

Quaderni acp

www.quaderniacp.it

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

www.acp.it

I bambini e gli animali



139 Editoriale: Le relazioni tra i pediatri e le compagnie del latte artificiale
141 Appropriatazza dei ricoveri 146 Paternità: un'indagine sulle emozioni dei
"nuovi" padri 150 Nuove idee sullo sviluppo del cervello 152 Film 153 Musical-
mente 156 Libri 160 Info 162 Congresso Nazionale ACP 164 Tenstories
166 Un'esperienza di formazione al counselling sistemico 169 L'approccio al
bambino con ritardo mentale e dismorfismi 172 Vaccinacipi 173 Farmacipi
175 Prevalenza dell'allattamento al seno nell'ASL 4 di Terni 177 Una febbre
persistente con rash fugace e TAS elevato 188 Prescrivere con la Denominazione
Comune Internazionale dei farmaci 184 Un decalogo per diventare padri

luglio-agosto 2006 vol 13 n°4

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

Editoriale

- 139 Le relazioni tra i pediatri e le compagnie che commercializzano il latte artificiale
Adriano Cattaneo

Ricerca

- 141 Appropriatazza dei ricoveri in Pediatria
Franca Parizzi, Nicola D'Andrea, Pierpaolo Mastroiacovo et al.
- 146 Paternità: un'indagine sulle emozioni dei "nuovi" padri
Alessandro Volta, Nicola Bussolati, Ciro Capuano et al.

Attualità

- 150 Nuove idee sullo sviluppo del cervello dall'infanzia all'adolescenza
Luigi Gualtieri

Film

- 152 Anche libero va bene
Italo Spada

Musical-mente

- 153 L'importanza dei suoni nella vita psichica e nel legame fra madre e figlio
Luigi Gualtieri

Libri

- 156 Farmaci che ammalano e case farmaceutiche che ci trasformano in pazienti
di *Ray Moynihan, Alan Cassels*
- 156 Leggimi forte
di *Rita Valentino Merletti, Bruno Tognolini*
- 157 Il bambino e il dolore
di *Egidio Barbi, Federico Marchetti*
- 157 Nascere bene per crescere meglio
di *Fondazione Paideia, Cepim, Torino*

Info

- 160 Musica: Mozart nei prematuri
- 160 Musica: Didgeridoo per dormire meglio
- 160 Il carico di malattie della geografia: Nord e Sud
- 160 Il carico di malattie: come cambia
- 160 Il carico economico dei prematuri
- 160 Il caso Canadian Medical Association Journal
- 161 Il caso Southall 18 anni dopo
- 161 Il caso Chernobyl 20 anni dopo
- 161 Come i bambini immaginano lo scienziato

ACP news

- 162 Congresso Nazionale ACP 2006
Elezione alle cariche direttive

Tenstories

- 164 Dieto le sbarre, oltre la giustizia: una storia, non raccontata, di bambini in conflitto con la legge
Stefania Manetti (a cura di)

165 Ausili Didattici

Esperienze

- 166 Un'esperienza di formazione al counselling sistemico
Patrizia Elli, Michele Gangemi

Narrative medicine

- 169 L'approccio al bambino con ritardo mentale e dismorfismi: la comunicazione efficace
Federica Zanetto, Michele Gangemi

Vaccinacipi

- 172 Nuovi vaccini contro il rotavirus: servono in Europa?
Luisella Grandori

Farmacipi

- 173 Bambini e farmaci
Antonio Clavenna, Maurizio Bonati

Research letters

- 175 Prevalenza dell'allattamento al seno nell'ASL 4 di Terni
Lucio Piermarini

Il caso che insegna

- 177 Una febbre persistente con rash fugace e TAS elevato
Massimiliano De Vivo, Carolina De Chiara, Maria Simona Sabbatino et al.

Saper fare

- 180 Prescrivere con la Denominazione Comune Internazionale (DCI) dei farmaci. È utile ai medici, ai pazienti e alla loro relazione
Redazione di Quaderni acp

Informazioni per genitori

- 184 Un decalogo per diventare padri
Alessandro Volta

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2006 è di 75 euro. Arretrati: 6 euro. 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.

139 Editorial

Relationship between paediatricians and baby milk companies *Adriano Cattaneo*

141 Research

141 Appropriateness of hospitalisation in paediatrics.

A 2003 prospective multicenter study
Franca Parizzi, Nicola D'Andrea, Pierpaolo Mastroiacovo et al.

146 Fatherhood:

a survey on "new" fathers' emotions
Alessandro Volta, Nicola Bussolati, Ciro Capuano et al.

150 Current issues

New ideas for brain's development in childhood and in adolescence *Luigi Gualtieri*

152 Movies

153 Musical-mente

The importance of sounds in our psychic life and in mother-child relationship *Luigi Gualtieri*

156 Books

160 Info

162 ACP news

164 Tenstories

Behind bars, beyond justice: an untold story of children in conflict with the law
Stefania Manetti

165 Didactic support

166 Personal accounts

A training experience on systemic counselling
Patrizia Elli, Michele Gangemi

169 Narrative medicine

Approaching a child with mental retardation and dysmorphism: an effective communication
Federica Zanetto, Michele Gangemi

172 Vaccinacipi

New Rotavirus vaccines: are they useful in Europe? *Luisella Grandori*

173 Farmacipi

Children and medicines
Antonio Clavenna, Maurizio Bonati

175 Research letters

Breastfeeding prevalence in ASL 4 in Terni
Lucio Piermarini

177 Learning from a case

A persistent fever with transient rash and an increase in antistreptolysine antibodies
Massimiliano De Vivo, Carolina De Chiara, Maria Simona Sabbatino et al.

180 Update to practice

Prescribing with the international common denomination of drugs. Useful for doctors, patients and their relationship
Quaderni acp board

184 Informing parents

A decalogue for becoming fathers *Alessandro Volta*

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: redazionequaderni@tiscali.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 "Madame Charpentier con i figli" (particolare), Pierre Auguste Renoir 1878, olio su tela. The Metropolitan Museum of Art, New York.

QUADERNI ACP. NORME EDITORIALI. 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 (redazionequaderni@tiscali.it) via e-mail o via posta su floppy disk in via Marginesu 8, 07100 Sassari. Devono essere composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Le tabelle e le figure vanno inviate in fogli a parte, vanno numerate progressivamente, titolate e richiamate nel testo. Scenari, casi clinici, esperienze e revisioni non possono superare le 12.000 battute, riassunti compresi. Gli altri contributi non possono superare 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. Gli AA vanno indicati con nome e cognome. Va indicato: Istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli AA e l'indirizzo e-mail dell'Autore (indicato per la corrispondenza). Gli articoli devono essere correddati 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 (struttura IMRAD). 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; si consigliano gli AA di usare parole chiave contenute nel MESH di Medline. 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 caso di un numero di Autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura et al.

Esempio per le riviste e per i testi

(1) Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. *Quaderni acp* 2000;5:10-4.

(2) Bonati M, Impicciatore P, Pandolfini C. La febbre e la tosse nel bambino. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed, 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. Il percorso redazionale è così strutturato: a) assegnazione dell'articolo in forma anonima a un redattore e a un revisore esterno che lo rivedono secondo una griglia valutativa elaborata dalla rivista; b) primo re-invio agli Autori, in tempo ragionevole, con accettazione o restituzione o richiesta di eventuali modifiche; c) elaborazione del manoscritto dalla redazione per adeguarlo alle norme editoriali e per renderlo usufruibile al target dei lettori della rivista. Deve essere dichiarata la provenienza di ogni fornitura di strumenti, attrezzature, materiali, aiuti finanziari utilizzati nel lavoro. È obbligatorio dichiarare l'esistenza 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.

Le relazioni tra i pediatri e le compagnie che commercializzano il latte artificiale

Adriano Cattaneo
IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Abstract

Relationship between paediatricians and baby milk companies

The relationship between baby milk companies and paediatricians is frequently discussed in other countries, not much in Italy.

Quaderni acp 2006; 13(4): 139

Key words *Competing interest. Marketing of breastmilk substitutes*

La pubblicazione di due articoli su una autorevole rivista di pediatria ci dà l'occasione per tornare su un argomento che viene frequentemente trattato dalle riviste scientifiche all'estero e assai poco in Italia: quello dei rapporti fra i pediatri e le compagnie che commercializzano il latte artificiale.

Parole chiave *Conflitto di interessi. Commercializzazione dei sostituti del latte materno*

Il numero di *Archives of Disease in Childhood* di aprile 2006 ospita una controversia sul tema delle relazioni tra i pediatri e le compagnie del latte artificiale, a 25 anni dall'approvazione del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno.

Un primo articolo (Wright CM, Waterston AJR. *Arch Dis Child* 2006;91;383-5), dopo aver ricordato come l'alimentazione artificiale sia una delle più importanti cause che inducono condizioni di minore resistenza alle malattie prevenibili in tutto il mondo, compresi i Paesi ad alto reddito, descrive ciò che i lettori di questa rivista ben conoscono, e cioè le tre principali strategie che le compagnie usano per far sì che i pediatri fungano più spesso da inconsapevoli promotori dei loro prodotti:

- l'appoggio alla formazione;
- il sostegno ai reparti e alle associazioni;
- il finanziamento della ricerca (in particolare quella mirata allo sviluppo di nuove formule latte).

Gli Autori ritengono, come questa rivista ha più volte fortemente suggerito ai propri lettori, che i pediatri dovrebbero evitare queste relazioni, le quali, volenti o nolenti, minano il rapporto di fiducia tra operatori e utenti, perché creano un palese o nascosto "obbligo" nei confronti delle compagnie. Ma anche quando non lo istituisce, questa relazione è pericolosa nonostante il pediatra sponsorizzato si comporti, poi, in maniera corretta e indi-

pendente, perché contribuisce a rafforzare la credibilità delle compagnie e quindi a promuoverne i prodotti che contribuiscono ad aumentare il rischio di morte e malattia. Wright e Waterston invitano quindi i pediatri ad attenersi al Codice Internazionale, a evitare le relazioni con le compagnie e a non accettare né materiali informativi prodotti dalle stesse, né finanziamenti per formazione e ricerca, né inviti per conferenze e congressi e neppure regali di qualsiasi tipo. Nel dichiarare i conflitti d'interesse, uno dei due Autori ammette di aver collaborato, in maniera volontaria, con un'associazione che si batte per la piena applicazione del Codice Internazionale.

Un secondo articolo (Weaver LT. *Arch Dis Child* 2006;91;386-7) sostiene che nel mondo reale c'è e probabilmente ci sarà sempre qualche bambino che ha bisogno del latte artificiale. Per più di un motivo: per scelta della madre, per malattie o condizioni che non permettono di allattare pienamente al seno, per fallimenti al sostegno individuale che in qualche misura si presentano anche nel migliore dei sistemi sociali e sanitari.

Per questi bambini, anche se pochi o pochissimi, c'è bisogno di un prodotto di qualità, che fornisca le migliori prestazioni possibili dopo il latte materno. Perché questo prodotto sia disponibile e sia progressivamente migliorato, pediatri e compagnie devono mantenere delle relazioni. L'Autore ricorda che, quando questi prodotti non esistevano, il destino di un bambino non

allattato al seno era segnato, ma riconosce, pur senza attribuire la responsabilità di questo effetto al marketing, che spesso e volentieri l'uso dei latti formulati non è dettato dal bisogno ma dall'abitudine.

Così quella che dovrebbe essere una pratica rara è diventata normale ed è perciò necessario "proteggere" i bambini dall'uso inappropriato del latte artificiale. Ma la necessità di migliorare i prodotti comporta che si mantengano relazioni tra pediatri e compagnie nell'ambito della ricerca, dell'aggiornamento e della formazione. È vero che a volte queste relazioni sono ambigue, ma ciò può essere evitato e corretto.

L'Autore però non chiarisce come ciò possa avvenire e, nel dichiarare i suoi conflitti d'interesse, ammette di aver lavorato come consulente per molte compagnie e di aver condotto ricerca finanziata dalle stesse.

Che dire di nostro? È evidente che di un buon latte artificiale ci sarà sempre bisogno. Non è detto tuttavia che, per svilupparlo o migliorarlo, la ricerca debba essere necessariamente finanziata direttamente dalle compagnie.

E se lo è, che debba necessariamente comportare delle relazioni che creano un obbligo tra pediatri e compagnie.

Il finanziamento potrebbe passare attraverso una metodica simile a quella della ricerca indipendente dell'AIFA riservata alla sperimentazione di farmaci e che è finanziata tramite il fondo alimentato dalle aziende con contributi pari al 5% delle spese promozionali annuali.

È difficile da comprendere, poi, cosa c'entri la sponsorizzazione dei congressi e di altre attività formative, o addirittura degli omaggi, con lo sviluppo e l'uso appropriato di prodotti migliori.

Insomma, si ha l'impressione che chi dichiara un conflitto d'interessi, come quello del professor Weaver, cerchi di arrampicarsi sugli specchi quando controbatte a un appello per ridurre le relazioni tra pediatri e compagnie. ♦

Per corrispondenza:
Adriano Cattaneo
e-mail: cattaneo@burlo.trieste.it

editoriale

XVIII Congresso Nazionale "Un mondo per i bambini"

Asolo (Treviso) 19-20-21 ottobre 2006

Giovedì, 19 ottobre

- 14.00-14.30 Registrazione dei partecipanti e saluto delle autorità
14.30-15.45 **RISCHIO AMBIENTALE E SALUTE DEI BAMBINI**
Moderatore: M. Gangemi, Verona
14.30-14.45 *Infanzia e ambiente: una sfida vitale* (C. Baker, UNICEF Italia)
14.45-15.15 *Perché il bambino è più vulnerabile dell'adulto alla esposizione ai rischi ambientali* (G. Tamburlini, Trieste)
15.15-15.45 *Rischi ambientali e difficoltà della prevenzione primaria* (L. Tomatis, Trieste)
15.45-18.00 **CHE ARIA TIRA?**
Moderatore: G. Mastella, Verona
15.45-16.10 *Inquinamento dell'aria e aspetti tossicologici* (C. Minoia, Pavia)
16.10-16.40 *Effetti dell'inquinamento atmosferico: meccanismi biologici e suscettibilità individuale* (F. Forastiere, Roma)
16.40-17.00 *Inquinamento da traffico e disturbi respiratori: i dati dello studio Sidria II* (C. Galassi, Torino)
17.00-17.30 *Il peso dell'inquinamento sulla patologia respiratoria* (A. Battistini, Parma)
17.30-18.00 *Discussione*
18.00-19.00 **PILLOLE DI SELF-HELP AMBULATORIALE**
Moderatore: L. Reali, Roma
18.00-18.20 *È utile la spirometria in ambulatorio?* (E. Lombardi, Firenze)
18.20-18.40 *Impedenzometria e otoscopia pneumatica a confronto: pro e contro* (P. Marchisio, Milano)
18.40-19.00 *Discussione*
19.00 "Spritz e cicchetti"
19.30 Tutti al cinema

Venerdì, 20 ottobre

- 9.00-13.30 **CHE C'È NEL PIATTO?**
Moderatore: F. Panizon, Trieste
9.00-9.45 *Cibo tramite di relazione* (G. Fava Vizziello, Padova)
9.45-10.15 *Le basi biologiche del danno da inquinamento alimentare: l'esempio degli interferenti endocrini* (A. Mantovani, Roma)
10.15-10.35 *Organismi geneticamente modificati. Necessità e rischi* (L. Disegna, Veneto Agricoltura)
10.35-11.00 *Discussione*
11.00-11.15 "Baicoli e cafe"
11.15-11.35 *Un approccio pratico alla prevenzione dell'obesità* (AM. Solis, Modena)
11.35-12.00 *Relazione tra accrescimento e metabolismo osseo e stili di vita* (S. Saraifoger, Cesano Boscone; ML. Bianchi, Milano)
12.00-12.30 *Discussione*
12.30-13.00 **PILLOLE DI SELF-HELP AMBULATORIALE**
Moderatore: L. Reali, Roma
12.30-12.50 *Quando aiutano i prick test?* (I. Berti, Trieste)
12.50-13.00 *Discussione*
13.00-14.30 "Polenta e..."

- 14.30-17.30 **Assemblea sociale**
Elezione del Presidente e di 4 componenti il Consiglio Direttivo dell'ACP
17.30-18.30 **Incontro dei referenti regionali**
20.00 "Cena sociale"

Sabato, 21 ottobre

- 9.00-13.00 **CON CHI SI CRESCE?**
Moderatore: M. Bonati, Milano
9.00-9.20 *Flussi migratori in Italia: scenari socio-sanitari* (S. Geraci, Roma)
9.20-9.50 *La crescita psicologica dei bambini stranieri* (M. Mazzetti, Roma)
9.50-10.20 *Problematiche cliniche nel bambino immigrato e adottato* (Z. Bisoffi, S. Marocco, Verona)
10.20-10.50 *Interventi sociali per migliorare la salute* (E. Ziglio, Venezia)
10.50-11.10 "Baicoli e cafe"
11.10-11.30 *Il pediatra e i bambini immigrati, un ambulatorio di tutti i colori* (S. Cozzani, Venezia)
11.50-12.10 *I miei compagni di classe si chiamano Mohamed, Fatima, JunJe, Emir...* (E. Boev, Padova)
12.10-12.30 *Discussione*
12.30-13.00 **PILLOLE DI SELF-HELP AMBULATORIALE**
Moderatore: L. Reali, Roma
12.30-12.50 *La collaborazione del mediatore culturale con il pediatra* (M. Michelotto, Camposampiero, PD)
12.50-13.00 *Discussione*
13.00-14.00 "Bigoli e..."
14.00-15.30 **DALLA RICERCA ALLA PRATICA**
Il percorso del trasferimento delle conoscenze è sempre lineare?
A cura della redazione di *Quaderni acp*
Moderatore: GC. Biasini, Cesena
Le basi biologiche e la plausibilità biologica (C. Agostoni, E. Verduci, Milano)
Le evidenze scientifiche delle formule adattate per i neonati fisiologici (MF. Siracusano, Messina)
Ricerca translazionale ed endpoints surrogati (M. Bonati, Milano)
15.30-16.30 **NATI PER LEGGERE, NATI PER LA MUSICA**
Moderatore: F. Zanetto, Vimercate (MI)
Bookstart in Gran Bretagna (K. Devine, Londra)
Musical...mente (S. Gorini, Rimini)
16.30-17.30 **LA RICERCA IN ACP**
Moderatore: G. Toffol, Pederobba (TV)
Unire le forze? Gli studi italiani sulla celiachia (R. Buzzetti, Bergamo)
Le ultime ricerche dei gruppi locali: contributi di ACP Asolo, ACP Milano, ACP Trinacria, ACP Puglia e Basilicata
17.30 **CONCLUSIONI**
Cosa abbiamo imparato (L. Piermarini, Terni; GC. Biasini, Cesena)

Per informazioni: G. Toffol (giacomo@giacomotoffol.191.it)

Per informazioni e iscrizioni: ww.acp.it/congressonazionale2006

Appropriatezza dei ricoveri in Pediatria

Studio prospettico multicentrico nell'anno 2003(*)

Franca Parizzi*, Nicola D'Andrea**, Pierpaolo Mastroiacovo***, Adele Fasulo°, Giorgio Meneghelli°, Monica Pieratteli°, Marina Col*
*Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Milano-Bicocca; ** Ospedale Madonna delle Grazie, Matera; *** International Centre on Birth Defects, Roma; ° Pediatra di famiglia, Mestre (Ve); °° Pediatra di famiglia, Firenze

Abstract

Appropriateness of hospitalisation in paediatrics. A 2003 prospective multicenter study

Objective The evaluation of appropriateness of hospitalisation and hospital stay in the Operative Paediatric Units in the year 2003. The comparison with a precedent study done in 1993.

Materials and methods A PRUO (Protocol for Hospital Use Revision), an adapted version of AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) has been adopted. An index day was chosen, the 15th of every month in 2003.

Results 23 Operative Paediatric Units participated in the study, all over the Italian regions, except for Tuscany, Umbria and Sicily. 631 days of hospitalisation were examined and 1935 hospital stay days for a total amount of 2566 days. Only 14% of children are hospitalised by their paediatrician. The great part of hospitalisations are spontaneous. 16% of hospital admissions and 20% of hospital stays are inappropriate. Among the reasons of such inappropriateness are the long waits for examinations or consultants (61% for hospitalisation and 53% for hospital stay) and therapies (13% for hospitalisation and 19% for hospital stay).

Conclusions 16% of hospitalisations are inappropriate. This is comparable with a previous study in 1993. 20% of hospital stay are inappropriate vs 37% of the previous 1993 study.

Quaderni acp 2006; 13(4): 141-145

Key words PRUO. Hospitalisation. Appropriateness

Obiettivi Lo studio si è proposto di valutare l'appropriatezza dell'ammissione e delle giornate di degenza nelle Unità Operative di Pediatria nell'anno 2003 e di confrontare i risultati con quelli di uno studio precedente effettuato nell'anno 1993.

Materiali e metodi È stato utilizzato il PRUO (Protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale), adattamento italiano dell'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) degli Stati Uniti per esaminare l'appropriatezza delle ammissioni e delle singole giornate di degenza. Il rilevamento è stato fatto in una giornata indice (il 15) di ogni mese nell'anno 2003.

Risultati Allo studio hanno partecipato 23 Unità Operative di Pediatria, distribuite in tutte le regioni italiane, ad eccezione della Toscana, dell'Umbria e della Sicilia. Sono state esaminate complessivamente 631 giornate di ammissione e 1935 giornate di degenza, per un totale di 2566 giornate. Solo il 14% dei bambini viene inviato in ospedale dal pediatra di famiglia. La maggior parte degli accessi al Pronto Soccorso dell'ospedale avviene spontaneamente. Il 16% delle ammissioni e il 20% delle giornate di degenza sono risultati inappropriati. Tra i motivi di inapproprietezza del ricovero prevalgono quelli legati all'attesa dell'esecuzione o dell'esito di esami diagnostici o consulenze (61% per le ammissioni e 53% per le giornate di degenza), alla esecuzione di terapie (13% per le ammissioni e 19% per le giornate di degenza).

Conclusioni Il 16% delle ammissioni è risultato inappropriato. Questo risultato è sovrapponibile a quello dello studio precedente, effettuato nel 1993. È risultato inappropriato il 20% delle giornate di degenza, vs il 37% dello studio del 1993.

Parole chiave PRUO. Ricoveri ospedalieri. Appropriatezza

Per corrispondenza:
Franca Parizzi
e-mail: francaregina@libero.it

Introduzione

I dati italiani di ospedalizzazione in età pediatrica mostrano valori molto più elevati rispetto a quanto avviene nel resto del mondo. Il tasso di ospedalizzazione pediatrica in Italia è stato nel 2001 pari a 103,6 per 1000 bambini, mentre il Regno Unito e la Spagna si attestano su valori del 50-60‰ e gli Stati Uniti su valori inferiori al 40‰ (1).

Tuttavia si osserva in Italia una tendenza a una riduzione: infatti nel 1998 il tasso di ospedalizzazione pediatrica in Italia era stato del 116‰.

Vi è inoltre una marcata differenza nei tassi di ospedalizzazione nelle differenti fasce di età (da 547‰ nel primo anno di vita a 71‰ nella fascia di età 15-17 anni) e nelle differenti regioni (da 161‰ in Liguria a 63‰ in Friuli Venezia Giulia) (1).

L'utilizzo appropriato del ricovero ospedaliero è stato dichiarato negli ultimi dieci anni uno degli obiettivi primari del Sistema Sanitario Nazionale. Il sistema di finanziamento degli ospedali basato sui DRGs (introdotto nel 1995) aveva come scopo principale la promozione dell'efficienza dei servizi ospedalieri e una distribuzione più equa delle risorse.

L'introduzione di tale sistema ha indotto di fatto una serie di effetti distorsivi nella sua applicazione, come il trasferimento di prestazioni verso livelli assistenziali più intensivi e remunerativi.

L'organizzazione capillare di un adeguato sistema di controlli e l'attivazione di servizi di day hospital e day surgery hanno condotto molte prestazioni prima erogate in regime di ricovero ordinario a un progressivo e tuttora incompleto trasferimento in regime di ricovero diurno o ambulatoriale. A questo proposito si veda l'articolo pubblicato su questa rivista nel 2003 (2).

FIGURA 1: APPROPRIATEZZA DELLE AMMISSIONI E DELLE GIORNATE DI DEGENZA CONFRONTO TRA LO STUDIO DEL 2003 E LO STUDIO DEL 1993

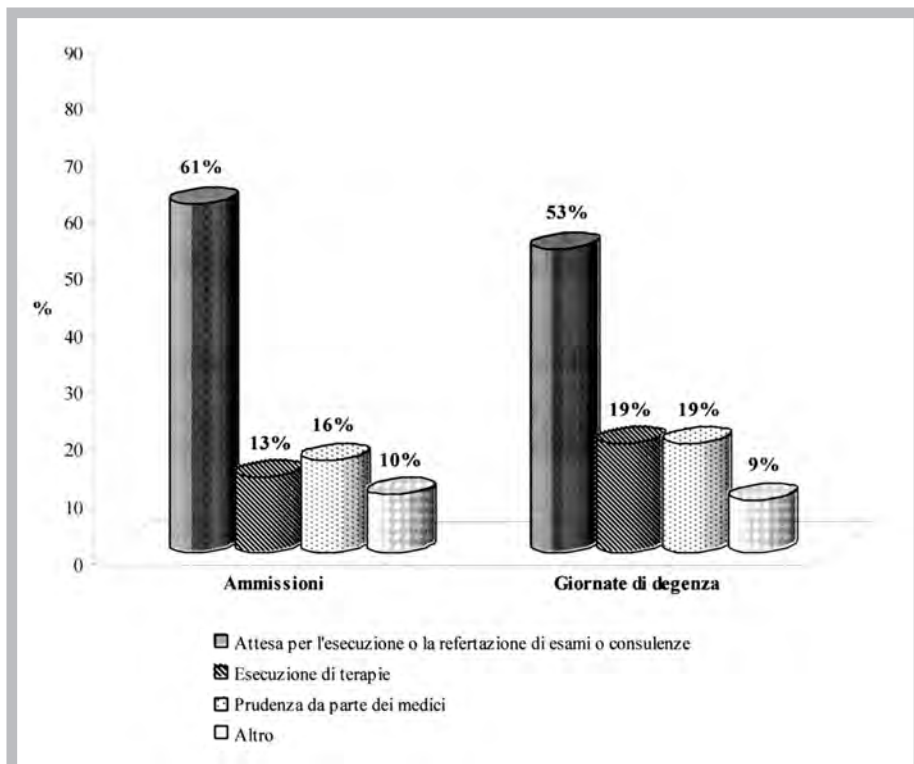
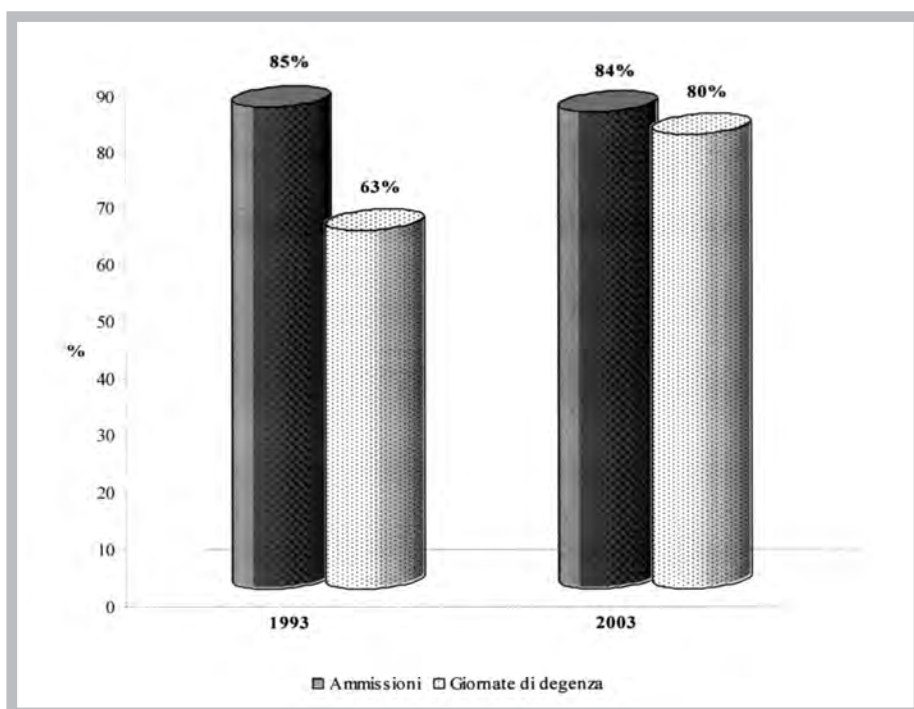


FIGURA 2: MOTIVI DI INAPPROPRIATEZZA DELLE AMMISSIONI E DELLE GIORNATE DI DEGENZA (%) - 2003



Il PRUO, Protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale (disponibile su www.quaderniacp.it), è un adattamento italiano dell'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) degli Stati Uniti, promosso dall'Istituto Mario Negri, e rappresenta uno strumento utile per la valutazione dell'uso appropriato dell'ospedale quale struttura per acuti. Esso si basa su una serie di criteri espliciti diagnosi-indipendenti che consentono di giudicare come appropriate o inappropriate l'ammissione in ospedale e le singole giornate di degenza sulla base delle condizioni cliniche del paziente e all'intensità delle prestazioni assistenziali (3).

Per considerare appropriata l'ammissione o una giornata di degenza è sufficiente che almeno uno dei criteri espliciti sia soddisfatto. Il PRUO consente, inoltre, di individuare i motivi di ammissione o degenza inappropriata, riconducibili nella quasi totalità a problemi organizzativi; ciò al fine di individuare eventuali interventi correttivi a livello intra- o extra-ospedaliero.

Uno studio nazionale condotto nel 1993 aveva utilizzato il PRUO per esaminare l'appropriatezza delle ammissioni e delle singole giornate di degenza durante un intero mese di valutazione in 13 Reparti Pediatrici (4). Da allora, a distanza di dieci anni, è utile chiedersi se l'introduzione dei DRGs e l'attivazione di un sistema di controllo da parte di molte ASL abbiano modificato la situazione della appropriatezza dei ricoveri. Obiettivo primario di questo studio nazionale è di verificare l'uso appropriato del ricovero ospedaliero in Pediatria, in rapporto al precedente studio; secondariamente valutare gli attuali motivi di inappropriata del ricovero.

Materiali e metodi

- L'iscrizione allo studio è stata promossa attraverso il sito web dell'ACP (www.acp.it).
- Le UO di Pediatria che hanno aderito alla ricerca avevano accesso sia al manuale esplicativo sia alla scheda di raccolta dati tramite un codice identificativo e una password (differenziata

per l'ammissione e per la giornata di degenza).

- ▶ La rilevazione è stata condotta da un medico referente indicato per ciascuna UO, che inseriva online i dati richiesti che si riferivano a una giornata indice (il giorno 15) di ogni mese a partire da gennaio fino a dicembre 2003.
- ▶ Venivano inclusi nella raccolta dati tutti i bambini degenti nel giorno indice nelle UO partecipanti senza tenere conto della diagnosi. Le schede di raccolta dati erano differenziate per il giorno di ammissione e per la giornata di degenza.
- ▶ L'elaborazione dei dati, effettuata mediante software Excel, ha valutato esclusivamente le frequenze percentuali dei singoli items.

Risultati

Hanno partecipato allo studio 23 Unità Operative di Pediatria, distribuite in tutte le regioni italiane, fatta eccezione della Toscana, dell'Umbria e della Sicilia (8). Sono state analizzate complessivamente 631 giornate di ammissione e 1935 giornate di degenza, per un totale di 2566 giornate. Esse sono state consumate da una popolazione di bambini che per il 51% sono piccoli e sono nati dal 2000 al 2003, anno di svolgimento della ricerca. Il ricovero è stato effettuato direttamente dal Pronto Soccorso (38%) o dal consulente pediatra del medesimo (22%) o da un altro specialista attivato dal Pronto Soccorso (18%). Nel 12% dei casi è il pediatra di famiglia a disporre il ricovero. È risultato appropriato l'84% delle ammissioni (*figura 1*).

Le giornate di degenza sono risultate appropriate nell'80% dei casi contro il 63% dello studio del 1993. Le giornate di dimissione (l'11% delle quali avvenuto nel giorno stesso dell'ammissione) sono risultate globalmente appropriate nel 77% dei casi. La giornata di dimissione è appropriata nel 90% dei casi quando essa coincide con la giornata di ammissione. Fra i criteri di appropriatezza si segnala:

- ▶ il 35% per le ammissioni e il 21% per le giornate di degenza sono legati alle condizioni cliniche dei pazienti;

- ▶ il 65% per le ammissioni e il 79% per le giornate di degenza sono legati alla necessità di prestazioni assistenziali medico-infermieristiche.

Tra i motivi di inapproprietezza del ricovero prevalgono nettamente quelli legati all'attesa dell'esecuzione o dell'esito di esami diagnostici o consulenze (61% per le ammissioni e 53% per le giornate di degenza), seguiti da un atteggiamento "cautelativo" da parte dei medici (16% per le ammissioni e 19% per le giornate di degenza), e dall'esecuzione di terapie (13% per le ammissioni e 19% per le giornate di degenza) (*figura 2*).

L'atteggiamento "cautelativo" da parte dei medici ospedalieri è legato essenzialmente alla scarsa o assente collaborazione con il pediatra di famiglia al fine di consentire una "dimissione protetta".

Discussione

I risultati dello studio confermano un dato già noto: la grandissima parte degli accessi alle UO di Pediatria proviene direttamente dal PS dell'ospedale. Soltanto il 12% dei bambini è inviato dal pediatra di famiglia.

Il 16% delle ammissioni avviene per condizioni cliniche che non rientrano nei criteri che definiscono appropriata l'ammissione; per una maggiore comprensione del fenomeno si suggerisce al lettore di prendere visione della scheda del PRUO pediatrico (*tabella 1*).

Questo risultato è sovrapponibile a quello dello studio del 1993 e sembrerebbe pertanto un dato che, nella situazione attuale, risulta incompressibile.

Il 20% delle giornate di degenza è risultato inappropriato. Nel precedente studio tale valore era del 37%. Questo dimostrerebbe un discreto miglioramento nella gestione del ricovero, una volta che questo sia avvenuto. I dati a disposizione non consentono per le dimensioni dei sottocampioni di fare un confronto tra i diversi centri partecipanti allo studio.

Vanno tuttavia sottolineati alcuni limiti dello studio relativamente al confronto fra le due indagini:

- ▶ le Unità Operative partecipanti (13 nel 1993 e 23 nel 2003) non sono le stesse nei due studi;

- ▶ lo studio attuale si è svolto in una giornata indice di ogni mese del 2003, mentre il precedente studio del 1993 aveva esaminato tutti i bambini degenti durante un intero mese;

- ▶ in entrambi gli studi il medico rilevatore era un medico dell'Unità Operativa e non un rilevatore "esterno", che garantirebbe una maggiore obiettività nella raccolta dati;

- ▶ infine il campione di Unità Operative analizzato non può essere ritenuto sufficientemente rappresentativo della realtà nazionale, in quanto l'adesione allo studio è stata volontaria, e questo ha indotto una selezione che potrebbe avere prodotto un campione diverso (migliore?) della realtà nazionale. In effetti un recente studio italiano svoltosi a Catanzaro ha valutato mediante il PAEP (Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol) 656 ricoveri pediatrici ed è giunto alla conclusione che il 30% delle ammissioni e il 55,5% delle giornate di degenza sono inappropriati (5). I risultati di studi effettuati in altri Paesi (6-8), anche se non proprio recenti, sono più vicini ai risultati del nostro studio (*figura 3*).

Le possibilità e le modalità con cui tentare una riduzione del fenomeno dell'inappropriatezza vanno al di là delle intenzioni di questo studio. Ai pediatri di famiglia viene suggerito un incremento delle forme associative di Pediatria di gruppo con una estensione dell'orario di ambulatorio del pediatra di famiglia e la possibilità di esecuzione ambulatoriale di test di diagnostica rapida.

Sul versante degli ospedali viene suggerita l'istituzione nei reparti di Pediatria di una sezione per l'osservazione temporanea. Con questo suggerimento si accorderebbe il dato che il 90% delle giornate di dimissione è appropriato quando ammissione e dimissione avvengono nello stesso giorno.

Ma sempre sul versante ospedaliero è in campo una tendenza al ricovero inappropriato per gli effetti benefici che i DRG producono sui bilanci delle ASL e delle AO, nonostante gli accordi sulle liste di DRG a rischio di inappropriatezza.

TABELLA 1: PROTOCOLLO PER LA REVISIONE DELL'USO DELL'OSPEDALE**CRITERI DI AMMISSIONE APPROPRIATA: CONDIZIONI DEL PAZIENTE**

Frequenza cardiaca a riposo al di fuori del range di normalità per l'età: $6m - 2a < 70/\text{min} > 190/\text{min}$; $2a-6a < 60/\text{min} > 160/\text{min}$; $> 6a < 50/\text{min} > 140/\text{min}$.

Ipotensione o ipertensione arteriosa in rapporto al range di normalità per l'età: PA sistolica $< 1 \text{ mese} > 60/95 < 60 \text{ mmHg}$; $> 1m < 5a > 110/70 < 70 \text{ mmHg}$; $> 5a > 120/75 < 70 \text{ mmHg}$.

Frequenza respiratoria ≥ 50 in bambini ≤ 12 mesi, > 40 in bambini > 12 mesi. T° rettale $\geq 38^\circ\text{C}$ in bambini ≤ 12 mesi; T° rettale o ascellare $> 38^\circ\text{C}$ da almeno 3 giorni in bambini > 12 mesi.

Emorragia in atto o nelle 48 ore precedenti il ricovero clinicamente rilevante, cioè tale da richiedere: trasfusione di sangue o emoderivati entro 24 ore, almeno 2 controlli dell'emocromo entro 24 ore, monitoraggio della PA e della FC almeno 3 volte nelle 24 ore, procedure per interrompere l'emorragia diverse da tamponamento nasale o sutura superficiale.

Squilibrio idro-elettrolitico, acido-base, dei gas respiratori, metabolico clinicamente rilevante, cioè tale da richiedere almeno 3 controlli nelle 24 ore, con valori al di fuori del range di normalità per l'età.

Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi, in atto o della durata di almeno 15 min, insorti non oltre 24 ore prima del ricovero, inclusi disturbi di coscienza, stati confusionali, convulsioni febbrili ed escluse le lipotimie.

Improvviso calo della vista o dell'udito, insorto entro le 48 ore precedenti il ricovero.

Improvvisa perdita della capacità di muovere un braccio o altra parte del corpo, insorta entro le 48 ore precedenti il ricovero.

Alterazione della nutrizione per vomito ripetuto o incoercibile oppure diarrea clinicamente rilevante in bambino di età < 12 mesi associati a significativo calo ponderale ($\geq 10\%$ del peso corporeo) o presenza evidente di sangue nelle feci in lattante < 3 mesi, associata a calo ponderale anche $< 10\%$ del peso corporeo.

Problemi ematologici acuti: anemia clinicamente rilevante ($Htc \leq 30\%$ oppure $Hb \leq 7 \text{ g/dl}$); neutropenia (≤ 1000 neutrofili/mmc; ≤ 500 neutrofili/mmc in bambini affetti da patologia nota o sottoposti a terapie che comportano neutropenia); piastrinopenia ($\leq 20.000/\text{mmc}$); comparsa di porpora o emorragia delle mucose.

Problemi pediatrici speciali quali: patologia traumatica con implicazioni medico-legali o segni sospetti di sofferenza neurologica; sospetto clinico di maltrattamento o abuso; sospetta ingestione di farmaci o veleni o inalazione di gas tossici, tali da richiedere monitoraggio o messa in atto di procedure terapeutiche o profilattiche specifiche di maltrattamento o abuso; mancata compliance a un regime terapeutico necessario.

CRITERI DI AMMISSIONE APPROPRIATA: PRESTAZIONI NECESSARIE NELLE 24 ORE SUCCESSIVE

Controllo medico almeno 2 volte nelle 24 ore successive.

Controllo o prestazioni infermieristiche più di 3 volte nelle 24 ore successive, escludendo il giro di controllo di routine della corsia ad ogni cambio di turno infermieristico, la rilevazione di routine della temperatura corporea e la somministrazione di terapie per os, im o sc.

Assistenza o terapia respiratoria intermittente o continua, includendo qualsiasi modalità di somministrazione di ossigeno, accompagnata da monitoraggio della SaO_2 .

Monitoraggio dei parametri vitali almeno 3 volte nelle 24 ore successive.

Procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e/o utilizzo della sala operatoria il giorno stesso o il successivo.

Controllo di terapie e/o effetti collaterali da verificare entro le 24 ore successive.

Somministrazione di farmaci o fluidi ev almeno 2 volte nelle 24 ore successive.

MOTIVI DI AMMISSIONE INAPPROPRIATA

Procedure in sala operatoria effettuabili in regime di non ricovero.

Attesa dell'esecuzione di procedure invasive mediche o chirurgiche.

Esecuzione esami diagnostici, consulenze, trattamento terapeutico.

Problemi logistici; tempi lunghi non degenzi.

Atteggimento cautelativo.

Necessità di assistenza infermieristica domiciliare; livelli assistenziali inferiori.

Provenienza extra-regionale; situazione familiare, sociale o ambientale critica. Esami o consulenze (specificare).

CRITERI DI DEGENZA APPROPRIATA: PRESTAZIONI MEDICHE

Procedura invasiva lo stesso giorno o prevista entro il giorno successivo che richieda consulti o valutazioni preliminari

Controllo dietetico rigoroso per esecuzione di test di funzionalità metabolica, preparazione a interventi chirurgici, rialimentazione post-operatoria, aggiustamento dell'apporto calorico, dieta di esclusione/inclusione sequenziale di costituenti alimentari per valutazione di intolleranze alimentari, monitoraggio del bilancio in/out, raccolta di campioni biologici per almeno 8 ore lo stesso giorno.

Controlli medici almeno 3 volte nella giornata.

Primo giorno post-operatorio.

Monitoraggio di terapie che richiedono frequenti aggiustamenti delle dosi o verifiche di efficacia o effetti collaterali almeno ogni 24 ore.

CRITERI DI DEGENZA APPROPRIATA: PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE O DI SUPPORTO VITALE

Assistenza respiratoria continua o intermittente, inclusa qualsiasi modalità di somministrazione di ossigeno accompagnata da monitoraggio della SaO_2 .

Somministrazione di fluidi o farmaci ev.

Monitoraggio dei parametri vitali almeno 4 volte al giorno.

Valutazione del bilancio in/out con registrazioni a intervalli inferiori alle 12 ore.

Medicazione di ferite chirurgiche, gestione di drenaggi.

Controlli infermieristici almeno 4 volte al giorno.

CRITERI DI DEGENZA APPROPRIATA: CONDIZIONI DEL PAZIENTE

Emorragia significativa, cioè tale da richiedere: trasfusione di sangue o emoderivati entro le 24 ore, almeno 2 controlli dell'emocromo entro le 24 ore, monitoraggio della PA e della FC almeno 3 volte nelle 24 ore.

Febbre (temperatura ascellare o rettale $\geq 38^\circ\text{C}$) insorta ex novo lo stesso giorno o nelle ultime 48 ore.

Problemi neurologici acuti o rapidamente progressivi lo stesso giorno o nelle ultime 48 ore, inclusi disturbi di coscienza, stati confusionali, convulsioni febbrili ed escluse le lipotimie.

Ileo, mancata canalizzazione.

Problemi ematologici acuti: anemia clinicamente rilevante ($Htc \leq 30\%$ oppure $Hb \leq 7 \text{ g/dl}$); neutropenia (≤ 1000 neutrofili/mmc; ≤ 500 neutrofili/mmc in bambini affetti da patologia nota o sottoposti a terapie che comportano neutropenia); piastrinopenia ($\leq 20.000/\text{mmc}$); comparsa di porpora o emorragia delle mucose.

MOTIVI DI DEGENZA INAPPROPRIATA

Paziente in attesa di procedura invasiva.

Sala operatoria non disponibile per sopraggiunta emergenza o per motivi tecnici o organizzativi.

Sono in corso accertamenti pre-operatori (che potevano essere eseguiti in regime di non ricovero).

Procedura in sala operatoria effettuabile in regime di non ricovero.

Attesa o non disponibilità della terapia intensiva.

Attesa esecuzione o refertazione esami o consulenze.

Attesa o non disponibilità del Day Hospital.

Esecuzione di trattamento terapeutico.

Attesa di trasferimento in altro ospedale o in altra struttura per non acuti; attesa di disposizione del Tribunale dei Minori.

Assistenza infermieristica domiciliare non disponibile.

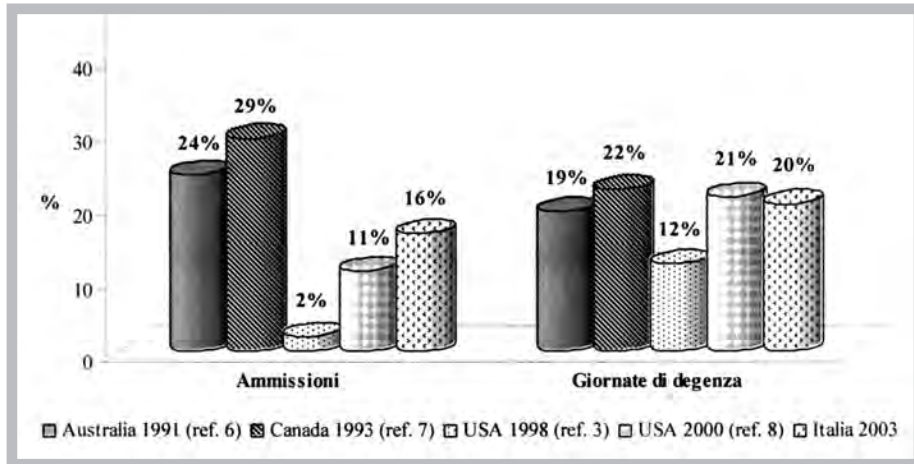
La famiglia richiede di protrarre il ricovero; provenienza extra-regionale o decentrata.

Problemi medico-legali; problemi sociali, ambientali, economici.

Atteggimento cautelativo da parte del medico; non valutazione dopo consulenza referente.

Esami o consulenze (specificare)

FIGURA 3: APPROPRIATEZZA DELLE AMMISSIONI E DELLE GIORNATE DI DEGENZA. CONFRONTO DEI RISULTATI CON QUELLI DI ALTRI PAESI



Sembra ragionevole pensare che la soluzione a questo problema non potrà venire che da sperimentazioni messe in campo nei vari ambiti regionali. ♦

Per lo studio nessuno degli Autori ha un conflitto di interesse; la ricerca è stata svolta senza utilizzare alcun finanziamento esterno impiegando risorse interne ai servizi sanitari.

Bibliografia

- (1) Ministero della Salute. Le caratteristiche dell'ospedalizzazione pediatrica in Italia dal neonato all'adolescente: <http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/206/documento.pdf>.
- (2) Siani P. Il ricovero ospedaliero: dati ISTAT. Quaderni acp 2003;vol X n. 3;31.
- (3) Kemper KJ. Medically inappropriate hospital use in a pediatric population N Engl J Med 1988; 16:1033-7.
- (4) Parizzi F, Bonora G, Grazioli R, et al. Uso appropriato dei ricoveri pediatrici. Uno studio policentrico in 13 Pediatrie italiane. Quaderni acp, 1996;3:10-2.
- (5) Bianco A, Pileggi C, Trani F, Angelillo IF. Appropriateness of admissions and days of stay in pediatric wards of Italy. Pediatrics 2003;112:124-8.
- (6) Formby DJ, McMullin ND, Danagher K, Oldham DRA. The Appropriateness Evaluation Protocol: application in an Australian children's hospital. Aust Clin Rev 1991;11:123-31.
- (7) Smith HE, Sheps S, Matheson DS. Assessing the utilization of in-patient facilities in a Canadian pediatric hospital. Pediatrics 1993;92:587-93.
- (8) McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. Health Policy 2000;53:157-84.

* Hanno partecipato allo studio:

Giuseppe Masera, Franca Parizzi, Marina Col - Clinica Pediatrica Università di Milano-Bicocca - Osp. "S. Gerardo", Monza (MI); Giuseppe Segni, Emanuele Ausili - Policlinico "A. Gemelli", Roma;

A. Saviano, Paolo Siani - Ospedale "A. Cardarelli", Napoli; Raffaele Cera, Grazia Villani - Ospedale "T. Masselli Mascia", San Severo (FG); Giovanni Giaretto, Nicoletta Cimadamore - ASL 9, Ivrea (TO); G. Grazia, Gianna Patrucco - Ospedale Civile "E. Agnelli", Pinerolo (TO); Arturo Romondia - Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Foggia; Valerio Flacco, Loredana Sichetti - Ospedale "Renzetti", Lanciano (CH); Nicola D'Andrea - Ospedale "Madonna delle Grazie", Matera; Alberto Della Peruta, Antonio Lepore - Ospedale "Ss. Giuseppe e Melorio", S. Maria Capua Vetere (CE); Bruno Sacher, Carmela Tringali - Pediatria Nido - Ospedale di rete, San Daniele del Friuli (UD); Gilberto Bonora, Paolo Adamoli - Ospedale Civile, Sondrio; C. Beluschi, M. Ivaldi - Ospedale di Lavagna (GE); Salvatore Russo, Giuseppe Diaco - Ospedale "N. Giannattasio", Rossano (CS); Ornella Soligno, Luciana Santangelo - Ospedale "San Francesco", Venosa (PZ); Luigi Cattarossi - Ospedale di Tolmezzo (UD); Luigi Esposito, Giovanni Pietroforte - Ospedale "F. Miulli", Acquaviva delle Fonti (BA); Giovanni Zanda, Anna Maria Ortu - Ospedale "San Martino", Oristano; Andrea Guala - Ospedale "Ss. Pietro e Paolo", Borgosesia (VC); Silvano Santucci, Luciana Parola - Ospedale "G. Fornaroli", Magenta (MI); Ettore Provangano, Giuseppe Tuccio - Ospedale Civile, Soverato (CZ); Manila Candusso - Azienda Ospedaliera di Cosenza; Francesco Milillo - Ospedale di Corigliano Calabro (CS); G. Cavagli, Battista Guidi - Ospedale Civile, Pavullo nel Frignano (MO); Francesco Paravati - Ospedale Civile, S. Giovanni in Fiore (CS); Luigi Nespoli, Silvia Salvatore - Ospedale "Filippo del Ponte", Varese; Libero Zannino, Anna Desana - ASL 19, Asti; Domenico Panico, Riccardo Borea - Ospedale di San Remo (IM); MV Schiavo - Azienda Ospedaliera Ospedale "San Carlo", Potenza; B Malamisura, Mauro Budetta - Ospedale di Cava de' Tirreni (SA); Roberto Giorgetti, Maria Paola Cattaneo - Ospedale di Busto Arsizio (VA); Nicola Russo Rauchi, Roberto Liguori - Ospedale di Marcianise (CE); Saverio Chiarappa - Ospedale di Putignano (BA); Gianni Piras, segreteria ACP per la raccolta dati.

Regione Piemonte

NATI PER LEGGERE: CULTURA E SALUTE DELLA PRIMA INFANZIA

Torino - Corso Stati Uniti, 23
Centro Incontri della Regione Piemonte

Sabato, 7 ottobre 2006

ore 9.30: Saluto delle autorità

Acquisizioni sull'efficacia dell'avvio precoce alla lettura nei bambini da 0 a 3 anni

(Giancarlo Biasini. Pediatra, Centro per la Salute del Bambino, Trieste)

Sette buoni motivi per leggere e raccontare storie ai bambini

(Paolo Roccato. Psicoanalista, Torino. Società Psicoanalitica Italiana)

Il progetto in Italia. Analisi e dati sulle esperienze condotte dal 1999 a oggi

(Fabio Bazzoli. Bibliotecario, Chiari (BS) Coordinamento Nazionale di Npl)

L'esperienza catalana

(Meritxell Trullas. Responsabile del progetto catalano per la lettura ad alta voce)

ore 13.00: **Conclusione della sessione mattutina e buffet**

ore 14.30: *Perché i pediatri dovrebbero aderire al progetto*

(Giorgio Tamburlini. Direttore scientifico dell'IRCCS Burlo Garofolo, Trieste)

L'esperienza della città di Chieri
(Roberto Massimello. Pediatra di famiglia, Chieri (TO))

Le attività della neonatologia per "Npl" nell'ambito dei programmi regionali

(Mario Frigerio, Pediatra. Antonella Padalino, Ostetrica, Torino)

Report di una ricerca sulla valutazione dello sviluppo linguistico dopo l'effettuazione della lettura ad alta voce nei primi tre anni di vita
(Camilla Montini. Pediatra di famiglia, Treviso)

Un libro in dono a un bambino: il progetto realizzato per Torino capitale mondiale del libro con Roma
(Rita Valentino Merletti. Studiosa di letteratura per l'infanzia. Consulente della Regione Piemonte per il progetto Npl)

L'iscrizione al Convegno è gratuita, con attestato di partecipazione. Per iscriversi: inviare nominativo, qualifica, indirizzo ed eventuale ente di appartenenza entro il 15.09.2006 all'indirizzo di posta elettronica: natiperleggere@regione.piemonte.it.

È in corso l'accreditamento ECM per i medici del Servizio Sanitario Regionale del Piemonte. I crediti verranno assegnati ai primi 150 iscritti che invieranno, via e-mail, la scheda di iscrizione al Centro Formazione Aziendale ASL 4, Torino, entro il 15.09.2006. E-mail: Formazione.Aziendale@aslto4.it

Il progetto Npl è promosso in Italia dall'ACP, dall'AIB e dal CSB di Trieste. In Piemonte è sostenuto dagli Assessorati regionali alla Cultura e alla Sanità, dalla Fondazione per il Libro, la Musica, e dalla Compagnia di San Paolo

Responsabile del corso è il dr. Aldo Ravaglia

Paternità: un'indagine sulle emozioni dei "nuovi" padri

Alessandro Volta*, Nicola Bussolati**, Ciro Capuano*, Emanuela Ferraroni*, Daniela Novelli*, Francesco Pisani***

*Pediatra, Ospedale e Distretto di Montecchio Emilia (RE); **Psicologo, AUSL di Reggio Emilia;

***Neuropsichiatra Infantile, Università degli Studi di Parma

Abstract

Fatherhood: a survey on "new" fathers' emotions

In the last few years, fathers' behaviour during pregnancy and childbirth appears more oriented towards an increased participation than in the past.

Aims *To investigate fathers' experience of waiting for childbirth as well as their feelings and emotions after delivery. To verify if the type of delivery (Vaginal or Caesarean) has an impact on fathers' experience and if the participation in a prenatal education class can favour the father-child relationship.*

Methods *The survey involved 118 first child fathers at the Montecchio Emilia Hospital (Reggio Emilia - Italy). They were administered a Likert-scale questionnaire before and after the childbirth. Median value was calculated and Mann Whitney test was applied.*

Results *From the questionnaire administered before the childbirth fathers' awareness of their role as parents emerged, the knowledge of newborns' competence and the desire of actively taking care of the child rather than delegating others, the wish to play a significant role together with the mother. The results from the questionnaire administered after the childbirth show strong emotions, the desire of physical contact with the child, feelings of protection, happiness and tenderness during the first breastfeeding time. No significant differences were found between fathers who did and did not attend prenatal educational classes. The type of delivery (Vaginal or Caesarean) does not have a visible impact on fathers' experience.*

Conclusions *Fathers participating in this survey appear aware of the emotions originated by the birth of their child and willing to participate in the care of the newborn. We believe it is important that members of childbirth teams reflect on the new perception of fatherhood so that they can provide an appropriate support.*

Quaderni acp 2006; 13(4): 146-149

Key words *Fatherhood parenting. Psychology childbirth. Birth*

Negli ultimi anni il comportamento dei padri, durante la gravidanza e il parto, è risultato modificato rispetto al passato e orientato a una maggiore partecipazione.

Obiettivo Indagare come i padri vivono l'attesa del figlio e quali sentimenti ed emozioni sviluppano dopo la nascita. Valutare inoltre se la modalità del parto (spontaneo o da taglio cesareo) influisce sul loro vissuto e se la partecipazione a un corso di accompagnamento alla nascita rappresenta un elemento di facilitazione nella relazione padre-figlio.

Metodo 118 padri alla loro prima esperienza, consecutivamente afferiti all'Ospedale di Montecchio Emilia, sono stati valutati utilizzando un questionario con scala di Likert, somministrato prima e dopo il parto. Le risposte sono state sottoposte a elaborazione statistica tramite mediana e test di Mann-Whitney.

Risultati Dalle risposte ai questionari somministrati prima del parto emergono la consapevolezza del proprio ruolo di padre, la conoscenza delle competenze del neonato, la voglia di prendersi cura del figlio senza delegare altri, il desiderio di protagonismo al fianco della madre. Il questionario somministrato dopo il parto rileva emozioni forti, desiderio di contatto fisico col neonato, sentimenti di protezione, felicità e tenerezza alla vista della prima poppata. Non sono emerse differenze significative tra i padri che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita e quelli che non vi hanno partecipato; anche la modalità del parto (spontaneo o operativo) non sembra incidere sul vissuto dei padri.

Conclusioni La ricerca mostra un padre consapevole delle emozioni suscitate dall'esperienza della nascita, disponibile a partecipare all'accudimento fin dai primi momenti dopo il parto. Ci sembra ormai opportuno che le équipe che assistono la nascita riflettano sulla nuova genitorialità maschile, così da fornire un sostegno e un accompagnamento adeguati.

Parole chiave Paternità. Psicologia paterna. Nascita

Premessa

Negli ultimi anni il coinvolgimento e la partecipazione dei padri sembrano divenuti prassi routinaria nella maggioranza dei nostri Centri Nascita. Anche le tappe più significative della gravidanza, salvo eccezioni, vengono vissute in una dimensione di coppia e gli stessi corsi di accompagnamento alla nascita prevedono ormai la partecipazione, completa o parziale, dei padri (1-2).

La realtà del "nuovo" padre si sta rapidamente definendo come molto diversa da quella della generazione precedente, che considerava la gravidanza e la nascita esperienza esclusivamente femminile (3-7). Alcune ricerche recenti hanno rilevato che i padri di questa generazione desiderano manifestare apertamente i propri desideri e le proprie emozioni verso la nascita del figlio, senza paura di essere giudicati poco maschili e senza preoccuparsi troppo di dover uscire dal modello classico (8-12).

Nonostante i nostri Centri Nascita abbiano aperto senza apparenti difficoltà le porte ai padri, raramente hanno avuto occasione di riflettere a fondo su questo cambiamento, limitandosi spesso a operare le più semplici ed essenziali modifiche organizzative (13-14).

Lo scopo del presente studio è indagare come i padri, del territorio in cui gli Autori operano, vivono l'attesa del loro bambino/a e quali sentimenti ed emozioni sviluppano dopo la nascita.

È stato inoltre valutato se, e in quale misura, la modalità del parto (spontaneo o da taglio cesareo) influisca sul loro vissuto di padri e se la partecipazione a un corso di accompagnamento alla nascita rappresenti un elemento di facilitazione nella relazione padre-figlio.

Materiali e metodi

Sono stati arruolati 118 padri, con età media di 34 anni (range 20-47), in attesa

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

del primo figlio, afferiti consecutivamente al punto nascita di Montecchio Emilia (circa 900 parti/anno). I padri che arrivano al Centro per metà sono residenti a Montecchio e nei paesi limitrofi (un territorio in parte di pianura e in parte di collina) e per metà provengono dalle due città capoluogo di Reggio e Parma. Mediamente la condizione economica è medio-alta e la scolarità di livello medio-superiore. È presente una certa quota di immigrazione nazionale dal Sud, ma senza particolari difficoltà di inserimento nel contesto locale produttivo e sociale. Sono stati esclusi dallo studio i padri di nazionalità non italiana, in primo luogo a causa dell'ostacolo linguistico e secondariamente per le possibili interferenze culturali.

L'indagine è stata condotta utilizzando due questionari con scala di Likert a 7 punti (tabella 1).

Il primo questionario, costituito da 16 domande (tabella 2), è stato somministrato alcune settimane prima del parto o prima del corso di accompagnamento alla nascita; il secondo questionario (tabella 3), costituito da 4 domande (la prima delle quali anche con possibilità di risposta aperta), è stato proposto nei giorni dopo la nascita prima della dimissione dall'ospedale.

Ai neopadri è stato chiesto di indicare a quale livello di accordo della scala ritenevano di collocarsi relativamente alla domanda o all'affermazione espressa. Il questionario è stato proposto direttamente da un operatore e accompagnato da una lettera di presentazione nella quale venivano esplicitate le finalità della ricerca e veniva chiesto consenso scritto per la partecipazione allo studio.

La valutazione statistica ha utilizzato calcoli di media e mediana e il test di Mann-Whitney (tabella 1) per misurare eventuali differenze tra i gruppi considerati.

Le risposte dei due questionari sono state analizzate considerando separatamente i padri che hanno partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita e quelli che sono giunti al parto senza preparazione specifica (solo recentemente siamo stati in grado di attivare corsi per coppie; nel periodo della ricerca i padri partecipavano attivamente a un paio di incontri,

TABELLA 1: SCALA DI LIKERT E TEST DI MANN-WHITNEY

La scala di Likert serve a misurare l'atteggiamento favorevole o contrario rispetto a una affermazione. In pratica, attraverso una scala di giudizio graduata multi-item (dove l'item non presuppone una risposta 'corretta'), si chiede di indicare il grado di accordo o disaccordo con quanto espresso nell'item.

Il test di Mann-Whitney è un metodo non parametrico per il confronto qualitativo tra due gruppi, utilizzando il concetto di rango, cioè della distribuzione complessiva dei valori.

TABELLA 2: SCALA DI LIKERT DEL QUESTIONARIO PRENATALE

Domanda	1	2	3	4	5	6	7
Ho vissuto tranquillamente la gravidanza di mia moglie						6	
La mia presenza durante il parto è utile a mia moglie							7
La mia presenza durante il parto è utile a mio figlio				4			
Mio figlio, appena nato, desidera essere preso in braccio anche da me						6	
Saprò prendermi cura di mio figlio							7
Il neonato sente i suoni							7
Il neonato ha paura						6	
Il neonato sogna							7
Per me è più facile prendermi cura di un neonato maschio che di un neonato femmina	1						
La nascita di mio figlio/a riduce la mia libertà				4			
La vita di coppia è più difficile dopo la nascita di un figlio		2					
Nei primi giorni, per accudire un neonato, è utile un'infermiera	1						
Un neonato deve mangiare ogni volta che ha fame						6	
Un neonato deve abituarti a rispettare gli orari				4			
In ospedale, il neonato deve stare vicino alla mamma anziché al nido							7
L'istinto dei genitori è la miglior guida per prendersi cura del bambino			5				

Legenda: 1 sta per "non sono d'accordo", 4 per "sono sufficientemente d'accordo", 7 per "sono pienamente d'accordo"

TABELLA 3: SCALA DI LIKERT DEL QUESTIONARIO POSTNATALE

Quando ho visto per la prima volta mio figlio/a	confusione			3				7
ho provato:	gioia							
	paura	2						7
	orgoglio							7
	voglia di prenderlo in braccio							7
	desiderio di avvisare i nonni e gli amici					6		
Quando ho visto mio figlio/a per la prima volta mi è sembrato come me lo ero immaginato				4				
Quando ho visto per la prima volta mio figlio/a attaccarsi al seno ho provato:	gelosia	1						7
	tenerezza							
	invidia	1						7
	felicità							
	tristezza	1						
	indifferenza	1						

Possibilità di risposta multipla	quando l'ho tenuto in braccio la prima volta	34%
	quando l'ho visto la prima volta	32%
	alla prima ecografia	21%
Mi sono sentito veramente padre	quando ci siamo guardati negli occhi la prima volta	21%
per la prima volta:	alla notizia che aspettavamo un bambino	17%
	quando l'ho sentito piangere	6%

Legenda: 1 sta per "niente", 4 per "abbastanza", 7 per "molto"

anche se indirettamente potevano ricevere informazioni e stimoli attraverso la moglie).

Abbiamo valutato separatamente le risposte al secondo questionario dei padri il cui figlio è nato da parto spontaneo da quelle dei padri dei nati dopo taglio cesareo elettivo. Nel nostro Punto Nascita, nel caso di parto cesareo, viene praticata anestesia spinale, e pertanto la madre durante l'intervento rimane sveglia e può vedere subito il bambino; il padre generalmente rimane fuori dalla sala operatoria, vede il bambino dopo alcuni minuti dalla nascita e lo accompagna al nido dove assiste al bagnetto e alla vestizione, dopodiché può tenerlo in braccio e portarlo in camera in attesa della moglie.

Risultati

Dall'analisi delle risposte alle 16 domande del primo questionario, somministrato prima del parto (*tabella 2*), emerge che i nostri padri:

- hanno complessivamente vissuto con serenità e tranquillità il periodo della gravidanza;
- ritengono che durante il parto la loro presenza possa essere utile alla moglie;
- non sono sicuri che anche per il neonato la loro presenza possa essere di qualche utilità;
- sono perfettamente consapevoli che il loro bambino subito dopo la nascita avrà bisogno, e desidererà essere preso in braccio anche da loro;
- nonostante siano al primo figlio non hanno nessun dubbio sulle loro capacità di cura nei confronti del bambino;
- posseggono l'informazione che anche appena nato il bambino percepisce (sente), possiede sentimenti (paura), è in grado di sognare (attività psichica);
- non pensano si debba differenziare tra le cure che devono essere prestate a un figlio maschio rispetto a una figlia femmina;
- sono consapevoli che la nascita del bambino potrà portare a un certo grado di limitazione della loro libertà individuale;

- ritengono che la nascita non comporterà alcuna "minaccia" alla loro vita di coppia;
- concordano pienamente con l'affermazione che per accudire un neonato in buona salute non sia necessario l'intervento di personale esperto;
- mostrano di aver acquisito l'informazione che il neonato è in grado di autoregolarsi e quindi di alimentarsi in base all'appetito;
- alla domanda sul rispetto degli orari delle poppate, le idee appaiono più confuse, anche se emerge la consapevolezza che gli orari rigidi non sono né utili né necessari;
- sono dell'opinione che il neonato anche in ospedale debba stare vicino alla mamma e non assistito lontano da lei;
- è dominante la convinzione che l'intuito dei genitori è in grado di guidare le cure di cui il bambino ha bisogno.

Dall'analisi delle risposte al secondo questionario, proposto successivamente al parto (*tabella 3*), sono risultate le seguenti risposte:

- alla prima vista del bambino vengono riferiti sentimenti di gioia, orgoglio, voglia di prenderlo in braccio, un certo desiderio di comunicare la notizia; in molti padri è presente anche un po' di confusione, ma nessuno riferisce di aver provato paura; nella risposta libera alcuni riferiscono sentimenti di commozione, pace, appagamento, desiderio di proteggere;
- alla domanda che tentava di indagare eventuali differenze tra il bambino reale e quello immaginato, non siamo riusciti a ottenere risposte significative: alcuni padri hanno riferito di non essersi immaginati il bambino prima della nascita, altri hanno segnalato che il bambino reale è apparso molto più bello di quello immaginato;
- alla vista della moglie che allatta le emozioni riferite sono unanimemente di felicità e tenerezza; nessuno ha segnalato sentimenti negativi, di gelosia o di invidia, né è stata ammessa indifferenza o tristezza;

- la maggior parte si è sentita padre quando ha potuto tenere in braccio il figlio per la prima volta e in subordine al primo contatto occhi-occhi; in minore percentuale la sensazione di essere padre è comparsa alla prima vista del figlio o al suo primo pianto; qualcuno ha riferito di essersi sentito padre già alla prima ecografia o fin dall'inizio della gravidanza.

Analizzando le risposte dei padri che hanno partecipato ai corsi prima del parto rispetto a quelli che sono giunti al parto senza preparazione, non sono emerse differenze significative tra i due gruppi; anche i padri del secondo gruppo hanno mostrato di arrivare al parto, avendo maturato idee e informazioni sufficientemente chiare sulla nascita e sulle competenze del neonato.

Confrontando i questionari che sono stati somministrati dopo il parto ai padri con figli nati da parto spontaneo *versus* quelli dei nati da taglio cesareo, non sono emerse differenze significative rilevabili col test di Mann-Whitney, anche se i padri dei bambini nati da TC sembrano moderatamente più confusi alla vista del bambino, mostrando sentimenti di orgoglio meno intensi. Nella domanda a risposta aperta i padri dei nati da taglio cesareo non riferiscono sentimenti di commozione e dichiarano di essersi sentiti padri alla vista del bambino (anziché nel momento in cui lo hanno potuto tenere tra le braccia, come riferito dai padri dei nati da parto spontaneo). Le emozioni nel vedere il bambino attaccarsi al seno sono state le stesse per i due gruppi.

Discussione

Dalla ricerca emerge una figura di padre che già al termine di gravidanza sembra avere maturato dei sentimenti paterni e idee abbastanza chiare riguardo all'esperienza che sta vivendo. Il padre identificato dalla ricerca appare ben consapevole che il bambino, quando nascerà, avrà bisogno anche di lui; il legame col figlio sembra vissuto direttamente e non soltanto attraverso la moglie. Complessivamente le conoscenze sulle competenze del neonato appaiono maggiori di quanto ci si potrebbe attendere; evidentemente alcune notizie sulla vita sensoriale

ed emotiva del neonato e del feto giungono ai neopapà attraverso vari canali e cominciano a far parte della cultura di base delle nuove generazioni. Per il 'nuovo' papà il neonato sembra già una persona con la quale è possibile interagire fin dalla nascita. Il desiderio di cura sembra sincero, a volte quasi eccessivo; questo neopadre forse sopravvaluta le proprie capacità di prendersi cura del piccolo, ma sicuramente non dà l'impressione di volersi mettere in disparte né delegare ad altri funzioni che considera anche sue. Emerge un padre attivo che, almeno a parole, quelle che emergono dall'analisi dei questionari, vuole essere coinvolto e desidera partecipare alla nascita del figlio non come spettatore, ma come coprotagonista dell'evento. Non sembra avere paure particolari né sembra voler nascondere sentimenti che un tempo sarebbero stati etichettati come femminili.

Non aver riscontrato differenze significative tra i padri che hanno partecipato ai Corsi Nascita potrebbe dipendere dalla tipologia delle domande non sufficientemente selettive; oppure può indicare che l'esperienza del parto è così 'forte' da annullare quella del corso; un altro motivo andrebbe ricercato nella tipologia del corso di accompagnamento alla nascita di tipo classico, forse carente o non sufficientemente significativo per la figura paterna. Questo indicherebbe la necessità di privilegiare corsi rivolti alla coppia.

Il confronto tra i padri che hanno partecipato a un parto spontaneo rispetto ai padri dei nati da TC mostrerebbe che la modalità di parto operativo, quando accompagnata da un concreto coinvolgimento del papà, non condiziona in maniera rilevante l'esperienza della nascita, permettendo al padre di iniziare ugualmente un legame col bambino; le risposte positive di questi padri potrebbero essere determinate dal periodo di contatto col bambino sperimentato nel corso della degenza, che è indipendente dalle modalità del parto. In questa prospettiva la pratica del rooming-in appare determinante per favorire, oltre al legame madre-neonato, anche il nascente rapporto padre-figlio.

Ci sembra significativo che per la maggior parte dei nostri padri il bambino (se

non sono presenti problemi di salute) non ha bisogno di essere accudito da personale specializzato in un ambiente dedicato, ma può tranquillamente restare in camera con la mamma (e quindi anche con lui).

I padri del nostro studio hanno riferito di essersi sentiti tali soprattutto quando hanno potuto tenere in braccio il figlio per la prima volta. Il tenere in braccio è stato riferito come più significativo del semplice guardare o dell'ascoltare la voce del bambino; sembra confermato quanto osservava Winnicott nel lontano 1968: "Il prototipo di tutto il prendersi cura è il tenere in braccio, il contenere in braccia umane" (15).

Conclusioni

È indispensabile tenere conto in maniera prudente, nelle conclusioni, che le risposte registrate in questo studio sono rappresentative dei sentimenti e delle emozioni soggettivamente riferite dai padri e non permettono di valutare le loro effettive competenze genitoriali, né tanto meno la qualità della relazione padre-figlio. Il padre che emerge dalla ricerca appare diverso dall'idea posseduta dalla maggior parte degli operatori che lavorano nei Centri Nascita. Probabilmente le nostre strutture e la nostra organizzazione assistenziale sottovalutano ancora i 'nuovi' padri, attribuendo loro una passività e una confusione caratteristiche delle passate generazioni.

A nostro avviso è ormai opportuno e forse anche urgente che le équipe di assistenza alla nascita comincino a riflettere su questa nuova genitorialità maschile, così da fornire occasioni di sostegno e di accompagnamento alla nascita più adeguate.

Una riflessione multidisciplinare e condivisa, confortata da altre ricerche, potrebbe attivare il cambiamento necessario a ridurre o a limitare i numerosi fattori di ostacolo alla relazione padre-figlio che ancora troppo spesso la nostra organizzazione produce. ♦

Si veda anche l'articolo a pag. 184.

Per lo studio nessuno degli Autori ha un conflitto di interesse; la ricerca è stata svolta senza utilizzare alcun finanziamento esterno impiegando risorse interne ai servizi sanitari.

Bibliografia

- (1) Casadei D, Rigetti PL, Pavan F. La presenza del padre nell'evento nascita in ospedale. In: Il padre e la vita prenatale. Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione prenatale 2001;1:42-9.
- (2) Quaglia R (a cura). Il "valore" del padre. Il ruolo paterno nello sviluppo del bambino. Torino: UTET, 2001.
- (3) Soldera G, Beghi A, Curto L. Il padre nella educazione prenatale. In: Il padre e la vita prenatale. Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione prenatale 2001;1:27-36.
- (4) Nordio S, Piazza G, Stefanini P. Diventar padri. La famiglia che si estende, i suoi simboli, il pediatra. Milano: Franco Angeli, 1983.
- (5) Gaddini R. Sul ruolo del padre. In: Il padre e la vita prenatale. Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione prenatale 2001;1:56-62.
- (6) Greemberg M. Il mestiere di papà. Il ruolo del padre nello sviluppo del bambino e nella crescita di tutta la famiglia. Como: RED, 1994.
- (7) Fischetti F. Dal padre biologico al padre mentale e psichico. In: Il padre e la vita prenatale. Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione prenatale 2001;1:23-6.
- (8) Francescato D. Il cambiamento del ruolo paterno attraverso le storie di uomini, padri e figli. In: Il padre ritrovato. Milano: Franco Angeli, 2001.
- (9) Badolati G. Identità paterna e relazione di coppia. Trasformazione dei ruoli genitoriali. Milano: Giuffrè, 1993.
- (10) Fabrizio C, Segatto B. Il percorso genitoriale: analisi di una realtà complessa. In: Il padre e la vita prenatale. Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione prenatale 2001;1(gennaio-giugno):22.
- (11) Andolfi M. Vuoti di padre. In: Il padre ritrovato. Milano: Franco Angeli, 2001.
- (12) Attili G. Il padre come contesto di attaccamento nello sviluppo del bambino. In: Il padre ritrovato. Milano: Franco Angeli, 2001.
- (13) Klaus MH, Kennell JH. Dove comincia l'amore. Torino: Bollati Boringhieri, 1998.
- (14) Brazelton TB, Cramer BG. Il primo legame. Milano: Frassinelli, 1991.
- (15) Winnicott DW. I bambini e le loro madri. Milano: Raffaello Cortina, 1987.

Nuove idee sullo sviluppo del cervello dall'infanzia all'adolescenza

Luigi Gualtieri

Psicologo psicoterapeuta, UO di Neuropsichiatria Infantile, ASL di Cesena

Abstract

New ideas for brain's development in childhood and in adolescence

Recent studies have shown how immature is an adolescent's brain and how the white and grey matter undergo structural changes even after puberty. The brain / hormone relation favours the absolute need of strong emotions and sensations, while the brain's areas related to the abilities of judgements are still immature: for this reason adolescents have greater difficulties in taking mature decisions and in understanding the consequences of their actions.

Quaderni acp 2006; 13(4): 150-151

Key words *Adolescence. Brain development. Emotions. Impulse control*

Recenti studi hanno dimostrato come il cervello di un adolescente sia ancora immaturo e come la sostanza bianca e quella grigia subiscano cambiamenti strutturali anche dopo la pubertà. Il rapporto ormone/cervello incentiva il bisogno di emozioni e sensazioni forti, mentre le aree cerebrali preposte alla capacità di giudizio sono ancora immature: per questo gli adolescenti hanno più difficoltà a prendere decisioni mature e a comprendere le conseguenze delle loro azioni.

Parole chiave *Adolescenza. Sviluppo cerebrale. Emozioni. Controllo degli impulsi*

Dopo che Barbara Strauch, una giornalista del *New York Times* per il quale si occupa di salute e medicina, ha raccolto in volume i risultati di alcune ricerche condotte dal 1991 a oggi da Jay Giedd sullo sviluppo del cervello, anche sulla nostra stampa sono giunti gli echi di queste ricerche. Vale la pena di soffermarsi su questo tema di grande interesse (1).

Jay Giedd, responsabile del servizio di RMN del reparto di Neuropsichiatria Infantile al *National Institute of Mental Health* ha cercato di capire come il cervello si sviluppi nell'arco degli anni che vanno dall'infanzia all'adolescenza, alla vita adulta (2).

Giedd ha studiato l'attività cerebrale di 1800 tra bambini e adolescenti, registrando, ogni due anni, immagini che consentono di monitorare come cresce ogni singolo cervello.

Prima di questa ricerca la maggior parte degli esperti era convinta che il cervello avesse quasi completato il suo accrescimento a 12 anni, raggiungendo quella che secondo Jean Piaget era il gradino più alto della scala dello sviluppo cognitivo: quello delle "operazioni formali".

Ora sembra dimostrato (i genitori non lo sanno da sempre?) che non solo il cer-

vello di un adolescente è lontano dall'essere maturo, ma che la sostanza bianca e quella grigia continuano a subire mutamenti strutturali anche dopo la pubertà.

Si sta cercando, quindi, di capire come gli scoppi emotivi, le trasgressioni comportamentali, l'assunzione di rischi possano essere condizionati dai cambiamenti della struttura e della fisiologia cerebrale.

Sotto questa luce potrebbe anche essere spiegata l'insorgenza dei disturbi più gravi, come quello bipolare o quello schizofrenico, o l'alto numero dei suicidi tra i giovani. Ciò che un tempo era attribuito unicamente alla famosa *tempesta ormonale* oggi sembra possa essere attribuito alla convergenza di due fattori: conta la quantità di ormoni in circolo, ma sono significativi anche gli scarsi controlli cognitivi necessari per i comportamenti adulti.

Oltre a queste ricerche Giedd sta conducendo studi sui gemelli e sui bambini adottati da famiglie americane e provenienti da Paesi più poveri. Da questi studi sta deducendo che, sebbene il cervello nel suo sviluppo sembra seguire un modello prestabilito, con cambiamenti programmati a livello genetico, altri mu-

tamenti della materia grigia sono influenzati e riflettono la qualità delle esperienze e dell'ambiente.

Egli tenta anche di dimostrare che nella tarda infanzia c'è anche una tendenza a una "potatura" delle cellule cerebrali. Una fase ulteriore di questo fenomeno avviene in età adolescenziale. Questa volta, però, la proliferazione e il "taglio" non riguardano solo il numero dei neuroni, bensì anche il numero delle connessioni o sinapsi.

Tra i 6 e i 12 anni i neuroni diventano più fitti e stabiliscono decine di nuove connessioni e percorsi per gli impulsi nervosi. Questa nuova densità della materia grigia raggiunge il massimo dello sviluppo a 11 anni nelle femmine e a 12 e mezzo nei maschi quando interviene un processo di "potatura". La materia grigia si ridurrebbe dello 0,7% all'anno, stabilizzandosi attorno ai 20 anni.

Con il passare degli anni le connessioni si riducono di numero, ma le capacità di trasmissione sono più rapide. Il cervello diventa una macchina più efficiente, ma perde, probabilmente, il potenziale di apprendimento e la capacità di recuperare i traumi, secondo un processo descritto dal Nobel Edelman e definito "darwinismo neurale" per descrivere la sopravvivenza delle sinapsi più forti/più usate. Rispetto agli accrescimenti si sta dimostrando che lo sviluppo del cervello procede dalla parte posteriore verso quella anteriore. Tra le parti che per prime giungono a maturazione con proliferazione ed eliminazione di sinapsi, ci sono quelle della parte posteriore del cervello, preposte alla modulazione dei contatti con l'ambiente e che controllano le funzioni sensoriali e l'orientamento nello spazio. L'ultima regione cerebrale che viene modellata è, in ordine di tempo, la corteccia prefrontale, quella cioè che mette in grado di prendere decisioni ed eseguire compiti adeguati all'età adulta. Anche il cervelletto, che coordina attività fisi-

Per corrispondenza:

Luigi Gualtieri

e-mail: lgualtieri@ausl-cesena.emr.it

attualità

che e mentali, è molto reattivo alle esperienze. Giedd sta orientando gli studi sui gemelli anche in questa direzione.

Elisabeth Sowell, neuroscienziata dell'UCLA, e Ronald Dahl, psichiatra della Università di Pitsburg, nell'ambito delle stesse ricerche hanno indagato il funzionamento del sistema limbico, cioè il "centro emotivo" che registra anche gli effetti dell'aumento degli ormoni sessuali. Essi sostengono che "c'è un particolare rapporto ormone-cervello che contribuisce a incentivare il bisogno di emozioni, sensazioni forti ed eccitazioni, mentre, contemporaneamente, le aree cerebrali preposte alla capacità di giudizio sono ancora immature". Conclude che in questa discrasia "è come mettere in moto un'auto senza un autista affidabile".

Da sempre gli esperti (di ogni disciplina) a contatto con i giovani hanno attribuito il loro esasperato desiderio di sperimentazione alla pressione esercitata dai coetanei, all'attrazione per le novità, al desiderio di vincere le inibizioni sessuali. Ora i ricercatori che lavorano con Giedd avanzano l'ipotesi che i rapidi cambiamenti del neurotrasmettitore dopamina in certe zone del cervello possano essere un fattore che spinge alla vulnerabilità degli adolescenti di fronte agli effetti stimolanti e che creano dipendenza da droghe e alcol. La dopamina, che regola il meccanismo motivazione/ricompensa, è particolarmente attiva in adolescenza. A questo proposito le ricerche evidenziano che il nucleo accumbens, regione della corteccia frontale che regola la dinamica motivazione/ricompensa, in adolescenza è ancora immaturo.

Queste recenti scoperte hanno aperto negli Stati Uniti un dibattito che è prevedibile si estenda anche altrove, attorno alla responsabilità, anche penale, e alla punibilità dei giovani al di sotto dei 18 anni che, secondo alcuni giuristi, "non dovrebbero mai essere processati come adulti e tantomeno condannati alla pena di morte". Si tratta ovviamente di un dibattito tutto americano, dato che la pena di morte in molti Stati USA esiste. In una dichiarazione ufficiale che riassume questi recenti studi neurologici, l'Associazione dei tribunali amministrativi americani invita gli organismi giudiziari di tutti gli Stati a bandire la pena di morte per mino-

renni. Afferma infatti che: "Per motivi sociali e biologici gli adolescenti hanno più difficoltà a prendere decisioni mature e a capire le conseguenze delle loro azioni". Anche Oliver Sacks, neurologo, divenuto molto famoso come scrittore, esprime le sue opinioni su questa fase della vita dichiarando che a stimolare il suo inte-



F. Gariboldi. Ritratto di Carla a 13 anni (particolare)

resse sono proprio l'assurdità e l'incoerenza della mente adolescenziale, la promessa e il rischio, la commistione tra bene e male, la compresenza di alti e bassi (3). "L'adolescenza è un periodo in supremo divenire, ed è intrisa di meraviglia e del pericolo per questo divenire. È un periodo in cui significati e categorie vengono rimodellati, si passa da una identità all'altra". Negli ultimi anni della sua vita Goethe paragonava i suoi attacchi di creatività agli innamoramenti di un adolescente. Anche Kierkegaard descrive se stesso durante l'adolescenza come un grande punto interrogativo. Quella età, in sintesi, può essere un periodo positivo,

un periodo di passione, ma può anche essere un periodo di grave crisi esistenziale o nervosa. Al pari di molti altri studiosi, Sacks considera questa età come una delle fasi più indispensabili ed essenziali dello sviluppo umano, una fase che "si dovrebbe non solo sopportare, ma gratificare e persino festeggiare".

Tenendo conto di queste ricerche e di queste considerazioni, sembra ragionevole pensare che queste acquisizioni porteranno all'apertura di un dibattito e a ipotesi di lavoro che interesseranno molto da vicino la famiglia, la scuola, i servizi sanitari.

Molto brevemente, possiamo ipotizzare alcune linee di questo possibile dibattito:

1. una discussione sui tempi e modi in cui si organizzano lo studio e la verifica degli apprendimenti con maggior tempo a disposizione per la maturazione degli adolescenti e una minore pressione sociale;
2. una maggiore disponibilità di offerte formative, più diversificate; diverse varietà di stages, di esperienze lavorative flessibili, opportunità di viaggi e vacanze di studio. Pause esperienziali tra le Scuole Medie superiori e l'Università;
3. una maggiore partecipazione delle famiglie (non dimentichiamo la profonda e rapida trasformazione delle stesse avvenuta negli ultimi anni) alle attività del tempo libero organizzate in modo più comunitario;
4. da parte dei servizi educativi, sanitari e sociali, il porsi come spazio di consulenza e di ascolto delle inevitabili difficoltà di adattamento e sostenute dai consistenti rimodellamenti neurologici condividendo la consapevolezza di maggiori spazi di manovra per commettere i propri errori ed elaborare risposte personali;
5. e, ancora, un aiuto alle famiglie affinché siano consapevoli della necessità di essere presenti come "regolatori" capaci di fornire un quadro organizzato che lasci però la possibilità di più scelte. ♦

Bibliografia

- (1) Strauch B. Capire un adolescente. Come cambia il cervello dei ragazzi tra i tredici e i diciotto anni. Milano: Mondadori, 2004.
- (2) <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/teenbrain/interviews/giedd.html>
- (3) <http://www.oliversacks.com/about.htm>

Anche libero va bene Difesa e attacco nella gara della vita

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Nel gioco del calcio, chi ricopre il ruolo di libero ha una duplice funzione: quella di sostenere la difesa e, all'occorrenza, di spingersi in avanti per potenziare l'attacco. Fortunata quella squadra che può contare su un "libero fluidificante", perché si difende e attacca sempre con un uomo in più. L'espressione, che svela il vero significato del titolo di questo debutto nella regia di Kim Rossi Stuart, arriva alla fine, ma non si coglie nel segno se si interpreta come una felice frase inserita per caso nella sceneggiatura. Tutt'altro. Nella sua valenza polisemica essa è, infatti, la chiave di lettura per comprendere i comportamenti dei personaggi di un *gruppo di famiglia in un interno* passati ai raggi x dal sorprendente neoregista italiano. Il lessico calcistico ben si adatta al microcosmo di *Anche libero va bene* dove, ciascuno a suo modo, interpreta la vita come una gara e, di conseguenza, è costretto a difendere e attaccare secondo le circostanze. Di questa famiglia, Renato è il padre. Un padre che deve tutelare il suo lavoro, la sua casa, i suoi figli, se stesso. Per questo tenta di trasmettere la voglia di lottare e di primeggiare soprattutto al figlio maschio, promettente campioncino di nuoto. Ma si deve difendere da chi non lo paga, da chi gli impone un modo diverso di vedere le cose, da chi lo ha costretto a ricoprire il duplice ruolo di padre e di madre. Tramuta, allora, questa difesa in attacco con improvvisi scoppi d'ira, perché ormai non si fida di nessuno, soprattutto della moglie Stefania che sparisce e ricompare senza preavvisi e giustificazioni. Il guaio è che Stefania è una *donna mobile, qual piuma al vento*. Malata di un'immaturità cronica, promette e non mantiene, piange e ride, chiede perdono al marito e lo tradisce, cerca i figli e li abbandona. Il "ruolo di libero" è l'unico ruolo che conosce e ad esso si adatta, consapevole di non saperne e non poterne interpretare altro. Viola, la figlia adolescente, la difende fino a quando può, entusiasmandosi per il suo ritorno e intercedendo presso il padre.

Poi, cede anche lei all'evidenza dei fatti. Discorso a parte merita, invece, Tommi, il figlio undicenne, intorno al quale il regista costruisce l'intera vicenda. A casa, a scuola, nella società, ogni sequenza sembra congegnata per farci scandagliare meglio il mondo di questo ragazzino; operazione facilitata dalla bravura del piccolo Alessandro Morace, scovato dopo una serie di provini in una scuola romana.

Dalla diversa interpretazione del ruolo di libero dipende il diverso modo di affrontare la vita. Nei rapporti tra genitori e figli l'esperienza dei primi dovrebbe compensare l'immaturità dei secondi. È così che, all'inizio del film, ci si presenta la famiglia di *Anche libero va bene*. Non c'è la madre, ma nessuno sembra soffrirne più di tanto. L'equilibrio familiare sostanzialmente raggiunto si rompe, per ironia della sorte, proprio all'arrivo di Stefania. Ed è allora che i ruoli si ribaltano. La madre fragile e immatura che trema, piange, implora e chiede perdono, è sostenuta dalla figlia che, in un certo senso, l'ha sostituita durante la sua ingiustificata assenza. Se Tommi non l'accoglie con lo stesso entusiasmo della sorella, è perché ha *esperienza* e sa che "se ne andrà di nuovo". E l'esperienza non è di certo l'unica dote che, a soli undici anni, Tommi già possiede. Egli non ha paura di correre rischi, sa impartire lezioni di tolleranza ai compagni, sa costruirsi nuove amicizie e rinunciare alla settimana bianca, sa osservare con distacco gli altri, sa controllare e mascherare i primi turbamenti affettivi per una compagna di scuola; soprattutto, sa fare da padre a suo padre, invitandolo a desistere nei litigi di lavoro, sopportandolo pazientemente nelle sue escandescenze, smussandogli la testardaggine del *nuoto ad ogni costo*, rifiutandolo e abbracciandolo, facendolo sciogliere nel pianto finale. È Tommi, insomma, il libero fluidificante della squadra, il personaggio che esce fuori dallo schema della famiglia e dal nido-prigione per guardare dall'alto il fluire della società. Più che a

I bambini ci guardano di De Sica, o a *Incompreso* di Comencini, *Anche libero va bene* si ricollega a un film tedesco del 2003 poco noto – *Il miracolo di Berna* di Sonke Wortmann – e al celebre *I 400 colpi* di François Truffaut. Il richiamo a Truffaut, oltre a spiegare la calda accoglienza che il film ha avuto a Cannes 2006, dove è stato presentato nella rassegna "La quinzaine des réalisateurs", va interpretato come una nota di merito. Chi vuole trattare il tema dell'infanzia e della famiglia, infatti, deve necessariamente fare i conti con il regista francese. E non sarebbe fuori luogo se – come per il ciclo dei film di Antoine Doinel – anche per questo film si approfondisse la lettura critica esaminando, per esempio, la funzione di un personaggio secondario che non può essere stato inserito nella vicenda solo per coreografia. Il riferimento è al taciturno alunno che, inseritosi nella classe ad anno scolastico già iniziato, diventa per caso il compagno di banco di Tommi. Distratto e non interessato alle lezioni, probabilmente pluriripetente, questo ragazzo *comunica* alla fine solo con Tommi. Lo fa, guarda caso, *fuori dall'aula* e quando Tommi *gli passa la palla*. C'è da augurarsi che, in una sua auspicabile seconda prova, Rossi Stuart prosegua la sua indagine nel mondo dell'infanzia ripartendo proprio da questo personaggio marginale senza nome né storia. Stile Truffaut, insomma. ♦

Anche libero va bene

Regia: Kim Rossi Stuart

Con: Kim Rossi Stuart, Barbara Bobulova, Alessandro Morace, Marta Nobili.

Italia, 2006

Durata: 108'

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it

L'importanza dei suoni nella vita psichica e nel legame fra madre e figlio

Luigi Gualtieri

Psicologo psicoterapeuta, UO di Neuropsichiatria Infantile, ASL di Cesena

Abstract

The importance of sounds in our psychic life and in mother-child relationship

A child in his mother's womb is immersed in a bath of stimulations (the ones coming from heart beat, blood flow, breathing, sleep-awake cycle, his mother's voice) and he is able to perceive them through amniotic fluid vibrations. De Casper has shown how, soon after birth, newborns recognize their own mother's voice from other mothers and in respect to his father's voice and that newborns are able to differentiate two different stories and prefer the one they have listened to in the last three months of pregnancy. Another experiment by Hepper has shown that a musical piece in the last three months of pregnancy is recognized by newborns. It seem evident that there is between mother and child a prenatal bond made of sounds.

Quaderni acp 2006; 13(4): 153-155

Key words Music. Sound. Mother-child bond

Il bambino nel ventre materno è immerso in un bagno di stimolazioni (quelle provenienti dal battito cardiaco, dal flusso sanguigno, dal respiro, dai ritmi sonno-veglia, dalla stessa voce materna) ed è in grado di percepirli attraverso le vibrazioni del liquido amniotico. De Casper ha dimostrato come nelle prime ore dopo la nascita i neonati mostrino di riconoscere e preferire la voce della propria madre rispetto a quella di altre donne e rispetto alla voce paterna e che i neonati possono discriminare tra due diverse favole per bambini e mostrare preferenze per quella che la mamma aveva raccontato loro tutti i giorni nell'ultimo trimestre di gravidanza. Un altro esperimento svolto da Hepper ha rivelato che un brano musicale, udito tutti giorni negli ultimi tre mesi di gestazione, viene riconosciuto dai neonati. Sembra evidente insomma che esiste fra madre e figlio un legame prenatale costituito dai suoni.

Parole chiave Musica. Suono. Legame madre-figlio

"La musica è una realtà spirituale e fisica globalmente vissuta e può divenire oggetto di conoscenza grazie alla riflessione e agli esperimenti scientifici. Ma essa può anche essere studiata per i suoi effetti sul soma nel contesto dell'unità psicosomatica dell'individuo. Queste ricerche sono preziose e legittime poiché, come diceva Hermann Hesse, ogni riconoscere è ricreare".

Herbert von Karajan

"Come studioso del cervello io sono completamente d'accordo con la tesi secondo la quale la musica deve essere considerata un altro linguaggio con una sua propria, singola codificazione... Il linguaggio musicale è una forma d'arte che è costruita sopra il tempo mediante il ritmo; appare un fatto globale che genera l'esperienza della bellezza, sommata a sensibilità ed emozioni. Concordo che la memoria della musica fornisce un fattore chiave nella sua influenza psichica" (1).

Sir John C. Eccles, Premio Nobel per la Medicina

Scrivendo M. Mancini che "il feto in utero sarebbe nella singolare posizione del cavaliere trecentesco John Mandeville, che si trovò a raccontare un viaggio che non aveva mai fatto e a fare un trattato delle cose più meravigliose e più lodabili che si trovano al mondo senza averle mai viste, ma che ben conosceva per aver

consultato enciclopedie, mappe e cataloghi di meraviglie" (2).

Arricchita dal grande lavoro sotterraneo svolto dai tempi del suo fondatore, S. Freud, la psicoanalisi proprio per la sua specifica capacità di penetrare nei processi mentali ritiene oggi di saper scorgere ciò che ad altre discipline scientifiche

che non appare così evidente: l'origine affettiva di ogni processo di pensiero e conseguentemente di ogni sua manifestazione, sia essa letteraria, visiva, musicale.

Franco Fornari, medico psichiatra e psicoanalista, fu allievo di Cesare Musatti ed esponente di primo piano della cultura italiana sulla quale ha impresso la sua immagine dando una versione originale delle teorie freudiane sul simbolo e sui processi di simbolizzazione (3).

Si è occupato con una importante produzione scientifica della vita affettiva originaria del bambino, della gravidanza e del parto.

Egli parte dalla convinzione, peraltro ampiamente dimostrata, che il significato inconscio della musica è dato dal recupero della situazione intrauterina. Il linguaggio musicale riporterebbe l'uomo ai suoi affetti vitali, arcaici e perenni, attraverso i quali viene "parlato" e sperimentato il mondo.

Per Fornari parafrasando l'incipit del *Vangelo secondo San Giovanni* "in principio era il suono (e il suono era presso la Madre, e il suono era la Madre)".

Il suono, la voce, il grido sono all'inizio della vita dell'uomo sulla terra. Il grido di caccia, di guerra, di amore, di dolore, di morte e di nascita. Anche nella sfera del mito il grido e la musica rappresentano in senso lato, e ripetono, il senso originario della creazione.

Se poi vogliamo estendere la valenza metaforica del termine suono fino a toccare la nozione di energia elettromagnetica, possiamo giungere sino al *big-bang* iniziale.

Fornari afferma: "L'uomo può perdere la musica se perde l'anima, ma non perderà mai l'anima se conserverà la musica" (3).

Per Fornari, chiamare in causa la musica nella costruzione psicologica dei soggetti, ha significato fondare un nuovo concetto di individuo, in cui la personalità

Per corrispondenza:

Luigi Gualtieri

e-mail: lgualtieri@ausl-cesena-emr.it

musical-mente

matura si sostiene anche sulla cosiddetta “buona famiglia interna” i cui personaggi, iscritti geneticamente improntano di sé i vari comportamenti umani e si organizzano intorno al grande evento del parto-nascita.

Qui si chiarisce anche il ruolo del suono: in esso, elevato dalla cosmologia, dall'arte e dalla psicologia genetica a elemento primordiale e originario, lo psichiatra-psicoanalista riconosce la voce della madre nel periodo prenatale e la risposta cutaneo-sonora come espressioni precocissime della relazione.

Il bambino nel ventre materno è immerso in un bagno di stimolazioni (quelle provenienti dal battito cardiaco, dal flusso sanguigno, dal respiro, dai ritmi sonno-veglia, dalla stessa voce materna) ed è in grado di percepirli attraverso le vibrazioni del liquido amniotico.

Dopo un primo approccio basato su teorie e ricostruzioni soprattutto di stampo psicoanalitico il grande impulso ricevuto dalle ricerche sulla vita prenatale è stato indubbiamente dovuto all'avvento delle tecniche a ultrasuoni che hanno consentito l'osservazione in tempo reale dell'attività spontanea fetale e delle sue reazioni alle più diverse stimolazioni. Studi longitudinali di osservazione mediante ecografia hanno consentito di evidenziare le relazioni tra età gestazionale e le complesse caratteristiche dell'attività fetale (4-5). Sembra inoltre che il neonato e presumibilmente anche il feto in utero (almeno negli ultimi due mesi) possiedano una capacità innata che Stern definisce *percezione amodale*, una capacità che consente di ricevere le informazioni in una modalità sensoriale e di tradurle in qualche modo in altre modalità sensoriali (6). La percezione amodale contribuisce dunque a diffondere le informazioni che giungono attraverso i molteplici e diversi canali.

“Ogni cosa che tocchiamo, assaggiamo, annusiamo, vediamo, udiamo, chiama simultaneamente in causa tutti i sensi. Ciò che tocchiamo ci tocca, ci impressiona, preme contro fino a lasciare una impronta al vaglio dei mnemosensi, perché possiamo confrontarla con gli archetipi e gli imprinting” (7).

In esperimenti assai noti A. De Casper ha potuto dimostrare come nelle prime ore dopo la nascita i neonati mostrino di riconoscere e preferire la voce della propria madre rispetto a quella di altre donne e rispetto alla voce paterna (8). È evidente che una tale preferenza non può essersi sviluppata nelle poche ore di vita extrauterina trascorse dalla nascita, ma deve essersi stabilita nei periodi precedenti. De Casper ha anche dimostrato che i neonati possono discriminare tra due diverse favole per bambini e mostrare preferenze per quella che la mamma aveva raccontato loro tutti i giorni per 10 minuti (secondo la consegna sperimentale) nell'ultimo trimestre di gravidanza (8). Analogamente un altro esperimento svolto da Hepper dell'Università di Belfast ha rivelato che un brano musicale, udito tutti giorni negli ultimi tre mesi di gestazione, viene riconosciuto dai neonati; infatti, bambini, le cui madri in gravidanza seguivano quotidianamente una soap opera, mostravano risposte di orientamento attento al comparire della colonna sonora della trasmissione stessa (9).

Imbasciati e Manfredi, nelle considerazioni finali di un loro lavoro, scrivono “...ricordiamo che il dialogo che la madre rivolge al figlio, a partire dall'epoca fetale, sembra incentivare l'apprendimento di vocaboli a 10 mesi. La comunicazione materna in epoca fetale risulta inoltre statisticamente significativa rispetto all'apprendimento di importanti indicatori predittivi dello sviluppo comunicativo, quali il gesto di indicazione e il ricorso all'adulto, come rilevato a 18 mesi” (10).

“L'orecchio umano, desideroso di ascoltare, prepara tutta la sua rete neuronica al fine di registrare, di fissare il più possibile le tracce delle esperienze fetali, future basi del percorso umano che il bambino dovrà intraprendere dopo la sua nascita” (11).

Gli elementi fondamentali del suono (scansione, ritmo e intonazione) cominciano quindi a essere memorizzati fin dalla vita intrauterina. Scrive Anzieu: “Winnicott pone l'accento sui segnali visivi per la costituzione di un Sé allo specchio. Io vorrei mettere in evidenza

l'esistenza di una pelle ancora più precoce, di uno specchio sonoro o di una pelle uditivo-fonica e della sua funzione per l'acquisizione, da parte dell'apparato psichico, della capacità di significare, poi simbolizzare” (12).

“La pelle, sistema di più organi di senso (tatto, dolore, calore) ... è quasi sempre disponibile a ricevere segnali, ad apprendere codici, non può rifiutare un segnale vibrotattile o elettrotattile: non può chiudere gli occhi, la bocca, né tappare le orecchie o il naso” (13).

Dopo la nascita il suono diventa “ancora di più” madre, e “la voce materna parteciperà a formare un involucro di sensazioni, da cui deriverà la progressiva costruzione di un mondo interno differenziato da un mondo esterno. Questi due mondi nella vita dell'uomo manterranno strette relazioni e l'esperienza sonora può essere considerata il ‘pontifex’ che unisce la realtà esterna con il mondo interno” (14).

“Il neonato riconosce la voce che lo aveva intrattenuto così a lungo nel profondo della notte uterina. Certo la situazione è cambiata, ma il piccolo ricorda le inflessioni e il ritmo e saprà aprirsi a questo nuovo modo di comunicare – non fosse che per il ricercarvi il nirvana perduto” (15).

Il suono, riconosciuto, ha un effetto rassicurante e acquietante, che porta l'eco e il senso del ritrovamento del luogo originario dal quale il neonato si è appena separato, a volte con difficoltà.

In questo modo, il significato originario della musica si collocherebbe su una strada che conduce a condizioni e valori primari.

L'uomo si serve della musica anche per rappresentare cose e suoni di un altro mondo, quello uterino, e recuperare, sotto forma di simbolizzazione acustica, il “paradiso perduto” in assenza del quale non sarebbe possibile nessuna cosa.

Franco Fornari si è anche dedicato allo studio del melodramma per dimostrare, equiparando il libretto d'opera a un sogno, come dietro la “scena manifesta” si possano rintracciare rappresentazioni inconscie comuni a tutti e ritrovare addirittura la narrazione di un percorso tipico

di una terapia psicoanalitica. Nell'opera lirica convivono infatti una dilatazione delle componenti espressivo-intonative e ritmiche date dal testo e dall'orchestra e una drammatizzazione esasperata di affetti ed emozioni rintracciabili in ognuno.

Fornari ha definito l'opera come "il luogo della celebrazione degli affetti". In essa gli spettatori possono scorgere ed evocare angosce collettive attraverso la musica e il canto. Egli, non da musicologo ma da grande psicoanalista, ha usato le tecniche esplorative dell'inconscio per mettere in luce come la musica possa ricondurre agli eventi che più di ogni altro sono destinati a influire sulle nostre future esperienze affettive: la gravidanza e il parto. ♦

Bibliografia

- (1) Eccles CJ. Prefazione a: Il terzo orecchio. Musica e psiche. Delliponti M, Luban-Ploza B, (eds). Centro scientifico torinese, 1986.
- (2) Mancina M. Vita prenatale e formazione del sé. In: Bertolini M (a cura di). La nascita psicologica e le sue premesse neurobiologiche. Atti del Convegno, Milano 1984.
- (3) Fornari F. Psicoanalisi della musica. Milano, Longanesi, 1984.
- (4) Negri R, Guareschi-Cazzullo A, Vergani R, et al. Correlazione tra la vita prenatale e formazione della personalità. Studio preliminare attraverso l'osservazione di due gemelli. Quaderni di psicoterapia infantile 1990;2:184.
- (5) Della Vedova A. La vita psichica prenatale: breve rassegna sullo sviluppo psichico del bambino prima della nascita. In: Psychomedia, 1998.
- (6) Stern DN. Il mondo interpersonale del bambino. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- (7) Guerra Lisi S, Stefani G. Gli stili prenatali nelle arti e nella vita. Bologna: Clueb, 1999.
- (8) De Casper AJ, Fifer WP. Off, Human Bonding: Newborns prefer their mother's voicers. Scienze 1980;208:1174.
- (9) Hepper PG. Foetal Soap addiction Lancet 1988;11: 1347.
- (10) Imbasciati A, Manfredi P. Esposizione uditiva fetale e sviluppo comunicativo a 10 e a 18 mesi. Imago 2001;4:261.
- (11) Tomatis A. L'orecchio e la vita. Milano: Baldini & Castoldi, 1992.
- (12) Anzieu D. L'Io/Pelle. Roma: Borla, 1994:194.
- (13) Anzieu D. L'Io/Pelle. Roma: Borla, 1994:26-7.
- (14) Mancina M. Neurofisiologia e vita mentale. Bologna: Zanichelli, 1980.
- (15) Tomatis A. Ascoltare l'universo. Milano: Baldini & Castoldi, 1998;144.

NATI PER LA MUSICA A CESENA

Le Mille e una notte di Sheherazade

C'erano una volta un sultano assai crudele, di nome Sharyar, e la sua giovane graziosa sposa, Sheherazade...

La storia delle "Mille e una notte" ha da sempre affascinato artisti e musicisti, tra questi Rimsky Korsakof che decise di musicarla verso la fine dell'Ottocento. La "lezione-concerto" cui hanno assistito i bambini della scuola primaria Carducci di Cesena nelle mattinate dell'8 e 9 maggio, ideata e animata da Rosalba Deriu, è costruita attorno alla trascrizione per duo pianistico che lo stesso Rimsky Korsakof ricavò dalla partitura orchestrale. Con la partecipazione di Pasquale Marangoni e Stefania Carnevali nelle vesti dei protagonisti, sono messe in scena le storie che Sheherazade racconta a Sharyar per mille e una notte allo scopo di impedire che il sultano la mandi a morte dopo la prima notte di nozze, come era solito fare con ciascuna delle sue mogli. Ma è soprattutto attraverso la musica, interpretata al pianoforte da Carlo Mazzoli e Stefano Malferrari, che i personaggi prendono forma. I bambini, da 7 a 10 anni, sono stati stimolati dall'animatrice a scoprire da sé i segreti della narrazione musicale, e non hanno esitato a riconoscere sul registro grave del pianoforte il tema deciso, staccato e forte del potente sultano, e non hanno avuto dubbi che sia la melodia acuta, leggera e sinuosa ad evocare la dolce Sheherazade.

Per i bambini, dopo poco già perfettamente sintonizzati sulla lunghezza d'onda della comunicazione musicale, è facile ritrovare nelle variazioni dei temi gli stati d'animo dei personaggi. La velocità aumenta, i suoni sono accentati, l'accompagnamento è denso di note... "Il sultano è agitato, impaziente!", traduce il ragazzino con la mano alzata. Ma alla fine della storia il tema di Sharyar è lento e morbido, inaspettatamente delicato. E allora: "Sheherazade è salva, si abbracciano, tutti vissero felici e contenti...", conclude la bimba della prima fila.

È attraverso la musica che veniamo poi trasportati nelle suggestive atmosfere d'Oriente dei racconti di Sheherazade. La melodia sale e scende mentre i bambini si abbandonano spontaneamente con i gesti alle onde che conducono la barca di Sindbad il marinaio verso la tempesta. E ancora la festa di Bagdad: i bambini ne colgono gli elementi caratterizzanti nei ritmi frenetici della pagina musicale. I termini che utilizzano nelle loro osservazioni sono a volte imprecisi, a volte più accurati, ma colgono sempre nel segno. Quelle che all'inizio erano risposte generiche e approssimative si vanno via via strutturando; la competenza musicale dei piccoli ascoltatori emerge gradualmente e le mani alzate, alla fine, sono davvero tante.

Non pare dubbio che le finalità della lezione-concerto siano state pienamente raggiunte: coinvolgere il pubblico in un ascolto dal vivo interattivo, metterlo nella condizione di comprendere e apprezzare il linguaggio musicale, renderlo consapevole dei meccanismi comunicativi della musica in modo piacevole e divertente anche con l'ausilio del linguaggio gestuale. Nella lezione-concerto l'animatore non fornisce informazioni preventive sulle strutture formali del brano musicale, ma guida l'ascoltatore alla scoperta personale sollecitandolo con domande, invitandolo ad esprimere sensazioni e opinioni, regalandogli la gratificazione di sentirsi artefice del proprio sapere.

I piccoli ascoltatori di Cesena hanno stupito per l'entusiasmo con cui hanno reagito alle sollecitazioni dell'animatrice. La partecipazione è stata attiva anche quando alla fine la concentrazione inevitabilmente cominciava a calare; il dialogo è stato vivace ma sempre rispettoso delle regole, le risposte dei bambini in alcuni casi sono sembrate davvero pertinenti.

Fondamentale il ruolo dei docenti che hanno partecipato con le classi alla performance, mostrando di averne colto a pieno la valenza formativa. Ad essi il compito di far sì che l'esperienza vissuta dai loro alunni non sia un evento isolato, ma trovi rispondenza in un'educazione musicale continua. Dal concerto è stato tratto un CD che sarà presentato al Congresso ACP di Asolo.

Maddalena Patella

Libri: occasioni per una

Da counsellor inconsapevole dell'industria a counsellor consapevole dei pazienti



**Ray Moynihan
Alan Cassels**
*Farmaci
che ammalano
e case farmaceutiche
che ci trasformano
in pazienti*

Nuovi mondi Media,
2005
pp 220, euro 16,50

In un'epoca in cui molti di noi conducono esistenze più lunghe, più sane e più attive rispetto ai nostri antenati, una pubblicità a tappeto e abili campagne di sensibilizzazione stanno trasformando i *sani preoccupati* in *malati preoccupati*. Problemi lievi vengono dipinti come patologie gravi, per cui la timidezza diventa sintomo di fobia sociale e la tensione premenstruale una malattia mentale, chiamata sindrome premenstruale. Le più comuni difficoltà sessuali vengono viste come disfunzioni sessuali, il naturale cambiamento dell'organismo è una malattia da deficienza ormonale chiamata menopausa, mentre gli impiegati distratti adesso sono affetti da una forma adulta del disturbo da deficit dell'attenzione. Il semplice fatto di essere a rischio di una patologia è diventato esso stesso una malattia, per cui donne di mezza età sane oggi soffrono di un male latente alle ossa chiamato osteoporosi e uomini di mezza età in piena forma hanno un disturbo cronico chiamato colesterolo alto. La sponsorizzazione di medici, associazioni, congressi, opinion-leaders, personaggi celebri, membri stessi degli enti di vigilanza sui farmaci da parte dell'industria farmaceutica è strategica, sistematica e sistemica, e non ha solo lo scopo di generare una opinione più favorevole ai prodotti più nuovi e costosi, ma viene usata anche per massimizzare le dimensioni dei mercati di tali prodotti, definendo disturbi lievi, come ad esempio l'intestino irritabile, come malattie diffuse, gravi e curabili coi nuovi farmaci. E spesso comitati scientifici ed enti pubblici, che dovrebbero regolamentare l'uso dei farmaci in base ai benefici, ai costi e agli

effetti collaterali, a loro volta dipendono per gran parte dei loro finanziamenti da quella medesima industria farmaceutica, come è ad esempio per la Food and Drug Administration statunitense o per i componenti di numerosi comitati scientifici che sono nel libro paga di una o più case farmaceutiche.

“Non ci sarebbero liste di attesa se il sistema pubblico e i medici impiegassero più tempo e denaro per cose veramente necessarie e smettessero di sprecare tempo e denaro preziosi per test e terapie alle persone sbagliate, nel posto sbagliato e per motivi sbagliati”, dice Wendy Armstrong, il rappresentante dell'Associazione dei Consumatori del Canada in un'intervista a uno degli autori.

L'efficacia e la sostenibilità del futuro sistema sanitario pubblico sono affidate a una formazione del medico indipendente dalla sponsorizzazione farmaceutica e destinata a una figura di medico che sempre meno ricetti e prescrive terapie e consigli pseudoscientifici di ogni sorta e sempre più ascolti il paziente e trovi con lui la soluzione più adatta al suo contesto di vita e alla sua sofferenza se è veramente disadattiva: da counsellor inconsapevole delle case farmaceutiche a counsellor consapevole dei pazienti insomma. La lettura di questo testo è a mio avviso obbligatoria per chiunque eserciti la professione medica.

Francesco Ciotti

Leggere ai bambini imparando dai bambini



**Rita Valentino Merletti
Bruno Tognolini**
Leggimi forte

Salani 2006
pp 256, euro 9,00

“Leggimi forte” è, in molti dialetti italiani, anche se non in tutti, l'equivalente di leggimi ad alta voce. Questo libro è scrit-

to a quattro mani da Rita Valentino Merletti, studiosa di letteratura per l'infanzia, e da Bruno Tognolini che è uno dei più noti autori italiani di testi per ragazzi (vi ricordate la Melevisione?).

In ogni capitolo del libro c'è una parte di Tognolini che racconta la sua crescita di lettore al “servizio” di sua figlia dai primissimi anni alla maturità di lettrice autonoma. E c'è una parte di Rita Valentino Merletti che riflette su quella esperienza di lettore, la amplia e la approfondisce. E c'è una terza parte di brani e di saggi di filastrocche e racconti e di consigli ai genitori. Si tratta in sostanza di partire da una esperienza, comprenderla nel suo significato e consolidarla. I temi sono suggestivi e “pratici”: il tempo, il luogo, il modo del leggere. Che poi è un modo di stare insieme, cioè un modo di crescere insieme leggendo, camminando, ascoltando, parlando, raccontando. Dire “crescere insieme” può sembrare noiosamente retorico. Non è così. E lo si legge nel racconto di Tognolini che fa intendere che, più che avere insegnato a sua figlia, egli ha da lei imparato; fors'anche a perfezionare il suo mestiere di scrittore.

Perché chiunque si sia avventurato in questo mestiere del “leggere forte” sa benissimo di avere molto imparato proprio dai bambini ai quali ha letto.

Anzitutto sullo sviluppo delle capacità di gestione del libro da parte dei bambini. La letteratura, dice per esempio, che occorre aspettare l'anno pieno perché il bambino sia autonomo nel prendere in mano il libro e gestirlo girando le pagine e che solo verso l'anno e mezzo è capace di orientare le figure. In realtà, se si comincia presto ad affidare al bambino un libro, a un anno egli è completamente autonomo, sa girare le pagine e le fa dalla parte giusta e sa indicare con l'indice ciò che attira la sua attenzione. A un anno di età è chiarissimo cosa piace al bambino e cosa no; e lui stesso è capace di scegliere dal mucchio dei libri quello che vuole, anche se glielo mettete nel fondo del cesto. Per questo è verissima l'osservazione di Tognolini che non esistono percorsi bibliografici mirati e che il miglior percorso è quello di provare. Ma per la soddisfazione dell'adulto c'è di più: il “leggere forte” ai bambini fa riscoprire anche tempi dimenticati dell'infan-

buona lettura

zia (lo scrive Rita Valentino Merletti) e proviamo una gioia immensa se ci capita di vedere in una bancarella dell'usato un libro della nostra infanzia: mi è capitato con un completamente cancellato (anche perché non è granché) *Minuzzolo* di Colodi. Dicono chiaro gli autori che non c'è una ricetta né del pediatra né del genitore per far nascere nei bambini l'amore per il libro. Molto dipende dalla capacità dei famigliari di essere disponibili, attenti, pazienti e capaci di cogliere il momento giusto per fare la proposta al bambino, lasciare che sia il bambino a raccogliere da terra il libro piuttosto che essere formalmente direttivi. È sufficiente che lo raccolga una volta per contagiarlo.

Questo libro può essere utile a pediatri e genitori; forse più a genitori già avvertiti della utilità del leggere ai quali offre una guida bibliografica essenziale e ben fatta, ma aiuta anche i pediatri a sensibilizzare le famiglie su questo formidabile strumento di crescita. Perché le storie curano l'animo dei bambini, ma anche quello dei genitori.

E, in fondo, quanto sono migliorati anche i pediatri da quando fanno questo mestiere di suggeritori di storie?

Giancarlo Biasini

Quasi un trattato per trattare il dolore



**Egidio Barbi
Federico Marchetti**
Il bambino e il dolore

Primula 2006
pp 119, senza
indicazione di prezzo

Un libro sul dolore nel bambino è un libro su un problema che c'è e di cui i pediatri si sono occupati un po' tardi; ma stanno recuperando, almeno a giudicare dai titoli di relazioni, articoli e di libri. Del tutto recentemente se ne è trattato al congresso ACP di Napoli a seguito di una indagine condotta nelle UO di Pediatria. Ci sono stati articoli (anche su questa rivista), rassegne e così via. Ma l'attenzione a questo problema va mantenu-

ta. Questo libro è a un tempo un percorso di studio e un indice cui adattare il ragionamento clinico e le sue conseguenze operative. Parte dalla fisiopatologia del dolore per arrivare, attraverso il sintomo guida e la sua sede, al comportamento terapeutico. Il dolore addominale vi fa comunque e ovviamente la parte del leone: è la più antica e spesso imbarazzante conoscenza dei pediatri. Si giunge infine alla terapia (non solo farmaci) del dolore. Nella parte terapeutica si dà spazio anche alle tecniche non farmacologiche riferendosi alla sua componente psicologica. "Guarire con le parole" (a cura di Duccio Peratoner, che abbiamo sentito a Tabiano nel febbraio 2006 per il dolore senza causa) è un capitolo molto interessante. Nell'ultima parte si passa alle procedure di analgesia e di sedazione nel caso in cui ciò sia necessario per procedure diagnostiche e terapeutiche dolorose e ci si sofferma, opportunamente, sulle pratiche semplici che si possono attuare anche in un ambito non anestesilogico. Il dolore del neonato è un capitolo a parte e viene trattato con leggerezza, ma con convinzione: glucosio, latte, consolazione ma anche oppioidi per evenienze dolorose considerevoli. Infine il dolore corrente nella quotidianità dell'ambulatorio: come comportarsi nei due casi più frequenti che sono la faringodinia e l'otalgia e nel caso più impegnativo che è la cefalea. Aiuta il prescrittore una appendice con le disposizioni ministeriali in merito alla terapia del dolore.

Questi i punti più interessanti del volume, un piccolo trattato scritto con semplicità e con evidente competenza e che ha una veste tipografica che ne favorisce la lettura.

Giancarlo Biasini

La comunicazione della disabilità



**Fondazione Paideia
Cepim, Torino**
*Nascere bene
per crescere meglio*
CEPIM Torino 2006
pp 160, senza
indicazione di prezzo

La Fondazione Paideia di Torino, nel 2003, propose un concorso che aveva come titolo: "La fatica di crescere". Era ispirato a una ricerca svolta in ambito torinese sui problemi dello sviluppo e, della vita dei bambini. Al concorso parteciparono 200 Autori con 200 proposte e nella rosa dei vincitori, vi era questo libro: "Nascere bene per crescere meglio", presentato dall'associazione Cepim che ora viene pubblicato in volume. Il tema riguarda la comunicazione della diagnosi di disabilità al momento della nascita e a questo *Quaderni acp* ha dedicato una serie di articoli nella rubrica "Saper fare" delle annate 2004-2005 e un articolo anche in questo numero a pag. 169. Il tema è naturalmente importante: la nascita di un figlio disabile è un evento drammatico e insensato per la sua capacità di destabilizzare e trova ancora oggi (per quanto?) inadeguati gli operatori della sanità. Inadeguati soprattutto a fronteggiare il problema di comunicazione di fronte a genitori impreparati a riceverlo. Eppure da tale istante, cioè dal momento della nascita, si giocano le possibilità per una persona disabile e per la sua famiglia di affrontare il difficile percorso di rinascita.

Il progetto di ricerca e il libro si pongono il problema attraverso una indagine sui testimoni: genitori e operatori sanitari dei punti nascita che vivono insieme spesso senza comprendere quel momento cruciale. L'indagine ha coinvolto anche giovani coppie con bambini "normodotati" (il termine è del libro) e studenti delle scuole medie superiori e dell'università, a cui è stato chiesto di dichiarare quale sia la loro percezione della disabilità e quale sarebbe la loro scelta nella prospettiva di un figlio disabile. Emerge un contrasto fra enunciazioni di principio e realtà sociale: le persone disabili sono tuttora considerate unicamente titolari passivi di bisogni e molto meno titolari di diritti per percorrere il loro naturale percorso di sviluppo.

È un libro di conferme alla serie di articoli di *Quaderni acp* più che di novità e, modestamente, ci fa piacere avere colto nel segno. Ma è uno stimolo a lavorare in questo campo, cioè nel campo della comunicazione.

Red

info: notizie

Musica: Mozart nei prematuri

Il New York Presbyterian Hospital sta reclutando pazienti per uno studio che vuole comprendere se la musica di Mozart, immessa nella culla con un volume di 10 decibels, possa svolgere un effetto di sedazione nei bambini immaturi nati alla 28^a settimana di gestazione. Gli indicatori potrebbero essere la riduzione del ritmo cardiaco, una diminuzione dell'attività motoria (determinata con una nuova apparecchiatura, chiamata Actiwatch) e quindi un aumento dei tempi di quiete. (Informazione del Michelle M Meza, New York, Presbyterian Hospital Weill Cornell New York. New York, 10021, United States)

Musica: Didgeridoo per dormire meglio

Suonare regolarmente il didgeridoo aiuta a russare di meno e riduce anche la sonnolenza durante il giorno. Il russare e la sindrome dell'apnea ostruttiva nel sonno sono due disturbi comuni, causati dal collasso delle vie respiratorie superiori. Le terapie basate su una continua pressione sulle vie aeree sono efficaci, ma non adatte a molti pazienti. Per determinare se fosse vero che i suonatori di didgeridoo avessero una minor sonnolenza diurna e russassero di meno durante il sonno, i ricercatori della Zürcher Höhenklinik di Wald, in Svizzera, hanno deciso di mettere alla prova la teoria secondo cui l'addestramento delle vie aeree superiori dovuto alla pratica con lo strumento può migliorare i sintomi di questi disturbi. Hanno così identificato 25 pazienti con sindrome moderata dell'apnea ostruttiva nel sonno e li hanno divisi in due gruppi: un gruppo di intervento (che doveva seguire lezioni di didgeridoo e praticare lo strumento ogni giorno per quattro mesi) e un gruppo di controllo. In confronto al gruppo di controllo, i disturbi del sonno nei suonatori di didgeridoo sono migliorati significativamente. Nonostante la qualità generale del sonno non differisse particolarmente da un gruppo all'altro, un'analisi combinata di misure legate al sonno ha mostrato che suonare il didgeridoo ha un effetto significativo sui disturbi delle vie aeree superiori (*Le scienze online* 26.12.2005).

Il didgeridoo è uno strumento musicale "naturale", non costruito dall'uomo ma scavato dalle termiti e quindi cavo all'interno, originario del Nord dell'Australia. Il nome "didgeridoo" è un'interpretazione onomatopeica data dai colonizzatori inglesi che sentirono il suono ritmato "did-ge-ridoo" provenire da rami di eucalipto cavi suonati dagli aborigeni, ma anche dal vento che penetra nei rami naturalmente scavati.

Il carico di malattie della geografia: Nord e Sud

Nel 2004 si è confermata una differenza nello stato di salute fra Sud e Nord in Gran Bretagna. Le morti per cardiopatie sotto i 75 anni sono state 244/100.000 maschi e 90/100.000 femmine in Scozia mentre nel Sud della UK sono state rispettivamente 146 e 49/100.000.

Per i tumori l'incidenza è stata superiore alla media nazionale per il 16% per i maschi e per il 15% per le femmine. La causa di queste disparità viene riferita al fumo, all'alcol e alla povertà. (*Lancet* 2005;366:178)

Il carico di malattie: come cambia

La *tabella* qui sotto riportata ordina per importanza quantitativa le malattie che causano nel mondo il maggior numero di anni di salute perduti (DALYs: Disability-Adjusted Life-Years) a distanza di un trentennio: 1990 e proiezione 2020.

Il carico economico dei prematuri

In California i neonati Low Birth Weight (< 1500 g) stanno in ospedale da 6,2 a 69,1 giorni; rappresentano il 5,9% di tutti i neonati e il 56,6% della spesa ospedaliera per l'assistenza a tutti i neonati. I neonati Very Low Birth Weight (<1000 g) rappresentano lo 0,9% dei casi e il 37,7% della spesa. Quelli che pesano più di 2500 g ci stanno 2,3 giorni e rappresentano il resto della spesa. (*Pediatrics* 2006;117:154)

Il caso Canadian Medical Association Journal

Otto editor del *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* e 19 membri del comitato editoriale si sono dimessi dopo che la proprietà del giornale aveva licenziato, senza dare motivazioni pubbliche, l'editor in chief John Hoey e il senior editor Ann Marie Todkill. Gran parte dei ricercatori canadesi ora chiede di conoscere le motivazioni del licenziamento e minaccia di ritirare l'abbonamento se non otterrà spiegazioni. Alcuni illustri ricercatori canadesi hanno chiesto la restituzione dei lavori di ricerca inviati per la pubblicazione. Il *CMAJ* è di proprietà della Canadian Medical Association Holding (CMAH). La CMA rappresenta 62.000 medici canadesi. Nei 10 anni della sua direzione John Hoey aveva aumentato di cinque volte la diffusione e

1990*

- 1 Polmoniti/Malattie respiratorie
- 2 Diarrea
- 3 Malattie perinatali e neonatali
- 4 Depressione
- 5 Malattie cardiache
- 6 Stroke
- 7 Tubercolosi
- 8 Morbillo
- 9 Incidenti
- 10 Malformazioni

2020**

- 1 Malattie cardiache
- 2 Depressione
- 3 Incidenti
- 4 Stroke
- 5 Bronchite/Enfisema
- 6 Polmoniti/Malattie respiratorie
- 7 Tubercolosi
- 8 Guerre
- 9 Diarrea
- 10 HIV/AIDS

* Complessivamente si sono perduti nel 1990 1,4 miliardi di anni di buona salute. L'Africa subsahariana ha il 10% della popolazione mondiale e ha avuto il 26% di anni in salute perduti.

** Proiezione (*Scientific American* 2005;293(3):78)

sulla salute

il prestigio del giornale, collocandolo fra le 5 migliori testate del mondo. Aveva sempre ottenuto dalla CMA assicurazioni riguardo alla più completa indipendenza, compresa quella di garantire l'accesso libero online agli articoli pubblicati. Ma nel 1999 la CMA decise di massimizzare i suoi introiti, cedendo la proprietà del giornale a Graham Morris, un magnate dell'editoria cartacea e online, determinando con ciò un viraggio dall'editoria non-profit a quella profit. E in effetti Morris divenne prima presidente del gruppo CMA-Media e successivamente formò la Canadian Medical Association Holding (CMAH), una compagnia privata con dominio azionario di Morris e della CMA, alla quale il *CMAJ* fu venduto per 3,4 milioni di dollari USA.

Come si diceva, i motivi occasionali del licenziamento non sono stati resi noti. Quello che ha reso ancora più ingarbugliato l'affare è che l'editor temporaneo, la prof.ssa Noni McDonald, una pediatra della Nova Scozia, ha dichiarato che le vere ragioni del licenziamento non si conosceranno tanto presto.

Molti fanno però notare che John Hoey e Marie Todkill sono stati licenziati due giorni dopo che nel dicembre 2002 il *CMAJ* è stato candidato per il più ambito premio giornalistico canadese, il Michener Award, per avere pubblicato un'inchiesta circa il tentativo dei farmacisti canadesi di limitare l'accesso delle donne al "Plan B" che riguardava la contraccezione d'urgenza e che è stato approvato nonostante l'opposizione dei farmacisti. Poco prima della pubblicazione, John Hoey e Marie Todkill avevano accusato la Canadian Medical Association di avere violato le linee guida internazionali che proteggono la libertà del giornalismo medico dalle interferenze politiche e commerciali e di volere mirare a rendere a pagamento gli accessi online al *CMAJ*. Altri punti di frizione sono stati l'uso medico della marijuana, l'organizzazione delle terapie intensive, i giudizi sul ministro della sanità. Nelle riviste, oggi, – scrive *Lancet* – oltre alle ricerche, ci sono editoriali, notizie, rubriche, la cui libertà rende sempre più difficile il rapporto con gli editori. (*Lancet* 2006;367:1133 e 1551)

Il caso Southall 18 anni dopo

Alla fine degli anni Novanta il Department of Health della Gran Bretagna chiese a Rod Griffith (direttore regionale della Public Health) di chiarire se David Southall, al North Staffordshire Hospital, avesse commesso degli illeciti nella sperimentazione della ventilazione a pressione negativa extratoracica (CNEP) in un gruppo di neonati confrontato con un altro sottoposto al trattamento standard della ventilazione meccanica a pressione positiva con intubazione tracheale. La CNEP ripete sostanzialmente il principio del vecchio polmone artificiale: una pressione negativa esterna applicata al torace determina un ingresso d'aria nelle vie respiratorie. Il lavoro fu pubblicato nel 1996 su *Pediatrics* e dimostrava che, con la CNEP, la somministrazione di ossigeno poteva essere usata per un periodo più limitato e sulla base di questo si otteneva una minore incidenza di malattie croniche polmonari rispetto al gruppo in trattamento convenzionale; vi era, poi, nel gruppo CNEP un non significativo eccesso di emorragie intracraniche.

Il tema principale che Griffith doveva affrontare era se la CNEP si fosse dimostrata più pericolosa della terapia convenzionale negli esiti evolutivi a lunga distanza, perché alcuni genitori avevano riferito che il trial era stato poco controllato e altri riferivano che a loro non era stato chiesto il consenso informato. In seguito alla richiesta di Griffith furono incaricati Katherine Telford e altri 4 collaboratori di revisionare il trial i cui soggetti sperimentati hanno ora da 9 a 15 anni.

Si ebbe un pubblico linciaggio di Southall prima che l'inchiesta di Telford e collaboratori avesse termine; si giunse a sospenderlo dalle funzioni all'interno del SSN per oltre due anni; ci fu un definitivo abbandono della CNEP nei bambini e si ebbe anche il blocco delle sperimentazioni della CNEP nella bronchiolite, come Southall aveva suggerito.

Ora – dopo ben 10 anni – gli ultimi revisori hanno concluso (*Lancet* 2006;367:1080) che il trial fu condotto correttamente, che non vi è alcuna dimostrazione di esiti a lungo termine peggiori nel gruppo CNEP: anzi il 25% dei bambini CNEP

non ha, a lungo termine, nessun impaccio o disabilità contro l'11% dei bambini sottoposti a trattamento convenzionale e il QI è di 6-8 punti più alto nel gruppo CNEP che in quello convenzionale.

Il caso Chernobyl 20 anni dopo

Il 20° anniversario del disastro di Chernobyl è stata l'occasione per tornare sugli effetti dello scoppio nucleare sulla salute. È stato diffuso un rapporto della Agenzia internazionale per l'energia atomica dell'ONU (IAEA), che ha concluso che "il timore di decine o centinaia di migliaia di morti si è dimostrato fortemente esagerato". Il bilancio della tragedia – secondo l'IAEA – è attualmente costituito da meno di 50 morti per causa diretta dello scoppio, anche se si può stimare che altre 4000 persone possano ancora morire per effetti a lungo termine. Greenpeace contesta questi dati come fortemente sottostimati. Molti esperti locali, russi e bielorusi (ma non tutti), contestano che si possano trascurare gli effetti a lungo termine che si stanno manifestando sulla popolazione e sui 350.000 addetti alla sterilizzazione dell'impianto. Il rapporto riferisce, invece, che, sebbene ci siano stati 4000 casi di tumore tiroideo, specie fra i bambini, solo 9 persone sono fino a ora decedute. I politici locali fanno notare come sia difficile ottenere obiettività dalla IAEA, dato che è forte il dubbio che si tratti di una lobby legata all'industria nucleare. (*Lancet* 2006;367:1305)

Come i bambini immaginano lo scienziato

Un club di giovani ricercatori norvegesi ha indetto un concorso per ragazzi da 5 a 15 anni attraverso un disegno sul tema: "Come immagino uno scienziato". 10 anni fa le immagini erano quelle dello scienziato spettinato e con le provette in mano; gli scienziati raffigurati erano tutti maschi. Oggi lo scienziato è immaginato come quello che scava per trovare ossa di dinosauro o che sta sott'acqua per studiare le balene. Il 30% degli scienziati raffigurati è costituito da femmine (*Nature* 2005;438:902)

Congresso Nazionale ACP 2006

Elezione alle cariche direttive

Si può votare in assemblea al Congresso Nazionale di Asolo (19-21 ottobre) o per posta. Ogni iscritto da almeno un anno e in regola con le quote riceverà per posta una scheda che dovrà essere compilata e rispedita all'indirizzo segnato nella busta indicando il mittente. Chi vota in assemblea potrà ricevere la scheda nella sede congressuale. Per la Presidenza si esprime un solo voto; per il Consiglio direttivo tre voti.

Candidato alla Presidenza

Michele Gangemi. Laureatosi a Padova nel 1977, si è specializzato in Pediatria a Verona nel 1980.

Ha lavorato presso il Centro Fibrosi Cistica di Verona ed è pediatra di libera scelta a Verona dal 1981. È Presidente in carica dell'ACP (Associazione Culturale Pediatri).

Ha fondato l'Associazione Promozione Cultura Pediatrica a Verona, affiliata all'ACP nel 1981, rimanendone Presidente fino al 1999.

È stato Presidente della Società Europea di Pediatria Ambulatoriale per 2 mandati consecutivi dal 1997 al 2001. È Presidente della Società Italiana di Counselling sistemico (SICIS) ed è formatore accreditato SICIS. È stato Presidente del Comitato Etico della ASL 20 e ne fa tuttora parte. È iscritto all'albo degli Animatori della Regione Veneto dalla sua istituzione. Ha frequentato il Corso di Perfezionamento in Pediatria di Comunità presso l'Università di Padova (anno accademico 1996/7) e ha partecipato al Master Biennale per la Formazione alla Ricerca in Pediatria di Base presso l'Istituto Mario Negri. Professore a Contratto presso la Clinica Pediatrica di Verona per 3 anni accademici. Referee per la rivista *Journal of Pediatric Infectious Disease*.

Candidati al Consiglio direttivo

In sostituzione dei consiglieri Paolo Fiammengo, Luisella Grandori, Laura Reali, Federica Zanetto

Carmela Di Maio. Specializzazione in Pediatria nel 1982, presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Tirocinio pratico ospedaliero presso il reparto di Pediatria dell'Ospedale "S. Camillo de Lellis", Roma (1980-1983). Guardia medica presso la Asl RM 10, Roma (1981-1984). Specialista ambulatoriale pediatra presso gli ambulatori pediatrici della RM 9 di Roma (1982-1983) e della RM 27 (Subiaco, 1984-1986). Pediatra di comunità presso la USL 43 di Napoli (ora ASL Na1) DSB 50, operante presso il Consultorio di Secondigliano, dal settembre 1986 a tutt'oggi. Operante nel Dipartimento Socio-Sanitario della ASL Na 1 con specifico interesse per le Politiche di sostegno a famiglia e minori, dal luglio 2001.

Membro del direttivo del Centro per la Salute del Bambino di Napoli, che coordina il progetto "Nati per Leggere" a Napoli, dal 2000.

Membro dell'attuale direttivo regionale dell'Associazione Culturale Pediatri, promotrice di eventi formativi accreditati.

Partecipante al Progetto integrato ASL-Comune "Adozione sociale-Infanzia a rischio", attuato sperimentalmente nel territorio di Secondigliano nel 1996, attualmente attivo su tutto il territorio cittadino, come "Sostegno precoce alla genitorialità" in qualità di referente progettuale del DSS.

Daniele Merazzi. Specializzato in Pediatria e in Neonatologia, presso l'Università di Milano.

Dirigente medico e responsabile della verifica e qualità delle cure, presso l'UO di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como.

Precedenti esperienze come medico ospedaliero:

Dal 1989 al 1995 pediatra-neonatalogo presso l'UO di Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale di Lecco.

Dal 1995 al 2004 neonatologo presso l'UO di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale della Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como.

Dal 2004 al 2005 dirigente medico presso l'UO di Pediatria dell'Ospedale Versilia USL 12 di Viareggio (LU), con funzione di responsabile della sezione di Neonatologia - UTIN.

Nel 1998 Ricerca di base (vincitore Borsa di Studio Migliarina) presso il Department of Physiology McGill University Montreal Canada.

Socio ACP da diversi anni.

Membro del Direttivo del Gruppo di Studio SIN Dolore e Analgesia

Interessi: epidemiologia perinatale e qualità delle cure in neonatologia, ventilazione meccanica e fisiopatologia respiratoria neonatale, rianimazione neonatale e pediatrica (istruttore PBLIS e NRP), promozione dell'allattamento materno (formatore OMS-UNICEF), dolore nel neonato, cooperazione internazionale (esperienza di brevi progetti formativi sulla rianimazione neonatale).

Giovanna Patrucco. Specializzata in Pediatria nel 1975, presso l'Università di Torino. Specializzata in Igiene e Medicina preventiva (con orientamento in Igiene e Medicina scolastica) nel 1977, presso l'Università di Torino. Prima esperienza come medico scolastico in una équipe multidisciplinare. Lavoro a tempo pieno presso la struttura complessa di Pediatria dell'Ospedale E. Agnelli, ASL 10, Pinerolo (TO). Dal 1993 responsabile della gestione dei protocolli della Patologia neonatale. Dal 2001 responsabile della struttura semplice di Neonatologia (centro di II livello). Attualmente membro del Direttivo ACP Ovest. Interessi-impegni: collegamento ospedale territorio, profili di cura, rianimazione neonatale e pediatrica (istruttore), promozione della salute.

Laura Todesco. Specializzazione in Pediatria nel 1983 presso la facoltà di Medicina dell'Università di Padova.

Assistente supplente di Pediatria a tempo pieno presso il reparto pediatrico dell'Ospedale di Cittadella (maggio-luglio 1981). Servizio di Guardia presso il Pronto Soccorso della Clinica Pediatrica dell'Università di Padova (1980-1984). Servizio di Medicina dell'età evolutiva di Castelfranco Veneto (1981-

1984). Insegnamento di Pediatria presso la Scuola infermieri dell'Ospedale Civile di Bassano del Grappa (1984-1985). Pediatra di famiglia presso l'ASL 3 Veneto dal 1984 a tutt'oggi. Dal novembre 2003 animatore di Formazione Permanente nell'elenco regionale istituito con la DGR n° 25 11/2001. Socio fondatore e vicepresidente, dal 1994 a tutt'oggi, dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) Jacopo da Ponte. Interessi: interventi di educazione alla salute e loro valutazione: "Educare il Paziente Affetto da Asma", 26 ottobre 1996, Marostica; "Il Bambino e la sua Città", 30 settembre 2000, Bassano; "Valutazione di un intervento educativo sui bambini asmatici e le loro famiglie" e "Muoversi senza Motore", in collaborazione con il Servizio di Promozione alla Salute della USSL 3.

Michele Valente. Specializzazione in Pediatria a Roma, presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore. Docente presso l'Istituto di Anatomia Umana Normale dell'Università Cattolica, dal 1984 al 1987. Dirigente medico presso il Ministero della Salute, Dipartimento di Medicina Sociale, II Divisione materno-infantile (1987-1988). Master nazionale in Pedagogia medica promosso da Fimp e ACP (Palermo, 1987), con conseguimento del titolo di Formatore. Consulente medico specialista esterno presso la Clinica Pediatrica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" dell'Università Cattolica, nel Servizio di Epidemiologia e Clinica dei difetti congeniti, dal 1988 al 1991, con attività nel Servizio di Informazione sui farmaci e rischi in gravidanza "Telefono Rosso".

Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva con indirizzo di tecnica ospedaliera presso l'Istituto di Igiene dell'Università degli Studi di Messina, nel 1991. Idoneità ad aiuto corresponsabile di Pediatria presso la ASL n. 4 di Prato, nel 1996. Assistente neonatologo presso l'Istituto materno-infantile "Regina Elena", nel 1997. Pediatra di libera scelta a Roma nella ASL RM E, dal 1988 a tutt'ora.

Iscritto dal 1991 all'ACP, è stato tra i fondatori del 2° gruppo romano ACP Roma Nord-Ovest.

Referente regionale per il Lazio dell'Associazione Culturale Pediatri Nazionale dal giugno 2005.

Presidente dell'Associazione Culturale Pediatri del Lazio (2002-2005), membro del Direttivo dell'Associazione Culturale ACP Roma Nord-Ovest, membro elettivo dell'Ufficio di Coordinamento del Distretto XIX della ASL RM E di Roma, membro elettivo della Commissione Appropriata Prescrittiva Farmaci dello stesso Distretto, membro supplente del Comitato d'Azienda della ASL RM E di Roma. Rappresentante dell'ACP Nazionale nella Consensus nazionale sulla diagnosi, cura e prevenzione dell'obesità in età pediatrica a cura della Società Italiana di Pediatria (2005).

Interessi: didattica medica e formazione, infettivologia, gastroenterologia, vaccinazioni, nefrologia, relazione medico-paziente, obesità infantile, organizzazione dello studio pediatrico.

ACP NEWS

Proposte ACP al Baby Friendly Hospital Initiative

Nel mese di giugno si è svolto l'incontro residenziale di Verona sulle attività dell'Unicef per la promozione del BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative). Per l'ACP ha partecipato Sergio Conti Nibali. La due giorni è stata organizzata in particolare per le strategie di applicazione del Codice. Nell'ambito del sottogruppo di lavoro della Consulta delle società scientifiche che hanno aderito si è deciso, su proposta dell'ACP, di attivare delle iniziative per aumentare la consapevolezza degli iscritti alle società sui contenuti del Codice.

In particolare:

- ogni società dovrebbe impegnarsi a riferire al prossimo Congresso Nazionale delle attività finora portate avanti dalla Consulta;
- sarà inviata una lettera ai direttori delle Scuole di medicina, ostetricia, infermieristiche e delle Scuole di specializzazioni in pediatria e neonatologia per esortarli a inserire nei curriculum corsi specifici sulla promozione dell'allattamento con specifiche sessioni sul Codice;
- sarà preparata dall'ACP una bozza di codice di rapporto con le industrie, prendendo spunto da quanto già scritto per gli eventi ECM, dal codice dell'ACP e da quello dell'IPA (International Pediatric Association);
- trovare spazio nelle riviste delle società per un'adeguata informazione sul Codice Oms-Unicef.

Riguardo all'ultimo punto in sede ACP si sta riflettendo sulla fattibilità di una iniziativa da realizzare su *Quaderni acp* che faccia riflettere i soci su ogni articolo del Codice con la richiesta di riferire se e quante volte nella loro pratica hanno avuto modo di assistere a eventuali violazioni.

WONCA EUROPE 2006

Firenze, 27-30 agosto 2006

Congresso della sezione europea della WONCA

World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners and Family Physicians

Confronto internazionale su argomenti rilevanti: percorsi di formazione e ricerca, esperienze di organizzazione del lavoro e di miglioramento della qualità dell'assistenza

Programma

6 main topics:

- ▶ *biology and humanities*
- ▶ *care for the world*
- ▶ *risk and safety*
- ▶ *research*
- ▶ *quality*
- ▶ *education*

Ogni topic sarà gestito da un key lecture. Nell'ambito di ogni main topic sono previsti simposi, workshop, comunicazioni orali. I summaries riepilogativi di ogni topic saranno illustrati in un tempo apposito nell'ultima giornata del Congresso. All'interno dei topic una tavola rotonda sui Progetti europei di promozione della lettura ad alta voce, fra cui Nati per Leggere. L'Associazione Culturale Pediatri è parte attiva nell'organizzazione dell'evento.

Sono stati chiesti all'ACP:

- un documento di presentazione della pediatria di famiglia
- l'impegno di regolamentazione dei rapporti con l'industria sottoscritto dai soci ACP

Programma e dettagli organizzativi dell'evento sul sito www.woncaeurope2006.org
Appena possibile daremo ulteriori informazioni

10 Stories the world should hear more about



Dietro le sbarre, oltre la giustizia: una storia, non raccontata, di bambini in conflitto con la legge

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 definite "dieci storie di cui si dovrebbe parlare" (<http://www.un.org/events/tenstories/>). La storia di oggi riguarda i bambini.

Nonostante i grandi passi fatti a livello globale per assicurare un ambiente protetto per i giovani membri della società un allarmante numero di bambini in molte parti del mondo viene detenuto in prigioni, senza cause sufficienti, spesso per offese non considerate crimini se commesse da adulti.

La storia

“Nessun bambino sarà privato della sua libertà ingiustamente o arbitrariamente” questo afferma la Convenzione per i Diritti dei Bambini, uno dei sette trattati fondamentali che costituiscono il cuore della dichiarazione dei diritti umani. Ma, secondo l’UNICEF, per un numero allarmante di bambini nel mondo non esiste la libertà; essi sono tenuti in prigione senza motivi validi. Allo stesso modo, mentre la Convenzione sottolinea che la detenzione per un bambino deve essere effettuata solo: “come misura ultima e per il minor tempo appropriato possibile”, molti bambini vengono detenuti semplicemente perché costituiscono un ingombro o vengono percepiti come ostacoli. Inoltre, molti di essi non vengono processati e sono detenuti per mesi e a volte anni, spesso senza alcun possibile accesso a un aiuto legale. In alcune nazioni la maggioranza dei bambini che vengono in conflitto con la legge proviene da comunità svantaggiate e viene criminalizzata semplicemente perché essi cercano di sopravvivere. Spesso i bambini vengono detenuti in condizioni deplorabili e inu-

mane. La violenza fisica è frequente ed essi subiscono traumi profondi dalle torture e dagli interrogatori. I bambini vittime di trafficanti o di violenze sessuali sono spesso uccisi o diventano vittime ricorrenti.

Mentre l’adozione unanime da parte dell’ONU della Convenzione dei Diritti dei Bambini nel 1989 ha dato un grosso impulso agli sforzi a livello mondiale per proteggere i diritti dell’infanzia e ha focalizzato l’attenzione dei media su molte problematiche sottostanti, gli esperti ONU avvertono circa la scarsa attenzione verso una preoccupante evoluzione di gravi e serie implicazioni riguardanti il benessere dei bambini. L’UNICEF, proprio per definire questo problema, sta lavorando con alcune nazioni al fine di portare il sistema della giustizia minorile in linea con gli standard internazionali e di salvaguardare i diritti dei bambini che vengono in contatto con esso.

Il contesto

► Il termine “bambini in conflitto con la legge” si riferisce a tutti i minori di anni 18 che vengono in contatto con il sistema giudiziario perché sospettati o accusati di aver commesso un reato. Molti di questi bambini hanno commesso piccoli reati o atti talmente minori come vagabondaggio, marinare la scuola, accattonaggio o uso di bevande alcoliche. Alcuni di questi reati sono considerati come “insulti di classe” e non sono atti criminali se commessi da un adulto.

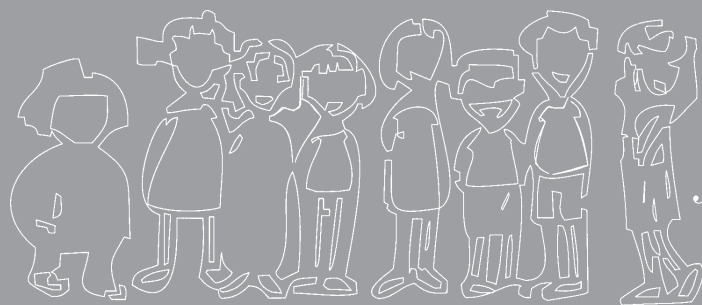
- L’UNICEF stima che più di un milione di bambini nel mondo è in detenzione per essere entrato in conflitto con la legge.
- La gran parte di questi bambini che entrano nel meccanismo giudiziario proviene da situazioni familiari o comunitarie particolarmente difficili e svantaggiate, spesso da minoranze discriminate.
- Mettere in prigione i bambini piuttosto che cercare alternative stigmatizza questi come delinquenti e priva loro di opportunità lavorative, di borse di studio, mettendoli in contatto con altri colpevoli di gravi reati. Tutto ciò incrementa la probabilità che essi possano trasgredire le leggi di nuovo.
- Ma ci sono alternative alla detenzione? Sì, dice l’UNICEF, consigliando una serie di risposte alternative: non imprigionare i bambini che cercano solo di sopravvivere; distogliete i bambini che hanno commesso crimini minori dall’ingranaggio del sistema giudiziario; usate la prigione come ultima spiaggia; quando i bambini vengono detenuti dovrebbero essere tenuti separati dagli adulti; i governi dovrebbero attentamente monitorare la situazione per lo meno registrando il numero di bambini imprigionati e la durata della loro detenzione.

Per ulteriori informazioni: United Nations Children’s Fund (UNICEF) Karen Dukess, Tel: +1 212 303 7910; e-mail: kdukess@unicef.org ♦

Ulteriori informazioni:

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

tenstories



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.

Un'esperienza di formazione al counselling sistemico

Patrizia Elli, Pediatra di famiglia, Milano, formatrice al counselling sistemico

Michele Gangemi, Pediatra di famiglia, ACP Verona, formatore al counselling sistemico

Abstract

A training experience on systemic counselling

In 2004 in Cesena, Italy, a training experience on systemic counselling with a particular attention to 0-6 years of age range, has been offered to family and community paediatricians. In this paper we report the fall-out and the characteristics of this kind of training. Considering the specific communicative needs of participants, the main characteristics of conscious communication in health have been analysed. With the aid of audio recorders in the paediatricians' office the modalities by which paediatricians give information or suggest specific behaviours have been analysed, together with the problematic aspects of a spontaneous communication. Ample space has been also given to narrative medicine in order to understand its use and applicability in health. Specific attention has been given to narrative abilities useful in integrating patients' and doctors' histories with clinical and objective data. The Calgary-Cambridge Observation Guide, useful for teaching a medical interview, has been proposed in a version modified for a paediatric context. This is the first of a series of papers regarding the training course and its evaluation.

Quaderni acp 2006; 13(4): 166-168

Key words Counselling. Narrative. Parenting

Nel seguente articolo vengono riportate le tappe, le caratteristiche e le ricadute di un corso di formazione al counselling sistemico svoltosi a Cesena nel 2004 e rivolto a pediatri di famiglia e consultoriali con particolare attenzione alla fascia di età pediatrica compresa tra 0 e 6 anni. Partendo da un'analisi dei bisogni dei partecipanti in ambito comunicativo, sono state analizzate le caratteristiche fondamentali della comunicazione consapevole in campo sanitario. Con il supporto di audioregistrazioni condotte in ambulatori pediatrici, alcune delle quali prodotte dai partecipanti al corso, sono state esaminate le modalità abituali con cui il professionista dà informazioni o illustra proposte di comportamento e gli aspetti problematici di una comunicazione spontanea. Ampio spazio è stato dedicato anche alla medicina narrativa, per comprenderne l'applicazione e l'utilizzo in ambito sanitario, con particolare riguardo alle abilità narrative utili per integrare le storie dei pazienti e quelle dei medici con i dati dell'obiettività clinica e degli esami. Analizzata infine la Calgary-Cambridge Observation Guide, uno strumento di conduzione del colloquio in ambito sanitario, ne è stata proposta una sua riformulazione utile al contesto pediatrico, nell'ambito di un lavoro di formazione specifica e di ricerca successiva al corso. Questo articolo è il primo di una serie di interventi che descrivono il percorso di formazione e la sua valutazione.

Parole chiave Counselling. Narrazione. Sostegno alla genitorialità

Nel 2004 si è svolto a Cesena un corso di formazione al counselling sistemico rivolto a un gruppo di pediatri di famiglia e consultoriali, con l'obiettivo di far acquisire ai partecipanti le abilità di base del counselling nelle comunicazioni professionali non problematiche, con particolare attenzione alla fascia di età da 0 a 6 anni. Il corso, commissionato dalla ASL, ha visto anche il coinvolgimento della Unità Operativa di Neuropsichia-

tria Infantile, Psicologia e Riabilitazione dell'età evolutiva.

Il counselling è stato da subito definito come "una modalità comunicativa professionale consapevole, caratterizzata da un ascolto attivo e un approccio centrato sul bambino e la sua famiglia, con l'obiettivo di mobilitare le risorse e le capacità del sistema per facilitare una condivisione nelle decisioni che riguardano la sua salute": una buona comunicazione

va dunque appresa e non affidata semplicemente alla predisposizione spontanea del professionista (1).

Affinché il corso avesse i presupposti per una partecipazione attiva, si è partiti da una analisi dei bisogni dei partecipanti, riferiti all'ambito comunicativo.

Le criticità raccolte sono riportate nella **tabella 1**, dove vengono distinte le risposte che si riferiscono a difficoltà di gestione della comunicazione vera e propria da quelle riguardanti gli aspetti emotivi. Nella **tabella 2** invece vengono differenziate le risposte più centrate sulle difficoltà del medico rispetto a quelle attinenti alla relazione con il paziente.

La prima suddivisione proposta nella **tabella 1** ha permesso una presa di coscienza da parte dei partecipanti al corso della caratteristica fondamentale della comunicazione: *la comunicazione esiste solo all'interno di una relazione; in ogni relazione umana passano delle emozioni*. Ecco perché molte delle criticità espresse rimandano alla gestione delle emozioni ed

TABELLA 1: DIFFICOLTÀ DI GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE

Problemi di comunicazione:

- comunicare diagnosi difficili e con malati cronici;
- comunicare con genitori ansiosi, in disaccordo e alternativi;
- comunicare con genitori extracomunitari;
- comunicare con i bambini;
- affiancarsi ai genitori;
- comprendere il vero problema;
- favorire cambiamenti.

Gestione delle emozioni:

- sopportare;
- non giudicare;
- trovare la giusta distanza;
- reprimere insofferenza.

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

esperienze

TABELLA 2: DIFFICOLTÀ DEL MEDICO RISPETTO ALLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE**Risposte centrate sul medico:**

- essere ascoltato;
- avere tempo;
- educare;
- convincere;
- dare soluzioni.

Risposte centrate sul paziente:

- mettersi in relazione;
- ascoltare;
- favorire la narrazione;
- allargare il contesto;
- accogliere i bisogni inespressi.

TABELLA 3: LA NARRAZIONE IN MEDICINA**Nella fase diagnostica:**

- è la forma in cui i pazienti sperimentano la malattia;
- favorisce l'empatia e la comprensione tra medico e paziente;
- rende possibile dare un senso;
- può fornire indizi utili.

Nel processo terapeutico:

- favorisce un approccio terapeutico globale;
- è intrinsecamente terapeutica;
- può suggerire ulteriori scelte terapeutiche;
- pone le basi per l'alleanza terapeutica.

Nell'educazione dei pazienti:

- è ancorata all'esperienza del paziente;
- stimola la riflessione.

Nella ricerca:

- aiuta a programmare un'agenda centrata sul paziente;
- può suggerire nuove ipotesi;
- può mettere in discussione i risultati ottenuti.

da: Greenhalgh T, Hurwitz B. *BMJ* 1999;318:48-50

ecco perché, sebbene il counselling non sia un intervento di psicologia, occorre tuttavia essere consapevoli delle proprie emozioni per poterle controllare gli effetti nella comunicazione con i pazienti.

Questa presa di coscienza da parte del professionista è uno degli aspetti che caratterizzano la *comunicazione consapevole*.

La *tabella 2*, invece, rende evidente come i bisogni dei partecipanti indicassero, di fatto, il percorso e il cambiamento proposti con il corso: dall'essere ascoltato ad ascoltare, dal dare soluzioni ad accogliere i bisogni, da una medicina basata sul medico a una medicina basata sul paziente.

Per ottenere questo cambiamento è stato proposto uno schema che prevede quattro aree, all'interno delle quali si muovono le informazioni e le indicazioni di comportamento: lo *spazio informativo del paziente* (ciò che sa o pensa di sapere, ciò che ha osservato, le sue ipotesi) e il *suo spazio comportamentale* (ciò che fa abitualmente, che vorrebbe fare, che pensa di poter o non poter fare), lo *spazio informativo del professionista* (quello che il paziente dovrebbe sapere) e lo *spazio comportamentale del professionista* (quello che pensa che il paziente dovrebbe fare) (2). L'analisi di audioregistrazioni in ambulatori pediatrici ha evidenziato come l'intervento informativo e la proposta di comportamenti da parte del professionista siano più facilmente accettati dal paziente e attuati con minori difficoltà se prima vengono esplorati i suoi spazi informativi e comportamentali. In sostanza, è molto più facile ottenere un cambiamento se si parte dalle convinzioni del paziente piuttosto che deciderlo a priori da parte del medico, senza esplorare ciò che il paziente sa o crede di sapere. Ecco allora che la narrazione da parte dei genitori e del bambino, quando più grandicello, diventa un punto di partenza irrinunciabile.

Con i casi proposti nelle prime due giornate, tratti da registrazioni condotte in ambulatori pediatrici in occasione di precedenti corsi di formazione, si sono evidenziati gli aspetti critici di una comunicazione spontanea: colloquio privo di conduzione da parte del professionista, scarso ascolto, assenza di empatia.

Nel corso è stato anche dedicato molto spazio alla medicina narrativa (in accordo con le richieste fatte dai partecipanti), sia per darne una definizione sia per comprenderne l'applicazione e l'utilizzo in ambito sanitario.

La narrazione è il modo abituale che abbiamo per parlare di noi (3). Narrare infatti significa esporre un fatto o una serie di fatti, seguendo un determinato ordine nella rievocazione e nella ricerca delle cause. Il metodo clinico è un atto interpretativo che si basa sulle abilità narrative per integrare le storie dei pazienti e quelle dei medici con i dati oggettivi degli esami. Pertanto sono stati affrontati e discussi i motivi per cui va favorita la narrazione in medicina nei diversi ambiti: nella fase diagnostica, nel processo terapeutico, nell'educazione dei pazienti, nella ricerca (4) (*tabella 3*).

Nell'intervallo tra le prime 2 giornate di formazione e quelle conclusive, i partecipanti hanno prodotto, come loro richiesto, alcune registrazioni di colloqui condotti nel proprio contesto lavorativo, utili sia per il riascolto personale sia come materiale didattico nel percorso formativo. E questi sono stati i commenti: "Non mi ero mai reso conto di quanto parlo!". "Sono riuscito a farmi ascoltare quando ho riassunto quello che il paziente mi aveva detto!". "Pensavo che la presenza del registratore interferisse molto sulla spontaneità del colloquio e invece, dopo qualche minuto, mi sono dimenticato... e si vede!".

Le stesse registrazioni sono state usate nei lavori di gruppo, con l'obiettivo di evidenziare i momenti in cui si erano applicate le abilità di counselling apprese nelle prime giornate. È risultato chiaro in questa analisi che, sebbene le tecniche apprese sembrassero quasi delle ovvietà, la loro applicazione non era risultata così automatica e semplice, ma necessitava di una formazione di più ore. Le registrazioni riguardavano in particolare bilanci di salute e prime visite, essendo il corso centrato sui primi sei anni di vita del bambino. Emerge in esse quasi costantemente la tendenza del pediatra a "consigliare" e a "sostituirsi" piuttosto che "affiancarsi" al genitore. Se riteniamo che il vero sostegno alla genitorialità sia valorizzare le scelte e i comportamenti dei genitori, risulta allora evidente l'utilità di una modalità comunicativa diversa, che preveda appunto una curiosità al mondo cognitivo e comportamentale del paziente e del suo sistema. Un esempio emerso a questo propo-

sito è il comportamento medio dei pediatri durante la fase dello svezzamento, prodighi di consigli piuttosto che attenti a valorizzare i tentativi messi in atto dai genitori.

È stata infine presentata la Calgary-Cambridge Observation Guide, un modello di conduzione del colloquio in ambito medico (5). Tale schema, studiato in origine per la medicina dell'adulto, ben si accorda nei suoi vari passaggi ai principi del counselling sistemico.

La Calgary-Cambridge Guide consta di una prima parte comprendente item relativi al colloquio con il paziente: inizio del colloquio; esplorazione dei problemi; comprensione del punto di vista del paziente; struttura del colloquio (riassunti e sequenze logiche); costruzione della relazione; chiusura. La seconda parte è più centrata sulla spiegazione del programma medico: fornire informazioni; facilitare la comprensione; costruzione di un'agenda condivisa; verifica della comprensione e negoziazione; chiusura. Al termine del corso sono stati espressi da parte di un gruppo di partecipanti la volontà e l'interesse a proseguire l'esperienza formativa iniziata, partendo proprio da un'analisi della Calgary-Cambridge Guide e da una sua riformulazione appropriata al contesto pediatrico.

Il percorso e il lavoro di questo gruppo, già illustrati nell'ambito di un convegno sulla medicina narrativa che si è svolto a Cesena nel novembre 2005, proseguiranno con un progetto di formazione specifica e di ricerca che verrà illustrato nei prossimi due articoli. ♦

Bibliografia

- (1) Gangemi M. "La carta di Firenze" è un impegno dell'ACP. Quaderni acp 2005;5:185.
- (2) Bert G, Quadrino S. Parole di medici, parole di pazienti. Il Pensiero Scientifico editore, 2002.
- (3) Gangemi M. Ai pediatri di libera scelta serve la narrative-based-medicine? Medico e Bambino 2004;23(7):440-1.
- (4) Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative? BMJ 1999;318:48-50.
- (5) Kurtz S, et al. Teaching and learning communication skills in medicine. Radcliffe Medical Press, 1999.

È uscito il numero 13 di **NEWSLETTER PEDIATRICA** La sorveglianza della letteratura per il pediatra Bollettino bimestrale per i soci dell'ACP

Sommario del numero 13. Febbraio – marzo 2006, Volume 4, pagg. 32-46

Presentazione	pag. 32
Letteratura primaria	
Efficacia e sicurezza del trattamento antifebbrile realizzato con due farmaci alternati	pag. 33
È davvero utile la profilassi antibiotica dopo pielonefrite nei bambini con RVU?	pag. 34
Screening per il ritardo del linguaggio in età prescolare nell'ambito delle cure primarie	pag. 36
Segni precoci di malattia meningococcica	pag. 37
Esposizione al sole in età pediatrica e rischio di melanoma	pag. 38
Performance di criteri clinici per la valutazione dei pazienti con trauma cranico chiuso	pag. 39
Rischio di condizioni patologiche intracraniche dopo convulsione febbrile complessa	pag. 40
Infezione non primaria da citomegalovirus e deficit uditivo	pag. 40
Utilizzo del tabacco negli adolescenti	pag. 41
Diagnosi ritardata nella palatoschisi senza labioschisi	pag. 42
In breve	pag. 44
Cochrane Database of Systematic Review.	
Il 2° aggiornamento del 2006	pag. 46

Cos'è la Newsletter

- ▶ La newsletter è uno strumento di aggiornamento per il pediatra di famiglia o ospedaliero generalista e per i gruppi locali dell'ACP
- ▶ Vengono sorvegliate in maniera sistematica le seguenti riviste:
 - Lancet
 - British Medical Journal (BMJ)
 - Journal of American Medical Association (JAMA)
 - New England Journal of Medicine
 - Archives of Diseases in Childhood (ADC)
 - Paediatrics
 - Journal of Pediatrics
 - Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine
 - Paediatric Infectious Disease Journal.
 - Viene analizzata periodicamente la Cochrane Library per identificare revisioni sistematiche di possibile interesse per il pediatra.

La distribuzione della Newsletter è riservata ai soci ACP e avviene per posta elettronica. Per riceverla, è necessario iscriversi al servizio inviando una e-mail all'indirizzo: newsletter@csbonlus.org, con oggetto "Conferma newsletter" e specificando

1. Nome, cognome, città e professione (pediatra di famiglia, ospedaliero, ecc.) e-mail cui la Newsletter deve essere indirizzata.
2. Questa e-mail va inviata una volta sola in occasione della prima iscrizione al servizio. La Newsletter sarà successivamente inviata in automatico agli iscritti.

Gli arretrati sono disponibili sul sito www.csbonlus.org, nella sezione "Risorse".

L'approccio al bambino con ritardo mentale e dismorfismi: la comunicazione efficace

Federica Zanetto, Pediatra di famiglia, ACP Milano e Provincia

Michele Gangemi, Pediatra di famiglia, ACP Verona, formatore al counselling sistemico

Abstract

Approaching a child with mental retardation and dysmorphism: an effective communication

As the Florence Carta declares, time spent on information, communication and relation is taking-care time. This is even more so when a paediatrician is involved in taking care of a problematic child: a difficult diagnosis, the birth of a child with a serious disease or symptoms which might reveal a health problem are all situations in which good and effective communicative skills are required. Being able to keep a solid and collaborative relation with the family, trying to avoid fragmentary, confusing and partial information; keeping in mind the consequences of what has been communicated, and being conscious that there are different "actors" (parents, friends, relatives), are all important aspects of an effective communication and good support in parenting. The paper, through a real clinical case, proposes a meditation sustained by specific books and by a survey involving parents and professionals. Specific parts of a literary work and a film are also useful in focalising recurrent communicative aspects when the "difficult daily routine" is part of a paediatrician's work.

Quaderni acp 2006; 13(4): 169-171

Key words Disability. Information. Communication. Counselling

Il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura, come recita anche la Carta di Firenze. Questo è ancora più vero quando il pediatra si trova coinvolto nel percorso assistenziale di un bambino problematico: una diagnosi difficile, la nascita di un bambino con patologia grave, la presenza di sintomi che fanno temere o sospettare un problema di salute sono tra le situazioni in cui vengono richieste maggiore competenza e attenzione dal punto di vista comunicativo. Mantenere una relazione valida e collaborativa con la famiglia, evitare passaggi informativi frammentari, confusi, parziali, riflettere sulle conseguenze di quanto viene comunicato, essere consapevoli di doversi muovere in un sistema relazionale in cui sono presenti diversi "attori" (familiari, parenti, conoscenti, altre figure del mondo della cura) sono aspetti cruciali per una comunicazione efficace e di supporto alla famiglia. Il testo, partendo da un caso reale ambulatoriale, vuole proporre una riflessione supportata da richiami tratti da un'indagine condotta su genitori e operatori sanitari e da testi di approfondimento specifici. Anche l'attenzione ad alcuni passaggi significativi di un'opera letteraria e di un film permette di focalizzare aspetti comunicativi ricorrenti quando "la quotidianità difficile" si inserisce nel lavoro del pediatra.

Parole chiave Disabilità. Informazione. Comunicazione. Counselling

Antonio ha 4 mesi quando gli viene confermata la diagnosi di sindrome di Beals (dita lunghe, conformazione anomala dei padiglioni auricolari, camptodattilia, contratture del gomito e delle ginocchia, alta statura). È in trattamento fisioterapico già dal primo mese di vita. Nel periodo neonatale: asfissia, anemia acuta, emorragia surrenalica bilaterale. La mamma, già provata per le numerose visite e controlli effettuati sin dalla nascita, non ce la fa a trattenere le lacrime

quando mostra al pediatra la lettera del sindromologo, e non riesce a dire nulla.

Cosa sta succedendo? Cosa può avere in mente il pediatra? Cosa sta chiedendo la mamma?

Ci sono alcune domande rispetto al quadro clinico di Antonio, può pensare il pediatra, che ora hanno finalmente una risposta. Sarà una sindrome dismorfica? E, se lo fosse, sarà tra quelle classifica-

bili con certezza? Si arriverà a una diagnosi definitiva? Non sempre la medicina è in grado di dare risposte risolutive: ci sono sintomi che restano senza diagnosi e malattie o sindromi che non possono avere cura.

Il pediatra deve anche avere in mente che le informazioni che vengono fornite alla famiglia durante una comunicazione di diagnosi e le risposte sue o di altri operatori anche a successivi quesiti saranno ricordate, immagazzinate, successivamente riprese e anche in qualche modo interpretate dai genitori.

Ricordo il professore che, tre mesi dopo il parto, dietro la scrivania del suo studio, ci aveva rivelato la verità, ovvero quello che pensava. Aveva riflettuto a lungo prima di rispondere, in una penombra carica di angoscia. Non era ricorso alla sfera di cristallo. Più esperto di medicina e di uomini che tanti suoi colleghi, ci aveva detto, con voce pacata e ferma, guardandoci negli occhi: "Non posso prevedere come diventerà vostro figlio. Posso fare alcune ipotesi ragionevoli. (...) Questa almeno è la mia esperienza. Non posso dirvi altro". Grazie, a distanza di trent'anni.

Da: G. Pontiggia. *Nati due volte*

Il momento della verbalizzazione della diagnosi è la punta dell'iceberg ed è in qualche modo il punto di non ritorno rispetto alle speranze che "...non sia vero...", che "gli esami siano sbagliati...", che si tratti solo di "un brutto sogno". Da questo la carica emotiva acuta che viene riversata su tale momento sia da parte dei genitori, per i quali il ricordo rimane vivissimo anche a distanza di molti anni, sia da parte degli operatori, ogni qual volta si trovano ad affrontare la situazione con un'altra coppia. (...) In modo particolare nell'ambito oggetto della nostra ricerca, emerge come per il 58% dei genitori intervistati

Per corrispondenza:
Federica Zanetto
e-mail: zanetof@fin.it

(=131) sia nitido nel tempo il ricordo di quale sia stata l'immagine del bambino che essi si sono fatti al momento della comunicazione.

Da: P. Ghiotti. *La comunicazione della diagnosi di disabilità: dati, criticità, riflessioni e prospettive*

Il pediatra deve poi ricordarsi che quello che lui, come sanitario, ha in mente rispetto alla diagnosi e quello che possono pensare i genitori non sono la stessa cosa: le sue conoscenze scientifiche e quindi più realistiche del quadro clinico si devono confrontare con una valutazione soggettiva, più complessa da comprendere, che è nella mente della famiglia e che non è sempre facile esprimere, come nel caso della mamma di Antonio. *“Cosa vuol dire quello che ci hanno detto?”*, *“Cosa dobbiamo fare adesso?”*, *“Come facciamo ad essere sicuri di fare tutto il possibile?”*, possono essere alcune delle domande, spesso nascoste e contraddittorie, ma incalzanti nel pensiero dei genitori.

“Non ci sono eccezioni?... Lei ne è assolutamente certo?”: ne *L'olio di Lorenzo* queste sono le parole che a mala pena la mamma riesce a pronunciare alla comunicazione di una malattia grave e senza speranza (l'adrenoleucodistrofia), peraltro data ai genitori in modo non brutale né eccessivamente distaccato.

Cosa può succedere allora dal punto di vista comunicativo?

Proseguiamo con il caso di Antonio e proviamo a considerare tre sviluppi possibili:

- Il pediatra può riempire il silenzio della mamma con domande di tipo operativo: *“lo specialista vi ha detto che la fisioterapia risolve il problema delle contratture?”*. Ponendosi in un ruolo tecnico-professionale, evita di affrontare l'emozione che non permette alla mamma di parlare, formulando oltre tutto un domanda chiusa, anch'essa utilizzata per evitare un tema difficile. La risposta potrà essere solo breve, una singola parola, o anche solo un cenno del capo.
- *“Deve essere difficile per lei, signora, questo periodo...”*: con un'espressione empatica il pediatra può invece

comunicare alla mamma che la sua situazione di difficoltà è giustificata, oltre a renderle possibile esprimere come si sente in quel momento e chiarire di che tipo di aiuto può avere bisogno.

- Un'altra possibilità per il medico è decidere di non dire nulla fino a quando la mamma ricomincia a parlare: anche l'uso consapevole e attento del silenzio (e della comunicazione non verbale come solo linguaggio possibile in quel momento) può permettere alla mamma di Antonio di esprimere meglio i propri pensieri poco dopo. È un silenzio partecipe, un “modo di stare” che vuole significare che il pediatra non ha smesso di pensare, ma riconosce che il suo interlocutore sta provando in quel momento sentimenti troppo grandi.

Fermiamoci un momento e analizziamo le tre ipotesi: quale scegliere, oppure quale non scegliere nell'ottica di una comunicazione efficace?

Possiamo suggerire che, delle tre possibilità, la prima è certamente quella che rende lo scambio comunicativo poco produttivo e meno funzionale alla raccolta di osservazioni e riflessioni da parte della mamma, utili al pediatra per fornire poi indicazioni e informazioni appropriate e individuare soluzioni condivise.

Spesso può anche capitare, in un clima emotivo particolare e che rende la comunicazione più difficile, che il medico ricorra a toni e modalità comunicative un po' difensive, a volte con espressioni molto tecniche e specialistiche, che certo scoraggiano nell'interlocutore l'espressione di sensazioni e punti di vista.

“Che complicazioni ci sono?”.

“Tutto e niente. Il rischio più grave è l'anossia”(...).

“Ricordo una parola, catatonico, me la dice in fretta il chirurgo uscendo dalla porta”.

Da: G. Pontiggia. *Nati due volte*

Oppure può reagire in modo emotivo, affidandosi al buon senso e all'incoraggiamento generico, pensando di rendere fiducioso l'interlocutore, di doverne ridurre la sofferenza o anche di fargli

comprendere di avere le sue stesse priorità (*“non è il caso di fasciarsi la testa”*, *“non è poi così grave...”*, *“è un bambino come gli altri, cosa vuol dire essere normali...?”*).

Anche frasi apparentemente innocue e ricorrenti nella conversazione quotidiana o amichevole, pronunciate invece in un colloquio riguardante una diagnosi difficile, una anormalità o un bambino con patologia complessa, possono bloccare le capacità di risposta dei genitori e la mobilitazione delle loro risorse. Sono quelle che si riferiscono alla fatalità o al destino (*“lasciamo fare alla natura... sono cose che accadono...”*), all'impotenza (*“non ho la sfera di cristallo... non sono un indovino”*), a responsabilità altrui (*“se... le cose fossero potute andare diversamente”*).

Le maggiori difficoltà riscontrate dagli operatori sono quelle relative al “contenimento delle angosce dei genitori”, presenti per il 75% degli intervistati, mentre irrisorie sono le difficoltà riscontrate nel trovare un linguaggio semplice e comprensibile (12%). Parimenti a gran parte degli operatori appare molto difficile “contenere le proprie emozioni” (...). Il punto di vista dei genitori è, nella metà dei casi, che la comunicazione sia stata fatta con un atteggiamento sbrigativo (32%) o molto freddo (40%) e distaccato, ed è stato colto imbarazzo nel comunicante (18%).

Da: P. Ghiotti. *La comunicazione della diagnosi di disabilità: dati, criticità, riflessioni e prospettive*

A queste difficoltà, per il pediatra che cerca di stabilire una comunicazione efficace, si aggiunge il dover tenere conto di informazioni non sempre chiare, comprensibili o utili, già raccolte dai genitori durante la permanenza in ospedale, oppure attraverso i contatti con gli specialisti, o dal “sentito dire” da parenti, conoscenti, famiglie che hanno o non hanno avuto lo stesso problema. La competenza del pediatra e il suo ruolo di accompagnatore diventano cruciali se si considera anche la facile accessibilità, attraverso Internet, a una documentazione scientificamente approvata, accanto alla presenza di una pubblicistica poco

controllata, né sempre riferibile a fonti rigorosamente scientifiche:

E poi ci sono i sensi di colpa. L'offerta di interventi e la grande disponibilità di strumenti preventivi e di diagnosi precoci possono contribuire a far nascere un immaginario rischioso: "Se è successo, è perché abbiamo trascurato qualcosa". Un oscuro senso di colpa si impadronisce della mamma ne *L'olio di Lorenzo* quando i genitori apprendono che la malattia è trasmessa per via materna: "Sta dicendo che Lorenzo ha ricevuto il cromosoma sbagliato?". "Se ho ereditato il difetto, perché non ho la malattia?". "Se la madre di Michela aveva questa cosa, e la madre della madre, perché non c'è stato nessun precedente?".

Ancora, il pediatra non deve dimenticare che c'è tutto un sistema che si aggrega intorno al problema di salute portato dalla famiglia in quel momento: il bambino, i parenti, gli amici, i vicini di casa, le altre figure del mondo della cura. Dunque, oltre alla competenza strettamente medica, è spesso richiesto, in questi casi, un intervento di affiancamento e facilitazione alla ricerca di nuove regole e soluzioni assimilabili, condivise e sostenibili dalla famiglia: esse possono investire la rete degli aiuti all'interno del nucleo familiare, i rapporti con il centro di secondo livello e gli specialisti, la necessità di una consulenza genetica, l'utilizzo dei servizi sociali e del volontariato, i rapporti con la scuola, i contatti con le associazioni dei genitori.

Una buona prassi condivisa è quella che si pone tutte queste domande e altre ancora (...): qual è il momento più opportuno per la comunicazione formale della diagnosi? Chi è il responsabile della comunicazione? Come si gestisce la routine assistenziale? Quale relazione tra i sanitari e i parenti stretti? Collegamento con specialisti, coinvolgimento degli stessi nel rapporto diretto con la famiglia prima della dimissione? La prassi dovrebbe inoltre confrontarsi periodicamente con le aspettative dei genitori attraverso contatti con le Associazioni e gli Enti che operano nell'ambito della disabilità (...). Dai questionari compilati dai genitori, complessivamente il 63% dei genitori afferma di non essere

Protocollo dei 6 stadi

- Creare un contesto appropriato, in cui il medico si può concentrare sul suo interlocutore, concedendogli un tempo veramente suo e a lui dedicato
- Esplorare quanto sanno già i genitori, in particolare se hanno già avuto informazioni da altri
- Capire quanto i genitori vogliono sapere in quel momento, per calibrare spiegazioni e proposte
- Condividere le informazioni (allinearsi ed educare), per inserirle in un percorso di affiancamento e facilitazione che tenga conto della situazione in quel momento
- Rispondere ai sentimenti del paziente: presenti nella relazione terapeutica, essi vanno riconosciuti e trattati attentamente
- Pianificare e accompagnare la gestione della situazione medica e l'attuazione delle soluzioni individuate

(R. Buckman)

stato aiutato a stabilire un buon rapporto con il bambino, e oltre il 60% dei genitori pensa che anche i parenti stretti dovrebbero ricevere informazioni adeguate da personale preparato.

Da: P. Ghiotti. *La comunicazione della diagnosi di disabilità: dati, criticità, riflessioni e prospettive*

Ogni momento di un colloquio impegnativo richiede una notevole attenzione dal punto di vista comunicativo. In un capitolo di *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi* R. Buckman definisce "assai faticoso sul piano emotivo" il colloquio con i genitori di un bambino ammalato e suggerisce, oltre al protocollo in sei stadi (vedi box), alcune abilità per l'operatore che vi è coinvolto:

- consapevolezza del peso emotivo cui sono sottoposti i genitori: tensione, dolore, ansia, colpa, frustrazione, impotenza terapeutica;
- necessità di chiarezza rispetto alle informazioni biomediche e rispetto alla prognosi, evitando il "tenersi indietro" o la rassicurazione eccessiva e specificando invece ciò di cui in effetti si è a conoscenza, ciò che sarà noto in futuro, ciò che non si può sapere;
- trasferimento di informazioni solo quando si conosce in modo approfondito quanto l'interlocutore sa o pensa di sapere;
- utilizzo di risposte empatiche, di grande valore in questo contesto, indipendentemente dal fatto di pensare che la

reazione del genitore sia appropriata o meno.

Saper raccogliere le informazioni e riuscire a integrare le proprie indicazioni con quello che i genitori hanno in mente, saper formulare domande appropriate per quel momento e quella situazione, accogliere le emozioni, accompagnare la famiglia a prendere atto di complessità prima non riconosciute o non ammesse sono alcune delle abilità da mettere in campo quando la "quotidianità difficile" si inserisce nel lavoro del pediatra. Quello che succede tra il pediatra e i genitori, in questi casi, oltre a essere importante per la situazione del bambino in quel momento, è anche la costruzione di una storia relazionale con quella famiglia, dove in un certo senso i genitori possono "imparare" come comunicare e come muoversi rispetto alla malattia del bambino insieme al proprio pediatra. ♦

Si veda anche a pag. 157: *La comunicazione della disabilità.*

Citazioni nel testo:

- Pontiggia G. *Nati due volte*. Mondadori 2000
- *Olio di Lorenzo*. USA 1992, regia di George Miller
- Ghiotti P. *La comunicazione della diagnosi di disabilità: dati, criticità, riflessioni e prospettive*. In: *Nascere bene per crescere meglio*. Torino: Fondazione Paideia, CEPIM, 2006

Per approfondire:

- Buckman R. *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi*. Milano: Cortina Editore, 2003.

Nuovi vaccini contro il rotavirus: servono in Europa?

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Rotavirus. Vaccini antirotavirus. Europa

Dopo il ritiro del vaccino antirotavirus Rotashield della Wyeth per il riscontro di un numero di invaginazioni intestinali superiori all'atteso in seguito alla sua introduzione negli USA nel 1999, sono stati allestiti altri vaccini. Sul *New England Journal of Medicine* di gennaio 2006, sono stati pubblicati i risultati dei trial relativi a due nuovi vaccini antirotavirus, entrambi a base di virus vivi attenuati e da somministrare per os. *Rotateq* della Merck contiene 5 antigeni appartenenti a una combinazione di ceppi umani e bovini di rotavirus e richiede la somministrazione di 3 dosi a distanza di almeno 1 mese una dall'altra (1). *Rotarix* della Glaxo Smith Kline contiene un unico antigene di un ceppo umano e richiede la somministrazione di 2 dosi a distanza di 2 mesi una dall'altra (2).

I due trial hanno coinvolto un elevato numero di bambini: circa 30.000 casi e 30.000 controlli per ciascun vaccino. *Rotarix* è stato studiato in 11 Paesi dell'America Latina e in Finlandia e *Rotateq* in Finlandia e negli USA. L'efficacia nel ridurre le gastroenteriti gravi e l'ospedalizzazione per infezione da rotavirus è risultata pari al 94% per *Rotateq* e all'85% per *Rotarix*. La riduzione di tutte le diarree da rotavirus appare minore (74% con *Rotateq*) e il calo delle ospedalizzazioni per tutti i tipi di diarrea è stato del 42% per *Rotarix* e del 59% per *Rotateq*. Il profilo di sicurezza risulta buono e l'invaginazione intestinale non appare associata a nessuno dei due vaccini, ma sarà necessaria un'attenta sorveglianza post-marketing, poiché il rischio di invaginazione intestinale potrebbe aumentare vaccinando bambini più grandi o un più ampio numero di bambini (3).

Rimane inoltre il problema di dove e come verranno usati questi vaccini. L'OMS valuta che le infezioni da rotavi-

rus provochino circa 500.000 morti ogni anno tra i bambini di età inferiore ai 5 anni nei Paesi più poveri e circa un terzo delle ospedalizzazioni per diarrea in tutto il mondo, ma i decessi causati dal rotavirus nei Paesi più ricchi sono estremamente rari (4). Non sappiamo se i costi di questi vaccini ne permetteranno l'uso nei bambini che ne avrebbero più bisogno. Speriamo che le promesse fatte in tal senso non vengano disattese, come è avvenuto tante altre volte.

In Paesi come l'Europa, dove le infezioni da rotavirus non destano preoccupazioni per la loro gravità, le valutazioni per un eventuale uso del vaccino si basano prevalentemente sul possibile risparmio dei costi diretti della malattia (ricoveri, visite, cure) e dei costi sociali (giorni di lavoro persi). Il supplemento di gennaio di *Pediatric Infectious Disease Journal*, interamente dedicato alle infezioni da rotavirus in Europa, riporta le valutazioni effettuate da Università finlandesi, tedesche, belghe e italiane, insieme alla Glaxo Smith Kline. La stima del peso della malattia nei vari Paesi europei, calcolata con un modello predisposto dai CDC di Atlanta, appare poco convincente e, per quanto riguarda i costi, gli stessi Autori riconoscono le difficoltà connesse agli strumenti di valutazione disponibili (5-6). Appare chiara la necessità di un'analisi più approfondita, e della disponibilità di dati accurati relativi alle varie realtà dell'Unione Europea, peraltro molto diversificate tra loro per la situazione economica, sociale, e forse anche per l'epidemiologia della malattia, oltre che per i sistemi di assistenza sanitaria. Sarebbe auspicabile che il CDC europeo (ECDC) coordinasse la valutazione di impatto nei vari Paesi dell'UE attraverso le Agenzie governative (per l'Italia, l'ISS) in modo da produrre valutazioni nazionali o per grandi aree omogenee, in base a criteri standardizzati. Del resto esiste già un Gruppo europeo per la sorveglianza delle malattie gastroenteriche (Enter-net), finanziato dalla Commissione Europea e coordinato dalla Health Protection Agency del Regno Unito (7).

In Italia per il momento non disponiamo di dati e di valutazioni della nostra Agenzia nazionale. Speriamo che possa lavorare serenamente in modo da offrire alle Regioni criteri per decidere e non prevalgano – anche questa volta – scelte che esulano dalle valutazioni tecniche. Oltre tutto non si tratta di una patologia grave per i nostri bambini e quindi la vaccinazione non riveste carattere di urgenza. Abbiamo tempo. Sarebbe necessario, prima di pensare di introdurre il vaccino, conoscere il numero e la gravità delle infezioni da rotavirus in Italia, identificando anche i ceppi virali circolanti, visto che anche per questo vaccino non si può escludere l'ipotesi di una pressione selettiva.

Anche SPES potrebbe avere un ruolo importante nella sorveglianza, dato che le diarree da rotavirus, in Paesi come il nostro, sono spesso di gravità lieve e vengono curate a domicilio. Si tratterà poi di capire che cosa si vuole prevenire e quali costi si vogliono risparmiare. E se prevenire le infezioni da rotavirus è una priorità di sanità pubblica o una scelta individuale. ♦

Bibliografia

- (1) Vesikari T, Matson DO, Dennehy P, et al. Safety and efficacy of a pentavalent human-bovine (WC3) reassortant rotavirus vaccine. *N Engl J Med* 2006; 354:23-33.
- (2) Ruiz-Palacios GM, Pérez-Schael I, Velazquez FR, et al. Safety and efficacy of an attenuated vaccine against severe rotavirus gastroenteritis. *N Engl J Med* 2006; 354:11-22.
- (3) Glass RI and Parashar UD. The promise of new rotavirus vaccines. *N Engl J Med* 2006; 354: 75-7.
- (4) WHO. Rotavirus vaccines. *Weekly Epidemiological Record* 1999;74:33-8.
- (5) Soriano-Gabarró M, Mrukowicz J, Vesikari T, et al. Burden on rotavirus disease in European Union countries. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:S7-11.
- (6) Rheingans RD, Heylen J, Giaquinto C. Economics of rotavirus gastroenteritis and vaccination in Europe. What make sense? *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:S48-55.
- (7) Enter.net www.hpa.org.uk/hpa/inter/enter-

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

Bambini e farmaci

Antonio Clavenna, Maurizio Bonati
Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, IRFMN, Milano

Questa nuova rubrica nasce con la finalità di fornire informazioni recenti, di non facile reperimento e potenzialmente utili anche per la pratica, concernenti l'utilizzo dei farmaci in età pediatrica. L'appropriatezza (efficacia, sicurezza, costo) dell'uso dei farmaci per i bambini rappresenta ancora un obiettivo da raggiungere per la maggioranza delle prescrizioni pediatriche. In tale contesto, la diffusione delle informazioni circa le iniziative e le evidenze prodotte nel settore potrà contribuire a un uso più razionale dei farmaci per i bambini.

Red

Pediatric Expert Group

Nel 2001 è stato creato dal comitato scientifico dell'EMA (CHMP) il *Pediatric Working Party* come gruppo di esperti con un ruolo consultivo e di coordinamento per lo sviluppo e l'impiego di medicinali in ambito pediatrico. Nel 2004 è stato trasformato in gruppo di lavoro denominato *Pediatric Expert Group* (PEG). Il PEG è composto da 13 esperti di varie aree pediatriche e da rappresentanti di altri gruppi di lavoro dell'EMA. Il rappresentante italiano all'interno del PEG è il professor Paolo Rossi dell'UO di Immunoinfeziologia dell'Ospedale "Bambin Gesù" di Roma. Tra le attività del PEG vi sono l'elaborazione di *Concept Paper* (farmacovigilanza in pediatria; valutazione della farmacocinetica in pediatria; formulazioni pediatriche) e l'identificazione dei bisogni terapeutici in pediatria. A questo riguardo il gruppo di lavoro ha prodotto delle revisioni dei trattamenti disponibili e delle carenze per quanto concerne l'uso di farmaci nell'ambito della cardiologia, chemioterapia e immunologia, reumatologia pediatrica, e il trattamento del dolore nel bambino.

I documenti elaborati dal PEG sono consultabili sul sito dell'EMA all'indirizzo <http://www.emea.eu.int/htms/human/peg/pegfaq.htm>.

Costituito il Gruppo di Lavoro Pediatrico dell'AIFA

In data 4 aprile 2006 è stato costituito il Gruppo di Lavoro Pediatrico dell'Agenzia Italiana del Farmaco. Del Gruppo fanno parte anche l'ACP oltre alla SIP, FIMP, CBS ed esperti del settore.

Il Gruppo di esperti ha lo scopo di supportare le attività regolatorie, informati-

ve, di farmacovigilanza e di promozione alla ricerca clinica indipendente dell'Agenzia per quanto concerne l'uso dei farmaci nella popolazione pediatrica.

Prometazina controindicata sotto i due anni

I farmaci contenenti prometazina non devono essere somministrati ai bambini al di sotto dei due anni di età, poiché il farmaco può causare reazioni avverse gravi, tra le quali depressione respiratoria fatale.

È l'allarme inviato agli operatori sanitari dalla *Food and Drug Administration* il 25 aprile 2006, dopo aver ricevuto segnalazioni di eventi avversi gravi in bambini minori di due anni di età, tra cui sette casi fatali e ventidue casi di depressione respiratoria.

In Italia la prometazina è disponibile con il nome commerciale di *Farganese*; come generico in confetti da 25 e 50 mg e come soluzione iniettabile 50 mg/2 ml ed è controindicata nei bambini sotto i due anni di età.

(<http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/promethazine/default.htm>)

Equivalenti dis-equivalenti

Da novembre 2005 sono stati autorizzati all'immissione in commercio in Italia 7 farmaci equivalenti a base di sertralina. Le formulazioni e i dosaggi sono gli stessi rispetto alle specialità medicinali "di marca", non altrettanto lo sono le indicazioni, in particolare per quanto riguarda l'uso in età pediatrica.

La sertralina e la fluvoxamina sono gli unici inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) con indicazione all'uso in età pediatrica per il trattamento dei disturbi ossessivo-compulsivi (OCD) in bambini al di sopra dei sei anni di età. Nonostante ciò, solo due dei sette equivalenti registrati in Italia hanno indicazione al trattamento dell'OCD pediatrico e per fasce di età diverse (≥ 6 e ≥ 13 anni). Esiste quindi una discrepanza di

indicazioni per farmaci "equivalenti" che non si verifica in altre nazioni europee. In Francia, ad esempio, negli ultimi mesi del 2005 sono stati commercializzati 15 farmaci equivalenti: tutti hanno indicazione per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo nei bambini ≥ 6 anni.

Il concetto di "equivalenza" non dovrebbe essere definito solo basandosi sulle caratteristiche chimico-fisiche e farmacocinetiche, ma dovrebbe contemplare anche l'efficacia e la sicurezza di impiego, e quindi le indicazioni d'uso, in modo da garantire equità-equivalenza nell'accesso alle cure.

(Maschi S, Clavenna A, Bonati M. Sertralina in età pediatrica: un caso di (dis)equivalenza. *Informazioni sui Farmaci* 2006;30(1):26-8).

Gli antidepressivi raddoppiano il rischio di suicidio nei bambini

I bambini e gli adolescenti, che fanno uso di antidepressivi, hanno un rischio quasi doppio di sviluppare suicidalità (ideazioni e comportamenti suicidari) rispetto ai bambini trattati con placebo.

Sono i risultati di una metanalisi di 24 studi placebo controllati, riguardanti 9 antidepressivi per un totale di 4582 pazienti pediatrici coinvolti. Questa analisi rappresenta la fase finale della revisione operata dalla *Food and Drug Administration* a partire dal febbraio 2004 e che aveva portato nell'ottobre dello stesso anno all'inserimento di un *black box warning* negli stampati degli antidepressivi. Il rischio relativo di suicidalità è risultato di 1,95 (IC 95%: 1,28-2,68) per tutti gli antidepressivi e di 1,66 (IC 95%: 1,02-2,68) per gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRI*).

(Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:332-9). ◆

Per corrispondenza:
Centro Informazioni sul Farmaco e la Salute
e-mail: cif@marionegri.it

IL CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO

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

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

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

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

LE ATTIVITÀ PRINCIPALI

1. Ricerca e documentazione

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

2. Formazione e aggiornamento

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

- Corsi per operatori sanitari su promozione e pratica dell'allattamento al seno
- Corsi per "peer counsellor" sull'allattamento al seno

3. Sviluppo di servizi e progetti

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

4. Solidarietà internazionale

- Raccolta fondi per il *Center for Reproductive Health and Environment* di Nukus (Mare di Aral)

Centro per la Salute del Bambino ONLUS

Via dei Burlo, 1 - 34123 Trieste

Tel 040 3220447 - 040 300551

Fax 040 3224842

e-mail: csb.trieste@iol.it

<http://www.salutedelbambino.it>

Prevalenza dell'allattamento al seno nell'ASL 4 di Terni

Risultati di un'indagine eseguita nel corso delle prime due vaccinazioni

Lucio Piermarini

UO Consultorio Distretto 1 ASL 4, Terni

Abstract

Breastfeeding prevalence in ASL 4 in Terni

Objective Breastfeeding prevalence in Terni's Health district (Umbria Region) in order to assess the need of a change in the modalities adopted by the project on supporting breastfeeding and in order to have comparable international and national data.

Methods Feeding practices of the last 24 hours, based on WHO definitions, have been registered in all children during their first and second vaccination for a 3 year period, between 2002 and 2005.

Results Complete breastfeeding prevalence (ASC), based on WHO definition, is at the first vaccination around 68% and 49.8% at the second vaccination.

Conclusions The results obtained are similar to the ones achieved in 2001 through a survey during the third vaccination, and they confirm the effectiveness of both health district professionals and family paediatricians in the ASL 4.

Quaderni acp 2006; 13(4): 175-176

Key words Breastfeeding. Breastfeeding prevalence. Vaccinations

Obiettivi Rilevare la prevalenza dell'allattamento al seno nel Distretto 1 della ASL 4 di Terni (Regione Umbria) per verificare la necessità di una modificazione delle azioni nell'ambito del Progetto di sostegno all'allattamento al seno, e per avere dati confrontabili in ambito nazionale e internazionale.

Metodi Sono state rilevate le abitudini alimentari delle ultime 24 ore, sulla base delle definizioni OMS, in tutti i bambini presentatisi alla prima e seconda vaccinazione, per un periodo di tre anni, dal 2002 al 2005.

Risultati La prevalenza dell'allattamento al seno completo (ASC), secondo la definizione dell'OMS, risulta essere del 68% alla prima vaccinazione e del 49,5% alla seconda.

Conclusioni I risultati ottenuti con il nuovo sistema di rilevazione concordano sufficientemente con i dati precedentemente raccolti nel 2001 con la somministrazione di un questionario alla terza vaccinazione e confermano l'elevata efficacia del lavoro svolto dai servizi consultoriali e dai pediatri di famiglia della ASL 4.

Parole chiave Allattamento al seno. Prevalenza dell'allattamento al seno. Vaccinazioni

Background

La promozione dell'allattamento al seno è sempre stato un obiettivo primario del Consultorio del Distretto 1 della ASL 4 di Terni. Una prima valutazione del 1994, mediante analisi di circa 400 schede compilate dai pediatri di famiglia in occasione dei controlli di salute, aveva dato una prevalenza di allattamento al seno esclusivo (ASE) a sei mesi del 12%. Questo modesto risultato aveva portato a una profonda revisione nella strutturazione dei corsi di preparazione al parto, caratterizzata da un aumento dell'offerta,

dall'avvio della metodologia del "parto attivo", e dall'aumento del numero degli incontri con il pediatra da 2 a 6-7. La successiva valutazione nel 1998 con questionario somministrato alla terza vaccinazione dava una prevalenza a sei mesi di ASE del 39,7%, dimostrando la bontà delle scelte fatte (1). La modalità di rilevazione utilizzata, tuttavia, non permetteva un raffronto esterno alla ASL e lasciava quindi adito a dubbi sulla reale consistenza dei dati. In particolare interessava il riferimento alle esperienze di alcune regioni italiane dove il modello di

rilevamento OMS era già stato impiegato (2).

Obiettivi

Nel 2002, dovendo pianificare una ulteriore rilevazione della prevalenza dell'allattamento al seno, per potere ottenere dati confrontabili con quelli di altre realtà territoriali, si è deciso di utilizzare l'anamnesi delle ultime 24 ore, come raccomandato dall'OMS (3).

Metodi

In occasione della prima e seconda vaccinazione, il personale chiedeva direttamente alle madri o agli accompagnatori di tutti i bambini il tipo di alimentazione delle ultime 24 ore e riportava il dato con una sigla sulla scheda informatica vaccinale, in uno spazio non preventivamente predisposto e quindi non elaborabile elettronicamente. Veniva inserita una "M" in caso di assunzione di latte materno, una "A" nel caso di sostituti del latte umano, e una "S" per alimenti solidi. Sono state evitate, per ragioni di snellezza della procedura, domande di approfondimento sull'assunzione di liquidi zuccherati, giudicando, ai nostri fini, complessivamente irrilevante la distinzione tra allattamento esclusivo e predominante, limitandoci perciò al dato dell'ASC, che ne rappresenta la somma (si veda in Appendice).

In fase di valutazione "M" è stato interpretato come ASC, "MA" e "MS" e "MAS" come allattamento complementare e "A" e "AS" come allattamento artificiale. La notazione sulla presenza di alimenti solidi ci avrebbe permesso di valutare inoltre, sempre con l'approssimazione inerente a questo metodo di indagine, l'epoca dello svezzamento. La raccolta dei dati è stata fatta su due dei

Per corrispondenza:
Lucio Piermarini
e-mail: consultorioasl14@virgilio.it

research letter

FIGURA: ETÀ ALLA SECONDA VACCINAZIONE

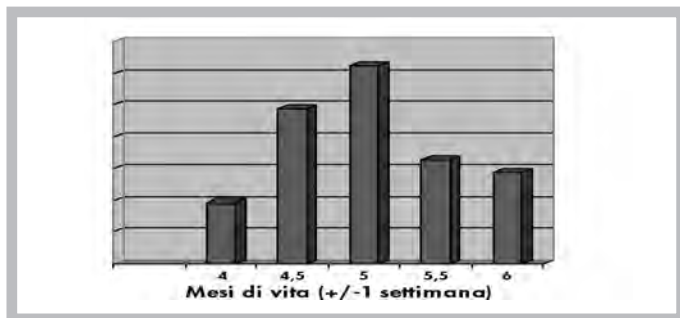


TABELLA: TIPI DI ALIMENTAZIONE ALLA I E II VACCINAZIONE

	Prima dose	Seconda dose
Numero di bambini	966	959
Allattamento al seno completo	68,0%	49,5%
Allattamento complementare	12,5%	20,0%
Allattamento artificiale	19,5%	30,5%

tre Centri di salute della ASL 4, su una popolazione di circa 60.000 abitanti, dall'1/10/2002 al 30/09/2005.

Non sono state chieste informazioni sulle caratteristiche socio-culturali delle famiglie sempre per evitare di appesantire la seduta vaccinale e garantire così al massimo l'adesione del personale e la completezza dei dati.

Risultati

Sono stati raccolti i dati relativi a 966 prime dosi e 959 seconde dosi vaccinali. L'affluenza alle sedute vaccinali è stata, nel periodo considerato, non inferiore al 97% della popolazione bersaglio.

L'età dei bambini alla prima vaccinazione andava dai 60 ai 110 giorni, alla seconda da 120 a 180 giorni, con una piccola coda di bambini più grandi. Nel gruppo della seconda vaccinazione, che più ci interessa, aggregando i bambini per fasce di età di circa 15 giorni, risulta una moda di 5 mesi (figura). La prevalenza dell'ASC è risultata del 68% alla prima dose e del 49,5% alla seconda (tabella). All'età della seconda vaccinazione il 79,7% dei bambini non era ancora svezzato.

Discussione

La prevalenza del 49,5% di ASC rilevata alla seconda dose di vaccino nella nostra popolazione può essere considerata più che soddisfacente, se confrontata con quelle ottenute con identico criterio nel 1999 nella regione Emilia-Romagna (28%) e in Friuli (41%) (2). L'età dei bambini delle popolazioni osservate nelle tre indagini, pur nella sua inevitabile

variabilità, per grandi numeri tende a rimanere simile, rendendo attendibile il confronto fra le indagini.

Un dato rilevante che emerge dallo studio è la conferma del risultato di ASE a sei mesi al 39,7% ottenuta nel 1998. Un altro dato confortante è la modesta caduta, dalla prima alla seconda dose, della presenza del latte materno in assoluto (ASC e complementare), dall'80,5% al 69,5%, che testimonia della crescente consapevolezza nelle mamme e, crediamo, negli operatori del territorio dell'utilità di proseguire comunque l'allattamento naturale. Una conferma di questo progressivo adeguamento alle indicazioni delle agenzie internazionali viene anche dal dato che solamente il 20,3% dei bambini alla seconda dose è già svezzato, fatto inimmaginabile qualche anno fa. Si può quindi considerare la situazione dell'allattamento al seno nel Distretto studiato, particolarmente confortante e prossima al bersaglio del 50% a 6 mesi fissato dall'UNICEF. Rispetto alle considerazioni fatte dopo la valutazione del 1998 dobbiamo ancora lamentare il ritardo di adeguamento alle raccomandazioni OMS-UNICEF da parte delle strutture ospedaliere di riferimento per il territorio dell'ASL studiata, soprattutto sul versante della formazione del personale. Questo potrebbe spiegare la sostanziale tenuta dei risultati senza il balzo finale che, in una situazione normalizzata, ci si sarebbe potuti aspettare.

Conclusioni

Questa terza rilevazione della prevalenza dell'allattamento al seno nel Distretto 1 dell'ASL 4 di Terni dimostra l'efficacia

delle azioni esercitate dal Consultorio del Distretto 1 nella promozione e sostegno dell'allattamento al seno e della raccomandazione UNICEF di rimandare comunque l'introduzione di cibi solidi al compimento dei 6 mesi di vita.

Un impegno maggiore degli Amministratori della sanità locale nella promozione della politica della "Baby friendly hospital initiative" dell'OMS-UNICEF potrebbe migliorare ulteriormente i buoni risultati fin qui ottenuti dall'impegno degli operatori delle strutture territoriali. ♦

Per lo studio nessuno degli Autori ha un conflitto di interesse; la ricerca è stata svolta senza utilizzare alcun finanziamento esterno impiegando risorse interne ai servizi sanitari.

Appendice

Definizioni dei vari tipi di allattamento al seno secondo l'OMS (3).

Allattamento esclusivo: latte materno (succhiato o estratto in altro modo) e in più solo farmaci.

Allattamento predominante: sono permessi in più solo liquidi non nutritivi (tipo tè e tisane varie) con l'eccezione di succhi di frutta e acqua zuccherata.

Allattamento completo: somma di allattamento esclusivo più il predominante.

Allattamento complementare: sono presenti altri alimenti di qualsiasi tipo, liquidi e non.

Allattamento artificiale: alimentazione senza latte materno.

Ringraziamenti

Si ringraziano le colleghe dei Centri di salute 1 e 3 addette alle vaccinazioni per la qualità della loro partecipazione.

Bibliografia

- (1) Piermarini L. Corsi di preparazione al parto e allattamento al seno: esperienza di un distretto sanitario. Quaderni acp 2001;2:12-4.
- (2) Cuoghi C, et al. Prevalenza dell'allattamento al seno nella Regione Emilia-Romagna. Quaderni acp 2001;4:12-4.
- (3) WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. Document WHO. Geneva 1991.

Una febbre persistente con rash fugace e TAS elevato

Massimiliano De Vivo, Carolina De Chiara, Maria Simona Sabbatino, Luciano de Seta
Unità Operativa Complessa di Pediatria e Patologia Neonatale, Ospedale "S. Paolo", Napoli

Abstract

A persistent fever with transient rash and an increase in antistreptolysine antibodies
A child of 11 years and 10 months of age comes to observation for persistent fever and arthralgias mainly in his hands. A few hours after hospital admission a transient rash appears. The laboratory tests show an increase in erythrocyte sedimentation rate, C-reactive protein, leukocyte count, antistreptolysine antibodies (from 1630 UI/ml to 2090 UI/ml after 7 days), and a negative throat swab for culture. After 10 days of hospitalization, for persistent arthralgias and fever, a therapy with non steroid anti-inflammatory agents is prescribed, with a light response. A negative bone marrow aspiration permits to start a therapy with prednisone with a drastic reduction of symptoms after 48 hours. A differential diagnosis with acute rheumatic fever and chronic juvenile arthritis gives us a high index of suspicion for a poststreptococcal reactive arthritis; a therapy with amoxicilline and afterwards a prophylaxis with benzathine penicilline for 12 months confirms after a 2 year follow-up, our diagnostic suspect.

Quaderni acp 2006; 13(4): 177-179

Key words Persisten fever. Arthralgia. Chronic juvenile arthritis. Post-streptococcal reactive arthritis. Acute rheumatic disease

È descritto il caso di un bambino di 11 anni e 10 mesi che ha presentato febbre persistente e artralgie localizzate soprattutto alle mani. Dopo alcune ore dal ricovero alla sintomatologia d'ingresso si è associato un fugace rash cutaneo. Il laboratorio mostra elevazione notevole degli indici infiammatori (VES, PCR, leucocitosi neutrofila), del TAS (1630 UI/ml con incremento dopo sette giorni a 2090 UI/ml), con tampone faringeo negativo per SBEA. Durante il ricovero la febbre e le artralgie sono persistite e alla decima giornata dall'esordio della febbre si è attuata terapia con FANS con risposta soltanto parziale. Dopo aver escluso una patologia oncoematologica mediante ago aspirato midollare, si è instaurata terapia con prednisone che ha indotto la regressione completa della sintomatologia dopo 48 ore. Escluse la possibilità di un reumatismo articolare acuto (RAA) e di un'artrite cronica giovanile di tipo sistemico (ACGS) sulla base della clinica, del laboratorio e del decorso, ci si è orientati per un'artrite reattiva post-streptococcica (ARPS) e si è iniziata terapia con amoxicillina e poi profilassi con benzatin-penicillina per 12 mesi. Il follow-up a due anni ha confermato l'orientamento diagnostico.

Parole chiave Febbre persistente. Arthralgia. Artrite cronica giovanile. Artrite reattiva post-streptococcica. Reumatismo articolare acuto

G. ha 11 anni e 10 mesi. Ha presentato un normale sviluppo staturale-ponderale e psico-motorio. Prima dell'attuale ricovero ha sofferto soltanto di sporadici episodi stagionali di infezioni delle alte vie respiratorie.

Da circa otto giorni presenta febbre continuo-remittente (range di temperatura corporea 38,5-39,5°C), associata ad ar-

tro-mialgie prevalentemente alle mani. Nel sospetto di un'infezione respiratoria delle basse vie ha praticato a domicilio terapia antibiotica con macrolide per sette giorni, senza risultato. Il piccolo ha anche eseguito alcuni esami di laboratorio e il dosaggio degli anticorpi anti-Epstein-Barr virus (IgM e IgG anti-VCA), risultati nella norma.

Il decorso

All'ingresso G. pesa 41 kg (50°-75° percentile), è alto 148 cm (50°percentile), ha temperatura corporea di 39,2°C. Le condizioni generali sono discrete, ha colorito roseo della cute e delle mucose visibili, idratazione normale, buono il tono muscolare, decubito indifferente, nuca libera. Assenza di linfoghiandole palpabili nelle comuni sedi esplorabili. Nulla di obiettivo al torace. All'auscultazione cardiaca si rileva la presenza di un soffio protomesosistolico d'intensità 1-2/6 Levine. L'addome è trattabile e non dolente con organi ipocondriaci nei limiti. A carico delle articolazioni metacarpo-falangee e interfalangee distali delle mani bilateralmente si osserva dolore spontaneo che si accentua con la digito-prensione, associato a modesti segni obiettivi d'infiammazione.

Indagini all'ingresso: Rx torace negativa; esame urine, azotemia, glicemia, creatininemia, transaminasemia ed elettrolitemia nella norma. La VES è alta: 92 mm dopo 1 ora. Alta la PCR: 23,9 mg/dl (vn < 1,0 mg/dl). All'esame emocromocitometrico alti i GB: 13.200/mm³. GR 4.310.000/mm³, Hb 11,2 g/dl (vn 11,5-15,5 g/dl), Ht 33,0% (vn 35-45%), MCV 79 mm³ (vn 77-95mm³), PLT 561.000/mm³ (vn 150-400.000/mm³). Formula leucocitaria: N 79,5% (vn ≤ 55%); L 17,8% (vn ≤ 38%); E 1,1% (vn ≤ 2%); M 1,3% (vn ≤ 5%); B 0,3% (vn ≤ 1%).

Di sera viene segnalata la comparsa di un lieve rash esantematico con maculopapule del diametro di pochi millimetri di color rosa chiaro, localizzate prevalentemente al tronco e solo in parte agli arti, della durata di qualche ora con scomparsa spontanea. L'episodio si ripete per due sere consecutive senza alcuna relazione

Per corrispondenza:
Luciano de Seta
e-mail: ludeseta@tin.it

il caso che insegna

con la risalita della febbre. La temperatura febbrile persiste invariata nei giorni successivi così come le artralgie alle mani con caratteristiche cliniche immo-
dificate rispetto all'esordio. Per questo al terzo giorno di ricovero (10° dall'inizio della febbre) viene instaurata terapia con naprossene (15mg/kg/die) in due somministrazioni e poi, constatata la scarsa risposta clinica, con ibuprofene (40 mg/kg/die) in quattro somministrazioni giornaliere.

La febbre si attenua ma non scompare e si mantiene sui 38°-38,5°C. Per questo dopo cinque giorni (14° giorno dall'inizio della febbre), non essendo stati raggiunti lo sfebbramento e la scomparsa della sintomatologia artralgica alle mani, si decide di praticare mielobiopsia (risultata nella norma) per instaurare con assoluta tranquillità terapia con prednisone 2 mg/kg/die in due somministrazioni giornaliere. A tale proposito si pone l'accento sull'importanza di escludere, in presenza di febbre e artralgie e in assenza di dati clinici e di laboratorio suggestivi, malattie linfoproliferative (LLA in prevalenza). Tale comportamento va seguito solo se si deve instaurare una terapia cortisonica, che potrebbe alterare il quadro midollare e ritardare un'eventuale diagnosi (6-7). Nel caso descritto, dopo 48 ore, si è assistito alla scomparsa della febbre e delle artralgie.

Durante il ricovero il ragazzo ha eseguito anche le seguenti indagini:
TAS alto e in risalita: 1630 UI/ml e a distanza di circa 1 settimana 2090 UI/ml (vn < 200 UI/ml).

Ecografia addome: negativa. Esame ECG: normale. Esame ecocardiografico: modesta insufficienza aortica, verosimilmente congenita. Vidal-Wright negativa, Emocoltura negativa (su due successive determinazioni). Urinocoltura: negativa. Tampone per streptococco β-emolitico di gruppo A (SBEA): negativo. Reuma Test, ANA, ENA, AMA (anti-mitocondrio): negativi. Complementemia: C3 233 mg/dl (vn 80-180), C4 43 mg/dl (vn 10-45). Ferritinemia: 350 mg/dl. (vn <250 mg/dl).

Riassumendo: si tratta di un bambino di circa 12 anni con febbre persistente da 14

TABELLA 1: CRITERI DI JONES*

Criteri maggiori	Criteri minori	Indici di infezione streptococcica recente
Cardite	Febbre	Tampone positivo per SBEA
Poliartrite	Artralgie	Aumento TAS o altri test specifici
Corea di Sydenham**	Prolungamento intervallo PR	
Noduli sottocutanei	Aumento VES	
Eritema marginato	Aumento PCR	

*La diagnosi viene posta in base alla positività di 2 criteri maggiori o 1 maggiore e 2 minori in presenza di dati di laboratorio e/o anamnestici di recente infezione sostenuta da SBEA.
**La corea da sola, in presenza di dati di laboratorio e/o anamnestici di recente infezione sostenuta da SBEA, consente di porre diagnosi di malattia reumatica.

giorni, associata ad artrite alle mani non migrante, e notevole elevazione degli indici infiammatori e del TAS con scarsa risposta ai FANS e ottima risposta al prednisone.

La diagnosi

La diagnosi differenziale che pone il caso di G. appare complessa.

- ▶ La prima ipotesi che è agevole scartare è quella infettiva, sulla scorta della negatività delle emocolture e dell'urinocoltura.
- ▶ Anche una malattia linfoproliferativa può essere scartata per l'assenza di cellule immature alla mielobiopsia.
- ▶ Restano in campo tre ipotesi diagnostiche
 - *reumatismo articolare acuto (RAA)*
 - *artrite cronica giovanile di tipo sistemico (ACGS)*
 - *artrite reattiva post-streptococcica (ARPS)*

- Il *RAA* deve senz'altro essere preso in considerazione nel caso di un bambino con febbre persistente, artrite e documentata infezione da streptococco β-emolitico (TAS elevato e in incremento). Le caratteristiche non migranti dell'artrite ma, soprattutto, il fatto che i segni clinici e di laboratorio non soddisfano i criteri di Jones per la diagnosi di questa malattia (*tabella 1*), consentono di escluderla in quanto nel caso di G. sono presenti solo febbre, artralgie ed elevazione degli indici infiammatori (tutti criteri "minori") e nessuno dei criteri "maggiori" (1).

- *L'ACGS* deve anch'essa essere vagliata nella diagnosi differenziale per la presenza di una febbre presente da circa due settimane con artrite associata a rash di colore rosa "fugace", notevole elevazione degli indici infiammatori (VES, PCR, C3 e ferritinemia inclusi, la cui elevazione però non è esclusiva dell'ACGS) e leucocitosi neutrofila. La mancata compromissione delle condizioni generali (caratteristicamente presente nell'ACGS in corso di febbre e, meno, quando la febbre scende), l'assenza di adeno e splenomegalia anche se di modesta entità, l'assenza dei due caratteristici picchi febbrili al pomeriggio e alla sera (presenti in oltre il 75% delle ACGS), l'esantema non caratteristico e comunque presente in solo due occasioni e mai durante la febbre (situazione invece tipica della ACGS), ci inducono con ragionevolezza a escludere questa diagnosi. Inoltre l'ACGS è abbastanza rara a 12 anni.

- Ultima, rimane l'*artrite reattiva post-streptococcica (ARPS)*. A favore di questa depongono: 1) la febbre continua e persistente senza caratteristiche particolari, 2) l'artrite non migrante alle piccole articolazioni delle mani, 3) gli elevati valori del TAS che si sono incrementati nel tempo e 4) la scarsa risposta ai FANS. Per questo, anche in assenza di uno streptococco β-emolitico (SBEA) in faringe (il ragazzo aveva praticato 7 giorni di terapia con un macrolide) ci si è orientati per una diagnosi di *ARPS* (3-5). Perciò, dopo un iniziale trattamento con FANS (naprossene e successiva-

mente, per scarsa risposta, ibuprofene), vista l'insufficiente risposta dei FANS e nella suggestiva ipotesi di ARPS (che viene caratteristicamente descritta come scarsamente responsiva ai FANS), si è ricorso al trattamento cortisonico per 4 settimane, poi gradualmente sospeso nel volgere di trenta giorni senza alcuna ripresa della sintomatologia (3-4). Contestualmente si è iniziata terapia con amoxicillina (50 mg/kg per dieci giorni) e contemporaneamente prevenzione delle ricadute con penicillina-benzatina al dosaggio di 1.200.00 UI ogni quattro settimane per un anno.

Commento

In questo caso la diagnosi differenziale tra le due patologie più probabili – l'ACGS e l'ARPS – è resa difficile dalla presenza di una febbre persistente da due settimane, associata ad artralgie non migranti alle mani e a scarsa risposta ai FANS (3-5). La discriminante tra le due condizioni cliniche non è di poco conto. Infatti, nell'ARPS si deve provvedere a instaurare una profilassi con penicillina per almeno un anno, considerato il rischio in questa malattia di recidive precoci e/o carditi (4). Nell'ACGS l'evoluzione verso un'ACGS recidivante o cronica o la sua evoluzione verso un ACG con poliartrite è pari circa al 50% dei casi e, quindi, la prognosi può essere severa. Nel procedimento diagnostico differenziale tra ACGS e ARPS, si è fatto riferimento ai criteri della *International League of Associations for Rheumatology Classification of Juvenile Idiopathic Arthritis* del 2001 (2) che definiscono l'ACGS come:

- fugace e non fisso rash eritematoso;
- linfadenomegalia generalizzata;
- epatomegalia e/o splenomegalia;
- sierosite.

Nel caso in discussione alcuni dei criteri necessari per porre diagnosi di ACGS

non vengono soddisfatti, se si eccettua la presenza della febbre da circa due settimane e del "fugace" rash, che però appariva come non caratteristico e non associato al rialzo termico. Il piccolo non presentava né epato-splenomegalia né linfadenopatia ma solo un'artrite clinicamente significativa, di modesta entità, e non erano presenti versamenti anche modesti nelle sierose. Di contro, una febbre persistente unita a una sintomatologia articolare di modesta entità delle piccole articolazioni, non migrante, poco responsiva ai FANS, associata a una sicura e recente infezione streptococcica, induce a porre diagnosi di ARPS, non essendo soddisfatti i criteri di Jones per una diagnosi di RAA (3-5).

L'ARPS è ritenuta una patologia rara perché forse poco diagnosticata. Anche il suo inquadramento nosologico non è chiaro. In una recente revisione della letteratura internazionale di circa 120 casi di ARPS, viene riportato che in tutti i soggetti con diagnosi probabile di ARPS vi è un'anamnesi positiva per faringotonsillite recente che precede la sintomatologia artritica (media 14 gg, range 11,6-15,6 gg), che nell'83% dei soggetti vi è una positività per lo SBEA al tampone faringeo e che in tutti i casi selezionati vi è un incremento del TAS (il cut-off ritenuto significativo è di 800 UI/ml) (5). È anche, però, sottolineato che non è chiaramente dimostrabile il nesso di causalità tra l'infezione streptococcica e l'artrite postinfettiva. Inoltre in letteratura vengono segnalate, tra i vari quadri clinici d'esordio della ARPS, insufficienze valvolari di grado variabile e solo nel 2% dei soggetti si può sviluppare, in un periodo variabile da 1 a 18 mesi dall'esordio dell'artrite, una cardite (3-5). Per la presenza dell'artrite, dell'eventuale insufficienza valvolare con o senza cardite e per l'infezione streptococcica recente, l'ARPS viene da alcuni Autori considerata un reumatismo articolare acuto che non soddisfa i criteri di Jones.

Infine va opportunamente sottolineato che a sostegno ulteriore della diagnosi di ARPS, depono il follow-up effettuato per un periodo di due anni dalla diagnosi, che ci consegna a oggi un paziente non in

terapia, libero da sintomatologia artritica, con indici infiammatori nella norma e senza complicanze a livello cardiaco, essendo risultati negativi i periodici esami ecocardiografici effettuati.

Cosa abbiamo imparato

Dal caso e dalla letteratura consultata abbiamo imparato:

- che in un bambino con febbre persistente da più di 10 giorni associata ad artrite, con un'anamnesi positiva per faringotonsillite pregressa da meno di due settimane e in presenza di esami suggestivi per infezione da SBEA, va presa in considerazione anche la possibilità che si tratti di un'ARPS;
- che in un'artrite febbrile acuta o cronica, quando si decide di utilizzare un cortisonico (non un FANS), è indispensabile prima di utilizzarlo praticare una mielobiopsia per escludere eventuali malattie linfoproliferative, la cui diagnosi potrebbe essere molto ritardata dall'uso dei cortisonici (6);
- che la diagnosi di ARPS deve essere considerata, soprattutto, operando un'attenta esclusione delle altre possibili patologie, soprattutto RAA e ACGS;
- che la diagnosi di ARPS deve indurre a praticare profilassi penicillinica per almeno un anno. ♦

Bibliografia essenziale

- (1) Guidelines of Rheumatic fever. JAMA 1992; 268:2069.
- (2) International League of Associations for Rheumatology Classification of Juvenile Idiopathic Arthritis: Second Revision, Edmonton, 2001. J Rheum 2004;31:390-4.
- (3) Ahmed S, Ayoub EM, Scomic JC, et al. Poststreptococcal reactive arthritis. Clinical characteristics and association with HLA-DR alleles. Arthritis Rheum 1998;41:1096-9.
- (4) Shulmann ST, Ayoub EM. Poststreptococcal reactive arthritis. Curr Opin Rheumatol 2002;14:562-5.
- (5) Mackie SL, Keat A. Poststreptococcal reactive arthritis. What is it and how do we know? Rheumatology (Oxford) 2004;43:949-54.
- (6) Murray MJ, Tang T, Ryder C, et al. Childhood leukaemia masquerading as juvenile idiopathic arthritis. BMJ 2004;329:959-61.
- (7) Cabral DA, Tucker LB. Malignancies in children who initially present with rheumatic complaints. J Pediatr 1999;131:53-7.

Prescrivere con la Denominazione Comune Internazionale (DCI) dei farmaci È utile ai medici, ai pazienti e alla loro relazione

Redazione di Quaderni acp

Abstract

Prescribing with the international common denomination of drugs. Useful for doctors, patients and their relationship

The International Common Denomination of Drugs (DCI or INN: International Non-proprietary Name) has the aim to become a common language for drugs' identification, in place of commercial names often different from one drug industry to another. The diction INN is an international nomenclature useful in the prescription and distribution of drugs and for a communication exchange between health professionals and patients. The INN identifies the drug's active principle and uses the chemical denomination. The prescription of active principles is in use in most European countries, in others it has just begun. In Italy at the moment a prescription of generic drugs is more common.

Quaderni acp 2006; 13(4): 180-183

Key words DCI. International common denomination. INN. International Non-proprietary Name. Prescription with DCI

La Denominazione Comune Internazionale (DCI o INN: International Non-proprietary Name) ha lo scopo di servire come linguaggio comune per identificare i farmaci, al posto del loro nome commerciale che varia da fabbricante a fabbricante, lasciando intatto il contenuto del farmaco. La dizione INN è una nomenclatura internazionale e univoca, utile nella prescrizione e distribuzione dei farmaci e per la comunicazione e gli scambi di informazioni fra operatori sanitari e pazienti. La DCI identifica il principio attivo di un farmaco e utilizza la denominazione chimica. La prescrizione per principio attivo è una realtà consolidata in alcuni Paesi europei, in altri è iniziata da poco tempo. In Italia, si è limitata alla prescrizione di farmaci senza brevetto: i generici.

Parole chiave DCI. Denominazione Comune Internazionale. INN. International Non-proprietary Name. Prescrizione con DCI

L'Association Mieux Prescrire, la Fédération Nationale de la Mutualité Française e l'Union Fédérale des Consommateurs, membri del Collettivo Europa e Farmaci, hanno lanciato nell'ottobre 2005 una campagna di promozione al pubblico della prescrizione con la Denominazione Comune Internazionale (DCI). La Campagna è stata ripresa dalla rivista francese *Prescrire*. Ne diamo notizia sia perché nessuno in Italia l'ha ripresa, sia perché riteniamo che sulla DCI sia necessario, anche in Italia, fare una riflessione da parte dei pazienti e da parte dei medici (1-2).

Cos'è la DCI

La DCI fa riferimento al principio attivo del farmaco: è cioè il vero nome del farmaco. In sostanza, al posto delle dodici denominazioni commerciali dell'ibupro-

fene, si dovrebbe usare con i pazienti il nome ibuprofene e si dovrebbe ricettare con il nome ibuprofene.

Come si diceva, la DCI dovrebbe essere usata da medici, farmacisti e pazienti per capire meglio, insieme, quale farmaco stanno utilizzando e come si fa a rendersene conto (*tabelle 1 e 2*). Utilizzare la DCI quando si parla di terapia significa rifiutarsi di utilizzare un farmaco senza sapere cosa contiene. Significa rifiutarsi di richiamare alla memoria un nome commerciale e spesso, con questo, uno slogan pubblicitario. La campagna del "Collettivo Europa e Farmaci" ha anche uno scopo fortemente educativo: aiutare i pazienti a identificare precisamente i farmaci con la DCI e a parlarne con i loro medici: insomma a fornire a tutti un punto di riferimento e di comunicazione preciso e prezioso.

I vantaggi dell'uso della DCI

I vantaggi sono numerosi. Nel testo e nelle tabelle inserite in questo articolo riportiamo alcuni esempi che vengono descritti con efficacia in alcune brochure della campagna del "Collettivo Europa e Farmaci", destinate a far comprendere ai pazienti i vantaggi della DCI. Di questi esempi è consentita (e auspicata) la diffusione.

1. La DCI aiuta a capire e ricordare meglio il farmaco che si sta utilizzando. Facciamo un esempio: *Diarstop*, *Diarzero*, *Dissenten*, *Imodium*, *Lopemid*, contengono tutti la stessa sostanza commercializzata come anti-diarroico: la loperamide. Occorrerebbe usare questo termine sia nel contatto con il paziente che nella ricettazione.

2. La DCI contribuisce a limitare gli effetti indesiderati: se il tramadolo, un antidolorifico, che può avere numerosi effetti avversi (neurologici, gastrointestinali, dipendenza, ecc.), viene commercializzato con nomi così diversi (*Contramal*, *Fortradol*, *Fraxidol*, *Prontalgin*, *Tradonal*), è importante che il paziente conosca la DCI perché ciò può evitare di accumulare a casa troppe medicine uguali e, soprattutto, di prendere più volte lo stesso farmaco senza saperlo (*tabelle 3 e 4*). Lo stesso per le allergie ai farmaci: *Alfamox*, *Amox*, *Mopen*, *Pamocil*, *Simoxil*, *Sintopen*, *Velamox*, *Zimox* sono la stessa cosa, anche se al paziente non sembrano (*tabella 5*).

3. La DCI aiuta a non affidarsi al solo nome commerciale. Quando, ad esempio, le aziende farmaceutiche pubblicizzano direttamente al pubblico lo stesso anti-allergico con nomi tanto diversi (*Virlix*, *Formistin*, *Zirtec*), è bene che i pazienti sappiano che dietro questi nomi c'è sempre lo stesso principio attivo, la cetirizina. Proprio perché il marchio del farmaco sta diventando troppo ingombrante e concorrenziale, le strategie commerciali delle industrie stanno diventando differenti e complesse, e adottare la

Per corrispondenza:

e-mail: redazionequaderni@tiscali.it

saper fare

TABELLA 1: COS'È LA DCI DEI FARMACI

Nicola: Cos'è la DCI?

Farmacista: La DCI (Denominazione Comune Internazionale) indica il principio attivo contenuto nei farmaci. Grazie alla DCI si può essere sempre sicuri di quale farmaco si sta assumendo.

Nicola: E il nome commerciale allora cos'è?

Farmacista: È il nome scelto dall'industria farmaceutica per attirare l'attenzione e magari venderlo di più. Alcuni commercializzano lo stesso farmaco sotto vari nomi, così fanno pubblicità a un nome commerciale per il mal di denti, e a un altro per i dolori mestruali; ma il principio attivo è sempre lo stesso; magari è sempre l'aspirina.

Nicola: Allora la DCI e i generici sono la stessa cosa?

Farmacista: No; i generici sono delle copie di farmaci già commercializzati, cioè contengono la stessa sostanza, stessa forma e stesso dosaggio. Alcune volte hanno un nome commerciale molto simile al DCI, e molto raramente differente dal DCI.

Nicola: C'è veramente da confondersi!

Farmacista: Certamente! In Italia esistono più di 8.000 nomi commerciali solo per 1.640 sostanze, cioè per 1.640 DCI. Per esempio, per indicare il paracetamolo esistono in Italia 26 nomi commerciali e diverse centinaia in tutto il mondo!

Nicola: La DCI è uguale in tutto il mondo?

Farmacista: La DCI è stata creata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, ed è uguale per tutti i Paesi del mondo. Consente ai professionisti della salute e ai pazienti di identificare un farmaco con chiarezza e precisione e di evitare degli effetti, alcune volte gravi, legati all'ignoranza della terapia utilizzata. Con la DCI è più chiaro, più semplice e più sicuro.

TABELLA 2: SOTTOLINEARE LA DCI SULLA SCATOLA E SUI BLISTER

Antonio esce dall'ambulatorio del suo medico con la sua ricetta e va dal farmacista.

Antonio: Il mio medico ha scritto sulla ricetta il nome internazionale del farmaco: cioè la DCI. Io vorrei una confezione sulla quale si può facilmente leggere la DCI.

Farmacista: Eccola, ma guardi che la DCI si può facilmente leggere sulla scatola, ma in più è trascritta pure sui blister, quei piccoli contenitori di plastica dove vengono messe le compresse, sotto il film di alluminio! Così se viaggia e porta con sé solo qualche compressa nel blister, è sempre sicuro del farmaco che sta prendendo.

Poi il farmacista prende la scatola e sottolinea in giallo la DCI. Ad Antonio, allora, viene un'idea: perché non sottolineare sistematicamente la DCI in tutte le confezioni di farmaci? Tale idea può essere utile a tutti. Perché non domandare ai farmacisti di sottolineare in modo ben visibile la DCI sulla scatola?

TABELLA 3: LA DCI PER EVITARE DI RIPRENDERE UN FARMACO CONTROINDICATO

Maria è sempre più infastidita dai suoi dolori articolari. Parla col suo medico.

Maria: Non so più cosa prendere per farmeli calmare! Il Topalgic mi faceva venire le vertigini. Un'amica mi ha fatto prendere il Contramal: la stessa cosa! Non riesco a tollerare nessun farmaco!

Medico: Guardi che il Topalgic e il Contramal contengono la stessa sostanza, il tramadolo. Per forza le danno gli stessi disturbi. Vi sono molti altri possibili farmaci contro il dolore: se lei ha bisogno di un calmante per i suoi dolori, la cosa migliore è che eviti ormai tutto ciò che contiene tramadolo. Il tramadolo – continua il medico – esiste in una dozzina di preparazioni commerciali dai nomi molto differenti: e lei ne ha fatto una spiacevole esperienza. Per non essere un'altra volta ingannati, è meglio utilizzare la DCI che è il solo vero nome del farmaco.

Ormai Maria lo sa: si è scritta quel nome (tramadolo) e domanderà sempre qual è la DCI dei farmaci che le propongono, per essere sicura di identificarli.

TABELLA 4: TRE VOLTE LO STESSO FARMACO: TROPPO PER GIULIA!

Giulia, 5 anni, sta male: scolo nasale, tosse e febbre. La madre prende dall'armadietto dei farmaci l'Advil per la febbre e le dà una dose.

Ma durante la notte Giulia si risveglia con un violento mal d'orecchi.

"Fortunatamente abbiamo del Nureflex per bambini nell'armadietto" si dicono i genitori. Rapidamente glielo fanno prendere. Ma Giulia si continua a lamentare e il medico non può venire subito. Allora i genitori pensano: *Bisogna provare con un altro farmaco. Sì, altrimenti rischiamo di darle una dose eccessiva di Nureflex!*

I genitori le fanno prendere una dose di Antarene, per calmare i suoi dolori. Dopo qualche ora Giulia comincia a lamentare un violento dolore addominale. I suoi genitori la portano con urgenza all'ospedale.

In effetti Giulia ha preso 3 volte lo stesso farmaco (ibuprofene), sotto nomi commerciali diversi. Risultato: il sovradosaggio che non ha avuto alcuna efficacia sulla febbre e sul dolore, ha procurato invece una infiammazione dello stomaco. Se i suoi genitori avessero saputo cos'è la DCI, se l'avessero letta sulla scatola del farmaco, avrebbero potuto evitare l'errore!

TABELLA 5: L'ESANTEMA DI LEO: LA RESPONSABILITÀ DI UN FARMACO

Leo ha 10 anni. È coperto da un esantema che lo infastidisce e ieri sera ha avuto problemi ad addormentarsi. Il medico si ricorda che sta prendendo una medicina e pensa che probabilmente si tratta di un'allergia all'antibiotico che Leo ha preso per la sua otite. Bisogna evitare che riprenda lo stesso farmaco. Una nuova reazione allergica potrebbe essere più grave.

Il medico dice alla mamma di Leo: *Dobbiamo stare attenti a non dare più questo antibiotico: come per la maggior parte dei farmaci, questo antibiotico è venduto con molti nomi commerciali diversi.*

La mamma di Leo si allarma: Come faccio a riconoscerlo allora?

Dice il medico: *C'è solo una cosa da fare: leggere la DCI, cioè il vero nome del farmaco. È generalmente scritto a caratteri piccoli, mentre il nome commerciale è scritto molto grande. Ma lo riuscirete a trovare: eccolo qua! Lo scrivo sul libretto.*

Il medico annota nel libretto sanitario di Leo la sostanza alla quale Leo è allergico. Segnalandola a tutte le visite, la madre eviterà che venga prescritta di nuovo.

TABELLA 6: UN VIAGGIO CON DEI GUAI

Marcella e Renato partono per un viaggio organizzato in Thailandia. Ma hanno dimenticato in Italia la loro scatoletta porta-medicine, con i loro farmaci per la pressione. Nessun problema per Marcella. Lei ricorda la DCI del farmaco betabloccante che deve necessariamente prendere tutti i giorni: è il metoprololo. Il medico di Bangkok non ha alcuna difficoltà a prescrivere la terapia.

Renato, invece, ricorda solo il nome commerciale del farmaco (Inderal), che il medico di Bangkok non conosce. In Thailandia lo stesso farmaco viene regolarmente commercializzato, ma con una decina di nomi molto differenti e nessuna si avvicina a *Inderal!*

Il medico, a questo punto, prescrive un altro medicinale a Renato, per evitare una crisi ipertensiva. Ma il farmaco viene tollerato molto male da Renato che deve essere trasportato d'urgenza in Ospedale. È stato un vero peccato che non si sia ricordato la DCI del suo farmaco!

TABELLA 7: IL NOME DEL GENERICO NON È SEMPRE LA DCI

Il farmacista sta per servirla quando Marta osserva: *Il medico mi ha detto che mi prescriveva un generico; ma il nome sulla confezione è diverso da quello scritto sulla ricetta!*

Il farmacista spiega: Il medico ha scritto "diclofenac" che è la DCI del farmaco, che indica precisamente ciò che contiene.

Marta non capisce: *Ma la confezione che mi avete venduto è un generico o una specialità griffata?*

Farmacista: È un generico. All'inizio questo farmaco è stato commercializzato con il nome *Voltaren*. Poi sono state prodotte delle copie che sono i generici. Tutti contengono lo stesso principio attivo, il diclofenac, e hanno lo stesso effetto. Però certi generici – pur essendo generici – hanno un nome commerciale che ripete il nome della DCI. Per esempio *Diclofenac MG*, *Diclofenac EG*. Non tutti, però, mantengono il nome del principio attivo. Per esempio il *Diclorem* e il *Forgenac* non mantengono il nome diclofenac.

Marta ragionevolmente commenta: *Ma che confusione: c'è da perdersi in tutta questa confusione!*

Il farmacista le dà ragione e dice: È questo il motivo per cui è meglio affidarsi sempre alla DCI. Solo la DCI indica il vero nome del farmaco: in questo caso chiamandolo diclofenac si evitano tutte le confusioni.

DCI può servire per evitare tutta una serie di incidenti: errori di somministrazione per la confusione tra i nomi commerciali, sovradosaggio per assunzioni contemporanee della stessa sostanza con nomi differenti, interazione tra farmaci per la non conoscenza della sostanza contenuta in una medicina.

4. La DCI serve anche a capirsi bene tra medici di Paesi diversi. Dà una mano alle persone che viaggiano e devono procurarsi una medicina all'estero (*tabella 6*): i cataloghi che danno gli equivalenti dei vari nomi commerciali non sono mai esaurienti, a causa della rapida evoluzio-

ne del mercato dei farmaci. Ad esempio, il tramadolo è disponibile in Francia con una decina di nomi commerciali, e con un centinaio di nomi nel resto del mondo!

Quando un professionista della sanità, medico o farmacista, spende del tempo a cercare di capire quale possa essere la medicina che gli chiede un paziente straniero di passaggio, avrà meno tempo per occuparsi di questo paziente e dei problemi che presenta.

5. Infine, può nascere confusione fra "generico" e "DCI", ma non è impossibile districarsi (*tabelle 1 e 7*).

Esperienze di prescrizione per DCI

La prescrizione per principio attivo è una realtà consolidata in alcuni Paesi europei, in altri è iniziata da poco tempo (3).

Belgio: La prescrizione per DCI è possibile sia per i farmaci senza brevetto che per quelli ancora con brevetto. Tale tipo di prescrizione è recente e non ci sono dati disponibili su quanto sia la percentuale di prescrizione per DCI. Non ci sono incentivi al farmacista per la dispensazione per DCI.

Germania: La prescrizione per DCI è possibile sia per i farmaci senza brevetto che per quelli ancora con brevetto. I farmacisti per dispensare devono applicare

la normativa "aut diem", ovvero selezionare il medicinale tra quelli (i tre) più economici. Si osservano alcuni meccanismi di "disturbo" da parte di certe aziende che offrono incentivi per la prescrizione del marchio, oppure nel caso di medici che usano software sponsorizzati da ditte farmaceutiche, dove viene aggiunto direttamente il marchio quando si prescrive per DCI.

Spagna: Dal 2001, la regione autonoma dell'Andalusia ha avviato una campagna di prescrizione per DCI, che prevede incentivi ai farmacisti e al pubblico. La campagna ha avuto un forte successo e attualmente la prescrizione per DCI, rappresenta circa l'80% del totale delle prescrizioni.

Francia: La rivista *Prescrire* ha lanciato a ottobre 2005 la campagna a favore della prescrizione per DCI, di cui abbiamo riferito sopra.

Italia: La prescrizione per DCI è stata limitata alla prescrizione di farmaci senza brevetto (i generici), per i quali è possibile da parte del farmacista sostituire una specialità con un'altra avente stesso principio attivo, stessa dose e stessa forma farmaceutica (L. 425/96 e L. 405/2001).

Tuttavia, la stessa legge non include formalmente i farmaci con brevetto, anche se sussiste la possibilità di poter prescrivere qualsiasi farmaco indicandone solo la sua denominazione comune internazionale (DCI) con dose e forma farmaceutica. Nella pratica un paziente può trovarsi a dover ritornare dal medico per farsi modificare la prescrizione, qualora il farmacista non voglia assumersi la responsabilità di scegliere una specialità tra le varie esistenti per una stessa DCI. È arrivato il momento di iniziare anche in Italia una campagna per discutere sulla opportunità di favorire la prescrizione dei farmaci per DCI. ♦

Bibliografia

- (1) La DCI: un language commun, intelligibile et international. *Rev Prescr* 2000;209:607-8 et *Rev Prescr* 2002; 22 (234 suppl): 892-3.
- (2) Priorité à la DCI entre soignants et patients. *Rev Prescr* 2005;265:706-8.
- (3) Font M. Una questione di ... principio. Perché prescrivere e dispensare per DCI. *Ricerca & Pratica* 2006;22:108-13.

UN PO' PER GIOCO



La madre adottiva

Hla Htay ha tre piccoli ai quali dare da mangiare in questi giorni: un bimbo di sette mesi e due tigrotti del Bengala. Tre volte al giorno, la casalinga del Myanmar va allo zoo di Yangon Zoo dove allatta al seno i due tigrotti, che la madre naturale ha rifiutato. "I cuccioli sono i miei piccoli", ha detto Hla Htay a Fuji TV mentre uno dei due tigrotti le succhiava il seno. "Non mi fa per nulla paura", ha detto durante i 45 minuti di allattamento. "Avevo bisogno di far qualcosa per i cuccioli perché mi dispiaceva per loro". I tre cuccioli sono nati nello zoo a metà marzo, ma la madre ne ha ucciso uno rifiutando di allevare gli altri. I veterinari li hanno soccorsi cercando di allattarli del biberon, ma con scarso successo. "Facevano fatica a succhiare dalla tettarella del biberon. Quando abbiamo provato a farli allattare al seno, dalla donna, è andata bene", ha detto un veterinario. Lo zoo ha detto che l'allattamento al seno durerà sino a quando ai cuccioli spunteranno i primi denti (Reuters).

Nel film "La storia del cammello che piange" di Luigi Falorni e Byambasuren Davaa, girato nella Mongolia del Sud nel 2004, è stato utilizzato un sistema diverso: il suono di un violino ha convinto la cammella, che aveva rifiutato il figlio, un cucciolo di colore bianco, ad iniziare l'allattamento. E ha sparso lacrime sulla sua decisione (NdR).

Un decalogo per diventare padri

Alessandro Volta

Pediatra, Ospedale e Distretto di Montecchio Emilia, AUSL di Reggio Emilia

Questo documento è riservato a coloro che diventano papà per la prima volta. È stato scritto per essere divulgato con grande prudenza al fine di evitare che altre frange della società, in particolare le nonne e le vecchie zie, ostacolino il nostro tentativo di inventarci un ruolo di padre efficace e anche divertente.

1. Durante la gravidanza nostra moglie vive fisicamente nostro figlio e il suo corpo subisce cambiamenti sostanziali, per noi invece non cambia nulla e dobbiamo inventarci emozioni e sensazioni soltanto con la mente; a volte durante il lavoro quotidiano capita che ci dimentichiamo che siamo in attesa di un bambino.
2. È molto difficile sentirsi padre se ancora non si ha niente in mano; e poi noi siamo ancora figli dei nostri genitori. Nostra moglie non è più solo nostra moglie, è già madre, la madre di nostro figlio, ma non la nostra madre; che confusione!
3. Durante il parto scopriamo che nostra moglie che sembrava così delicatissima è invece forte come un leone, infatti spinge come una belva; questa volta è proprio lei ad avere le palle. Fa impressione pensare che anche noi siamo nati così; partecipare alla nascita di nostro figlio è un po' come rivivere la nostra nascita della quale purtroppo non riusciamo a ricordare nulla.
4. Quando il nostro bambino nasce è brutto e sporco, non sembra contento, anzi è veramente arrabbiato. Però dopo pochi minuti come per miracolo si rilassa e improvvisamente sembra davvero soddisfatto: infatti apre gli occhi e ci guarda. Nessuno di noi potrà mai dimenticare quello sguardo che penetra nella nostra vita come un fulmine per rimanerci per sempre. In quel momento ci sembra di volare (non sentiamo neanche la fatica che abbiamo fatto...), in quello sguardo ci sembra quasi di vedere noi stessi.
5. Per noi guardare nostro figlio appena nato e farci vedere da lui (se ancora non vede bene che importa!) vuol dire averlo partorito e fatto nascere a modo nostro, utilizzando la nostra mente e la nostra anima invece del corpo. Gli studiosi hanno scoperto che anche per noi esiste un momento in cui si realizza l'attaccamento al nostro bambino e quindi desideriamo stare in sala parto non solo per aiutare nostra moglie ma anche per sostenere nostro figlio fin dall'inizio, proteggendolo e incoraggiandolo in un momento così difficile.
6. Dopo il parto, quando siamo a casa, nostra moglie si sente un po' felice e un po' triste, ha anche un po' di panico, si sente la pancia vuota e in braccio ha una cosina che quando non dorme sta sempre con la bocca aperta; anche noi abbiamo un po' di paura e spesso non sappiamo cosa fare, però cerchiamo di nascondere la nostra insicurezza e di essere il più possibile utili a nostra moglie, soprattutto vogliamo che non si senta sola.
7. Vogliamo cambiare i pannolini, fare addormentare il bambino e portarlo a spasso non per fare i "mammi" imitando nostra moglie, ma soltanto per conoscere e farci conoscere da nostro figlio adesso che non è più nella pancia. In passato i padri si preoccupavano poco di accudire il loro bambino a causa di strani stereotipi culturali e sociali; ancora oggi alcune madri sono molto legate al figlio e hanno paura a lasciarlo anche per pochi minuti.
8. Anche i nonni spesso sono abituati a vedere i loro piccoli nipoti accuditi soltanto dalla mamma e giudicano noi padri moderni quantomeno delle persone strane che leggono troppi libri e non sanno stare al loro posto; per loro noi dovremmo stare tutto il giorno a

lavorare per mantenere la famiglia che cresce, ma come si fa a stare al lavoro sapendo che a casa c'è lui che comincia a dire "papapapapa..." e che tutti i giorni impara una cosa nuova?

9. Nei primi mesi dopo il parto nostra moglie si scorda di essere una moglie (è troppo concentrata e sorpresa di essere una mamma) e noi ci sentiamo molto gelosi e trascurati; possibile che non capisca che le tette non servono solo per allattare? Ma se ci immedesimiamo in lei, è facile capire che è opportuno aspettare e che fra un po' ci inventeremo insieme un nuovo modo di essere un marito e una moglie che sono diventati anche papà e mamma.
10. Nei primi mesi ci inseriamo con discrezione in quella che gli esperti chiamano la "diade madre-figlio" e accettiamo volentieri che sia la mamma a condurre le danze; nel secondo semestre di vita invece nostro figlio incomincia a capire che il papà e la mamma sono due persone diverse e ogni tanto preferisce giocare col papà anziché stare sempre con la mamma; come genitori cominciamo a diventare complementari e il nostro bambino inizia a scoprire modi diversi di relazionare con gli altri. Qualcuno ci accusa di fare giochi troppo eccitanti che fanno agitare il bambino; in realtà studi specifici hanno scoperto che le mamme che lavorano molto, quando tornano a casa, anche loro preferiscono fare giochi molto stimolanti, chi invece passa molto tempo col bambino (maschio o femmina che sia) interagisce con lui in modo più sottile e modulato.

In conclusione, nella vita cosa c'è di più bello che tenere in braccio un frugolino tutto liscio e morbidino che ci guarda ridendo? Più bello ancora sarebbe soltanto essere proprio quel frugolino. ♦

Si veda anche l'articolo a pag. 146.

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

informazioni per genitori

PROGETTO PER LA LETTURA AI BAMBINI DAL PRIMO ANNO DI VITA

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

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

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

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

- i consigli forniti ai genitori, dai pediatri e dalle infermiere durante i bilanci di salute. Un progetto che coinvolge i pediatri nella promozione della lettura ai bambini in epoca precoce è stato messo a punto da Associazione Italiana Biblioteche e Associazione Culturale Pediatri, con la collaborazione del Centro per la Salute del Bambino. Le

Indicazioni e il materiale necessario saranno presto distribuiti a tutti i gruppi e ai singoli che ne fanno richiesta.

Per Informazioni:
csb.trieste@iol.it



nati
per
leggere

Associazione Italiana Biblioteche

Associazione Culturale Pediatri

Centro per la Salute del Bambino