

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



185 Editoriale: La "Carta di Firenze" impegno ACP **186** Lo sport quando cura e quando dà patologia **191** Una politica per le diseguaglianze **194** La progettazione di "reti curanti" per malattie croniche **200** Polio, rosolia, influenza: facciamo il punto **201** Film **202** Nati per Leggere **206** Lettura al bambino e attaccamento **210** La Musica in Ospedale **212** Libri **214** Info **216** Il Lazio regala un DVD discutibile **218** L'allattamento al seno è un fattore protettivo per l'obesità? **221** Saper comunicare con i genitori alla prima visita **224** Uno strano dolore di schiena **226** Grassi e calorie nei cibi McDonald's **228** Tenstories: Un altro tragico neo nell'assistenza sanitaria alle donne **229** La violenza in televisione

settembre-ottobre 2005 vol 12 n°5

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

La Rivista è indicizzata in EMBASE

Quaderni acp

website: www.quaderniacp.it

settembre-ottobre 2005 vol 12 n° 5

Editoriale

- 185 La "Carta di Firenze"
è un impegno dell'ACP
Michele Gangemi

Saggi

- 186 Lo sport: quando cura, quando dà patologia
*Lucetta Capra, Cristina Malaventura,
Cristina Host*

Salute pubblica

- 191 Una politica per le disuguaglianze
Giuseppe Cirillo

Organizzazione sanitaria

- 194 La progettazione e la gestione di
"reti curanti" per bambini
con malattie croniche
Massimo Farneti

Vaccinaci

- 200 Polio, rosolia, influenza: facciamo il punto
Luisella Grandori

Film

- 201 La storia di Brian in *Mysterious Skin*
Italo Spada

Nati per Leggere

- 202 Quanto si legge in Italia. Indagine di Liber
Red
202 Una indagine della Mondadori
Laura Tais
203 NpL in Basilicata
203 NpL in Campania
203 NpL in Veneto
203 Guarda che faccia
206 Lettura al bambino e attaccamento
Chiara Barbiero

Esperienze

- 210 La Musica in Ospedale.
Un progetto e i primi risultati
Alessandro Perondi

Libri

- 212 Raccontare la legalità di *AA.VV*
212 Il fuoriuscito di *Renzo Tomatis*
213 Bambini affittati di *Aldo Molinengo*
213 Nostalgia di *Antonio Prete*

Info

- 214 Lancet e il commercio delle armi
del suo editore
214 Tacrolimus e vaccinazioni
214 The US National Children Study
214 Liste di attesa
214 Integrare i trial clinici
con analisi economiche
215 Rifugiati e disordini mentali
215 Più bambini in Francia
215 Vioxx: ancora polemiche in USA
215 Test genetici fattincasa
215 Cervelli in fuga
215 Ticket in Germania
215 Non solo colpa nostra
215 Spot ed etichette

Lettere

- 216 Il Lazio regala un DVD discutibile
M. Ersilia Armeni

217 Ausili Didattici

Leggere e fare

- 218 L'allattamento al seno
è un fattore protettivo per l'obesità?
Laura Andaloro, Oriana Testagrossa

Narrative medicine

- 221 Saper comunicare con i genitori
alla prima visita
*Massimo Grimaldi, Michele Gangemi,
Federica Zanetto*

Il caso che insegna

- 224 Uno strano dolore di schiena
*Fabio Forte, Maria Cristina Mencoboni,
Emma Canosa, Carmela Di Lucca*

Informazioni per genitori

- 226 Grassi e calorie nei cibi McDonald's *Red*

Tenstories

- 228 Un altro tragico neo nell'assistenza
sanitaria alle donne
Stefania Manetti (a cura di)

Il punto su

- 229 La violenza in televisione.
Poco quel che si sa, meno quel che si fa
Giancarlo Biasini

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
september-october 2005; 12(5)

185 Editorial

The "Florence agreement":
a commitment for ACP
Michele Gangemi

186 Essays

Sport: able to cure and able to cause damage
*Lucetta Capra, Cristina Malaventura,
Cristina Host*

191 Public Health

Public health: a policy for inequalities
Giuseppe Cirillo

194 Health care system

Programme and management
of integrated health care system
for children with chronic diseases
Massimo Farneti

200 Vaccinacipi

Polio, rubella and influenza: lets make a focus
Luisella Grandori

201 Movies

206 Born to read

Child reading and attachment
Chiara Barbiero

210 Personal accounts

Music in Hospital.
A new project with its first results.
Alessandro Perondi

212 Books

214 Info

216 Letters

217 Didactic support

218 From literature to practice

Is breastfeeding protective against obesity?
Laura Andaloro, Oriana Testagrossa

221 Narrative medicine

Communicating with parents
during the first office visit
*Massimo Grimaldi, Michele Gangemi,
Federica Zanetto*

224 Learning from a case

A strange back pain
*Fabio Forte, Maria Cristina Mencoboni,
Emma Canosa, Carmela Di Lucca*

226 Informing parents

Dietary fats and calories in McDonald's foods
Red

228 Tenstories

Tragic blind spot in health care for women
Stefania Manetti

229 Appraisals

Violence on television.
Very little is known, even less is done
Giancarlo Biasini

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 P. Marginesu 8, 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
"Lezione di piano", Pierre-Auguste Renoir
1892, olio su tela. Museo D'Orsay, 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.

La "Carta di Firenze" è un impegno dell'ACP

Michele Gangemi
Presidente ACP

Parole chiave Etica. Relazione medico-paziente. Informazione al malato. Comunicazione

Il documento che riportiamo è stato presentato e approvato a Firenze da un gruppo multidisciplinare di medici e ha preso il nome di "Carta di Firenze".

1. *La relazione fra l'operatore sanitario e il paziente deve essere tale da garantire l'autonomia delle scelte della persona.*
2. *Il rapporto è paritetico; non deve, perciò, essere influenzato dalla disparità di conoscenze (comanda chi detiene il sapere medico, obbedisce chi ne è sprovvisto), ma improntato alla condivisione delle responsabilità e alla libertà di critica.*
3. *L'alleanza diagnostico-terapeutica si fonda sul riconoscimento delle rispettive competenze e si basa sulla lealtà reciproca, su un'informazione onesta e sul rispetto dei valori della persona.*
4. *La corretta informazione contribuisce a garantire la relazione, ad assicurarne la continuità ed è elemento indispensabile per l'autonomia delle scelte del paziente.*
5. *Il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura.*
6. *Una corretta informazione esige un linguaggio chiaro e condiviso. Deve, inoltre, essere accessibile, comprensibile, attendibile, accurata, completa, basata sulle prove di efficacia, credibile e utile (orientata alla decisione). Non deve essere discriminata in base all'età, al sesso, al gruppo etnico, alla religione, nel rispetto delle preferenze del paziente.*
7. *La chiara comprensione dei benefici e dei rischi (effetti negativi) è essenziale per le scelte del paziente, sia per la prescrizione dei farmaci o di altre terapie nella pratica clinica, sia per il suo ingresso in una sperimentazione.*
8. *La dichiarazione su eventuali conflitti di interesse commerciali o organizzativi deve far parte dell'informazione.*
9. *L'informazione sulle alternative terapeutiche, sulla disuguaglianza dell'offerta dei servizi e sulle migliori opportunità diagnostiche e terapeutiche è fondamentale e favorisce, nei limiti del possibile, l'esercizio della libera scelta del paziente.*
10. *Il medico con umanità comunica la diagnosi e la prognosi in maniera completa,*

nel rispetto delle volontà, dei valori e delle preferenze del paziente.

11. *Ogni scelta diagnostica o terapeutica deve essere basata sul consenso consapevole. Solo per la persona incapace la scelta viene espressa anche da chi se ne prende cura.*
12. *Il medico si impegna a rispettare la libera scelta dell'individuo anche quando questa sia in contrasto con la propria e anche quando ne derivi un obiettivo pregiudizio per la salute, o, perfino, per la vita del paziente. La continuità della relazione viene garantita anche in questa circostanza.*
13. *Le direttive anticipate che l'individuo esprime sui trattamenti ai quali potrebbe essere sottoposto, qualora non fosse più capace di scelte consapevoli, sono vincolanti per il medico.*
14. *La comunicazione multi-disciplinare tra tutti i professionisti della Sanità è efficace quando fornisce un'informazione coerente e univoca. I dati clinici e l'informazione relativa alla diagnosi, alla prognosi e alla fase della malattia del paziente devono circolare tra i curanti. Gli stessi criteri si applicano alla sperimentazione clinica.*
15. *La formazione alla comunicazione e all'informazione deve essere inserita nell'educazione di base e permanente dei professionisti della Sanità.*

La Carta nasce in un particolare momento del rapporto medico-paziente e della conflittualità legale in medicina. Le riflessioni su questi aspetti suscitano spesso nei medici sentimenti di fastidio e di rifiuto, che ostacolano il confronto su criticità e quesiti emergenti. Qualche osservazione.

- Il primo punto ribadisce l'autonomia delle scelte del paziente, che non può prescindere da una corretta informazione. Questa rivista ha dedicato ampio spazio a questo aspetto cruciale, analizzandolo sia per quanto riguarda i genitori che per ciò che riguarda il bambino.

- Il punto due sottolinea la necessità che il rapporto sia paritetico, nel senso della costruzione di una vera alleanza terapeutica: al rigore scientifico del medico deve affiancarsi la comprensione del punto di vista del paziente, delle sue aspettative, dei suoi obiettivi, da integrare nel processo di cura. Restituire le

informazioni, verificarne la comprensione, prevedere che il paziente riveda la soluzione individuata, invitarlo a metterla in atto caratterizzano un rapporto improntato alla condivisione delle responsabilità.

- Il punto cinque è cruciale: definisce il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione come tempo di cura. La fretta impedisce l'ascolto, non dà la possibilità di rispondere a ciascuno secondo le proprie esigenze. Lo evidenziano le registrazioni in ambulatorio. C'è poi un tempo interno, mentale: è la disponibilità del medico a concentrarsi sul suo interlocutore e a concedergli un tempo suo e a lui dedicato.

- Il punto otto affronta un aspetto critico, decisivo, dove le trasgressioni sono continue e dove il rigore non passa solo dalla propria coscienza personale, ma anche dal rispetto del paziente.

I punti successivi si occupano dell'importanza di un vero, consapevole consenso che non può derivare che da una condivisione delle scelte. Finisce il paternalismo per cui il medico sceglie per il bene del paziente. Viene promosso l'"empowerment": la possibilità per il paziente di operare scelte consapevoli che presuppone professionalità e attenzione al proprio ruolo da parte del medico.

È sottolineata l'importanza della comunicazione interdisciplinare tra tutti i professionisti della Sanità in modo da evitare non uniformità dei messaggi, le continue contraddizioni che alla fine ingenerano disorientamento nei pazienti.

- Il punto quindici, infine, sancisce che la formazione alla comunicazione e all'informazione deve essere inserita nell'educazione di base e permanente dei professionisti della Sanità. Le abilità comunicative non sono una presenza sicura nel "medico colto", né possono essere affidate all'istinto o all'attitudine dei singoli. Devono essere oggetto di percorsi formativi specifici.

Quale sarà la ricaduta nella pratica quotidiana dei principi enunciati nella "Carta di Firenze"? Da parte dell'ACP, e di questa rivista, continuerà la costante attenzione al tema della comunicazione e della cura e saranno promossi adeguati, specifici percorsi formativi. Perciò la Carta sarà presentata ai soci durante l'assemblea di Napoli e saranno chiesti la sua approvazione e l'impegno di applicarla nella pratica. ♦

Per corrispondenza:
Michele Gangemi
e-mail: migangem@tin.it

editoriale

Lo sport: quando cura, quando dà patologia

Lucetta Capra*, Cristina Malaventura**, Cristina Host**

* UO di Pediatria e Adolescentologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Arcispedale S. Anna, Ferrara

** Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Ferrara

Abstract

Sport: able to cure and able to cause damage

The benefits of exercise programmes in patients with chronic diseases are well known. Children and adolescents with asthma and diabetes can improve disease control with exercise training. Their fitness levels are comparable to those of healthy people. The paediatrician should be able to offer medical information to the athlete and his or her family not only about benefits of sports, but also about the risk or "overuse" injuries and the increasing use of performance enhancing substances in young athletes.

Quaderni acp 2005; 12(5): 186-189

Key words *Physical activity. Asthma. Diabetes. Over-training. Injury to musculoskeletal system*

Malattie croniche come asma e diabete riconoscono all'attività fisica una importante valenza terapeutica. Questi pazienti, se correttamente motivati, si applicano nelle attività sportive come i loro coetanei non affetti da patologia. Gli aspetti terapeutici dello sport devono essere conosciuti dal pediatra tanto quanto quelli dannosi causati dall'eccessivo allenamento e dall'uso di sostanze farmacologiche e/o integratori alimentari per migliorare le performance sportive.

Parole chiave *Sport. Asma. Diabete. Superallenamento. Danno muscolo-scheletrico*

Si diceva nel numero scorso di questa rivista (2005;4:140) che lo star bene e avere un corpo in forma dipende in larga parte dall'attività motoria. Anche per alcuni gruppi di malati l'attività fisica può essere uno strumento per raggiungere un maggiore "benessere" psicofisico. Dobbiamo anche dire che per gli adolescenti sani l'attività sportiva può diventare causa di danno soprattutto a carico del sistema muscolo-scheletrico. Il pediatra occupa una posizione importante come "prescrittore" di terapia non farmacologica, ma ha ancor più rilievo nella gestione di alcune malattie e come informatore dei possibili danni dell'attività sportiva di per sé o da sollecitazioni a essa correlate (eccessivo allenamento, assunzione di sostanze per il miglioramento della performance). Cerchiamo di vedere brevemente i due casi.

Lo sport che cura

Alcune situazioni patologiche come asma e diabete riconoscono allo sport vere valenze terapeutiche. La prevalenza di entrambe queste malattie ha indotto i

medici a occuparsi di vari aspetti del loro impatto sanitario e sociale. Il confronto tra i livelli di attività fisica fra bambini con e senza asma ha messo in evidenza che quelli con asma sono meno attivi dei loro coetanei; il timore dei genitori per la broncoostruzione da sforzo rischia di fare diventare l'asma una malattia invalidante (1). In realtà una regolare attività motoria e sportiva migliora sia le condizioni globali che la tolleranza allo sforzo se la malattia è mantenuta sotto un buon controllo clinico e farmacologico. Per attività come nuoto e corsa è stata documentata una diminuzione dei sintomi e della gravità dell'asma; esiste una correlazione inversa tra broncoreattività alla metacolina e ore settimanali di attività fisica (2-4).

L'allenamento progressivo abitua il ragazzo con asma a sforzi sempre più intensi, innalza la soglia asmogena e riduce l'uso di farmaci. Da queste considerazioni sono derivati sia l'utilizzo della valutazione del livello di attività fisica come indicatore del controllo dell'asma, e anche la definizione di una vera "sport therapy" come parte di un pro-

gramma di riabilitazione per bambini e adolescenti asmatici. Una metanalisi del 2000 su Sport Medicine ha evidenziato che l'allenamento regolare migliora l'adattamento cardiorespiratorio e la tolleranza allo sforzo, anche se non modifica la funzionalità polmonare alla spirometria (5). È chiaro comunque che nell'economia generale della cura di un bambino o di un adolescente asmatico il valore che deve dominare è quello clinico: diminuzione degli episodi di asma, consumo di farmaci ridotto, positivo effetto sull'autostima e sull'inserimento sociale. Una relazione è dimostrabile anche tra attività fisica e controllo del diabete. L'attività fisica è efficace nella prevenzione delle complicanze associate alla malattia e riduce significativamente il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 che è proprio dell'adulto, ma le cui segnalazioni vanno aumentando anche tra gli adolescenti (6). La forma assai più frequente in età evolutiva è il diabete di tipo 1. Numerosi dati dimostrano che i ragazzi con diabete che praticano regolare attività sportiva hanno un migliore controllo metabolico, un minore fabbisogno di insulina, un assetto lipidico più fisiologico rispetto ai loro coetanei che non la praticano (7). Anche qui, come per l'asma, perché si abbiano gli effetti dell'attività motoria, è necessario che la malattia sia in buon compenso metabolico e il ragazzo e la sua famiglia abbiano acquisito una buona conoscenza e capacità di gestire autonomamente la malattia. Che una buona attività fisica sia possibile in ambedue le patologie è dimostrato dai dati relativi alla popolazione che affrisce agli ambulatori della UO Pediatria dell'Ospedale di Ferrara e a quella di età comparabile non affetta da malattia censita dall'Assessorato allo Sport del comune di Ferrara (figura 1). Questa elevata frequenza è probabilmente dovuta al "rinforzo del messaggio" che viene applicato nella discussione del

Per corrispondenza:

Lucetta Capra

e-mail: cpl@dns.unife.it

piano terapeutico e nella verifica dell'autogestione. Si deve anche ricordare che nella popolazione generale, soprattutto in questi ultimi due anni, si rileva una riduzione della presenza in attività sportive organizzate proprio nella fascia di età tra i 5 e i 25 anni.

Meritano attenzione le opinioni sullo sport dei ragazzi con asma e diabete. Una più alta percentuale (36%) di ragazzi con asma, rispetto a quelli con diabete (12%), pur praticando sport, pensa che la malattia possa influire sul rendimento atletico (figura 2).

Del resto c'è ancora un'alta percentuale di medici (pediatri e non) che non si è convinta che l'attività motoria sia importante per il controllo della due malattie (figura 3). Oltre a queste malattie che si avvalgono di uno specifico effetto terapeutico dell'attività sportiva, ci sono altre condizioni in cui lo sport ha una valenza terapeutica in senso più lato che comprende, oltre al benessere psicofisico, una gratificazione personale, un'accresciuta autostima e un migliore inserimento sociale. Si può dire che in tutte le malattie croniche si possono scegliere attività sportive adeguate al tipo di compromissione e di coinvolgimento degli organi interessati.

La diagnosi e la terapia precoci e la continua evoluzione degli schemi terapeutici consentono, ora, il raggiungimento di una qualità della vita e di performances impensabili fino a un paio di decenni fa: ciò è accaduto per la fibrosi cistica e per molte cardiopatie congenite. In questo ambito esistono precisi programmi di riabilitazione e poi di inserimento in attività sportive di bambini e ragazzi con problemi neuroevolutivi, difetti di vista e di udito (congeniti o acquisiti), esiti neurologici, ossei o muscolari di grave patologia traumatica. Ogni punto di questo elenco meriterebbe una trattazione specialistica che va oltre lo scopo di queste note che sono necessariamente generiche. È tuttavia argomento che dovrà trovare spazio nel bagaglio culturale dei pediatri, specie di quelli più giovani che affronteranno una pediatria che cambia per età dei pazienti e spettro di patologie. La ricerca in medicina sportiva, soprattutto per quanto riguarda bambini e ragazzi, non ha seguito il passo

FIGURA 1: ATTIVITÀ SPORTIVA REGOLARE IN RAGAZZI SANI E MALATI

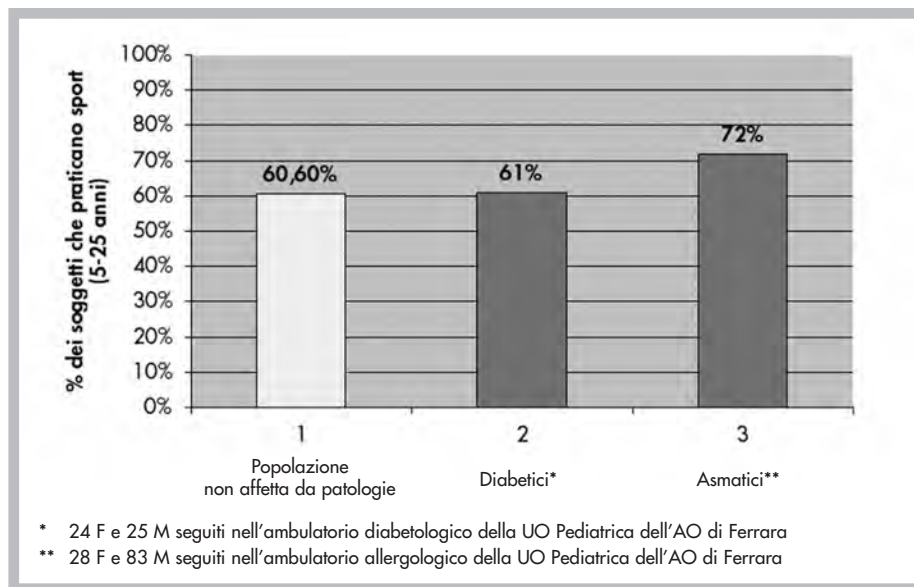


FIGURA 2: DIABETE E ASMA: RENDIMENTO SPORTIVO

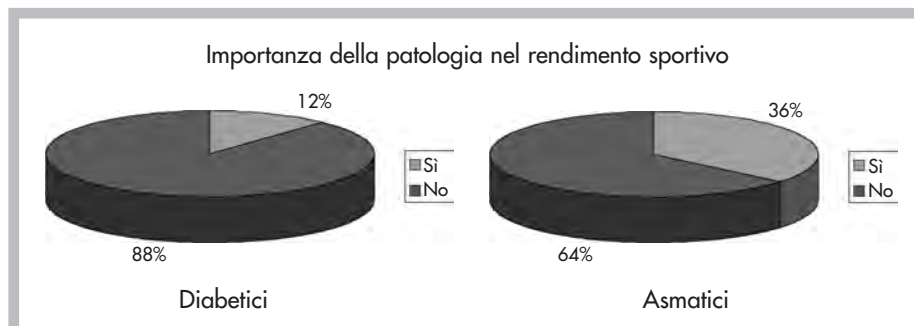
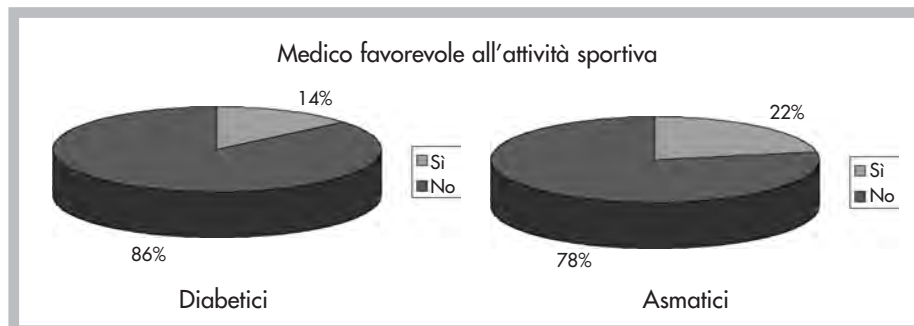


FIGURA 3: DIABETE ED ASMA: OPINIONE DEI PEDIATRI



dell'aumentato interesse, da parte dei diretti interessati e delle loro famiglie, nei confronti della partecipazione di atleti disabili a manifestazioni sportive. Il successo ottenuto ad Atlanta, a Sydney e ad Atene dai *Paralympics Games* riser-

vati a portatori di handicap, ha già portato alla creazione di gruppi di lavoro per l'individuazione di linee di comportamento nella valutazione, nelle tecniche di allenamento e nella terapia degli atleti disabili.

Lo sport che dà patologia

Nell'età che va dai 10 ai 16 anni i traumi e i microtraumi causati dall'attività sportiva superano quelli causati da incidenti della strada. In questa fascia di età ci sono ragioni legate alla crescita e alla struttura dell'osso che rendono alcuni tipi di lesione più frequenti e temibili. Per esempio il distacco epifisario e dell'apofisi di inserzione muscolo-tendinea è più frequente del danno dei legamenti ed è temibile perché il danno della cartilagine di accrescimento può avere ripercussioni sia sulla crescita dell'osso che sulla funzionalità dell'articolazione in età adulta. Ma a parte le ragioni anatomiche e fisiologiche che rendono conto delle patologie ortopediche da sport sono in aumento e sono in parte prevenibili i traumi da "eccessiva utilizzazione" (*overuse*) che possono riguardare sia i tessuti molli che l'osso.

Questo tipo di danno si verifica soprattutto all'inizio della stagione con un allenamento che si intensifica troppo rapidamente, e alla fine della stagione quando le gare o le manifestazioni di fine anno inducono "super allenamenti" alla ricerca di una super prestazione. L'insorgenza di questi problemi è spesso subdola e inizialmente il dolore passa durante il periodo di riposo, ma con l'andar del tempo diventa cronico e presente anche a riposo. La radiografia è quasi sempre negativa all'inizio dei sintomi mentre acquista significato nelle 3-4 settimane successive. Nella *tabella 1* sono riassunte le principali patologie da eccessivo utilizzo, alcune delle quali, come si vede, sono tutt'altro che banali e richiedono interventi specialistici.

Accanto a questi quadri ben definiti e che coinvolgono specifici distretti in rapporto al tipo di sport svolto ricordiamo la sindrome da iperallenamento, caratterizzata da dolori muscolo-scheletrici cronici e scarso rendimento sportivo.

È intuitivo che la prevenzione e la cura della patologia da eccessivo utilizzo consistono nel riportare l'attività fisica a livelli sopportabili con allenamenti adeguati, tempi di riscaldamento e raffreddamento rispettati, tempi di recupero incoraggiati e non assimilati a pigrizia. Molto meno immediata è la considerazione che la prevenzione dei traumi, e

TABELLA 1: PATOLOGIA DA STRESS MUSCOLO-SCHELETRICO

Spondilosi-spondilolistesi	<i>basket, pallavolo, ginnastica</i>
Osgood-Schlatter (distacco apofisi tibiale prossimale)	<i>attività con salti e squatting</i>
Frattura da stress della tibia prossimale	<i>aumento improvviso del livello di attività (frequente nelle atlete con amenorrea, osteoporosi, disturbi del comportamento alimentare)</i>
Frattura di Jones (V metatarso)	<i>ginnastica, calcio, corsa</i>
Frattura da stress del collo femorale	<i>corsa, marcia</i>
Sindrome del tensore della fascia lata	<i>corsa</i>
Tendinite patellare	<i>attività con salti ripetuti</i>
Osteitis pubis	<i>corsa di lunga durata</i>
Epicondilita laterale e mediale	<i>tennis</i>
Tendinite dei rotatori	<i>nuoto, tennis, lancio del peso</i>
Sindrome da compressione laterale (legamento ulnare collaterale e nervo ulnare)	<i>lancio del giavellotto, sollevamento pesi, tennis, anelli, parallele</i>

TABELLA 2: CLASSIFICAZIONE DELLE SOSTANZE DOPANTI

Ammesse con certificazione medica	Vietate
Steroidi	Anfetamine
ACTH	Cocaina
GH	Diidroepiandrosterone
Diuretici	Eritropoietina
Beta-agonisti	Gamma-idrossibutirrato
Beta-bloccanti	Narcotici
Anestetici locali	
Teofillina	

non solo da "eccessivo utilizzo", passa per la valutazione di tutto il complesso di strutture, persone e attrezzature che hanno a che fare con l'attività sportiva.

È un programma di prevenzione che parte da lontano, fin dalla formazione offerta agli istruttori e allenatori e, parallelamente, dalle informazioni date ai genitori e ai ragazzi con una reciproca assunzione di responsabilità. Il programma deve continuare con la garanzia di sicurezza degli impianti (terreni e pavimentazioni idonei, rispetto degli spazi di caduta, manutenzione delle attrezzature) con conoscenza e verifica di adegua-

tezza dei materiali (calzature, indumenti, ausili di protezione come casco e ginocchiere).

Il bambino tende ad accettare situazioni di rischio perché non le riconosce come tali, l'adolescente tende ad accettarle per sfida ed entrambi hanno una minore percezione della fatica. Entrambi hanno una minore capacità di termoregolazione rispetto all'adulto: questo è un altro motivo per il quale lo sport può causare patologia, nozione che deve essere conosciuta e tenuta in considerazione dai pediatri e dagli allenatori. La percezione dei danni da alterata termoregolazione

deve tener conto del vestiario, della necessità di un periodo di acclimatazione e di un riscaldamento che preceda lo sforzo vero e proprio, del rischio di esposizione a temperature estreme durante uno sforzo fisico e di un'adeguata idratazione. Ugualmente devono essere noti, e quindi tempestivamente riconosciuti, i sintomi da eccessivo riscaldamento (cefalea, brividi, nausea, erezione dei peli) e da eccessivo raffreddamento (euforia o disorientamento, seguiti da apatia) con particolare attenzione a quelle condizioni che di per sé alterano le capacità dell'organismo di adattarsi allo sforzo; è il caso dell'obesità che è una situazione in cui l'attività fisica viene contemplata all'interno di un programma terapeutico.

Il doping

Infine, una grande attenzione deve essere data al capitolo della patologia da doping. Tralasciando i problemi etici e legali che meritano una trattazione a parte, si ricordano solo gli effetti patologici potenzialmente letali sul sistema nervoso e sull'apparato cardiovascolare legati all'uso di sostanze dopanti, riassunte nella *tabella 2*.

Le sostanze elencate sono così numerose che si comprende come sia facile che il loro uso, oltre al decesso, possa provocare danni temporanei o permanenti di numerosi organi e apparati. Fino a pochi anni fa l'uso di questi prodotti, in particolare di steroidi anabolizzanti, era confinato agli ambienti degli atleti professionisti; ora più di uno studio epidemiologico anglosassone ha dimostrato un uso frequente in età adolescenziale (nei college americani dal 16% al 30% dei ragazzi a seconda del sesso e del tipo di sport praticato).

I pediatri dovrebbero sentirsi particolarmente coinvolti in questo problema in quanto la legge si occupa degli atleti agonisti e finisce, con ciò, col non tutelare chi fa sport a livello amatoriale, sollecitato da compagni e/o tecnici che spesso non conoscono nemmeno esattamente gli effetti e il metabolismo delle sostanze che propongono. Non sfuggono a queste considerazioni nemmeno i cosiddetti "integratori" o "supplementi dietetici" che, sebbene non rientrino nelle cate-

rie delle sostanze dopanti e non siano sottoposti a controlli di legge, vengono usati così diffusamente e in quantità così importanti da farli ritenere rischiosi per la salute (soprattutto per la funzionalità epatica e renale) a fronte di nessun dimostrato effetto sulla performance sportiva (9).

Non c'è dubbio che anche in questo campo il bagaglio culturale del pediatra debba ampliarsi tanto da consentirgli una certa familiarità con i farmaci e gli integratori più comunemente usati, in modo da poter fornire informazioni adeguate e rispondere in maniera convincente alle domande quasi sempre molto circostanziate che vengono poste dall'interlocutore adolescente. ♦

Bibliografia

- (1) Lang DM, Butz AM, Duggan AK, Serwint JR. Physical activity in urban school-aged children with asthma. *Pediatrics* 2004;113:e341-6.
- (2) Baldini G, Bonfanti R, Castelli S et al. La riduzione fisica del bambino asmatico con lo sport. *Atti II Congresso Nazionale di Broncopneumologia Pediatrica*, 1984;31.
- (3) Matsumoto I, Araki H, Tsuda K et al. Effect of swimming training on aerobic capacity and exercise-induced bronchoconstriction in children with bronchial asthma. *Thorax* 1999;54:196-201.
- (4) Nystad W, Stigum H, Carlsen KH. Increased level of bronchial responsiveness in inactive children with asthma. *Respir Med* 2001;95:806-10.
- (5) Ram FS, Robinson SM, Black PN. Effects of physical training in asthma: a systematic review. *Br J Sports Med* 2000;34:162-7.
- (6) Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346:393-402.
- (7) Hawley JA, Houmard JA. Introduction-preventing insulin resistance through exercise: a cellular approach. *Med Sci Sports Exerc* 2004;36:1187-97.
- (8) Ogden JA. The uniqueness of growing bones. In: Rockwood CA. *Fractures in children*, Philadelphia: Lippincott, 1991.
- (9) Calderone G. Farmaci e integratori nella pratica sportiva: uso e abuso. *Minerva Pediatr* 2001; 53:403-7.

NUOVA LEGGE PER LA PROTEZIONE DEI MALATI DI CELIACHIA

Il 7 luglio 2005 il Parlamento ha definitivamente approvato un decreto legge che modifica quello del Ministro della sanità del 20/12/1961 per la protezione dei soggetti affetti da celiachia. Lo scopo è di favorire il normale inserimento nella vita sociale degli affetti da questa malattia.

Le finalità sono diverse e tutte atte a facilitare la vita sociale dei soggetti celiaci.

Al fine di favorire la diagnosi precoce della malattia celiaca e la prevenzione delle complicanze le Regioni e le Province autonome, attraverso i piani regionali sanitari, indicano alle aziende sanitarie locali gli interventi operativi più idonei per:

- aumentare fra i medici i livelli di conoscenza della malattia celiaca, specie nelle forme atipiche di esordio, al fine anche di facilitare l'individuazione di soggetti affetti asintomatici o appartenenti a categorie a rischio;
- prevenire le complicanze della malattia celiaca e monitorare eventuali patologie associate;
- definire i test diagnostici e di controllo per i pazienti affetti da celiachia.

Le aziende sanitarie, per realizzare questi interventi, dovrebbero utilizzare presidi accreditati dalle Regioni con esperienza specifica e documentata di attività diagnostica e terapeutica. Sono favorite anche le erogazioni dei prodotti senza glutine gratuite ai soggetti affetti, con periodici aggiornamenti dei limiti di spesa sulla base dell'aumento di prezzo dei prodotti garantiti sul libero mercato. Con la semplice richiesta dell'interessato le mense scolastiche e ospedaliere e tutte le mense delle strutture pubbliche devono poter somministrare pasti senza glutine.

Viene inoltre ribadito il diritto alla informazione, per cui tutti i prodotti farmaceutici devono con chiarezza indicare nel foglietto illustrativo se il prodotto sia senza rischio per i soggetti affetti da celiachia.

(Legge 4 luglio 2005, n.123: *Gazzetta Ufficiale N. 156 del 7 luglio 2005*)

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
legggere



Associazione Italiana Biblioteche
Associazione Culturale Pediatri
Centro per la Salute del Bambino

Una politica per le diseguaglianze

Giuseppe Cirillo

Dipartimento Socio-Sanitario, Servizio di Programmazione - ASL Napoli 1
 Centro Studi Interistituzionale del Comune di Napoli - ASL Napoli 1

Abstract

Public health: a policy for inequalities

The gross inequalities in health that we see within and between countries are a challenge for the world. There are great differences in life expectancy, up to 48 years between countries and up to 20 years within countries. A volume of researches identify social factors at the root of inequalities in health. Social determinants are equally important in establishing communicable and non-communicable disease. Health status should be of concern to all policy makers in every sector not solely for those directly involved in health policy. As a response WHO is launching a Commission on Social Determinants which will review the evidence, raise social debate and recommend policies with the goal of improving health for the world's most vulnerable people.

Quaderni acp 2005; 12(5): 191-193

Key words Health inequalities. Social determinants. Health status

Le grandi diseguaglianze che sono evidenti fra le Nazioni e all'interno delle stesse rappresentano un serio problema per il mondo intero. Ci sono attese di vita differenti di 48 anni fra le Nazioni e di 20 anni all'interno delle Nazioni. Una notevole quantità di ricerche identifica fattori sociali alla radice delle diseguaglianze della salute. I determinanti sociali sono importanti allo stesso modo nello stabilire sia le malattie trasmissibili che quelle non trasmissibili. Lo stato di salute è perciò un problema di tutti i Governi e di tutti i Ministri e non solo di quelli che si occupano di salute in senso stretto. L'OMS ha costituito una commissione sui determinanti sociali della salute che deve esaminare le evidenze del problema, iniziare un dibattito e raccomandare politiche che abbiano come scopo di migliorare la salute della popolazione più vulnerabile.

Parole chiave Diseguaglianze di salute. Determinanti sociali. Situazione della salute

Un editoriale e un articolo di Lancet del 19 marzo affrontano le cosiddette "cause delle cause", cioè i determinanti sociali della salute (1,2). Già nella Carta di Ottawa del 1986 venivano affrontate la necessità di politiche intersettoriali, la necessità della partecipazione della comunità e della cittadinanza attiva per favorire lo sviluppo locale e la salute; si definiva la promozione della salute come un processo che consente ai cittadini di esercitare un maggiore controllo sui determinanti della propria salute.

I determinanti della salute

Un impressionante volume di ricerche identifica i determinanti sociali, distali (reddito, istruzione, equità ecc.) e prossimali (comportamenti, abitudini di vita, ecc.), come la radice delle diseguaglianze nella salute, rispetto alle malattie trasmissibili e a quelle non trasmissibili (figura 1).

Lo stato di salute è considerato, quindi, di competenza e di responsabilità non solo delle politiche sanitarie ma anche di politiche plurisettoriali. Per migliorare la salute e promuoverla occorre quindi agire sui determinanti socio-economici e/o sui determinanti prossimali, intervenendo sugli individui, sulle comunità e sui gruppi (a rischio o meno) e sull'ambiente. La promozione dello sviluppo locale e quella della salute sono tra loro direttamente collegate, e vi sono collegati la coesione sociale e l'empowerment personale e sociale. Tutto questo presuppone l'integrazione delle politiche per creare sinergie tra:

- ▶ Politiche dello sviluppo locale e politiche di lotta all'esclusione sociale.
- ▶ Politiche attive del lavoro e politiche di sostegno al reddito e d'inserimento.
- ▶ Politiche urbane di recupero di aree degradate e politiche di assistenza sociale.

I contesti locali sono il terreno di elezione per costruire questa integrazione.

Da ciò la necessità da parte dell'OMS di approfondire i rapporti tra determinanti sociali e salute e di suggerire interventi efficaci ai vari livelli decisionali, dal livello internazionale al distretto socio-sanitario.

Le diseguaglianze: non è solo povertà

Nell'ultimo decennio le diseguaglianze nei Paesi sviluppati sono aumentate e si sono modificate; sono aumentate e modificate le disparità tra Paesi ricchi e poveri. Non può essere considerato inevitabile che vi sia una differenza di 48 anni nella speranza di vita fra i popoli dei Paesi del mondo e di 20 anni all'interno dello stesso paese. In effetti l'aspettativa di vita alla nascita varia attualmente dai 34 anni in Sierra Leone agli 81,9 in Giappone. All'interno delle Nazioni vi sono ampie diseguaglianze tra la popolazione più svantaggiata e quella più avvantaggiata. C'è su questo un'ampia documentazione internazionale (3,4); per l'Italia si veda l'articolo di M. Bonati e R. Campi sul numero due di questa rivista (5), citato anche sulla stampa internazionale (vedi box a pag. 193).

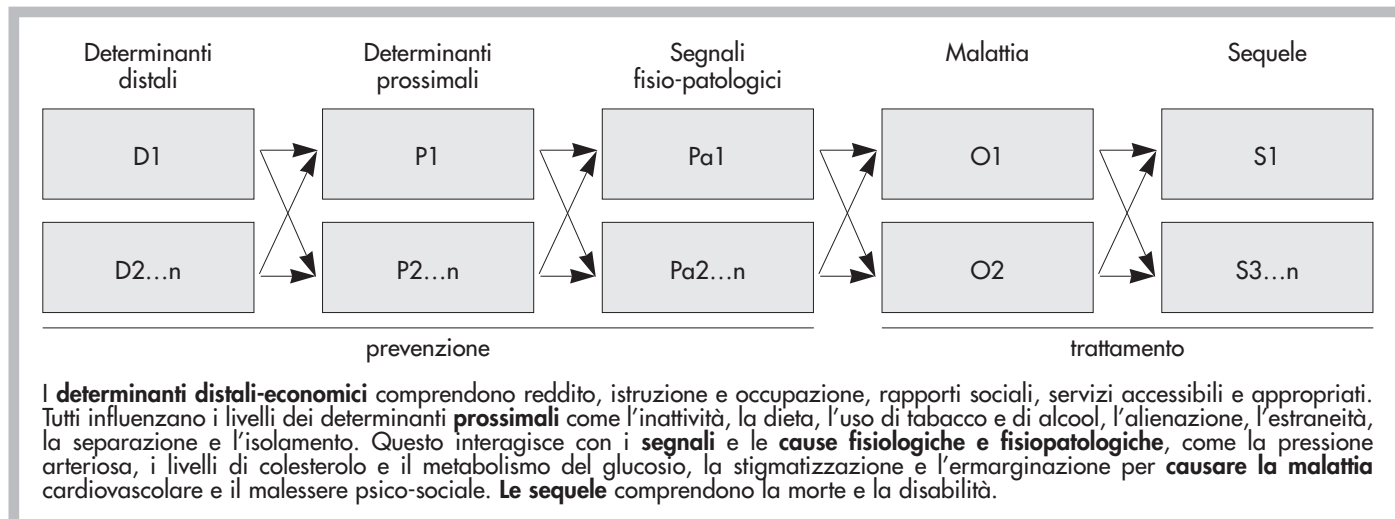
In molti Paesi le diseguaglianze nella salute tendono ad aumentare: in Russia le diseguaglianze sociali stanno crescendo e si è ridotta l'aspettativa di vita.

Tutto questo fa riferimento solo alle statistiche di mortalità che sono facilmente disponibili, ma non a quelle che riguardano le malattie non mortali. Spesso ignorate sono, ad esempio, le malattie mentali che causano molta sofferenza, e in particolare la depressione unipolare che nel mondo intero rappresenta la seconda causa più alta di malattia in età fra 15 e 59 anni.

- ▶ Una prima risposta a queste diseguaglianze sta nella implementazione di un maggiore sforzo nel controllo delle malattie maggiori e mortali e nel migliorare il Sistema Sanitario.

Per corrispondenza:
 Giuseppe Cirillo
 e-mail: csiss@libero.it

FIGURA 1



- Una seconda risposta sta nella riduzione della povertà; la deprivazione materiale assoluta è una delle maggiori cause della mortalità infantile che ne risulta il più sensibile risultato.
- È però necessaria una terza grande risposta che è complementare allo sviluppo dei Sistemi Sanitari e al sollievo della povertà: l'azione sui determinanti sociali della salute.

Questa azione dovrebbe comprendere, naturalmente, la lotta alla povertà; ma dovrebbe anche avere la capacità di migliorare il contesto in cui il popolo vive e lavora. Dovrebbe, per questo motivo, indirizzarsi non solo alle maggiori malattie infettive, ma anche alle malattie non trasmissibili, sia fisiche che mentali e alle morti violente che rappresentano la maggior parte delle malattie e delle morti in ogni regione del mondo al di fuori dell'Africa e si aggiungono sostanzialmente al peso delle malattie trasmissibili nell'Africa sub-sahariana.

L'OMS ha istituito una commissione per legare conoscenze e azioni, per modificare le politiche pubbliche, al fine di tenere in conto l'evidenza dei determinanti sociali sulla salute e gli interventi e le politiche che a questi si indirizzano, perché gli interventi diretti a ridurre malattie e a salvare vite hanno successo solo quando vengono affrontati e tenuti in conto i determinanti sociali della salute. I membri della commissione, coordinata

da M. Marmot, autore dell'editoriale su Lancet (1), sono 17 e sono figure preminenti nella politica, nella ricerca, e nel sociale: per l'Italia c'è Giovanni Berlinguer dell'Università "La Sapienza" di Roma e parlamentare europeo, per l'India c'è Amarthya Sen; sono presenti inoltre rappresentanti di USA, Australia, Canada, Filippine, Giappone, Cile, Iran, Kenya, Egitto, Tanzania, Svezia. La commissione lavorerà per i prossimi tre anni nel fornire raccomandazioni pratiche per come migliorare la salute agendo sui determinanti sociali.

Il risultato a cui si lavorerà sarà utilizzato per il riorientamento dell'azione di salute pubblica e delle politiche, per un approccio più efficace e sostenibile che dovrebbe essere immediatamente utilizzabile nelle istituzioni della salute e nei programmi a ogni livello dagli organismi internazionali come l'OMS.

La rete di conoscenze su cui la commissione lavora comprende: lo sviluppo precoce, le condizioni della salute pubblica, le condizioni dell'occupazione, la globalizzazione, i contesti urbani, l'esclusione sociale. Non è difficile comprendere come la povertà, nella forma della povertà materiale – scarsità di acqua, malnutrizione – insieme alla mancanza di cure mediche di qualità, possano spiegare le vite tragicamente brevi della popolazione in Sierra Leone.

Capire il ruolo della povertà non è però sufficiente.

L'acqua infetta, la mancanza di calorie e scarse cure prenatali, non possono spiegare un deficit nell'aspettativa di vita di 20 anni degli aborigeni australiani e delle popolazioni delle isole Torres-Strait. La loro mortalità infantile (12,7/1000 nati vivi), infatti, è abbastanza bassa. L'alto tasso di mortalità da adulti è causato da malattie cardiovascolari, cancro, malattie endocrine-nutrizionali, metaboliche, cause esterne (violenze), malattie respiratorie e digestive.

La forma che la povertà assume e le sue conseguenze sulla salute sono del tutto differenti quando si considerino le malattie croniche e le morti violente in età adulta, comparate con le morti da malattie infettive nei bambini. Ciò implica una più approfondita comprensione dei determinanti sociali della salute. Le cause delle cause non sono ovvie. L'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS ha chiesto a un gruppo di studio dell'Università di Londra di sintetizzare le evidenze disponibili sui determinanti sociali della salute. Il gruppo ha indicato questi dieci elementi come fondamentali:

- Gradiente sociale
- Stress
- Condizioni di vita nell'infanzia
- Esclusione sociale
- Lavoro
- Disoccupazione
- Supporto sociale
- Abuso di sostanze

- ▶ Cibo
- ▶ Trasporti.

È vero che in Africa le malattie che contribuiscono maggiormente alla mortalità prematura sono quelle trasmissibili, ma in ogni altra regione del mondo questo non risponde più alla realtà. Qui un'accurata analisi dello spettro globale delle malattie si è focalizzata sull'importanza dei fattori di rischio come il sovrappeso, il fumo, l'alcool e la dieta inadeguata.

Le condizioni sociali che aumentano il rischio di malattie non trasmissibili se, da una parte, agiscono sui comportamenti dannosi sono anche causa di condizioni di vita molto stressate che inducono questi stessi comportamenti (6). È dunque ovvio che la povertà è una strada per molti dei problemi relativi alle malattie infettive; è meno ovvio come interrompere il legame tra povertà e malattia. La povertà fornisce una spiegazione incompleta delle differenze di mortalità tra i paesi o tra sottogruppi di popolazione entro le nazioni.

È noto che nei Paesi ricchi vi è una correlazione assai piccola tra il PIL pro capite e l'aspettativa di vita. La Grecia ha un PIL pro capite di appena 17.000 dollari e un'aspettativa di vita di 78,1 anni; gli USA un PIL pro capite di più di 34.000 dollari e un'aspettativa di vita di 76,9 anni. Costa Rica e Cuba hanno un PIL pro capite di meno di 10.000 dollari e un'alta aspettativa di vita, rispettivamente di 77,9 anni e 76,5 anni. Kerala e Cina hanno una buona salute nonostante i bassi redditi.

Cosa non va?

Ci sono popolazioni relativamente povere con reddito simile, ma con condizioni di salute notevolmente diverse.

È importante tenere in conto non solo il reddito, ma anche la povertà relativa e la distribuzione del reddito. Una revisione delle politiche nei Paesi europei ha identificato diversi interventi che agiscono sui determinanti sociali. Anche se lo scopo di queste politiche non è necessariamente quello di migliorare direttamente la salute, esse finiscono per ottenere questo risultato. Un breve elenco:

- ▶ Tassazione ed esenzione fiscali
- ▶ Pensioni di vecchiaia
- ▶ Benefici per la malattia e la riabilitazione
- ▶ Benefici per la maternità
- ▶ Benefici per la famiglia

- ▶ Benefici per la disoccupazione
- ▶ Politiche della casa
- ▶ Mercato del lavoro
- ▶ Vita nella comunità
- ▶ Facilità di accesso alle cure.

In Svezia una nuova strategia per la salute pubblica riguarda "la creazione di condizioni sociali che assicurino una buona salute per l'intera popolazione" e cinque degli undici obiettivi prioritari sono relativi ai determinanti sociali:

- Partecipazione alla vita della società
- Sicurezza sociale ed economica
- Condizioni dei bambini e degli adolescenti
- Sanità nella vita lavorativa
- Sanità dell'ambiente e dei prodotti.

Questi si sommano alla promozione delle cure mediche e ai comportamenti usualmente sani.

Due tesi collegate rappresentano il razionale per la Commissione sui determinanti sociali della salute.

Primo: se i maggiori determinanti della salute sono sociali è a questi che bisogna porre rimedio. Trattare le malattie correnti è urgente, ma si deve urgentemente intervenire sui sottostanti determinanti sociali della salute.

Secondo: le politiche che danneggiano la salute umana devono essere identificate e, quando possibile, cambiate. La "misura" della salute rappresenta un indicatore fondamentale delle politiche complessive di una nazione. Da questa prospettiva la globalizzazione e il mercato sono buoni o cattivi a seconda di ciò che determinano sulle condizioni di salute. ◆

Bibliografia

- (1) Wook LJ. Public Health is a social issue. *Lancet* 2005;365,1005.
- (2) Marmot M. Social determinants of health inequalities *Lancet* 2005;365:1099.
- (3) WHO. The World Health Report, 2004: changing history; World Health Organization, Geneva 2004.
- (4) Murray CJL, Michard CM, McKenna MT, Marks JS. US patterns of mortality by county and race: 1965-94. Harvard Center for Population and development Studies, Cambridge 1998.
- (5) Bonati M, Campi R. La salute dei bambini della nazione europea più povera: il Sud d'Italia. *Quaderni acp* 2005;12:51.
- (6) Rose G. Strategy of preventive medicine. Oxford University Press, Oxford 2003.

IL BILANCIO DI QUADERNI ACP

Pubblichiamo il bilancio di Quaderni acp 2004 accostato per confronto a quello dell'anno precedente. È un atto che riteniamo di doverosa informazione per tutti coloro che lavorano gratuitamente per la rivista: redazione, soci, lettori e colleghi che collaborano nel comune impegno indirizzato alla informazione e all'aggiornamento partecipati.

Conto Economico in euro	2003	2004
Uscite	70.213	74.963
Entrate	48.290	53.448
Entrate a carico ACP	21.923	21.515
Costo medio per fascicolo (6 numeri/anno)	2,29	2,45

Un articolo pubblicato da Quaderni acp (2005;2:51) è stato citato da International Herald Tribune (August 24, 2005) e da Newsweek (September 26, 2005)

Riportiamo la citazione sull'International Herald Tribune

SOUTHERN ITALY IS CALLED SEVERELY IMPOVERISHED

If southern Italy were an independent country, it would have the highest poverty rate in Europe, according to a medical study published Tuesday that highlights the "constellation of risks" for children there.

More than a third of the 20.7 million people living in southern Italy are poor, or earn less than € 521, or US \$ 637, a month, and two-thirds of those are extremely poor, according to *PLoS Medicine*, a journal published by the Public Library of Silence. Italy has Europe's fourth-largest economy. The study was done by Maurizio Bonati and Rita Campi of Milan's Mario Negri Institute of Pharmacological Research concluded.

(Reuters)

La progettazione e la gestione di "reti curanti" per bambini con malattie croniche*

Massimo Farneti
UO Materno-Infantile, ASL di Cesena

Abstract

Programme and management of integrated health care systems for children with chronic diseases

The paper considers various modalities apt to build up integrated community health care coalitions for children with chronic diseases. The organization of such system inevitably starts at the health district level with an assessment of the number of citizens who need different levels of health care and of the resources needed. In delivering good quality patient care, taking care of the whole family is vital. The aim is trying to make patients independent in the management of their disease and enforcing their quality of life inside the family and the community. Involving general practitioners in the taking care process is very important.

It is necessary to build up a community multidisciplinary team in the health care district context. It is also necessary to create a fully integrated system with hospitals in order to guarantee different levels of care. The Hub and Spoke model is therefore suggested.

Quaderni acp 2005; 12(5): 194-198

Key words Chronic disease. Community service. Primary care area. Hub and Spoke

L'articolo prende in esame le modalità per costruire reti di cura territoriali per l'assistenza a bambini e a ragazzi con malattie croniche. Dal punto di vista organizzativo il punto di partenza sarà una stima a livello di Azienda USL o di Distretto del numero presunto di cittadini che necessitano dei vari livelli di assistenza e le conseguenti risorse in personale e attrezzature che sarà necessario avere. Dal punto di vista sanitario occorrerà tenere presente che ci si deve prendere cura non solo del malato ma di tutta la famiglia, che si deve facilitare la permanenza nel contesto familiare e sociale, che si deve stimolare l'autonomia nella gestione della malattia, che si deve coinvolgere, nel progetto assistenziale, il medico di base. Occorre costruire a livello territoriale un gruppo operativo multidisciplinare che rientri nella più generale offerta assistenziale territoriale. È necessario attivare i contatti e le collaborazioni del gruppo operativo con gli ospedali dai quali i pazienti sono assistiti per garantire una corretta prosecuzione della cura nel territorio. A tale proposito viene suggerito di usare il modello Hub and Spoke.

Parole chiave Malattia cronica. Assistenza territoriale. Area delle cure primarie. Hub and Spoke

Nella costruzione di "reti curanti" per bambini/ragazzi con malattie croniche è opportuno chiarire le caratteristiche di alcune scelte assistenziali che più determinano e individuano una rete curante e cioè:

- Prendersi cura dell'assistito
- Prendersi cura di tutta la famiglia
- Facilitare la permanenza nel contesto familiare e sociale
- Stimolare l'autonomia nella gestione della malattia

- Coinvolgere nel progetto assistenziale il medico curante (pediatra o medico di base).

I punti a. e b. rappresentano lo spartiacque fra due visioni diverse:

- una imperniata sulla erogazione di prestazioni sanitarie (soprattutto infermieristiche e riabilitative) e/o sociali conseguenti a una domanda espressa e/o a bisogni "oggettivi" (o meglio oggettivabili);

► l'altra che tende a una "presa in carico globale" dell'assistito e della sua famiglia e punta al "benessere" del nucleo familiare nel suo complesso. Appare quindi importante, in questa visione, il "sostenere chi sostiene", cioè porre attenzione ai cosiddetti "caregivers" che, in particolare quando si tratta di area pediatrica, possono essere "costretti" a esserlo per lunghissimi periodi se non per tutta la vita.

Sui punti c. e d. il consenso dei professionisti appare più consolidato. In verità permangono, in alcuni centri di alta specialità, atteggiamenti di "sequestro" del minore e di dipendenza dal Centro in parte sollecitata dai genitori. Conseguenza di questi atteggiamenti è la frequente assenza del medico curante nel progetto assistenziale.

Il medico curante, peraltro, di fronte a patologie rare e complesse si defila perché si sente inadeguato e incompetente. Il superamento di tale situazione è compito del Centro specialistico. Questo deve coinvolgere fin dall'inizio il medico curante nella gestione del paziente, rafforzandone la figura agli occhi dei familiari. Il curante deve però giocare la sua funzione di "accompagnamento" e "sostegno" con la necessaria formazione e l'aggiornamento continuo sul campo circa la patologia con cui si deve confrontare.

La dimensione del problema

Per avviare la progettazione di reti curanti per bambini/ragazzi con malattie croniche è necessaria una prima fase di indagine per stimare, a livello di Azienda USL o di Distretto:

- il numero presunto di cittadini che necessitano dei vari livelli di assistenza
- le conseguenti risorse in personale e attrezzature che sarà necessario mettere in campo.

Per corrispondenza:
Massimo Farneti
e-mail: mfarneti@ausl-cesena.emr.it

Non è indispensabile effettuare una ricerca ad hoc. I dati di letteratura sulla incidenza e prevalenza delle più importanti patologie croniche e delle "patologie rare" in questa fase possono essere sufficienti. Dopo questa prima fase viene la progettazione sul campo. Allora è necessario un approccio diverso. Molti dei bisogni dei malati cronici sono relativamente simili, anche se molto diverse sono le malattie che li generano (es. la gestione della nutrizione enterale è simile al di là della patologia), ma se si vuole tendere alla presa in carico, e non alla pura fornitura di prestazioni, è indispensabile andare verso la "epidemiologia delle facce", la conoscenza personale di ogni caso, la sua accurata analisi per costruire percorsi di assistenza il più possibile personalizzati.

È importante, in questa fase di individuazione delle famiglie, evitare, per quanto possibile, di perdere di vista i cosiddetti "bambini e famiglie invisibili": situazioni in cui, anche in presenza di problemi gravi e complessi, la famiglia non "arriva ai servizi".

È necessario decidere quali patologie prendere in carico con progetti formalizzati in base a una serie di criteri che è opportuno rendere espliciti (tabella 1). Non sempre sono presenti localmente né le competenze né le risorse necessarie ad affrontare tutti i problemi assistenziali, in particolare quelli più complessi.

L'epidemiologia delle facce può partire dai numerosi registri/schedari che per uso amministrativo e assistenziale sono presenti in ogni ASL (registro dei pazien-

ti cui vengono erogati alimenti speciali, registro degli esenti ticket per patologia, registro degli invalidi civili ecc.). Fonte preziosa sono i servizi di riabilitazione, di pediatria di comunità e i medici curanti (pediatri e medici di base) e la scuola con l'elenco degli alunni con insegnanti di sostegno. Queste furono le basi della ricerca ACP-Istituto Mario Negri-Regione Emilia-Romagna sui bisogni inevasi in pediatria alla quale si rimanda anche per la fase in cui ci si accinse a sondare i bisogni anche soggettivi e percepiti dalle famiglie (1).

Il modello organizzativo

È possibile, anche solo a livello di singola ASL, costruire "reti curanti" di buona qualità.

È indubbio che la presenza/assenza di precise scelte politiche regionali in merito o la presenza/assenza di un Piano regionale per l'assistenza integrata alle malattie croniche incide fortemente sulle capacità di fornire risposte ai bisogni. Si pensi alle cosiddette "malattie rare": nonostante esista una specifica legge nazionale che obbliga le Regioni a individuare i Centri regionali di riferimento, pure la stragrande maggioranza delle Regioni non ha ancora deliberato in merito, lasciando "soli" gli operatori sanitari a confrontarsi con rare e sconosciute patologie ove un supporto specialistico qualificato a livello regionale appare indispensabile per fornire un'assistenza quanto meno sufficiente.

Per attribuire a ciascuno obiettivi e responsabilità è importante individuare, a livello ospedaliero, un sistema di reti curanti in cui siano chiari gli ambiti di competenza e le reciproche collaborazioni. Nell'assistenza ai bambini/ragazzi si

usa tradizionalmente suddividere l'assistenza ospedaliera in tre livelli (6):

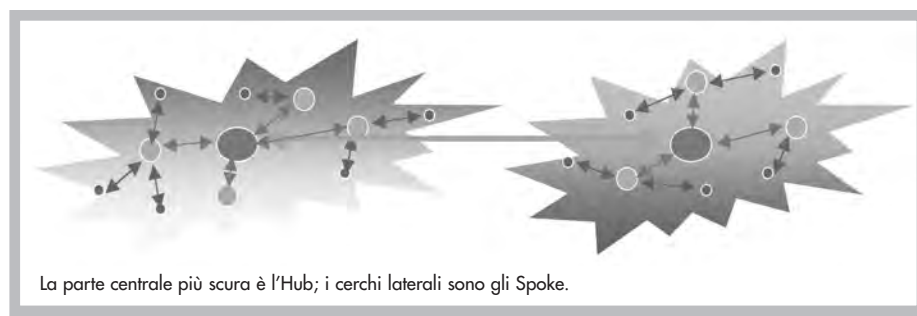
- a. *Primo livello.* Non ha competenze specifiche per le malattie croniche, può essere di appoggio alle pediatrie di 2°-3° livello e ai servizi distrettuali per la terapia e il follow-up.
- b. *Secondo livello.* Ha competenze specifiche per le malattie croniche più frequenti (es. diabete) e a volte per alcune o singole patologie rare (es. fibrosi cistica). Può essere di riferimento privilegiato per i servizi distrettuali e le pediatrie di 1° livello per la diagnosi, la terapia e il follow-up ed essere di appoggio anche per le pediatrie di 3° livello per la terapia e il follow-up di patologie rare o di difficile approccio.
- c. *Terzo livello.* Ha competenze specifiche per la maggior parte delle malattie croniche, deve essere punto di riferimento per la loro diagnosi, a volte per la terapia e il follow-up delle malattie croniche rare o di difficile approccio. Deve altresì mantenere stretti contatti con gli altri livelli assistenziali.

Lo schema è certamente forzato in quanto esistono esempi di secondi livelli e talora di primi con funzioni di terzo livello (es. nei settori della FC), ma può essere accettato come schema generale. Va però detto che il modo con il quale il sistema dei livelli è stato finora attuato ha spesso portato, soprattutto ma non solo, per le malattie più rare e/o complesse ad allontanare il malato dal suo contesto familiare e sociale anche per eventi assistenziali di assoluta modestia. Un modello che può facilitare i rapporti fra i vari livelli assistenziali e integrarli

TABELLA 1: ALCUNI CRITERI PER LA SCELTA DELLE PATOLOGIE

La prevalenza
La gravità, disabilità, qualità della vita
Gli effetti sanitari dell'intervento
Il grado di evidenza dell'efficacia dell'intervento
La loro praticabilità tecnica e le loro conseguenze sociali
Il carico assistenziale
Le capacità/risorse dei servizi
Le pressioni sociali/politiche

FIGURA 1: MODELLO HUB AND SPOKE



maggiormente è stato disegnato per la Regione Emilia-Romagna nel PSR 1999-2001 (2). È denominato "Hub and Spoke" (3,4); individuati i centri di terzo livello, a essi vengono collegati funzionalmente e culturalmente per l'aspetto formativo i centri di secondo e primo livello così da creare un "mozzo di ruota (Hub) e i suoi raggi (Spoke)" con una suddivisione di compiti sul singolo paziente (figura 1).

È chiaro che, per integrarsi pienamente nella "rete curante", il centro "Hub" deve collegarsi, direttamente o indirettamente, con i servizi socio-sanitari distrettuali, individuando un responsabile dell'assistenza di quel paziente per ogni nodo della rete.

Per i casi meno complessi questa "sponda distrettuale" deve essere il medico curante; per quelli più complessi è opportuno sia individuato, nella équipe curante, un "case manager". Anche qualora sia stato individuato un case manager e sia diverso dal medico curante, l'ospedale/centro specialistico deve mantenere stretti rapporti con il curante, coinvolgendolo possibilmente fin dall'inizio della malattia. Esperienze sono in atto in vari ospedali per il coinvolgimento del curante fin dal momento della comunicazione della diagnosi di malattia cronica ai genitori.

Un punto molto importante è l'avvio all'autogestione della malattia. Solo pazienti e/o genitori preparati e competenti possono riuscire a ricostruire una "normalità", nonostante la malattia con cui dovranno convivere per tutta la vita. Per andare verso l'autogestione è necessario superare molti ostacoli.

Gli operatori sanitari del centro specialistico possono rappresentare uno stimolo positivo solo se credono nell'importanza di questo fattore nella crescita del bambino e nella sua praticabilità.

Anche il centro Hub deve essere convinto della praticabilità dell'autogestione per i casi più complessi e deve sostenere l'ospedale periferico e il distretto nella gestione domiciliare del minore fino ai livelli di "ospedalizzazione domiciliare". Troppo frequentemente di fronte a casi complessi si tende a offrire solo il ricovero per periodi lunghissimi, semplicemente perché l'Hub non conosce le

possibilità assistenziali territoriali ed è fermo a un modello di distretto da anni Ottanta, ancora ancorato alle cure primarie.

Oggi deve essere possibile, visto il forte cambiamento che le strutture territoriali hanno assunto (o devono assumere), con una buona rete curante, un approccio domiciliare ad alta intensità assistenziale; si può, dunque, incominciare a prendere in considerazione la creazione di forme intermedie di assistenza residenziale laddove non vi siano le condizioni o la famiglia non sia in grado di mantenere il malato al proprio domicilio. Il problema è già stato affrontato nell'assistenza al malato cronico adulto o anziano per il quale la rete residenziale è già presente e molto utilizzata (lungodegenze, RSA ecc.).

Le reti curanti possono, nel breve periodo e per singoli casi, basarsi sulla buona volontà di gruppi ristretti di operatori. Una soluzione programmata del problema deve però mirare a modalità operative che le possano sostenere e integrare nella più generale offerta assistenziale territoriale.

Una proposta (il dettaglio può essere richiesto all'autore), avanzata nel 2001 dalla APeC (Associazione Pediatria di Comunità affiliata alla ACP), ipotizza la creazione di un gruppo di progetto aziendale (o interaziendale nel caso ci si trovi nelle realtà con ospedale scorporato dalla ASL) per l'assistenza ai minori con patologia cronica e gruppi distrettuali per il coordinamento dell'assistenza.

Le funzioni del gruppo di progetto aziendale (UPA nella proposta citata) sono sinteticamente riassunte nella *tabella 2*.

Le funzioni dell'UPA appartengono al versante della programmazione generale, organizzazione dei percorsi assistenziali aziendali per le malattie croniche più frequenti e in cui siano disponibili protocolli terapeutici e valutazione (*tabella 3*). Non sono previste funzioni di gestione dell'assistenza, che è delegata al gruppo distrettuale (UVP nella proposta APeC). Significativa l'attenzione posta alla funzione di "advocacy" e ai contatti con le associazioni dei malati.

TABELLA 2: FUNZIONI DEL GRUPPO DI PROGETTO AZIENDALE (UPA)

Redigere il progetto aziendale di assistenza alla cronicità

Predisporre i progetti assistenziali aziendali per le più importanti malattie croniche in cui siano delineati:

- a. Bisogni
- b. Risorse dedicate
- c. Servizi e prestazioni offerte dalla ASL e/o dal volontariato

Coordinare e valutare l'assistenza erogata

Sollecitare a livello delle autonomie locali azioni atte a rimuovere gli ostacoli disabilitanti

Mantenere i contatti con le associazioni laiche dei malati e le associazioni del volontariato socio-sanitario

TABELLA 3: FUNZIONI DEL GRUPPO DISTRETTUALE (UVP)

Valutare il grado di complessità dei singoli casi

Redigere, se del caso, il Piano Assistenziale Individuale (PAI) che deve essere discusso con la famiglia e con essa condiviso

Coordinare l'assistenza erogata ai singoli casi

TABELLA 4: LE FASI CRITICHE

1. La presa in carico
2. L'alleanza terapeutica e assistenziale con la famiglia
3. Le tappe "critiche" della malattia
4. Le tappe "critiche" dello sviluppo del bambino
5. I ricoveri di "solievo"
6. La eventuale "fase terminale"

TABELLA 5: LE FORZE IN CAMPO

L'équipe curante

Il responsabile terapeutico

Il responsabile del Piano Assistenziale Individuale

L'assistenza domiciliare

Il volontariato

L'assistenza distrettuale integrata

Esistono fasi critiche che la rete curante deve tenere in considerazione a livello distrettuale al di là del tipo di patologia. Possiamo ridurle almeno a 6 (*tabella 4*). Le fasi 1 e 2 sono spesso intimamente legate; spesso la prima, se gestita male, compromette l'alleanza terapeutica e assistenziale con la famiglia. La presa in carico è una fase cruciale del progetto assistenziale, ci si trova spesso davanti genitori confusi e ancora frastornati da una diagnosi che ha distrutto totalmente o in buona parte il "bambino sognato" che avevano nella loro mente. L'alleanza terapeutica e assistenziale non è acquiescenza a tutte le richieste della famiglia né coinvolgimento emotivo fino al *burn out*. In numerose ricerche è emerso che i bisogni assistenziali percepiti dai professionisti per i loro assistiti sono spesso diversi da quelli espressi dai malati e dai loro familiari. Il Piano assistenziale deve, quindi, essere progettato e gestito dai professionisti discutendo con la famiglia (e se possibile, con il ragazzo) e recependo, per quanto possibile, le loro richieste, ma rendendoli partecipi del progetto.

Le tappe evolutive sia della malattia che del bambino/ragazzo possono mettere in crisi la rete curante e far vacillare l'alleanza terapeutica. Qualche esempio servirà a comprendere meglio.

- L'ingresso alla scuola media del bambino con sindrome di Down rappresenta un momento critico perché segna il passaggio da un livello scolastico in cui l'insufficienza mentale era ancora ben "gestibile", e le richieste di performances ancora affrontabili a una scuola in cui le performances del ragazzo possono diventare chiaramente insufficienti.

- La fase adolescenziale è un momento di crisi nel ragazzo diabetico sia per la frequente instabilità del diabete a questa età sia per il non raro "rifiuto" della malattia che si inserisce nel carattere oppositivo proprio di ogni adolescente.

I punti 5 e 6 (*tabella 4*) non sono comuni a tutte le patologie croniche, mentre la fase terminale è caratteristica delle malattie tumorali. I "ricoveri di sollievo" sono una esigenza delle malattie molto gravi e invalidanti e a lunga sopravvivenza (come le amiotrofie spinali gravi

con respiratore). Sono spesso utilizzati nell'assistenza ai malati cronici adulti e anziani come strumento per alleggerire il carico assistenziale dei "caregivers". Non sono ancora entrati nella prassi assistenziale dei bambini/ragazzi per permettere di superare momenti di stress che spesso si presentano nella lunga storia di assistenza a un malato cronico grave e lungosopravvivenza.

I livelli di complessità

I casi da trattare hanno livelli di complessità diversi e diverso assorbimento di risorse che devono essere valutati. Per farlo si deve valutare non solo il tipo di patologia ma anche il contesto in cui si inserisce. Un ragazzo con diabete può avere un'alta complessità assistenziale se inserito in una famiglia multiproblematica, anche se il diabete è considerato tra i livelli di complessità assistenziale più bassi. Si possono immaginare tre livelli assistenziali per definire diversi pesi e complessità.

Bassa complessità

Problemi per i quali esiste un protocollo assistenziale e, data la relativa semplicità assistenziale, è sufficiente la presenza del solo "responsabile terapeutico".

Media complessità

Problemi per i quali esiste un protocollo assistenziale ma sono necessari interventi "personalizzati" e/o integrati. È necessaria l'attivazione del gruppo aziendale per l'assistenza al minore con patologia cronica (UPA) e di quello distrettuale (UVP).

Alta complessità

Problemi per i quali non esiste un protocollo assistenziale e/o per la multiproblematicità sono sempre necessari interventi "personalizzati" spesso anche domiciliari. Deve essere sempre steso un Piano Assistenziale Individuale (PAI) e individuato un responsabile del caso ("case manager"). In questa categoria, di solito, si trovano le malattie rare di alta gravità.

Le forze in campo

Per una buona programmazione occorre fare una previsione delle forze da mettere in campo (*tabella 5*).

La équipe curante

Può essere più o meno numerosa a seconda della complessità del caso. Ne fanno parte il curante e gli operatori direttamente coinvolti nell'assistenza. Qualora sia necessaria la stesura di un PAI, è opportuna l'individuazione di un responsabile della sua attuazione (case manager).

Alcuni nodi problematici sono subito da affrontare e riguardano:

- l'integrazione con l'area sociale;
- gli operatori socio-assistenziali (OTA, educatori e figure simili);
- le abilità professionali.

Il primo può essere un problema più o meno acuto a seconda della organizzazione della ASL e dei Comuni che ne fanno parte. Le cosiddette "deleghe" alle ASL per i servizi sociali, che erano largamente presenti in passato e che rappresentavano, per la costruzione di reti curanti, un fattore facilitante, ora sono state ritirate, in larga parte delle Regioni, generando non poche difficoltà. In ogni caso la presenza della figura dell'assistente sociale è indispensabile almeno quando ci sia da costruire un PAI.

Gli operatori socio-assistenziali rappresentano una risorsa sia nel campo delle patologie neuropsichiatriche che internistiche, ma anche un problema perché, almeno per alcune tipologie di figure, non si tratta di operatori della sanità ma dei servizi sociali. Il loro utilizzo non è perciò garantito, come l'assistenza sanitaria, a tutti i cittadini ma è legato al livello di reddito della famiglia, e ciò ne preclude, in numerosi casi, l'utilizzo.

Di fronte a casi complessi sorgono problemi legati alle cosiddette "abilità professionali".

In questi casi è necessario che gli operatori del centro specialistico siano disponibili a supportare gli operatori territoriali almeno nelle fasi più delicate. L'esperienza ha insegnato che nella maggior parte dei casi le abilità richieste, soprattutto nel campo dell'assistenza infermieristica, non sono così complesse da non poter essere acquisite con un iter teorico-pratico ospedaliero.

Il responsabile terapeutico

Il responsabile terapeutico segue, dal punto di vista clinico, il malato in tutte le

varie fasi dell'assistenza. Di norma è il pediatra di base o il medico di medicina generale. Per patologie molto complesse può essere individuato in uno specialista che deve entrare a far parte stabilmente dell'équipe curante.

Il responsabile del Piano di Assistenza Individuale (case manager)

Il responsabile del PAI è garante dell'attuazione dei vari interventi assistenziali concordati. Presenta e discute con la famiglia il Piano, coordina la équipe curante e tiene i contatti con il gruppo distrettuale per l'assistenza ai minori con malattia cronica (UVP) e, per PAI complessi, con il gruppo aziendale (UPA). Non esiste un professionista specificamente candidato a questo incarico.

Nelle regioni ove è presente la risorsa della Pediatria di comunità è il pediatra di comunità a svolgere questo compito. Nell'accordo regionale dell'Emilia-Romagna integrativo della convenzione per la Pediatria di libera scelta viene ribadita questa funzione di coordinamento della Pediatria di comunità. Ove questo non sia, è necessario trovare qualche altro professionista, con competenze, incaricato della funzione.

L'assistenza domiciliare

Nell'assistenza integrata ad alta complessità è spesso compresa l'assistenza domiciliare ai bambini/ragazzi che assume dei connotati specifici. È attivata nei casi più gravi e complessi per i quali, accanto alle pratiche assistenziali più o meno complesse, è di grande rilevanza il prendersi cura e sostenere la famiglia.

A quali aree assistenziali del distretto spetta fornire tale assistenza?

Probabilmente non esiste una soluzione unica; la regionalizzazione della sanità sta portando a modelli molto differenziati di organizzazione. Comunque, solo per schematizzare, vi sono due modelli.

– Il primo privilegia la visione dell'“area pediatrica” e chiede che infermieri dei servizi pediatrici aziendali (Pediatria di comunità, Pediatria ospedaliera) svolgano questa funzione in collaborazione con il servizio di assistenza domiciliare distrettuale già indirizzato all'assistenza all'adulto e soprattutto all'anziano.

– Il secondo chiede che il servizio di assistenza domiciliare distrettuale ampli la sua attività anche all'area pediatrica con il suo personale dedicato.

Il volontariato

Si intende per volontariato quello di “sostegno e sollievo” e non quello professionale, forse meglio collocabile nel “privato sociale”. Il “volontariato professionale” deve essere infatti considerato a tutti gli effetti parte della rete professionale. Il volontariato di “sostegno e sollievo” è, soprattutto in alcune Regioni, una risorsa preziosa e dovrebbe essere inserito a pieno titolo all'interno delle reti curanti. In campo pediatrico, ove usualmente l'assistenza si prolunga molto nel tempo, il volontariato trova più difficoltà a inserirsi stabilmente nella rete curante poiché frequentemente sconta il limite della non continuità nel tempo delle figure che vi si dedicano. È compito dei gruppi aziendali e distrettuali di progetto mantenere i rapporti con le associazioni e i loro volontari e saperli inserire nei Piani di assistenza più idonei alle loro caratteristiche. ♦

* Relazione tenuta a Sirmione nel 2004.

Bibliografia essenziale

- (1) Marchetti F, Bonati M, La Gamba G et al. La gestione del bambino con malattia cronica in Italia. Quaderni acp 1996;3:8-13.
- (2) Regione Emilia-Romagna. Piano Sanitario Regionale 1999-2001.
- (3) The Scottish office Acute Service Review Report 19/03/1999. www.scotland.gov.uk/library/documents/5.
- (4) Clinical guidelines: Using clinical guidelines to improve patient care in the NHS. NHS 1996.
- (5) Alfon N, McGlynn EA, Steinwachs D et al. Improving the quality of for children. Healthcare HSR (supp) 1997;4:953.
- (6) Koplan JP. Framework per la valutazione dei programmi di sanità pubblica MMWR 1999;48 (No. RR-11).
- (7) Patient charter: a service for children and Young people. Dept of Health 1995.

IL PROF. FABRIZIO DE MATTEIS CI HA LASCIATO

Il 9 luglio è scomparso improvvisamente il professor Fabrizio De Matteis. Fabrizio è stato uno dei fondatori dell'ACP nel 1974; il nostro ultimo ricordo è quello del congresso di Pescara, giusto un anno fa, dove lo vedemmo con l'affetto e la simpatia di sempre.

Lo ricordiamo con le parole con le quali lo hanno salutato i Suoi allievi alle quali nulla aggiungiamo. Il ricordo e la riconoscenza degli allievi sono – crediamo – il più vivo desiderio di un Maestro.

Oggi la Pediatria aquilana è un po' più povera.

Un patrimonio di saggezza e umanità se n'è andato insieme con il Prof. Fabrizio De Matteis.

Aveva incontrato i pediatri dell'ACP qualche sera prima presso la sede dell'Ordine; aveva parlato a noi, quasi tutti suoi ex allievi della scuola di specializzazione, dello sviluppo del linguaggio; era stata una lezione con i toni di una amabile chiacchierata di un vecchio maestro ai suoi non più giovani alunni.

Aveva ricreato quel clima “socratico” dove il maestro e gli allievi si arricchiscono reciprocamente in un rapporto che non prevede la cattedra bensì la comunità.

Non lo sapevamo, ma era l'estremo commiato di una persona, di un medico, di un professore che così aveva vissuto tutta la sua vita.

Il “pediatra” Fabrizio De Matteis è stato per l'Aquila il pioniere che ha trasformato la Pediatria da una scienza medica semplicemente applicata a un piccolo paziente in una vera e propria branca specialistica.

Il “primario” Fabrizio De Matteis ha mostrato doti importanti nello strutturare dal nulla una realtà clinica che gli è sopravvissuta dopo il pensionamento e gli sopravviverà, e non lo dimenticherà, dopo la morte.

Il “professor” Fabrizio De Matteis ha formato un tessuto ricco di allievi e ha tracciato per loro, con riconosciuta preveggenza, percorsi inediti e ricchi di prospettive quali l'auxologia, l'endocrinologia, la nutrizione pediatrica. Nonostante ciò, non solo per questo tutti noi lo ricorderemo; ma anche e con simpatia, per la sua andatura unica, per il suo accento improbabile anche nei momenti più aulici dell'Accademia. E per il suo sorriso: in una parola per la sua umanità.

Grazie Professore. La terra ti sia lieve.

Giuliana Bartolucci

Centro per la Salute
del Bambino - Onlus

ALLATTAMENTO AL SENO: CORSO PRATICO DI COUNSELLING



CSB



UNICEF



OMS

Formazione di formatori - 1° modulo Trieste, 14-18 novembre 2005

Il corso è suddiviso in due moduli. Il primo è di cinque giorni e si svolge a Trieste; il secondo è di tre-cinque giorni e si svolgerà nella sede dell'Azienda che invia i formandi.

Il primo modulo del corso è strutturato in cinque giornate (40 ore complessive) e trentatré sessioni; i partecipanti mettono in pratica direttamente con le madri e i bambini le abilità cliniche e di counselling apprese durante le lezioni, discussioni, dimostrazioni ed esercizi realizzati in classe. Le attività di formazione sono condotte sia in plenaria che in piccoli gruppi di partecipanti guidati dai docenti. Le cinque giornate permettono ai discenti di familiarizzarsi con i materiali del corso e di imparare a condurre le diverse sessioni, in quanto dalla seconda giornata ognuno di loro deve tenere una serie di sessioni come docente sotto la guida dei tutor. In questo modo i futuri formatori sono contemporaneamente docenti e discenti.

I partecipanti sono otto-dieci operatori sanitari di varie discipline; alla fine del corso ognuno avrà il kit (materiali, cd rom, diapositive, video) per tenere autonomamente tutto o parte del corso. È importante che ci siano almeno due rappresentanti per ogni Azienda.

Il secondo modulo deve svolgersi entro un anno dal primo nelle Aziende di appartenenza dei futuri formatori. Consiste nell'organizzazione di un corso sull'allattamento al seno rivolto a 20 operatori con i nuovi formati in veste di docenti e la supervisione di uno dei nostri tutor. Le spese del tutor, del suo compenso e del materiale necessario, saranno a carico dell'Azienda stessa. L'attestato che certifica l'acquisizione delle competenze di formatore verrà rilasciato alla fine del secondo modulo.

Info: Mariarosa Milinco, Monica Goina
Tel. 040 300551
Fax 040 3224842
mariarosa.milinco@csbonlus.org

EMERGENCY CHIEDE PEDIATRI

È un'associazione umanitaria senza scopo di lucro, nata in Italia nel 1994, con l'obiettivo di fornire assistenza medico-chirurgica alle vittime civili dei conflitti.

Attività specifiche sono:

- Intervenire in zone di guerra con iniziative umanitarie a favore delle vittime, in particolare civili, dei conflitti armati, dei feriti e di tutti coloro che soffrono altre conseguenze sociali dei conflitti o della povertà quali fame, malnutrizione, malattie, assenza di cure mediche e di istruzione;
- Portare soccorso alle vittime di calamità naturali;
- Promuovere una cultura di pace e solidarietà nonché l'affermazione dei diritti umani.

Per i nostri progetti in Afghanistan e Sudan ricerchiamo:

Pediatri in possesso dei seguenti requisiti:

- Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Pediatria
- Rilevante esperienza clinica in un reparto specializzato
- Preferibile esperienza in malattie infettive e tropicali e in medicina di base pediatrica
- Disponibilità di permanenza all'estero preferibilmente di 6 mesi
- Buona conoscenza della lingua inglese scritta e parlata

Infermiere/i pediatriche/ci in possesso dei seguenti requisiti:

- Diploma di Infermiere Pediatrico e/o equipollenti
- Esperienza ospedaliera di almeno 3 anni continuativi in pediatria e/o neonatologia, terapia intensiva neonatale
- Capacità diagnostica in base a sintomi/segni o con strumenti a bassa tecnologia
- Capacità organizzative
- Disponibilità di permanenza all'estero preferibilmente di 6 mesi
- Buona conoscenza della lingua inglese scritta e parlata

Gli interessati possono trovare maggiori dettagli sulla posizione offerta sul sito www.emergency.it, nella sezione "lavora con noi".

Per **candidarsi** occorre inviare una e-mail a curriculum@emergency.it, allegando un dettagliato curriculum vitae, oppure utilizzare l'application form sul sito.

L'iter selettivo prevede: valutazione del curriculum vitae e di un questionario specifico, colloquio finale di selezione presso la sede di Milano con prove di inglese (orale e scritto).

Polio, rosolia, influenza: facciamo il punto

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Polio. Rosolia. Influenza. Vaccinazioni

Un mondo libero dalla polio?

L'obiettivo mondiale dell'eradicazione della polio ha raggiunto risultati importanti: ha confinato da tempo la malattia quasi esclusivamente in alcuni aree dell'Africa e dell'India. I motivi che ostacolano il raggiungimento di elevate coperture vaccinali in questi due Paesi sono diversi ma tutti riconducibili a gravi problemi politici e sociali. Il ritorno di epidemie in zone dell'Africa prima libere da polio ebbe origine dal rifiuto della vaccinazione da parte di popolazioni musulmane della Nigeria nel timore che il vaccino venisse usato per danneggiarle (1). In Sudan o nel Darfur, i motivi sono collegati alle guerre in corso.

In India invece è la grave situazione igienica, insieme alla scarsa adesione delle famiglie alla vaccinazione, che crea ostacoli di difficile soluzione (2). Inoltre, da più parti del mondo, specie nei climi tropicali, viene segnalata la rivirulentazione dei virus Sabin nell'ambiente, in grado di provocare epidemie, specie in presenza di coperture basse.

Per questo si discute dell'opportunità di sostituire il vaccino Sabin con il Salk, nell'ultima fase di eradicazione della malattia. Ma ciò non appare semplice per motivi logistici (somministrazione i.m., catena del freddo), costi più elevati e dubbi sull'immunogenicità del Salk con il calendario vaccinale usato nei Paesi più poveri che inizia in età più precoce e prevede un intervallo più breve tra le dosi (3).

Eliminare la rosolia congenita, obiettivo della Regione Europa-OMS

L'OMS fa il punto sul piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita nella Regione Europa, avviato nel 2003 e recepito in Italia nello stesso anno (4).

Per il morbillo, nonostante alcune epidemie e le coperture non ancora ottimali (anche in Italia), la situazione appare in graduale miglioramento mentre sono

troppo pochi i Paesi (appena più del 40%) che hanno una strategia vaccinale contro la rosolia e sorveglianze adeguate: la notifica non è prevista in Austria, Germania, Francia, P. di Monaco e Turchia, che rappresentano il 25% della popolazione della Regione Europa. Nel 2005 sono state segnalate epidemie in Spagna e Olanda, che hanno coinvolto anche donne in età fertile, in alcuni casi gravide (5,6). In Italia il Ministero della Salute ha emanato in settembre le nuove indicazioni per la sorveglianza della rosolia in gravidanza e della sindrome da rosolia congenita (7). Ciò richiederà un ulteriore impegno dei servizi di prevenzione in stretta collaborazione con l'area clinica di assistenza al neonato, alle donne e in particolare alle gravide, come previsto dalla seconda fase del Piano Nazionale per il 2006. Per ora l'attenzione sembra tutta concentrata sull'introduzione dei nuovi vaccini. Speriamo che non si perdano di vista, ancora una volta, le priorità.

Influenza: nuove indicazioni e nuove confusioni

Sono uscite in agosto le nuove indicazioni nazionali per la vaccinazione contro l'influenza. Per i bambini si conferma la raccomandazione di vaccinare solo quelli a rischio aumentato. Rimangono infatti controverse le prove di efficacia della vaccinazione estesa nei bambini sani e continuano a essere carenti le informazioni sul peso della malattia nell'infanzia, indispensabili per una scelta tanto impegnativa (8). Appare assai poco condivisibile giustificare la vaccinazione estesa per prevenire il riassortimento del virus aviario (A/H5N1) con virus influenzali umani che potrebbe dar luogo a un nuovo virus capace di provocare una pandemia. Questo può essere caso mai il motivo per vaccinare le persone a stretto contatto con animali potenzialmente infetti (veterinari, allevatori, macellatori). Lascia perplessi l'introduzione, nelle indicazioni nazionali, di nuove categorie a rischio: i bambini pretermine (< 37 settimane) e di basso peso (< 2500 g)

e le donne gravide. Per i primi, l'indicazione appare eccessivamente generica, comprendendo così anche bambini in condizioni di salute non diverse dai nati a termine. Per quanto riguarda le donne in gravidanza, la vaccinazione è attualmente raccomandata solo negli USA. Una revisione di letteratura curata dal CEVEAS conclude che detta raccomandazione non appare sufficientemente supportata da particolari studi sul rapporto beneficio/rischio (9). Alle stesse conclusioni arriva il Canada, che la raccomanda solo alle gravide che rientrano nelle categorie a rischio della popolazione generale e a quelle che partoriranno durante la stagione influenzale. Da tutto ciò appare necessario e auspicabile disporre di informazioni esaurienti sul decorso e sugli esiti dell'influenza sia nelle gravide che nei bambini italiani. ♦

Bibliografia

- (1) Kapp C. Surge in polio spreads alarm in northern Nigeria. *Lancet* 2003;362:1631.
- (2) Webster P. A polio-free world? *Lancet* 2005; 366:359-60.
- (3) WHO. Introduction of inactivated poliovirus vaccine into oral poliovirus vaccine-using countries. *WER* 2003;78:241-9.
- (4) WHO. Progress towards elimination of measles and prevention of congenital rubella infection in the WHO European, 1990-2004. *WER* 2005;80,8: 65-76.
- (5) Garcia L. Outbreak of rubella in the Madrid region, Spain, 2005. *Eurosurveillance* 2005;10,7 <http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050707.asp#2>.
- (6) Hahné S et al. Rubella outbreak in an unvaccinated religious community in the Netherlands spreads in Canada. *Eurosurveillance* 2005;10,5 <http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050519.asp#1>.
- (7) Ministero della Salute. Notifica obbligatoria della infezione da rosolia in gravidanza e della sindrome da rosolia congenita. Circolare n. 2 del 5 agosto 2005.
- (8) Jefferson T et al. Assessment of the efficacy and effectiveness of influenza vaccines in healthy children. *Lancet* 2005;365:773-80.
- (9) Saperidoc http://www.saperidoc.it/ques_194.html.

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

La storia di Brian in *Mysterious Skin*

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Quella dei ragazzi è una pelle misteriosa e, del mistero, ha la sacralità e l'impene-trabilità. Per questo non si riesce mai a comprenderla in pieno e a fare completa-mente luce nei suoi angoli più oscuri. Gregg Araki, regista giapponese natura-lizzato in California e già noto per avere presentato a Venezia nel 1995 *The Doom Generation*, scava in *Mysterious Skin* sotto la pelle di Brian Lackey il quale, quando aveva otto anni, è rimasto vittima di un allenatore di baseball pedofilo. Di quella violenza subita in tenera età Brian non ricorda più nulla; l'unica cosa che non riesce a dimenticare è collegata a uno strano risveglio che è diventato l'in-cubo della sua esistenza. Tutto ha inizio la mattina in cui, senza sapere come e perché, egli si ritrova nella cantina di casa con il naso sanguinante. Alla sorella che lo scopre per prima, alla madre che gli rivolge inutilmente delle domande e al padre che non dà alcun peso all'acca-duto, Brian non racconta nulla, ma da quel giorno la sua vita cambia radical-mente: comincia ad avere paura del buio, fa la pipì a letto, è in preda a terribili angosce. Per anni ha sepolto tutto dentro di sé, addossando infantilmente la colpa agli alieni piombati su di lui da altri pia-netti, ma ora che ha compiuto 18 anni è seriamente intenzionato a scoprire la verità. Qualcosa gli suggerisce di metter-si alla ricerca di Neil McCormick, suo compagno nella squadra di baseball. A suo avviso Neil è l'unica persona che potrebbe essergli d'aiuto. Ma Neil ha las-ciato la cittadina d'origine e dal Kansas s'è trasferito a New York. Anche lui come Brian è legato, in qualche modo, ai suoi otto anni. Cosciente e compiacente delle attenzioni che da piccolo gli riser-vava l'allenatore, è andato alla ricerca di affetto sostituendosi con furore autodi-struttivo. Da Neil, Brian saprà la verità e rivivrà il raggio dell'allenatore pedofilo, il ruolo di complice che l'amico ha avuto, il trauma della violenza subita. La storia è tratta dal fortunato romanzo

omonimo di Scott Heim, ma Gregg Araki la inquadra filmicamente servendosi degli occhi di un bambino come di una telecamera incorporata. L'uso della sog-gettiva, in questo caso, ha una sua precisa valenza. Intende, infatti, farci uscire dai nostri personalismi per indurci a capire meglio ciò che altri vivono, coin-volgerci emotivamente e portandoci a compiere lo stesso percorso esistenziale dei due protagonisti. E cosa vivono i due protagonisti? L'ossessione della verità. C'è qualcosa di misterioso nella loro pelle che li induce a compiere un doloro-so percorso alla ricerca di ciò che è acca-duto. In tal senso, Brian e Neil sono meno diversi tra di loro di quanto possan-no apparire. Brian non sa e vuole sapere; Neil sa e vuole capire. Alla fine del film i due si abbracciano e si ha la sensazione che tra la vittima e il complice del suo violentatore fluisca una reciproca pietà. All'uscita nelle sale, la critica non ha mancato di sottolineare che il film, svi-luppandosi sulle vite parallele dei due ragazzi e su due piani temporali, si pre-senta come due facce della stessa meda-glia. È stato dato risalto anche all'uso della voce narrante, al montaggio e alla straordinaria colonna sonora realizzata dal mito della musica *ambient*, Harold Budd e da Robin Guthrie, *sound archi-tect* dei Cocteau Twins.

Tutto vero, indubbiamente. Ma c'è qual-cosa di più interessante che, anche se a distanza di tempo, induce a ripescare questo film dal mercato *home video* nel quale è stato frettolosamente relegato; ed è il coraggio di Gregg Araki nell'aver trattato un argomento tabù come quello della pedofilia. "Parlare di pedofilia negli Stati Uniti è diventato oramai quasi naturale", dice il regista, "vige l'indiffe-renza. Se durante una cena dici «sai, da piccolo sono stato violentato» è facile che ti rispondano «Oh, ma è terribile!, mi passi il sale, per favore?»".

E in Italia? Ogni tanto vengono fuori sto-rie raccapriccianti, scandali che vedono

coinvolte persone insospettabili, siti internet per pedofili, viaggi organizzati in Paesi dove la fame induce le ragazzi-ne a prostituirsi, ma si tratta per lo più di notizie di cronaca. Il cinema, bloccato più dal pudore che dal tabù, se n'è inte-ressato raramente e come argomento aggiunto. Si pensi, per esempio, a *Certi bambini* dei fratelli Frazzi dove la pedo-filia passava in secondo piano rispetto alla camorra che recluta la sua manova-lanza tra i ragazzini del napoletano. Eppure non sarebbe fuori luogo trattare anche questo scomodo argomento e suscitare dibattiti, smuovere l'opinione pubblica per farla passare dal semplice turbamento alla comprensione dello stato d'animo di chi questa violenza l'ha subi-ta sulla sua pelle. "Il bambino ha diritto a tutto il rispetto", scriveva Giovenale in un'epoca di efebi. Era il II secolo dopo Cristo e il poeta latino denunciava già con il crudo realismo delle sue *Satire* i vizi di una società corrotta. Siamo nel XXI secolo e, per certa gente, non sem-bra che le cose siano cambiate di molto. Probabilmente quello che disturba vera-mente i benpensanti è l'obbligo di riflet-tere su un tema ambiguo e complesso che non è facilmente e sbrigativamente liqui-dabile mettendo alla gogna il pedofilo di turno. Non so se anche in Italia qualcuno, sentendo durante una cena la confessione di un amico che da piccolo ha subito una violenza, risponderrebbe con la stessa indifferenza dei commensali denunciati da Araki; ma se dovesse succedere, non sarebbe male passargli veramente il sale e consigliargli di metterne un bel po' in zucca. ♦

Mysterious Skin

Regia: Gregg Araki

Con: Joseph Gordon-Levitt, Zane Huett, Mary Lynn Rajskub, Chase Ellison, Lisa Long

USA, 2004; durata: 99'

► Sullo stesso argomento del film, nel 2003 è stata pubblicata dal gruppo italiano "Gemelli Diversi" una canzone dal titolo "Mary" che ha avuto tra gli adolescenti, cui normalmente sono destinate le canzoni di questo gruppo, un grande successo, rimanendo in testa alle hits delle canzoni più ascoltate per varie settimane. Merito di chi ha affrontato con un linguaggio testuale e musicale conforme al loro, un tema su cui gli adolescenti si sono rivelati interes-sati e sensibili; un tema su cui non trovano molti spazi di dibattito. (MF.S.)

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it



Quanto si legge in Italia Indagine di Liber

Una indagine della rivista *Liber* 2005 sulla editoria per ragazzi, reperibile su www.liberwet.it, ci dà il polso dell'andamento della editoria per bambini e ragazzi.

Le novità dal 1987 al 2004 per fasce d'età

Il 2004 con un balzo in avanti di oltre il 7% ha riportato il numero delle novità librarie per bambini e ragazzi distribuite in Italia al livello del 2001, anno che ha segnato il record di tutta la fase espansionistica della produzione, prima del biennio di calo registrato nei precedenti Rapporti Liber. I dati sono raccolti nella *tabella 1*.

Più libri per le età più basse. Effetto di Nati per Leggere?

Esaminando le novità in base a un profilo d'utenza per fasce d'età risulta notevolmente rafforzata nel 2003-2004 la preponderanza di pubblicazioni rivolte ai lettori più piccoli rispetto a quella delle fasce di età più alte (*tabella 2*). Si tratta di un effetto collegato a Nati per Leggere? Sarebbe interessante avere il dato per l'età da 0 a 5 anni.

TABELLA 2: NOVITÀ PER FASCE DI ETÀ

		1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
BAMBINI (0-7 anni)	N.	419	580	576	660	634	621	578	6358	690	761	902	1099	1024	1055	1191	1002	1126	1228
	%	44,01	51,01	46,87	52,13	49,65	45,43	38,56	39,59	43,23	48,53	52,02	54,08	51,07	50,29	53,41	47,81	54,16	55,17
RAGAZZI (> 8 anni)	N.	533	557	653	606	643	746	921	970	906	807	832	933	981	1043	1039	1094	953	998
	%	55,99	48,99	53,13	47,87	50,35	54,57	61,44	60,44	56,77	51,47	47,98	45,92	48,93	49,71	46,59	52,19	45,84	44,83

nati

TABELLA 1: NOVITÀ LIBRARIE

Anno	N.	var. %	Edizioni nuove o succ.
1987	952		19
1988	1137	19,43	17
1989	1229	8,09	23
1990	1266	3,01	29
1991	1277	0,87	16
1992	1367	7,05	14
1993	1499	9,66	25
1994	1605	7,07	9
1995	1596	-0,56	24
1996	1568	-1,75	20
1997	1734	10,59	16
1998	2032	17,19	23
1999	2005	-1,33	41
2000	2098	4,64	46
2001	2230	6,29	61
2002	2196	-1,52	60
2003	2079	-5,33	76
2004	2226	7,07	59

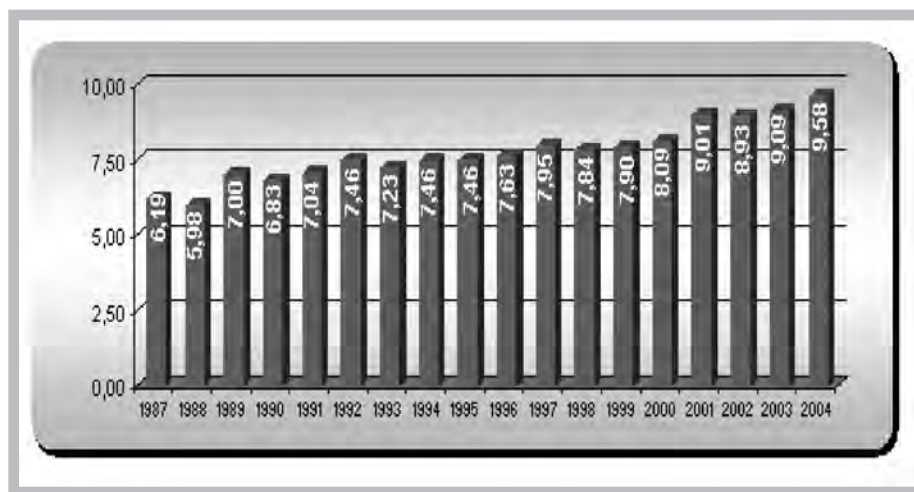
Aumentano i prezzi medi delle novità

È stato sensibile l'aumento del prezzo medio nel 2004: si è registrato un aumento del 5,4%. L'aumento ha riguardato un po' tutti i settori, con la sola esclusione dei libri di giochi, sport e hobby, nei quali il prezzo medio è diminuito. È più alta la concentrazione di titoli nelle fasce di prezzo medio-alte (fra i 5,18 e i 25,82 euro). L'acquisto a prezzo di copertina di tutte le novità del 2004 avrebbe comportato una spesa di 21.334 euro, la più alta in assoluto degli ultimi anni (*figura 1*).

Una indagine della Mondadori

La casa editrice "Il Battello a Vapore", specializzata in letteratura per l'infanzia, ha pubblicato, sulla rivista di educazione e animazione alla lettura "Leggendo Leggendo", i risultati di un'indagine, effettuata da Mondadori, volta a misurare l'intensità di lettura nell'arco di 12 mesi. È stato coinvolto un campione di 823 genitori (non si precisa l'area) tramite intervista telematica, che già di per sé seleziona il campione, e di 823 bambini

FIGURA 1



per leggere

e ragazzi (i rispettivi figli) compresi tra i 5 e i 13 anni d'età. I genitori lettori sono pari al 67%, così distribuiti: 25% (1-2 libri), 25% (3-5 libri), 17% (oltre 5 libri). Il restante 33% corrisponde ai non lettori.

Interessante la differenza con la popolazione italiana adulta, in generale, che mostra il 61% di non lettori e il 6% di lettori (oltre 5 libri). È probabile che tale differenza sia da attribuire alla selezione del campione. Emerge, inoltre, che le condizioni e le abitudini dell'ambiente familiare rappresentano un fattore notevole di influenza e stimolo alla lettura; i lettori forti (oltre 5 libri) sono prevalentemente di sesso femminile e vivono nelle grandi città del nord Italia.

Circa i tre quarti dei bambini lettori (si ricordi da 5 a 13 anni) sono "decision takers", ossia richiedono personalmente l'acquisto di libri ai propri genitori e 1 su 10 acquista libri da solo con i propri soldi.

I bambini lettori hanno ricevuto almeno un libro come regalo. Per orientare la scelta di un libro funziona molto, tra i coetanei, il passaparola, poi il consiglio degli insegnanti e, per i più piccoli, quello dei genitori.

Il motivo forte della scelta di un libro risiede soprattutto nel contenuto (personaggio e argomento), mentre passano in secondo piano le immagini interne e la copertina. Il 74% di bambini e ragazzi (619) in età scolare, dichiara che è molto diffuso, da parte degli insegnanti, consigliare libri e il 70% degli stessi segnala la presenza di una biblioteca scolastica.

Il 38% di questi ragazzi ha frequentato una biblioteca non scolastica.

L'atteggiamento dei bambini e dei ragazzi verso la lettura è positivo; sostengono, infatti, che questa attività consente di parlare meglio, scoprire cose nuove, divertire e provare emozioni, diventare più intelligenti e di creare un momento di relax tutto per sé. Infine è interessante notare che il bambino che legge ha una buona opinione di sé: ritiene che un lettore sia calmo, intelligente, bravo a scuola, spiritoso e curioso, mentre sostiene che un coetaneo che non legge sia più incline alla prepotenza e al disordine.

Laura Tais

Basilicata

Si è aperto a Matera, presso la Biblioteca provinciale uno spazio per i bambini da 0 a 6 anni, denominato la "Biblioteca di Pinocchio", inserita nel progetto regionale "Nati per Leggere".

Campania

Nel maggio scorso a Montesarchio (BN) manifestazione di benvenuto per i primi 47 nuovi nati della Città nella Biblioteca comunale "amicolibro". A tutti i piccoli, accompagnati da entrambi i genitori, dalle nonne e da fratellini e sorelline, è stata consegnata una valigetta contenente un libro illustrato, un opuscolo con indicazioni per i genitori, un album in cui inserire le foto dei bimbi negli incontri previsti mensilmente in Biblioteca con esperti, una tessera per il prestito e una lettera del Sindaco. Alla manifestazione, oltre al Sindaco e ad altri assessori, hanno partecipato il pediatra dott. Angelo Covino, grande sostenitore del Progetto, ed esponenti delle Scuole del territorio.

Veneto

Pubblichiamo un originale regolamento di prestito della Biblioteca civica Villa Valle di Valdagno (VI) che ha per titolo *Un libro dal pediatra* e che è stato elaborato dalla dott.ssa Marta Penzo

1. Al pediatra viene rilasciata la tessera per il prestito.
2. Al pediatra la Biblioteca presta un massimo di 30 libri per ogni richiesta. Il pediatra, con almeno tre giorni di anticipo, fissa un appuntamento con la Biblioteca per ritirare i libri richiesti nella quantità desiderata.
3. Il prestito ha la durata di 45 giorni. La scadenza è comunque indicata sul segnalibro che si trova all'interno di ogni singolo volume.
4. Le casse che contengono i libri sono fornite dalla Biblioteca assieme alla bolla di accompagnamento, al volantino delle novità del mese e alla Guida della Biblioteca.
5. I libri possono essere prestati ai bambini o semplicemente consultati presso l'ambulatorio. L'eventuale prestito avviene sotto la responsabilità del pediatra.

6. Il prestito viene effettuato direttamente presso l'ambulatorio; il pediatra segnerà sull'apposito modulo il nome del bambino, il recapito telefonico, il titolo del libro prestato e il giorno in cui è avvenuto il prestito.

7. Non si effettuano rinnovi del prestito presso l'ambulatorio. Il bambino che voglia trattenere il libro oltre la scadenza indicata potrà prenotare il libro in Biblioteca, la quale predisporrà la nuova tessera del prestito all'interessato. La Biblioteca eseguirà dunque il prestito secondo la normale procedura.

8. I bambini devono restituire i libri solamente al pediatra, il quale si impegna a restituirli alla Biblioteca entro i termini di scadenza del prestito (45 giorni dalla consegna).

9. Se il materiale prestato non risulta ancora restituito alla data indicata sul segnalibro, il pediatra viene sollecitato mediante comunicazione scritta ed è tenuto a pagare 3,36 euro per il 1° sollecito, e 6,46 euro per il 2° sollecito inviato dieci giorni dopo la data del primo.

10. I libri devono essere conservati con la massima cura dai lettori e non possono essere ceduti ad altri.

11. Il pediatra che smarrisce il libro o lo consegna in grave stato di deterioramento è tenuto a sostituire l'opera smarrita o deteriorata con un altro esemplare.

12. Il pediatra si impegna ad allestire uno spazio espositivo per i libri, corredato dal materiale divulgativo di Nati per leggere (manifesto e volantini + bibliografie a cura della Biblioteca "Nati per leggere" e "Quando nasce un bambino").

Guarda che faccia

Cari amici del CSB, ho ricevuto anche il secondo pacco di libri e di questo vi ringrazio tanto. Ho cominciato a regalare ai più piccoli il "Guarda che faccia" e non vi dico che successo ho avuto in primis proprio con loro che sono rimasti incantati e divertiti e tante altre cose che mi hanno riempito il cuore di gioia. Io adoro questo lavoro perciò, di fronte a questi fatti, io mi commuovo e al tempo stesso sono felice anche perché sono una divo-
ratrice di libri io stessa. L'idea di aver regalato loro il primo libro della loro vita mi riempie di orgoglio. Un abbraccio affettuoso.

Gabriella Polizzi

Letture al bambino e attaccamento

Chiara Barbiero

Psicologa, Centro per la Salute del Bambino ONLUS, Trieste

Abstract

Child reading and attachment

The quality of parent-child relation has important cognitive consequences in different skills such as language development, child-book interaction and emergent literacy. A secure attachment appears to indirectly influence these abilities and competences, because it is a good predictor of the quality and quantity of parent-child interactions with written material.

Particular attention should be given to the quality of parent child relation. Parents able to build up a solid relationship, thus allowing a secure child attachment, can easily ensure secure foundations for a suitable psychological development and adequate interests and abilities in emergent literacy.

Quaderni acp 2005; 12(5): 206-209

Key words Attachment. Emergent-literacy. Booksharing

La qualità del rapporto genitore-bambino ha importanti conseguenze a livello cognitivo, rilevabili in molte abilità del bambino, tra cui lo sviluppo del linguaggio, l'interazione con il materiale letterario e la comparsa della emergent literacy. Un attaccamento sicuro sembra influire indirettamente su queste capacità e competenze in quanto è un buon predittore di qualità e quantità delle interazioni con il materiale scritto che coinvolgono genitore e bambino; risulta importante porre l'attenzione sulla qualità del rapporto genitore-bambino in quanto genitori che strutturano una relazione che consenta al bambino un attaccamento sicuro, oltre a porre le basi sicure per un adeguato sviluppo psicologico, possono stimolare la nascita delle competenze nella emergent literacy, così come in altri campi.

Parole chiave Attaccamento. Emergent-literacy. Lettura dialogica

Lo sviluppo del rapporto sociale è un aspetto fondamentale della crescita del bambino; ne influenzerà l'aspetto cognitivo ed emotivo. Gli scambi sociali influenzeranno sia il concetto di sé (elemento importante per la personalità definitiva) sia gli stili e schemi di comportamento che il bambino metterà in atto. All'interno dei rapporti sociali un ruolo importante riguarda quello che Bowlby ha definito attaccamento (1-5). Si tratta, in estrema sintesi, di un legame emotivo importante, un vincolo affettivo positivo che lega il bambino al genitore e viceversa.

Un bambino che ha un attaccamento sicuro con la madre (si veda in seguito per la tipologia dell'attaccamento) sarà in grado di utilizzarla per esplorare il mondo come fonte di sollievo quando si sentirà preoccupato o stressato e da questa saprà ricevere incoraggiamento.

Il potersi fidare consentirà al bambino di avere empatia con l'ambiente, autostima e capacità di superare la frustrazione di affrontare il nuovo (6). Bambini fiduciosi sono il prodotto di famiglie stabili, in cui genitori sufficientemente adeguati forniscono ai propri figli cure, tempo e attenzione.

Ogni buon attaccamento è caratterizzato da comportamenti caratteristici che il bambino mette in atto e gli permettono di raggiungere o mantenere la vicinanza verso il genitore.

Fra questi il sorridere, l'esprimersi con lo sguardo, il chiamare l'altra persona pur essendo dall'altra parte della stanza, il toccare, il piangere, l'aggrapparsi a essa. Naturalmente non è la frequenza con cui il bambino mette in atto i comportamenti che ci può indirizzare riguardo al suo attaccamento, ma gli schemi con cui questo si manifesta (6).

Pattern di attaccamento

La Ainsworth distingue tra attaccamento sicuro e insicuro (7,8). Qualunque sia il tipo di attaccamento che unisce una madre al suo piccolo, questi cercherà sempre di mettere in atto i comportamenti più efficaci per mantenere orientata su di sé l'attenzione della madre. Si tratta sempre di schemi di adattamento del bambino alla madre e che gli permetteranno di ottimizzare il più possibile la relazione. Quindi, qualunque sia l'attaccamento che emerge all'interno della diade, esso sarà veramente il risultato migliore che questa possa sviluppare in quel particolare contesto (9).

Sono stati identificati, tra i dodici e i diciotto mesi, quattro pattern di attaccamento, connessi ad altrettanti tipici pattern di accudimento materno: *attaccamento sicuro*; *attaccamento ansioso-evitante*; *attaccamento ansioso-resistente*; *attaccamento disorientato-disorganizzato* (8,10,11).

È possibile misurare le caratteristiche di un attaccamento con un metodo definito "Strange situation" (Situazione sconosciuta) che è ampiamente accettato e utilizzato. Consiste in una serie di eventi da proporre in condizioni sperimentali di laboratorio e che si susseguono. All'inizio il bambino è con la madre, poi con la madre e un estraneo, successivamente da solo con l'estraneo e alla fine viene lasciato da solo per alcuni minuti. Quindi viene riunito alla madre, lasciato nuovamente solo, poi ancora con l'estraneo, per ultimo con la madre. In base alle loro reazioni i bambini possono essere classificati nei quattro gruppi.

Il bambino con *attaccamento sicuro*, quando ritrova la madre dopo il periodo di assenza, la saluta positivamente, si lascia calmare se è agitato, non evita né oppone resistenza al contatto se è la madre a iniziarlo. Preferisce la madre agli estranei che non conosce. Il bambino con *attaccamento ansioso-evitante*

Per corrispondenza:

Chiara Barbiero

e-mail: chiara.barbiero@csbonlus.org

nati per leggere

evita il contatto con la madre, soprattutto dopo il periodo di assenza, anche se non oppone resistenza agli sforzi che questa fa per stabilire un contatto. Ha più o meno lo stesso atteggiamento sia verso la madre che verso le persone estranee. Il bambino con attaccamento *ansioso-resistente* al ritorno della madre si mostra estremamente turbato e arrabbiato e questa non riesce a tranquillizzarlo, egli cerca e nello stesso tempo evita il contatto con lei e risponde negativamente a tutti i tentativi di calmarlo. Il bambino con *attaccamento disorientato-disorganizzato* manifesta confusione e timore, dopo aver cercato la vicinanza della madre può manifestare un forte rifiuto e conflittualità (6).

La qualità del rapporto genitore-bambino e l'instaurarsi di un buon attaccamento tra i due hanno importanti conseguenze a livello cognitivo, rilevabili anche nello sviluppo del linguaggio, nell'interazione del bambino con il materiale letterario e, di conseguenza, anche nella comparsa della *emergent literacy*. Dijkstra et al. hanno cercato di capire se la qualità dell'attaccamento sia correlata con il quoziente intellettivo e la competenza linguistica del bambino; hanno riscontrato che bambini *sicuri* apparivano più competenti nell'abilità linguistica rispetto ai bambini *insicuri* (12). Lo sviluppo del linguaggio sembrava essere stimolato in contesti di relazione d'attaccamento sicuro, in quanto genitori sicuri potevano essere migliori "insegnanti" e bambini sicuri si rivelavano "allievi" più motivati. Per quanto riguarda invece la relazione tra attaccamento e quoziente intellettivo, non è emerso alcunché di rilevante. La Menis ha messo in relazione la sicurezza nell'attaccamento dei bambini con le differenze nello stile di acquisizione linguistica degli stessi (13). Ha posto a confronto due gruppi rispettivamente con attaccamento *sicuro* e *insicuro*: è emerso che i primi a venti mesi possedevano un vocabolario più ricco e con più nomi comuni, le madri con attaccamento sicuro erano maggiormente inclini ad attribuire significato alle iniziali vocalizzazioni dei loro bambini. Bambini con attaccamento sicuro sembrano essere più desiderosi di imparare, più curiosi e mostrano più entusiasmo nel risolvere i

problemi (14). Sembra quasi che i genitori capiscano di che tipo di supporto il bambino abbia bisogno nel momento in cui deve risolvere un compito difficile; sembrano sensibili anche ai suoi più sottili segnali. Di conseguenza il bambino può trovare il coraggio di affrontare i problemi in quanto sa di essere aiutato nel caso in cui il compito si riveli troppo difficile. Allo stesso modo sembra che

be a compiere e per le quali ha bisogno di assistenza (16,17). La lettura verrebbe prima praticata a livello interpersonale e poi integrata a livello intrapersonale (18).

Partendo da questi dati Bus e van Ijzendoorn hanno ipotizzato che un attaccamento positivo possa essere un buon fondamento per l'interesse precoce sia per la lettura da parte del bambino sia per la



bambini con attaccamento sicuro quando arrivano in età prescolare siano a livello socio-emozionale meglio equipaggiati per esplorare nuove situazioni, risolvere nuovi problemi e superare barriere inevitabili.

Attaccamento e lettura

Heard e Barrett hanno notato che bambini con intelligenza normale e senza problemi neurologici, imparano a leggere più tardi se hanno instaurato una relazione insicura con i loro genitori (15). Tale relazione può derivare proprio dal fatto che la *emergent-literacy* ha le sue radici nella relazione mamma-bambino durante le attività di lettura. Sembra che la madre crei una sorta di "impalcatura" sulla quale il bambino può contare per le attività che lui stesso da solo non riuscireb-

presenza di abilità prescolari (19). Hanno analizzato, in uno studio longitudinale, la relazione tra qualità dell'attaccamento e interesse per l'esplorazione del linguaggio scritto in età prescolare (a cinque anni d'età). La sicurezza della relazione è stata valutata quando i piccoli avevano due anni e mezzo tramite la procedura di allontanamento del bambino dal genitore prima descritta (8). I risultati: i bambini con attaccamento sicuro nominavano un numero maggiore di lettere durante il gioco, richiedevano più spesso che venissero lette loro parole e tracciavano più spesso lettere nei loro disegni; invece la conoscenza del linguaggio scritto, la quantità di lettere riconosciute e la conoscenza dell'alfabeto erano le stesse per tutti i bambini, indipendentemente dalla loro relazione con la madre. In sostanza i

bambini con attaccamento sicuro mostravano più interesse per il materiale scritto e sentivano la loro madre come base sicura da cui partire per poterlo conoscere ed esplorare. In uno studio trasversale successivo gli stessi Autori hanno osservato le interazioni mamma-bambino durante la lettura (20). Hanno verificato che nei casi in cui c'era un buon attaccamento i bambini erano maggiormente concentrati nell'attività, provavano a farsi leggere più spesso ed esploravano con maggiore interesse le storie e le illustrazioni; le mamme davano maggiori istruzioni di lettura e prelettura. C'era bisogno di meno disciplina; le mamme riprendevano meno frequentemente il loro bambino durante la lettura. Gli stessi Autori hanno verificato la relazione tra attaccamento mamma-bambino e frequenza dei momenti di lettura tra i due (lettura dialogica) (21). Concludono che "i genitori differiscono notevolmente l'uno dall'altro nella quantità di tempo che trascorrono a leggere ai loro figli durante i primi tre anni di vita (22). Ad alcuni bambini non verrà letto mai, mentre ad altri verrà letto per più di mille ore prima che arrivino alla scuola elementare" (23). Non è ancora del tutto chiaro quali siano le motivazioni di queste differenze, ma al momento la causa va in parte ricercata nella difficoltà che il genitore può incontrare nel leggere a un bambino che non sa ancora leggere. La lettura di un libro può essere considerata alla pari di una interazione sociale; di conseguenza, quando legge al bambino, il genitore non può solo "leggere il testo a voce alta" perché il piccolo si interesserà alla storia solo se i genitori avranno un linguaggio e un comportamento interattivi (23). Se i genitori sono poco consapevoli di questo, non riusciranno a focalizzare l'attenzione del loro bambino su una storia e questi non mostrerà nessun reale interesse per il libro.

Basandosi sulla teoria dell'attaccamento, è stato ipotizzato che madri di diadi con attaccamento insicuro sarebbero meno in grado di focalizzare l'attenzione del loro bambino su attività di lettura e di spiegare il contesto e il contenuto di una storia (8). E che bambini insicuri avrebbero meno fiducia in chi leggeva la storia e sarebbero meno abili ad affrontare le dif-

ficoltà incontrate nel comprenderne il significato, indipendentemente dalla loro funzione intellettiva. Esaminando la relazione tra frequenza di momenti di lettura, numero di episodi di disturbo durante la lettura e qualità dell'attaccamento tra madre e figlio è risultato che, in coppie che leggevano più di frequente, l'atmosfera durante la lettura sembrava migliore e c'era meno bisogno di disciplina per mantenere viva l'attenzione del bambino; queste diadi avevano un attaccamento più sicuro rispetto a quelle che leggevano più di rado. Una relazione d'attaccamento sicura consentiva che la "fatica" della lettura fosse più facile; questa atmosfera favorevole poteva stimolare le madri a leggere più di frequente ai loro figli. Bus e van Ijzendoorn inizialmente avevano interpretato i risultati in maniera diversa: pensavano che i bambini potessero diventare maggiormente attaccati alla madre in seguito a frequenti e positivi contatti di lettura. Oggi l'ipotesi non sembra plausibile o comunque mancano ricerche in proposito.

Alcuni anni dopo Bus e van Ijzendoorn hanno condotto ancora due ricerche (19-21). Nella prima hanno registrato tramite telecamera 82 madri con i loro bambini di circa 11-15 mesi di vita, durante momenti di lettura di libri illustrati e hanno suddiviso le coppie in base alla qualità del loro attaccamento. Le osservazioni hanno dimostrato che le risposte dei bambini aumentavano di significato in virtù della dimensione affettiva della relazione. Di nuovo la sicurezza nell'attaccamento correlava con la qualità dei momenti di condivisione della lettura. Nella seconda ricerca hanno coinvolto 138 famiglie con bambini dai 12 ai 20 mesi di vita; dopo aver valutato la relazione d'attaccamento hanno registrato anche in questo caso i momenti di condivisione della lettura. I bambini dai 18 ai 20 mesi di vita con attaccamento sicuro, vedendo le illustrazioni, reagivano indicando e nominando le figure; i loro genitori cercavano di incentivare queste reazioni tramite interazioni che di volta in volta diventavano quasi prevedibili per il bambino. Le madri con attaccamento insicuro-evitante leggevano il testo verbale e commentavano di meno ai loro

piccoli le figure; i bambini erano meno interessati al libro e più facilmente distraibili. Le madri con attaccamento insicuro-resistente manifestavano un comportamento di ipercontrollo e iperstimolazione che sembrava essere in relazione con una risposta ambivalente da parte del bambino. Anche Adriana Bus ha riportato nelle sue ricerche risultati non difforni (19).

Conclusioni

In sostanza, le ricerche dimostrano che un buon attaccamento è correlato con un migliore coinvolgimento del genitore e del bambino durante la lettura. Lo stile di attaccamento del bambino non predice direttamente l'acquisizione delle capacità e competenze, ma predice la qualità e la quantità delle interazioni sul materiale scritto. La qualità delle interazioni è correlata con l'interesse del bambino; infatti i genitori, che strutturano una relazione che consente al bambino un attaccamento sicuro, possono stimolare la nascita dell'interesse e delle competenze della *emergent literacy*, anche in altri campi.

L'insieme delle evidenze scientifiche emerse tra qualità dell'attaccamento e competenze emergenti deve attirare l'attenzione verso la qualità delle interazioni nelle famiglie che vengono coinvolte nel programma di promozione alla lettura ad alta voce. Questa conoscenza produrrà effetti positivi sia sulla frequenza della lettura che sulla modalità del genitore di leggere e sulla capacità di interagire con il bambino durante i momenti di lettura. ♦

Bibliografia

- (1) Bowlby J. L'attaccamento alla madre. Boringhieri, Torino 1972.
- (2) Id. La separazione dalla madre. Boringhieri, Torino 1975.
- (3) Id. Costruzione e rottura dei legami affettivi. Cortina, Milano 1982.

L'EDUCAZIONE IN MEDICINA

Genova, 17-18-19 novembre 2005 Magazzini del Cotone

Giovedì 1710,00-12,00: Simposio "Pedagogia della Nascita" *Curatrice: S. Morano*12,15-13,00: Presentazione del Congresso *P. Binetti*14,30-15,00: Prima sessione: "L'educazione alla salute" *Coordina: P. Binetti*

15,00-16,30: Gruppi di discussione:

- Educare sui rischi per la salute per modificare gli stili di vita
Animatori: P. Lemma e G. Renga
- L'Educazione terapeutica: principi, programmi e metodi
Animatore: J. F. D'Ivernois
- La formazione degli operatori sanitari all'educazione terapeutica del paziente *Animatori: A. Maldonato e M.G. Albano*
- L'etica dell'educazione del paziente *Animatrice: P. Binetti*

Venerdì 1809,00-09,30: Seconda sessione: "La narrazione, strumento di educazione".
Coordina: F. Parizzi

09,30-11,00: Gruppi di discussione:

- Arte, musica e letteratura come strumenti per educare la sensibilità e la capacità di ascolto dei pazienti *Animatore: G. Parisi*
- Le narrazioni di malattia nella letteratura e nel cinema
Animatrice: L. Zannini
- Le narrazioni delle esperienze vissute da parte degli operatori sanitari nel loro percorso formativo e nel confronto con il malato e la malattia, come strumento di riflessione e di formazione
Animatrice: L. Garrino
- Le narrazioni dei pazienti come strumenti educativi alla relazione tra operatori sanitari e pazienti e come strumenti del processo di cura *Animatrice: F. Parizzi*
- Narrative Based Medicine ed Evidence Based Medicine
Animatore: U. Gianì

14,00-14,30: Terza sessione: "L'educazione alla clinica" *Coordina: C. Scandellari*

14,30-16,00: Gruppi di discussione:

- La natura della Clinica *Animatore: G. Realdi*
- Clinica e Scienza *Animatore: C. Maganza*
- Come insegnare la Clinica *Animatore: C. Scandellari*
- Clinica e infermieristica *Animatrice: A. Palese*

18,00-20,00: Simposio "Modelli educativi nella formazione specialistica"
*Curatore: C. Maganza***Sabato 19**09,00-09,30: Quarta sessione: "La formazione permanente dei professionisti della salute" *Coordinano: L. Vettore e G. Delvecchio*

09,30-11,00: Gruppi di discussione:

- La formazione residenziale, potenzialità e limiti
Animatore: G. Delvecchio
- Le competenze professionali e la formazione continua del personale sanitario *Animatrice: T. Gandini*
- Lo sviluppo professionale continuo: antitesi, complemento o evoluzione dell'educazione continua in medicina (ECM)?
Animatore: L. Pressato
- Originalità pedagogica della formazione a distanza e della e-learning *Animatore: L. Vettore*

Il congresso è in accreditamento ECM.

Segreteria Organizzativa BC CONGRESSI s.r.l.
Via XX Settembre 14/4 - 16121 Genova
Tel. 010 5957060
Fax 010 5958548
e-mail: segreteria@bccongressi.it

(4) Id. La perdita della madre. Boringhieri, Torino 1983.

(5) Id. Una base sicura. Cortina, Milano 1989.

(6) Bee H. Il bambino e il suo sviluppo. Zanichelli, Bologna 1992.

(7) Ainsworth MDS, Witting BA. Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. In: Foss B M. Determinants of infant behaviour (vol. 4). London: Methuen 1969.

(8) Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E, et al. Patterns of attachment: Assessed in the Strange Situation and at home. Hillsdale, NJ. Erlbaum 1978.

(9) Lambroschi F, Ciotti F. Teoria dell'attaccamento e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell'infanzia. *Età evolutiva* 1995; 52:109-26.(10) Ainsworth SI. Patterns of infant-mother attachment: Antecedent and effects on Development. II. Attachment across life span, *Bull NY. Ac Med* 1985;61:771-91.

(11) Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg, Cicchetti e Fumming (Eds.). Attachment in preschool years, University of Chicago Press. Chicago 1990.

(12) Dijkstra J, Bus AG, van Ijzendoorn MH. Attachment, Intelligence and language: a meta-analysis. *Social Development* 1995;4:115-29.(13) Menis E. The effects of security of attachment and material attribution of meaning on children's linguistic acquisitional style. *Infant Behavior and Development* 1998;21:237-52.(14) Matas L, Arend RA, Sroufe LA. Continuity of adaptation in the second year: relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development* 1978;49:547-56.

(15) Heard DH, Barrett M. Attachment and the family relationships of children with specific reading disability. In: Parkes CM & Stevenson-Hinde J. The place of attachment in human behaviour (pp. 151-70). Basic Books, New York 1982.

(16) Bruner Vygotsky J. A historical and conceptual perspective. In: Wertsch JV (Ed). Culture, communication and cognition (pp. 21-34). Cambridge University Press 1985.

(17) DeLoache JS, De Mendoza OAP. Joint picture book interactions of mothers and 1-year-old children. *B. J. Develop Psychol* 1987;5:111-23.

(18) Van Ijzendoorn MH, Van der Veer R. Main currents of critical psychology: Vygotsky, Holzkamp, Riegel. Irvington, New York 1984.

(19) Bus AG, van Ijzendoorn MH. Attachment and early reading: A longitudinal study. *J Gen Psychol* 1988;149:199-210.(20) Id. Mother-child interactions, attachment, and Emergent Literacy: A Cross-sectional study. *Child Development* 1988;59:1262-72.(21) Id. Patterns of attachment in frequently and infrequently reading mother-child dyads. *J Gen Psychol* 1992;153.

(22) Teale WH. Home background and young children's literacy development. In Teale WH & Sulzby E (Eds). Emergent literacy (pp. 173-206) Norwood, NJ. Ablex 1986.

(23) Adams M. Beginning to read. The MIT Press Cambridge 1990.

La musica in ospedale Un progetto e i primi risultati

Alessandro Perondi
Athenaeum Musicale Fiorentino

Abstract

Music in Hospital. A new project with its first results

Ten years ago a group of musicians started a musical experience with children admitted in the hematology department of the Meyer Hospital in Florence. The aim was to enhance a warm welcome and improve life quality during hospitalization. At the time paediatricians seemed a bit distrustful about this experience, but with the progressive increase of hospital professional's interest and involvement, the need to better define the intervention came up. Such musical experience influences relations and the non verbal aspects of communication, becoming therefore an excellent and ideal tool for overcoming stress and improving relations with hospitalized children.

Quaderni acp 2005; 12(5): 210-211

Key words Music. Music in hospital. Communication

Da dieci anni un gruppo di musicisti ha iniziato un'esperienza di attività musicale con i bambini del reparto di oncematologia dell'Ospedale "Meyer" di Firenze. L'obiettivo è di migliorarne la qualità dell'accoglienza e della vita durante il ricovero. Questa esperienza fu accolta con una certa diffidenza dai pediatri, ma col passare del tempo ha coinvolto sempre più il personale dell'ospedale e ha fatto emergere l'esigenza di definire più precisamente criteri dell'intervento musicale perché tenessero conto delle necessità del bambino e dei familiari, ma anche delle aspettative dei professionisti e di tutte le persone coinvolte nella vita dell'ospedale. Il carattere eminentemente relazionale dell'intervento musicale, con la sua influenza sui livelli non verbali della comunicazione, fanno di questa uno strumento ideale per relazionarsi con i bambini malati e superarne lo stress.

Parole chiave Musica. Musica in ospedale. Comunicazione

Nel 1996 la Fondazione "Livia Benini", un gruppo di musicisti, ha iniziato un'esperienza di attività musicale con i bambini del reparto di oncematologia dell'Ospedale "Meyer" di Firenze. L'obiettivo è di migliorarne la qualità dell'accoglienza e della vita durante il ricovero. Questa esperienza, inizialmente, fu accolta con una certa diffidenza dagli operatori sanitari, ma col passare del tempo ha coinvolto sempre più il personale dell'ospedale e ha fatto emergere l'esigenza di definire più precisamente criteri dell'intervento musicale perché tenessero conto delle necessità del bambino e dei familiari, ma anche delle aspettative dei professionisti e di tutte le persone coinvolte nella vita dell'ospedale.

Nel 2001 l'Ospedale ha deciso di inserire il progetto denominato "Musica in Ospedale" fra i suoi progetti culturali e di promozione della salute, aprendo alla musica e ai musicisti tutti i reparti, servi-

zi e luoghi comuni. Nel 2002 l'Ospedale, la Fondazione "Meyer" e l'Associazione "Athenaeum Musicale Fiorentino" hanno realizzato il *Primo corso di formazione per musicisti in ospedale*, diretto da Victor Flusser e da Philippe Bouteloup, direttore dell'Associazione "Musique et Santé" di Parigi (1).

Questi professionisti operano, il primo nel campo della formazione dei musicisti e il secondo in quello della pratica musicale nei reparti di Pediatria di molti ospedali francesi. Il corso, della durata di un anno, ha formato dieci musicisti alla pratica della musica in ospedale secondo criteri e modalità derivati dalla esperienza maturata in Francia.

Musica in ospedale. Ciò che è e non è
Volendo schematizzare le caratteristiche della *musica in ospedale* e, in generale, della musica nell'ambito della salute, possiamo subito dire ciò che essa non è.

- ▶ Non è *musicoterapia*. Associare il termine *musica* a quello di *ospedale* fa pensare alla cosiddetta *musicoterapia*. Non c'è nessuna intenzione nel musicista di rivolgersi alla parte malata del bambino per indurre in lui cambiamenti positivi o miglioramenti chimici. Egli vuole, invece, entrare in relazione con il bambino in quanto individuo nella sua completezza e individualità.
 - ▶ Non è un'azione di *volontariato* di musicisti di "buon cuore". Si tratta invece di un'attività specializzata di professionisti appositamente formati che ricercano una collocazione all'interno del progetto di cura del reparto, e dell'ospedale, al fianco delle altre professionalità.
 - ▶ Non è *animazione* di musicisti che suonano semplicemente per portare allegria nei reparti. È molto di più: è ricerca di una relazione profonda col bambino e con la sua famiglia, uno spazio di vita e di emozione, un colloquio fatto di suoni e di note.
 - ▶ Non è uno *spazio da concerto* per musicisti in cerca di un pubblico.
- E possiamo anche dire ciò che la *musica in ospedale* è.
- ▶ È un atto musicale autentico e un percorso di ascolto.
 - ▶ È una musica condivisa e un ambiente sonoro arricchito.
 - ▶ È una stretta interazione tra musicisti ed équipe ospedaliera, tra professionisti della salute e della cultura nel rispetto delle competenze reciproche.
 - ▶ È una stretta interazione tra i musicisti, i malati e i loro familiari nel rispetto delle competenze e delle aspettative di questi.

In definitiva la *musica in ospedale* si inserisce nel percorso dell'umanizzazione dell'ambiente ospedaliero, nella ricerca di un miglioramento della qualità, dell'accoglienza e della vita non solo del bambino, ma di tutti gli attori presenti in ospedale

Per corrispondenza:

Alessandro Perondi

e-mail: perondi@athenaeummusicale.it

esperienze

(familiari, medici, infermieri, volontari, visitatori, ecc.). Si pone come un ponte tra il dentro e il fuori, fra il ricovero e la vita sociale, tra il luogo di cura e la realtà culturale multiforme della città.

L'ambiente sonoro dell'ospedale

La *musica in ospedale* rappresenta anche una buona occasione di riflessione sull'ambiente sonoro interno all'ospedale. Il musicista deve saper ascoltare e proporre come migliorare la qualità acustica del reparto; non solo con un'azione additiva, portandovi dentro, cioè, la sua musica e le sue emozioni musicali, ma anche con un'azione sottrattiva, collaborando col personale per eliminare - o ridurre o trasformare - i rumori fastidiosi e superflui (porte, carrelli, cassette, suonerie ecc.), abbassare i toni della voce e in generale stimolare nel personale una maggiore attenzione alla qualità sonora del reparto. Il professor Paolo Busoni, primario di Anestesia e Rianimazione del "Meyer", ha osservato che il musicista in ospedale non deve essere un musico-terapeuta, ma un terapeuta del rumore, un *operatore del suono*.

Un altro aspetto del progetto "Musica in Ospedale" vede il musicista coinvolto nel ruolo di "promotore culturale" nella prospettiva di una trasformazione dell'ospedale in luogo, oltre che di cura, di promozione e diffusione della cultura e in particolare della musica.

In questa ottica l'"Athenaeum Musicale Fiorentino" si è posto come intermediario tra il "Meyer" e la vita musicale di Firenze, favorendo l'incontro e la stipula di un vero protocollo ufficiale di collaborazione con il Conservatorio di Musica "Cherubini" per la realizzazione di concerti all'interno della struttura ospedaliera o in spazi pubblici, lezioni concerto, organizzazione di eventi musicali a carattere locale o nazionale. Alla luce di quanto sopra, nel marzo del 2003 è iniziato l'intervento musicale all'ospedale "Meyer". L'organizzazione e la gestione sono state affidate alla cooperativa "Athenaeum Musicale Fiorentino". Sono state previste 51 ore settimanali (8 musicisti per 2652 ore annuali, in 52 settimane per anno) distribuite inizialmente solo in alcuni reparti, ma che interesseranno progressivamente tutto l'ospedale. I musicisti sono impegnati in vari momenti

della giornata, quelli più idonei all'attività musicale. Per il personale ospedaliero sono stati realizzati tre corsi di formazione, uno per l'ospedale "Meyer" e due per l'ospedale di "Cecina" (LI), tenuti dal professor Victor Flusser, sul tema della "Musica in Ospedale come fattore di umanizzazione", con un'attenzione particolare all'ambiente sonoro e alle possibilità di collaborazione e scambio tra personale sanitario e musicisti.

Prime verifiche

Il 12 novembre 2004 si è svolto a Firenze il secondo Workshop "Ospedale e Musica". È stata effettuata una prima verifica del progetto, di cui forniamo alcuni dati molto preliminari.

Il progetto era partito in alcuni reparti dell'Ospedale Pediatrico "Meyer"; ha poi subito una diffusione in tutti i reparti e servizi per le continue richieste del personale che ha visto nell'intervento dei musicisti non soltanto un efficace "alleato terapeutico", ma anche un efficace fattore di distensione per il personale.

È stato raggiunto un buon risultato sull'ambiente sonoro (attenuazione dei rumori, abbassamento del tono delle voci ecc.). La presenza dei musicisti nel reparto, a una prima indagine, è interpretata come un influsso positivo sulla relazione tra genitori e personale ospedaliero e si è rilevato un quasi unanime gradimento da parte del personale e dell'utenza, evidenziando, anzi, il desiderio di un ampliamento dell'intervento musicale.

Per valutare l'efficacia dell'intervento nel ridurre lo stress del bambino prima, durante e dopo le procedure dolorose (medicazione delle ustioni e prelievo del sangue) sono state svolte due tesi di laurea presso la facoltà di Psicologia. Altre sono attualmente in corso. Le tesi hanno messo in luce dati estremamente positivi sia nei confronti del bambino che nei riguardi dei familiari accompagnatori.

Conclusioni

Il carattere eminentemente relazionale dell'intervento musicale, con la sua decisa influenza sui livelli non verbali della comunicazione, e l'universalmente riconosciuto carattere evocativo e di riattivazione della memoria proprio della musica, fanno di questa uno strumento ideale anche di intervento con gli anziani (spe-

cie quelli con gravi deficit cognitivi) nelle residenze assistite e nei reparti di lungodegenza degli ospedali.

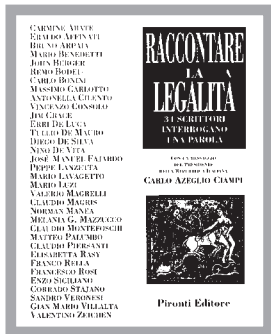
La collaborazione tra un ente della salute (il "Meyer") e un ente culturale (l'"Athenaeum") ha favorito un'ulteriore apertura del "Meyer" alla vita civile e culturale della città, migliorando lo scambio e la progettualità con istituzioni fiorentine importanti.

I rapporti a carattere internazionale, avviati fin dall'inizio dell'esperienza, hanno dato luogo a una rete di Paesi europei (Francia, Portogallo, Grecia, Germania) che si impegnano a portare avanti il progetto di *Musica in Ospedale* sia dal punto di vista della *formazione* (oltre ai corsi di formazione a carattere nazionale è in via di progettazione la realizzazione di un corso di formazione a livello europeo) che della *pratica* nelle istituzioni della salute e della *valutazione* dell'impatto dell'intervento musicale nell'ambiente ospedaliero pediatrico e nelle residenze assistite per anziani.

Tutto ciò ha incoraggiato non solo a proseguire nel progetto, ma a estenderlo ad altre realtà pediatriche (e geriatriche) toscane. Attualmente sono in fase di definizione collaborazioni con le pediatrie (e le R.S.A.) degli ospedali di Cecina, Livorno, Pisa, Pescia, Pistoia, Siena e San Giovanni Valdarno (ma anche con la rete toscana dell'H.P.H.) che si sono già resi disponibili ad accettare il tirocinio dei musicisti iscritti al Secondo corso di formazione che, iniziato a gennaio a Firenze, si protrarrà per tutto il 2005 e formerà 15 nuovi musicisti alla teoria e alla pratica della "Musica in Ospedale". ♦

(1) Victor Flusser, direttore del Centre de Formation des musiciens intervenants dell'Università di Strasburgo, dedica la propria attività alla progettazione di attività musicali nelle comunità giovanili (scuole, ospedali pediatrici, centri socio-culturali). Ha lavorato nei servizi di Pediatria dell'Università di Strasburgo. "Ma il nostro approccio non è un approccio di terapia. Noi facciamo musica, ma la musica è basata su una relazione inter-soggettiva. Il nostro obiettivo non è suscitare allegria, come fanno i clown in ospedale, ma piuttosto la qualità di vita, la dignità di vita. La musica, non per diminuire il dolore, ma per aumentare la qualità della vita. Per noi la musica è un'alleata terapeutica, non una terapia. Seguiamo un bambino mentre vive in ospedale: ogni settimana un musicista va nella sua camera e continua un discorso musicale: una sorta di Mille e Una Notte. Oppure lavoriamo sulla trasformazione delle carrozzine in strumenti musicali, così quando i bambini le usano, le carrozzine suonano".

Libri: occasioni per una



AA. VV.
Raccontare la legalità. 34 scrittori interrogano una parola
 Pironti Editore, pp 127, euro 7,00

“Non è un codice, non è una divisa da indossare né la disciplina di un ordine: la legalità è un sentimento. Combina rispetto e timore, misura il grado di lealtà di una comunità”. Erri De Luca definisce così la legalità, nel libro *Raccontare la legalità* realizzato dagli organizzatori del Premio Napoli, un premio letterario che si svolge ogni anno nella città partenopea e che quest’anno è giunto alla cinquantesima edizione. E aggiunge che la legalità “è diffusa tra i poveri perché sanno che nessuna trasgressione è loro condonata”.

Il libro è una raccolta di testimonianze, di poesie, di racconti, di e-mail, scritti da 34 autori, alcuni dei quali giovanissimi, esordienti, altri già affermati; alcuni napoletani (De Luca, Lanzetta, Arpaia, De Silva). Un libro sui generis, in cui – per citare i curatori – ci sono la brevità e il contrario della brevità, la poesia e il racconto, la riflessione e l’aforisma, voci, modi di sentire e linguaggi diversi. Un libro che si legge con facilità e che serve a far riflettere (non solo chi vive nelle aree del Paese dove l’illegalità è più diffusa), un piccolo volume di appena 127 pagine che consiglieri ai più giovani, a coloro che si stanno formando in questi anni; un testo che aiuta a capire e a non far finta di niente. Tullio De Mauro ci spiega che alla radice di “legalità” si cela una parola della latinità medioevale, *legalitas*, che appare poco dopo il Mille, e il cui significato è “essere legale” e legale come aggettivo vuol dire “conforme alla legge”. “Napoli è stata offesa dalla più sfrontata e continuata illegalità pubblica, un diserbante che ha bruciato ogni verdura di legalità civile. Qui la legalità ha coinciso con l’eroismo” scrive

Erri De Luca, e Mario Lavagnetto sceglie di parlare di legalità citando l’*Antigone* di Sofocle e il *Critone* di Platone, e conclude con le parole di Hobbes “la legalità è la virtù per eccellenza della politica”. Una virtù laica che insegna che le leggi possono essere cambiate attraverso la discussione e la lotta, ma in nessun modo essere aggirate, eluse o ingannate. Come recita la poesia del novantenne Mario Luzi “...che restino il giusto e il legittimo avvinghiati fra loro fortemente, sempre”. Infine, la presentazione del Presidente della Repubblica dà il tono giusto di solennità a tutta l’opera.

Paolo Siani



Renzo Tomatis
Il fuoriuscito
 Sironi Editore, Collana Indicativo Presente
 2005, pp 203, euro 13,50

Riportiamo la presentazione del libro da parte dell’autore.

Questo lungo racconto ci porta all’interno della disciplina scientifica che in tempi recenti si è affermata dominante sul palcoscenico della scienza, e cioè la medicina e la ricerca biomedica. La medicina, come tutte le scienze, ha come fine l’acquisizione e l’espansione delle conoscenze, ma ha pure come compito principale la protezione, l’assistenza e il benessere dell’individuo. Indispensabile per definire i concetti di salute e malattia che altrimenti sfuggirebbero a definizioni basate su fondamenta puramente obiettive, la scelta di attribuire un valore assoluto alla persona umana è un suo assioma fondamentale. La malattia è infatti un evento biologico che di per sé non è bene né male: siamo noi che abbiamo deciso che la malattia è un male e che ci siamo impegnati a combatterla o prevenirla. Il fat-

to di avere un valore etico come suo fondamento fa sì che la medicina sia, come molti sembrano dimenticare, una scienza atipica. Il protagonista ha intuito e introiettato questo principio una volta per tutte. Armato della fragilità incorruttibile di un ideale che non può affermarsi nella società nella quale viviamo, ma che, pur essendo perdente, non è mai veramente sconfitto, percorre il suo itinerario di apprendistato dapprima in un ambiente ospedaliero e universitario a Torino, poi di ricerca fondamentale a Chicago, e di seguito in un ambiente internazionale dove l’uso dei risultati della ricerca scientifica è in bilico fra la protezione dell’umanità dai rischi professionali e ambientali, e l’asservimento a formidabili interessi economici e poi infine a Trieste.

Con un entusiasmo che non si lascia abbattere dalle prime cocenti delusioni ospedaliere e universitarie, il protagonista opta per la ricerca scientifica intesa come strumento per migliorare la capacità di esercitare la funzione preventiva e assistenziale della medicina, nella convinzione che una maggiore conoscenza non potrà significare che una migliore prevenzione e una migliore assistenza. Lo stimolo intellettuale, il fascino del nuovo e l’innocenza febbrile della ricerca inevitabilmente lo affascina e lo seducono, ma il contatto con un establishment scientifico che sembra aver totalmente dimenticato l’assioma morale sul quale poggia la medicina, gradualmente lo respinge. Egli giunge così fino al rifiuto di una scienza inquinata da un utilitarismo aggressivo al servizio di spietati interessi economici dove scienza e tecnologia sono indissolubilmente connesse al servizio di imprese multinazionali senza scrupoli, e dove il malato, invece di essere protetto e rassicurato come individuo sofferente, viene “affrontato” come depositario di informazioni molecolari che in nome di un riduzionismo spietato possono essere modificate e manipolate.

Il protagonista diviene infine il fuoriuscito percorrendo lo stretto sentiero che separa lo scienziato rapace e spietato di impronta baconiana da una ricerca scientifica utilitarista e opportunistica e lo conduce verso una scomoda e anacronistica fedeltà a un principio morale. Con una considerevole ricchezza di personaggi e situazioni, e in uno stile limpido e sobrio, che non è l’ultimo suo pregio, *Il fuoriuscito* ci racconta dall’interno una componente essenziale della nostra società.

Renzo Tomatis

buona lettura



Aldo Molinengo

BAMBINI affittati

Vaché e sèrvente: un fenomeno sociale nel vecchio Piemonte rurale e montano

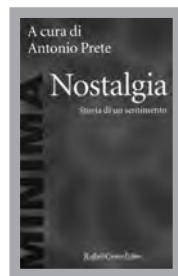
Quaderni di Civiltà e di Cultura Piemontese, Priuli & Verlucca 2004, pp 144, euro 17,50

“Come tutti ero stata portata sotto l’*Ala’d fer*, al mercato di Saluzzo. C’erano tanti altri bambini e bambine, e molti piangevano. Qualcuno aveva già con sé il fagotto, per andare subito dai padroni. Non mi facevano solo fare i lavori di casa, ma anche tutti quelli di campagna (...). Quando mi mandavano alla *bialera* a lavare le lenzuola, avevo paura di cadere dentro, perché era una *bialera* grossa, e l’acqua scorreva forte. Me la sognavo anche di notte”. “Al mercato di Saluzzo c’erano tanti bambini delle vallate che t’imploravano di prenderli, perché a casa loro non avevano da mangiare, proprio niente, e dicevano – *Padron, buteme cò mi* –, padrone, affittate anche me”.

Vaché e *sèrvente*: così erano chiamati in piemontese, rispettivamente, i bambini e le bambine di famiglia contadina che fin dagli otto o nove anni di età venivano mandati a lavorare in cascina o all’alpeggio, lontano da casa. Erano affittati da altri agricoltori, non tanto per la paga che ricevevano, davvero misera, quanto per la possibilità di avere bocche in meno da sfamare per buona parte dell’anno. I bambini diventavano *vaché*, addetti ai lavori di custodia del bestiame al pascolo, in pianura o in montagna; le bambine, *sèrvente*, aiutavano nelle faccende di casa. L’incontro con il futuro padrone e la stipula del contratto si svolgevano in città, nel giorno del mercato, o durante le fiere, occasioni di incontro tra gente di paesi diversi. A Saluzzo, la *piassa dij garson* era il luogo dove si portavano i bambini, osservati ed esaminati dai futuri padroni, che sceglievano in genere quelli

che sembravano più robusti. Gli altri spesso dovevano insistere per essere affittati, e avere così dei pasti assicurati, anche se in cambio occorreva fare lavori comunque troppo pesanti. Poi tutto dipendeva dalla fortuna: a volte il bambino veniva trattato per quello che era; spesso lo attendeva un lavoro faticoso, tanta solitudine, molta fame, frequenti rimproveri, come emerge dalle testimonianze raccolte dall’autore del libro. Sono storie drammatiche, affidate alla memoria di chi le ha vissute direttamente, e che rimandano alle pagine di Pavese, Revelli, Fenoglio. All’origine di tutto, la grande miseria storica e una fame viscerale, che noi oggi non conosciamo più, se non come fame degli altri, lontana: “a tavola, si divideva tra tutti la povertà e nessuno mangiava più degli altri”. Di lettura veloce e prosa scorrevole, il libro riporta a un pezzo di storia del Novecento, non tanto lontana da noi, certamente vissuta non solo nelle campagne piemontesi. Interessante è anche il capitolo sulle malattie infantili e sui rimedi della medicina popolare, tra cui ninne-nanne e filastrocche, spesso recitate anche perché i bambini dimenticassero per qualche minuto il dolore. Toccante, tra le preziose fotografie allegate, quella dell’*Ala’d fer* di Saluzzo, la tettoia in ferro dove nel giorno di mercato si affittavano i bambini. Il libro può stare anche nella sala d’attesa dei nostri ambulatori, come richiamo per tutti a riflettere su vicende che appartengono al nostro passato prossimo, ma anche come invito a pensare ad altre, analoghe e drammaticamente attuali situazioni di lavoro minorile.

Federica Zanetto



Antonio Prete (a cura di)

Nostalgia. Storia di un sentimento

Raffaello Cortina, pp 183, euro 11,00

Nonostante la derivazione greca (*Nostòs* e *algia*, Ritorno e dolore) e i suoi riferimenti

al desiderio doloroso di Ulisse per il ritorno ad Itaca, “nostalgia” è parola moderna. Fu coniata da Johannes Hofer nel 1688 per la sua tesi di laurea in Medicina all’Università di Basilea per dar nome a una malattia. Pare ne risentissero specialmente i soldati svizzeri allontanati da casa e inviati in altre parti del paese. I tre casi che Hofer descrive presentano malattie gravi (febbre, allucinazioni, delirio, dimagrimento) e guariscono appena tornano nell’aria di casa. È difficile non pensare alla “malattia” degli ufficiali e del tenente Drogo del “Deserto dei tartari”. La malattia è stata lungamente descritta nei testi di medicina militare, nella nosologia dei dizionari medici di tutto l’Ottocento e prima di questi dal Ramazzini nel capitolo *De morbis castrensibus*. Poi con la scoperta dei batteri è stata fatta passare “naturalmente” dagli organicisti a essere, come tante altre forme, un aspetto della tubercolosi; a questo punto della *Nostalgia* vengono descritte le lesioni anatomopatologiche. Poco dopo viene fatta rientrare nella melanconia e qui si chiude il ciclo medico. A metà Ottocento il termine “nostalgia” passa dal lessico medico a quello letterario: *Nostalgia* è il titolo di una poesia delle *Rime Nuove* di Carducci e di una poesia di Ungaretti dalle trincee del 1915. La *Saudade* portoghese (poesia e canzoni) è figlia diretta della nostalgia letteraria ottocentesca e le canzoni italiane e napoletane che Mazzini suonava con la sua chitarra nell’esilio londinese (Victor Hugo diceva di lui “non può vivere senza pane, non può vivere senza patria”) non è evento molto lontano dalla *Saudade*. Tanta musica classica e lirica si richiama alla *Nostalgia* e la scapigliatura lombarda ci dà ampi saggi pittorici di persone “nostalgiche”. Hofer nella sua tesi la classifica come una malattia della immaginazione perché il malato richiama continuamente una sua immagine della patria che non riesce a trasformare in realtà: quindi, eziopatogeneticamente sofferenza grave degli spiriti vitali. In fondo questa descrizione non è poi molto lontana dalla realtà letteraria e musicale: vengono in mente il *Nabucco* e il canto degli esuli di *Addio Lugano bella* che prima perdono la patria e poi anche Lugano diventata amica, seconda patria e “dolce terra pia”. Un canto così struggente e “nostalgico” che chi scrive ha sentito cantare in casa e che non può ascoltare senza ancora emozionarsi.

Giancarlo Biasini

info: notizie

Lancet e il commercio delle armi del suo editore

Lancet (2005;366:868) ha messo sul tappeto il conflitto di interessi fra la sua linea politica contraria al commercio delle armi e la sua appartenenza al gruppo Reed Elsevier che trae parte dei suoi profitti dal commercio delle armi. Il contrasto è emerso clamorosamente perché una controllata dalla Reed Elsevier, la Spearhead, ha organizzato a Londra dal 13 al 16 settembre la Defense System and Equipment International Exhibition, una fiera militare tra le più importanti del mondo nella quale oltre 1000 industrie hanno esposto i loro sistemi di arma; fra questi le terribili "cluster bomb" che sono state condannate dalle Nazioni Unite e dalle organizzazioni per i diritti umani e sono state più volte oggetto di articoli comparsi su Lancet. La rivista afferma di essere una pubblicazione completamente indipendente, sia dal punto di vista editoriale che da quello finanziario e di non avere necessità di essere sostenuta finanziariamente dalla Elsevier. Essa è quindi nella fortunata possibilità di rigettare ogn possibile connesione con mercanti di armi. Lancet non si dichiara così ingenuo da credere che nel mondo si possano abolire le armi, ma ritiene che non si possano mescolare profitti di riviste scientifiche che si occupano di salute e profitti che provengono da commerci che distruggono la salute e che sottraggono risorse alla salute vendendo alle nazioni armi.

L'editore di Lancet scrive di essere stato all'oscuro di questa attività della Elsevier fino a poche settimane fa, ma subito chiede alla proprietà, nel rispetto delle sue posizioni politiche, di spogliarsi degli interessi nel campo delle armi. In mancanza di questo impegno sembra di capire che cambierà proprietario. Vi terremo informati su questa che a noi sembra una vicenda esemplare nel mondo della editoria.

Tacrolimus e vaccinazioni

La scheda tecnica dell'EMA sulle possibili interazioni fra Tacrolimus e vaccinazioni dice che "Una potenziale interazione tra vaccinazioni e l'applicazione di Tacrolimus unguento non è stata studiata. A causa del potenziale rischio di fallimento della vaccinazione, questa deve

essere somministrata prima di iniziare il trattamento, o durante un intervallo libero dal trattamento di 14 giorni tra l'ultima applicazione di Tacrolimus unguento e la vaccinazione. In caso di vaccini vivi attenuati, questo periodo deve essere esteso a 28 giorni". www.fda.gov/cder/drug/advisory/elidel_protopic.htm

The US National Children Study

Gli studi longitudinali sulla salute e sullo sviluppo dei bambini non sono di oggi. La "Danish National Birth cohort" ha reclutato 100.000 donne in una fase precoce di gravidanza e ha in progetto di continuare, per decenni, l'osservazione al telefono dalla nascita fino al 18° anno del figlio. Un approccio simile è usato dallo studio di coorte norvegese (100.000 madri e figli) con l'invio per posta di questionari e di campioni di sangue dei bambini. Uno studio del genere era stato progettato negli anni '90 dall'ACP e mai iniziato per le obiettive difficoltà.

Ora è in campo lo studio di coorte degli USA (US National Children Study, USNCS) che vorrebbe osservare 100.000 nati dalla nascita al 21° anno in 101 centri di ricerca, 75 in centri urbani e 26 in centri rurali; terminata la fase preparatoria, le operazioni dovrebbero iniziare nel 2007. I tempi sarebbero: un controllo ogni 3 mesi fino al 5° anno raccolto tramite telefono, e-mail, posta e diario. È prevista la raccolta di campioni di sangue, urina, capelli, unghie dai bambini e dalle famiglie e campioni di aria, acqua, suolo, vernici e polvere dall'ambiente. I primi risultati sono attesi al 2° e 3° anno. Qualche cifra: il carico di malattia annuale per i 10 più comuni problemi di

salute dei bambini (fra questi le malattie croniche come diabete, asma e disturbi del comportamento) ammonta in USA a 400 miliardi di dollari. Il progetto USNCS si pagherebbe molte volte se potesse ridurre il carico dell'1% ogni anno. Da questo punto di vista si è fatto il calcolo che il Framingham Heart Study (su cui l'USNCS è modellato) ha contribuito a fare diminuire del 42% la mortalità per malattie cardiovascolari. Come sempre, i problemi sono i finanziamenti: il congresso per l'anno fiscale 2005 ha stanziato meno della metà dei richiesti 27 milioni di dollari e per il 2006 ha previsto uno stanziamento di soli 12 milioni di dollari (Lancet 2005;365:1745).

Liste di attesa

Altroconsumo (2005;5:10) ha svolto una inchiesta sulle liste di attesa a Torino, Milano, Roma, Napoli dal 1998 a oggi. I risultati sono riassunti nella tabella riportata sotto, che indica i giorni di attesa per ognuno degli esami segnalati, confrontati con i limiti fissati dal Ministero.

Integrare i trial clinici con analisi economiche

Prendendo occasione da un trial sull'uso delle statine, Lancet (2005;365:1749) sostiene che i trial sull'uso dei farmaci dovrebbero essere corredati da una analisi economica sul costo del trattamento, del follow up, degli esami di controllo necessari, dei costi diretti e indiretti compresi quello - se esistenti - di modificazione dello stile di vita che il farmaco comporta. Nel confronto fra diversi trattamenti è necessario usare misure di confronto standardizzate: anni di vita guadagnati, qualità della vita negli anni guada-

TABELLA: LISTE DI ATTESA PER SPECIALITÀ

		Oculista	Eco addome	Gastroscopia	Ortopedico
Milano	2004	71	70	24	46
	2000	44	88	40	
Roma	2004	25	66	53	49
	1998	41	53	33	
Torino	2004	46	56	23	43
	1998	28	58	22	
Napoli	2004	61	35	30	34
	1998	42	35	18	
Limiti ministero	30	60	60	30	

sulla salute

gnati o anni di buona salute guadagnati. Un altro dato necessario è la situazione della salute non limitata all'immediato ma a un orizzonte più largo e lungo. Solo così le decisioni di politica sanitaria saranno meno cieche. Nello stesso numero di Lancet (pp 1779) un'analisi economica sulle statine dimostra che il costo per prevenire una morte vascolare è di 20.700 sterline in pazienti con rischio molto alto e di 296.300 sterline in pazienti con basso rischio.

Rifugiati e disordini mentali

I rifugiati nei Paesi occidentali (circa 13 milioni in tutto il mondo) possono avere 10 volte il rischio di malattie mentali dovute allo stress rispetto alla popolazione residente nel Paese che li ospita (Lancet 2005;365:1309).

Più bambini in Francia

Nel 2004 la Francia ha superato la crescita demografica della Cina: più di 1,7 figli per donna. La popolazione è aumentata di oltre il 50% negli ultimi 15 anni. Gli esperti attribuiscono la crescita al Welfare inaugurato nella Repubblica: più servizi pubblici, più scuole per l'infanzia, più sgravi fiscali e più assegni per le famiglie con figli, più riconoscimenti delle unioni di fatto e più assistenza alle famiglie uniparentali (ADN Kronos 22 maggio 2005).

Vioxx: ancora polemiche in USA

Nature (2005;434:554) pubblica un ampio articolo in cui riprende le vicende del dott. David Graham di cui abbiamo parlato sul numero uno di Quaderni acp a pagina 19 e sul numero due a pagina 73. Si è ora saputo che nella memoria del dott. Graham al Senato degli USA era calcolato che uno fra tutti i COX-2-inibitori aveva causato, da solo, all'incirca 26.000 morti.

Test genetici fatti in casa

Dopo le vendite di farmaci e di latti su Internet avremo i test genetici acquistabili nel web. Negli USA test genetici homemade sono già disponibili. Spesso è sufficiente mettere un po' di saliva su un tampone e leggere immediatamente il ri-

sultato. I prezzi sono compresi fra i 200 e i 400 dollari USA. Nessuno sa che ci si è fatto il test. In particolare non lo sa la compagnia assicurativa. Leader del settore è la "DNA direct" che ha già un mercato di decine di milioni di dollari e fa affari specialmente con due test per la "predisposizione" al tumore al seno. Dei test commercializzati il venditore non dichiara né sensibilità, né specificità, né valori predittivi (Le Scienze 2005;441:27).

Cervelli in fuga

Dal 1996 sono in costante aumento i laureati italiani cancellati dall'anagrafe per trasferimento all'estero. Questi indicatori possono essere utilizzati per la valutazione della "fuga dei cervelli" valutandone il titolo di studio e la precedente attività. I fuggitivi erano 2700 nel 1996 e sono oltre 4000 nel 1999 e nel 2000. Sono più frequentemente maschi: circa il doppio rispetto alle femmine (Le Scienze 2005;441:22).

Ticket in Germania

Il governo tedesco, per far fronte al deficit del sistema assicurativo di assistenza sanitaria, ha progettato di porre a carico dei cittadini un ticket di 20 euro per ogni prima visita. La prima visita viene calcolata ogni tre mesi, sicché il peso del ticket dovrebbe essere di circa 40 euro per anno. Il governo ritiene che 40 euro (su un corrispettivo pagato dallo Stato di 3000 euro per cittadino) sia cosa modesta, ma i cittadini e i medici non la pensano così. All'inizio dell'anno si è tenuta una dimostrazione di massa contro il governo. Ci sono state 300.000 persone che hanno rifiutato il pagamento dei 10 euro e vi è stata una diminuzione delle visite dal 7 al 10% (Lancet 2005;365:1530).

Non solo colpa nostra

Fu circa 8000 anni fa che le concentrazioni di CO₂ cominciarono ad aumentare. Una nuova ipotesi si contrappone allo scenario convenzionale secondo cui i gas serra prodotti dalle attività umane avrebbero alterato il clima solo a partire dagli ultimi 200 anni. Sembra emergano prove che indicano che i nostri antenati iniziarono a immergere quantità significative di gas serra nell'atmosfera migliaia di anni fa disboscando foreste e irrigando i campi per i raccolti. Ricerche sulle bolle d'aria contenute nei carotaggi dimostrerebbero,

appunto, che fu circa 8000 anni fa che il livello di CO₂ cominciò a impennarsi. Molte attività agricole generano metano: lo generano le risaie inondate per irrigazione e la decomposizione dei vegetali nell'acqua ferma. Bruciando zone erbose e deforestando si producono gas. Nel 1086 (*sic!*) un censimento del territorio inglese riuscì a dimostrare che era stato deforestato il 90% della estensione delle foreste. In sostanza sarebbero state prima l'agricoltura e solo dopo l'industria a produrre gas serra (Le Scienze 2005; 441:49).

Spot ed etichette

Lo spot al cinema

L'Associazione Nazionale Esercenti Cinema (ANEC) ha invitato i propri soci a indicare nei programmi l'orario effettivo dell'inizio delle proiezioni in modo da fare decidere allo spettatore se assistere o meno agli spot. La carta dello spettatore (www.agisweb.it), infatti, prevede che questo diritto dello spettatore sia tutelato.

Spot ingannevoli

La Commissione industria del Senato ha licenziato il disegno di legge 2717 del 15/03/05 (se ne attende la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale) che inasprisce le sanzioni per chi è condannato dall'Autorità garante per la concorrenza e per il mercato. Le multe sono ora da 1000 a 100.000 euro per messaggi non veritieri e di 25.000 euro per messaggi pericolosi per la salute.

Spot pericolosi

Il commissario europeo per la salute ha emesso un ultimatum all'industria alimentare europea. Entro un anno deve cessare la pubblicità diretta ai bambini che promuove l'acquisto di cibi ad alto contenuto di lipidi, zucchero e sale. Il gruppo Kraft Foods ha deciso di interrompere le inserzioni e i messaggi pubblicitari dei Biscotti Oro rivolte ai bambini. Intanto fra mille difficoltà il Parlamento europeo sta cercando di definire una norma che proibisca chiaramente ogni forma di pubblicità rivolta ai bambini per qualsiasi tipo di prodotto (Altroconsumo 2005;4:9).

Attenti al latte

Dal 7 giugno entra in vigore l'obbligo di indicare, in tutte le etichette del latte fresco, il luogo di provenienza (dalla stalla alla mungitura) e quello dello stabilimento di confezionamento. Non saranno più ammesse indicazioni di provenienza con soli numeri o lettere. ♦

Il Lazio regala un dvd discutibile

Recentemente nel Lazio alle puerpere in dimissione viene fatto omaggio di un dvd dal titolo "Eccomi" che ha lo scopo di "fornire informazioni su possibili dubbi che un genitore alla prima esperienza può porsi". L'iniziativa è di professionisti della salute dell'infanzia: il prof. Agostino del Fatebenefratelli, la prof. Polla docente di psicomotricità dello stesso ospedale, il prof. Di Piero della Sapienza, e il prof. Bollea di chiara fama. Il dvd porta il logo della Regione Lazio e del Collegio Provinciale delle Ostetriche di Roma. Dopo averlo visto mi sono domandata: come hanno fatto queste istituzioni a concedere il patrocinio? Quali possono essere le ragioni per cui delle neo-mamme e neo-papà devono trovare ragionevole destinare del tempo alla sua pur interattiva visione? Mi limiterò a commentare solo alcuni degli argomenti trattati.

- Nella Presentazione c'è il racconto di un travaglio/parto tipo, commentato fuori campo da una voce infantile come "io-narrante": il feto prima e il neonato dopo. Appena espulso, il neonato viene posto sulla mamma senza essere coperto e, in men che non si dica, è trasferito "alle mani dei tecnici" dell'isola neonatale, asciugato rapidamente, aspirato giù nelle coane, lavato, vestito. Vi state aspettando che ritorni al seno per un primo touch-point? Eh no!: l'inquadratura successiva mostra la mamma in corridoio in procinto di essere accompagnata in stanza *senza bambino*. Per fortuna c'è papà lì vicino con la videocamera! Poi in stanza insieme: Matteo piange nella culla: mamma e papà sono lì, con le mani in mano a non saper che fare. Non lo prendono, ma chiamano l'infermiera. "È la prima poppata" spiega colei mentre posiziona il bimbo in braccio alla mamma e "non tenga la mano a V ma a C" dice e raccomanda di non fare alcune cose che in realtà fa perché la mano non sente la voce dato che caparbiamente e costantemente si appoggia dietro l'occipite del neonato!

- Matteo compie 4 mesi: c'è una festiciola e qual è l'età migliore per iniziare la pappa se non a 4 mesi? Ecco infatti la

mamma che offre l'omogeneizzato al piccolo. È sbalorditivo come in poche pennellate si sia riusciti ad aumentare il livello di confusione mentale e comportamentale e a rallentare l'azione di tanti neo-genitori. Ma non diciamo che il neonato sano e nato da parto fisiologico non deve essere aspirato? Non raccontiamo che si devono preservare la continuità e contiguità della coppia madre-bambino ai fini della stabilizzazione metabolica, dell'organizzazione neurovegetativa del neonato, del buon avvio dell'allattamento al seno e dell'emergere delle competenze di maternato? E non si era detto all'operatore di aiutare la madre ad allattare tenendo più possibile le mani dietro la schiena, e non dietro la testa dei piccoli? E non è raccomandato a tutti i livelli scientifici e istituzionali di avviare lo svezzamento a 6 mesi? E non si dice che l'omogeneizzato non è da proporre come modello di svezzamento?

- Le cose non risultano più chiare ai genitori da quanto si apprende nella sezione "Allattamento". Nessuno, lo sappiamo, resiste alla tentazione di sciorinare i vantaggi dell'allattamento, ma il prof. Di Piero riesce a essere estremamente sintetico. I benefici – dice – sono anti-infettivi, relazionali, di prevenzione dei tumori all'ovaio e alla mammella e... basta. E poi? *"Deve essere rimosso tutto ciò che ostacola un allattamento ottimale, per es. la depressione materna o le ragadi del seno o la insicurezza della donna (sì, ma come?) che deve essere modificata dai consigli del pediatra (ah, ecco!)"*. E infine l'ipogalattia. *"L'ipogalattia può essere combattuta efficacemente con i galattagoghi..., però altre volte occorre dare l'aggiunta di latte artificiale... Nel caso la produzione di latte sia scarsissima, è inutile stare a insistere perché si possono portare dei complessi di colpa assolutamente ingiustificati, e allora si passa direttamente a un'alimentazione con latte artificiale"*.

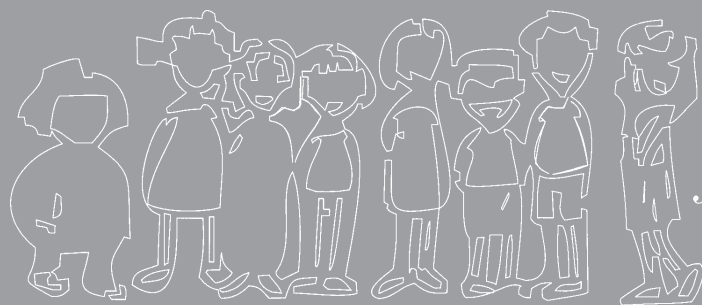
Ma non raccontiamo alle mamme che l'ipogalattia è dovuta alla bassa frequenza delle poppate e al cattivo attaccamento/posizionamento del piccolo al seno? Questo termine "ipogalattia" è del tutto misconosciuto nelle pubblicazioni scientifiche sulla lattazione e sull'allattamento

al seno; però è pervasivamente presente nel materiale informativo dei sostituti del latte materno: è questa la terminologia con cui ci vogliamo rivolgere alle mamme? E poi il meccanismo del senso di colpa funziona in modo un po' diverso: il senso di colpa viene scaricato sulle donne da operatori, familiari, società che non hanno saputo aiutare queste stesse ad allattare e non sopportano il peso del proprio senso di colpa.

A questo punto è difficile non trovarsi d'accordo con le affermazioni del prof. Agostino: *"I genitori imparano piuttosto lentamente a fare i genitori"*. E poi *"È difficile [per loro] capire che il bambino è centrale"*. Non può stupire, infatti, che un processo di genitorialità emerga molto lentamente in un contesto come quello che circonda i genitori di Matteo, in cui la strutturazione della separazione (bambino in culla) e la repressione delle competenze istintive della madre (dove sono le mani?) e del padre (la cui neopaternità si estrinseca col tramite di una videocamera), fanno sì che si debba suonare il campanello e far venire un tecnico a lavare il sedere a un bambino che desiderava solo essere preso in braccio! E che dire quando il prof. Agostino mormora: *"La risposta [agli input sensoriali al cervello del neonato] è assolutamente diastaltica"*? Frustrata per non aver trovato il termine sullo Zingarelli, provata dalla necessità di rivedere numerose scene ("è possibile che abbia capito bene?"), arrivo all'ultima elegante sezione del prof. Bollea. Peccato che sono un po' stufa e spengo, sulla falsariga della mamma che mi ha consegnato il dvd con un bel *"Lo guardi dottore; lo tenga pure è troppo lungo, con quelle facce che parlano e basta!"*.

M. Ersilia Armeni
pediatra, neonatologa, IBCLC
Presidente AICPAM
(Associazione Italiana Consulenti
in Allattamento Materno)

Non abbiamo visto il dvd di cui scrive la collega Armeni e non possiamo quindi esprimere un giudizio nostro; siamo quindi disponibili a ospitare le opinioni degli autori. ♦



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.

L'allattamento al seno è un fattore protettivo per l'obesità?

Laura Andaloro*, Oriana Testagrossa**

*Specializzanda in pediatria; **Pediatra libero professionista, Messina

Abstract

Is breastfeeding protective against obesity?

In this scenario the protective role of breastfeeding in regards to obesity is analysed. Breastfeeding mothers seek an answer from the authors, paediatric assistants in the paediatrician's office. In order to give an appropriate and evidence based answer the authors search medical literature. No review is found through a search of secondary literature; a search through PubMed finds six systematic reviews among which a Meta-Analysis appears pertinent. At the moment, breastfeeding, especially if prolonged, seems to have a protective role in regards to obesity. Nevertheless, in order to confirm and sustain such assertion, prospective and methodologically rigorous cohort studies are necessary.

Quaderni acp 2005; 12(5): 218-219

Key words Breastfeeding. Obesity. Prevention

In questo scenario viene analizzato il ruolo protettivo dell'allattamento al seno nei confronti dell'obesità. Tale quesito viene rivolto da alcune mamme che allattano, alle autrici, medici in formazione presso l'ambulatorio del pediatra, che decidono di cercare in letteratura evidenze scientifiche per potere fornire una risposta adeguata alle attuali conoscenze.

La ricerca su pubblicazioni secondarie non permette di trovare alcuna revisione pertinente; quella su PubMed consente di reperire sei revisioni sistematiche, di cui una metanalisi pertinente alla domanda. Un'ulteriore ricerca su PubMed permette di trovare un articolo pubblicato successivamente e pertanto non analizzato nella revisione sistematica. Dalle evidenze disponibili in letteratura l'allattamento materno, specialmente se prolungato, sembra avere un ruolo protettivo, anche se minimo, nei confronti dell'obesità; tuttavia, per poterlo sostenere con certezza sono necessari studi di coorte prospettici eseguiti con maggiore rigore metodologico.

Parole chiave Allattamento al seno. Obesità. Prevenzione

Scenario

Durante il nostro stage presso lo studio di un pediatra di famiglia abbiamo parlato con molte mamme che allattano. Alcune di loro, ben documentate sui benefici dell'allattamento al seno per la salute del loro bambino, ci hanno domandato se è vero che il latte materno protegge anche dall'obesità.

Decidiamo di effettuare una ricerca per fornire alle mamme le informazioni più corrette possibili.

Background

Esistono delle ipotesi fisiopatologiche che giustificerebbero il ruolo protettivo del latte materno nei confronti dello sviluppo di obesità: la maggiore concentrazione di insulina nel plasma dei bambini

nutriti con latte artificiale potrebbe favorire il deposito di grassi (1); la riduzione dei livelli di leptina nei bambini allattati al seno si potrebbe correlare con un ridotto deposito di massa grassa (2); la maggiore capacità da parte degli allattati al seno di autoregolare le assunzioni caloriche evitando così eccessivi introiti di cibo (3).

L'obesità infantile rappresenta un problema emergente di salute pubblica, in quanto presenta, per il rapido aumento di prevalenza, le caratteristiche di una vera e propria epidemia, con tempi e modalità in Italia non molto differenti dagli altri Paesi europei e dagli Stati Uniti; non preoccupa soltanto per l'aumentato rischio di sviluppare in età adulta sovrappeso e obesità, ma soprattutto per la pre-

senza di morbilità già in età pediatrica, con sviluppo precoce di iperlipemia, diabete mellito e/o insulino-resistenza e ipertensione arteriosa, con notevoli ripercussioni sul piano economico e sociale (4).

La domanda

Nella **popolazione pediatrica** [POPOLAZIONE] l'**allattamento al seno** [INTERVENTO] rispetto al **non allattamento al seno** [CONFRONTO] è **protettivo nei confronti dell'obesità** [OUTCOME]?

Strategia di ricerca

(eseguita l'1.04.2005)

Iniziamo la nostra ricerca, cercando nella letteratura secondaria l'esistenza di revisioni sistematiche e/o metanalisi (Cochrane, Clinical Evidence, DARE) e non otteniamo nessun risultato; cerchiamo quindi sul MeSH di PubMed verificando l'esistenza dei seguenti termini: **Breast Feeding – Obesity**. Si traduce la domanda su PubMed nella maschera "Clinical Queries" selezionando **Systematic Reviews** e inserendo la stringa di ricerca: **"Breastfeeding" AND "Obesity"**.

Troviamo sei lavori, uno dei quali pertinente al nostro quesito: si tratta di una Revisione Sistematica (RS), pubblicata nel luglio 2004, la cui più recente bibliografia è datata gennaio 2004.

Per verificare l'esistenza di studi di letteratura primaria pubblicati successivamente, seguiamo la ricerca su PubMed, utilizzando nelle "Clinical Queries" i filtri **Etiology AND Sensitivity** e, selezionando i lavori pubblicati nell'ultimo anno, successivamente alla pubblicazione della RS, ne troviamo due: una revisione sistematica e uno studio di coorte.

Primo articolo selezionato

Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B et al. Breast-feeding and childhood obesity; a

Per corrispondenza:

Laura Andaloro

e-mail: andalorolaura@hotmail.com

scenari

leggere e fare

systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:1247-56.

Caratteristiche dello studio

Data pubblicazione: luglio 2004

Nazione: Germania

Tipo di studio: Revisione sistematica con meta-analisi (RS).

Criteri d'inclusione per la meta-analisi: studi di coorte o studi caso-controllo di bambini con un'età compresa tra 5 e 18 anni all'ultimo controllo di follow-up; comparazione del rischio effettuata con Odds Ratio (OR) o con rischio relativo (RR); analisi dei risultati "aggiustati" per almeno 3 dei seguenti fattori confondenti: peso alla nascita, obesità dei genitori, fumo, fattori dietetici, attività fisica e stato socio-economico familiare; definizione di allattamento al seno; definizione di obesità: > 90° percentile di BMI.

Risultati: su 954 potenziali studi rilevanti, 28 sono stati inclusi per la RS mentre 9 hanno incontrato tutti i criteri d'inclusione per la meta-analisi. Sono stati confrontati bambini di età compresa tra i 5 e i 18 anni mai allattati al seno con quelli allattati per almeno 6 mesi.

I valori di OR sono stati aggiustati in base ai fattori confondenti. Dei 9 lavori analizzati, 6 evidenziano un'associazione inversa tra durata dell'allattamento al seno e obesità, mentre nei rimanenti tre non veniva riscontrato alcun effetto protettivo. I risultati della meta-analisi effettuata sui 9 lavori, mostrano una OR pari a 0.78 con un intervallo di confidenza al 95% compreso tra 0.71 e 0.85.

Conclusioni: Gli autori sottolineano che gli RCT sono gli studi che dovrebbero essere presi in considerazione per una meta-analisi, ma essendo la randomizzazione per l'allattamento al seno non attuabile per motivi etici, ci si deve "accontentare" di studi di coorte. Inoltre vengono sottolineate alcune differenze riscontrate nei diversi studi, quali le definizioni di obesità (superiore al 90°, al 95° o al 97° percentile del BMI) e di allattamento al seno e della sua durata. Gli autori, comunque, dimostrano che queste differenze non incidono sul risultato finale della meta-analisi. Concludono affermando che l'allattamento al seno

è associato con un piccolo, ma significativo, effetto protettivo contro il rischio di sviluppare obesità nella seconda infanzia.

Secondo articolo selezionato

Grummer-Strawn LM, Mei Z. Does Breastfeeding Protect Against Pediatric Overweight? Analysis of Longitudinal Data From the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics* 2004;113:2. Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/2/e81.

Caratteristiche dello studio

Data pubblicazione: febbraio 2004

Nazione: USA

Tipo di studio: prospettico, di coorte

Pazienti analizzati: 177.304 bambini di 4 anni, nati tra il 1988 e il 1992, classificati in 6 differenti categorie: non allattati al seno, allattati al seno con durata < 1 mese, con durata compresa tra 1-2 mesi, tra 3-5 mesi, tra 6-11 mesi e > 12 mesi.

Definizione di rischio di obesità: BMI > 95° percentile all'età di 4 anni.

Risultati: emerge un effetto protettivo del latte materno solo nel sottogruppo dei pazienti di popolazione bianca non-ispanica [OR: 0,49 (IC 95%: 0,25-0,95)] mentre non si registra alcun effetto statisticamente significativo nelle altre popolazioni anche dopo l'analisi dei fattori confondenti presi in considerazione, quali peso alla nascita, fumo materno, età della madre, BMI materno prima della gravidanza, livello culturale della madre.

Conclusioni

In base alle evidenze disponibili in letteratura, sembra che l'allattamento materno, specie se prolungato, sia protettivo rispetto al rischio di obesità; il dato è più evidente nelle popolazioni bianche [OR 0,49 (IC 95%: 0,25-0,95)]. Tuttavia sono necessari studi di coorte prospettici, disegnati con maggior rigore metodologico, soprattutto nella definizione di allattamento al seno che dovrebbe essere conforme a quella proposta dall'OMS (5). Lo studio di Grummer-Strawn, che analizza una popolazione pediatrica molto ampia, anche se con un follow-up a breve termine, rafforza i risultati

mostrati dalla RS a favore del ruolo protettivo dell'allattamento al seno.

Risponderemo quindi alle mamme dalle cui domande è partita la ricerca che il latte materno è sicuramente l'alimento migliore per i loro bambini per innumerevoli motivi, e che, probabilmente, avrà un effetto protettivo nei confronti del rischio di obesità tanto più elevato quanto più sarà lungo il periodo di allattamento. ♦

Messaggi chiave

- L'obesità rappresenta un problema di salute pubblica emergente nei Paesi sviluppati; è influenzata da differenti fattori nutrizionali e socio-economici, attraverso meccanismi fisiopatologici ancora oggetto di studio.
- L'allattamento al seno sembra proteggere dall'obesità in maniera significativa; l'effetto maggiore si ottiene con un allattamento prolungato fino all'anno di età.
- Per dimostrare l'effetto protettivo occorrono studi metodologicamente più validi.

Bibliografia

- (1) Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CA et al. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA* 2001;285:2461-7.
- (2) Singhal A, Farooqi IS, O'Rahilly S et al. Early nutrition and leptin concentration in later life. *Am J Clin Nutr* 2002;75:993-9.
- (3) Bergmann KE, Bergmann RL, Von Kries R et al. Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: role of breastfeeding. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27:162-72.
- (4) World Health Organization. The European Health Report 2002. <http://www.who.dk/document/e76907.pdf>
- (5) World Health Organization. Division of Diarrhoeal and acute respiratory disease control. Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO, Geneva 1991.

Saper comunicare con i genitori alla prima visita

Colloquio di Massimo Grimaldi* con Michele Gangemi** e Federica Zanetto***

*Pediatria di famiglia, ACP Campania; **Pediatria di famiglia, ACP Verona; ***Pediatria di famiglia, ACP Milano e Provincia

Abstract

Communicating with parents during the first office visit

The first paediatric office visit represents a crucial moment from a communicative point of view. The paediatrician needs to display his abilities, like the ability to get information, make questions, gather emotions, gratify parents' competences, recognize the child, even if just a baby, as an interlocutor. He needs to be able to complete his own indications with his interlocutor's, in order to establish a solid and valid relationship with the family. It is from the first consultation that the paediatrician becomes a real reference for the child's health and a parents' guarantee for appropriate information, efficacious prevention, care and correct behaviour.

Quaderni acp 2005; 12(5): 221-223

Key words First office visit. Help relation. Counseling

La prima visita nell'ambulatorio pediatrico è un momento cruciale dal punto di vista comunicativo: essere curiosi e saper raccogliere le informazioni, saper formulare le domande, raccogliere le emozioni, riuscire a integrare le proprie indicazioni con quello che l'interlocutore ha in mente, gratificare le competenze genitoriali, riconoscere il bambino come interlocutore cui, anche se neonato, vale la pena di rispondere sono alcune delle abilità che il pediatra deve mettere in campo per facilitare la costruzione e il mantenimento di una solida e valida relazione con la famiglia. È dalla prima consultazione che il pediatra si afferma come referente concreto per la salute del bambino e come garante per i genitori di informazioni appropriate ed efficaci di prevenzione, cura e assunzione di comportamenti corretti.

Parole chiave Prima visita. Relazione di aiuto. Counseling

La prima visita è un momento molto importante, in cui si gettano le basi di quella che sarà la successiva relazione con il bambino e i suoi genitori. Il pediatra è un osservatore privilegiato del periodo di grande cambiamento che la nascita di un figlio produce nell'equilibrio del "sistema" famiglia, e ha una precisa responsabilità nella definizione degli ambiti del proprio intervento e della propria consulenza. Durante il Convegno "Saper Comunicare in Pediatria", a Napoli, Massimo Grimaldi ne ha parlato con Michele Gangemi e Federica Zanetto, della redazione di Quaderni acp, che sottolineano e commentano gli aspetti più significativi e indicativi per la costruzione di una relazione chiara, coerente e costante con la famiglia, in occasione della prima visita ambulatoriale.

Grimaldi. Quando io sono in studio, la mia Vespa sta giù, di fianco al palazzo. È

un segnale: significa che ci sono e che non posso sparire.

Nello studio ci sono i disegni che mi fanno i bambini: la medusa, il giorno e la notte, la "pescia" (ndr. pesce femmina). I disegni accolgono loro e i loro genitori quando arrivano: è un altro segnale. I bambini sanno che ci sono, che li posso fare e che li ritroveranno.

È un pezzetto di spazio nello studio che diventa un poco anche loro. Si sentono rassicurati perché ci ritrovano cose proprie. Alcuni disegni li ho riprodotti sulle pareti: non si tratta di Paperini o di Biancaneve. Sono meno banali: la pescia chiatra perché (forse) porta i pesciolini nella pancia o perché le mamme sono chiatte, ma con gli occhi dolci e un sorriso.

Zanetto. Tutto il contesto che descrivi comunica accoglienza. L'ambulatorio è lo spazio della cura, della professiona-

lità, della prevenzione, dell'informazione: è uno spazio prezioso che deve dare la sensazione di accoglienza e benessere. E la comunicazione non è solo verbale.

Grimaldi. Comunicare infatti è dare e ricevere segnali. E ne nascono emozioni che colpiscono il cuore...

Ecco, accolgo i genitori (o la mamma, se sola, ma è difficile alla prima visita) nella mia stanza e li invito ad accomodarsi.

Raccolgo i loro dati nel PC. E poi un po' di anamnesi familiare e personale.

L'anamnesi mi serve per rompere il ghiaccio. E poi i genitori possono parlare senza necessariamente ascoltare ed è, un po', quello che desiderano.

Gangemi. Questo è importante. Nella raccolta anamnestica puoi cogliere anche aspetti che possono esprimere differenze di stato emotivo, differenti posizioni di contenuto o di emozioni fra i due genitori. E la nascita di un figlio è un momento di grande cambiamento, che altera un sistema familiare che da un suo equilibrio funzionante passa a essere perturbato, "vulnerabile", richiedente, e non necessariamente ricettivo.

Grimaldi. È vero. Comunicare è anche riuscire a conoscere e prevedere i bisogni dell'altro, per andargli incontro e aiutarlo a farli emergere.

Gangemi. In questo senso il pediatra deve essere curioso, non deve dare nulla per scontato. Non basta stare a sentire, deve anche chiedere, fare domande. E facilitare: non è sempre automatico che l'interlocutore sappia che c'è qualcosa da chiedere.

Grimaldi. Le domande come devono essere poste? Cosa deve essere chiesto? Cosa è importante cercare? Perché viene? Cosa la preoccupa? Perché la preoccupa?

Per corrispondenza:
Massimo Grimaldi
e-mail: massimo.grimaldi@alice.it

Gangemi. Ricordiamoci che una delle attitudini del counselling è “ascoltare, prima di dire o fare”. E l’ascolto attivo del medico è quello fatto da domande: l’uso di domande aperte all’inizio del colloquio facilita la comunicazione di un problema, segnala una maggiore disponibilità all’ascolto e permette di comprendere il punto di vista dell’interlocutore. Le domande chiuse, in una fase successiva, consentono la raccolta di informazioni più strettamente mediche. Per raccogliere informazioni sul sistema che abbiamo davanti, anche le descrizioni sono molto utili: spesso diamo per scontate alcune cose e invece dobbiamo farci dire quello che succede, non per effettuare delle valutazioni, ma per capire quello che realmente accade.

Grimaldi. Anche perché con la prima visita, spesso, si stabilisce il tono di tutti i futuri incontri. Da essa spesso nascerà quel rapporto confidenziale che sarà alla base della compliance e dell’empatia. La base della efficacia dell’intervento del medico si fonda sulla sua capacità di convincere la madre a seguire le sue indicazioni.

Zanetto. Quello che dici è interessante... stiamo notando che la prima visita è davvero un momento cruciale, dove si gettano le basi per quella che sarà la successiva relazione. Gli aspetti del contesto, il modo in cui il pediatra si presenta, quello che dice o non dice hanno a che fare con la definizione della relazione, dove importanti sono chiarezza, coerenza, costanza. E in una relazione di aiuto, come quella che si instaura nei nostri ambulatori, l’interlocutore deve capire come può utilizzare nel modo migliore la professionalità del medico. Farei solo una precisazione rispetto alla “capacità di convincere” del medico, cui tu accenni: insistere nel voler persuadere l’altro non produce nessun cambiamento se prima non abbiamo costruito una collaborazione e mobilitato risorse e capacità di risposta del nostro interlocutore.

Grimaldi. In effetti credo che la capacità professionale sia poca cosa senza una buona capacità a farsi seguire (compliance) e sia positivamente correlata con la

soddisfazione e il grado della comunicazione. Quindi, ancora una volta, parole chiave sono cortesia, interesse, desiderio di aiutare.

Gangemi. Ti suggerirei le sei “C” (in inglese) della medicina narrativa. In fondo, riassumono bene le nostre considerazioni: *conversation*, intesa come colloquio efficace e ricco di elementi conoscitivi, riordinati e resi significativi; *curiosity*, che vuol dire, come dicevamo prima, non dare nulla per scontato e riuscire a capire attraverso quale percorso il tuo interlocutore è arrivato a una certa idea o soluzione; *circularity*, ovvero cercare di illuminare fette più ampie del sistema intorno al problema o al sintomo; *contexts*, perché dobbiamo ricordarci che ognuno di noi è inserito in molteplici contesti; *co-creation*, processo per cui, dalle due narrazioni originarie del pediatra e del suo interlocutore, nel corso del colloquio ne viene creata e condivisa una nuova; *caution*, intesa come attenzione in ogni momento a mantenere con rigore la nostra identità professionale e a non sconfinare in aree che non sono di nostra competenza.

Grimaldi. Bene, grazie. Procediamo ancora con la mia visita: chiedo allora alla mamma di spogliare il neonato e la seguo in questa operazione. Vedere la maggiore o minore dimestichezza con la quale la neo-mamma spoglia e manipola il suo bambino mi permette di conoscere una piccola parte di lei: quanto è fragile in questo momento? O quanto è sicura? Si tira da parte e preferisce che sia qualcun altro a spogliarlo? Quando me lo affida, mi controlla o preferisce “non guardare”? Tutti questi elementi mi aiuteranno a trovare la chiave per comunicare con lei, per cercare di essere socio e complice piuttosto che prete o professore... ma anche per studiare il piccolo: perché con la mamma non piange? E perché con me dovrebbe piangere? Imparo...

Zanetto. Anche questo che dici è un passaggio importante: riconoscere il bambino, anche se neonato, come un interlocutore cui vale la pena di rispondere. Subito il bambino dimostra di essere una

fonte attivissima di messaggi e richieste cui dobbiamo rispondere, anche con il non verbale.

Grimaldi. In effetti, quando poi lo visito, cerco il suo sguardo, lo coccolo, gli sorrido, comincio a toccarlo quando mi sembra ci sia un contatto.

Gangemi. In questo modo anche i genitori vedono come questo tipo di scambio sia utile, piacevole, rilassante. Spezzando la catena affannosa del “fare qualcosa” (proviamo a dargli da bere, avrà caldo, proviamo a prenderlo in braccio ecc.) con un intervento che è soprattutto di contatto e di relazione, imparano a dare al loro bambino, nei momenti di pianto, non un oggetto (acqua, latte ecc.), ma se stessi.

Grimaldi. E poi finalmente dico che è tutto a posto. Il bimbo è sano ed è bellissimo.

Torniamo a sederci e spiego alla mamma che il risultato della visita era quasi scontato ma che mi premeva tranquillizzarla e parlare con lei anche di altre cose. Occorre spiegare ai genitori che il bimbo si nutrirà dei loro comportamenti e dell’ambiente in cui sarà cresciuto...

Gangemi. ...ti interrompo un momento, a proposito del nostro “spiegare”: noi dedichiamo a questo molto del nostro tempo e spesso dimentichiamo che una regola della comunicazione consapevole è quella di fornire le nostre spiegazioni a pezzettini, diluite: solo in questo modo le informazioni che dobbiamo dare passano all’interlocutore in modo tale da essere complete, comprensibili, utilizzabili. Ancora un’ultima considerazione su quello che dici: hai in mente i due genitori e non tieni in ombra una parte del sistema familiare, come può succedere quando per es. il papà non è fisicamente presente. In questo caso ci può aiutare l’uso del plurale nella conversazione (“fate”, cominciate a...” ecc.).

Grimaldi. Comunicare come... comunicare cosa... serve formazione in entrambi i campi: quello della conoscenza scientifica (anche sulle cose più banali, che sono poi i bisogni maggiori...) e

quello della capacità di relazionarsi (che è l'arte del saper comunicare). Ma serve anche l'acquisizione della consapevolezza del proprio ruolo.

Zanetto. Possiamo dire che quello che succede, dunque, tra il pediatra e i genitori durante la consultazione, oltre a essere importante per la salute del bambino in quel momento, è anche la costruzione di una storia relazionale con quella famiglia, che si va strutturando con delle regole: in qualche modo i genitori "imparano" un modo di comunicare e di agire alla malattia o il benessere del bambino insieme al proprio pediatra.

Grimaldi. Sì, credo che possiamo allora concludere, da tutte queste nostre considerazioni, che la prima visita nell'ambulatorio pediatrico è davvero un momento cruciale dal punto di vista comunicativo: essere curiosi e saper raccogliere le informazioni, saper formulare le domande, raccogliere le emozioni, riuscire a integrare le proprie indicazioni con quello che l'interlocutore ha in mente, gratificare le competenze genitoriali, sono alcune delle abilità che il pediatra deve mettere in campo per facilitare la costruzione e il mantenimento di una buona relazione con la famiglia. ♦

Bibliografia

- (1) Launer J. Narrative-based primary care. A practical guide. Radcliffe Medical Press 2002.
 (2) Gangemi M, Quadri S. Il counselling in pediatria di famiglia. UTET Periodici Scientifici 2000.

PEDIATRI IN AFRICA: L'IMPEGNO DI MEDICI CON L'AFRICA

Il reparto di pediatria dell'ospedale di Uige, in Angola, è zeppo all'inverosimile, soprattutto in piena stagione della piogge quando la malaria è ancora più cattiva. Ciò che colpisce entrandovi è la quantità di gente presente, mamme che portano bambini sulla schiena e utensili impilati in testa, lattanti avvolti in fagottini variopinti o afflosciati inermi tra le braccia che respirano con un gemito flebile premonitore di un evento tragico. Ovunque sguardi intensi, intristiti, sorridenti, affranti dal dolore, il vociare delle donne a volte minaccioso per ottenere un po' di spazio sul pavimento dove stendere la stuoia, a volte simpaticamente pettegolo, si salutano, si scambiano informazioni, supplicano un po' di attenzione per il proprio bambino. Ciò che le immagini e il racconto non riescono a comunicare, ma che resta impresso nel ricordo è un odore intenso, caldo, dovuto al sudore, alle secrezioni purulente, alla sporcizia diffusa che prende alla testa e allo stomaco e al quale dopo un po' ci si abitua, ci si deve comunque abituare se si vuole lavorare.

Seimila e duecento parti all'anno, il 5% di neonati prematuri e 5% di neonati con asfissia, una mortalità perinatale di 4,5% (forse un po' sottostimata!). Ogni giorno ci sono dai 170 ai 250 bambini presenti. Nel 2004 sono stati ricoverati 10.670 bambini, un tasso di occupazione letto del 170%, che vuol dire una presenza costante di 2-3 bambini per letto, in più le mamme con le poche indispensabili vetovaglie e, quando non bastano i letti delle stanze, si trova spazio nei corridoi.

Acqua poca, portata a mano, anzi in testa, con dei secchi e un solo ausiliario che cerca con convinzione ma poco successo di pulire. Luce niente, la notte quando si è chiamati bisogna farsi strada nei corridoi tra candele o lumini a olio ancora accesi che, posti per terra tra le stuoie, tra ciotole con i resti di una povera cena a base di polenta locale e un minimo di intingolo, tra i corpi stesi addormentati, danno all'ambiente la parvenza di un presepe surreale.

Il personale infermieristico è scarso nel numero, ogni turno è costituito da 3-4 infermieri che devono somministrare le terapie, comprese le circa 60 infusioni endovenose giornaliere, accogliere i bambini ricoverati: è comprensibile come, con questa mole di lavoro, tutto non possa essere fatto e soprattutto fatto bene. Il problema del personale sanitario in Angola non è soltanto nel numero ma anche nella qualità del lavoro: abituato a pratiche obsolete e a volte dannose, ha bisogno di essere aggiornato, formato, motivato. Proprio per questo l'impegno di Medici con l'Africa non è solo di tipo clinico o di fornitura di attrezzature e materiali o di costruzione di dispensari e ospedali, ma è anche indirizzato a investire nella formazione del personale locale per porre le basi per uno sviluppo autonomo.

Personalmente considero un privilegio aver avuto l'opportunità di vivere un'esperienza così intensa dal punto di vista umano e professionale.

Carmelo Fanelli, pediatra, Medici con l'Africa Cuamm

Medici con l'Africa è un'organizzazione non governativa di cooperazione sanitaria che opera in Angola, Etiopia, Kenya, Mozambico, Rwanda, Tanzania e Uganda con interventi che si sviluppano in attività ospedaliere e territoriali fortemente integrate nel tessuto sanitario e sociale del Paese.

Per sostenere i programmi in corso e per potenziare i futuri, **Medici con l'Africa sta reclutando specialisti e specializzandi in Pediatria.**

Gli **specialisti** vengono inseriti in progetti di supporto al settore pediatrico di ospedali pubblici o privati non profit.

Per gli **specializzandi** esiste un'apposita iniziativa, denominata *Junior Project Officer*, che offre l'opportunità di svolgere un periodo di Specialità in Africa inserendosi in un progetto con la supervisione di un medico senior dell'organismo.

Prima del periodo all'estero, gli interessati sono chiamati a svolgere un percorso formativo volto ad agevolare l'inserimento nei sistemi e nei servizi sanitari africani.

Informazioni: Medici con l'Africa Cuamm – Settore Risorse Umane
 (telefono 049 8751279, www.mediciconlafrica.org)

Uno strano dolore di schiena

Fabio Forte, Maria Cristina Mencoboni, Emma Canosa, Carmela Di Lucca
 UO di Pediatria, Ospedale "Madonna delle Grazie", Matera

Abstract

A strange back pain

A ten year old boy arrives for a hospital consultation due to intense low back pain and fever. The laboratory findings are not significant so he undergoes a computed tomography first and a magnetic resonance imaging afterwards, in order to confirm the diagnostic suspect of a lumbosacral discitis or osteomyelitis. Initially the exams point out a vertebral fracture which appears of traumatic origin, but two subsequent vertebral fractures clarify the diagnosis: secondary fractures due to leukaemia. Thus a consideration seems useful in order to remind the possible "atypical" onset of a malignant disease of the blood-forming organs.

Quaderni acp 2005; 12(5): 224-225

Key words Acute lymphocytic leukaemia. Vertebral fracture. Back pain

Viene presentata la storia di un ragazzo di 10 anni che giunge in ospedale con forti dolori a livello delle apofisi spinose delle vertebre lombari, e febbre. Dopo aver effettuato i primi esami ematici, che risultano non significativi, il ragazzo viene sottoposto a indagini radiologiche strumentali (dapprima la TAC, quindi la RMN), per confermare le ipotesi diagnostiche avanzate di processo infettivo del rachide lombo-sacrale (discite, osteomielite). Tali esami evidenziano una frattura vertebrale che viene interpretata come traumatica, ma il decorso clinico successivo chiarirà che le fratture (poiché alla prima se ne è poi aggiunta una seconda) sono secondarie a un processo emoproliferativo. Il caso in esame appare particolarmente utile per una riflessione sulle modalità "non consuete" con cui una leucemia può esordire.

Parole chiave Leucemia linfoblastica acuta. Frattura vertebrale. Dolore lombare

La storia

Rocco (10 anni) giunge alla nostra osservazione per un forte dolore alla schiena che gli impedisce qualunque movimento. Il padre lo ha portato "di peso" in ospedale; arriva in reparto steso in barella, e così si fa visitare. Il dolore è continuo, localizzato a livello lombare con irradiazione anteriore alle ali iliache, e diventa molto forte se il ragazzo tenta di sedersi. Tale sintomatologia era iniziata circa 20 giorni prima. Rocco riferisce che in quell'occasione aveva sollevato la sorella, ed era caduto poi "di sedere" per terra (per il dolore?). Era presente in quel momento febbre che era durata 2-3 giorni; il dolore non era mai scomparso, anche se si era attenuato. Al mattino del ricovero, però, si era riacuito ed era ricomparsa la febbre. Nei 20 giorni della sintomatologia era stata effettuata una radiografia del tratto lombo-sacrale, che non aveva evidenziato nulla di patologico.

Da segnalare, all'anamnesi patologica remota, 2 fratture traumatiche: alla tibia a 5 anni e al polso a 8 anni.

All'ingresso in reparto Rocco, disteso in barella, non riesce a muoversi a causa del dolore, che permane riferito a livello lombare con irradiazione alle ali iliache. I movimenti passivi di flessione delle cosce sul bacino e delle gambe sulle cosce sono possibili, così come quelli di rotazione dell'articolazione coxo-femorale. La flessione estrema (superiore a 90°) delle cosce sul bacino evoca il dolore. Anche la digitopressione delle apofisi spinose a livello lombare evoca dolore. Ha febbre elevata (39,2°C). Il resto dell'esame obiettivo è del tutto negativo.

Le ipotesi diagnostiche (fondate sul dolore e la febbre) che vengono fatte sono:

- ▶ discite
- ▶ osteomielite vertebrale
- ▶ osteomielite tubercolare.

Il decorso

Durante il ricovero l'uso degli analgesici attenua il dolore che però non scompare mai del tutto. Scompare invece la febbre. Gli esami ematici sono normali (GB: 6.240/ mmc con 80% neutrofilo, 15% linfociti e 4% monociti. Hb: 13 g/dl. Globuli rossi: 4.320.000/mmc. MCV: 84 fl. PLT:534.000/mmc). C'è solo un lieve movimento degli indici di flogosi: VES:52 mm dopo la prima ora; PCR: 1,3 mg/dl (con valori normali inferiori a 0,8 mg/dl). La Mantoux è negativa.

Si effettua una TAC del rachide lombo-sacrale. Il referto dice: "Non apprezzabili segni riferibili a discite né osteolisi dei corpi vertebrali che appaiono ben allineati. Si segnala la comparsa di avvallamento della limitante somatica superiore del soma L2 con sclerosi della limitante stessa (reperto non apprezzabile al precedente esame radiologico); indenne il muro posteriore. I reperti descritti sono compatibili con una frattura disco-somatica amielica di L2".

Rocco ha dunque una frattura vertebrale. Le ipotesi diagnostiche che ci erano parse più verosimili al momento del ricovero non vengono confermate. Rimane da interpretare l'eziologia della frattura vertebrale: è stata causata dalla caduta di 20 giorni prima?

Il ragazzo è successivamente sottoposto a RMN del tratto lombare, che conferma l'assenza di dati suggestivi di patologie dei tessuti perivertebrali e del midollo spinale: "Normale il volume dello speco vertebrale; normale per morfologia e segnale il cono midollare. Da L3 a S1 i dischi intersomatici sono protrusi posteriormente e verso i forami di coniugazione".

Si consultano lo specialista fisiatra e l'ortopedico, che confermano il dato radiologico della frattura di L2, interpretata come traumatica. Rocco va a casa con la prescrizione di riposo per 15 giorni e antidolorifici al bisogno.

Per corrispondenza:
 Fabio Forte
 e-mail: forte.fabio@fiscali.it

il caso che insegna

A casa le cose non vanno bene; il dolore "a fitte" recidiva più volte, e in più ricompare la febbre; entrambi migliorano con l'analgescico.

Dopo un mese si ricovera nuovamente.

La diagnosi

La situazione non è variata. Rocco non può camminare se non sostenuto; è sempre presente febbre (38,5°C).

Gli esami ematici ora sono più francamente alterati: la VES è 115 mm dopo la 1ª ora, la PCR 4,1 mg/dl. Sono comparse leucopenia (GB: 2190/mmc con inversione del rapporto neutrofilo/linfociti: 36% neutrofilo; 56% linfociti) e lieve anemia (Hb: 10,9 g/dl); le piastrine sono normali (451.000/mmc). Lo striscio periferico è normale. La Vidal-Wright, nell'ipotesi di improbabili eziologie infettive, è negativa.

Viene ripetuta la RMN, che conferma i dati precedenti: *Deformazione di L2 per il cedimento della limitante somatica superiore cui si aggiunge un nuovo cedimento vertebrale, questa volta a carico di D5*. Quest'ultimo dato, del tutto imprevisto, fa cambiare totalmente l'iter diagnostico in quanto esclude la eziologia traumatica: come è possibile procurarsi una nuova frattura vertebrale in pieno riposo? Si torna a ragionare, ma non rimane che affacciare l'ipotesi che le fratture di Rocco siano secondarie. A che cosa? A un processo mieloproliferativo? Si fa strada l'ipotesi diagnostica di una frattura come segno iniziale di neoplasia. In bibliografia si reperiscono casi del tutto simili al nostro (1-5).

Si effettua l'esame dirimente per la diagnosi, cioè il puntato midollare, e il responso è: Leucemia Linfoblastica Acuta.

Commento

Normalmente i modi con i quali la leucemia si esprime sono assai semplici: anemizzazione e/o porpora piastrinopenica e/o febbre. All'esame obiettivo iniziale quasi tutti i pazienti sono pallidi e circa la metà di loro manifesta petecchie o sanguinamento delle mucose; circa un quarto presenta febbre. Un altro segno possibile è il dolore, di origine ossea per invasione e dilatazione degli spazi midollari da parte dei blasti (circa un quarto dei pazienti ne è affetto). Spesso il dolore

osseo si accompagna a effusione articolare (errata diagnosi di patologia reumatica). Ancora più raramente l'osteoporosi è causa di fratture patologiche.

L'interessamento degli organi linfatici e/o del fegato non è infrequente (due terzi dei pazienti), anche se discreto e quasi mai cospicuo.

Normalmente un'attenta valutazione dell'emocromo limita gli errori diagnostici.

Normalmente, appunto. Ma Rocco all'ingresso aveva di questi segni solo la febbre e il dolore lombare causato dalla frattura patologica da osteoporosi.

Non aveva anemizzazione, né leucocitosi o leucopenia o neutropenia, né piastrinopenia. Non aveva epato-splenomegalia né linfadenomegalia.

Nel nostro caso dunque solo il decorso clinico ci ha messi sulla "strada giusta":

- la frattura vertebrale non era guarita con il riposo; all'ingresso tale frattura era stata etichettata come traumatica, anche se all'anamnesi il precedente traumatico non era poi così chiaro: Rocco era caduto all'indietro "sedendosi" per terra, ma probabilmente era stato il dolore a farlo cadere, e non questo conseguente alla caduta;
- oltre a non guarire, era comparsa poi una nuova frattura vertebrale che, questa volta, era sicuramente di origine non traumatica;
- l'emocromocitometria, perfettamente normale all'inizio, aveva dato nel tempo i segni suggestivi per la diagnosi: l'anemizzazione, la leucopenia, la neutropenia.

Cosa abbiamo imparato

1. Non sempre l'insorgenza della leucemia è quella descritta scolasticamente nei testi di Pediatria. È possibile infatti avere un quadro di esordio con un emocromo perfetto e segni clinici sfumati, come nel nostro caso.
2. Nelle situazioni dubbie e ingannevoli all'esordio l'attenta sorveglianza nel tempo permette di arrivare comunque alla diagnosi in tempi ragionevoli: l'anemizzazione, la riduzione dei globuli bianchi con neutropenia, la riduzione delle piastrine (nel nostro caso minima e sicuramente non significativa).

3. Ancora una volta è importante l'anamnesi, che deve essere effettuata in maniera attenta e completa, e che spesso nel percorso diagnostico è molto utile ripercorrere: le ipotesi iniziali di discite e osteomielite infatti erano state smentite dalle indagini strumentali, che avevano invece messo in evidenza una frattura, la cui origine traumatica poteva essere messa in dubbio dall'anamnesi e dal fatto che si associasse a febbre. ♦

Bibliografia

La bibliografia è stata ottenuta con la stringa (Vertebral fractures AND acute lymphoblastic leukemia) selezionando diagnosis AND broad, sensitive search. Sono segnalate 14 pubblicazioni. Con narrow, specific search non si ottiene bibliografia.

- (1) Carriere B, Cummins-Mcmanus B. Vertebral fractures as initial signs for acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Emerg Care* 2001;17:258-61.
- (2) Panteli A, Pritsivelis N, Tsiara S et al. A patient with acute lymphoblastic leukemia who presented with osteoporosis and vertebral fractures. *Eur J Haematol* 1999;63:274-5.
- (3) Oliveri MB, Mautalen CA, Rodriguez Fuchs CA et al. Vertebral compression fractures at the onset of acute lymphoblastic leukemia in a child. *Henry Ford Hosp Med J* 1991;39:45-8.
- (4) Santangelo JR, Thomson JD. Childhood leukemia presenting with back pain and vertebral compression fractures. *Am J Orthop* 1999;28:257-60.
- (5) van der Sluis IM, van den Heuvel-Eibrink MM, Hahlen K et al. Altered bone mineral density and body composition, and increased fracture risk in childhood acute lymphoblastic leukemia. *J Pediatr* 2002;41:204-10.

Grassi e calorie nei cibi McDonald's

Una rivista americana di pediatria, "Clinical Pediatrics", nel maggio 2005 a pagina 279 ha pubblicato il contenuto in grassi e in calorie dei cibi di McDonald's. Li pubblichiamo certi di soddisfare le curiosità dei genitori dei nostri pazienti.



Small fries

Patatine fritte piccole

Grassi 10 g

Calorie 230



Soft drinks

Bibite gassate

Calorie 210



Soft drinks supersize

Bibite gassate supergrandi

Calorie 410



Supersize french fries

Patatine fritte grandi

Grassi 29 g

Calorie 610



Quarter pounder with cheese

Hamburger di mezza libra (230 g)

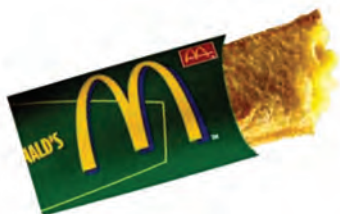
Grassi 29 g

Calorie 540



Per corrispondenza:
Redazione Quaderni acp
e-mail: red@quaderniacp.it

informazioni per genitori



Baked apple pie

Torta di mele al forno

Grassi 10 g

Calorie 230



Chicken McGrill sandwich with mustard instead of mayonnaise

Panino con pollo alla griglia con senape

Grassi 11 g

Calorie 340



Fruit and yogurt parfait

Semifreddo di frutta e yogurt con muesli croccante

(non ancora in Italia)

Calorie 130

Associazione Italiana
Consulenti Professionali
In Allattamento Materno

PRIMA GIORNATA DI STUDIO AICPAM

26 novembre 2005

Centro Congressi
dell'Area della Ricerca di Bologna

- Latte materno e inquinanti:
status quo
M. Lehnert, IBCLC (Lussemburgo)
- Anatomia della mammella:
c'è del nuovo
L.R. Mitoulas (Svizzera)
- Il baliatico:
breve storia fino ai nostri tempi
P. Paschetto, IBCLC (Biella)
- Allattamento al seno e dieta
della nutrice
E. Del Toma (Roma)
- Il counselling della madre
che allatta al seno: un intervento
primario per la salute della donna
e del bambino
M.E. Bettinelli, IBCLC (Milano)
- Allattamento e LBW: un'esperienza
svedese vissuta sul campo
I. Dall'Oglio, IBCLC (Roma)
- Obiettivi e prospettive lavorative
di una nuova professione: la IBCLC
M.E. Armeni, IBCLC (Roma)

Dibattito

Workshop ristretto a 15 partecipanti
su Tecniche Avanzate di Posizionamento/Attaccamento
R. Cosentino, IBCLC (Giarre, CT)

Segreteria Organizzativa
Fax: 0424 391259
E-mail: info@aicpam.org

Iscrizioni
Entro il 10 novembre

Giornata di studio
Euro 70
Euro 65 soci AICPAM/VELB
Euro 35 studenti

Giornata + Workshop
Euro 145
Euro 140 soci

Crediti CERP e ECM per medici,
ostetriche e infermiere

10 Stories the world should hear more about



Un altro tragico neo nell'assistenza sanitaria alle donne

Rubrica a cura di Stefania Manetti

Il dipartimento delle Nazioni Unite sulla Informazione al Pubblico (DPI) ha creato nel 2004 una lista di 10 storie. Sashi Tharoor, sottosegretario generale per la comunicazione e informazione dell'ONU, durante il loro lancio nella sede dell'ONU a New York le ha definite "dieci storie di cui si dovrebbe parlare".

Sono storie documentate che trattano problematiche diverse, e che vengono da regioni geografiche diverse. Alcune riguardano emergenze umanitarie e situazioni di conflitto, altre evidenziano punti cruciali per i diritti umani, la salute e lo sviluppo nel mondo. Dice sempre Tharoor, "sappiamo che i giornalisti non possono raccontare tutto, ma crediamo che il mondo debba conoscere queste storie". La lista è stata preparata consultando uffici dell'ONU e programmi in atto, molti di questi potranno, si spera, beneficiare della diffusione di queste storie. Le storie sono 10 e non sono assolutamente elencate in ordine di importanza.

"Meglio essere cieche che avere la fistula, almeno così c'è qualcuno che ti aiuta", sono le tragiche parole di una donna africana. L'OMS stima che circa 2.000.000 di donne nei Paesi in via di sviluppo siano affette da fistula e ogni anno sono circa 50.000-100.000 i nuovi casi. Ad alto rischio sono le donne che vivono in aree rurali con scarse possibilità di accedere a cure sanitarie.

La fistula ostetrica a noi popoli del mondo ricco è sconosciuta, e come quasi tutte le tragedie sanitarie che incombono sui 2/3 dell'umanità, è una patologia completamente prevenibile con pochi e poco costosi interventi socio-sanitari.

La fistula ostetrica è una patologia che si verifica durante il parto, quando insorgono ostacoli a un parto naturale, spesso per un periodo espulsivo prolungato, senza la possibilità di poter ricorrere agli interventi medici di urgenza necessari. Nella stragrande maggioranza dei casi il bambino muore e la donna presenta una incontinenza cronica come conseguenza di un danno neurologico. Il futuro di queste donne è a questo punto delineato; non potendo più deam-

bulare sono abbandonate dalla famiglia e dalla comunità, e le loro eventuali prospettive di vita e di lavoro sono nulle. Spesso ridotte a chiedere l'elemosina, muoiono per complicanze infettive. La prevenzione della fistula, dicono i medici che cercano di portare all'attenzione del mondo occidentale questo problema, è basata su pochi interventi, tipo ritardare l'età del matrimonio, cure sanitarie adeguate durante la gravidanza e cure ostetriche di emergenza in caso di complicanze.

Tuttavia solo il 58% delle donne in questi Paesi, che sono prevalentemente quelli della fascia sub-sahariana, ma anche del Sud dell'Asia e dell'Arabia, ricevono assistenza da parte di un'ostetrica o di un medico durante il parto, e solo il 40% di esse partorisce in un centro di assistenza o in ospedale.

"La fistula ostetrica è causa di un doppio dolore: le donne perdono il loro bambino e la loro dignità", dice Thoraya Ahmed Obaid, Direttrice dell'UNFPA (Fondo dell'ONU per i popoli).

UNFPA ha promosso una campagna per l'eradicazione della fistula nel mondo,

ma solo 30 nazioni riescono a beneficiarne. Appena 300 US \$ all'anno sarebbero necessari per dare salute e dignità a una donna con fistula, ma questa cifra è ben al di sopra dei redditi annuali di questi popoli.

Nel Febbraio 2005 in Nigeria, nell'ambito della Global Campaign dell'ONU, in due settimane sono stati effettuati 545 interventi chirurgici risolutivi in donne con fistula.

Le percentuali di guarigione chirurgica sono di circa il 90%.

Una volta effettuata la riparazione chirurgica, queste pazienti necessitano di un counselling appropriato per poter essere reintegrate nella società e per dar loro strumenti utili a non ricadere nello stesso problema.

Queste donne dovranno ricevere quindi cure appropriate durante le future gravidanze e informazioni utili per la prevenzione della fistula.

Una campagna informativa appare indispensabile nelle comunità; in questo i capi religiosi o delle comunità locali possono essere risorse importanti per veicolare il messaggio.

Ulteriori informazioni:

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

ten stories

La violenza in televisione

Poco quel che si sa, meno quel che si fa

Giancarlo Biasini
Direttore di Quaderni acp

Abstract

Violence on television. Very little is known, even less is done

Debate regarding the effects of violence exposure through television is still on. A review published by Lancet considers the problem in his public health aspect. There are consistent evidences that this kind of violence exposure has a short time effect on emotions, sleep, and especially for boys, on aggressive behaviour. Few are the evidences regarding teenagers; even less for long time effects or for the correlation between violence and crime.

Quaderni acp 2005; 12(5): 229-230

Key words Violence. Children. Boys. Television

Il dibattito circa gli effetti della violenza sui bambini e sui ragazzi, vista sui media e sul come ricercarne gli effetti, è tuttora in corso. Una rassegna pubblicata da Lancet esamina il problema dal punto di vista della salute pubblica. Ci sono consistenti evidenze che dimostrano che la violenza nei media ha un sicuro effetto a breve termine sulle emozioni e sul sonno e sul comportamento aggressivo dei bambini, in special modo maschi. Evidenze meno palesi ci sono per i ragazzi più grandi e per i teenagers; minori se non nulle evidenze ci sono per gli effetti a lungo termine. Ancora minori sono riscontrabili sul rapporto fra violenza dei media e criminalità.

Parole chiave Violenza. Bambini. Ragazzi. Media

Sul numero di dicembre 2003 di Quaderni acp è stato pubblicato un articolo sulla violenza in televisione; la rivista si è chiesta se la somministrazione quotidiana e abbondante di violenza in televisione e nei film (media passivi) o nei videogame (media interattivi) contribuisca o meno a determinare atteggiamenti violenti nelle persone e in particolar modo nei bambini/ragazzi nell'immediato e nei comportamenti futuri. Che il problema della violenza in televisione esista è confermato dall'*US National Television Violence Study*.

Secondo una sua indagine del 1998 il 61% dei programmi contiene scene di violenza; solo il 4% ha temi antiviolenza; le scene di violenza dimostrano conseguenze negative per il violentatore solo nel 16% dei casi; nella metà dei casi il violentatore rimane impunito.

Esaminando gli studi seri e disponibili al tempo dell'articolo precedente e sforzandosi di determinare il rapporto di casualità fra somministrazione di televisione e violenza, si arrivò alla conclusione che gli studi seri, ben condotti e quin-

di attendibili, erano pochi e poco dimostrativi.

Una più recente rassegna affronta lo stesso argomento riaffermando che il problema principale rimane quello del come promuovere una ricerca in questo ambito per ottenere risultati attendibili e generalizzabili (1). Dopo l'articolo di Lancet sono comparsi altri contributi per cui è probabile che torneremo sull'argomento specie dopo l'uscita del numero di Aprile 2006 dell'*Arch Pediat Adolesc Med* che sarà dedicato a questo problema.

Il dibattito fa pochi progressi perché permangono le incertezze consentendo di far rimanere la divisione fra pessimisti (la violenza in televisione è pericolosa per bambini e adolescenti) e scettici (evi-

denze certe a supporto delle tesi pessimistiche non ci sono). Una situazione intermedia è quella di coloro che pensano che vi siano persone suscettibili a essere influenzate dalla violenza in televisione e altre no.

Come si diceva nel precedente articolo, le indagini pubblicate sull'argomento sono molte (troppe), ma poche di queste sono condotte con modalità sperimentali degne di un laboratorio o con studio di coorti comunitarie bene selezionate e bene seguite. Conseguentemente il tentativo di raccoglierle in studi di metanalisi è destinato ad avere scarso successo per la loro non eccellente qualità. La rassegna (rassegna e non revisione sistematica) di Lancet ha ricercato gli articoli utilizzabili nella maniera più vasta possibile (108 articoli citati) a partire da una precisa definizione di violenza come "uso di forza fisica capace di produrre lesioni o comunque danno alle persone o cose di altri" o ancora "trattare o usare persone o cose di altri in modo da causare lesioni o interferire violentemente con la libertà personale".

La rappresentazione di immagini di scene violente è così descritta secondo le linee guida 2000 del *British Board of film classification*. La riportiamo perché può essere utile ai lettori (tabella 1).

In estrema sintesi secondo la rassegna si può dire che:

- a. ci sono evidenze sufficienti per i bambini, specialmente per quelli di sesso maschile, che suggeriscono che l'immagine di violenza in televi-

TABELLA 1: TIPOLOGIA DI IMMAGINI VIOLENTE

- Violenza rappresentata come normale soluzione ai problemi
- "Eroi" che infliggono dolore e lesioni
- Insensibilità al dolore delle vittime
- Dimostrazione di piacere nel produrre dolore o umiliazione

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini
e-mail: gcbias@tin.it

TABELLA 2: ORDINE DI IMPORTANZA DEI FATTORI CHE INFLUENZANO COMPORTAMENTI ANTISOCIALI (2)

- | | |
|---|---|
| - Scontro verbale o fisico con altri | - Essere stato testimone di violenza familiare verso la madre |
| - Presenza di patrigno (rottura della famiglia) | - Gradimento per attori con ruolo violento |
| - Temperamento irascibile | - Identificazione con figure spaventose nei film |
| - Basso livello di sviluppo della moralità | - Disinteresse per film non violenti |
| - Scarsa capacità empatica | - Scarsa alfabetizzazione e scarsa capacità di lettura |
| - Violenza familiare | - Ricordo di attori di film sulla base di scene violente |
| - Basso livello intellettuale | |
| - Preferenza per film violenti | |
| - Violenza nei riguardi dei genitori | |

TABELLA 3: RACCOMANDAZIONI PER GENITORI, PROFESSIONISTI, PRODUTTORI, POLITICI**I genitori devono**

- essere coscienti che esistono dati che legano le scene violente a paure e comportamenti antisociali;
- illustrare ai figli la gravità della violenza, il contesto, la corrispondenza a realtà, prima e durante la visione;
- cercare di scegliere le immagini violente sulla base della comprensione e dello sviluppo dei bambini.

I professionisti devono

- offrire aiuto ai genitori perché si rendano conto che non è bene lasciare i bambini soli davanti a immagini di violenza e renderli coscienti che questo equivale a forme di abuso emozionale;
- educare i ragazzi ad assumere, di fronte alle immagini, posizioni critiche richiamando la reale possibilità, la giustificazione e le conseguenze delle scene di violenza;
- controllare la tipologia e la disponibilità di immagini violente sia a casa che nelle istituzioni;
- utilizzare la propria professionalità per visionare insieme le immagini di violenza.

I produttori devono

- ridurre la produzione di film con scene di violenza;
- curare che la violenza sia in un contesto critico e di realtà con rimorso e penalizzazione in modo tale che la violenza non sia ingiustificata, gratuita e addirittura soddisfacente.

I politici devono

- monitorare la natura, la dimensione, il contesto della violenza in tutti i media e implementare linee guida standard e penalizzazioni per i produttori;
- essere consci, più di quanto non siano, che una delle priorità da affidare alla scuola è l'attenzione all'educazione degli scolari alla valutazione dei media;
- porre il problema della ricerca su grandi gruppi di popolazione omogenea, tenendo conto delle difficoltà di selezionare gruppi esposti a singole scene violente seguiti nel tempo data, l'esposizione a un complesso molto vario di immagini violente.

sione, nei film e nei videogame, abbia un effetto sul riposo, sui pensieri e sulle emozioni, aumentando la probabilità di comportamenti paurosi o aggressivi;

- le evidenze della presenza di questi problemi diventano inconsistenti quando si parla di ragazzi teenagers;
- altrettanto inconsistenti sono le evidenze per gli effetti prolungati nel tempo per tutte le età pur tenendo conto delle difficoltà di dimostrazione di questi effetti che risentono tuttora di molte limitazioni;
- ancora più modeste, per non dire inconsistenti, sono le dimostrazioni di legami fra violenza in televisione, nei film e nei videogame e criminalità.

La rassegna di Browne richiama in causa la multifattorialità che sta alla base dei comportamenti aggressivi. La *tabella 2* riassume i fattori individuali, sociali e il loro ordine di importanza nell'influenzare i comportamenti antisociali in 122 giovani di 15-21 anni secondo la metodologia dell'analisi funzionale discriminante. La presenza delle scarse evidenze sopra richiamate non deve fare dimenticare che comunque le ricerche pubblicate, con tutti i loro limiti metodologici, pongono il problema del rapporto fra televisione e violenza. Dal punto di vista della salute pubblica questo deve essere considerato un problema da affrontare. Le metodologie devono essere più educative che repressive: vedere la televisione insieme ai figli nelle famiglie o agli allievi nelle scuole e aiutarli a valutare quello che vedono in termini di conseguenze degli atti di veridicità, di realtà degli stessi. Secondo le linee guida dell'Unesco (3) le raccomandazioni sono riassunte nella *tabella 3*. ♦

Bibliografia

- (1) Browne KD, Hamilton CH. Giachritsis The influence of violent media on children and adolescent: a public-health approach. *Lancet* 2005; 365:702.
- (2) Browne KD, Pannel AE. Effects of video violence on young offenders. *Research Finding* 1998;65:1.
- (3) UNESCO international clearing to use on children violence and the screen, 2001.