventuali interventi vocali dei bambini; quindi proseguissero con canto e interruzione per tutta la canzone. Successivamente lo stesso procedimento si attuava con canti nuovi.

Le madri dovevano realizzare, durante i primi 10 giorni dal compimento del 2°, 4°, 6°, 8° mese, 4-5 momenti di interazioni cantate di circa 10-15 minuti ciascuno. 34 madri hanno effettuato le registrazioni e dalle analisi risulta che i bambini hanno prodotto vocalizzazioni che progressivamente sono risultate più varie (molti suoni diversi) e più lunghe. Precisamente tra i 2 e i 4 mesi fino a una durata massima di 30 secondi circa, tra i 6 e gli 8 fino a un minuto circa (14).

Musicalmente è stata rilevata la presenza di brevi frammenti melodici nella cui struttura, analizzata con il programma informatico Cool Edit Pro, sono chiaramente riconoscibili altezze proprie del nostro sistema musicale. Sul versante ritmico sono state osservate la presenza di durate diverse e la tendenza a un suono più lungo alla fine della risposta “cantata”.

Per cogliere meglio la portata dei risultati era stata prevista la presenza di un

gruppo di controllo, di cui sono state analizzate le produzioni vocali con lo stesso protocollo.

Delle 39 mamme che hanno aderito all'invito, 10 hanno consegnato delle registrazioni (molte avevano provato ma i bimbi non avevano prodotto nessun suono). Dei 10 bambini di cui è stata esaminata la registrazione, 7 non hanno prodotto alcun suono e 3 solo qualche suono sporadico.

Sembra quindi che i bambini accompagnati da esperienze musicali nella vita prenatale e neonatale producano delle "allazioni musicali" che si manifestano più precocemente e con più varietà rispetto a quelle dei bambini controllo.

I canti

Per l'analisi del canto, il protocollo prevedeva che i genitori realizzassero periodicamente con i bambini delle interazioni cantate piuttosto libere e che le registrassero.

L'analisi di frasi e interi canti eseguiti dai primi 18 bambini di cui sono disponibili le registrazioni, effettuate nel periodo da 2 a 3 anni (15), ha confermato il modello di sviluppo proposto da Welch (16) secondo la sequenza:

1. *intonazione approssimativa*: è abbastanza evidente il profilo melodico della canzone;
2. *canto quasi intonato*: oltre al profilo melodico, gli intervalli di alcune frasi sono corretti;
3. *canto accettabilmente intonato*: gli intervalli del canto sono abbastanza corretti, anche se permane qualche imprecisione.

14 bambini su 18 (78%) hanno riprodotto i canti in modo *accettabilmente intonato* all'età da 2 a 3 anni. A volte l'intonazione è *approssimativa* e a volte è quasi *corretta*, quindi la capacità d'intonare non è ancora stabile, ma questo risultato costituisce una sorpresa perché avviene tra i 2 e i 3 anni, mentre la letteratura esistente colloca la capacità d'intonare tra i 5 e i 7 anni (16). I risultati della ricerca sembrano permettere di affermare che i meccanismi percettivo-cognitivi e fonatori sono pronti già prima dei 3 anni per l'imitazione corretta di una melodia e che tale abilità non matura nello stesso momento per tutti; inoltre, non è ancora stabile ma si

sviluppa lungo un *continuum* evolutivo che può durare un certo tempo (come la capacità di camminare o di parlare) durante il quale i bambini oscillano tra successi e insuccessi.

Commento

La ricerca non è ancora terminata e non tutti i dati raccolti sono stati già studiati. Si possono tuttavia evidenziare alcuni elementi. Emerge abbastanza chiaramente la precocità di vocalizzazioni ricche e articolate e di canti intonati. Tale precocità, valutata in rapporto ai gruppi di controllo e alle medie fornite da altri studiosi (16), sembra essere in rapporto con l'ascolto pre e neonatale.

Le ricerche sull'argomento non sono moltissime e affrontano ora questo ora quell'aspetto con metodi diversi. Solo la ricerca di Moog (10) presenta, in maniera ampia e sistematica, le tappe dello sviluppo musicale infantile da 0 a 6 anni, osservato in gruppi di bambini diversi per ogni fascia d'età. La ricerca qui preliminarmente presentata è il primo studio longitudinale dello sviluppo musicale in uno stesso gruppo di bambini.

Trattandosi di una ricerca longitudinale abbastanza lunga, la perdita progressiva di soggetti era inevitabile e si era ipotizzato che, per arrivare in fondo con almeno 30 bambini, sarebbe stato necessario partire con almeno 120 gestanti, e di fatto così è avvenuto.

Per il confronto dei dati è stato fatto ricorso a gruppi di controllo diversi per capacità diverse e ai risultati della letteratura esistente. La randomizzazione dei dati è stata realizzata solo per gli effetti dell'ascolto sul pianto e sull'irrequietezza, in quanto la maggior parte dei dati raccolti è più di tipo qualitativo che quantitativo, e quindi poco si presta al trattamento statistico. Ci sono molti altri aspetti per i quali non sono stati raccolti dati in modo rigoroso: il benessere del bambino, la soddisfazione dei genitori, il clima familiare positivo che l'esperienza ha aiutato a costruire ecc. I genitori sono rimasti sorpresi e molto soddisfatti per il potere esercitato dalla musica nella vita quotidiana: il cantare o far ascoltare musica è stato un grande aiuto quando i bambini dovevano mangiare, dormire, fare il bagno e persino l'aerosol. La par-

tecipazione al progetto ha coinvolto in genere tutta la famiglia e spesso anche i nonni. La presenza dei genitori è stata fondamentale per il ruolo di "modello" che ha il comportamento adulto soprattutto nell'ambiente familiare. ♦

Bibliografia

- (1) Gasperoni G, Marconi L, Santoro M. La musica e gli adolescenti. EDT, Torino 2004.
- (2) Porzionato G. Psicobiologia della musica. Patron, Bologna 1980.
- (3) Shetler D. The inquiry into prenatal musical experience: a report of the Eastman Project 1980-1987. Pre- and Peri-Natal Psychology 1989;3/3: 171-89.
- (4) Lecanuet J. P. L'expérience auditive prénatale. In: Deliège I, Sloboda J.A. (Eds), Naissance et développement du sens musical. Presses Universitaires de France, Paris 1995;7-38.
- (5) Papousek H. Musicalité et petite enfance. Origines biologiques et culturelles de la précocité. In: Deliège I, Sloboda J.A. (Eds), Naissance et développement du sens musical. Presses Universitaires de France, Paris 1995;41-62.
- (6) Woodward Sh. C. The transmission of music into the human uterus and the response to music of the human fetus and neonate. PhD Thesis, University of Cape Town 1992.
- (7) Boysson-Bardies B. How Language comes to children. The MIT Press, Cambridge (Massachusetts), London 1999 (ed. or. 1996).
- (8) Papousek M, Papousek H. Musical elements in the infant's vocalizations: their significance for communication, cognition, and creativity. In: Lipsitt L. P. (Ed), Advances in Infancy Research, vol. 1. Ablex, Norwood, N. J. 1981.
- (9) Papousek M. Le comportement parental intuitif, source cachée de la stimulation musicale dans la petite enfance. In: Deliège I, Sloboda J. A. (Eds), Naissance et développement du sens musical. Presses Universitaires de France, Paris 1995;101-30.
- (10) Moog H. The Musical Experience of the Pre-school Child, Schott, London 1992.
- (11) Malbrán S. Tapping in time: A Longitudinal Study at the ages three to five years. Bulletin of the Council for Research in Music Education 2002;153-4. Special Issue.
- (12) Villa D, Tafuri J. Influenza delle esperienze musicali prenatali sulle reazioni del neonato. In: Tafuri J. La ricerca per la didattica musicale. Atti del Convegno SIEM 2000. Quaderni della SIEM 2000;16:391-8.
- (13) Tafuri J, Villa D, Caterina R. Mother-Infant Musical Communication in the 1st Year of Life. Relazione presentata al XXIV ISME World Conference 2002. Bergen 11-16/8/2002 (in CD).
- (14) Tafuri J, Villa D. Musical elements in the vocalisations of infants aged 2-8 months. British Journal of Music Education 2002;19/1:73-88.
- (15) Tafuri J, Villa D. Singing a song: melodic accuracy in children aged 2-3. Poster presentato al Convegno "The Neurosciences and Music". Venezia 25-27/10/2002.
- (16) Welch G. F. The developing voice. In: Thurman L. & Welch G. F., Bodymind & Voice: Foundations of Voice Education. National Center for Voice and Speech, Iowa City 1997;481-94.

Il nuovo Piano Nazionale Vaccini: un'occasione perduta

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Piano Nazionale Vaccini. Politiche vaccinali

C'era grande attesa nei confronti del nuovo Piano Nazionale Vaccini (PNV) approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 3 marzo 2005 (1). Alcune Regioni avevano già introdotto più di una vaccinazione, scavalcando con disinvoltura le valutazioni tecniche disponibili per l'antipneumococcica (2) e l'antivaricella (3,4). Si sperava in un documento che definisse finalmente le politiche vaccinali italiane, basandole su criteri di evidenza o quanto meno su criteri espliciti. Invece, come commenta Demicheli su Epicentro, è stata "un'occasione perduta" (5).

Ciò che stupisce, in questo Piano Vaccini, ancor più della mancanza di rigore metodologico, è la mancanza di rigore logico. Nell'introduzione si dichiara ad esempio, in modo condivisibile, che le strategie vaccinali devono essere sostenute da evidenze epidemiologiche e seguire criteri di priorità, ma il testo contraddice palesemente la premessa. Per le vaccinazioni contro pneumo e meningococco, si insiste sulla necessità di ulteriori conoscenze e si dà una valutazione costo/beneficio negativa o inattendibile, ma si lascia libertà alle singole Regioni di introdurle o meno, a loro piacimento (gratis o a pagamento, totale o parziale), senza esplicitare alcun criterio. Sull'antivaricella, tra considerazioni corrette e affermazioni ambigue, si permettono scelte non omogenee sul territorio nazionale.

Il risultato, grottesco, è che il nuovo PNV, più che un documento di indirizzo, appare come un'autorizzazione ufficiale all'anarchia vaccinale. Ogni Regione sta quindi decidendo in modo autonomo mentre la stampa diffonde notizie assurde, come l'obbligatorietà delle vaccinazioni contro "le meningiti" e la varicella che sarebbero contenute nel nuovo "calendario vaccinale". Al contrario, un "calendario vaccinale" non esiste, visto che il PNV non dà indicazioni univoche. Lo schema riportato nel testo contiene tutte le vaccinazioni possibili che ogni Regione potrà introdurre se e come meglio crede. Il Piano Vaccini non difende quindi né diritti né equità e ci allontana da quella parte d'Europa e del mondo che ancora persegue il rigore metodolo-

gico nella tensione etica di non creare ingiustizie e proteggere la salute di tutti. Inoltre il documento è costellato di imprecisioni talvolta rilevanti. Come le caratteristiche di alcuni vaccini o le schedule vaccinali o ancora le indicazioni per il recupero dei ritardi vaccinali che contraddicono, nella tabella, il contenuto della relativa legenda. La sovrapposizione dei sierotipi di pneumococco circo-



lanti con quelli contenuti nel vaccino 7 valente varia curiosamente dall'80% all'81%, fino all'89%, e si riferisce a dati non pubblicati, quindi non validati, invece che a quelli dell'Istituto Superiore di Sanità (64%). Il documento va quindi letto con attenzione e criticità e non può essere utilizzato serenamente come strumento di consultazione.

La parte dedicata alla "adesione consapevole alla comunicazione" non rispecchia in alcun modo il percorso culturale ricco e complesso compiuto negli ultimi anni in molte realtà nazionali. Non vi è alcun cenno alle dichiarazioni internazionali sui diritti dell'uomo o sulla protezione della dignità dell'essere umano di cui alla Convenzione di Oviedo (6). Nessuna riflessione sul diritto all'autodeterminazione o sul delicato equilibrio tra diritti dell'individuo e interesse della comunità (Art. 32 della Costituzione). Nessun riferimento all'indipendenza e alla trasparenza dell'informazione. Ci si interroga invece più volte, con un'espressione decisamente infelice, su come "aumentare la richiesta di vaccinazioni da parte della popolazione".

Infine, nessuno sembra preoccuparsi della pesante ricaduta sui servizi vaccinali dell'introduzione di nuove vaccinazioni che seguirà a questo PNV.

La mancanza di indicazioni certe sulla possibilità di co-somministrare alcuni vaccini potrebbe addirittura duplicare gli appuntamenti vaccinali nel primo anno di vita. Le capacità organizzative sono ancora molto fragili in tante parti d'Italia e la campagna straordinaria contro il morbillo, tuttora in corso, assorbe grandi quantità di risorse. La sorveglianza delle malattie infettive è tanto precaria che nel 20% delle meningiti non è noto l'agente eziologico e per lo pneumococco solo il Piemonte effettua una sorveglianza adeguata anche sui sierotipi. Come valuteremo l'impatto delle vaccinazioni contro pneumo e meningococco?

Come verificheremo eventuali rimpiazzi dei sierotipi? E quali informazioni potrà dare il pediatra ai genitori per valutare il rischio di malattia e il beneficio atteso vaccinando? Le preoccupazioni che derivano da questo Piano "mancato" sono molte. Quindi il nostro impegno dovrà essere ancora maggiore. Come? Analizzando i criteri delle scelte, i dati epidemiologici locali, l'appropriatezza d'uso dei vaccini (quali co-somministrazioni, quali schedule vaccinali, in base a quali evidenze) e la qualità delle informazioni date alle famiglie.

Prepariamoci, avremo da lavorare parecchio. ♦

Bibliografia

- (1) Piano Nazionale Vaccini: <http://www.governo.it/backoffice/allegati/24751-63.pdf>.
- (2) Ministero della Salute. Vaccinazione antipneumococcica in età pediatrica" Circ. min N.11 del 19.11.2001.
- (3) Ciofi M. La prevenzione della varicella in Italia: strategie di vaccinazione. Epicentro: http://www.epicentro.iss.it/focus/varicella/varicella_ciofi.htm.
- (4) Salmaso S, et al. Valutazione del potenziale impatto in Italia dei programmi estesi di vaccinazione antivaricella secondo un modello matematico". *Epidemiol Prev* 2003; 27:154-9.
- (5) Demicheli V. Le meningiti e il nuovo Piano Nazionale Vaccini. Epicentro: <http://www.epicentro.iss.it/discussioni/meningiti/Demicheli.asp>.
- (6) Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina, Consiglio d'Europa 1996, sottoscritta ad Oviedo 4 Aprile 1997, Ratificata dallo Stato italiano con Legge 28 marzo 2001 n. 145.

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

Il Congresso di Reach Out And Read

Qualche mese fa si è tenuto a S. Francisco (USA) il Quinto Congresso Nazionale *Reach Out and Read*. Titolo "Pediatría e early literacy". L'apertura del congresso è stata fatta da Barry Zuckerman, e da Perri Klass, direttore di *Reach Out and Read*, che ha esposto alcuni dati del progetto statunitense: 15 anni di attività, 2000 programmi in tutti gli Stati Uniti, 2 milioni di bambini raggiunti, 24.000 medici formati, un budget di 18 milioni di dollari annui. Due relazioni hanno riguardato lo sviluppo del cervello nei primi mesi di vita del bambino. La prima (a cura di Helen Neville dell'Università dell'Oregon: "Effetti dell'esperienza sullo sviluppo del cervello") ha trattato l'alta specializzazione per aree e l'importanza delle esperienze precoci per la sua formazione. Lo sviluppo delle sinapsi cerebrali continua fino a raggiungere il suo massimo sviluppo a 2-3 anni per poi lasciare posto a un processo di ridimensionamento necessario per selezionare le connessioni più utili e utilizzate, che si completa fisiologicamente entro i 20-25 anni. La Neville ha sintetizzato gli studi sui processi di vista e linguaggio in adulti normali e in quelli che hanno avuto esperienze sensoriali e/o linguistiche particolari. Nel loro insieme, questi studi suggeriscono che esistono per vista, udito e linguaggio, sistemi neurali con differenti "profili di plasticità"; esperienze precoci sono in grado di produrre effetti diversi nei vari sistemi in funzione del tempo in cui si producono. Studi paralleli sui bambini normali e su quelli con uno sviluppo anormale forniscono ulteriori evidenze del ruolo dei fattori genetici e dell'esperienza. Alcuni sistemi mantengono l'abilità di modificarsi e adattarsi, quindi di apprendere durante tutta la vita, altri presentano periodi critici specifici. La seconda relazione (a cura di Patricia Kuhl: "Language, reading and the child's brain") ha trattato le ragioni per le quali cresce l'interesse nello sviluppo del cervello e dell'apprendimento. Da un punto di vista linguistico, il bambino di pochi mesi è in grado di riconoscere e distinguere tutti i

suoni esistenti nelle diverse lingue. All'età di 6 mesi l'udire ripetutamente i suoni permette al bambino di catalogarli per tipologia e quindi poi, tra i 12 e i 16 mesi, di riconoscere quelli che fanno parte della lingua, o delle lingue, alle quali viene esposto durante questo periodo sensibile. I bambini orientati in questo periodo a una lingua saranno poi in grado di riconoscerla e riprodurla anche a distanza di tempo dall'esposizione. Questa capacità poi man mano si perde. La quantità e la varietà di parole udite durante i primi anni sono decisive per l'acquisizione della competenza linguistica. Ed è la parola trasmessa dalla persona amata che ha il maggiore impatto sull'apprendimento. In sostanza la lettura precoce forma il cervello.

Altre relazioni hanno portato ulteriori dati di significato più immediatamente pratico per determinare l'efficacia aggiuntiva della donazione del libro rispetto al solo consiglio. Infine, vi è stata la presentazione di due analoghi progetti in Italia e Israele. Alessandra Sila ha illustrato le caratteristiche di NpL e alcuni dati che riguardano l'espansione del progetto in Italia e l'approccio italiano alla valutazione dell'attitudine alla lettura in famiglia. NpL è ora il progetto che ha più dati dopo quello statunitense. Il prof. Basil Porter (pediatra e direttore del *Maccabi Health Service* in Israele) ha illustrato come è nato il progetto negli ultimi mesi del 2003 e come è portato avanti nelle lingue ebraica e araba. In aggiunta alle plenarie si sono svolti dodici workshop, tra i quali uno sulla formazione al ROR dei residents (specializzandi), uno sulla advocacy, uno su come utilizzare il libro per la valutazione neuropsicomotoria.

Alessandra Sila

La Sindrome da Ipoventilazione Centrale Congenita

Un gruppo di genitori e di professionisti sanitari, con tanta voglia di fare, ha trovato l'opportunità, grazie all'interessamento e all'impegno degli studenti del Segretariato Italiano Studenti di Medicina (SISM), di organizzare il primo Con-

vegno Nazionale sulla Sindrome da Ipoventilazione Centrale Congenita (CCHS). L'evento è stato possibile anche grazie al contributo dell'Associazione Nati per Vivere di Brescia, del Centro Promozione Affidi di Brescia, del Rotary Club Montichiari, dell'Università degli Studi di Brescia, della VitalAire e Markos-Mefar. La CCHS è una malattia rara e pertanto a rischio di difficoltà diagnostica e trattamento inadeguato, come lo sono tutte le cosiddette "malattie orfane". Essa è prevalentemente caratterizzata da una riduzione della profondità e/o della frequenza del respiro che compare nella maggior parte dei casi solo durante il sonno, quando viene a mancare il controllo automatico del respiro, e che condiziona una riduzione dell'ossigenazione e un aumento del contenuto di anidride carbonica nel sangue.

Questo convegno si è tenuto presso l'Università degli Studi di Brescia il 15 maggio 2004.

Le persone coinvolte nella gestione dei complessi problemi connessi a questa sindrome aspettavano da tanto tempo la possibilità di potersi incontrare, se non altro per "guardarsi in faccia", e non di comunicare solo con telefoni, fax e posta elettronica.

Questa rete che si era già formata e lavorava da alcuni anni ha consentito di portare a tangibili risultati nella ricerca delle cause genetico-molecolari della CCHS, che hanno trovato riscontro in importanti pubblicazioni su riviste scientifiche di rilievo internazionale.

Prima di passare ai contenuti scientifici del convegno penso sia molto importante premettere che:

- ▶ non sono stati volutamente richiesti i crediti formativi per la ECM e questo non pare avere influito sulla partecipazione che è stata numerosa;
- ▶ i costi sono stati contenuti ed è stato pertanto necessario ricorrere a un unico sponsor non istituzionale, rappresentato da un'azienda impegnata nell'ambito dell'assistenza respiratoria domiciliare;
- ▶ sono intervenuti solo quattro moderatori in sette ore di convegno, che non hanno ricevuto alcun compenso come pure tutti i relatori;

controluce

► è stato un convegno aperto alle famiglie e ai bambini e ragazzi affetti dalla CCHS che hanno potuto usufruire di uno spazio gioco e di animatori.

Le relazioni scientifiche hanno affrontato gli aspetti fisiopatologici, diagnostici e terapeutici nonché le problematiche diverse da quelle respiratorie e alcuni aspetti assistenziali specifici come la gestione dell'anestesia nel caso di ricorso a interventi chirurgici.

Particolarmente importante, in quanto ricca di novità, è stata la relazione sugli aspetti genetici che ha dato la possibilità di illustrare anche i risultati delle sperimentazioni attuate in Italia presso il Laboratorio di Genetica Molecolare dell'Istituto Gaslini di Genova.

La sessione pomeridiana è stata prevalentemente dedicata a una tavola rotonda sull'organizzazione della dimissione dall'ospedale, sulle problematiche connesse all'assistenza domiciliare e sul follow-up. Per concludere, vorrei sottolineare il contributo dato dai genitori che, attraverso la narrazione di una loro esperienza, ci hanno fatto vivere dei momenti di altissima emozione e che hanno presentato ufficialmente la nascita dell'Associazione Italiana per la Sindrome da Ipoventilazione Centrale Congenita (AISICC) da loro recentemente fondata.

Francesco Morandi

Rete SPES. Il punto

Il 17 novembre 2004 si è tenuta presso l'Istituto Superiore di Sanità la seconda giornata nazionale SPES, nel corso della quale sono stati presentati i risultati della rete per il 2003 e i risultati di altri studi di epidemiologia pediatrica.

Durante il 2003 hanno partecipato alla rete 250 pediatri in media per mese, con una popolazione in sorveglianza di circa 250.000 bambini tra 0 e 14 anni (pari al 3% della popolazione nazionale della stessa fascia di età).

I risultati più importanti riguardano l'andamento del morbillo, che durante il 2003 ha avuto ancora una elevata incidenza (544 per 100.000 bambini fino a 14 anni, rispetto a 738 casi per 100.000 nel 2002). Anche nel 2003 il morbillo ha colpito soprattutto il sud Italia, dove è

minore la percentuale di bambini vaccinati contro questa malattia. L'incidenza al sud infatti è stata 22 volte maggiore rispetto al nord e 8 volte maggiore rispetto al centro. Rapportando l'incidenza osservata da SPES alla popolazione nazionale della stessa fascia di età, si evince che tra il 2002 e il 2003 si sono verificati circa 100.000 casi di morbillo in età pediatrica. Proprio alla luce di questi risultati è stato deciso di valutare con maggiore dettaglio le complicanze della malattia. Si stima infatti che nei Paesi industrializzati dal 7 al 30% dei casi di morbillo sia gravato da complicanze, che sono più frequenti nei bambini piccoli (di età inferiore a un anno).

Consultando la banca dati nazionale dei ricoveri ospedalieri (Banca dati SDO), il Ministero della Salute ha, quindi, fornito le informazioni relative a tutti i ricoveri per morbillo verificatisi in Italia nel 2002; non appena la banca dati sarà completa anche per il 2003, verranno accertati i ricoveri di quest'anno.

Complessivamente, nel 2002, sono stati identificati 3072 ricoveri per morbillo e relative complicanze (Codice ICD-9-CM 055), la maggior parte dei quali (71%) è stata registrata al sud. Oltre il 70% dei ricoveri si è verificato nei bambini di età inferiore a 15 anni; i bambini di età inferiore a 1 anno hanno presentato il tasso di ricovero più elevato.

Le complicanze più frequentemente riportate tra le diagnosi di dimissione sono risultate essere quelle a carico del sistema respiratorio, seguite da quelle del sistema nervoso centrale. Sono state infatti registrate 391 diagnosi di polmonite e 81 diagnosi di encefalite.

Il costo totale dei ricoveri, valutato sulla base delle tariffe DRG, è risultato pari a circa 4.960.000 euro.

Numerosi dati di letteratura indicano che i costi dei ricoveri rappresentano circa il 40-50% dei costi diretti del morbillo, e il 30% circa dei costi totali che includono anche i costi indiretti (quali il costo delle giornate di lavoro perse dal malato o dai suoi familiari). Considerando che queste percentuali sono applicabili anche a livello nazionale, possiamo stimare che nel 2002 i costi diretti del morbillo sono stati di 10.000.000-12.000.000 di euro,

mentre se analizziamo i costi totali, si arriva a una stima pari a circa 16.500.000 euro. Questi risultati evidenziano chiaramente la necessità di migliorare le strategie di prevenzione del morbillo, come riportato nel Piano Nazionale di eliminazione approvato nel 2003.

Tabiano 14

I soliti fra 200 e 250 presenti in aula fin dall'inizio (come da programma presenti alle 9.20 con 5 minuti di ritardo e con la neve) e fino alla fine con il rumore delle penne sugli appunti, il solito oculato costo (85 euro per colazione, pranzo, cena e pernottamento; in fondo si spende di più a rimanere a casa). La solita atmosfera casalinga e amichevole, coppa e coltello, i tortelloni affogati nel solito colesterolo. Il solito lambrusco, la solita fila di domande che non finiscono mai, la solita mezza forma di parmigiano-reggiano fresco assediata dai partecipanti che quest'anno non è stata rubata in questo paese dove un tempo rapivano le secchie. Tutto come sempre. Anzi no: Giuseppe Boschi quest'anno era in un inatteso "giacca e cravatta". Gli argomenti erano "Tre regole per" ... Tre regole per cavarsela con il GER, con l'asma, con gli esami di immagine nefrourologica, con l'emicrania con relative sessioni parallele per quelli cui era rimasto qualche dubbio. Poi l'OME, la congiuntivite "Vernal", le integrazioni minerali e vitaminiche (anche la vitamina K con ampie citazioni di Quaderni) per chi è allattato al seno, la tonsillite, la dislessia, l'adolescente borderline. E anche cose borderline: come usare internet per affrontare i casi-scenari, su come parlare con le mamme e su come parlare con i bambini. Simpatici i commenti ai quiz. Come al solito ha concluso Panizon in lotta coi lucidi e in colloquio col pubblico su come si sta a fare i pediatri. Interrogato, il pubblico ha così risposto: il 30% è molto contento, il 65% è contento, il 5% è scontento. Chi se lo aspettava?

Questa cronaca è un po' goliardica, ma goliardico è un poco Tabiano dove non si dimentica mai la dimensione ludica del fare il pediatra.

Si replica nel febbraio 2006. Informazioni già da ora al telefono 0524 56 55 23. ♦

I figli degli altri: *Spanglish* di James L. Brooks

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

La frase più saggia di tutto il film la pronuncia una ragazzina grassottella e bruttina quando, accorgendosi che sua madre è rimasta incantata vedendo la deliziosa figlia della domestica tuttofare venuta dal Messico, si avvicina al padre e gli dice: "Niente paragoni". Ma i grandi, come è noto, difficilmente accettano lezioni. I paragoni con i figli degli altri continuano a farli e spesso si ritrovano a esaltare o denigrare, a inorgogliersi o a demoralizzarsi, a gonfiarsi il petto o a cospargersi il capo di cenere, a chiudersi in se stessi o a intromettersi negli affari altrui. *Spanglish*, l'ultimo film di James L. Brooks – lo stesso di *Qualcosa è cambiato* e di *Voglia di tenerezza* – ha un sottotitolo (immagino solo nella versione italiana) che potrebbe indirizzare gli spettatori verso una lettura sbagliata. Quel "Quando in famiglia sono in troppi a parlare" fa pensare, infatti, a una Babele prevalentemente linguistica. Non è così. Certamente non si può ignorare che il film affronta il problema della comunicazione verbale, ma la cosa è meno rilevante di quanto possa apparire a una prima lettura; conta di più la denuncia all'intrusione nella vita altrui, al riversamento delle nostre frustrazioni sugli altri, alla ricerca e all'individuazione delle cause dei fallimenti al di fuori del nostro mondo. Partiamo dal titolo che allude già a una contaminazione: *Spanglish*, ovvero fusione di English e Spanish. È la lingua delle comunità ispaniche in America, quella stessa che riuscirà a parlare la bella Florentia Moreno, donna senza marito e con una figlia a carico. Alla disperata ricerca di un lavoro, Florentia lascia il Messico e si stabilisce a Los Angeles, dove, dopo avere svolto qualche lavoretto non eccessivamente retribuito, ha un colpo di fortuna e diventa donna tuttofare presso la famiglia Clasky. Il problema della lingua che costringe Flor a non poter manifestare liberamente il suo pensiero si rivela subito di secondaria importanza rispetto a quelli della famiglia che l'ha assunta.

Deborah, la padrona di casa, è isterica e scarica il suo nervosismo nel footing. Le sue impennate mettono a dura prova la pazienza del marito John, chef di fama nazionale, e acuiscono i complessi dei due figli: l'adolescente grassottella Bernice e il piccolo taciturno Georgie. Completa il quadretto familiare Evelyn, la madre di Deborah, che vive ricordando, tra un bicchiere e l'altro, il tempo in cui era cantante di jazz.

La prima a beneficiare dell'arrivo di Flor è Bernice che, nonostante la giovane età, si rende conto della crisi matrimoniale dei suoi genitori e reagisce polemizzando su tutto. L'intrusione della messicana nell'educazione dei figli degli altri avvia uno scontro di metodi educativi che si ribalta quando arriva l'estate e la famiglia Clasky decide di andare in vacanza al mare. Flor, a quel punto, è costretta a portare con sé la figlia Cristina. Per Deborah, la deliziosa ragazzina appare subito come la figlia ideale, il giocattolo che avrebbe voluto dalla vita. Incautamente, riversa su di lei attenzioni e affetto senza tenere conto della gelosia di Flor.

Il conflitto tra le due donne, che era rimasto latente e controllato di fronte alle differenze culturali e sociali, esplose definitivamente. A complicare tutto ci si mette anche il cuore: John e Flor smettono di recitare e riconoscono di essere reciprocamente innamorati; Deborah, da parte sua, confessa al marito di avere avuto una relazione extraconiugale. Sarebbe l'inizio di un dramma sentimentale con il coinvolgimento di tutti i personaggi della storia, ma Flor "mette i piedi a terra", recupera la figlia e se ne va per la sua strada. Soffermarsi a esaminare se questo *Spanglish* è una commedia amara, un melodramma o uno psicodramma sarebbe, almeno in questa rubrica, fuori luogo. Sarebbe fuori luogo anche l'analisi strettamente critica che porterebbe, da una parte, a elogiare gli interpreti – dalla bravissima Tea Leoni (Deborah) alla bellissima Paz Vega

(Flor) – e, dall'altra, ad avanzare perplessità su certe scelte di sceneggiatura e regia, come l'inutile presenza del figlio minore dei coniugi Clasky e l'eccessiva prolissità di alcune sequenze che dilatano inutilmente la durata del film. Ci interessa, invece, mettere maggiormente in risalto la lezione che Bernice cerca inutilmente di impartire ai suoi genitori; e, cioè, quella di evitare l'errore grossolano del "paragone". I ragazzi sono pezzi unici e vanno accettati nei loro pregi e difetti. In questa storia, l'errore più grosso lo compie Deborah, ma non quando tradisce il marito, bensì quando cerca di "impossessarsi" di una figlia non sua. L'intromissione nella vita degli altri è un difetto generale, ma ha delle barriere sottili che non possono essere superate. C'è, a tal riguardo, una scena bellissima che suscita l'ilarità degli spettatori e non viene letta per quello che simboleggia. Il primo impatto di Flor con la famiglia Clasky è una botta al naso su una linda e trasparente porta a vetri.

La barriera tra una domestica e i padroni, anche se invisibile, esiste. Non vederla è rischioso. A modo suo, sbatte il naso anche Cristina che si stava pericolosamente abituando alle coccole di un'altra mamma. La botta è forte ed è comprensibile il suo muso lungo nei confronti della madre ma, con quella profonda naturale saggezza che tutti i ragazzini hanno, capisce subito la lezione e torna ad accucciarsi dov'è giusto: tra le braccia di chi ha rinunciato a tutto per dedicarsi completamente a lei. ♦

Spanglish

Regia: James L. Brooks

Con: Adam Sandler, Tea Leoni, Paz Vega, Cloris Leachman, Shelbie Bruce.

USA, 2005; durata: 131'

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it

Janusz Korczak: un precursore della pediatria all'inizio del '900

Alessandro Volta

Pediatra-Neonatologo, Ospedale e Distretto di Montecchio Emilia, ASL di Reggio Emilia

Abstract

Janusz Korczak: a precursor of paediatrics at the beginning of 19th century

This paper presents an overview of Janusz Korczak's life and work (1878-1942). He was a paediatrician, an educator and the founder of the "Orphan's home" in Warsaw. His values and thoughts on children's needs and rights are still relevant for everyone interested in this topic.

Key words Korczak Janusz. Children's rights. Pedagogy

Quaderni acp 2005; 12(3): 103-105

Si presentano la vita, l'opera e il pensiero del pediatra e pedagogo polacco Janusz Korczak (1878-1942), fondatore a Varsavia della Casa dell'Orfano. La sua visione dei bisogni e dei diritti del bambino è molto attuale e ancora capace di stimolare e illuminare coloro che, per professione o per missione, si dedicano al mondo dell'infanzia.

Parole chiave Korczak Janusz. Diritti del bambino. Pedagogia

"Il bambino pensa con il sentimento, non con l'intelletto". Janusz Korczak (1878-1942) non era uno psicologo, ma aveva trovato la chiave per entrare nel mondo dei bambini. Era pediatra, pedagogo, scrittore, poeta, libero pensatore. Era anche ebreo (il vero nome era Henryk Goldzmit) e per questo ha terminato prematuramente la sua vita nel campo di sterminio di Treblinka nel 1942 assieme a duecento bambini ospiti di quella Casa dell'Orfano che dirigeva da circa trent'anni a Varsavia.

L'opera e le idee di Korczak sono poco note nel nostro Paese perché solo da pochi anni alcuni dei suoi scritti più significativi sono stati tradotti e pubblicati dalla casa editrice Luni. La sua opera principale si intitola *Come amare il bambino* ed è stata scritta tra il 1914 e il 1918 e pubblicata in polacco nel 1920. Questo saggio, a nostro giudizio, non ha semplicemente un valore storico, ma contiene pensieri e riflessioni di grande attualità, in grado di stimolare e illuminare il nostro lavoro con i bambini.

Korczak si era specializzato in pediatria a Parigi e a Berlino e per sette anni aveva esercitato la professione in ospedale con notevole successo. Ben presto però si accorse che benessere, crescita e stato di salute rappresentano per il bambino un'unica realtà inscindibile. Scienziato e letterato sensibile, giunse a considerare limi-

tante doversi occupare soltanto della patologia; per lui esercitare la pediatria rischiava di diventare un ostacolo per una comprensione più profonda del bambino e del suo mondo. Lentamente, ma con grande lucidità, maturò l'idea, oggi attualissima, che per aiutare i bambini a crescere occorreva considerarli nella loro globalità e integrità, unificando i saperi della medicina, della psicologia, della pedagogia, della sociologia, ma anche della storia, della poesia, della religione...

In questo processo gli furono d'aiuto i periodi passati inizialmente nelle colonie estive e poi nell'orfanotrofio da lui fondato. Korczak non aveva figli propri, ma viveva costantemente assieme a un centinaio di bambini, e questo gli ha permesso di fare esperienza diretta del loro comportamento e dei loro bisogni. Per lui infatti il bambino va studiato e considerato nel suo contesto ambientale, osservandolo nell'interazione con i coetanei e con gli adulti; solo così diventa possibile individuare le risposte efficaci per aiutarlo a superare i nodi del suo percorso di crescita. A noi pediatri questo lontano collega insegna a non accontentarci dei principali e immediati sintomi della malattia o del disagio: "Oggi, fra poco, oltre che della vita vegetativa, potremo occuparci chiaramente della vita e dello sviluppo psichico del bambino. (...) Infinito è il numero dei problemi psicolo-

gici e delle conseguenze che stanno al confine fra soma e psiche". Con grande anticipo rispetto alle conoscenze scientifiche di quegli anni, invita la pediatria di allora a studiare e a considerare in maniera diversa anche il neonato e il lattante: "Se vogliamo conoscere le forme primogenie dei pensieri, dei sentimenti e delle aspirazioni prima che si sviluppino, si differenzino e si definiscano, dobbiamo rivolgerci a lui, al lattante. (...) Soltanto una sconfinata ignoranza e superficialità dello sguardo possono negare l'evidenza che il lattante possiede una individualità ben precisa e determinata, in cui confluiscono temperamento innato, energia, intelletto, senso di benessere ed esperienze vitali".

Una nuova prospettiva sull'infanzia

Korczak aveva imparato a vedere il mondo con gli occhi dei bambini. Lo dimostra anche un suo romanzo, intitolato *Quando ridiventerò bambino* del 1924, nel quale racconta la giornata di un bambino di otto anni attraverso il suo particolare punto di vista. Nel suo saggio principale sono numerose le sollecitazioni per "entrare" nell'ottica del bambino (o per tornare a vedere il mondo come quando eravamo piccoli): "Ha lasciato cadere a terra un bicchiere. È successa una cosa molto strana. Il bicchiere è sparito, e al suo posto sono comparsi degli oggetti completamente diversi. Si china, prende in mano un vetro, si ferisce, si fa male, dal dito cola il sangue. Tutto è pieno di misteri e di sorprese" oppure "Dicono che ci sia una luna sola, ma la si vede dappertutto. - Senti, io mi metterò dietro la siepe, e tu mettiti in giardino - Hanno chiuso il cancello. - Allora, c'è la luna in giardino? - C'è. - Anche qui c'è. - Si sono scambiati di posto, hanno verificato un'altra volta: ora sono sicuri che di lune ce ne sono due".

Altra sua grande preoccupazione è che l'adulto smetta di considerare l'età infantile come un semplice momento di pas-

Per corrispondenza:
Alessandro Volta
e-mail: voltaa@ausl.re.it

letture

saggio per diventare grandi, ma la valuti come un momento della vita importante di per sé: "(...) e quando finalmente il domani è arrivato, noi aspettiamo ancora, giacché l'opinione di fondo che il bambino non è ancora nulla, ma che sarà, che non sa ancora nulla, ma saprà, che non può ancora nulla, ma potrà, ci costringe a una continua attesa. La metà dell'umanità non esiste nel pieno senso della parola; la sua vita non è che un gioco; le sue aspirazioni sono ingenui, i suoi sentimenti fugaci, le sue opinioni ridicole".

Ancora oggi, rischiamo l'errore di vedere l'infanzia soltanto in prospettiva della maturità e non è raro vedere genitori, insegnanti ed educatori sottovalutare l'importanza del momento di vita attuale del bambino. Ma Korczak sembra dirci che il bambino non sa di essere un bambino e non ha nessun motivo per doversi immaginare adulto; il rischio è di "caricarlo del fardello dei doveri dell'uomo di domani, senza riconoscergli alcuno dei diritti dell'uomo d'oggi" e, più oltre, "una vita tanto per ridere non esiste. No, l'infanzia sono lunghi e importanti anni nella vita di un uomo".

Korczak scende in profondità e ci invita a essere adulti nuovi, capaci di interazioni sensibili e costruttive: "Quando parlo o gioco con un bambino, un istante della mia vita si unisce a un istante della sua e questi due istanti hanno la stessa maturità".

Un pediatra moderno

Con più di un secolo di anticipo Korczak aveva capito che le basi della puericultura e l'accudimento del lattante sono più culturali che scientifiche. Con grande acume e ironia constatava che "a volte i genitori non vogliono sapere quello che sanno, né vedere quello che vedono (...)" e che "ogni opuscolo in voga ricopia dai manuali quelle piccole verità valide per i bambini in generale, ma che diventano menzogne per il tuo in particolare". Per la sua sensibilità e il suo senso critico, l'alimentazione infantile, già ai suoi tempi, era disturbata e condizionata da regole di mercato non sempre chiare; ammoniva i suoi contemporanei (ma anche noi oggi) che "occorre distinguere la scienza della salute dal commercio col pretesto della salute".

Il suo pensiero riguardo all'allattamento? "Tutte le madri sono in grado di allattare, tutte hanno una quantità di latte sufficiente; solo la mancata conoscenza della tecnica di allattamento le priva di questa innata capacità. (...) L'allattamento, infatti, è la prosecuzione della gravidanza, allorché il bambino si è trasferito dall'interno all'esterno, si è separato dalla placenta, ha afferrato il seno e beve non più rosso, ma bianco sangue. Beve sangue? Sì, sangue della madre, perché è questa la legge della natura". Non aveva potuto seguire i nostri corsi di formazione né potuto consultare i nostri protocolli e documenti, ma non aveva molti dubbi sulle modalità di allattamento: "Quante volte al giorno il bambino dovrebbe essere allattato? Da quattro a quindici. Quanto deve durare la poppata? Da quattro minuti a tre quarti d'ora e più. Incontriamo seni facili e difficili, poveri o ricchi di nutrimento, con capezzoli buoni e meno buoni, resistenti e delicati. Incontriamo bambini che poppano energicamente, discontinuamente e pigramente. Non esiste quindi una regola valida per tutti". Questo scrisse Korczak nel 1914 e la sua sottile ironia dovrebbe farci davvero riflettere, se dopo novant'anni dobbiamo ancora faticare per divulgare e diffondere queste idee. Anche riguardo alla bilancia e alle curve di crescita Korczak ha qualcosa da dirci: "La bilancia può essere un consigliere infallibile, quando dice ciò che sta accadendo; può diventare un tiranno quando la usiamo per realizzare la 'normale' crescita del bambino dettata dagli schemi. Mi auguro che non passeremo dal pregiudizio delle 'feci verdi' a quello della 'curva ideale'".

E il bonding o il rooming-in sono un'idea moderna o per Korczak erano concetti già acquisiti? "Una cosa strana: prima il figlio le era più vicino, era più suo; era più certa della sua salute, lo capiva di più. Riteneva di sapere, di essere capace. Dal momento in cui mani estranee - esperte, pagate per questo, sicure del fatto loro - si sono prese cura di lui, lei, sola, relegata in secondo piano, si sente inquieta. Il mondo glielo sta già togliendo".

Nonostante in quegli anni la mortalità infantile fosse ancora molto alta e la principale preoccupazione dei pediatri e dei genitori fosse la corretta alimentazio-

ne e la protezione dalle infezioni, Korczak era già molto sensibile allo sviluppo psicomotorio e alla crescita globale del bambino. Osservava: "Se gli prendi il cucchiaino, con il quale picchia sulla tavola, non lo privi di una cosa posseduta, ma della proprietà che ha la mano di scaricare energia e di esprimersi mediante il rumore" e ancora "parla con il linguaggio mimico, pensa con il linguaggio delle immagini e dei ricordi delle sensazioni provate. (...) Pensa con le immagini della passeggiata e con i ricordi delle sensazioni provate durante le passeggiate precedenti".

Forse anche per noi oggi serve sentirsi dire: "Accettare lo sviluppo dell'intelletto del lattante è oltremodo difficile perché egli impara molte volte e molte volte dimentica: è uno sviluppo a più fasi, intervallato da pause e regressioni" e ricordarci che "il lattante, che all'inizio triplica il peso nel corso di un anno, ha diritto a riposarsi. La velocità fulminea con la quale si compie il suo sviluppo psichico gli dà anche il diritto di dimenticare qualcosina di quanto già sapeva e noi avevamo immaturamente registrato come sua acquisizione definitiva".

All'inizio del '900 il rischio di incidenti anche gravi era sicuramente più alto di oggi, ma attenzione, perché "per timore che la morte possa strapparci il bambino, strappiamo il bambino alla vita; per impedire che muoia non lo lasciamo vivere. (...) Per un domani che non capisce né ha bisogno di capire lo derubiamo di molti anni di vita".

Un pediatra, ma anche un pedagogista

Bettelheim ha definito Korczak "uno dei più grandi educatori di tutti i tempi". Nella gestione della Casa dell'Orfano sperimentò sistemi educativi originali, utilizzando una metodologia scientifica e rigorosa. In particolare ha introdotto sistemi per favorire la responsabilizzazione dei ragazzi e la loro partecipazione attiva alla gestione della Casa e degli stessi processi educativi. Il rapporto educatore-bambini è stato al centro del suo lavoro di ricerca: per Korczak occorre "un educatore che non schiaccia ma libera, non trascina ma innalza, non opprime ma forma, non impone ma insegna, non esige ma chiede (...) che osservando attentamente il bambino, può proporgli un programma

su come arrivare a conoscersi, come vincersi, quali sforzi affrontare, come cercare la propria strada nella vita". In quegli anni il comportamento del bambino era vincolato al giudizio dell'adulto e le frequenti punizioni non erano generalmente leggere; nella Casa dell'Orfano Korczak era riuscito a elaborare un originale sistema di gestione dei conflitti basato sulla istituzione di un tribunale gestito interamente dai ragazzi che applicava un codice di valutazione fondato sul dialogo, sul perdono e sulla tensione a migliorarsi: "Se qualcuno ha combinato qualcosa di male, la cosa migliore è perdonarlo. Se l'ha fatto perché non sapeva, adesso sa. Se l'ha fatto involontariamente, nel futuro sarà più prudente. Se l'ha fatto perché fa fatica ad abituarsi, cercherà di essere più bravo. Se l'ha fatto perché qualcuno l'ha indotto, in futuro non seguirà più quei consigli. Se qualcuno ha fatto qualcosa di male, la cosa migliore è perdonarlo, aspettare finché non si sarà ravveduto". La sensibilità di Korczak e il suo amore per il mondo del bambino non gli impedivano di vedere con realismo le necessità di crescita dei suoi ragazzi: "Nella teoria dell'educazione ci scordiamo che dobbiamo insegnare al bambino non solo ad apprezzare la verità, ma anche a riconoscere la menzogna, non solo ad amare, ma anche a odiare, non solo a stimare, ma anche a disprezzare, non solo ad acconsentire, ma anche a indignarsi, non solo a sottomettersi, ma anche a ribellarsi (...)" e la conclusione della sua vita getta una luce profetica su queste parole. Al pediatra, Korczak può insegnare che la pedagogia, basandosi su una positiva relazione tra adulto e bambino, è in grado di inserirsi a tutti gli effetti nel processo di cura e di crescita equilibrata del bambino; nel piano terapeutico occorre inserire la partecipazione attiva del bambino ammalato, la sua relazione con gli adulti, il gioco, al pari di qualunque altra medicina. La relazione adulto-ragazzo, come la vedeva Korczak, era una vera sfida educativa: "Non: fa ciò che vuoi, ma: farò, comprerò, ti darò tutto quello che vuoi, ma tu devi chiedere soltanto ciò che io posso darti o comprarti o fare per te".

Il bambino e i suoi diritti

In questo campo Korczak si è dimostrato particolarmente profondo, lucido e in

grande anticipo rispetto alla società del suo tempo. La Carta dei Diritti del Bambino sarà redatta soltanto nel 1989 e ancora oggi nella maggior parte del mondo rimane in buona parte inapplicata. Nel 1929 Korczak scrisse *Il diritto del bambino al rispetto*, un'intera opera dedicata a questo argomento: "Il bambino ha diritto di volere, di chiedere, di reclamare; ha il diritto di crescere e maturare e, giunto alla maturità, di dare i suoi frutti". Ci spiega che è possibile riconoscere i diritti dei bambini soltanto quando si è capaci di capire i bambini, il loro mondo e i loro bisogni di crescita, quando si è capaci di vedere e di sentire come vedono e sentono loro, quando si riesce a considerare il loro mondo allo stesso livello di importanza del nostro: questo aveva imparato dai suoi ragazzi, questo era stato capace di fare nel corso della sua vita.

"Rispetto per ogni minuto che passa, perché morirà e non tornerà più; un minuto ferito comincerà a sanguinare, un minuto assassinato tornerà e ossessionerà le vostre notti. Lasciamo che il bambino si abbeverì fiducioso nell'allegria del mattino. È quello che vuole. Un racconto, una conversazione con il cane, una partita a pallone, non sono per lui tempo perduto; quando guarda un'immagine o ricopia una lettera, non si affretta. Fa tutto con un'incantevole semplicità. Ha ragione lui". E un bambino rispettato oggi, sarà domani un adulto capace di rispetto.

Nonostante la vita, il pensiero e l'opera di Korczak siano stati interamente dedicati all'amore per il mondo dell'infanzia, a un certo punto della sua vita egli fu schiacciato dall'odio prodotto dalla follia del mondo degli adulti. Oggi però le sue idee possono continuare a illuminare e facilitare il cammino di chi, per professione o per missione, ha scelto di accompagnare i bambini "nel duro lavoro della crescita".

Jedrek: bambino di campagna

"Jedrek è un bambino di campagna. Cammina già. Si tiene allo stipite della porta e, scivolando cautamente fuori dello stanzone, va nell'atrio. Dall'atrio procede gattoni sui due gradini di pietra. Davanti alla casa incontra un gatto: si guardano un po' e ognuno riprende la propria strada. Inciampa in un grumo d'argilla, si arresta, guarda. Ha trovato

un bastoncino, siede, scava nella sabbia. C'è una buccia di patata, la porta alle labbra, sabbia in bocca, fa una smorfia, sputa, getta via. Si rialza in piedi, corre incontro al cane; il cane lo fa cadere, il brutto. Fa già la smorfia di piangere, no: si è ricordato qualcosa, trascina la scopa. La mamma sta andando per acqua; si attacca alle sue gonne e cammina già più sicuro. Un gruppo di bambini più grandi hanno un carretto, li guarda: lo mandano via, lui rimane in disparte e guarda. Due galletti si azzuffano, lui guarda. Lo mettono sul carretto, lo portano, lo rovesciano. La mamma chiama. È la prima mezz'ora delle sedici ore della sua giornata".

Diritti del bambino secondo Korczak

Diritto alla morte

Diritto alla sua vita presente

Diritto a essere quello che è

Diritto a esprimere ciò che pensa

Diritto a prendere attivamente parte alle considerazioni e alle sentenze che lo riguardano

Diritto al rispetto

– *Rispetto per la sua ignoranza*

– *Rispetto per la sua laboriosa ricerca della conoscenza*

– *Rispetto per le sue sconfitte e le sue lacrime*

– *Rispetto per la sua proprietà*

– *Rispetto per i colpi che gli riserva il duro lavoro della crescita*

– *Rispetto per ogni suo minuto che passa, perché morirà e non tornerà più, e un minuto ferito comincerà a sanguinare.* ♦

Bibliografia

Opere di Korczak editate in italiano

Korczak J. Come amare il bambino (1920), Luni 1996.

Id, Il diritto del bambino al rispetto (1929), Luni 2004.

Id, Quando ridiventerò bambino (1924), Luni 1995.

Id, Diario del ghetto (1997), Luni.

In lingua originale (polacco) sono reperibili 28 volumi, alcuni dei quali tradotti in varie lingue (soprattutto tedesco, inglese, russo ed ebraico). Oltre ai saggi e ai romanzi Korczak ha scritto numerosi libri per bambini, soltanto in minima parte tradotti in italiano.



Valli di Fiemme e Fassa in Trentino

Le valli di Fiemme e di Fassa occupano l'estremità nord-orientale del Trentino con sei biblioteche comunali: Cavalese, Tesero, Predazzo, Moena, Vigo di Fassa e Canazei, con 8000 iscritti.

Esse danno una copertura praticamente totale a Nati per Leggere.

A gennaio 2003, sono stati individuati e invitati i possibili collaboratori sul territorio (pediatri, scuole materne e Tagesmütter) a un incontro esplicativo. I pediatri, le scuole materne, le insegnanti e la responsabile della cooperativa delle Tagesmütter hanno dato subito la loro disponibilità a collaborare.

Ruolo centrale è stato, ed è, quello dei pediatri e della loro autorevolezza nel consigliare la lettura ai bambini anche piccoli e la partecipazione dei genitori alle occasioni di formazione proposte dalle biblioteche. I pediatri hanno anche "prescritto" la medicina libro e distribuito come "campioni" le schede bibliografiche predisposte dall'Ufficio Biblioteche della Provincia in collaborazione con Eros Miari. Altro ruolo centrale è stato quello dei libri messi a disposizione di genitori e bambini non solo in biblioteca, ma anche in tutti gli ambulatori pediatrici delle due valli. Qui i libri facevano, e fanno tutt'ora, bella mostra di sé su espositori in legno riproducenti il logo del progetto. Gli espositori sono stati creati dagli studenti dell'Istituto d'Arte di Pozza di Fassa.

Per i bambini sono stati organizzati vari appuntamenti di lettura animata dal titolo *L'ora del racconto* e due spettacoli teatrali ispirati a libri per bambini. Sono stati organizzati un corso di lettura ad alta voce tenuto dall'attrice Daria Deflo-

rian, incontri con autori ed esperti come gli psicologi Barbara Masseroli e Silvio Crosera, gli esperti di letteratura per l'infanzia Eros Miari, Carla Poesio, Rita Valentino Merletti e Antonia Dalpiaz, la scrittrice Vivian Lamarque e due iniziative per i pediatri.

Particolarmente apprezzata da parte dei piccoli la tessera della biblioteca a loro nome con l'adesivo dell'iniziativa. Questo è applicato sulla tessera dei bambini. Al progetto contribuiscono anche le librerie presenti in zona. Esse praticano uno sconto sui libri per i più piccoli qualora si presentino all'acquisto con la tessera della biblioteca contrassegnata dal logo di Nati per Leggere.

Si è riscontrato che il passaparola tra i genitori, oltre all'invito dei pediatri, è stata la miglior spinta per molti a informarsi sull'iniziativa e soprattutto a varcare le porte della biblioteca per cercare i libri. Per quanto riguarda i risultati, dopo un anno e mezzo di iniziative, l'incremento del numero degli iscritti e dei prestiti di libri per i bambini, sia fra i genitori che fra i bambini più piccoli, è un dato confortante. I bambini da 0 a 4 anni iscritti nel 2002 nelle biblioteche di Fiemme e Fassa erano complessivamente 105, pari all'1,33% del totale degli iscritti; nel 2003, dopo l'inizio di Nati per Leggere sono passati a 202 (2,52%); nel 2004, alla fine di settembre, erano 175 (2,39%). I prestiti complessivi a questa fascia d'età sono saliti da 1015 nel 2002 a 2821 (4,61%) nel 2003 e nel 2004, fino al 30 settembre, ne sono stati registrati già 2924 (5,70%). Altro dato indicativo è che tra i libri presi in prestito più volte nelle biblioteche in questi due anni si contano 8 titoli della bibliografia di Nati per Leggere nei primi posti (*Il volo del calabrone*, *Rosso micione*, *Il piccolo bruco Maisazio*, *Ninna Nanna Ninna...o*, *Quando avevo paura del buio*, *Una lucciola tutta sola*, *A spasso col mostro*, *All'ombra del Baobab*). I risultati di un progetto come questo, del resto, non sono misurabili esattamente: è difficile dire quanti genitori hanno preso l'abitudine di leggere a casa ai loro bambini negli ultimi due anni ed è anche difficile stabilire chi viene in biblioteca perché spinto dal progetto. L'impressione dei bibliotecari, degli insegnanti della

scuola materna e dei pediatri è comunque che si sia aperto un nuovo canale di comunicazione e si sia fatto nascere un interesse nuovo per la lettura.

Elisabetta Vanzetta

nati

Sicilia

Preceduta da diversi incontri preparatori tra Cristoforo Cocchiara, pediatra di famiglia ACP, e l'Assessore all'Istruzione, Università e Ricerca del Comune di Gela, Preside Luciano Vullo, è avvenuta la stipulazione di un Protocollo di adesione al Progetto Nati per Leggere tra il Comune di Gela (e la sua biblioteca), i 12 pediatri di famiglia di Gela (di cui 8 aderenti all'ACP) e la UO di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera "V. Emanuele" di Gela.

Il Progetto è rivolto a bambini in età prescolare e vedrà coinvolti, oltre ai sottoscrittori del protocollo, gli operatori scolastici della scuola della prima infanzia del territorio di Gela, alcuni alunni-lettori scelti tra gli studenti delle scuole medie superiori, psicologi, assistenti sociali e pedagogisti. I pediatri di famiglia di Gela hanno messo a disposizione le proprie risorse professionali e i propri studi, riconoscendo l'utilità della lettura operata dal genitore per i bambini nelle prime tappe evolutive, sviluppando una migliore e più precoce capacità di comprensione del testo scritto e orale, riflettendosi anche in una migliore genitorialità consapevole e in un più proficuo rapporto genitore-lettore e figlio. Nel Protocollo, reso pubblico durante una conferenza dei servizi, sono specificati i compiti e le funzioni delle parti sottoscrittrici. Alla biblioteca comunale spetta la fornitura di un locale adeguatamente arredato e attrezzato; incremento del patrimonio librario destinato alle fasce d'età sei mesi-sei anni; corsi di aggiornamento per bibliotecari, pediatri, educatori e volontari-lettori; visite guidate alla biblioteca. I pediatri di Gela si sono impegnati, durante le visite per i bilanci di salute, alla sensibilizzazione dei genitori sull'importanza della lettura ad alta voce e si fanno divulgatori del progetto, con il dono di un libro o di un kit predisposto dalla biblioteca. Nei loro studi ci saranno letture periodiche da parte di volontari-lettori adeguatamente preparati. L'Azienda Ospedaliera fornir-

per leggere

sce nel reparto di Pediatria un locale arredato, utile ad accogliere i volontari-lettori e divulga il Progetto ai genitori dei bambini ricoverati.

Il Progetto rappresenta sicuramente un investimento sul futuro della biblioteca. È stato istituito un Comitato misto (Pediatri-Assessore, Funzionari Comunali) che presiederà al coordinamento e alla riuscita del Progetto.

Sergio Speciale

Basilicata

Le fiabe d'arte delle tele di Francesco Nesi a Matera, inserite nel suggestivo paesaggio dei sassi, hanno contribuito a illustrare il progetto Nati per Leggere che si sta sviluppando in tutto il Paese, e in Basilicata, anche con il coinvolgimento della Regione, unico esempio in Italia. L'iniziativa, che accompagna la Mostra di Nesi, è stata illustrata da Nicola D'Andrea, che ha richiamato il significato di Nati per Leggere e ne ha sottolineato l'importanza in una regione all'avanguardia nella realizzazione del progetto. Originale e simpatica, sempre in Basilicata, l'iniziativa messa in atto dal maestro La Cava che visita i paesi della regione con un piccolo motocarro pieno di libri per bambini. "Ho messo le ruote alle fiabe e le porto nei paesi - ha spiegato La Cava -. Sono tanti i bambini che ogni volta mi vengono incontro fermandosi a leggere i libri". URL: <http://www.sassinews.it>.

Red

Sardegna

Dal mese di marzo 2002 a Cagliari, attraverso la collaborazione tra il Centro Servizi Bibliotecari della Provincia, i bibliotecari della città e dei comuni circostanti e il gruppo locale dell'ACP, è partito il progetto Nati per Leggere. Diverse sono state le iniziative portate avanti in questo anno e mezzo di lavoro. Le riassumiamo.

1. Riunioni, con frequenza quindicinale, tra i diversi operatori interessati al progetto, rivolti sia all'organizzazione di incontri finalizzati alla diffusione del progetto che alla preparazione di una bibliografia per i bambini.

2. Incontro di presentazione del progetto Nati per Leggere, tenutosi a Cagliari il

26 giugno 2002, organizzato dal Servizio beni librari dell'Ass. Regionale Pubblica Istruzione e dalla Sezione Sardegna dell'A.I.B.

3. Corso di formazione per i referenti dei progetti locali, tenutosi a Cagliari nei giorni 27-28-29 gennaio 2003.

4. Presentazione della bibliografia Nati per Leggere in Sardegna, realizzata dal Centro Regionale di Documentazione Biblioteche per Ragazzi, svoltasi a Cagliari il 20 ottobre 2003, che ha visto la partecipazione, tra gli altri, di Bruno Tognolini, scrittore di libri per bambini e co-autore della Melevisione, e di Eros Miari, esperto in promozione della lettura. La bibliografia, divisa in due fasce di età (0-3 aa. e 4-6 aa.), è articolata in tematiche adatte alle due fasce di età (ad es. per i più piccoli storie di pappa, storie di prime esperienze, storie di animali; per i più grandicelli storie di sentimenti ed emozioni, storie di paure e di coraggio, storie di famiglia, di amicizia ecc.). Per quest'anno sono previsti degli incontri per i genitori nelle biblioteche della Provincia di Cagliari, con l'obiettivo di spiegare l'importanza della lettura ad alta voce nella nascita di una relazione genitori-bambino più ricca di esperienze e più coinvolgente.

Red

Abruzzo

A L'Aquila è stato finanziato il dono del libro anche per i nati nel 2004; verrà consegnato in occasione del bilancio di salute del pediatra di famiglia. Anche nel consultorio familiare, a cura della pediatra Cristina Pompei, continua l'attività per fare continuare il progetto. Nella sala d'attesa dell'ambulatorio vaccinale continua a funzionare l'angolo morbido arricchito da un cestone di libri cartonati a disposizione dei bambini accompagnati dai genitori e da un grande libro sul tappeto. L'angolo è frequentato da lettrici volontarie, alcune laureate in scienza dell'educazione, che attraggono e affascinano bambini e genitori. A questi ultimi un'altra volontaria espone il progetto Nati per Leggere utilizzando disegni alle pareti che lo illustrano. Si danno consigli, suggerimenti, si chiede loro se al bambino è stato consegnato il libro, se lo sta usando, quali sono le difficoltà. In

caso contrario i genitori vengono invitati a richiederlo.

Nel mese di novembre è iniziata l'attività del "Giragiralibro" dagli ambulatori della ASL AQ. La scuola media statale "T. Patini" ha fornito i libri, il preside prof. Cococchetta li ha raccolti tramite i genitori nelle case degli alunni. I libri vengono valutati dalle insegnanti e poi depositati nelle sale d'attesa degli ambulatori della UO di Pediatria, di medicina sportiva, della medicina scolastica. La dott.ssa Vittoria di Giacomo cura questa iniziativa e non mancherà di riferirne a Quaderni acp. Si svolgerà prossimamente un incontro di valutazione generale fra tutti gli attori del progetto: l'assessore regionale alla cultura, l'assessore comunale alla salute, la presidente dell'Associazione Italiana Donne Medico che ha dato un forte impulso al progetto, i pediatri di famiglia, il presidente della locale Cassa di Risparmio.

Vincenza Bontempo

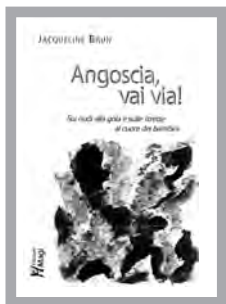
Toscana

I pediatri che operano all'interno di Nati per Leggere (NpL) in Versilia sono attualmente 16 su un totale di 18. Durante i bilanci di salute essi illustrano il progetto e consegnano, in occasione dei bilanci del 6°-12° mese, il tesserino di iscrizione alla biblioteca del Comune di residenza, invitando a visitare la biblioteca e illustrando ai genitori il catalogo dei testi presenti in biblioteca con le indicazioni orientative (bollini e/o sigle numeriche) per la scelta dei volumi (narrativa e divulgazione).

I funzionari della biblioteca sono disponibili per l'accoglienza (consultazione e indicazioni per la lettura). I pediatri della Versilia espongono i principi di NpL anche nei corsi di preparazione alla nascita. La biblioteca di Viareggio ha un orario definito in due giorni riservati a NpL. Le biblioteche si arricchiranno di testi, e quella di Viareggio lo ha già fatto, per la primissima infanzia. Le biblioteche che hanno aderito a NpL sono quelle di Viareggio, Camaione, Pietrasanta e Forte dei Marmi. Nella sala di attesa del mio ambulatorio ho allestito un "librone" in cui sono contenute le informazioni su NpL, sulla disponibilità delle biblioteche riguardo all'orario e i cataloghi completi dei volumi.

Patrizia Seppia

Libri: occasioni per una



Jacqueline Brun

Angoscia, vai via!

Sui nodi alla gola e sulle strette al cuore dei bambini

Magi 2004, pp 156, euro 12,00

Noi adulti abbiamo in genere difficoltà ad affrontare le angosce dei bambini. Rassicurare e cercare di non parlare di aspetti spiacevoli, tristi, dolorosi della vita è spesso la nostra risposta. A noi grandi non sempre piace capire e metterci in contatto con le emozioni che i bambini esprimono e che dunque restano lì, inespresse e inesprimibili: invece di incoraggiare l'apertura di un dialogo, lo chiudiamo o lo limitiamo a un campo che non è quello che intendeva il bambino. Scritto da una psicologa per i genitori con un linguaggio chiaro e una prosa scorrevole, il libro conferma ancora una volta che il bambino non è sempre in grado di esprimere tutto quello che lo rende inquieto, e che, per arrivarci, spesso parte da cose e aspetti concreti, per lui più maneggevoli. Ecco quindi il mal di pancia di Aline, il lupo cattivo di Alexis, la paura di Cécile di essere abbandonata e quella di Claire verso qualsiasi cambiamento, soprattutto scolastico. Attraverso la descrizione di casi giunti alla sua osservazione, l'autrice analizza pagina dopo pagina e sotto diverse prospettive l'angoscia "normale" e quella mascherata, fino ad arrivare a situazioni più complesse e strutturate.

Interessanti anche per noi pediatri le osservazioni relative a segnali di allarme (es. il non saper giocare anche in bambini intelligenti e apparentemente ben adattati), le pagine dedicate ai tic (manifestazione di un'angoscia forte) e alla fobia (paura incontenibile, che resiste a qualsiasi razionalizzazione e non risponde ad alcuna logica). L'invito è a pensare che

nel bambino, come nell'adulto, al centro dell'angoscia sta sempre una sensazione di solitudine, che provoca smarrimento, tristezza e anche disperazione. E nel momento in cui i bambini "riescono a nominare la paura, a sentirne parlare come se non facesse più parte di loro, l'angoscia scompare automaticamente. Altrimenti rimane latente, diffusa, mortifera, racchiusa in un uovo che non si schiude". Di lettura veloce, il libro chiarisce anche il senso dell'invio al terapeuta, illustrandone il ruolo di aiuto a decifrare e a decodificare i comportamenti del bambino e i "travestimenti che coprono il significato profondo" di certi sintomi: un dialogo vivace anche con i genitori non per interpretare, ma per capire cosa sta chiedendo realmente il bambino, per offrire spiegazioni e aggiungere significati a certi accaduti e situazioni talora complesse.

Federica Zanetto



Roberto Maiocchi

Scienza e fascismo

Carocci 2004, pp 207, euro 16,70

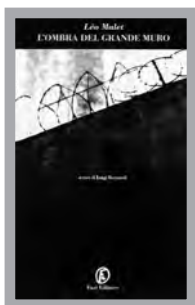
Quali furono i rapporti fra il potere e gli uomini di cultura nel ventennio fascista? E quale può essere, portando la questione in un ambito più vasto, il rapporto fra scienza e politica in una dittatura? È una ricerca che Roberto Maiocchi, ordinario di Storia della Scienza all'Università Cattolica di Milano, ha affrontato più volte negli ultimi vent'anni. Il volume affronta le varie sfaccettature della relazione fra i due poteri, quello della scienza e della politica, partendo dalla organizzazione della ricerca scientifica dei primi due decenni prefascisti del secolo. La organizzazione culturale si sostanzialmente allora

negli istituti universitari e nel ventennio si arricchì di una nuova struttura: il CNR. Questo fu pensato come il coordinatore della ricerca in campo nazionale in attività coordinate e utili per il Paese. L'idea non era cattiva e proveniva da altri Paesi europei, ma il CNR fallì clamorosamente questo obiettivo, specialmente nel corso del periodo delle sanzioni per la guerra di Abissinia (1936) e del secondo conflitto mondiale. In queste due occasioni la politica dell'autarchia sarebbe dovuta essere sostenuta, appunto, dalle ricerche del CNR, mentre l'impegno si risolse in una serie di clamorosi e talora umoristici flop che fanno pensare agli IgNobel. La teoria dell'autarchia è trattata in un altro capitolo: quello degli studi che gli economisti fascisti produssero appunto sull'autarchia e sulla politica economica corporativa che avrebbe dovuto superare il capitalismo e il socialismo e il loro terreno di scontro (le lotte sindacali e lo sciopero), mettendo d'accordo, in commissioni permanenti governative, industriali e sindacati e che si risolse sostanzialmente in un controllo dei salari anziché in una politica di programmazione economica.

Ancora un interessante capitolo è dedicato alle discussioni che fra le due guerre ci furono attorno alle questioni metodologiche e filosofiche (la relatività di Einstein e la meccanica quantistica) e al rapporto fra scienza e politica. Discussione ampia – scrive l'Autore – ed esiti deludenti e di basso livello. Ma dove il rapporto fra la cultura del fascismo e la ragione toccò il massimo del contrasto fu nella legislazione razziale. Molte delle idee che diedero fondo al pensiero razzista non furono "inventate" dal fascismo; furono messe a punto da scienziati italiani di levatura non disprezzabile ancora prima che si manifestasse l'intenzione di Mussolini di imitare il razzismo nazista; e quando la legislazione razzista fu varata, essa fu agli inizi anche più feroce di quella hitleriana. Nell'autunno del 1938 gli ebrei italiani furono espulsi dalle scuole, mentre quelli tedeschi potevano ancora frequentare le loro. Poi Hitler imparò da Mussolini. In sostanza la comunità scientifica italiana non fu affatto alla opposizione, né fece, al di là di qualche modesta eccezione, la minima fronda; il rapporto fra scienza e politica fu, secondo Maiocchi, di pura dipendenza.

Giancarlo Biasini

buona lettura



Leo Malet

L'ombra del grande muro

Fazi Editore 2004, pp 150, euro 14,50

La vicinanza tra medicina e romanzo giallo non è scoperta di oggi: Autori laureati in medicina (Conan Doyle), protagonisti con studi in Medicina alle spalle anche se non conclusi (Maigret di Simenon) o ex-medici (Duca Lamberti di Scerbanenco) per citarne solo alcuni.

Qualche critico ha addirittura confrontato l'investigazione analitica basata sul paradigma indiziario con la Semeiotica medica, trovandovi più di una similarità. Non stupisce, quindi, che anche uno degli Autori culto del *noir* francese, Leo Malet, abbia utilizzato un medico come protagonista di uno dei suoi libri. Ma la coincidenza finisce qui. Nel romanzo di Leo Malet il protagonista, il dottor Lew Crawford, non è un investigatore ma una vittima che, come in ogni *noir* che si rispetti, scivola via via in un abisso indistinto di malvagità e perdizione. *L'ombra del grande muro* è stato scritto nel 1942 ed è ambientato nella New York degli anni '30. L'atmosfera è cupa, livida; i locali sono bui e fumosi; i personaggi torbidi e immorali. Lew Crawford è uscito da un penitenziario dove ha scontato una pena ingiusta per un assassinio che non ha commesso. Per mantenere la promessa fatta a un compagno di cella finisce tra le braccia di una donna affascinante e pericolosa e poi nelle mani di una banda di gangster. Disilluso, ma desideroso di ritrovare il conforto della libertà, di sfuggire alla solitudine e all'inerzia dalle quali si sente inesorabilmente avvinto, finisce per fare il "doc" della banda, tra spari di rivoltella da auto lanciate in corsa e rapine in banca, estrazioni di pallottole, fumo di sigarette e bottiglie di whisky. A nulla servirà la scoperta, che emerge piano piano da dettagli e

parole ambigue, che le accuse contro di lui erano montate ad arte, che era una vittima fin dall'inizio. Ormai è troppo tardi e la società non perdona chi si porta addosso l'indelebile "ombra del grande muro", cioè il carcere. Come nei suoi libri migliori, i protagonisti non riescono a sfuggire al male, anzi vi si immergono totalmente, avvolti in una spirale di consapevole violenza senza fine.

L'Autore è uno grandi dei maestri del romanzo poliziesco francese. È l'inventore del detective privato Nestor Burma, protagonista di una serie di romanzi ambientati nei vari *arrondissement* di Parigi, che ha avuto anche una felice trasposizione a fumetti per opera del grande disegnatore Jacques Tardi. Imperdibile per gli amanti del genere la sua celebre trilogia *noir*: *La vita è uno schifo*, *Il sole non è per noi*, *Nodo alle budella*.

Peppino Campo



Maurizio Bonati, Rita Campi

Nascere e crescere oggi in Italia

Il Pensiero Scientifico, 2005

pp 191, euro 15,00

Il volume muove da una necessità: quella di trovare per la popolazione materno-infantile, in tempi rapidi, dati aggiornati e disaggregati per regione. Di solito, infatti, i dati pubblicati sono campionari, non entrano nel dettaglio regionale e nel migliore dei casi sono suddivisi in tre macroaree: nord, centro e sud. Inoltre, nell'ambito dell'epidemiologia di popolazione e demografica, si utilizzano di solito i dati dei censimenti, aggiornati talora da qualche studio per singola regione e che quindi non consentono uno sguardo su tutto il territorio. I dati del volume invece consentono – come rileva Elisabetta Tola in un'intervista agli Autori – uno sguardo alla situazione regionale; permettono di riflettere sulle prospettive

regionali proprio oggi che sono in discussione, a livello istituzionale, le politiche regionali "devolute". Entrando nel contenuto del volume, si può dire che in una nazione sempre più anziana e in continuo ribasso si assiste a un progressivo disinteresse per i giovani e in particolare modo i bambini, e non ci si occupa, da tempo, di bambini nei Piani Sanitari Nazionali nonostante i richiami dell'OMS sull'importanza delle politiche per l'infanzia. Gli indici utilizzati entrano nel tema dell'aumento consistente, e in qualche caso l'asestamento definitivo, della povertà nel nostro Paese. L'indice di sviluppo umano rileva come l'Italia, nel corso dell'ultimo decennio sia scesa continuamente nella classifica mondiale.

Il nostro meridione rappresenta nell'ambito europeo un Paese a sé stante, come si rileva sul numero 2 a pag. 51 di *Quaderni acp*; un Paese che si posiziona al 26° posto, l'ultimo in ordine di povertà in tutta l'Unione. Questa distanza tra nord e sud è rimarcata su tutta la linea per qualsiasi indicatore preso in considerazione, dalla natalità alla mortalità infantile, ai servizi per l'infanzia. Sarebbe interessante disaggregare ulteriormente e vedere all'interno di ogni regione come vanno le cose. Ma già, a questo livello, si possono trarre conclusioni importanti. Nel complesso, dunque, i provvedimenti da prendere sembrerebbero chiari: sono necessari investimenti nel sud del Paese. Va valutato se, attualmente, in questo "Paese nel Paese" vi sia maggiore carenza dei servizi o di accessibilità dei medesimi, nella distribuzione territoriale. Che ci sia un problema però nessun dubbio. Esistono problemi di qualità dei servizi? È certo che, a parità di condizioni, la mortalità è più elevata al sud; è certo che permangono, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni sanitarie, flussi di migrazione dal sud al nord. È quindi evidente la necessità di valutare sia l'accesso che la qualità delle prestazioni, che deve essere garantita in modo omogeneo su tutto il territorio. Tutto ciò è possibile operando in una direzione precisa. Si deve lavorare per una integrazione dei servizi offerti, investendo, coordinando attività di collaborazione e costruzione di reti operative tra i grandi centri pediatrici del nord del Paese e quelli del sud. Non si tratta di costruire nuovi centri isolati ma di lavorare in reti integrate. Facile diagnosi, ma...

Giancarlo Biasini

info: notizie

Il Los Angeles Times e i conflitti di interesse

In febbraio 2005 il National Institute of Health (USA) si è dato alcune regole relative al conflitto di interesse dei 18.000 dipendenti. La decisione è avvenuta dopo una campagna del *Los Angeles Times* che ha chiesto una commissione di inchiesta del Congresso sulle compromissioni di dipendenti dell'Istituto, le cui linee sul conflitto non erano né chiare né rispettate. D'ora innanzi i dipendenti del NIH non potranno avere rapporti di consulenza con le industrie (anche se non pagati) né con associazioni professionali né con enti assistenziali privati o pubblici. Non ci potranno essere regali né offerte di attrezzature, farmaci, prodotti chimici da produttori di tali beni. Le nuove regole innovano le precedenti (1995) che permettevano questi compensi o questi regali previa autorizzazione. In realtà oltre 100 dipendenti hanno omesso di comunicare i loro rapporti con le aziende (*Nature* 2005;433:557) per centinaia di migliaia di dollari. Con le nuove regole i ricercatori del NIH possono partecipare per esempio a un premio del Cancer Research recentemente bandito e ammontante a 50.000 dollari ricevendone gli onori, ma non il compenso. I dipendenti del NIH non hanno apprezzato; non hanno apprezzato specialmente quelli che si erano comportati correttamente e che vengono valutati come l'80% dei dipendenti (*Nature* 2005;434:4).

Rapporto Ceis Sanità 2004

Il Rapporto Ceis Sanità 2004, della Facoltà di Economia dell'Università Tor Vergata di Roma, evidenzia che oltre 850 mila famiglie italiane versano in difficoltà economiche a causa di spese sanitarie non previste e pagate di tasca propria. Ben 342 mila di queste sono finite temporaneamente al di sotto della soglia di povertà. Le altre 511 mila hanno visto gran parte del loro reddito divorato dalle cure, e in alcuni casi hanno dovuto impegnare i risparmi di una vita. L'identikit della famiglia italiana con le maggiori probabilità di trovarsi in difficoltà vede un nucleo con un anziano in casa, residente lontano dai centri urbani e in una regione del Mezzogiorno. Tra le regioni più in affanno, infatti, l'indagine Ceis

mette al primo posto la Sicilia (con il 4,10% delle famiglie cadute temporaneamente in povertà per spese sanitarie private), seguita da Calabria (3,57%) e Campania (3,39%).

L'incidenza del ticket, nel 2004, sulla spesa lorda, delle quote di partecipazione a carico dei cittadini (relativa sia al ticket, che alla differenza rispetto al prezzo di rimborso) va da una quota che oscilla tra lo 0,6 e l'1% nelle regioni che non applicano ticket e tra il 6,7 e l'8,9% nelle regioni con ticket più incisivo. A livello nazionale tale incidenza è stata mediamente pari al 4,4%. Nel 2000 quando il ticket era applicato a livello nazionale l'incidenza sulla spesa lorda era pari all'8,7%.

Mortalità materna e infantile nel mondo

L'obiettivo delle Nazioni Unite è quello di intervenire nel *continuum* della salute materno-infantile. Il momento di maggiore crisi per la salute materno-infantile è rappresentato dalla carenza di servizi in questo periodo e specialmente fra gravidanza e parto. Ogni anno più di 60 milioni di donne muoiono per carenza di cure adeguate; circa 515.000 donne muoiono per complicazioni connesse alla gravidanza. Ci sono ogni anno 4 milioni di nati morti e 4 milioni di bambini muoiono ogni anno nel periodo neonatale. Circa 11 milioni di bambini muoiono entro i primi 5 anni di vita (www.un.org/millenniumdeclaration/ares552.htm).

Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

La legge Finanziaria stabilisce che il livello complessivo del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è determinato in:

- 88.195 milioni di euro per il 2005
- 89.960 milioni di euro per il 2006
- 91.759 milioni di euro per il 2007

Per quanto si tratti di un incremento rispetto al 2004, le risorse risultano sottostimate di 2000 milioni di euro rispetto a quanto valutato necessario dalla conferenza delle regioni per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Se invece si dovesse esaminare l'incremento tendenziale sulla spesa reale dal 2004, il dato risulterebbe ancora più allarmante.

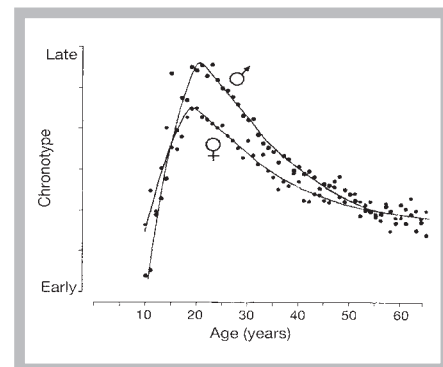
L'OTE (Osservatorio Terza Età) valuta che il fabbisogno totale per il 2005 sia già di 93.260 milioni di euro.

Anche il rinnovo della convenzione per i 63 mila medici di famiglia, di guardia medica, di emergenza e dei servizi, presigliato il 5 gennaio 2005, che comporterà un costo complessivo per tutte le convenzioni di 691 milioni di euro, è destinato a determinare ulteriori difficoltà finanziarie per tutte le regioni.

La compressione delle spese per la sanità viene esplicitamente dichiarata nella relazione tecnica di accompagnamento alla legge per 4250 milioni di euro, di cui 2000 milioni nel settore farmaceutico. La spesa farmaceutica a carico del SSN per il 2004 ammonta a circa 12 mila milioni di euro. Il taglio è drastico e si delega alla Agenzia Italiana del Farmaco l'adozione delle misure necessarie a contenere la spesa farmaceutica entro il tetto del 13% del fondo (16% se si comprende quella ospedaliera). La spesa per farmaci, esclusa quella ospedaliera, raggiunge ora il 14%.

Civette, allodole e adolescenza

Pubertà e adolescenza non sono sinonimi, anche se ambedue significano il confine fra fanciullezza e maturità. Pubertà significa maturazione del sistema riproduttivo. Adolescenza è una espressione di una maturazione fisiologica ma anche psicologica e sociale. Una ricerca (*Roennenberg T. CurrBiol* 2004;14:1038) basata su 25.000 persone, di età fra 10 e 90 anni, ne ha indagato il cronotipo distinguendoli nelle famose due immagini della civetta e dell'allodola: il tipo civetta va a dormire tardi e si alza tardi. Il tipo allodola va a dormire presto e si alza presto. Il tipo intermedio, borghese-



sulla salute

mente, sta fra i due ed è la maggioranza. Secondo la ricerca c'è una robusta relazione fra il cronotipo e l'età. I bambini vanno a letto presto (*early sleepers*) ma vanno poi a letto progressivamente più tardi quando si avvicinano all'adolescenza. Raggiungono il massimo del "tardi" sui vent'anni, poi la curva tende ad appiattirsi brevissimamente e subito torna verso il basso. Dal punto di vista della valutazione individuale l'adolescenza è il punto in cui si raggiunge la punta e poi la curva si inverte. Come si vede dal grafico, le femmine raggiungono prima l'apice (19.5 anni vs 20.9); la scomparsa delle differenziazioni fra i generi scompare verso i 50 anni.

Antibiotici e resistenze

Un articolo su *Lancet* si propone di studiare l'uso extraospedaliero di antibiotici in Europa e la sua associazione con l'antibiotico-resistenza. I Paesi studiati sono 26, paragonabili per le metodologie di fornitura e/o di rimborso pubblico. Periodo: 1 gennaio 1997-31 dicembre 2002. Unità di misura: dosi giornaliere (*Defined Daily Dose*)/1000 abitanti.

Le prescrizioni variano fortemente nei 26 Paesi. La Francia è la maggiore consumatrice con 32 DDD/1000 abitanti; l'Olanda la più moderata con 10 DDD/1000; l'Italia è quinta con 25 DDD/1000.

La Francia fa un forte uso di penicilline (16 DDD/1000) contro i 12 DDD/1000 dell'Italia, ma l'utilizzo di penicilline vecchie è trascurabile per la Francia, inesistente in Italia. Per la Norvegia invece costituisce il 75% delle prescrizioni che sono molto alte anche in Svezia e Danimarca (60%), mentre l'uso delle nuove penicilline è assai più moderato rispetto all'Italia che ha sostanzialmente il 100% di uso delle nuove penicilline: 50% circa di penicilline ad ampio spettro e 50% di penicilline con inibitori delle beta-lattamasi.

Molto vario l'uso di cefalosporine (fra i vari Paesi il rapporto è di 1/256!): massimo in Grecia (7 DDD/1000), minimo in Danimarca (0.03 DDD/1000) abbastanza forte in Italia e Francia specialmente per quelle di 3ª generazione (ceftriaxone e cefixime). Un terzo delle cefalosporine italiane è rappresentato dal ceftriaxone. Le cefalosporine vecchie di prima generazione rappresentano invece il 100% delle prescrizioni in Norvegia, il 92% in Finlandia, l'82% in Lituania, il 73% in

Svezia. Esiste un rapporto significativo fra l'uso di antibiotici e la resistenza dei batteri specialmente per quella dello *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *E. coli*: più alto l'uso, più frequenti le resistenze. La Francia infatti è lo stato che registra la maggiore percentuale di resistenze, l'Olanda quella che ne ha di meno. (*Lancet* 2005;365:579)

Nasce Ibfan Italia

È nata Ibfan Italia (www.ibfanitalia.org), associazione di volontariato che aderisce alla Rete Internazionale di Azione per l'Alimentazione Infantile (International Baby Food Action Network, IBFAN). Il suo obiettivo è l'eliminazione delle pratiche scorrette di commercializzazione dei sostituti del latte materno e degli accessori atti alla loro somministrazione (biberon e tettarelle) da parte delle aziende che li producono o distribuiscono. Ibfan Italia lavorerà pertanto per la piena attuazione di quanto sancito dal Codice Internazionale OMS/UNICEF per la commercializzazione dei sostituti del latte materno. Gruppi di lavoro operativi riguarderanno: 1) il monitoraggio del rispetto del Codice Internazionale, 2) il dialogo con le istituzioni (governi, autorità sanitarie), 3) la pressione sulle compagnie produttrici dei prodotti coperti dal Codice Internazionale, 4) l'informazione al pubblico, con particolare riguardo per le mamme e per gli operatori sanitari. A Ibfan Italia si può iscrivere chiunque ne condivida gli obiettivi e i metodi di lavoro contattando: segreteria@ibfanitalia.org.

Un successo un po' strano

Lo "studio multicentrico dell'impatto dell'accesso dei bambini al pronto soccorso" finanziato dal Ministero della Salute ha registrato una diminuzione dei codici bianchi fra i bambini affluenti ai PS in 5 ospedali pediatrici italiani. I codici bianchi (febbre, otalgia, diarrea, eritema da pannolini) sono diminuiti in tutti i PS anche del 50%. A questo dato è stata attribuita grande rilevanza. Purtroppo, però, rispetto al periodo preintervento il numero dei bambini affluiti ai PS è nettamente aumentato. Da 11.478 che erano sono diventati 12.410 con un aumento superiore all'8%. Se il problema generale è quello di ottenere una diminuzione degli accessi, non ci pare un grande successo, ma semplicemente una modificazione della classificazione buro-

cratica della casistica. (*Il Sole 24 Ore Sanità* 22-28 febbraio 2005)

In breve

Pubblicità TV

Una inchiesta di *Altroconsumo* (svolta fra lunedì 20 e domenica 26 settembre 2004 per 546 ore televisive) ha valutato che su 12.800 pubblicità passate in TV 2800 sono dedicate ai bambini. Su *Italia 1* la percentuale di pubblicità "pediatrica" è del 30%, su *Raidue* del 22%, su *Raitre* del 16%, su *La 7* del 14%, su *Canale 5* del 13%, su *Rete 4* dell'11%. Il 26% dei messaggi riguarda gli alimentari, l'11% programmi televisivi. La mamma viene utilizzata frequentemente come suggeritore dell'uso di merendine o altri alimenti per bambini. È lei a scegliere la "giusta merenda"; talora la sceglie il personaggio di un cartone animato "simpatico ed amico". Nel periodo esaminato sono passati 596 messaggi di merendine, 589 di bevande, 408 di formaggi, 318 di caramelle e gomme, 263 di fast food, 242 di cioccolato, 136 di alcolici e solo 102 di frutta e verdura. (*Altroconsumo* 2005;179:11)

Collari e sesso

L'uso dei collari a radiotrasmissione può determinare una alterazione numerica del rapporto fra i sessi: 48% di femmine in meno. È stato dimostrato da ricercatori inglesi della Università di Harvard (GB), in una popolazione di topi acquatici la cui migrazione è stata studiata con questi strumenti. (*J. Appl Ecol* 2005;42:91)

Sea Eagles: genetica e sport

La Sea Eagles, squadra australiana di Rugby, ha condotto un'analisi genetica sui propri giocatori per valutare il consumo di ossigeno muscolare e la produzione di lattato. Ha poi tracciato un programma di allenamento e di gioco per valutare se il giocatore è più adatto alla velocità o alla potenza, se l'allenamento può giocare fra i 50 o i 100 chilometri per settimana, oltre i quali insorge la fatica. (*Nature* 2005;434:260)

Offerta

Agostino Traini è un illustratore di libri per l'infanzia che abita a Roma. Offre gratuitamente la sua opera per decorare ambienti assistenziali per bambini. Si può scoprire la sua mucca MoKa su: http://www.unilibro.it/find_buy/result_scrittori.asp?scrittore=Traini+Agostino&i_daff=0 ♦

Relazione del Presidente al Congresso ACP 2005

Michele Gangemi
Presidente ACP

Inizio questa sintesi del lavoro svolto nel secondo anno di Presidenza, ringraziando il Direttivo per il prezioso supporto dato. Ringrazio, inoltre, Gianni Piras, segretario instancabile e prezioso collaboratore.

Ricordo ancora che il percorso fatto quest'anno dall'Associazione può essere seguito dal lettore navigando sul sito ACP (www.acp.it), completamente rinnovato. Per facilitare la discussione, durante l'assemblea, manterrò lo schema del programma elettorale e della relazione presentata a Pescara.

1. Organizzazione

È stata ottimizzata la segreteria della presidenza che lavora a pieno ritmo. Per le comunicazioni con segreteria e presidenza sono stati attivati gli indirizzi di posta elettronica (segreteria-acp@tiscali.it; presidenzaacp@tiscali.it) che i soci oramai conoscono bene.

La completa ristrutturazione del sito web ha portato a un netto aumento di contatti e a un apprezzamento generale. Resta da attivare la parte dedicata ai genitori.

La relazione fra centro e periferia sembra oramai sufficientemente solida come è risultato, nel mese di febbraio, nel corso di un ulteriore incontro con i referenti dei gruppi locali.

Anche per questo il sito web rappresenta uno strumento utile riportando i nuovi documenti ACP.

Si è inoltre consolidata la segreteria ospedaliera che ha intrapreso due ricerche, di cui si dirà più avanti.

È stato attivato un gruppo di neonatologi che si è occupato di sostegno dell'allattamento al seno e della profilassi con vitamina K. L'Associazione ha poi attivato una task force multiprofessionale sull'allattamento al seno, in risposta all'impegno preso a Montecatini con l'Unicef.

Il contatto con l'ONSP (Osservatorio Nazionale degli Specializzandi) è stato consolidato e molti hanno richiesto e apprezzato *Quaderni acp*, inviato loro gratuitamente.

Per quanto riguarda la problematica apertura e i rapporti con il mondo infermieristico, il Direttivo ha chiesto alla segreteria ospedaliera di farsi carico dei contatti e di trovare opportune strategie. In quest'ottica Nicola D'Andrea, che aveva intuito l'importanza del rapporto e aveva bene organizzato il convegno infermieristico ACP di Varese, si farà carico di riattivare i contatti presi in precedenza e di esplorare le possibilità di organizzare un convegno infermieristico ACP sganciato dal Congresso Nazionale di Napoli.

Segnalo infine che il gruppo vaccinazioni ha svolto un notevole lavoro che potete apprezzare nell'apposito spazio del sito.

Vi ricordo che il nostro storico tesoriere ha preso una iniziativa che renderà più scorrevole il rinnovo della quota annuale, tramite c/c postale (si avranno i dettagli durante l'assemblea dei soci a Napoli).

Nell'ultima riunione, inoltre, molti input dei gruppi locali sono stati recepiti dal Direttivo e si spera che ciò migliori l'attività e i servizi messi a disposizione di tutti.

È stata riconfermata nell'incarico l'addetta stampa che ha svolto un ottimo lavoro, permettendo all'Associazione una visibilità sulla stampa sia per quanto riguarda il prezzo dei latti sia per la questione vaccinale.

Massimo Farneti, Antonella Brunelli e Francesco Ciotti stanno coordinando il gruppo che sta rivedendo il documento ACP sull'assistenza pediatrica.

I gruppi locali sono saliti a 39 con l'ultimo che è nato a Trieste. È stata portata avanti la regionalizzazione con l'individuazione di un referente per ogni regione. All'ultimo incontro con i gruppi locali sono stati individuati gli incarichi regionali su indicazione dei gruppi stessi (si veda sito web). È, ovviamente, possibile procedere a individuare un nuovo referente regionale, qualora i gruppi segnalino un orientamento diverso. L'incarico dei referenti regionali risulterà, nel tempo, cruciale se si tiene conto della devoluzione.

A ogni referente regionale verrà inviata la lista dei soci della regione di appartenenza, sia in gruppo che singoli. Saranno molto importanti la loro azione e i loro contatti con i governi regionali per far conoscere l'Associazione e le sue numerose attività. Ci sarà un incontro su tale tema prima del Congresso Nazionale di Napoli.

Segnalo ai soci che le modifiche dello statuto approvate dall'assemblea straordinaria di Pescara sono state registrate con apposito atto notarile.

2. Formazione

È stato definito su espresso mandato dell'Assemblea dell'ottobre 2004 il nuovo accordo col CSB, anche con l'integrazione dei suggerimenti forniti dai gruppi locali.

Questi i quattro punti concordati.

2.1. Il CSB continua a fungere da provider ECM per gli eventi proposti dall'ACP, sia a livello nazionale che locale, dopo l'approvazione da parte del Direttivo. Il gruppo della formazione ha individuato le priorità per cui sarà data preferenza agli eventi conformi a esse. Come richiesto dai gruppi, verrà fornita assistenza per la compilazione dell'apposita modulistica in caso di difficoltà (si veda il sito web).

2.2. Il CSB ha appena ultimato il secondo "Rapporto sulla salute del bambino in Italia" che verrà presentato in maggio alla stampa e sarà oggetto di pubblicazione a stampa.

2.3. Il CSB sosterrà operativamente la diffusione del progetto "Nati per Leggere" anche per la parte che riguarda l'ACP. È stato deciso, su richiesta dei gruppi, di individuare un kit minimo da inviare ai gruppi che vogliono intraprendere il progetto nella loro realtà. A questo proposito, come ribadito dall'Assemblea e sottolineato da *Quaderni acp* e da *Medico e Bambino*, Nati per Leggere è l'unico progetto a cui l'ACP nazionale e i suoi gruppi locali partecipano. È stato inoltre aperto il nuovo sito web di Nati per Leggere (www.natiperleggere.it) che sarà gestito in prima persona dal CSB.

2.4. La produzione della Newsletter, che raggiunge i soci ACP che lo richiedono ogni due mesi, ha riscosso buon successo: il numero dei soci che ne hanno fatto richiesta direttamente è di circa 300. Viene poi inviata a tutti i referenti dei gruppi locali che la inoltrano a loro volta ai soci. È stato raggiunto un accordo tra ACP e Pediatria on line per la pubblicazione parziale delle news letter che permetterà un'ulteriore visibilità dell'ACP e che servirà anche a promuovere nuove iscrizioni. Tre gruppi locali (Milano, Verona, Vicenza) stanno mettendo a punto un programma di formazione alla lettura critica che permetta sia di affiancare il gruppo triestino sia di concretizzare una ricaduta nei gruppi locali.

È stato inoltre richiesto di fornire il full text di articoli di interesse generale utilizzati per la formazione, previa autorizzazione del Presidente.

Questo nuovo sviluppo del servizio potrebbe essere molto utile per coloro che progettano nuove ricerche.

2.5. Segnalo i pacchetti di formazione già pronti e messi a disposizione dei gruppi locali dal gruppo della formazione coordinato da Laura Reali. Se ne può prendere visione sul sito web e richiedere a Maria Rosa Milinco (CSB) il supporto organizzativo per la messa in pratica. Anche questo fa parte dell'accordo col CSB.

Per quanto riguarda la formazione a distanza sono stati ripresi contatti con Salvo Fedele e visionato il progetto "WEBM" che sarà discusso in ambito ACP e presentato a Napoli.

Per concludere con la formazione, non resta che sottolineare l'importanza di *Quaderni acp* che è ora indicizzata in Embase ed è sempre più la rivista dell'associazione.

La collaborazione con *Medico e Bambino* e *Un pediatra per amico* (UPPA) si è fatta sempre più intensa e, come si può vedere nell'ultimo anno, sono stati ampliati gli spazi dell'ACP.

3. Ricerca

Come testimoniato dall'apposita area sul sito web, è stato ulteriormente perfezionato il ruolo della segreteria della ricerca.

Sollecitiamo i gruppi a prendere visione delle ricerche in corso sul sito web in modo da evitare doppioni e ottimizzare le forze e a consultare la segreteria per un parere sulle ricerche in fieri. Su *Quaderni acp* verranno presentate le ricerche in fieri secondo un format prestabilito.

In breve si ricordano alcune iniziative.

- Un gruppo, coordinato da Giuseppe La Gamba, sta preparando una bozza di discussione della ricerca nazionale ACP sulla cronicità che verrà presentata a Napoli.

- Il gruppo ACP dedicato all'allattamento al seno sta riflettendo su come partire con la ricerca epidemiologica.

- La segreteria ospedaliera sta portando avanti una ricerca sul trattamento del dolore del bambino in ospedale. È stata inoltre richiesta all'ACP una collaborazione per una ricerca epidemiologica sulla sindrome di Kawasaki.

Vorrei segnalare l'importanza del decreto sulla ricerca No Profit che apre nuove possibilità nell'ambito della ricerca nell'area delle cure primarie.

Sono infine in corso di definizione i criteri per l'assegnazione dei fondi ACP, fermo restando che i finanziamenti verranno ricercati nel pubblico.

4. Collaborazione con altri soggetti

Abbiamo già detto della necessità di aprire il sito web ACP ai genitori, prevedendo un'area a parte.

Per quanto riguarda i rapporti con SIP e FIMP, abbiamo agito in accordo al programma e al mandato dell'Assemblea e abbiamo chiesto un incontro di confronto su questi 4 temi:

4.1. Partecipazione della FIMP a Nati per Leggere.

4.2. Valutazione delle caratteristiche di un codice di autoregolamentazione.

4.3. Comunicazione e counselling.

4.4. Vaccinazioni.

Siamo in attesa di concretizzare un incontro che dovrebbe esserci a breve.

L'ACP è l'unica Associazione pediatrica che fa parte della segreteria scientifica del WONCA e abbiamo segnalato i temi di maggior interesse per il convegno mondiale del 2006.

Abbiamo già concordato un incontro con l'Associazione della Pediatria di Gruppo per trovare sinergie in merito all'organizzazione del lavoro.

Rispetto al prezzo dei latti artificiali, possiamo sottolineare con soddisfazione che l'ACP ha contribuito in maniera concreta all'abbassamento dei prezzi, ricordando che l'ACP è stata l'unica Associazione pediatrica che ha preso una posizione decisa in tal senso.

La collaborazione con l'Unicef, per il sostegno dell'allattamento al seno, rappresenta un preciso impegno per tutti noi.

5. Conclusioni e arrivederci a Napoli

Mi pare di poter sintetizzare il cammino fatto in questi due anni in due fasi.

5.1. Il primo anno è stato caratterizzato da una riorganizzazione interna e da un rinforzo del dialogo con i gruppi.

5.2. Il secondo anno si è caratterizzato in una politica ACP a 360 gradi che è andata al di là delle sole cure primarie e ha visto il nascere di importanti iniziative in ambito ospedaliero, neonatologico e di tutta la pediatria in genere.

Per il terzo anno ci proponiamo di lavorare di più con altri operatori dell'Infanzia, promuovendo il confronto tra i vari Saperi. Siamo consapevoli della difficoltà della sfida, ma l'ACP ha le caratteristiche per sostenerla.

Il fine ultimo è raggiungere genitori e famiglie in un'ottica di trasparenza e di empowerment.

Vi ringrazio per l'attenzione e per il contributo sempre maggiore dato all'Associazione e al suo futuro. Vi aspetto numerosi a Napoli e ringrazio fin d'ora gli amici napoletani.

Michele Gangemi

Per corrispondenza: migangem@tin.it

Congresso Nazionale ACP 2005

Elezione alle cariche direttive

Votazioni

Si può votare in Assemblea o per posta. Ogni iscritto da almeno un anno, e in regola con le quote, riceverà per posta la scheda che dovrà essere compilata e rispedita all'indirizzo segnalato nella lettera indicando il mittente. Chi vota in Assemblea potrà ricevere la scheda nella sede congressuale.

Candidati

In sostituzione dei quattro consiglieri che compiono il loro mandato, se ne devono eleggere altri quattro. Si riportano sotto le candidature giunte alla presidenza dell'ACP con brevi curricula preparati dai candidati. In sostituzione del revisore dei conti (attualmente Arturo Alberti) si deve eleggere o confermare il precedente revisore che è rieleggibile.

Candidati al Consiglio direttivo

Sandro Bianchi. Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1983, specializzato in Clinica Pediatrica nel 1987 presso l'Università di Perugia. Ha partecipato al Corso di Metodologia e Ricerca Clinica presso l'Istituto Mario Negri di Milano nel 1996-1997 e ha frequentato il Corso di Perfezionamento in Pediatria di Comunità (anno accademico 2000-2001) presso l'Università di Padova. Dal 1988 a oggi svolge servizio di pediatra di libera scelta presso l'Azienda USL del perugino (nel Distretto di Assisi fino al 2004 e poi nel Distretto di Perugia). Socio ACP da numerosi anni. Membro del Direttivo ACP Umbria per due mandati e Referente Regionale per l'Umbria. Animatore di Formazione per la Regione Umbria. Responsabile del Progetto Ipo-visione Precoce e Tardiva (Ambliopia) Regione Umbria. Aree di interesse: Promozione e Supporto Allattamento al Seno, EBM e, recentemente, Salute Bambini e Ambiente e Supporto alla Genitorialità (promozione Progetto "6 + 1" in Umbria).

Angelica Bonvino. Specializzata in Pediatria all'Università di Bari nell'ottobre del 1992. Attualmente lavora come pediatra di famiglia, in precedenza ha svolto incarichi come medico scolastico, fiscale e medico di Guardia Medica. Socio ACP dal 1994 della sezione Puglia-Basilicata, consigliere nel Direttivo ACP Puglia-Basilicata. Interessi: vaccinazioni, ambiente, bioetica, musica.

Pasquale Causa. Specializzato in Pediatria all'Università di Napoli; pediatra di famiglia dal 1984; socio dell'ACP Campania dal 1989. Interessi: analisi della organizzazione del lavoro in pediatria ambulatoriale territoriale e promozione di nuovi modelli operativi; analisi, sviluppo e diffusione delle conoscenze e competenze in pediatria; integrazione del lavoro con figure professionali non mediche; sviluppo delle competenze genitoriali per migliorare il capitale umano e sociale delle famiglie; promozione di fattori protettivi per ridurre le differenze sociali nello sviluppo delle competenze del bambino; modifica dei curricula formativi in pediatria; musica.

Giuseppe La Gamba. Specialista in Pediatria (presso l'Università di Firenze). Neonatologo a tempo pieno dal 1980 presso l'Unità di Terapia Intensiva dell'Azienda Ospedaliera di Catanzaro e pediatra presso l'ambulatorio-consultorio di Taverna (CZ) dal 1991. Interessi-impegni: epidemiologia perinatale, cronicità-disabilità.



Francesco Morandi. Specializzato in Pediatria, Ematologia e Neonatologia all'Università di Milano. Professione attuale: Dirigente Medico di 1° livello e responsabile della metodica diagnostica e terapeutica di Neonatologia presso la UO di Pediatria dell'Ospedale "Sacra Famiglia" di Erba (CO).

Professione passata: pediatra ospedaliero presso la Clinica Pediatrica III dell'Università di Milano dal 1981 al 1985; pediatra ospedaliero presso la UO di Oncologia Pediatrica dell'Istituto dei Tumori di Milano dal 1985 al 1989; pediatra-neonatalogo ospedaliero presso la UO di Pediatria e di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale di Lecco dal 1989 al 2000; pediatra di famiglia dal 2000 al 2002.

Socio dell'ACP nazionale da anni. Interessi: medicina perinatale (aspetti clinici e di prevenzione); malattie rare (sindrome da ipoventilazione centrale congenita); ventilazione meccanica domiciliare; rianimazione neonatale e pediatrica (istruttore); formazione; metodologia clinica; associazioni genitori e auto-mutuo-aiuto; Medical Humanities. ♦

Iniziativa ACP sulla formazione e sull'ambiente

Il gruppo ACP "Pediatri per un mondo migliore"

Nel marzo 2005 si è tenuta ad Arezzo una conferenza nazionale sulla salute dei bambini in ambiente urbano. La conferenza, promossa dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in collaborazione con il Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza e numerose associazioni, è stata l'occasione per presentare ufficialmente il gruppo "Pediatri per un mondo migliore", da poco costituito in seno all'ACP che si occupa delle tematiche ambientali.

Nella conferenza, ampio spazio è stato dedicato alla preparazione, da parte di una serie di gruppi di lavoro multidisciplinari, di alcune raccomandazioni indirizzate agli amministratori locali, con indicazioni sugli interventi per la prevenzione dei fattori di rischio in ambiente urbano, sull'inquinamento indoor e chimico, sul rinforzo delle buone pratiche e sull'implementazione delle linee-guida redatte per la regione europea durante la conferenza di Budapest (Fourth Ministerial Conference on Environment and Health), che si è svolta nel giugno 2004 alla luce di una affermazione che non può non interessare i pediatri dell'ACP: *"The note that in the European Region about one third of the total burden of disease from birth to 18 years can be attributed to unsafe and unhealthy environments in the home and the broader community"*. Nella conferenza di Arezzo particolare rilievo è stato dato alla necessità di una condivisione e diffusione di conoscenze circa le varie esperienze che si realizzano in ambito locale sull'argomento, e alla necessità della messa in rete di tutti i dati noti attorno alle patologie da inquinamento. L'attività del gruppo ACP "Pediatri per un mondo migliore" si inquadra in questo ambito. Il gruppo si è riunito la prima volta a gennaio a Bologna, a margine del Congresso Nazionale dell'ApeC sul tema "Ambiente e salute del bambino". Il gruppo si pone l'obiettivo di intervenire direttamente, per quanto possibile, per cercare di modificare la situazione. Il ruolo della comunità scientifica, e quello di quanti direttamente si occupano di salute dell'infanzia, possono essere importanti. Si è deciso di iniziare a sensibilizzare e formare sull'argomento tutti i pediatri interessati, in modo che siano in grado di trasmettere informazioni e strumenti per far diventare consapevoli e sostenibili molti piccoli atti quotidiani dei loro pazienti. Deve essere considerato diritto dei pediatri il chiedere agli amministratori cambiamenti sostanziali, tanto più se i pediatri stessi avranno iniziato a fare la loro parte per proteggere se stessi, i loro assistiti e l'ambiente che li circonda. Molti piccoli atti quotidiani possono infatti garantire una salute migliore per i decenni a venire. Si pensi a: alimentazione, mobilità, inquinamento dell'aria e dell'acqua. Fornire, a tutti coloro che si occupano della salute del bambino, strumenti pratici per modificare semplici abitudini nelle famiglie è sembrato, pertanto, un punto di partenza fondamentale. Il programma del gruppo prevede la preparazione di un pacchetto formativo che verrà messo a disposizione di tutti i gruppi ACP e di quanti altri (Aziende Sanitarie, Province, Regioni) ne facciano richiesta. Gli argomenti trattati nella formazione per i pediatri saranno:

1. concetti di base sulla maggior vulnerabilità del bambino rispetto all'adulto alle esposizioni ambientali;
2. inquinamento dell'aria;
3. agenti chimici non atmosferici e inquinamento di acqua e cibo;
4. danni da ultravioletti.

Verrà inoltre preparato materiale, per i pediatri e per i genitori, riguardante le modalità per proteggere il singolo bambino e le possibilità di lavoro con i genitori, le comunità e le amministrazioni locali per la creazione di un "mondo possibile". Il pacchetto sarà disponibile già per fine estate. Il gruppo attende la collaborazione di quanti siano interessati sia per la diffusione del materiale formativo sia per qualsiasi altra azione di rinforzo.

Giacomo Toffol

La formazione permanente nei gruppi locali ACP: stato dell'arte

Sedici gruppi ACP hanno inviato alla segreteria nazionale la sintesi delle attività svolte nel corso del 2004. Le risposte alla parte del formato da compilare, riguardante la formazione permanente, ne permettono una fotografia e alcune considerazioni.

La tipologia di gran lunga prevalente degli incontri di formazione proposti nell'ambito dei singoli gruppi locali è attualmente ancora quella dell'incontro con l'esperto, con lavori di gruppo e revisione tra pari.

Meno frequenti, ma sempre caratterizzati dal confronto e dall'interattività, sono gli incontri periodici nell'ambito di un percorso definito in precedenza. Da segnalare anche la partecipazione ad attività di formazione organizzate a livello di ASL o Regione (con la preparazione del progetto di formazione e la collaborazione al coordinamento scientifico-didattico). Prevala la formazione finalizzata all'acquisizione di competenze su tematiche per lo più di tipo clinico, rispetto ad argomenti inerenti all'organizzazione dei servizi o alla definizione di percorsi assistenziali. Quasi del tutto assente a livello locale è la formazione interdisciplinare. Gli eventi formativi accreditati dal Centro per la Salute del Bambino in base alla convenzione stipulata con l'Associazione Culturale Pediatri nel 2004 sono stati 18. La varietà delle attività formative progettate e promosse all'interno dei gruppi locali deve continuare a essere una garanzia per una associazione che ha tra le sue "mission" la cultura della formazione e dell'aggiornamento continuo di qualità.

Sollecitare motivazioni, analizzare i reali bisogni, stimolare capacità di lettura e interpretazione critica, produrre interventi formativi pertinenti e metodologicamente corretti sono obiettivi da continuare a perseguire e assicurare nei percorsi locali di aggiornamento e formazione. Vanno in questa direzione la definizione degli obiettivi formativi nazionali, che rappresentano i temi rilevanti cui riferirsi localmente, e l'individuazione di possibili modelli di lavoro anche interdisciplinare e di nuovi strumenti (si veda più avanti per l'uso nella Newsletter), di cui va ora implementata l'applicabilità a livello locale. La disponibilità

di pacchetti formativi predisposti e utilizzabili a livello locale e la predisposizione di una apposita pagina dedicata alla formazione sul sito www.acp.it sono ulteriori supporti a garanzia di un progetto formativo più ampio e condiviso da portare avanti all'interno dell'Associazione.

Francesca Siracusano, Federica Zanetto

La Newsletter ACP/CSB come strumento per la formazione dei gruppi locali

La Newsletter dell'ACP/CSB che raggiunge bimestralmente tutti i gruppi locali e i singoli soci che ne fanno richiesta può diventare uno strumento di aggiornamento di estrema utilità

Questo emerge anche dal questionario di valutazione di cui daremo a suo tempo i risultati. Una delle modalità previste in particolare nei gruppi locali è quella del *Journal Club* strutturato; in sostanza un percorso di lettura critica che mira a migliorare le capacità di selezione, reperimento e valutazione critica di articoli di interesse per il pediatra. Una seconda modalità è quella della collaborazione alla individuazione di articoli ritenuti importanti per la formazione del pediatra.

Riferiamo brevemente l'esperienza di alcuni gruppi locali (Verona, Milano, Torino, Roma, Vicenza) che si sono attivati e si sono messi in contatto con la redazione della Newsletter, presso il CSB, per concordare un percorso formativo propedeutico alla segnalazione di articoli da parte dei gruppi. A Verona (dove partecipano al gruppo di lavoro anche alcuni specializzandi in pediatria), Vicenza e Milano, in particolare, si sta iniziando a lavorare su revisioni sistematiche e metanalisi, con materiale di supporto fornito dalla redazione del bollettino. In particolare:

1. la metanalisi di Casey e Pichichero commentata sulla Newsletter numero 2 (che confronta l'efficacia del trattamento della tonsillofaringite streptococcica realizzato con cefalosporine o penicillina);
2. i criteri per valutare la validità di una revisione sistematica;
3. la griglia di valutazione. Un tutor locale guida il percorso di lettura e compilazione della griglia e garantisce il supporto teorico, con la possibilità di riferirsi alla redazione della Newsletter per suggerimenti di metodo.

Un analogo procedimento è previsto per altri "capitoli"; come la capacità di leggere un RCT, l'importanza del quesito clinico strutturato, la trasferibilità delle informazioni nella pratica clinica.

In una fase successiva, infine, è da prevedere un incontro congiunto dei due gruppi di lavoro con esercitazioni pratiche sulle principali strategie di consultazione delle banche dati bibliografiche e un confronto sul percorso intrapreso.

Il modello, al momento solo agli inizi, responsabilizza il singolo gruppo che si deve misurare con la programmazione e gestione del tempo, con la garanzia di costanza del percorso, con le proprie motivazioni. Nello stesso tempo può diventare una prova per un eventuale pacchetto di formazione a distanza da rendere disponibile ai soci ACP, in risposta all'espresso bisogno di acquisire strumenti efficaci per un lavoro di sorveglianza attivo della letteratura, personale o di gruppo.

Federica Zanetto ♦

Corsi di formazione disponibili come formazione ACP

Supporto alla genitorialità e promozione della lettura ad alta voce in famiglia

Programma

PRIMA GIORNATA

1^a sessione: ore 9-11

Interventi di supporto alle competenze genitoriali

- Le competenze genitoriali. Evidenze sugli interventi possibili di supporto ai genitori
Esperienze internazionali e nazionali
- Il ruolo del PdF: le abilità comunicative nella proposta della lettura ad alta voce in famiglia

2^a sessione: ore 11-13

Il progetto "Nati per Leggere"

- Come nasce Nati per Leggere
- Specificità del progetto Nati per Leggere
Il ruolo dei bibliotecari

3^a sessione: ore 14-16

La emergent literacy (le competenze relative alla letto-scrittura nello sviluppo del bambino) e i fattori che la influenzano. Le evidenze scientifiche

- Ambiente familiare
- Esposizione alla lettura dialogica in famiglia
- Esposizione negli asili nido e nella scuola materna

4^a sessione: ore 16-17

Le modalità di lettura (dialogica/tradizionale) e la tipologia dei libri per bambini

SECONDA GIORNATA

1^a sessione: ore 9-11

L'intervento nell'ambulatorio del pediatra

- La comunicazione con la famiglia
- Come promuovere la lettura durante i bilanci di salute con dettagli specifici per fasce di età
- Come usare il libro nel rapporto con il bambino e la famiglia
- Quali libri avere in ambulatorio per il progetto
- Come attrezzare la sala di attesa con o senza lettori volontari

2^a sessione: ore 11-12

L'intervento del singolo pediatra e l'intervento nell'ambito di un progetto locale

- Ruolo dei bibliotecari nel progetto Nati per Leggere
- Intervento negli ambulatori pubblici (consultori, ambulatori degli ospedali)
- Intervento nei reparti di degenza

3^a sessione: ore 12-13

La ricerca

- Il questionario nazionale Npl
- Altre misure degli effetti di un programma di promozione della lettura al bambino

Pool docenti (attivabili e intercambiabili per ogni edizione del corso a seconda della disponibilità dei singoli in quel momento): G. Tamburlini, M. Gangemi, G.C. Biasini, A. Sila, P. Causa, S. Manetti, L. Ronfani

Mariarosa Milinco

Centro per la Salute del Bambino (CSB)

Via dei Burlo, 1 - 34123 TRIESTE

Tel. 040 300551 - Fax 040 3224842

E-mail: mariarosa.milinco@csbonlus.org

Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri

Napoli, Castel dell'Ovo, Sala Italia, 20-21-22 ottobre 2005

Il pediatra nella comunità

Il Congresso Nazionale dell'ACP, il "16 bis", propone come tema di fondo l'utopia della **Comunità** intesa come sistema complesso, dove si producono salute e malattia, entro cui vivono i bambini, le famiglie e i pediatri.

La nostra "utopia" consiste nel considerare la comunità il centro della programmazione sociale e sanitaria, sede della lettura dei bisogni della popolazione, dove è possibile stabilire le vere priorità e quindi programmare, per tappe, gli interventi a misura del singolo bambino e delle singole famiglie.

Il pediatra vive e lavora in un sistema – la Comunità – in cui sono presenti e agiscono determinanti della salute (ambiente, relazioni sociali), dove si realizzano comportamenti, si concretizzano stili di vita, prendono corpo relazioni sociali.

Le condizioni di vita delle famiglie nella Comunità, infine, non sono stabili ma si modificano rapidamente per le dinamiche economiche.

Nelle Comunità locali (dimensione municipale, area urbana, distretto) si possono realizzare, meglio che altrove, politiche coerenti con i bisogni del territorio e costruire l'integrazione tra le politiche per l'infanzia e le famiglie.

I pediatri, tutti i pediatri, di comunità, di famiglia, universitari, ospedalieri, devono sentirsi coinvolti nel Governo della salute del proprio distretto e quindi partecipare attivamente, all'analisi territoriale, alla programmazione, al monitoraggio e alla valutazione dei progetti e degli interventi.

I Piani di zona rappresentano la sintesi programmatica a livello territoriale di tutto quanto sopra detto e i pediatri sono dentro, devono essere dentro questo grande processo riformatore, senza nascondersi dietro i paraventi dell'aziendalismo e/o del sindacalismo.

Su questi temi vorremmo confrontare esperienze e richiamare chi ha il compito di programmare interventi per la salute delle famiglie, a tener conto di tutto ciò.

Chiederemo che le Regioni, a cominciare dalla nostra, inizino a sperimentare un nuovo modo di programmare la Sanità, partendo dai bisogni delle popolazioni a livello di distretto, con l'obiettivo di favorire azioni e progetti tesi alla riduzione delle disuguaglianze.

Parleremo anche di medicina basata sulle prove, di scenari di comunità, di vaccinazioni, di programmazione sanitaria, ma avendo sempre come sfondo la "Comunità".

Infine, parleremo di medici e informazione scientifica, di conflitto di interessi, di come e se l'industria farmaceutica influenza le nostre scelte terapeutiche.

Abbiamo scelto di non avere nessuna sponsorizzazione da parte dell'industria farmaceutica.

Nostri unici sponsor sono le Istituzioni (Regione, Comune, Provincia e la Camera di Commercio) e voi con le quote di iscrizione, che abbiamo cercato di contenere il più possibile.

Il programma è stato stilato seguendo l'indice di *Quaderni acp*, con il contributo di molti gruppi e del Direttivo nazionale, ma saranno la vostra partecipazione, le vostre idee, il vostro saper fare a riempire di contenuti il congresso.

Vi aspettiamo al Castel dell'Ovo sul lungomare di Napoli, dove dieci anni fa con molti di voi iniziammo i primi ragionamenti sul bambino a rischio sociale. Di strada ne è stata fatta tanta in questi anni, ma c'è ancora molto da lavorare.

Speriamo che veniate in tanti, ma non più di 300. Il Castello non ne contiene di più.

Giuseppe Cirillo, Paolo Siani

Cosa c'è di nuovo in questo congresso

Molte cose direi e soprattutto mi piace sottolineare che rappresenta lo specchio del percorso dell'Associazione sempre più vicina ai 40 gruppi locali, grazie anche a *Quaderni acp*.

Ognuno di voi potrà ricercare questo filo conduttore nel programma e non sarà difficile ritrovarlo.

Un grazie sincero agli amici napoletani che si sono fatti carico di un impegno gravoso senza aiuti dalle case farmaceutiche con la consueta simpatia e grande creatività!

Michele Gangemi

Post scriptum

Ve lo giuriamo, noi, questo congresso, non lo volevamo fare.

E non pensiate che ci manchi la voglia di lavorare. Come? No, no, è solo un modo di dire! Figuriamoci se i soci ACP si vanno a confondere con i soliti luoghi comuni sui napoletani. Napoli è oggi una città moderna, dinamica, europea. Il folklore lo lasciamo ai turisti. No, no si tratta di ben altro. Perché voi non vi siete resi conto della cattiveria del Direttivo nazionale; perché a chi vanno ad affidare il congresso numero diciassette (tiè, tiè, aglio, fravaglio, condono e conguaglio!)? A chi, se non a noi che tremiamo anche soltanto a scriverlo il numero diciassette (tiè, tiè, aglio, fravaglio, condono e conguaglio!)? Si fa presto a dire: ma è solo superstizione! Che vi credete che noi, acipini della prima ora, stiamo a sentire le chiacchiere della gente? Noi ci affidiamo alla medicina basata sull'evidenza e, provateci anche voi, è assolutamente vero che non esistono prove, tipo metanalisi, revisioni sistematiche, erreciti o altro, che dimostrino che ci sia qualcosa di vero, ma neanche che sia tutto falso. Semplicemente, nessuno, nessuno ha mai provato a studiare seriamente il problema. Ora, in situazioni simili, non resta che affidarsi alle serie di casi, e voi non potete immaginare, qui a Napoli, le serie di casi disgraziati che quel maledetto numero ha provocato e continua a provocare. L'evidenza vi sommergerà! Ora, ammesso e non concesso che noi, noi locali dico, conoscendo fin da piccoli sia il problema che le possibili strategie preventive, ci si possa difendere con successo; ma con che cuore veniamo a invitare voi, degli amici ignari di tutto.

Ma ormai è fatta, e in ogni caso noi vi abbiamo avvisato: se volete venire, è a vostro rischio e pericolo. Ci attiveremo comunque per farvi trovare idonei e aggiornati presidi di prevenzione personale (ferri di cavallo, corni, zampe di coniglio, e simili), anche se, per onestà intellettuale va detto, evidenze di efficacia non ce ne sono.

Lucio Piermarini

Giovedì 20 ottobre

- 14.00 Registrazione dei partecipanti
 15.00 Saluto delle Autorità
 (Moderatori: G. Tamburlini, A. Ponticelli)
 15.30 Apertura del convegno
 (M. Gangemi, M. Grimaldi, L. de Seta)
 16.00 L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PER LO SVILUPPO LOCALE (M. Petrella)
 16.15 LETTURA
 Chi sostiene l'infanzia nel mondo? (A. Zanotelli)
 17.00 AGGIORNAMENTO AVANZATO
 Le frontiere della ricerca genetica (A. Ballabio)
 17.30 Discussione
 18.00 NATI PER LEGGERE
 Un intervento di comunità che riguarda tutti: a che punto siamo? (S. Manetti, L. Mottola)
 18.30 Discussione
 19.00 FILM
 "Ribelli per caso" di V. Terracciano, Commento di I. Spada
 19.30 Aperitivo con vini partenopei
 20.30 Cinema Ambasciatori: il Film "Ribelli per caso"

Venerdì 21 ottobre

- (Moderatori: F. Panizon, G. Andria)
 9.00 LA COPERTINA DI QUADERNI ACP (L. Mauri)
 9.15 EDITORIALE
 La comunità e la salute del bambino (G.C. Biasini)
 9.30 AGGIORNAMENTO AVANZATO
 Nuova classificazione dei disturbi funzionali dell'intestino: come cambia il lavoro del pediatra (S. Auricchio)
 10.00 Discussione
 10.30 SCENARIO DI COMUNITÀ
 La valutazione degli interventi per il controllo del sovrappeso (S. Conti Nibali)
 11.00 Discussione
 11.30 Coffee break
 12.00 RICERCA
 Il grado di sensibilità dei pediatri ospedalieri e delle infermiere sulla prevenzione e la terapia del dolore: indagine conoscitiva Gruppo ospedaliero ACP (L. de Seta, G. De Rinaldi)
 12.30 PROPOSTA DI RICERCA
 Un'assistenza integrata per la cronicità in pediatria (G. La Gamba)
 13.00 Discussione
 13.30 Colazione

Tavola rotonda: Quale informazione scientifica per il miglioramento della salute di tutti?

- (Moderatori: A. Pisacane, M. Orfeo)
 14.30 LIBERTÀ E INDIPENDENZA
 Variabili primarie o secondarie della professione medica? (M. Bobbio)
 15.00 L'INFORMAZIONE SCIENTIFICA È CONDIZIONATA DA INTERFERENZE ECONOMICHE? (L. De Fiore)
 15.15 COMUNICAZIONE E MARKETING
 Quale relazione fra aziende farmaceutiche e medici? (D. Zacchetti)
 15.30 LA VISITA DELL'INFORMATORE SCIENTIFICO (F. Dessi, M. Narducci)
 15.45 INTERVENTO PREORDINATO DEL GRUPPO
 "NO GRAZIE PAGO IO"
 Discussione
 CONCLUSIONI (M. Bonati)
 16.30 **ASSEMBLEA NAZIONALE DEI SOCI ACP**
 Elezione di 4 consiglieri e di un revisore

- 19.00 Chiusura
 21.00 Cena sociale
 22.30 UN PO' PER GIOCO (G.C. Biasini, A. Brunelli, F. Dessi, L. Piermarini)

Sabato 22 ottobre

- (Moderatori: P. Siani, M.F. Incostante)
 9.00 LA NEWSLETTER
 Uno strumento di formazione. I lavori che cambiano la pratica clinica (F. Zanetto, D. Dragovich)
 9.30 Discussione
 10.00 IL PROGETTO WEBM
 Esempi clinici di formazione sul campo (S. Fedele)
 10.30 Discussione
 11.00 Coffee break
 11.30 ORGANIZZAZIONE SANITARIA
 L'integrazione delle politiche per la salute dei bambini e delle famiglie (G. Cirillo, C. Di Maio)
 12.00 Discussione
 12.30 SAPER FARE
 Percorsi di cure e "care" del bambino alla luce della classificazione ICF dell'OMS (M. Leonardi)
 13.00 Discussione
 13.30 Colazione
 (Moderatori: N. D'Andrea, M.F. Siracusano)
 14.30 VACCINI ACP
 Strumenti per conoscere, strumenti per decidere, tutto a tutti? (L. Grandori)
 15.00 Discussione
 15.30 ESPERIENZE
 La prevenzione della malattia emorragica del neonato da deficit della vitamina K (P. Causa)
 16.00 Discussione
 16.30 SESSIONE POSTER
 Casi clinici, ricerche, programmi di comunità (coordina N. Gasparini)
 17.30 Elaborazione e consegna dei quiz di verifica ECM
 18.00 COSA ABBIAMO IMPARATO E COMMENTO FINALE (M. Bonati, L. Piermarini)
 18.30 ARRIVEDERCI AD ASOLO (G. Toffol)
 19.00 Chiusura dei lavori con pasticceria napoletana e vini veneti

Comitato organizzatore e segreteria scientifica

P. Siani, G. Cirillo, M. Grimaldi, S. Manetti, P. Causa, N. Gasparini, C. Di Maio, L. de Seta (paolo.siani@ospedalecardarelli.it; acpcampania@fin.it)

Consiglio direttivo ACP Campania

M. Grimaldi, I. Andreozzi, L. Barruffo, C. Casullo, N. Cicchella, G. Mazzarella, T. Montini, E. Trifuoggi, L. Mottola, A. Di Costanzo, C. Franzese, C. Mandato, G. Rivezzi

Consiglio direttivo ACP Nazionale

M. Gangemi, S. Manetti, P. Mastroiacovo, A.M. Moschetti, G. Toffol, P. Fiammengo, L. Grandori, L. Reali, F. Zanetto, F. Dessi

Segreteria organizzativa

DEFLA organizzazione eventi
 80121 Napoli, Via dei Mille 16
 tel. e fax 081 402093 – www.defla.it – info@defla.it

Quote di iscrizione. Saranno accettate le prime 300 iscrizioni
 entro il 30 giugno 2005 dopo il 30 giugno 2005
 € 300,00 soci ACP € 330,00 soci ACP
 € 350,00 non soci € 380,00 non soci
 € 100,00 specializzandi € 130,00 specializzandi

Il programma è sul web al sito: www.acp.it e www.defla.it. Sul web inoltre è presente il format per la presentazione dei poster. Gli organizzatori del convegno non hanno chiesto sponsorizzazioni da case farmaceutiche. Per gli specializzandi è prevista una quota di iscrizione ridotta previa presentazione del certificato di iscrizione alla scuola di specializzazione.

Latte artificiale e punti nascita

Vorrei intervenire sul problema del prezzo del latte artificiale e dell'antica usanza degli ospedali italiani di ricevere forniture completamente gratuite direttamente dalle ditte.

Credo non sia, oramai, utile discutere per quali motivi il latte artificiale da anni ha il primato di essere l'unico prodotto regalato al SSN; forse è più importante segnalare che la fornitura gratuita di latte al punto nascita dal 1994 (DM n. 500, ribadito dalla circolare Veronesi n. 16 del 2000) deve avvenire a seguito di formale richiesta scritta alla ditta, da parte del responsabile del punto nascita o della direzione sanitaria dell'ospedale. Mi sembra, quindi, che per rimuovere questo unico meccanismo occorra soltanto un po' di buona volontà (e forse un pizzico di onestà).

Nel punto nascita di cui sono responsabile (Montecchio Emilia, 900 nati/anno) dal 2004 il latte artificiale viene acquistato dall'economato (il nostro fabbisogno è di circa 10 litri al mese; dovendo utilizzare latte liquido la spesa mensile è di circa 50 euro, poco superiore a qualche confezione di antibiotico). Per non mettere in imbarazzo gli informatori ho scelto di non fare alcuna gara (operazione che avrebbe privilegiato una sola ditta e creato problemi di mercato sul territorio) e ho preferito utilizzare una rotazione mensile con i prodotti che i genitori possono facilmente reperire nella nostra zona (seguendo il vecchio e banale criterio dell'ordine alfabetico). Ho constatato che gli informatori sono contenti di questa modalità, perché permette loro di tornare a fare davvero gli informatori smettendo i panni dei distributori e dei grossisti.

Questo sistema richiede di avere con le ditte rapporti nuovi, slegati cioè da qualunque tipo di sponsorizzazioni e donazioni. Perché questo sia possibile, la formazione e la partecipazione ai congressi devono essere a carico dell'Azienda (come succede qui nella ASL di Reggio Emilia). I materiali e gli strumenti necessari al punto nascita e non acquistabili dall'ospedale in passato sono stati spesso donati dalle ditte di latte che utilizzavano i fondi per la promozione. I costi grava-

no alla fine sulle tasche di chi acquista il latte. Non varrebbe quindi chiedere un contributo direttamente ai genitori, ad esempio attraverso le numerose associazioni di volontariato?

Rimane senz'altro aperto il problema di dover acquistare prodotti che, pur essendo analoghi (e la rotazione, da sempre dimostra questo principio), presentano prezzi molto differenti (vedi latte Coop o Federfarma); ci aspettiamo però che il piccolo terremoto in atto conduca verso l'effetto virtuoso del calo dei prezzi, in sostituzione della cordata al rialzo attuata anni fa e punita nel 2000 dall'Authority con una sanzione miliardaria. Mi interessa molto una vostra opinione e anche quella di altri colleghi responsabili di un punto nascita.

Alessandro Volta

Il DM 500 del 1994 non ha rappresentato un freno a quello che il dott. Volta definisce il "perverso meccanismo" dell'offerta di campioni gratuiti di latte artificiale ai punti nascita.

Il Decreto Sirchia-Marzano del 5 aprile 2005 certamente rappresenta per certe parti un passo in avanti, anche se per alcuni versi ancora non si adegua al Codice OMS.

Alcune proposte di legge, come quella Cento, sono ferme in Commissioni Parlamentari.

In realtà il problema può essere affrontato a livello regionale (la Toscana lo ha già fatto) o di punto nascita (come dimostra il dott. Volta e come provano gli 8 ospedali italiani amici dei bambini) senza leggi o decreti ministeriali, costrizioni alle quali c'è sempre la possibilità di sfuggire e soprattutto ampliando l'offerta al seno. In realtà, manca la voglia di trovare altre soluzioni possibili come quelle trovate da Volta o da Pedrotti che scrive: "Nell'ospedale dove lavoro come consulente (primo livello, 850 nati all'anno, 70 nati al mese) da sei mesi non facciamo più turni. Stiamo misurando quanto latte in polvere si consuma. Finora (ma forse si può migliorare...) siamo a circa 150 g al mese: un barattolo di Bebilac 1 di 450 g è durato 3 mesi con un consumo di 1 litro di latte al mese pari a 3 euro al mese... Se si usasse Neolatte o Crescendo, si potrebbe scendere a meno di 3 euro ogni 100 neonati...".

I lattini sono tutti uguali?

Pedrotti scrive alle società pediatriche
Dino Pedrotti ha inviato ai presidenti della Società Italiana di Neonatologia, della Società Italiana di Pediatria della FIMP e della ACP, la lettera che in gran parte pubblichiamo, ovviamente concordando con lui.

Sul problema dei prezzi dei lattini leggo due chiare prese di posizione ufficiali del Presidente della SIP (*Pediatria notizie* 12.04) e del Comitato Direttivo della SIN (20.01.05).

In entrambe si sottolinea che "qualcuno" ha messo in piazza il problema del costo dei lattini. Mi sento coinvolto e su almeno cinque punti vorrei fare chiarezza.

1. Si dice che sono state fatte passare le eccezioni per consuetudine.

Tutti sanno che è inveterata "consuetudine" che centinaia di pediatri italiani vadano ogni anno ai tropici o sulle navi o sulle nevi sponsorizzati dalle ditte "per aggiornarsi". È da almeno vent'anni che in congressi internazionali si vedono centinaia di pediatri italiani interessati al certificato di frequenza. Non mi pare che siano "eccezioni": se abbiamo dubbi, rivolgiamoci al dott. Valsasina della Humana e alle sue dichiarazioni. Ci voleva un ministro per ridurre i convegni pediatrici italiani da 600 ("numero effettivamente eccessivo", scrive Saggese) a 250? Non potevano farlo le nostre Società?

2. Si dice che i pediatri "non sono responsabili dell'elevato prezzo dei lattini, se non in minima parte".

Quanta parte? La SIN rifiuta ogni responsabilità (nemmeno parziale). Renato Valsasina dell'Humana ha scritto (*la Repubblica* 14.07.04) che il 25% del fatturato è speso per la pubblicità per sponsorizzare almeno 500 congressi all'anno, per fornire attrezzature, per regalare lattini al 90% degli ospedali (0% in Germania). Il Direttore della Miltina aveva esposto, tra le principali cause degli altissimi prezzi, "gli interventi sui pediatri perché perfezionino gratis il loro aggiornamento obbligatorio".

Possiamo quantificare in 4-5 euro/kg sul prezzo dei lattini l'impegno per i pediatri? È un po' tanto per un latte che costa alle famiglie tedesche 10 euro/kg (e da noi

costava in media 37; fino a 45 il Mellin!). Si può però fare un'analisi chiara. Facciamola e poi ragioniamo sui "numeri".

3. Si dice che pediatri e neonatologi "non sono assolutamente conniventi" con le Aziende.

Perché solo in Italia le Aziende sono proliferate fino ad essere una ventina? Come fanno le Aziende a introdurre un nuovo latte? C'è solo una strada: ingraziarsi le Società scientifiche, i primari pediatri; e ora anche i pediatri di base. Come si pratici la turnistica dei latti è arcinoto. Orzalesi l'ha scritto in modo chiaro e ha parlato di "connivenza".

4. Si dice che "noi siamo dei tecnici, certamente non sottovalutiamo risorse e costi, ma quest'ultimo è compito strettamente politico" che spetta a chi gestisce la sanità.

Eppure Burgio parla di "pediatri-avvocati dei bambini e delle loro famiglie". Eppure molti pediatri sono interessati al sociale e ai rapporti umani. Eppure fioriscono ricerche pediatriche su costi e benefici (il *palvizumab* costa troppo!). Eppure il Ministro insiste perché i medici prescrivano farmaci a minor costo. E anche Rondini aveva scritto testualmente ai giornali (24.03.04) che il problema sarà discusso "valutando senza ipocrisie da ogni parte tutte le cause che hanno portato allo sbilanciamento dei prezzi, ... a vantaggio innanzitutto dei bambini e delle loro famiglie". E Maggese riconosce che "era prevedibile e inevitabile che la situazione non potesse essere accettata; la realtà era incontrovertibile, era naturale e ragionevole che la stampa chiamasse i pediatri a rispondere della questione".

I genitori nel 2003 mi hanno documentato fatti e mi hanno chiesto risposte, soprattutto in qualità di presidente di un'Associazione di genitori. Ho preso coscienza che noi pediatri prescriviamo latti che costano alle famiglie italiane fino a 1300-1700 euro in un anno, mentre in Germania ne costano poco più di 300. Ho approfondito il problema e ho subito informato le Società scientifiche (lettera del 15.12.03), aspettandomi immediate prese di posizione. Alle suc-

cessive circostanziate lettere inviate in marzo e aprile si è risposto solo col silenzio oppure con commenti offensivi detti sottovoce. Solo l'ACP mi ha risposto.

E INFINE LA PARTE PIÙ ATTUALE DELLA LETTERA DI PEDROTTI (n.d.r.)

5. Si dice che i latti per neonati normali non sono tutti uguali.

Si dice che "solo per chi non è esperto i latti sono uguali. Diffondere il concetto che tutti i latti sono uguali è superficiale, ignorante e pericoloso, oltre che non corrispondente alla realtà".

Nessuno dice che i latti sono tutti uguali. Ma qui stiamo parlando di ben definiti latti UNO, validi per il 90% dei neonati, tutti registrati presso il Ministero. Tutti i neonati "normali" austriaci, svizzeri, tedeschi, americani, svedesi crescono bene con latti adeguati che costano 3-4 volte meno.

E se oggi ho disponibile il latte di una ditta tedesca (la Toepfer non è un "caseificio") che lavora sui latti da 50 anni e da 100 su alimenti per bambini (con Finkelstein, Gyorgy...) e vende in Italia (tramite UNIFARM di Trento) un latte biologico con probiotici (*Neolatte*) a prezzi tre volte inferiori rispetto ai latti disponibili, posso suggerirlo? O no? Penso che sia risibile diffondere l'idea che i neonati italiani hanno latti 3-4 volte più costosi perché 3-4 volte superiori come qualità. Perché non si fa una seria ricerca nutrizionale su 1000 neonati italiani e su 1000 neonati tedeschi per documentare le differenze? Se ci sono, sono pronto a ricredermi.

Di fronte al problema che in Italia si consuma troppo latte vaccino e poco latte in polvere, cosa devo fare come pediatra? Forzare la mamma ad acquistare latti DUE (a 3-4 euro al litro) o cercare di far diminuire il prezzo, a livello del latte di mucca? Il *Neolatte 2* dell'UNIFARM costa ora in farmacia 1,4 euro al litro, come in Europa, come il latte di centrale modificato dalla mamma. Ora non ci sono più scusanti per l'uso del latte DUE e come pediatra mi pare di aver lavorato proprio "a vantaggio innanzitutto dei bambini e delle loro famiglie", come scriveva Rondini. Questa è la mia Utopia! E grazie agli Amici che hanno manifestato solidarietà.

Dino Pedrotti

Benetton, McDonald's e Kellogg's gli alfieri della salute

Pubblichiamo questa lettera, eccezionalmente senza alcun nostro commento, proprio per aderire alla volontà degli scriventi di promuovere un dibattito su questo tema sempre più attuale.

Vogliamo condividere con la vostra rivista, di cui apprezziamo lo stile e il contenuto, nonché le scelte etiche, la nostra preoccupazione per il crescente "interessamento" delle industrie non farmaceutiche al "mondo-mercato" della salute dei bambini. Ci riferiamo alla ben nota questione degli occhiali da sole per bambini firmati Benetton e la cui diffusione è supportata dalla FIMP, e a fatti più recenti che coinvolgono due importanti multinazionali: la Kellogg's e la McDonald's. Tutte e due si sono lanciate nel business della prevenzione dell'obesità in età pediatrica.

1. La Kellogg's si è offerta di finanziare un progetto dal titolo "Educazione a colazione per combattere l'obesità" (1). Il progetto coinvolgerà (dice la Kellogg's) 7000 pediatri italiani, che diverrebbero destinatari di materiale informativo (prodotto dalla Kellogg's) e di visite di esperti (pagati dalla Kellogg's). I pediatri dovrebbero diventare tramite per far arrivare alle famiglie i messaggi informativi prodotti dalla compagnia.
2. La McDonald's ha fatto recentemente pubblicare in una rivista di aggiornamento destinata ai pediatri due pagine intitolate "Fast food e alimentazione equilibrata" (2). Le pagine non sono firmate e il lettore non sa chi gli sta fornendo le informazioni. Le due pagine hanno la stessa veste grafica degli articoli scientifici (di ricerca o aggiornamento) e non hanno un titolo che aiuti a capire di cosa si tratti (prevenzione, diagnosi, rubrica, le aziende informano?). Bisogna leggerle per arrivare a capire che si tratta di pubblicità della multinazionale.

I pediatri e gli operatori sanitari hanno diritto ad accedere alle migliori informazioni disponibili, basate sulle evidenze,

per poter offrire i migliori interventi preventivi e terapeutici ai loro assistiti. È superfluo dire che le fonti migliori per questo tipo di informazioni sono le ricerche scientifiche ben condotte e non le pagine informative prodotte dalle aziende (caso McDonald's) o le visite informative e i materiali scientifici creati e distribuiti dalla Kellogg's.

Le multinazionali più propriamente, e peraltro legittimamente, producono pubblicità con lo scopo di aumentare i loro profitti. Per quanto riguarda McDonald's, e in aggiunta a quanto qualsiasi cittadino può apprendere andando al cinema ("Super Size Me" di e con Morgan Spurlock), una ricerca "quick and dirty" su PubMed condotta inserendo i termini [fast food] e [obesity] identifica 267 articoli, molti dei quali si riferiscono ad aspetti legali (negli USA sembra che siano sempre più frequenti gli obesi malati che citano le catene di fast food per danni alla loro salute).

Per rimanere però nel campo medico, citiamo solo un recentissimo articolo apparso su *Lancet*. Si tratta di uno studio di coorte di 15 aa, che, pur con alcune limitazioni tipiche degli studi osservazionali, conclude che le persone che mangiano nei fast food con frequenza superiore a due volte alla settimana ingrassano (circa 4-5 kg in più) e sviluppano diabete mellito di tipo 2 più frequentemente rispetto ai loro simili che frequentano il fast food meno di una volta alla settimana (3). Gli Autori dell'articolo non dichiarano conflitti di interessi rispetto al tema trattato. Un commento apparso sullo stesso numero di *Lancet* pone in luce le poche limitazioni dello studio e le molte spiegazioni biologiche che confermano le conclusioni dello studio (4).

Si potrebbe obiettare che le pagine pubblicitarie di McDonald's annunciano che, proprio per limitare i danni che derivano dal frequentare i fast food, hanno introdotto dei nuovi menù a più basso contenuto calorico. Ma questa è per ora solo un'informazione pubblicitaria. Se fra 15 anni i ricercatori (non McDonald's) dimostreranno che questo cambio ha prodotto effetti benefici sui frequentatori di fast food, l'articolo che descriverà questa esperienza potrà essere accolto

sulle pagine delle riviste scientifiche; per ora si tratta solo di pubblicità, che può essere lecito accettare, ma che va chiaramente e inequivocabilmente identificata come tale. Per quanto riguarda la Kellogg's e la sua strategia per combattere l'obesità, cioè una buona colazione, è chiaro che questo è limitativo, fuorviante e guidato solo da interessi di mercato. L'obesità è il risultato di uno stile di vita non equilibrato che coinvolge molti diversi aspetti: l'attitudine al movimento fisico, la possibilità che gli spazi offerti dalle nostre città consentano a questa attitudine di diventare pratica giornaliera, una dieta bilanciata in toto (e non limitatamente alla prima colazione), uno stato di autostima e soddisfazione di sé: insomma un problema complesso che richiede soluzioni complesse. Quanto sopra ci sembra scontato, nessun pediatra dovrebbe obiettare. Quello che più ci preoccupa e che proponiamo alla discussione è il coinvolgimento dei professionisti e delle riviste scientifiche con questo tipo di business. Già conosciamo i pericoli del lasciare la quasi totalità della ricerca farmaceutica nelle mani delle multinazionali: si vedano i casi recenti degli anti-Cox₂ (5) e degli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (6). Ora altre multinazionali si infiltrano nel settore della salute pubblica, investendo fior di denaro. Ricordiamo che anche Danone e Nestlé stanno trasformando la loro immagine: da produttrici di alimenti a promotrici di fitness e salute. Lasciamo che questo succeda? O, peggio, saremo gli alleati di questa trasformazione? Non siamo stati vaccinati dai clamorosi casi di collaborazione fra istituti di ricerca e multinazionali del fumo, che hanno ritardato di decine d'anni (e di milioni di morti) l'applicazione di misure preventive? Attraverso le pagine della rivista vorremmo invitare i pediatri italiani a non aderire al progetto finanziato dalla Kellogg's, o ad altri simili progetti, e vorremmo invitare le riviste scientifiche a essere più attente alle informazioni che pubblicano, per evitare confusione e disinformazione fra i lettori. Vorremmo infine chiedere se non sia possibile avviare un dialogo con altre associazioni professionali e con il Ministero della Salute su questo tema, prima che sia

troppo tardi e ci si trovi di fronte, come per la ricerca sui farmaci, al fatto compiuto.

Simona Di Mario pediatra, *Adriano Cattaneo* epidemiologo, *Sabrina Severi* biologa nutrizionista, *Ornella Lincetto* pediatra, *Silvia Zanini* pediatra, *Sandra Spazzoli* pediatra, *Sabrina Buonuono* pediatra, *Rita Ricci* pediatra, *Carlo Gagliotti* epidemiologo, *Claudio Chiossi* pediatra, *Alessandro Volta* pediatra, *Michele Valente* pediatra (per ACP Lazio), *Marzia Lazzarini* pediatra, *Mara Asciano* pediatra, *Luisella Grandori* pediatra, *Luciana Nicoli* pediatra, *Luca Ronfani* pediatra, *Maria Teresa Calipa* pediatra, *Laura Todesco* pediatra, *Paola Lenzi* assistente sanitaria, *Laura Reali* pediatra, *Isa Ruffilli* pediatra, *Giacomo Toffol* pediatra, *Federico Marolla* pediatra, *Massimo Farneti* pediatra, *Anna Macaluso* pediatra, *Claudio Mangialavori* pediatra, *Ciro Capuano* pediatra, *Arianna Langer* pediatra, *Cristina Milocco* pediatra, *Paolo Vercillo* pediatra, *Aurelio Nova* pediatra, *Chiara Cuoghi* pediatra, *Elsa Barth* pediatra.

Bibliografia

- (1) Kellogg's. Il progetto Educazione a colazione per combattere l'obesità. *Occhio Clinico Pediatria*, 2005;3:95.
- (2) Autore non noto. Fast food e alimentazione equilibrata. *Occhio Clinico Pediatria* 2005;3:86-7.
- (3) Pereira M.A, et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet* 2005;365:36-42.
- (4) Astrup A. Super-sized and diabetic by frequent fast-food consumption? *Lancet* 2005;365:4-5.
- (5) Juni P, et al. Risk of cardiovascular events and rofecoxib: cumulative meta-analysis. *Lancet* 2004;364:2021-9.
- (6) Whittington C.J, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet* 2004;363:1341-5.

Profilassi del neonato con vitamina K

Ho letto con molto interesse gli articoli recentemente comparsi su *Quaderni acp* (2005;12(1):26-28 e 2005;12(1):29-30) in tema di prevenzione dell'emorragia tardiva nel neonato da deficit di vitamina K (VDKB). Si tratta di un problema di grande interesse in campo nazionale, al quale il Gruppo di Studio di Ematologia Neonatale (GIEN) della SIN ha rivolto speciale attenzione facendosi promotore di vari dibattiti e di accese discussioni

scientifiche nonché di una Consensus Conference che ha consentito la stesura di comuni "raccomandazioni", pubblicate su *Acta Neonatologica & Pediatrica* (2004;4:373-7). Queste "Raccomandazioni" hanno dato luogo a varie domande da parte di colleghi pediatri, la cui spiegazione può trovar luogo nell'animata discussione scientifica che ha caratterizzato la Consensus Conference.

... Come segretario del gruppo di studio sono particolarmente grato a tutti i colleghi che, dopo la pubblicazione delle "raccomandazioni", hanno preso la parola in varie sedi o hanno scritto su riviste del settore, esprimendo il loro parere e i loro dubbi al riguardo. Finalmente il problema della VDKB ha preso coscienza tra tutti noi pediatri, con il giusto spirito costruttivo. Certamente, anche se sono passati solo pochi mesi dall'uscita delle "raccomandazioni", sembrano ormai remoti i tempi in cui ricevevo quotidianamente telefonate da vari colleghi o da centri ospedalieri che chiedevano quale fosse il comportamento adottato nel mio reparto. Indubbiamente le "raccomandazioni" non sono un diktat ma rappresentano una valida risposta al problema.

L'indagine conoscitiva, effettuata presso tutti i centri di neonatologia italiani, dalla dott.ssa Santilli e dalla sua collaboratrice dott.ssa Casani da parte del GIEN della SIN, chiaramente evidenziava l'estrema variabilità di comportamento tra i vari centri e la necessità di una condotta comune. Pertanto il GIEN, dopo varie riunioni in cui il problema era stato discusso e la bibliografia in merito ampiamente considerata, decideva di effettuare in data 2 aprile 2004 una Consensus Conference con un pannello di esperti, ad accesso libero, avente come tema la profilassi tardiva delle manifestazioni emorragiche da carenza di vitamina K. La Consensus Conference ha visto la partecipazione dei maggiori esperti italiani e di molti colleghi interessati al problema. Sono stati discussi gli aspetti più importanti del problema e la letteratura internazionale è stata accuratamente vagliata. Particolare attenzione è stata rivolta a: emivita della vitamina K, RDI (*recommended dietary allowances*); vie di somministrazione, durata della profilassi.

I lavori si sono svolti in un ambiente molto costruttivo, anche se non sono mancate accese discussioni sui punti caldi che corrispondono alle critiche attualmente sollevate da varie parti. Infatti c'è stato un vivace e prolungato dibattito tra tutti i partecipanti sulle varie strategie di profilassi proposte sulla base di linee guida internazionali. Sono state effettuate diverse votazioni sui vari punti della linea guida (posologia, vie di somministrazione, durata ecc.).

Alla fine della Consensus Conference si è giunti alla proposizione collegiale delle raccomandazioni con l'accordo di una verifica a distanza di due anni, effettuata sulla base di uno studio di sorveglianza

Abbiamo letto con interesse e attenzione lo svolgersi dei lavori del Gruppo di Studio di Ematologia Neonatale e i risultati ottenuti nel corso della Consensus Conference (1) conclusasi con la raccomandazione di supplementare tutti i neonati alla nascita con 0,5 mg di vitamina K im, seguita (per i soli neonati sani allattati al seno) da 25 µg/die per os dal 15° giorno a 14 settimane oppure con 2 mg per os alla nascita, seguiti (per i soli neonati sani allattati al seno) da 25 µg/die dalla prima settimana fino a 14 settimane.

Con alcune perplessità sulle modalità metodologiche seguite dal GIEN per giungere al consenso (votazioni) e in una



da avviare in contemporanea con l'applicazione delle raccomandazioni.

Lo studio di sorveglianza riguarda la verifica sul territorio nazionale dell'utilizzo delle "raccomandazioni", della loro efficacia, e la segnalazione a un apposito registro delle eventuali manifestazioni cliniche o problematiche che si dovessero presentare a seguito del loro uso. L'applicazione di una comune condotta avrà il vantaggio di avere finalmente dei dati italiani su larga scala da confrontare con la letteratura internazionale. A distanza di due anni lo studio di compliance e il registro nazionale dovrebbero suggerire le opportune modifiche per migliorare le raccomandazioni.

Giuseppe Buonocore

Segr. Gruppo di Studio di Ematologia Neonatale

sola giornata di lavori riportiamo qui di seguito alcuni dei punti di contrasto (differente valutazione) con quanto da noi riportato sulla rivista.

- ▶ *Gli studi epidemiologici disponibili in letteratura hanno documentato la maggiore efficacia della profilassi intramuscolare nel prevenire la forma tardiva di sanguinamento da deficit di vitamina K; in base alle evidenze disponibili dovrebbe essere, perciò, raccomandata la profilassi intramuscolo alla nascita per tutti i neonati.*
- ▶ *La necessità di proseguire la supplementazione dopo la profilassi intramuscolare è tutt'ora oggetto di controversie; la posizione del GIEN, e le motivazioni che la supportano (diminuzione della concentrazione di vitamina K dopo 4-6 settimane; segnala-*

zione di rari casi di sanguinamento tardivo in neonati sottoposti a profilassi intramuscolare), sono condivisibili anche se il rischio di sanguinamento tardivo è estremamente basso. In Australia è stato osservato un caso in 779.477 neonati, mentre nel Regno Unito un caso in 1.570.000 sottoposti a profilassi im (2).

Riteniamo che la decisione di raccomandare la supplementazione con 25 µg/die (approccio olandese) invece di 1 mg/settimana (approccio danese) sia discutibile perché non basata sulle evidenze. Innanzitutto, non è documentato che la supplementazione settimanale con 1 mg (per quanto "non fisiologica") esponga il lattante a un maggior rischio di effetti indesiderati o sia meno tollerabile. Non è documentata la miglior compliance con lo schema olandese; al contrario, nello studio olandese sono stati segnalati 5 casi di sanguinamento tardivo in 439.000 neonati, 2 dei quali sono attribuiti alla mancata compliance (3). Nello studio danese, al contrario, non sono stati osservati casi di sanguinamento e la compliance (anche se misurata in un campione esiguo e non rappresentativo) è risultata del 94% (4). Inoltre, è da dimostrare che la mancata assunzione di una dose settimanale possa esporre il lattante a un rischio aumentato di sanguinamento tardivo, come paventato dal GIEN citando un lavoro di farmacocinetica condotto nell'adulto (22-49 anni) (5). L'emivita di eliminazione del fitomenadione nell'adulto è di 27 ore (5) mentre nel lattante è di 76 (6).

- Dal momento che le evidenze disponibili non documentano la maggiore efficacia o la maggior tollerabilità della supplementazione giornaliera versus quella settimanale, è difficile comprendere come mai il "pannello" si sia orientato verso lo schema olandese contrastando la maggioranza dei punti nascita che hanno partecipato alla survey che seguivano lo schema danese.
- Considerando l'equivalenza delle due strategie, il costo dovrebbe essere tenuto presente, soprattutto se in una strategia (quella raccomandata) è a totale carico dei familiari del neonato e il costo per la profilassi non è irrilevante (82,50 euro).
- Qualche perplessità sorge anche rispetto allo studio di sorveglianza su

compliance ed efficacia, pur utile e indispensabile: le strategie confrontate variano soltanto rispetto alla profilassi alla nascita e non rispetto alla supplementazione successiva; non vengono valutati né gli esiti della sola profilassi intramuscolare alla nascita né l'efficacia e la tollerabilità della supplementazione settimanale. Una valutazione epidemiologica formale e rigorosa del sanguinamento da deficit di vitamina K nel neonato sarebbe stata, invece, necessaria prima dell'elaborazione delle raccomandazioni così da valutare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento preventivo.

Sebbene nello studio di sorveglianza sia previsto il coinvolgimento dei pediatri di famiglia, non altrettanto è stato fatto per il raggiungimento del "consenso". A nostro parere, per i motivi sopra esposti, le raccomandazioni elaborate nel corso della Consensus Conference rischiano di confondere e di aumentare le diversità assistenziali tra i punti nascita, esponendo i neonati ad altri rischi, come recentemente segnalato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (7).

Antonio Clavenna, Maurizio Bonati
Istituto di Ricerche "Mario Negri", Milano

Pasquale Causa, Stefania Manetti
PdF, Pozzuoli e Piano di Sorrento

Silvia Malguzzi, Marina Col, Cesare Ghitti
Clinica Pediatrica,
Università di Milano Bicocca, Monza

Bibliografia

- (1) Società Italiana di Neonatologia, Gruppo di Studio di Ematologia Neonatale. Profilassi con la vitamina K nell'emorragia da deficit di vitamina K. Consensus Conference, Siena, 2 aprile 2004.
- (2) Vitamin K1 (Commentary). Neonatal formulary. 4th edition 2003 BMJ Books.
- (3) Cornelissen EAM, et al. Prevention of vitamin K deficiency bleeding: efficacy of different multiple oral dos schedules of vitamin K. Eur J Pediatr 1997;156:126-30.
- (4) Hansen KN, et al. Weekly oral vitamin K prophylaxis in Denmark. Acta Paediatr 2003;92: 802-5.
- (5) Olson Re, et al. Total body phyloquinone and its turnover in human subjects at two levels of vitamin intake. Br J Nutr 2002;87:543-53.
- (6) Stoeckel K, Joubert PH, Gruter J. Elimination half-life of vitamin K1 in neonates is longer than is generally assumed: implications for the prophylaxis of haemorrhagic disease of the newborn. Eur J Clin Pharmacol 1996; 49:421-3.
- (7) Agenzia Italiana del Farmaco. Ufficio di Farmacovigilanza. Circolare del 24/03/05.

Gruppo di Lavoro P U E R
Centro per la Salute del Bambino (CSB)

Le cure al neonato e alla puerpera

TRIESTE
8-9-10 giugno 2005

Obiettivi del corso

Approfondire metodologie nonché abilità pratiche, competenze relazionali e comunicative necessarie a fornire sostegno e assistenza alla puerpera e al neonato nelle prime settimane di vita, nelle strutture sanitarie e nella comunità.

Per il Corso è stata avviata, presso il Ministero della Salute, la procedura per ottenere l'attribuzione dei crediti formativi ECM (Educazione Continua in Medicina) per le seguenti qualifiche professionali:

- assistente sanitario
- ostetrica/o
- infermiere professionale
- medici (sono già stati assegnati 20 crediti formativi).

È previsto un test finale di valutazione.

Argomenti del corso

- La nascita: l'adattamento neonatale e il benessere della puerpera
- Le competenze della madre e del neonato
- La relazione madre-neonato-famiglia
- Le abilità di counselling
- L'influenza dei contesti
- Identificazione e valutazione dei parametri per la cura della puerpera e del neonato e segnali di rischio e/o patologia
- Identificazione dei fattori di rischio per la depressione puerperale
- Le criticità nella comunicazione fra operatori
- Le raccomandazioni per l'assistenza al neonato e alla puerpera

Docenti

Clara Chiodini ostetrica

Grazia Colombo sociologa

Nanda Siliprandi pediatra neonatologa

Destinatari

Operatori coinvolti nell'assistenza alla puerpera e al neonato nei servizi ospedalieri e territoriali. È previsto un numero massimo di 24 partecipanti.

INFORMAZIONI

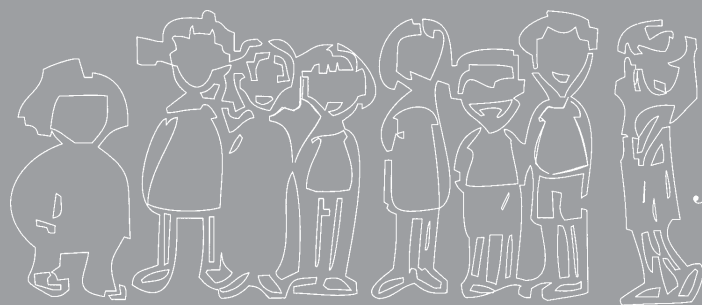
Mariarosa Milinco

Centro per la Salute del Bambino (CSB)

Tel. 040 300551 - Fax 040 3224842

e-mail: mariarosa.milinco@csbonlus.org

(da preferire l'uso dell'e-mail)



ricerca
attività editoriale
formazione
politica sanitaria
aggiornamento

Quaderni acp è il bimestrale dell'Associazione Culturale Pediatri; è inviato a tutti i 3000 soci dell'Associazione. Della rivista sono stampate 5500 copie; 2500 copie di ogni numero sono quindi inviate a pediatri non iscritti all'ACP.

Gli indirizzi di questi pediatri vengono turnati ogni sei mesi sicché, in un anno, riceveranno almeno tre copie della rivista quasi 8000 pediatri.

Cos'è l'ACP

L'ACP è una libera associazione, costituita a Milano il 5 settembre 1974, che raccoglie 3000 pediatri organizzati in gruppi locali. La composizione percentuale dei soci dell'ACP ripete quella dei pediatri ospedalieri, universitari e di comunità.

La sua attività è rigorosamente no profit; la partecipazione dei pediatri, soci e non soci, alle sue iniziative è subordinata alla sola copertura delle spese. L'ACP ha adottato un proprio codice di autoregolamentazione per i rapporti con l'industria.

L'ACP svolge attività editoriale, di formazione, di ricerca e di supporto ai piani sanitari nazionali e regionali. Il suo modo di porsi come Associazione di fronte ai problemi della società, della cultura, della ricerca e della professione è quello di un'assoluta libertà di critica di fronte a uomini e istituzioni.

Ha lanciato nel 1999 il progetto Nati per Leggere, insieme al Centro per la Salute del Bambino e all'Associazione Italiana delle Biblioteche, cui aderiscono attualmente 800 pediatri.

Attività editoriale

Nel 1974 ha fondato la "Rivista italiana di pediatria" che ha successivamente ceduto, simbolicamente per una lira, alla Società Italiana di Pediatria che tuttora la pubblica. Ha poi pubblicato "Novità in pediatria" e la rivista "Crescita" uscite per tre anni.

Dal 1990 ha pubblicato il "Bollettino ACP" e dal 1993 "Ausili didattici per il pediatra".

Le due riviste si sono fuse nel 1994 in "Quaderni acp". La rivista si compone di due sezioni. La prima pubblica contributi su problemi collegati all'attività professionale dei pediatri, degli psicologi dell'età evolutiva e dei neuropsichiatri infantili. La seconda pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra (di base, libero-professionista, ospedaliero) nella sua attività. Si tratta di linee guida, casi clinici significativi, esercitazioni pratiche, EBM applicata alla clinica, narrative medicine, materiali di aiuto alle famiglie nella gestione delle malattie e che quindi possono essere riprodotti e ceduti alle famiglie.

Formazione e aggiornamento

La "mission" principale dell'ACP riguarda la formazione e l'aggiornamento dei pediatri sia riguardo alla preparazione medico-biologica (sapere, saper fare) che a quella personale (saper essere), e manageriale per quanto riguarda la gestione sia delle risorse economiche che di quelle umane.

Ricerca

È attivo in ACP un gruppo di soci che svolge attività di ricerca in vari ambiti. È attivo al suo interno un gruppo che si occupa dell'applicabilità della EBM alla pratica clinica.

La pagina Web dell'ACP

L'attenzione dell'ACP ai mezzi telematici è cominciata con la pubblicazione di *Quaderni acp* che è redatto completamente con mezzi telematici ed è presente sul sito www.acp.it. La pagina Web è utilizzata anche per i rapporti fra i soci e i gruppi. Attraverso il Web è anche possibile interagire con gli autori degli articoli per chiarimenti, scambi di opinioni ecc.

Utilizzo dell'indometacina nella pervietà del dotto di Botallo

Simona Faraci*, Grazia Scibilia**

*Medico in attesa di inserimento alla Scuola di Specializzazione in Pediatria; **Specializzanda in Pediatria, Università di Messina

Quaderni acp vuole offrire ai lettori un'ulteriore modalità per la lettura critica delle evidenze scientifiche. Presenteremo un riassunto strutturato di articoli di letteratura secondaria, quella, cioè, che valuta criticamente gli studi pubblicati su uno specifico quesito clinico. Viene qui analizzato un articolo di Sachin Shah pubblicato su Archimedes, la sezione degli scenari clinici di Archives Disease in Childhood (Sachin Shah. Should a prolonged or short course of indomethacin be used in preterm infants to treat patent ductus arteriosus? Arch Dis Child 2003; 88:1132-3).

Abstract

Can a prolonged course of indomethacin increase treatment's efficacy of patent ductus arteriosus?

In the paper published by "Archimedes" all inherent studies have been analysed. Definite recommendations could not be elaborated due to the lack of data regarding preterm infants. The Authors investigated the matter analysing also a Cochrane meta-analysis and a RCT study not included by "Archimedes", reaching nevertheless the same conclusions.

Quaderni acp 2005; 12(3): 128-130

Key words Indomethacin. Ibuprofen. Patent ductus arteriosus. Preterm infant

Un trattamento prolungato con indometacina può aumentarne l'efficacia nel trattamento della pervietà del dotto di Botallo? Una revisione su "Archimedes" ha analizzato gli studi che si sono posti il problema, ma per la scarsità di dati riguardanti i bambini di peso molto basso alla nascita non è riuscita a fornire raccomandazioni definitive. Le Autrici approfondiscono la ricerca commentando una metanalisi della Cochrane, stranamente non citata nel lavoro di "Archimedes", e un più recente RCT che, comunque, non modificano i messaggi conclusivi. A margine vengono presi in considerazione anche lavori sull'efficacia dell'ibuprofene nella terapia e nella prevenzione della pervietà del dotto di Botallo.

Parole chiave Indometacina. Ibuprofene. Dotto arterioso di Botallo. Prematuro

Background

Il dotto di Botallo nella circolazione fetale mette in comunicazione l'arteria polmonare con l'aorta e rimane aperto grazie alla bassa pressione di ossigeno e all'elevata concentrazione di prostaglandine (PG) nel sangue fetale. Alla nascita il dotto si chiude trasformandosi nel "legamento arterioso di Botallo".

Nel prematuro può rimanere aperto per l'elevata concentrazione di PG circolanti nonché per l'aumentata sensibilità alla loro azione vasodilatatrice, cosicché si determina uno shunt sinistro-destro con sovraccarico del circolo polmonare e conseguente alterazione dei vasi e del tessuto polmonare; la pervietà (PDA) può essere incompatibile con la vita, ma può manifestarsi anche con ritardo di crescita, astenia, ridotta tolleranza allo sforzo, dispnea. Nel bambino prematuro rappresenta una

delle principali cardiopatie (31% dei neonati di peso inferiore a 1500 g) predisponendo al rischio di emorragie cerebrali, enterocolite necrotizzante, displasia broncopulmonare e morte. L'indometacina (I) è un inibitore delle PG utilizzato nel trattamento del PDA nei pretermine.

LA REVISIONE DI ARCHIMEDES

La revisione si è posta il problema se un ciclo prolungato con I possa aumentare la probabilità di chiusura definitiva del dotto, alla luce del fatto che i livelli di prostaglandina aumentano nelle 24-72 ore successive all'ultima dose, periodo che coincide con il maggiore rischio di riapertura del PDA.

La domanda

In un bambino pretermine dovrebbe essere usata una terapia prolungata o

breve con I per il trattamento della pervietà del dotto arterioso di Botallo?

Gli Autori hanno formulato la domanda in quattro parti.

In un **bambino pretermine con pervietà del dotto arterioso** [PAZIENTE] è meglio una **cura prolungata con I** [INTERVENTO] o una **breve terapia convenzionale** [CONFRONTO] nella **prevenzione di ricadute e nel diminuire la necessità di una legatura chirurgica?** [OUTCOME]

La ricerca e suoi risultati

La ricerca è stata eseguita su Medline (1996, Dec 2002) utilizzando come termini di ricerca "indomethacin" AND "patent ductus arteriosus" AND "infant, newborn".

Altri dati sono stati cercati su Cochrane Controlled Trials Register (Issue 4, 2002), EMBASE (1980, Dec 2002), CINAHL (1982, Dec 2002), riassunti pubblicati in *Pediatric Research* (1990-2002).

Risultato della ricerca

Sono stati identificati cinque articoli rilevanti riportati in *tabella 1*.

Commenti dell'Autore della revisione

I 5 RCT presi in considerazione differiscono nel dosaggio (sia nel trattamento con il ciclo breve che in quello prolungato), nel metodo diagnostico e nell'avvio del trattamento. Inoltre vi è una larga variabilità nell'età gestazionale, nel peso alla nascita e negli outcomes.

Nella maggioranza degli studi comunque l'incidenza degli effetti collaterali era minore nel ciclo di trattamento prolungato rispetto a quello più breve senza altre differenze tra i 2 gruppi in termini di comorbilità.

Per corrispondenza:

Grazia Scibilia

e-mail: graziellascibilia@yahoo.it

leggere e fare

TABELLA 1: CICLO DI INDOMETACINA PROLUNGATO VS BREVE NEL TRATTAMENTO DEL PDA NEL PRETERMINE

Autore, data e Paese	Pazienti	Tipo di studio (liv. di evidenza)	Outcomes	Risultati principali	Commenti sui lavori
Rhodes et al. 1988 USA (1)	70 pretermine < 1500 g randomizzati: 34 per un ciclo prolungato di I per una settimana e 36 con un ciclo breve (2 dosi di I). A tutti 2 dosi di I di 0,15 mg/kg ogni 12 ore. Il gruppo con terapia prolungata ha ricevuto in più 0,1 mg/kg una volta al giorno x 5 giorni.	Prospettico randomizzato controllato (livello 1b)	Chiusura dopo il 1° ciclo Recidiva di PDA Necessità di legatura	RR 1,11 (IC 95%: 0,77-1,61) RR 1,51 (IC 95%: 0,65-3,52) RR 2,12 (IC 95%: 0,20-22,30)	Non cecità. Nessuna differenza negli indici di mortalità.
Hammerman and Aramburo 1990 Israele (2)	39 bambini < 1500 g trattati con terapia standard di I (0,2 mg/kg/dose ogni 8 ore); ne sono stati poi randomizzati 20 per una terapia di mantenimento (0,2 mg/kg ogni 24 ore x 5 giorni) e 19 per placebo per 5 giorni.	Prospettico randomizzato controllato (livello 1b)	Chiusura dopo il 1° ciclo Recidiva di PDA Necessità di legatura	RR 1,22 (IC 95%: 0,90-1,66) RR 0,11 (IC 95%: 0,01-1,84) RR 0,14 (IC 95%: 0,02-1,00); NNT 3,0 (IC 95%: 2-12)	Doppio cieco. Non c'è stato incremento degli effetti tossici dell'I.
Rennie and Cooke 1991 UK (3)	121 bambini < 2500 g con segni clinici di PDA randomizzati: 59 per una cura prolungata di I (0,1 mg/kg di I ogni 24 ore x 6 giorni) e 62 per una cura breve (0,2 mg/kg ogni 12 ore per 3 dosi totali).	Prospettico randomizzato controllato (livello 1b)	Chiusura dopo il 1° ciclo Recidiva di PDA Necessità di legatura	RR 1,16 (IC 95%: 0,99-1,36) RR 0,61 (IC 95%: 0,32-1,17) RR 0,58 (IC 95%: 0,27-9,10)	Non cecità. Non è stata utilizzata l'ecocardiografia per accertare il PDA. L'alto tasso di mortalità nel gruppo con terapia prolungata di I, non direttamente correlato al trattamento: la maggior parte è deceduta dopo il primo mese.
Tammela et al. 1999 Finlandia (4)	61 bambini con età gestazionale di 24-32 settimane randomizzati: 31 per un ciclo breve di I (3 dosi di 0,2, 0,1 e 0,1 mg/kg in 24 ore); 30 per un ciclo prolungato (0,1 mg/kg ogni 24 ore per 7 giorni). Ecocardiografie a 3, 9 e 14 giorni dall'inizio del trattamento.	Prospettico randomizzato controllato (livello 1b)	Chiusura dopo il 1° ciclo Necessità di legatura Necessità di 2° ciclo	RR 0,71 (IC 95%: 0,54-0,93) Incremento della necessità di intervento chirurgico nel gruppo con terapia prolungata [RR 4,65 (IC 95%: 1,09-19,78); NNH 4,0 (IC 95%: 2-20)] RR 1,03 (IC 95%: 0,37-2,85)	Cecità solo per l'assegnazione del trattamento. Nessuna differenza nel tasso di mortalità.
Lee et al. 2001 Singapore (5)	140 bambini < 1500 g con PDA sintomatico maggiore o uguale a 1,5 mm, randomizzati: 70 per terapia convenzionale con I (0,2 mg/kg/dose ogni 12 ore per 3 dosi) e 70 per basse dosi di I per un periodo prolungato (0,1 mg/kg ogni 24 ore per 6 dosi).	Prospettico randomizzato controllato (livello 1b)	Chiusura dopo il 1° ciclo Necessità di legatura	RR 1,02 (IC 95%: 0,87-1,27) RR 0,62 (IC 95%: 0,27-1,39)	Non cecità. Analisi secondo l'Intention to Treat. Nessuna differenza nel tasso di mortalità.

In teoria, una breve terapia con **I** sopprime l'azione dilatatrice dei prostanoidi e facilita la chiusura del dotto. Questa transitoria soppressione però potrebbe non lasciare tempo sufficiente per l'anatomica chiusura del dotto, specialmente nei bambini con basso peso alla nascita, nei quali il PDA è molto più sensibile alle PG e non si chiude così tenacemente come nei bambini nati a termine ed è più suscettibile a una riapertura. Questo teorico vantaggio non si è comunque ritrovato in tutti gli studi. Ulteriori studi sono necessari nel determinare il regime migliore e la giusta dose di **I**, specialmente nei bambini, alla nascita, di peso < 1000 g.

Gli Autori auspicano un trial con quattro bracci di trattamento: trattamento breve o lungo di **I** in bambini entro i primi 7 giorni dalla diagnosi ecocardiografica di PDA e trattamento breve o lungo in bambini con PDA quando la condizione diventa clinicamente sintomatica. L'outcome potrebbe essere la mortalità e la necessità di legatura chirurgica.

COMMENTI ALLA REVISIONE DI ARCHIMEDES

1. Gli Autori non hanno preso in considerazione una revisione Cochrane (6) che si era posta gli stessi obiettivi di ricerca; nella revisione erano stati analizzati 4 degli studi (1-4) presi in considerazione nell'articolo recensito in quanto il lavoro di Lee (5) è stato pubblicato dopo la revisione della Cochrane. La metanalisi effettuata conclude che nei pretermine con PDA il trattamento prolungato con **I** rispetto al ciclo breve ha un effetto borderline nel ridurre la percentuale di riapertura del dotto [RR 0,54 (IC 95%: 0,3-0,99); RD: 0,12 (IC 95%: 0,24 - 0,01); NNT = 8 (IC 95%: 4 - 100)] e può essere associato a un aumentato rischio di patologia polmonare cronica [RR 2,24 (IC 95%: 0,98 - 5,12); RD 0,24 (IC 95%: 0,01 - 0,47)]. Tuttavia il ciclo prolungato appare ridurre il rischio di emorragia intraventricolare severa [RR 0,49 (IC 95%: 0,25 - 0,98); RD -0,12 (IC 95%: 0,24 - 0,01); NNT 8 (IC 95%: 4 - 100)] e compromissione renale [RR 0,52 (IC 95%: 0,34 - 0,81); RD -0,20 (IC 95%: -0,33 - 0,08); NNT 5 (IC 95%: 3 - 13)], ma per la scarsità di dati riguardanti

bambini di peso molto basso alla nascita sulla base di questi studi non è possibile fornire raccomandazioni definitive.

2. Utilizzando la stessa strategia di ricerca degli Autori su Medline, tramite *PubMed* abbiamo trovato un più recente trial randomizzato pubblicato da Lee (7) in cui non veniva raccomandato l'uso del ciclo prolungato di **I** sulla base di uno studio eseguito in 140 prematuri, 69 dei quali trattati alla dose convenzionale di 0,2 mg/kg/dose ogni 12 ore per 3 dosi vs 71 con 0,1 mg/kg/dose al di per 6 dosi avendo come outcome primario la chiusura del dotto (68% vs 72%; IC 95%: -19% - 11%) e come outcomes secondari la necessità di un secondo ciclo di terapia (24% vs 19%), la legatura chirurgica (16% vs 10%), gli effetti collaterali (oliguria transitoria 31% vs 9%, NEC 1,4% vs 7%).

In alternativa all'**I** diversi studi negli ultimi anni propongono, per il trattamento del PDA, l'uso dell'ibuprofene in vena con lo scopo di evitare possibili complicanze dell'**I** causate dalla riduzione del flusso ematico a livello renale, gastrointestinale, cerebrale.

Ohlsson (8) ha pubblicato una revisione sistematica sull'uso dell'ibuprofene nel trattamento del PDA nei pretermine e/o nei neonati di peso basso (LBW) per determinare l'efficacia e la sicurezza dell'ibuprofene rispetto all'**I**. Ha concluso che l'**I** dovrebbe rimanere ancora il trattamento di scelta nel PDA, dal momento che non si rileva differenza statisticamente significativa sia per l'outcome primario (chiusura del dotto) nei 2 gruppi [RR 0,92 (IC 95%: 0,69 - 1,22)] né per mortalità, legatura chirurgica, e altre complicanze. Inoltre, sebbene l'ibuprofene riduca il rischio di oliguria [NNT 9 (IC 95%: 5 - 14)], può però aumentare il rischio di patologia polmonare cronica [RR 1,37 (95% CI 1,01 - 1,86); NNH 7 (IC 95%: 3 - 100)] e di ipertensione polmonare (3 casi).

4. A margine ci sembra utile segnalare la questione della profilassi con ibuprofene in vena entro le prime 6 ore di vita: è stata dimostrata (8) l'efficacia dell'ibuprofene (10 mg/kg seguito da 2 dosi di 5 mg/kg dopo 24 e 48 ore) rispetto al placebo [84% vs 60% (RR 1,40. IC 95%: 1,23 - 1,59)], senza differenza significativa di

emorragia intraventricolare [8% vs 9% (RR 0,97. IC 95%: 0,51 - 1,82)]. Segnalando invece una riduzione del flusso urinario e un aumento di creatinemia nel gruppo dei trattati. Gournay (9) ha dovuto interrompere lo studio prematuramente dopo aver arruolato 135 bambini per 3 casi di ipertensione polmonare grave e ha concluso che la profilassi, pur riducendo la necessità di intervento chirurgico da 6 (9%) a 0 (p=0.03) e la percentuale di emorragia intraventricolare severa da 15 (23%) a 7 (11%) (p=0.10), non migliorava la sopravvivenza (71% vs 72%) a causa dell'alta frequenza di complicanze. Entrambi gli studi sollevano il dubbio se il potenziale beneficio che si vuole ottenere con la chiusura profilattica del dotto giustifica l'esposizione di tutti i bambini a un farmaco del quale circa 2/3 di loro non avrebbe avuto bisogno e che ha effetti collaterali potenzialmente più seri della condizione che si tenta di prevenire. ♦

Bibliografia

- (1) Rhodes PG, Ferguson MG, Reddy NS. Effects of prolonged versus acute indomethacin therapy in very low birth infants with patent ductus arteriosus. *Eur J Pediatr* 1988;147:481-4.
- (2) Hammerman C, Aramburo MJ. Prolonged indomethacin therapy for the prevention of recurrences of patent ductus arteriosus. *J Pediatr* 1990;117:771-6.
- (3) Rennie JM, Cooke RWI. Prolonged low dose indomethacin for persistent ductus arteriosus of prematurity. *Arch Dis Child* 1991;66:55-8.
- (4) Tammela O, Ojala R, Iivainen T, et al. Short versus prolonged indomethacin therapy for patent ductus arteriosus in preterm infants. *J Pediatr* 1999; 134:552-7.
- (5) Lee J, Rajadurai S, Wong KY, et al. Comparing two indomethacin dosing regimes for treating patent ductus arteriosus (PDA): a randomised controlled trial. *Pediatr Research* 2001;49:387A.
- (6) Herrera C, Holberton J, Davis P. Prolonged versus short course of indomethacin for the treatment of patent ductus arteriosus in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2001 ;(4).
- (7) Lee J, Rajadurai VS, Tan KW et al. Randomized trial of prolonged low-dose versus conventional-dose indomethacin for treating patent ductus arteriosus in very low birth weight infants. *Pediatrics* 2003;112:345-50.
- (8) Ohlsson A, Walia R, Shah S. Ibuprofen for the treatment of a patent ductus arteriosus in preterm and/or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2).
- (9) Gournay V, Roze JC, Kuster A, Daoud P, Cambonie G, et al. Prophylactic ibuprofen versus placebo in very premature infants: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2004 nov 27; 364:1939-44.

Parlando di rischio: lo facciamo questo EEG?

Federica Zanetto*, Michele Gangemi**

*Pediatra di base, ACP Milano e Provincia; **Pediatra di base, ACP Verona

Abstract

Speaking about risk: should we prescribe an EEG?

The following scenario analyses the possible risk of seizures in a 7 month old child with left arm paresis and slight deficiency of motor function in his left leg. About one third of children with cerebral palsy develop seizures at an early stage of their life. This appears directly correlated to the degree of motor function deficiency. The paediatrician knows that by informing parents about the eventual risk of seizures he practically communicates a possible risk, even if unforeseeable and not proven. He then recognizes parents' difficulty and hesitations and tries to avoid generic reassurance. He gives pertinent information, helps parents in formulating questions and doubts, doesn't take decisions for them but defines better the specialist's intrinsic value.

Quaderni acp 2005; 12(3): 131-132

Key words Paresis. Epilepsy. Risk. Counselling

Il problema analizzato in questo scenario riguarda il rischio di insorgenza di crisi convulsive in un bambino di 7 mesi con una paresi dell'arto superiore sinistro, associata a un lieve deficit motorio a quello inferiore sinistro. Lo stato attuale delle conoscenze depone per lo sviluppo di epilessia in un terzo circa dei bambini con paralisi cerebrale, tanto più precoce quanto maggiore è il grado di compromissione motoria. Il pediatra sa che informare sulle dimensioni di un rischio significa comunicare un evento possibile, come si deduce in questo caso dall'esperto e dalla consultazione della letteratura, ma imprevedibile e mai provato. Riconosce il momento di difficoltà e incertezza che la famiglia del bambino sta provando, evita la rassicurazione generica, dà informazioni pertinenti, facilita l'espressione di dubbi e domande da parte dei genitori, non prende decisioni al loro posto, valorizza la figura dello specialista all'interno della relazione di cura.

Parole chiave Paresi. Epilessia. Rischio. Counselling

Lo scenario

Giacomo ha 7 mesi quando si rendono clinicamente manifesti una paresi dell'arto superiore sin. e un lieve deficit motorio a quello inferiore sin., probabilmente riconducibili a un episodio asfittico neonatale. A distanza di un mese dall'inizio della fisioterapia, subito intrapresa, sono già evidenti un parziale recupero della funzionalità dell'arto superiore e una motilità praticamente normale della gamba sinistra. Alla valutazione specialistica viene prescritta l'esecuzione di un elettroencefalogramma, da ripetere poi periodicamente, come previsto nel follow up in questi casi. I genitori, già provati dalla diagnosi, arrivano in ambulatorio con molti dubbi e domande in sospeso.

Mamma "Ecco, qui c'è la lettera della neuropsichiatra... Giacomo va meglio, deve però continuare la fisioterapia... sa

che piange per tutta la durata della seduta ogni volta? ..."

Pediatra "È difficile questo momento per voi..."

Mamma "Adesso poi c'è anche da fare un elettroencefalogramma... penso ancora a quando la prima volta la neuropsichiatra ci ha detto subito 'ma questa è una paresi!'"

Papà "Non riuscivamo a capire bene... e anche adesso non sappiamo bene cosa fare... Giacomo per il resto sta bene..."

Mamma "Dobbiamo proprio fare anche questo esame?"

Pediatra "Che cosa vi preoccupa in particolare?"

Papà "La dottoressa ci ha detto che potrebbe anche succedere una epilessia in futuro... è davvero così?"

Mamma "Non abbiamo avuto il coraggio di chiedere alla dottoressa... ci aiuti a capire... dobbiamo magari sentire un altro specialista?"

Che cosa hanno in mente i genitori

- **Difficoltà:** "Sa che piange..." "non abbiamo avuto il coraggio di..."
- **Timori:** "È davvero così?"
- **Dubbi:** "Non sappiamo bene cosa fare..."
- **Domande:** "Dobbiamo proprio fare...?", "dobbiamo sentire...?"

Che cosa ha in mente il pediatra

- Cosa mi stanno chiedendo?
- Cosa è importante sapere per loro?
- Cosa sono in grado di rispondere?

Cosa dice (o non dice)

L'Evidence Based Medicine

Il pediatra, che ha già contattato la neuropsichiatra subito dopo la visita di controllo a Giacomo, sa che il programma di accertamenti proposto ai genitori va effettuato. Per conoscere ancora meglio, e al di là del parere dell'esperto, il rischio di successiva insorgenza di crisi convulsive in questi casi, ha anche condotto una ricerca in banca dati, utilizzando il browser MeSH di PubMed e lanciando la query **Cerebral Palsy AND Epilepsy**. Alla lettura degli abstracts, quattro in particolare tra i 17 articoli selezionati, sembrano utili per affrontare i quesiti posti dai genitori di Giacomo. Di essi uno è disponibile anche in full text (1). Gli studi prospettici (2,3) e uno di quelli condotti retrospettivamente (4) su coorti di bambini affetti da paralisi cerebrale infantile ed epilessia, per valutarne la frequenza e le caratteristiche (fattori associati, natura, prognosi), concordano sul fatto che circa un terzo dei bambini con paralisi cerebrale sviluppa epilessia (definita come comparsa di almeno due crisi convulsive, non diagnosticate nel periodo neonatale, né classificabili come crisi febbrili), tanto più probabile quanto

Per corrispondenza:
Federica Zanetto
e-mail: zanettof@tin.it

maggiore è il grado di compromissione motoria (i bambini con tetraplegia ne evidenziano anche un'insorgenza più precoce rispetto agli altri quadri di paralisi cerebrale), e in presenza di ritardo mentale associato. In uno dei due studi retrospettivi (1) viene riportata un'incidenza di epilessia ancora più alta (62%), probabilmente in relazione alla maggiore gravità del quadro neurologico di base nella popolazione studiata.

Pediatra *"Possiamo aspettare prima di sentire un altro parere... l'elettroencefalogramma, di cui vi ha parlato la neuropsichiatra, fa parte dei controlli previsti in questi casi. Giacomo sta bene, è vivace, è vero, e certo è più difficile assumere e capire il perché di un elettroencefalogramma in questo momento... Dobbiamo però ricordarci dell'esito dell'ecografia cerebrale..."*

Mamma *"Una cicatrice, ci ha detto la dottoressa, come una traccia..."*

Pediatra *"Appunto; è proprio questa piccolissima traccia che potrebbe in futuro essere all'origine di crisi convulsive... Dico potrebbe, perché è una possibilità. Non è certa nemmeno nei bambini più colpiti di Giacomo nell'aspetto motorio, anche se in questi casi possiamo aspettarcela almeno una volta su tre"*

Papà *"Quindi nel nostro caso cosa può succedere?"*

Pediatra *"In due casi su tre non succede... e qui la paresi interessa solo il lato sinistro e non ci sono altri deficit... è davvero duro non poter sapere cosa accadrà o non accadrà in futuro... quello che però si può fare è verificare periodicamente, appunto con il controllo dell'elettroencefalogramma, che anche da questo punto di vista Giacomo stia procedendo bene..."*

Papà *"In effetti la neuropsichiatra ci ha detto da subito che, anche se tutto va bene, Giacomo deve essere controllato per un po' di anni"*

Mamma *"Ci ha anche detto che la settimana prossima ci chiamerà per un colloquio in cui può spiegarci meglio"*

Pediatra *"Questo lo ha detto anche a me"*

Discussione generale

I genitori di Giacomo sono in difficoltà nell'accettare una nuova informazione che riguarda una evoluzione possibile

dello stato di salute del bambino. Il pediatra sa che l'incertezza è sempre una fonte di paura e che la tendenza, sull'onda della preoccupazione dell'altro e cedendo alla spontaneità, è quella di rassicurare genericamente (es. *"non c'è bisogno di preoccuparsi adesso..."*), con l'intento di rendere fiducioso l'interlocutore e ridurre i timori. Mettendo subito in campo un'affermazione empatica (*"è difficile questo momento per voi..."*), esprime attenzione per il momento di difficoltà che la famiglia di Giacomo sta attraversando, ma anche facilita l'espressione di dubbi, domande, esigenze particolari per quel momento.

Formula poi una domanda di "ricognizione" (*"che cosa vi preoccupa in particolare?"*) che gli permette di capire quanto dell'aspetto medico è stato compreso e cosa al riguardo si sta dimostrando difficile da sostenere per i genitori.

Sa che la comunicazione di un rischio richiede un passaggio di informazioni sicure e pertinenti, ottenute in questo caso, oltre che dall'esperto, anche dalla consultazione della letteratura. È anche consapevole che il medico in generale ha dei riferimenti entro cui collocare l'evento possibile che va comunicando, mentre per la famiglia è un esito imprevedibile, che comporta anche la difficoltà di dover decidere rispetto a qualcosa di futuro, ma di incerto e mai provato.

Perché l'informazione sia capita, il pediatra esplicita che l'epilessia è una prospettiva realistica e preferisce in questo caso quantificarne il rischio, inserendo anche l'informazione che esso è tanto maggiore quanto più severa è la situazione di base (il pediatra sa che, in altre situazioni o con altri interlocutori, può essere utile in una prima fase esprimersi in termini più generici – es. *"c'è una certa probabilità che..."* oppure *"la probabilità è bassa..."* – modulando poi la comunicazione del rischio sulla base delle risposte dell'interlocutore). Comunica ai genitori anche la possibilità che l'evento non si verifichi, riconoscendo che nel caso di Giacomo le cose non stanno davvero andando male: per assicurare una scelta informata, è opportuno infatti che la sua comunicazione preveda anche questa eventualità, oltre a informarli sulle dimensioni del rischio. Infine, riconosce il fatto che l'incertezza è sempre fonte di

difficoltà (*"è davvero duro non poter sapere cosa accadrà o non accadrà..."*), ansia e timori, di cui i genitori del bambino in quel momento sono "pieni".

Quanto alla possibilità di un secondo parere specialistico ipotizzato dai genitori (altro comune segnale di difficoltà di decisione in questi casi, e di richiesta di certezze), essa non viene a priori esclusa dal pediatra, ma rimandata (*"possiamo aspettare prima di sentire un altro parere"*). Convinto però della competenza professionale della neuropsichiatra che ha visitato Giacomo e della correttezza degli accertamenti prescritti, porta alla fine i genitori a riconoscerla come figura significativa e alleata all'interno della relazione di cura.

Che cosa fa il pediatra per comunicare in modo soddisfacente un rischio e affiancare l'incertezza dei genitori:

- Aspetta per capire di più, prima di fare affermazioni o dare spiegazioni.
- Utilizza poche, ma appropriate domande, da cui trarre informazioni non solo per sé, ma anche per l'altro.
- Trasferisce informazioni sicure, pertinenti.
- Comunica la dimensione del rischio, ma anche la possibilità che l'evento non si verifichi, con modalità che tengono conto dell'interlocutore e della situazione del momento.
- Riconosce le difficoltà dei genitori dovute alla situazione di incertezza.

Bibliografia

- (1) Bruck I, Antoniuk SA, Spessatto A, et al. Epilepsy in children with cerebral palsy. *Arq Neuropsiquiatr* 2001;59(1):35-9.
- (2) Gururaj AK, Sztrihai L, Bener A, et al. Epilepsy in children with cerebral palsy. *Seizure* 2003; 12(2):110-4.
- (3) Singhi P, Jagirdar S, Khandelwal N, Malhi P. Epilepsy in children with cerebral palsy. *J Child Neurol* 2003;18(3):174-9.
- (4) Carlsson M, Hagberg G, Olsson I. Clinical and aetiological aspects of epilepsy in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2003; 45(6):371-6.

Per approfondire: Buckman R. La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi. Raffaello Cortina Editore, 2003.

Il vissuto della fratria dei bambini con handicap mentale: dall'adattamento al disturbo mentale

Anne Witgens, Jean Yves Hayez

Unità di Pedopsichiatria, Clinica Universitaria Saint-Luc, Bruxelles

Dopo la pubblicazione sui numeri 4, 5, 6 del 2004 e 1 e 2 del 2005 di cinque articoli sui problemi della comunicazione in caso di malattia cronica o handicap, concludiamo con questo articolo di due studiosi francesi sul vissuto dei fratelli di bambini con handicap. Il tema è poco dibattuto, ma la sua conoscenza ci sembra importante per gli operatori che vengono a contatto con la famiglia proprio nell'ambito della comunicazione e della guida anticipatoria. L'articolo è tratto da Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2003;51:377-84 ed è stato tradotto da Francesco Ciotti che ha curato la raccolta e la redazione dei sei articoli di questa serie.

Abstract

The life experience involving the siblings of mentally disabled children: from adaptation to mental disturbance

The Authors underline the recent interest for the psychic life experience of siblings of children with mental disabilities, in particular for autistic disorders. They describe the sibling's function in the subject's psychic development. They analyse in the domain of mental disabilities in general the different factors influencing sibling's life: composition of the brotherhood, type of disabilities and parental psychic life experience. They underline certain characteristics more specific of autistic disorders. Based on their clinical practice and on scientific studies, they try to describe the different sibling's reactions. They define two main solutions: resiliency and mental health troubles. Between these solutions they describe a wide range of more or less successful stressing adaptations. They conclude by the importance of considering the presence of brothers and sisters in all kind of therapeutic work of child with mental disabilities or autistic disorders.

Quaderni acp 2005; 12(3): 133-138

Key words Brotherhood. Mental disabilities. Resilience. Development

Gli Autori sottolineano l'interesse recente per il vissuto psicologico dei fratelli dei bambini con disabilità mentale e con sindromi autistiche. Descrivono la condizione di fratelli per il loro sviluppo psichico. Analizzano nel campo delle disabilità mentali i diversi fattori che influenzano il vissuto dei fratelli: la composizione della fratria, il tipo di disabilità, il vissuto psicologico dei genitori. Sottolineano alcune caratteristiche specifiche nelle sindromi autistiche. In base alla loro pratica clinica e agli studi scientifici, cercano di descrivere le diverse reazioni dei fratelli. Definiscono due principali uscite: la resilienza e i disturbi mentali gravi. Tra queste due uscite possibili vi è una serie intermedia di adattamenti più o meno riusciti. Gli autori concludono sull'importanza di tenere in considerazione la presenza dei fratelli e delle sorelle in ogni lavoro di presa in carico di un bambino con disabilità mentale o sindrome autistica.

Parole chiave Fratria. Disabilità mentale. Resilienza. Sviluppo psichico

I fratelli e le sorelle di un bambino handicappato (nota 1) o colpito da una malattia cronica si sono definiti essi stessi come gli "sconosciuti" dentro la storia della malattia o dell'handicap (1). In effetti gli studi si sono in gran parte dedicati all'impatto dell'handicap sul bambino colpito e sui suoi genitori e il vissuto (nota 2) della fratria (nota 3) è stato pressoché ignorato. Da poco tempo compaiono scritti che si centrano sulle ripercus-

sioni dell'handicap sui fratelli e le sorelle che vivono quotidianamente accanto a un bambino in difficoltà. Secondo Roeyers e Mycke (2), gli studi dedicati agli effetti dei bambini con handicap sul benessere dei loro fratelli e sorelle non handicappati o sulla qualità delle relazioni fraterne portano a risultati contraddittori che vanno da effetti chiaramente negativi (3) a effetti insieme positivi e negativi (4,5), a effetti francamente posi-

tivi (6). I diversi risultati trovati dalla ricerca possono essere spiegati parzialmente con le ipotesi diverse del ricercatore o con problemi metodologici quali la mancanza di un gruppo di controllo appropriato, le misure indirette fornite da genitori e insegnanti, la natura retrospettiva di alcuni studi. Nonostante la variabilità di questi risultati, la maggioranza delle evidenze empiriche raccolte suggerisce che un bambino handicappato in una famiglia esercita una influenza significativa sullo sviluppo psicosociale dei bambini sani.

Funzione delle fratria nello sviluppo psichico del bambino

Nella costruzione della psiche del bambino si pone l'accento soprattutto sulle relazioni stabilite tra questi e i suoi genitori. Peraltro i legami fraterni vissuti nell'infanzia marcano anch'essi il bambino nella strutturazione della sua identità e delle sue relazioni sociali e affettive. È all'interno della fratria che il bambino sperimenta i rapporti coi pari, si confronta con le idee e i sentimenti di aggressività e di rivalità, ma anche di affetto, di attaccamento, di solidarietà, di protezione e di apprendimento del condividere. È sempre all'interno della fratria che il bambino si apre alla complicità, alla scoperta dell'altro in quello che ha di simile e di differente da lui. Brusset (7) dice del fratello o della sorella che egli è "il somigliante troppo somigliante e insieme la scoperta dell'estraneo". Si può allora capire che quando "questo quasi uguale ma affatto diverso" è portatore di un handicap può comportare ripercussioni affettive e problemi nel bambino sano. Ma

Per corrispondenza:
Anne Witgens
e-mail: a.witgens@swing.be

saper fare

può anche portare ricchezze nuove alla relazione fraterna.

Fattori che influenzano le reazioni della fratria

Il modo in cui fratelli e sorelle si sviluppano in rapporto col loro fratello o sorella handicappata dipenderà da un insieme di fattori.

Fattori legati alla fratria

La genitura del bambino colpito ha la sua importanza nelle interazioni fraterne. Se è il primogenito, la situazione per i suoi fratelli e sorelle è spesso più facile da accettare, dal momento che non conosceranno mai nient'altro e che dovranno adattarsi sin dal primo momento a un fratello diverso. Ma per questo primogenito le questioni di rivalità potranno essere esacerbate dal fatto che suo fratello più giovane è sano, col timore eventuale di essere superato e di perdere il suo primo posto. Quanto all'ultimo figlio sano della fratria, egli può prendere coscienza poco a poco che non tutti i fratelli maggiori sono malati. Questo può suscitare in lui diverse domande, come il legame che esiste tra il diventare grandi e il diventare diversi. Può temere per la sua salute, soprattutto se l'eziologia dell'handicap del fratello primogenito non è stata discussa con lui. L'identificazione col primogenito è difficile, egli può rifiutarsi di crescere per paura di superare il primogenito, può rifiutare la competizione e provare delle difficoltà di esistere se non come fratello o sorella del primogenito handicappato.

Invece per un primogenito sano può essere difficile accettare allo stesso tempo una nuova nascita che modifica la dinamica familiare e l'arrivo di un handicap con tutte le preoccupazioni genitoriali che comporta. Per questo primogenito l'immagine dell'idealità genitoriale è colpita, ciò che provoca angoscia e depressione. Come può permettersi di esprimere la sua aggressività e la sua rivalità di fronte a un fratello minore handicappato e a genitori quasi disarmati?

Spesso la sorella maggiore assume maggiori responsabilità nelle cure dei fratelli di quanto non faccia un fratello maggiore o una sorella minore. I fratelli piccoli sono relativamente più privati delle

attenzioni genitoriali durante la loro infanzia e probabilmente meno preparati a capire le circostanze che circondano il bambino handicappato (4). Questa vulnerabilità appare più pronunciata nelle famiglie con soli due figli e nelle rare famiglie numerose con più di sette figli. Il sesso dei bambini ha pure una sua importanza. L'identificazione psicologica con un bambino handicappato può comportare maggiori problemi per fratelli dello stesso sesso che per fratelli di sesso opposto. Bisogna anche sottolineare l'effetto dell'età dei fratelli e delle dimensioni della famiglia. Nelle famiglie numerose pare ci siano sentimenti di minori difficoltà e fastidio rispetto al bambino handicappato (8).

Fattori legati al tipo di handicap

Nei suoi studi dedicati ai differenti tipi di handicap, Lobato (9) conclude affermando che in generale fattori differenti dalla diagnosi sono più importanti nel determinare il modo in cui la fratria sperimenta i problemi evolutivi e fisici del loro fratello o della loro sorella.

Tuttavia, quando si tratta di una patologia genetica, possono emergere domande sull'ereditarietà e sulla famiglia. Il fratello o la sorella può interrogarsi sul rischio di avere un giorno la stessa malattia o di trasmetterla. In maniera più sottile può domandarsi perché è stato risparmiato e se questo è stato giusto. Se è nato dopo il fratello malato, se ci sono state interruzioni di gravidanza prima della sua nascita, può chiedersi il significato e le implicazioni che ci possono essere a essere vivi e sani in quella famiglia: è proprio vero che io sono sano? Ne ho il diritto? Non ho un debito da pagare ai miei genitori, alla mia fratria, alla mia linea genealogica? Hanno delle aspettative speciali verso di me e sarò mai io in grado di rispondermi? Peraltro una eventuale patologia genetica può sommergere i genitori di vergogna e di sensi di colpa ad avere effetti diretti o indiretti sul modo di fare il genitore e di interagire con gli altri figli.

Fattori legati alle sindromi autistiche

Nelle famiglie dove un bambino è colpito da un disturbo autistico, le interazioni con la fratria sono diverse dalle intera-

zioni con bambini colpiti da altri disturbi evolutivi (8). Uno studio che confronta le interazioni dei bambini autistici con la fratria con quelle dei bambini Down con la loro fratria ha constatato che i bambini autistici trascorrono meno tempo con la loro fratria, utilizzano un repertorio più ridotto di iniziative prosociali e antagoniste verso la loro fratria e che li imitano di meno (10).

La fratria di questi bambini autistici soffre per i comportamenti strani del fratello, delle sue bizzarrie, del fatto di essere costretta a sorvegliarlo e di partecipare a certi compiti domestici. Manifesta tristezza di fronte al loro rifiuto relazionale (*"non vuole giocare con me, non accetta le mie carezze"*). È anche più imbarazzata in presenza di altri bambini, in particolare nei contatti con gli estranei, delle uscite coi familiari o in presenza di amici di casa. Tutte queste situazioni provocano a volte dei sentimenti di fastidio, di vergogna, di colpa, di difficoltà a tollerare la rigidità di certi rituali.

Antonio è un bambino autistico di 9 anni, primogenito di una famiglia di 4 fratelli. I suoi genitori sono preoccupati per il comportamento di Antonio che disturba soprattutto il fratello Tommaso di 7 anni. Antonio vuole essere sempre il primo. Si alza sempre molto presto per essere il primo a sedersi a tavola per la prima colazione. Vuole aprire la porta per primo, salire per primo in macchina. La presenza di Tommaso lo disturba. Tommaso accetta tutti i capricci del fratello malato ma si chiude in se stesso.

Secondo Roeyers e Mycke (2) la fratria è invece meno disturbata dalle aggressioni fisiche di questi bambini. Essi trovano anche una associazione positiva tra la comprensione della sindrome autistica da parte di fratelli e sorelle e la qualità della relazione tra il bambino malato e la fratria.

Fattori legati al vissuto genitoriale

Di tipo generale

Secondo Scelles (11) ciò che coinvolge di più i bambini è il modo in cui gli adulti reagiscono "alla comunicazione dell'handicap". La percezione genitoriale della patologia è fortemente influenzata dalle parole pronunciate in questa occasione dalla persona che le ha dette e dalle

trasformazioni che provocano sulla dinamica familiare. Marcelli (12) stima che le reazioni e la sofferenza di fratelli e sorelle dipendono a loro volta dal modo in cui i genitori elaborano psicologicamente la presenza del loro figlio handicappato.

L'immagine del bambino handicappato non ha la stessa rappresentazione nel fratello e nel genitore. Se il genitore soffre per le difficoltà attuali e anticipa le difficoltà future per il loro figlio handicappato, la fratria vive giorno per giorno i problemi. Ma percepisce l'atmosfera emotiva che circola fra i genitori e nella famiglia allargata rispetto a questo figlio e sarà molto sensibile a questa. Un elemento importante in questo senso è l'immagine dell'handicap portata all'esterno, le parole usate per parlare dell'handicap, la libertà di usare queste parole. Per Fisman e Wolf (13) il modo in cui genitori e famiglia considerano l'handicap e ne parlano all'esterno sembra più importante delle variabili statiche e oggettive dell'handicap stesso. Secondo loro lo stato emotivo e lo sviluppo del bambino sano dipendono dalla qualità della relazione e dal grado di supporto reciproco dei genitori. Essi sottolineano che un grado elevato di stress nella famiglia e nei due genitori, in particolare nella madre, si ripercuote tanto sul bambino sano che su quello handicappato.

Nelle famiglie con un bambino autistico

Nelle famiglie con un bambino autistico Helm e Kozloff (14) hanno descritto il modo in cui la famiglia si concentra a lungo sulle soluzioni a breve termine, che hanno effetti negativi a lungo termine tanto sul bambino autistico che sulla famiglia. La vita della famiglia gira intorno al bambino malato e le interazioni familiari all'interno e all'esterno sono alterate per fronteggiare tutti i bisogni immediati del bambino. Queste difficoltà sono ancora più pronunciate nelle famiglie in cui un genitore si trasforma nel terapeuta a tempo pieno del figlio malato.

Rimodellamenti della dinamica familiare

Qualunque handicap comporta una

disorganizzazione della dinamica familiare che era in piedi fino al momento del suo arrivo. Questa disorganizzazione evolve spesso lentamente e contraddittoriamente tra successi e insuccessi adattativi che si susseguono; si dirige verso uno dei due traguardi opposti inevitabili: la morte psichica o la *resilience*. *Resilience* è la capacità di una persona di superare le difficoltà e si riferisce, piuttosto che a un ritorno a uno stadio precedente, all'apertura verso una nuova tappa di vita che integra le conseguenze dei problemi precedenti con strategie che variano a seconda dei casi. È una reale capacità di crescita attraverso le difficoltà verso nuovi traguardi. Si costruisce attraverso l'interazione della persona col suo ambiente (15). È dunque una capacità di fare perno sulle risorse interne ed esterne di fronte alle avversità per ripartire verso il futuro. All'altro estremo si trova invece il mondo psichico familiare totalmente assorbito dall'handicap, incapace di farvi fronte, di tendere la mano verso le risorse esterne e di mobilitare le risorse interne: più nessuno, sano o handicappato, trova la forza di investire di nuovo nella vita. La salute mentale della fratria è in questo caso compromessa.

Quanto stiamo per descrivere varia nel tempo, è suscettibile di miglioramenti e aggravamenti e di fluttuazioni dipendenti da una serie di variabili, quali l'età del bambino, il suo posto nella fratria, il momento del ciclo vitale familiare, il significato che la malattia assume nell'economia psichica della famiglia (16).

Polo positivo: mantenimento ed evoluzione della salute mentale della fratria

Di tipo generale

La *resilience* esiste nella fratria con intensità più o meno grande. La fratria sviluppa ulteriormente la sua autonomia a volte con velocità superiore a quella di altri. Questo vissuto di autonomia non significa tuttavia né solitudine né impossibilità di chiedere aiuto per sé: la fratria anzi sa volgersi verso i genitori per chiedere aiuto e affetto.

Certi bambini svilupperanno una vera solidarietà fraterna e familiare in cui con-

divideranno ogni sorta di complicità. La fratria costituisce allora non solo una presenza amicale, un sostegno e un aiuto per il bambino handicappato ma anche un elemento di forza, di slancio vitale, una riserva di piaceri piccoli e grandi; può dare al bambino handicappato la voglia di investire nelle relazioni: e tutti insieme genereranno l'energia necessaria per mantenere la famiglia in piedi attraverso tutte le difficili tappe da percorrere.

Questa esperienza in cui la fratria è confrontata con la diversità può essere vissuta positivamente da questa e dal bambino malato nel senso appunto che contribuisce ad arricchire la maturità, la capacità di far fronte alle avversità, la compassione, la tolleranza, la riflessione sul senso della vita e dei valori umani. Lobato e coll. (17) evidenziano l'alto numero di interazioni positive tra i fratelli. I fratelli dei bambini handicappati fanno più giochi paralleli e giochi sociali, sono più attenti ai desideri degli altri, non hanno tendenza a essere aggressivi, a comandare o a rimproverare. Molti genitori stimano anche che i loro figli sani sono rafforzati da questa esperienza con un fratello handicappato e che sviluppano più dei coetanei una compassione vera per le persone più deboli ed emarginate.

Nelle sindromi autistiche

McHale e coll. (18) hanno interrogato i fratelli e le madri di bambini con autismo, con ritardo mentale e di un gruppo di controllo. Hanno messo in evidenza relazioni positive nelle diverse fratrie senza alcuna differenza fra i gruppi. Gli elementi propri di una percezione positiva sono in ogni caso l'accettazione del bambino come membro della famiglia, la percezione bassa di favoritismi parentali, una assenza di inquietudine per il futuro, buone capacità di adattamento, la comprensione del tipo di disturbo del bambino e le risposte positive dei genitori e degli altri fratelli verso l'autismo o il ritardo mentale. In un suo studio Kaminsky (8) riporta un minor numero di comportamenti prosociali nella fratria dei bambini autistici e meno competizione e litigi nelle loro relazioni fraterne rispetto al gruppo di controllo.

Polo intermedio: adattamento più o meno riuscito

In questo paragrafo descriviamo quei fenomeni adattativi che si sviluppano rispetto a un desiderio o a una richiesta di occupare un posto migliore nella fratria o di ricevere una maggiore attenzione. È sempre arbitrario tracciare il confine tra normalità e patologia di un comportamento. Alcuni di questi fenomeni sarebbero percepiti da alcuni come normali e da altri come patologici. È chiaro che più occupano spazio nella vita del bambino e più tenderanno a collocarsi sul versante patologico.

Parentificazione

Il fratello vuole comportarsi come un genitore iperresponsabilizzato, preoccupato da quello che non va, impegnato a colmare tutte le insoddisfazioni, a consolare, a risolvere i problemi di famiglia. Questa parentificazione può essere stimolata attivamente dai genitori o provocata involontariamente da momenti di depressione e di impotenza che attraversano. Il bambino trova una soddisfazione in questo ruolo, che rompe con la sua infanzia e lo proietta in un mondo di doveri e devozioni perpetue. Come sottolineano Ferrari e coll. (19), se a volte si tratta di una autentica maturazione del sé, più spesso si tratta di un adattamento di superficie e della costruzione di un falso sé che nasconde profondamente un profondo nucleo depressivo.

Nelle fratrie dei bambini autistici, soprattutto nei primogeniti, lo sviluppo di una parentificazione è frequente.

Ogni mattina Maria, di 10 anni, cambia suo fratello autistico di 3 anni e gli prepara il biberon. Gli mette la sua videocassetta preferita per permettere a sua mamma, sopraffatta dall'handicap, di fare colazione con calma.

Desiderio di migliorare la propria immagine

Sia per rivalità col fratello handicappato che per amore filiale, il fratello sano può provare il desiderio di dare una eccellente immagine di sé, di brillare. Si sforza allora di realizzare il più possibile ciò che pensa i suoi genitori si aspettino da lui. Brillando ai loro occhi, in una maniera o nell'altra, il bambino si sente appa-

gato nell'aver compiuto la sua missione riparatrice. Non sempre è così: altri si sentono colpevoli di avere cercato di mettere in ombra il fratello handicappato col loro comportamento eccellente e virano verso comportamenti opposti spiacevoli o inaccettabili.

Sentimento di trascuratezza

La preoccupazione parentale per il bambino handicappato può dare alla fratria la sensazione che i genitori non hanno più tempo da dedicargli. Si forma il dubbio sull'uguaglianza dell'amore distribuito dai genitori fra tutti o sulla giustizia che permea i loro comportamenti differenziati. La fratria vorrebbe che ci si occupasse di lei come ci si occupa del bambino handicappato, ma non osa dirlo che molto raramente.

“Ma siccome mio fratello era malato, io dovevo per forza essere felice! Sii felice che tu sei fortunata, mi dicevano tutti. Certo, ma così io ero ridotta al silenzio nel nome di una normalità che ti impone sempre di dire grazie, grazie di avermi dato delle gambe per camminare e una testa per pensare?” (20).

Quando il bambino ha un handicap che necessita di pesanti cure quotidiane, le attese e i problemi degli altri figli possono passare inosservati. Il silenzio spesso regna intorno ai figli sani, che non sono autorizzati ad ammalarsi. Si constata allora una specie di collusione implicita e inconsapevole del gruppo familiare per ignorare, se non negare a volte contro ogni evidenza, l'esistenza di difficoltà nella fratria. Tutto succede come se la famiglia, in ragione del sacrificio di uno dei suoi membri sull'altare della malattia, dovesse per questo essere protetta da ogni attacco maligno nel resto del suo corpo presumibilmente sano (19).

Secondo De Meyer (21) questo sentimento di essere trascurato a causa del tempo consacrato al fratello malato si verifica circa in un terzo dei fratelli e sorelle di bambini autistici.

Esperienze di angoscia

Le esperienze di angoscia variano nel tempo in funzione dell'età del bambino e delle fasi attraversate dalla famiglia. Innanzitutto il bambino prova angoscia rispetto a se stesso. Molti fratelli e sorelle

le si chiedono in che cosa il loro fratello sano è come loro e in che cosa è diverso. Si chiedono ciò che sente, che vuole, che pensa di diverso dai bambini normali. Se da un lato vorrebbero che fosse come loro senza handicap, dall'altro temono sopra ogni altra cosa di essere handicappati, tanto più che a volte hanno l'impressione che gli altri li percepiscono così (11). Ma l'angoscia può riversarsi anche sul fratello handicappato, il timore rispetto al suo futuro. Talvolta l'angoscia si riversa anche sui genitori, soprattutto quando questi si mostrano abbattuti da una cattiva notizia, dalla pesantezza della situazione o dal peso dell'inquietudine per il futuro. Fratelli e sorelle possono lasciarsi pervadere dalle stesse angosce dei genitori e portarle con sé, con la sottile differenza che loro non sono in grado di capire tutte le parole e tutte le implicazioni comprese dagli adulti. Questi bambini vedono i loro genitori perdere la loro onnipotenza poiché non possono guarire l'handicap e ne restano sopraffatti. All'estremo possono persino temere che i loro genitori non reggano, che muoiano e che si trovino così come bambini abbandonati senza più nessuno che si occupi di loro.

Vergogna e colpa

“L'avventura, il coraggio, la fantasia si fermavano davanti all'uscio di casa nostra. Quando rientravamo a casa, nessuno rientrava con me, nessuno osava entrare nella stanza dove lui stava, quel fratello diverso dagli altri” (22).

Quando l'handicap è nascosto agli estranei e vi è l'obbligo di conservare questo segreto, la fratria può provare vergogna ad avere un fratello handicappato. Vi è l'interdizione implicita o esplicita di non parlarne ai compagni e in un tale contesto ve ne è pure l'incapacità perché in famiglia c'è l'abitudine a non parlarne e a non rispondere alle domande e alle preoccupazioni dei fratelli. La fratria può sentirsi obbligata a rispondere con menzogne a certe domande, a nascondere le difficoltà del bambino, a proteggerlo senza riuscire a spiegarlo e talvolta al prezzo di farsi punire. Il bambino sano evita di far venire degli amici a casa, si isola dai compagni. L'handicap è allora vissuto come una tara familiare, che bi-

sogna sopportare in silenzio, vergognosamente, ciascuno nel proprio angolo. Non è raro che una colpa talora vaga, talvolta precisa e intensa, si aggiunga alla vergogna. Di fronte all'assenza di informazioni, ciascuno costruisce la propria teoria. E questa occasionalmente mette in gioco comportamenti passati o presenti all'interno della famiglia e spesso comportamenti del fratello sano stesso!

Magie di fronte all'impotenza

“Se avessi una bacchetta magica, guarirei mio fratello”: questo desiderio di trovare un modo miracoloso per guarire il fratello malato è presente talvolta intensamente in molti fratelli e sorelle. Pregare, compiere un rito magico, darsi una certezza illusoria (“quando accadrà la tal cosa, lui guarirà”) fino al punto di un sacrificio al posto suo, figurano tra i mezzi cui la fratria ricorre spesso segretamente; quando sono piccoli, i fratelli ricorrono anche alla loro fantasia inesauribile per trasformarsi in eroi alla conquista della pozione magica capace di guarire ed eliminare la malattia dalla casa. Lentamente la fratria si rende conto che, nonostante i suoi intensi desideri, mai gli sarà concesso un tale potere. Subentrano allora il senso di impotenza, la perdita del potere della immaginazione, che poco a poco vanno accettati.

Polo patologico: compromissione della salute mentale della fratria

Rabbia e senso di ingiustizia lungamente rimosso

“Sono soltanto il fratello di un handicappato. Mi hanno rubato la mia infanzia”. Queste riflessioni, anche se vengono da lontano, spesso emergono solo in adolescenza e talvolta anche in tarda adolescenza. La fratria non comprende perché l'handicap ha colpito la sua famiglia, non accetta che la malattia modifichi la vita familiare soprattutto confrontandola con altre famiglie.

Nello stesso tempo la fratria sente talvolta i suoi genitori come ingiustamente esigenti nei più svariati ambiti: rendimento scolastico, faccende domestiche, responsabilità generali, regole da rispettare. La fratria vive queste richieste come ingiuste e senza compensazioni di sorta. Se il

bambino handicappato è visto come un piccolo tiranno che lede gli interessi altrui, il senso di ingiustizia sorge e si alimenta osservando minuziosamente tutte le differenze nelle reazioni dei genitori. Il bambino si costruisce una lista di ingiustizie sentite e vissute che gli impediscono di percepire anche gli slanci positivi provati dai genitori verso di lui. Portatore di una tale sofferenza, il bambino può deprimersi, convincersi sempre più che non vale niente, che non interessa a nessuno e lasciarsi andare. Può anche tentare di rivaleggiare col fratello malato, sentito come l'oggetto desiderabile dei genitori. Può far montare dentro di sé una aggressività vendicativa. Ma questa è raro che si esprima direttamente, piuttosto indirettamente col cattivo umore, gli insulti, l'oppositivismo, i rimproveri fatti ai genitori. Più spesso accanto all'aggressività crescono l'angoscia e il senso di colpa. Allora il bambino tenta di controllare le espressioni pubbliche della sua aggressività o di rimuoverle in maniera radicale al di fuori del campo della sua coscienza e di dargli delle derive del tutto inconse lesive per sé e per gli altri: insuccessi scolastici, comportamenti antisociali ecc. Queste tendenze si ritrovano con maggiore frequenza nella fratria dei bambini autistici (20).

Modi patologici di attirare l'attenzione su di sé

In alcuni casi si sviluppa una rivalità negativa tesa ad accentrare l'attenzione dei genitori attraverso disturbi del comportamento o attraverso sintomi psicosomatici: amplificano ciò che sentono in occasione di piccole malattie intercorrenti oppure si creano dei disturbi di cui non è facile determinare se si tratti di condizioni psicosomatiche o di vere e proprie simulazioni. Rivaleggiano col fratello handicappato sullo stesso terreno della malattia e rivendicano gli stessi suoi privilegi. Altri presentano problemi a scuola con la stessa intenzione di attirare le preoccupazioni verso di loro, ma nel contempo rinforzando la disistima per se stessi e identificandosi col fratello malato. Questi vissuti di ingiustizia e di richiesta di attenzione genitoriale ci rimandano tutti ai sentimenti ambivalen-

ti che la fratria prova verso il bambino handicappato. Sono fianco a fianco il desiderio di essere migliori e più perfetti col senso di colpa conseguente e il desiderio di generare problemi allo scopo di monopolizzare l'attenzione perché il bambino è convinto che i genitori hanno di lui ormai una immagine negativa di bambino cattivo o incapace. Le sottili espressioni emotive e comportamentali di questa ambivalenza spesso non sono comprese né dalla famiglia né dall'ambiente.

Conformismo

“Non è forse una infanzia rubata quella che non può viverci perché è obbligatorio crescere subito e in fretta? E spesso questo gli adulti non sono capaci di vederlo. Al contrario amano questi bambini saggi e responsabili che riflettono troppo e dimenticano di essere ingenui! Nessuno si preoccupa mai abbastanza di queste strane disarmonie, di questa strana maturità apparente e ingannatrice” (23).

Quando sentono il peso delle preoccupazioni familiari, alcuni fratelli adottano una attitudine di ripiegamento, di stanziamento. Il loro conformismo entro certi limiti può essere una reazione salutare normale, ma a volte diventa eccessiva. Allora fratelli e sorelle agiscono con una cautela intensa e onnipresente e vivono nel timore perenne di disturbare i loro genitori già così sofferenti. Obbediscono. Rispondono alle aspettative degli adulti ma non esprimono le loro emozioni negative, le loro differenze, le diverse facce della loro personalità. L'angoscia e la colpa li tengono lontani dal dare qualunque preoccupazione ai genitori. Da piccoli adulti prendono tutto su di sé, inibendo parti profonde della loro personalità, e costruendosi intorno una corazza. Alcuni si sentono ansiosi per il non fare mai abbastanza, preoccupati di dispiacere ai propri genitori e di perderne l'affetto, colpevoli di non essere stati perfetti: questi sono vissuti sicuramente patologici.

Senso di colpa patologico

Ogni bambino è geloso del proprio fratello o della propria sorella, anche sul piano fantastico. Egli immagina di far del male a colui del quale è geloso, vor-

rebbe che gli capitassero delle disgrazie, che morisse, che scomparisse.

Quando il bambino oggetto della gelosia si ammala, il bambino geloso può immaginare che i suoi cattivi pensieri si sono realizzati, che è stata la forza dei suoi pensieri a provocare la malattia. Si sente colpevole ed è sommerso da un peso più forte di lui.

D'altro canto fratelli e sorelle possono anche sentirsi colpevoli di non essere sufficientemente buoni per soddisfare i loro genitori. Si rimproverano di non far fronte alle loro aspettative.

“Dovevo riparare per far fronte ai sensi di colpa per essere stato risparmiato dai fulmini divini. Ero quella che doveva curare la ferita, compensare l'assenza, placare il lutto della famiglia attraverso la mia presenza rassicurante e soddisfacente di figlio sufficientemente buono” (23).

Le manifestazioni cliniche del senso di colpa sono polimorfe e non specifiche: segni di angoscia fino all'angoscia di morte; segni della cattiva immagine di sé; depressione; segni di autopunizione; gli incidenti ricorrenti; il negativismo.

Conclusione

L'arrivo di un fratello o di una sorella con handicap mentale stravolge le dinamiche familiari e fraterne. Il vissuto della fratria si esprime con modalità differenti, che vanno dall'arricchimento dei valori umani a segni francamente patologici, passando attraverso adattamenti intermedi più o meno riusciti. Di fronte a questi diversi modi di reagire, che abbiamo ritrovato nella letteratura come nella nostra esperienza clinica, ci pare evidente la necessità di includere i fratelli e le sorelle nel percorso terapeutico del bambino handicappato. Ciò non significa una presa in carico terapeutica, ma pensare alla loro presenza e ai loro eventuali bisogni. Ciò comporterà per alcuni di loro semplicemente una nostra disponibilità e per altri invece un cammino psicoterapeutico vero e proprio.

Se il bambino handicappato ha un disturbo autistico, la fratria si rivela in genere più sensibile al rifiuto relazionale, alla rigidità di certi comportamenti, all'assenza comunicativa, alla pervasività di certi comportamenti stereotipati del-

l'handicap. È importante che fratelli e sorelle possano disporre di luoghi propri in cui poter esprimere la loro tristezza o la loro angoscia davanti a un fratello che non risponde loro, che non entra in relazione. È importante che partecipino ad attività familiari in assenza del bambino malato. È indispensabile allora creare dei luoghi e dei momenti protetti, qualche sera e qualche fine settimana, in cui i genitori possano essere interamente disponibili per la fratria sana. Anche i gruppi di fratelli e sorelle sono utili da organizzare per permettere loro di parlare dei loro differenti vissuti all'interno delle loro famiglie. Nel fare ciò, ovvero delle proposte terapeutiche ai fratelli dei bambini autistici, individuali o di gruppo, occorre rispettare e tener conto dei loro desideri. La domanda di salute dei fratelli può anche cambiare in funzione dell'età e delle fasi del ciclo di vita di quella famiglia.

In ogni caso sta a noi interrogare i genitori sul bambino in difficoltà ma anche sul vissuto della fratria; sta a noi aiutarli ad ascoltare tutti e a noi stessi ascoltarli.

Note

- (1) Per handicap ci riferiamo alla definizione dell'OMS (24) secondo la quale si tratta di una somma di difficoltà durevoli o temporanee che risultano da un deficit (limitazione di una struttura o di una funzione anatomica, fisiologica o psicologica) o da una incapacità (limitazione dell'attività) che si traducono nella impossibilità totale o parziale di occupare il ruolo atteso o desiderato dall'individuo nella società. Essendo l'handicap la conseguenza del deficit o della incapacità nel quadro della vita sociale, professionale e affettiva, ogni malattia cronica può comportare un handicap.
- (2) Per vissuto intendiamo i sentimenti, le immagini, le rappresentazioni mentali, legate al disturbo ma anche alle retroazioni familiari e ambientali che induce.
- (3) Fratria è l'insieme dei fratelli e delle sorelle del bambino, anche se sappiamo che ci sono certo delle differenze individuali tra loro; ne fanno parte anche i cosiddetti fratellastri, che appartengono a famiglie ricomposte ma che vivono sotto lo stesso tetto.

Bibliografia

- (1) Delauze C. *Le couloir de la nuit*. Hachette Ed, 1983.
- (2) Roeyers H, Mycke K. Siblings of a child with autism, with mental retardation and with normal of development. *Child Care Health Dev* 1995;21: 305-19.

- (3) Bagenholm A, Gillberg G. Psychosocial effect-son siblings of children with autism and mental retardation: a population-based study, *J Ment Def Res* 1991;35:291-307.
- (4) Breslau N, Weitzman M, Messenger K. Psychologic functioning of siblings of disabled children. *Pediatrics* 1981;67:344-53.
- (5) Lobato D, Barbour L, Hall L.J, Miller C.T. Psychosocial characteristics of preschool siblings of handicapped and non handicapped children, *J. Abn Child Psych* 1987;15:332-8.
- (6) Mates T.E. Siblings of autistic children: their adjustment and performance at home and in school. *J Autism Develop Dis* 1990;20:545-53.
- (7) Brusset B. Le lien fraternal et la psychanalyse. *Psychanalyse à l'université*, 1987;12:5-43.
- (8) Kaminsky L, Dewey D. Siblings relationships of children with autism. *J Autism Develop Dis* 2001;31:399-410.
- (9) Lobato D. Siblings of handicapped children: a review. *J Autism Develop Dis* 1983;13:347-65.
- (10) Knott F, Lewis C, Williams T. Sibling interaction with learning disabilities: a comparison of autism and Down's syndrome. *J Child Psychol Psychiat* 1995;36:965-76.
- (11) Scelles R. *Fratrie et handicap*. L'Harmattan, Paris Ed 1997.
- (12) Marcelli D. Etude clinique de la fratrie de l'enfant handicapé. *Sem Hop* 1983;12:845-9.
- (13) Fisman S, Wolf L. The handicapped child: psychological effects of parental marital and sibling relationships. *Psychiatric Clinics of North America* 1991;14:199-217.
- (14) Helm D.T, Kozloff M.A. Research on parent training, shortcomings and remediation. *J Autism Develop Dis* 1986;16:1-20.
- (15) Vanistendael S. Prevenir le trauma d'une agression sexuelle: un éclairage à partir de la résilience. In: Poilpot M.D. (Ed) *Souffrir mais se construire*. Ramonville Erès Ed, 1999:107-23.
- (16) Serrano J.A. Le processus d'adaptation du système familial. In: Dell'Acqua U, Paulhus E, Serrano J.A. *Face à l'enfant qui souffre*. Fleurus, Paris 1989:57-82.
- (17) Lobato D, Miller C, Barbour L, Hall L, Pezzullo J. Preschool siblings of handicapped children: interactions with mothers, brothers and sisters. *Res Devel Dis* 1991;12:387-99.
- (18) McHale S.M, Sloan J, Simeonsson R.J. Sibling relationships of children autistic, mentally, retarded and non handicapped brothers and sisters. *J Autism Develop Dis* 1986;16:399-413.
- (19) Ferrari P, Crochette A, Bouvet M. La fratrie de l'enfant handicapé, approche clinique. *Neurops Enf Adol* 1988;36:19-25.
- (20) Gold N. Depression and social adjustment in siblings of boy with autism. *J Autism Develop Dis* 1993;23:147-63.
- (21) De Meyer M.K. Comments on siblings of autistic children. *J Autism Develop Dis* 1979;9:296-8.
- (22) Saint-Bois D. Dire l'exil d'un frère et l'enfance brisée. In: Gardou C. (Eds) *Frères et sœurs de personnes handicapées*. Ramonville Erès Ed, 1997:73-90.
- (23) Baudrand S. Se séparer pour s'aimer. In: Gardou C. et al. (Ed) *Frères et sœurs de personnes handicapées*. Ramonville-Erès Ed. 1997:73-90.
- (24) Wood PHN. Classification of impairments and handicaps. *Ginevra, OMS*,32-7.

IL CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO

Il **Centro per la Salute del Bambino (CSB)** è una organizzazione non lucrativa di utilità sociale (ONLUS) fondata nel 1999 da un gruppo di operatori, in primo luogo pediatri, attivi nel campo della salute del bambino.

La missione fondamentale del Centro è quella di promuovere ricerca, formazione e interventi di efficacia dimostrata in aree orfane di attenzione, quali i programmi di prevenzione nelle prime epoche della vita e in adolescenza.

A questo fine il Centro si propone di favorire la collaborazione tra operatori e servizi diversi, fornendo documentazione, occasioni di confronto, percorsi di formazione e di ricerca e supporto alla progettazione di interventi integrati.

Il Centro svolge la propria attività in collaborazione con Enti pubblici e privati, Associazioni, Società scientifiche, Fondazioni, Istituti di Ricerca, Agenzie Governative e non, nazionali e internazionali.

LE ATTIVITÀ PRINCIPALI

1. Ricerca e documentazione

- Conduzione, partecipazione e supporto a progetti di ricerca
- Collaborazione con il progetto finalizzato del Ministero della Salute "Sviluppo e valutazione di interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile"
- Coordinamento della ricerca ACP "Studio collaborativo di verifica dell'applicabilità di linee guida in pediatria ambulatoriale. L'esempio dell'otite media acuta"
- Ricerca sulle abitudini alla lettura ai bambini, in collaborazione con "Nati per Leggere"
- Pubblicazione biennale, in collaborazione con ACP, del Rapporto sulla salute del bambino in Italia

2. Formazione e aggiornamento

- Corsi di formazione rivolti a operatori sanitari dell'infanzia (pediatri, neuropsichiatri, riabilitatori, ostetriche e ostetrici-ginecologi, psicologi, infermieri, educatori)
- Corsi multidisciplinari sull'abuso e il maltrattamento dei minori per operatori delle aree socio-sanitaria, socio-educativa e giudiziaria
- Corsi per operatori con responsabilità dirigenziali nel settore materno-infantile
- Corsi per operatori sanitari e sociosanitari per le cure agli adolescenti (adattamento del curriculum elaborato a livello europeo dal programma EuTeach)
- Corsi su ricerca e sperimentazione clinica in pediatria ambulatoriale

- Corsi per operatori sanitari su promozione e pratica dell'allattamento al seno
- Corsi per "peer counsellor" sull'allattamento al seno
- Pubblicazione bimestrale di una Newsletter in collaborazione con ACP "La sorveglianza della letteratura per il pediatra"

3. Sviluppo di servizi e progetti

- Attività di formazione e sviluppo di strumenti educativi rivolti a genitori, pianificazione e valutazione di programmi e servizi nell'area materno-infantile, attività di supporto tecnico per programmi di cooperazione sanitaria internazionale, interventi diretti di cooperazione e solidarietà
- Iniziativa "Nati per leggere"
- Progetto "Genitori quasi perfetti" di supporto alla funzione genitoriale
- Collaborazione al progetto della Regione Calabria "Assistenza domiciliare al puerperio"
- Collaborazioni con Aziende sanitarie ed Enti locali per programmi di prevenzione
- Percorsi formativi per operatori sanitari sull'allattamento al seno
- Collaborazione con la Provincia di Perugia per la costituzione e la formazione di un gruppo interdisciplinare sull'abuso all'infanzia

Centro per la Salute del Bambino ONLUS

Via dei Burlo, 1 - 34123 Trieste

Tel 040 3220447 - 040 300551

Fax 040 3224842

e-mail: csb.trieste@iol.it

<http://www.salutedelbambino.it>

PROGETTO PER LA LETTURA AI BAMBINI DAL PRIMO ANNO DI VITA

Leggere e raccontare storie ai propri figli piccoli è un metodo per rafforzare la relazione e rinsaldare i legami familiari. È un fatto evidente e intuitivo; ci sono però, anche alcuni dati sperimentali che lo comprovano. Le famiglie dove ci sono e si leggono libri dimostrano di avere maggiori risorse umane e sociali, maggiore "capitale sociale" (Pediatrics 1999;103 e 55).

La lettura ad alta voce di libri per bambini molto piccoli correla con lo sviluppo precoce del linguaggio, sia percettivo che espressivo (J Speech Hear Res 1994;37:583).

È possibile promuovere attivamente la lettura ad alta voce: fornire libri ai genitori durante le visite del pediatra e ripetere il consiglio di leggere ad alta voce anche nelle visite successive (Arch Pediatr Adolesc Med 1998;152:459 Am J Dis Child 1991;145:881), è uno strumento per istituire e rafforzare questa consuetudine che si è rilevata efficace anche nelle famiglie svantaggiate. Le strategie possibili, attuabili in Italia e già sperimentate altrove, sono dunque:

- la lettura ad alta voce praticata da volontari nelle sale d'attesa di ambulatori, consultori, sedi vaccinali, oltre che ovviamente nei reparti ospedalieri;

- i consigli forniti ai genitori, dai pediatri e dalle infermiere durante i bilanci di salute. Un progetto che coinvolge i pediatri nella promozione della lettura ai bambini in epoca precoce è stato messo a punto da Associazione Italiana Biblioteche e Associazione Culturale Pediatri, con la collaborazione del Centro per la Salute del Bambino. Le Indicazioni e il materiale necessario saranno presto distribuiti a tutti i gruppi e ai singoli che ne fanno richiesta.

Per Informazioni:
csb.trieste@iol.it



nati
per
leggere

Associazione Italiana Biblioteche

Associazione Culturale Pediatri

Centro per la Salute del Bambino