

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



185 Editoriale: Relazione del Presidente al Congresso ACP 2006 **187** La promozione della lettura ad alta voce in Italia **195** Nati per Leggere, un intervento di comunità: a che punto siamo? **199** Dal "libro su misura" alla biblioteca di tutti **202** Nati per Leggere **206** Salute e crescita: non sempre un binomio che va d'accordo **209** Film: L'altra scuola de *Il cane giallo della Mongolia* **210** La musica è per crescere **212** Libri **214** Info **216** La tragedia nascosta del Nepal: i bambini coinvolti nel conflitto **218** Un'esperienza di formazione al counselling in ambulatorio pediatrico **222** Pediculosi recidivante del capo: c'è una terapia alternativa efficace e più sicura degli insetticidi tradizionali? **225** Vaccinacipi **226** Bambini e farmaci **227** Prevenzione delle reazioni di ipersensibilità a mezzo di contrasto o ad anestetici **230** Aiutare a prevenire le ustioni nei bambini

settembre-ottobre 2006 vol 13 n°5

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

La Rivista è indicizzata in EMBASE

Quaderni acp

website: www.quaderniacp.it

settembre-ottobre 2006 vol 13 n° 5

Editoriale

- 185 Relazione del Presidente
al Congresso ACP 2006
Michele Gangemi

Ricerca

- 187 La promozione della lettura ad alta voce
in Italia
*Luca Ronfani, Alessandra Sila,
Giovanna Malgaroli et al.*

Saggi

- 195 Nati per Leggere, un intervento
di comunità: a che punto siamo?
Stefania Manetti

Nati per Leggere

- 199 Dal "libro su misura"
alla biblioteca di tutti
*Antonella Costantino, Mara Marini,
Nora Bergamaschi et al.*

Nati per Leggere

- 202 Dicono di noi
202 Veneto
202 Calabria
202 Toscana
203 Lazio

Salute pubblica

- 206 Salute e crescita: non sempre
un binomio che va d'accordo
Franco Cavallo, Alessio Zambon

Film

- 209 L'altra scuola
de *Il cane giallo della Mongolia*
Italo Spada

Musical-mente

- 210 La musica è per crescere
Leonardo Speri

Libri

- 212 Storie di cura. Medicina narrativa
e medicina delle evidenze:
l'integrazione possibile
di *Guido Girelli, Byron J. Good,
Mary-Jo Del Vecchio et al.*
212 Cibo dei piccoli... salute dei grandi
di *Maurizio Iaia*
212 Bambini cattivi
di *Silvia Tortora*
213 Il tempo di Blanca
di *Marcela Serrano*

Info

- 214 Genetica: corsa ai test
214 Genetica: papà "segreti"
214 Le visite degli informatori:
saranno regolamentate?
214 Conflitti di interesse
214 Le nuove curve di crescita dell'OMS
215 No comment
215 Grave incidente in un trial in fase 1
215 Per limitare gli esami inutili
215 Codice OMS-UNICEF sui sostituti
del latte materno e Società scientifiche

Tenstories

- 216 La tragedia nascosta del Nepal:
i bambini coinvolti nel conflitto
Stefania Manetti (a cura di)

217 Ausili Didattici

Esperienze

- 218 Un'esperienza di formazione
al counselling in ambulatorio pediatrico
*Francesco Ciotti, Furio Lambruschi,
Michele Gangemi et al.*

Scenari. Leggere e fare

- 222 Pediculosi recidivante del capo.
C'è una terapia alternativa efficace
e più sicura degli insetticidi tradizionali?
Laura Reali

Vaccinacipi

- 225 Vaccinare contro il papillomavirus:
dove, quando, come
Luisella Grandori

Farmacipi

- 226 Bambini e farmaci
*Centro Informazioni sul Farmaco
e la Salute, IRFMN Milano*

Saper fare

- 227 Prevenzione delle reazioni
di ipersensibilità a mezzo di contrasto
o ad anestetici
*Gaetano Lobefalo, Raffaele Di Minno,
Dario Chiacchio et al.*

Informazioni per genitori

- 230 Aiutare a prevenire le ustioni
nei bambini
Agnese Girotti

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.

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
September-October 2006; 13(5)

185 Editorial

President's presentation
at the National Annual 2006 Conference
Michele Gangemi

187 Research

Reading aloud promotion in Italy.
The evaluation of the Nati per Leggere project
*Luca Ronfani, Alessandra Sila,
Giovanna Malgaroli et al.*

195 Essays

Nati per Leggere, a community intervention:
how far have we gone?
Stefania Manetti

199 Born to read

From "books on measure" to library of all
*Antonella Costantino, Mara Marini,
Nora Bergamaschi et al.*

206 Public Health

Health and growth: not always in accordance
Franco Cavallo, Alessio Zambon

209 Movies

210 Musical-mente

Music makes you grow up
Leonardo Sperti

212 Books

214 Info

216 Tenstories

Nepal's hidden tragedy:
Children caught in the conflict
Stefania Manetti

217 Didactic support

218 Personal accounts

A training experience in counselling
in paediatric ambulatory care facilities
*Francesco Ciotti, Furio Lambruschi,
Michele Gangemi et al.*

222 From literature to practice

Recurrent head lice infestation.
Is alternative therapy efficacious
and safer than traditional pediculicides?
Laura Reali

225 Vaccinacipi

Human Papillomavirus vaccines (HPV):
where, when, how
Luisella Grandori

226 Farmacipi

Children and medicines
*Centro Informazioni sul Farmaco
e la Salute, IRFMN Milano*

227 Update to practice

Prevention of hypersensitivity reactions
to anesthetics or to contrast agents
*Gaetano Lobefalo, Raffaele Di Minno,
Dario Chiacchio et al.*

230 Informing parents

Help in the prevention of burns in children
Agnese Girotti

Quaderni acp

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

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Comitato editoriale

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

Collaboratori

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

Organizzazione

Giovanna Benzi

Marketing e comunicazione

Daria Zacchetti
Milano, Tel. 0270121209

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

Internet

La rivista aderisce agli obiettivi di diffusione
gratuita on-line della letteratura medica
ed è pubblicata per intero al sito
web: www.quaderniacp.it
e-mail: 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
"Ritratto di Maria e Achille Gaggia" (partico-
lare), Guido Tallone, olio su tela. Collezione
privata.

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.

Relazione del Presidente al Congresso ACP 2006

Michele Gangemi
Presidente ACP

Questa relazione è una sintesi del lavoro svolto quest'anno, comprensiva anche del percorso di tre anni di presidenza.

Ringrazio tutti i collaboratori che hanno permesso all'ACP di compiere un cammino importante, sia dal punto di vista organizzativo interno sia per quanto riguarda il rapporto con altre Società Scientifiche e la rappresentatività presso le Istituzioni. Considero importante l'accresciuto senso di appartenenza dei soci all'Associazione e l'avvicinamento del Centro ai gruppi locali e ai singoli.

Invito tutti i soci a scrivermi all'indirizzo di posta elettronica sotto-riportato, per suggerimenti e commenti in vista dell'Assemblea di Asolo. Vediamo insieme quanto fatto e quanto resta da fare.

1. Organizzazione

Rimando per quanto fatto, sia dal punto di vista della logistica che del sito web, a *Quaderni acp* 2005;3:114-5. Mi soffermo piuttosto sulla regionalizzazione dell'Associazione, che ritengo un punto centrale per l'ulteriore crescita e visibilità dell'ACP. Sono stati individuati i rappresentanti regionali; è stata prodotta una brochure per un'adeguata presentazione dell'Associazione in sede regionale, che sarà consegnata ad Asolo ai referenti regionali e dei gruppi locali, con la possibilità di integrarne la parte nazionale con quella locale. I referenti regionali, pur con le differenze dei molteplici contesti, devono essere in grado di presentarsi e di collaborare con i rispettivi governi regionali. Non tutti hanno ancora compreso l'importanza del ruolo; la loro partecipazione alle riunioni nazionali ad hoc va considerata indispensabile. Il lavoro del referente regionale è anche fondamentale per recepire i problemi dei gruppi locali e dei singoli soci della Regione, e per ottimizzare le attività di formazione tra i vari gruppi, favorendone lo scambio e il confronto. Mi sembra importante sottolineare quanto avvenuto nel Lazio, dove l'ACP, grazie al referente regionale e ai gruppi locali, è riuscita a organizzare, in collaborazione con il CSB,

alcuni corsi di formazione per pediatri di libera scelta.

La rinascita del gruppo di neonatologia e la presenza di due neonatologi nell'attuale direttivo sono la testimonianza della necessaria trasversalità dell'ACP.

Sempre in questo senso si colloca l'attività del gruppo ospedaliero che ha concluso la prima fase della ricerca sul trattamento del dolore in età pediatrica e che partecipa alla ricerca sulla sindrome di Kawasaki, promossa dallo stesso pediatra giapponese.

Stiamo lavorando all'aggiornamento del regolamento interno ACP, approvato dal Congresso di Verona il 5 ottobre 1996. La nuova stesura sarà sottoposta all'Assemblea congressuale di Asolo.

Chiudo questo punto, dedicato all'organizzazione, ricordando che gli ultimi due Congressi Nazionali ACP (Napoli e Asolo) sono stati organizzati senza l'intervento di case farmaceutiche e di ditte produttrici di prodotti per l'infanzia. Stiamo ultimando il percorso perché *Quaderni acp*, a partire dal 2007, possa essere prodotto senza pubblicità. Un ringraziamento a tutti i collaboratori che hanno reso possibile quanto sembrava un sogno di pochi.

2. Formazione

Abbiamo lavorato per permettere le ricadute periferiche delle tre proposte formative ACP.

Dalla sintesi annuale delle attività dei gruppi locali risultano modalità di formazione molto diffusi tra loro. Questo dipende dalla storia e dal contesto locale, ma è anche vero che le proposte formative devono essere spendibili in maniera allargata. Credo che il punto cruciale sia proprio la ricaduta in periferia delle offerte formative ACP.

Vediamo più in dettaglio le tre proposte formative dell'ACP, per le quali è anche stato stanziato un apposito contributo.

*La Newsletter,
in collaborazione con il CSB*

L'alto numero di coloro che la richiedono è un indicatore importante. Tre gruppi locali

(Milano, Verona e Vicenza) affiancano il gruppo triestino nella lettura critica degli articoli selezionati dalle riviste internazionali sorvegliate. Tale affiancamento è avvenuto dopo una formazione annuale ad hoc. Altri due gruppi locali hanno chiesto di iniziare il percorso di formazione alla lettura critica, utilizzando il pacchetto formativo appositamente predisposto e già sperimentato a Milano, Verona e Vicenza. Cinque gruppi locali sono dunque al momento coinvolti in questa metodologia formativa.

La capacità di leggere criticamente un articolo è il primo passo nella presa di coscienza dei conflitti di interesse in Medicina. Un professionista preparato è in grado di rendersi conto dell'informazione manipolata, e la funzione del gruppo come confronto e cassa di risonanza è fondamentale. Oltre al contributo dato alla stesura della *newsletter*, va prevista, come passo successivo, la modificazione delle prassi. A questo proposito è importante che vi siano, nel gruppo degli utilizzatori, oltre ai pediatri di famiglia, i pediatri universitari, ospedalieri e specializzandi, per una riflessione condivisa su quanto viene praticato nella realtà e su quanto sia modificabile in accordo con le evidenze della letteratura.

Questo approccio trasversale alla formazione, con il coinvolgimento delle diverse figure pediatriche al di là della pediatria territoriale, è cruciale nell'educazione permanente in ambito pediatrico.

*Corso "scenaristi"
della redazione di Quaderni acp*

Si è svolto dalla fine 2005 a tutto il primo semestre 2006, con il coinvolgimento dei rappresentanti di molti gruppi locali. Il corso ha due obiettivi: 1) contribuire alla produzione della rivista; 2) determinare una ricaduta di alta qualità sull'attività di formazione nelle realtà locali, grazie alle varie esperienze proposte e all'elevata qualità del corso. Un ringraziamento particolare ai docenti (M. Bonati, R. Buzzetti, A. Clavenna) e ai tutors (S. Conti Nibali, F. Siracusano).

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

editoriale

Progetto WEBM: formazione dei formatori

È un percorso di formazione ambizioso e impegnativo, sia per il docente (S. Fedele) che per i partecipanti. Come già illustrato a Napoli, si tratta di una formazione "blended" che prevede un momento sul campo (i quesiti partono dall'attività quotidiana) e una parte realizzata come formazione a distanza. In questa prima fase l'ACP ha chiesto a Salvo Fedele di mettere a punto la formazione dei formatori, cui spetterà la ricaduta del progetto nei rispettivi gruppi locali. Ulteriori dettagli sono disponibili nell'area formazione del sito ACP.

3. Ricerca

Il gruppo della ricerca in ambito ACP si è riorganizzato per una maggiore operatività. Risulta ancora carente il rapporto con i gruppi locali che sembrano non comprendere appieno il ruolo del coordinamento nazionale. Invitiamo a segnalare le ricerche che partono o si concludono in ambito locale in modo da poter disporre di un vero data-base che fotografi la realtà dell'esistente. La segreteria della ricerca ha il compito di fornire aiuto metodologico, di proporre e perfezionare ricerche di carattere nazionale. A questo proposito il Rapporto Salute Infanzia evidenzia le criticità e i bisogni della popolazione infantile. I dati di prescrizione raccolti nella banca dati ARNO sono un'ulteriore e preziosa fonte di spunti per ricerche trasversali, e non solo, in ambito territoriale. Basti pensare ai dati di prescrizione che riguardano i farmaci antiasmatici, come occasione per rivedere tutto il percorso assistenziale. La ricerca nazionale sulla cronicità sta partendo con una fase pilota. Invito tutti a collaborare con il coordinatore Pino La Gamba, che ringrazio a nome di tutti.

4. Collaborazione con altri soggetti

Il rapporto con la SIP si è concretizzato nel Forum di Pisa (15-17 giugno 2006), dedicato all'assistenza pediatrica e alla formazione. L'ACP è stata coinvolta fattivamente nei lavori preparatori e nel dibattito successivo. La produzione di un documento comune da proporre in sede ministeriale mi sembra un grosso risultato per tutta la pediatria. L'ACP, con la sua caratterizzazione, ha contribuito a una proposta condivisa che pone le basi per cercare di ottimizzare l'assistenza nell'area delle cure primarie, secondarie e terziarie. Questo

comporta anche un ripensamento sulla formazione, da riferire ai nuovi bisogni e alle risposte assistenziali previste. L'iniziativa ha visto coinvolti anche FIMP e CIPE, i due sindacati firmatari della Convenzione Pediatrica.

Stiamo iniziando un percorso che mira a trasferire il progetto culturale dell'ACP nell'area pediatrica italiana, convinti che uno splendido isolamento non giovi né all'ACP né alla pediatria italiana. Tutto questo non comporterà una perdita d'identità della nostra Associazione che, nello spazio condiviso creato dalla comunicazione, farà del dialogo e del confronto gli strumenti per creare una collaborazione sempre più concreta.

La visibilità nei riguardi delle Istituzioni è ormai a buon livello e andrà perfezionata a livello regionale. La presenza all'interno della FISM continua a essere importante, in attesa della definizione dei criteri per la scelta dei provider e della messa in pista della FAD. L'ACP ha presentato la propria attività di formazione e ricerca all'ultima edizione di Sanità Futura a Cernobbio. La collaborazione scientifica a WoncaEurope 2006 (12^a Conferenza della European Society of General Practice/Family Medicine) ha permesso contatti europei importanti nell'area delle cure primarie. Abbiamo inoltre deciso di accettare la proposta di una rinnovata collaborazione con la Società Europea di Pediatria Ambulatoriale (SEPA).

Tra i contatti con altre Società Scientifiche, mi sembra importante segnalare l'invito rivolto all'ACP dall'AID (Associazione Italiana Dislessia) a far parte della Consensus Conference sui disturbi evolutivi specifici di apprendimento, che si terrà a settembre 2006 a Montecatini. È una testimonianza dell'attenzione all'ACP da parte di operatori dell'infanzia non solo strettamente pediatrici. Il progetto "Nati per Leggere" ha istituito i ben noti contatti con il progetto USA, Reach Out and Read, ed ora sta discutendo insieme con gli analoghi progetti spagnolo e inglese, il famoso Book start, la opportunità di partecipare a un progetto dell'UE.

Va anche segnalato l'avvio del progetto "Nati per la musica", promosso in collaborazione con la SIEM (Società Italiana di Educazione Musicale), che rappresenterà un'ulteriore possibilità di ampliamento dei nostri orizzonti. A questo proposito un ringraziamento particolare va a Stefano Gorini per quanto fatto con grande passione e spirito di servizio.

Nell'area della sanità pubblica un notevole lavoro è stato svolto dal gruppo vaccinazioni, coordinato da Luisella Grandori, sia per la formazione interna all'ACP, che andrà ulteriormente potenziata, sia per i contatti con il CCM e con l'Istituto Superiore di Sanità. La revisione del documento degli "otto passi di prevenzione a tutela della salute dei bambini", in gran parte ancora attuale, sarà l'occasione per rilanciare la visione delle vaccinazioni come atto di sanità pubblica. Sarà nostra cura coinvolgere tutte le Associazioni e le Istituzioni impegnate in questo ambito. Abbiamo ampliato la collaborazione con l'Unicef, non limitandoci al sostegno dell'allattamento al seno in tutti i contesti, ma estendendola anche all'advocacy (*vedi bambino e ambiente*). Stiamo strutturando una collaborazione a partenza da progetti concreti che ci vedono in perfetta sintonia.

5. Proposte

Si è maturata in questi anni una nuova politica che punta a una trasversalità che deve permettere un dibattito culturale ampio e rappresentativo di tutte le componenti pediatriche (Universitari, Ospedalieri, Pediatri di famiglia, Pediatri di comunità) e non solo. La possibilità di concretizzare questa scelta di indirizzo consiste nel trovare delle modalità a livello locale che permettano un dialogo tra tutte le componenti. Metodologie di formazione condivise sono senz'altro la base per un confronto e una crescita comune. Le proposte formative dell'ACP chiedono solo di essere gestite in maniera creativa a livello locale, aprendosi all'esterno e non rimanendo circoscritte alla pediatria di famiglia. Dopo questo primo passo, mi sembra necessario creare le condizioni per una reale apertura anche agli altri operatori del mondo dell'infanzia: penso in particolare a coloro che si occupano delle aree della salute mentale e della scuola, dove alcune iniziative già in atto vanno incrementate. Il terzo passo, a mio parere il più importante, è il confronto con la società civile. La ricerca sulla cronicità ha posto le basi per una proficua collaborazione con molte associazioni, ma dobbiamo andare oltre: per agire efficacemente nell'ambito della salute infantile, è cruciale instaurare una comunicazione efficace con tutti i genitori, attraverso i canali disponibili.

Vi ringrazio con affetto e vi attendo numerosi ad Asolo. ♦

La promozione della lettura ad alta voce in Italia

Valutazione dell'efficacia del progetto Nati per Leggere

Luca Ronfani[°], Alessandra Sila^{*}, Giovanna Malgaroli^{**}, Pasquale Causa^{**}, Stefania Manetti^{**}

^{*}Centro per la Salute del Bambino (CSB)/ONLUS, Trieste; [°]Servizio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto per l'Infanzia IRCCS Burlo Garofolo, Trieste; ^{**}Associazione Italiana Biblioteche (AIB); ^{*}Associazione Culturale Pediatri (ACP)

Abstract

Reading aloud promotion in Italy; the evaluation of the Nati per Leggere project

Introduction Early exposure to reading aloud may prevent reading problems.

Objectives This study seeks to determine whether institution of programs as Nati per Leggere (NpL) is associated with increased reading aloud.

Materials and Methods Before-after intervention study: a survey submitted by family paediatricians during well being visits in children from 6 months to 6 years of age.

Results Refer to 9 Italian sites before the NpL intervention:

- the attitude towards reading aloud is about 20% with important and statistically significant differences between southern (10%), central (20%) and northern (30%) Italy;
- the child's age influences parents' attitude towards reading aloud;
- a doctor's anticipatory guidance or the use of specific materials regarding NpL is correlated with increased reading aloud.

Conclusions The implementation of NpL programs seems to be associated with increased parental support for reading aloud. These results need confirm from the post-intervention data at the moment in progress.

Quaderni acp 2006; 13(5): 187-194

Key words Attitude in reading aloud. Nati per Leggere. Family literacy. Reach Out and Read. Bookstart

Introduzione L'attitudine dei genitori nei confronti della lettura ad alta voce rappresenta uno dei fattori associati all'acquisizione del linguaggio nel bambino e allo sviluppo delle competenze necessarie per imparare a leggere autonomamente (emergent literacy) (1).

Obiettivi L'obiettivo di questo lavoro è quello di valutare l'efficacia degli interventi messi in atto nelle diverse realtà locali nell'ambito del progetto NpL.

Materiali e Metodi La valutazione viene realizzata con un questionario somministrato dai pediatri di famiglia durante le visite di controllo a un campione di genitori prima e dopo l'intervento (NpL).

Risultati I risultati si riferiscono ai dati rilevati in 9 realtà italiane prima dell'intervento:

- l'attitudine risulta essere intorno al 20%, con importanti differenze tra Sud (10%), Centro (20%) e Nord Italia (30%);
- l'età del bambino influenza l'attitudine dei genitori nei confronti della lettura;
- il consiglio fornito dal medico e l'esposizione ai materiali specifici si associano a una maggiore attitudine a leggere ad alta voce.

Conclusione L'approccio adottato da NpL sembra poter incidere sull'attitudine dei genitori a leggere ad alta voce. Questi risultati attendono conferma dai dati delle rilevazioni post-intervento attualmente in corso in diverse realtà italiane.

Parole chiave Attitudine alla lettura ad alta voce. Nati per Leggere. Family literacy. Reach Out and Read. Bookstart

Introduzione

L'esposizione alla lettura ad alta voce è il singolo fattore più importante nella acquisizione della letto-scrittura (1).

La letteratura scientifica degli ultimi anni ha dimostrato come leggere ad alta voce

con una certa continuità ai bambini in età prescolare possa avere una profonda influenza sia sul lato relazionale (diventa più stretto il legame tra bambino e genitori) che cognitivo (aumenta l'interesse per la lettura e il suo apprendimento) (1-2).

Già dagli inizi degli anni '90 negli Stati Uniti sono stati avviati progetti per la promozione della lettura ad alta voce come "Born to read" (1-3) e "Reach Out and Read" (ROR) (1-4). Quest'ultimo presenta un importante elemento di novità: il coinvolgimento nelle attività di promozione della lettura ad alta voce dei medici e soprattutto dei pediatri, e la dimostrazione dell'efficacia di tale coinvolgimento (1). Sulla scorta di tali evidenze nel 1999 è stato avviato in Italia il progetto Nati per Leggere (NpL), su iniziativa dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP), dell'Associazione Italiana Biblioteche (AIB), e del Centro per la Salute del Bambino/Onlus (CSB). NpL si ispira fortemente a ROR, con cui ha in atto una proficua collaborazione che mira alla condivisione delle conoscenze e degli studi scientifici sulla promozione della lettura ad alta voce. NpL ha posto il pediatra, di famiglia o di comunità, all'interno di una più ampia rete di promozione che comprende biblioteche, scuole dell'infanzia, Enti e Istituzioni pubbliche e private. La partecipazione del pediatra, figura autorevole e importante per la famiglia, alla promozione della lettura ad alta voce, consente di trasmettere molto precocemente questo messaggio a tutte le famiglie (già dal primo anno di vita), e di rinforzarlo in occasione dei bilanci di salute. In particolare, tutti i genitori, attraverso l'ambulatorio del pediatra, vengono raggiunti da NpL, anche quelli che non frequentano abitualmente le biblioteche. Dalla sua nascita NpL si è ampiamente sviluppato in Italia, come i lettori di *Quaderni acp* ben sanno, interessando ormai molte aree e regioni italiane.

Uno degli obiettivi che il progetto NpL, come il ROR, si è posto fin dalla sua nascita è quello di valutare l'efficacia degli interventi messi in atto nelle diverse realtà locali. Attraverso un monitoraggio periodico delle attività si vuole capi-

Per corrispondenza:

Luca Ronfani

e-mail: ronfani@burlo.trieste.it

ricerca

re se le strategie adottate portino dei benefici e in che misura; se invece sia necessario adottare dei correttivi e, cosa non secondaria, si volevano avere a disposizione dei dati atti a giustificare l'impegno economico eventualmente sostenuto da istituzioni o privati. Tale valutazione è stata affidata nella prima fase del progetto ai pediatri di famiglia, e in qualche caso a quelli di comunità, sia perché soggetti importanti e nuovi, ma soprattutto perché attraverso di loro è possibile raggiungere una popolazione meno selezionata rispetto a quella che frequenta le biblioteche, le librerie o le scuole dell'infanzia. Bisogna inoltre sottolineare che all'interno dell'ACP esiste da sempre una componente di ricerca ambulatoriale.

Per valutare l'efficacia delle strategie adottate da NpL sono disponibili due modalità:

1. dimostrare l'effetto dell'intervento di promozione della lettura ad alta voce direttamente sull'esito finale atteso (sviluppo delle competenze emergenti, del linguaggio, successo scolastico, acquisizione della capacità di leggere, miglioramento della relazione/interazione tra genitori e bambino);
2. dimostrare che l'intervento modifica l'atteggiamento (attitudine) dei genitori nei confronti della lettura ad alta voce (cioè se la lettura ad alta voce diventa una delle attività preferite dai genitori, aumenta il numero di libri in casa e le giornate in cui si legge, ecc.), ipotizzando che questa modificazione porti anche a effetti sull'esito finale atteso.

Il primo tipo di valutazione ha sicuramente un valore maggiore, ma richiede un disegno di studio complesso e rigoroso, con un gruppo di intervento, un gruppo di controllo, l'assegnazione casuale dei bambini a uno dei due gruppi (TCR: Trial Controllato Randomizzato) e il ricorso a test specifici e complessi. Uno studio di questo tipo richiede inoltre tempi lunghi (molti anni) dal suo inizio alla fase finale di valutazione. Si tratta quindi di un modello costoso non solo in termini economici ma anche di risorse umane, non utile a scopo di monitoraggio e quindi poco adatto agli obiettivi e alle risorse disponibili per il progetto

NpL, e in generale alla realtà della pediatria di famiglia italiana. D'altra parte, TCR realizzati negli USA hanno già dimostrato che la lettura ad alta voce in famiglia agisce in maniera positiva sugli esiti finali attesi. La letteratura statunitense ha infatti messo in evidenza il ruolo critico che hanno i genitori nello sviluppo dell'educazione del bambino (*family literacy*), dimostrando che l'attitudine dei genitori nei confronti della lettura ad alta voce rappresenta uno dei fattori associati all'acquisizione del linguaggio del bambino, alle sue abilità letterarie e di conseguenza alla *emergent literacy*, cioè allo sviluppo delle competenze e abilità necessarie per imparare a leggere autonomamente (1).

In base a queste evidenze si è deciso di dare per dimostrati gli effetti della lettura ad alta voce e, più in generale, di una attitudine positiva dei genitori nei confronti, sullo sviluppo cognitivo e relazionale del bambino. Si è quindi ritenuto che per valutare l'efficacia di NpL fosse sufficiente misurare la modificazione dell'attitudine dei genitori nei confronti della lettura ad alta voce tra prima e dopo la realizzazione dell'intervento.

La strada più difficile (dimostrare i benefici della lettura sul piano dell'esito finale atteso) è stata tuttavia intrapresa in Italia, ed è attualmente in corso, grazie a un gruppo di pediatri di famiglia di Asolo in collaborazione con l'Università di Padova. La ricerca è fondata su un trial randomizzato e ha l'obiettivo di valutare lo sviluppo linguistico a 36 mesi di bambini esposti e non esposti all'intervento di promozione della lettura ad alta voce.

Materiali e metodi

La metodologia adottata è quella di uno studio "prima-dopo". L'attitudine alla lettura viene valutata in un campione di genitori prima dell'avvio del progetto e viene rivalutata in diversi momenti durante il suo svolgimento (ad esempio ogni 1 o 2 o più anni). Dal confronto di come l'attitudine si sia modificata tra prima e dopo l'avvio del progetto si valuta l'efficacia dell'intervento messo in atto. La grandezza del campione è stata calcolata per le diverse realtà locali, sti-

mando la percentuale di attitudine iniziale e quella attesa dopo l'intervento.

La ricerca è stata realizzata nelle realtà locali che hanno deciso di aderirvi su base volontaria.

La valutazione dell'attitudine alla lettura è stata realizzata grazie a un questionario semplice somministrato dal pediatra di famiglia o di comunità durante i bilanci di salute. Il questionario è fortemente ispirato a quello BABAR (*Before and After Books and Reading*) disegnato nel maggio 1998 negli Stati Uniti dai membri dell'American Academy of Pediatrics, con l'obiettivo di valutare le attività di Reach Out and Read e pensato proprio per l'utilizzo nell'ambulatorio del pediatra.

Il questionario Nati per Leggere raccoglie informazioni sulle abitudini di lettura dei genitori al bambino, su alcune caratteristiche socioeconomiche della famiglia e sulla sua esposizione ad attività di promozione della lettura ad alta voce e a NpL. Di conseguenza i dati raccolti con tale questionario consentono di:

1. valutare l'attitudine alla lettura ad alta voce ai bambini in famiglia;
2. verificare attraverso il confronto prima/dopo se l'intervento aumenta l'attitudine alla lettura ad alta voce e il numero di libri per bambini presenti in casa;
3. verificare in che misura tali fattori sono influenzati da alcune caratteristiche socio-economiche, etniche e dall'età dei bambini;
4. confrontare la situazione nelle diverse realtà locali.

Il questionario, inizialmente identico a quello BABAR, è stato successivamente modificato per la realtà italiana. In alcune aree dove è stato somministrato si è inoltre deciso di inserire o di modificare alcune domande in modo da poter approfondire aspetti specifici dei programmi realizzati localmente. Si è avuta comunque l'accortezza di mantenere identiche le domande poste per valutare l'attitudine alla lettura ad alta voce e quelle relative alle caratteristiche dei genitori, in modo da avere a disposizione dati sempre confrontabili.

Sulla scorta di quanto proposto per il monitoraggio BABAR, sono stati inclusi

nella rilevazione i genitori di bambini di età compresa tra 6 mesi e 6 anni non compiuti. I criteri di esclusione sono stati il peso alla nascita <1500 grammi e la presenza di grave compromissione neuropsichica come sordità, cecità, paralisi cerebrale grave, sindrome di Down.

L'esclusione di questi bambini dalla rilevazione, decisa da chi ha ideato il questionario negli Stati Uniti, fu attuata per avere a disposizione campioni di bambini quanto più possibile confrontabili e non comporta logicamente la loro esclusione dal progetto. A essi anzi va dedicata ogni sforzo nell'ambito della lettura ad alta voce (5).

Si veda l'articolo sui "libri su misura" a pagina 199.

Per la compilazione del questionario sono state fornite ai pediatri alcune semplici indicazioni, in particolare:

1. di porre "in cieco" (senza svelare l'interesse del pediatra all'argomento lettura) le domande relative alla valutazione dell'attitudine dei genitori, in modo da non influenzarne le risposte;
2. di non intervistare dopo l'intervento le stesse famiglie intervistate nella fase pre-intervento, sempre per il motivo riportato al punto uno;
3. di realizzare le interviste nel corso del periodo di rilevazione tutti i giorni della settimana durante tutti i controlli di salute a bambini nella fascia di età considerata e con le caratteristiche sopra descritte, in modo da non realizzare selezioni arbitrarie del campione.

Il problema principale che si è dovuto affrontare in sede di costruzione e soprattutto di analisi del questionario è quello relativo a come valutare l'attitudine a leggere ad alta voce. Rispetto a questo aspetto infatti la letteratura statunitense non è univoca, e riporta l'utilizzo di indicatori diversi che sono a loro volta incrociati in maniera differente (tabella 1).

Come già riportato, il questionario Nati per Leggere ricalca quello BABAR del ROR e infatti presenta le tre domande riportate nella tabella 1, poste ai genitori in cieco. Nella letteratura che abbiamo reperito sul BABAR non è stato possibile capire chiaramente se e come le tre domande siano state utilizzate per otte-

TABELLA 1: INDICATORI UTILIZZATI PER DEFINIRE LA PRESENZA DI ATTITUDINE ALLA LETTURA NEI GENITORI NEGLI STUDI NORDAMERICANI (ROR)

Autore	Indicatori utilizzati	Valutazione dell'attitudine
Golova, 1999	a. frequenza attività di lettura al bambino (positiva se ≥ 3 volte alla settimana) b. lettura come una delle tre attività preferite dal genitore con il bambino (SI/NO) c. numero di libri per bambini presenti in casa (positivo se >5)	Non viene utilizzato uno score, ma valutata la modificazione dei singoli indicatori. a) e b) sono gli outcomes principali.
Sanders, 2000	Come Golova	Non viene utilizzato uno score, ma valutata la modificazione dei singoli indicatori. a) è l'outcome principale.
Silverstein, 2002	a. numero di giorni in cui i genitori leggono ai loro figli e numero di sere in cui il genitore utilizza la lettura per l'addormentamento (positivi se superiori a una volta alla settimana) b. lettura come una delle tre attività preferite dal genitore con il bambino (SI/NO) c. numero di libri per bambini presenti in casa (positivo se >10) d. lettura di un libro da parte del genitore come una delle tre attività preferite dal bambino	Non viene utilizzato uno score, ma valutata la modificazione dei singoli indicatori.
High, 1998	a. frequenza attività di lettura al bambino (positiva se > 6 giorni alla settimana) b. lettura come una delle tre attività preferite dal genitore con il bambino (SI/NO) c. lettura di un libro da parte del genitore come una delle tre attività preferite dal bambino (SI/NO)	Presente se risposta positiva ad almeno una delle tre domande. Le domande sono poste ai genitori in cieco.
BABAR, 1998	a. Quali sono le tre cose che preferisce fare con (nome del bambino) in questi giorni? b. Che cosa fa per aiutare (nome del bambino) ad addormentarsi la sera? c. C'è qualcosa che fa adesso con (nome del bambino) e che pensa lo/la potrà aiutare ad avere successo quando andrà alla scuola elementare?	Domande poste ai genitori in cieco. Non è chiaro se e come queste domande vengano incrociate.

nere il dato della attitudine alla lettura in famiglia. Di fronte a una situazione così disomogenea abbiamo deciso di utilizzare per l'Italia un criterio più restrittivo e rigoroso: l'"attitudine" è stata infatti considerata presente in presenza una risposta positiva da parte dei genitori intervistati ad almeno una delle tre domande poste in cieco e se i genitori hanno dichiarato di leggere ad alta voce al bambino almeno 5 giorni alla settimana.

Inoltre si è deciso di inserire una quarta domanda da porre in cieco che riguarda l'interesse del bambino alla lettura (quali sono le cose che suo figlio preferisce fare?). Questo è infatti un elemento importante nella determinazione degli esiti metalinguistici nel bambino. Tale domanda non era presente nei primi questionari distribuiti.

Non è stato definito un tempo costante di follow-up, anche se si è consigliato di

realizzare la raccolta post-intervento almeno un anno dopo l'inizio delle attività di promozione.

Risultati

Sono stati raccolti complessivamente 2961 questionari nelle 9 aree in cui è stata realizzata la rilevazione pre-intervento (Palermo, dicembre 1999-marzo 2000; Napoli, giugno-ottobre 2000; Cesena, settembre-novembre 2000; Trieste, ottobre 2000-marzo 2001; Sciacca, gennaio-ottobre 2001; Ferrara, ottobre 2002-gennaio 2003; Regione Basilicata: ottobre 2002-gennaio 2003; Catanzaro, marzo-aprile 2004; Terni, giugno-novembre 2003). In base a quanto definito nel protocollo dello studio, sono stati esclusi dall'analisi i bambini con compromissione neuropsichica ($n=7$) e con età non compresa tra 6 mesi e 6 anni non compiuti ($n=56$). Inoltre si è deciso di escludere anche i questionari da cui non era possibile ricavare il dato dell'età del bambino ($n=28$). Sono stati quindi esclusi complessivamente 91 questionari (3%) e ne sono stati analizzati 2870. 1180 questionari (41%) sono stati raccolti in aree dell'Italia centrale o settentrionale, i restanti in aree dell'Italia meridionale (*tabella 2*).

Le rilevazioni di Cesena, Palermo, Napoli, Sciacca e Trieste ($n=1256$; 44%) sono state realizzate prima della fine del 2001. Si segnala ancora che i dati di Palermo, Napoli, Cesena, Trieste e Sciacca sono stati raccolti con la prima versione del questionario, quelli di Ferrara, Basilicata, Terni e Catanzaro con la seconda versione leggermente modificata (*vedi materiali e metodi*). Questo spiega perché per alcune aree dei dati non siano disponibili (segnalato con n.d. nelle tabelle). I dati di Ferrara sono stati inoltre raccolti con una metodologia diversa (intervista ai genitori realizzata da un ricercatore ad hoc) e in luoghi differenti (64% a Ferrara città in ambulatorio; 25% a Copparo in ambulatorio; 11% presso un Asilo Nido).

In *tabella 2* sono riportate le caratteristiche generali della popolazione in studio. Suddividendo le aree in due gruppi, Italia Centro-Nord e Sud, è possibile mettere in evidenza una differenza statisticamente significativa nella media di anni di

scolarità materna (rispettivamente 12,6 vs 11,07 anni, $p<0,001$), di scolarità paterna (12,16 vs 10,73 anni, $p<0,001$), nella percentuale di fratelli presenti in famiglia (il 51% dei bambini al Centro-Nord ha almeno un fratello, contro il 61% al Sud, $p<0,001$) e nella percentuale di donne che hanno partorito il primo figlio sotto i 18 anni (2 vs 4,6%, $p<0,01$). I dati di Palermo sono meno buoni rispetto alle altre aree, sia rispetto alla scolarità dei genitori che rispetto alla percentuale di donne che hanno partorito il primo figlio sotto i 18 anni, suggerendo il reclutamento di un campione di più basso livello socioeconomico in quella città (*tabella 2*). Differenze nella scolarità dei genitori, anche se meno accentuate, sono presenti anche nelle altre realtà del Meridione, specie rispetto a quelle del Nord. In *tabella 3* viene riportato il dettaglio relativo alla scolarità materna nelle diverse aree. Rispetto alla nazionalità dei bambini non si disponeva di un dato omogeneo in quanto nei primi questionari (anteriori al 2002) veniva richiesta la lingua parlata in casa e solo successivamente la nazionalità. Solo il 2,7% del campione era comunque di nazionalità non italiana o parlava in casa una lingua diversa dall'italiano.

Valutazione dell'attitudine alla lettura ad alta voce in famiglia

Il 20% degli intervistati ha dichiarato "leggere un libro" tra le prime tre cose che sostiene di preferire fare con il figlio, il 15% tra le prime tre cose che fa per aiutare il bambino ad addormentarsi la sera, il 25% tra le prime tre cose che fa adesso con il bambino pensando che lo potranno aiutare alla scuola elementare (*tabella 4*). Vi sono importanti differenze nella risposta dei genitori nelle diverse aree geografiche e, con l'eccezione della Basilicata, la percentuale di risposta positiva al Sud è più bassa rispetto al Centro-Nord.

Le differenze si riflettono chiaramente sull'attitudine alla lettura ad alta voce che risulta essere presente nel 19% del campione complessivo, ma con un ampio range di valori a seconda dell'area geografica di provenienza (*tabella 5*).

Il differenziale Nord-Sud evidenziato è presente anche considerando il numero

di giorni settimanali in cui i genitori leggono ai bambini (*tabella 6*). Il 37% dei genitori del campione non legge ad alta voce ai propri figli e un ulteriore 22% legge solo saltuariamente (1-2 giorni alla settimana). Solo il 27% del campione complessivo di genitori può quindi essere considerato "lettore abituale" secondo la definizione adottata (almeno 5 giorni/settimana di lettura ad alta voce). Analizzando i dati per area, si può notare come al Sud, sempre con l'eccezione della Basilicata, la percentuale di genitori che non legge mai ad alta voce varia dal 48% di Sciacca al 68% di Palermo e sia quindi decisamente superiore rispetto alle aree del Centro-Nord. Per quanto riguarda la percentuale di "lettori abituali", questa si aggira intorno al 50% a Trieste e Ferrara, al 36% a Cesena, al 25% a Terni e in Basilicata e intorno al 10% nelle restanti aree.

Esposizione ad attività di promozione della lettura ad alta voce degli intervistati

La *tabella 7* analizza in maniera descrittiva l'esposizione degli intervistati ad attività di promozione della lettura ad alta voce.

La percentuale di genitori incoraggiati a leggere ad alta voce da parte di un medico, molto bassa nelle prime rilevazioni (Palermo, Napoli, Trieste), è andata poi progressivamente aumentando fino al 28% in Basilicata, provocando una contaminazione del campione (in Basilicata un 1/4 dei genitori era già stato sottoposto al consiglio del medico). Il dato relativo alle altre fonti di incoraggiamento, disponibili per sole 4 aree, mostra che una parte consistente dei genitori (circa il 20%) è stata raggiunta dall'informazione sull'importanza di leggere ad alta voce per vie alternative al medico, quali amici o parenti (56%), insegnanti delle scuole per l'infanzia (8%) e riviste (8%). Marginale risulta essere il ruolo dei bibliotecari, almeno nelle aree e nel momento in cui è stata realizzata la rilevazione, probabilmente per non alta frequenza di molti genitori intervistati alle biblioteche.

Solo una piccola parte del campione (7-9%) è stata invece già esposta ad attività specifiche di NpL, quali materiali informativi o il dono del libro.

TABELLA 2: CARATTERISTICHE GENERALI DELLA POPOLAZIONE

	PA	Sci.	CZ	NA	Bas.	TR	CE	FE	TS	Tot
Numero di questionari analizzati	215	344	321	225	585	241	164	467	308	2870
Età media dei bambini (anni)	2,71	3	2,48	2,62	2,5	2,81	3,5	2,56	2,37	2,67
Sesso maschile	49%	48%	47%	51%	51%	57%	53%	51%	43%	50%
Intervistato										
– madre	97%	92%	96%	96%	94%	94%	88%	82%	91%	92%
– padre	3%	7%	4%	4%	6%	6%	11%	14%	7%	7%
Peso alla nascita (g)										
>2500	93%	97%	95%	100%	94%	96%	91%	93%	96%	95%
<1500	1%	n.d.	0,3%	-	1%	0	n.d.	54%	42%	57%
Bambini con fratelli	69%	62%	61%	n.d.	57%	56%	n.d.	54%	42%	57%
Frequenza scolastica media dei genitori (anni)										
– madre	9,3	10,4	12	11,2	11,6	12,7	n.d.	12,6	12,4	11,6
– padre	9,0	10,1	11,4	11,1	11,2	12	n.d.	12,3	12,1	11,3
Età materna <18 anni alla prima gravidanza	10%	3%	7%	n.d.	3%	3%	n.d.	2%	2%	4%
Famiglia monoparentale	2%	2%	4%	n.d.	15%	2%	n.d.	3%	4%	6%

TABELLA 3: SCOLARITÀ MATERNA PER CATEGORIE E AREA GEOGRAFICA

	PA	Sci.	CZ	NA	Bas.	TR	CE	FE	TS	Tot
Nessuna (< 5 anni)	3%	1%	0,3%	1%	0,3%	-	n.d.	-	0,3%	0,5%
Licenza elementare	21%	11%	3%	7%	4%	3%	n.d.	1%	2%	5,5%
Diploma scuola media inferiore/istituto tecnico	45%	42%	28%	36%	35%	25%	n.d.	29%	28%	33%
Diploma scuola media superiore	23%	40%	53%	46%	48%	53%	n.d.	44%	50%	46%
Laurea	8%	7%	15%	11%	13%	19%	n.d.	26%	20%	15%

TABELLA 4: RISPOSTE ALLE DOMANDE SULLA LETTURA AD ALTA VOCE AL BAMBINO

	PA	Sci.	CZ	NA	Bas.	TR	Ces.	FE	TS	Tot
Nomina "leggere un libro" tra le prime tre cose che:										
1. preferisce fare con il figlio	7%	10%	14%	12%	24%	19%	24%	27%	32%	20%
2. fa per aiutare il bambino ad addormentarsi	7%	10%	10%	11%	14%	15%	33%	18%	18%	15%
3. fa adesso con il bambino pensando che lo potranno aiutare alla scuola elementare	8%	26%	24%	10%	31%	28%	33%	25%	26%	25%
4. il figlio preferisce fare	n.d.	n.d.	12%	n.d.	15%	15%	n.d.	20%	n.d.	16%

TABELLA 5: VALUTAZIONE DELL'ATTITUDINE ALLA LETTURA AD ALTA VOCE IN FAMIGLIA

	PA	Sci.	CZ	NA	Bas.	TR	Ces.	FE	TS	Tot
Presente	8%	6%	11%	7%	20%	18%	27%	31%	32%	19%

TABELLA 6: NUMERO DI GIORNI ALLA SETTIMANA IN CUI VENGONO LETTI LIBRI AI BAMBINI

Numero di gg di lettura	PA (n=210)	Sci. (n=330)	CZ (n=301)	NA (n=224)	Bas. (n=534)	TR (n=231)	CE (n=164)	FE (n=456)	TS (n=307)	Tot (n=2757)
0	68%	48%	48%	63%	39%	34%	10%	14%	25%	37%
1	7%	16%	9%	13%	9%	8%	23%	6%	7%	10%
2	6%	16%	12%	10%	13%	17%	14%	11%	9%	12%
3	5%	8%	9%	3%	11%	13%	13%	11%	9%	9%
4	3%	3%	3%	2%	4%	3%	4%	8%	5%	4%
5	4%	2%	2%	3%	4%	3%	5%	3%	2%	3%
6	1%	2%	1%	0,4%	4%	5%	4%	2%	3%	2%
7	6%	6%	15%	5%	17%	18%	27%	45%	41%	22%
Letto abituale (legge almeno 5 gg/settimana)	11%	10%	18%	9%	25%	26%	36%	50%	46%	27%

TABELLA 7: VALUTAZIONE DELL'ESPOSIZIONE AL CONSIGLIO DI LEGGERE AD ALTA VOCE E A NPL

	PA	Sci.	CZ	NA	Bas.	TR	Ces.	FE	TS	Tot
Incoraggiamento a leggere ad alta voce:										
– da un medico	0,4%	23%	8%	5%	28%	13%	n.d.	14%	4%	15%
– da altre fonti*	n.d.	n.d.	15%	n.d.	20%	22%	n.d.	26%	n.d.	21%
Hanno ricevuto:										
– materiale informativo su Npl*	n.d.	n.d.	3%	n.d.	11%	4%	n.d.	7%	n.d.	7%
– il dono di un libro*	n.d.	n.d.	7%	n.d.	11%	6%	n.d.	n.d.	n.d.	9%

*dato disponibile solo per Catanzaro, Terni, Ferrara e per la Basilicata (n=1614)

Analisi dei fattori che influenzano la presenza di attitudine alla lettura ad alta voce in famiglia

All'analisi univariata sono risultate essere associate in maniera statisticamente significativa con una maggiore attitudine alla lettura ad alta voce in famiglia:

- la provenienza del questionario da un'area del Centro-Nord (OR 3,3; IC 95% 2,7-4,1);
- la più alta scolarità materna (OR 2,8; IC 95% 2,2-3,5 per scolarità >12 anni vs ≤12 anni; OR 12,3; IC 95% 3,8-48,4 per scolarità >7 anni vs ≤7 anni) e paterna (OR 2,7; IC 95% 2,1-3,4 per scolarità >12 anni vs ≤12 anni);
- l'età della madre alla prima gravidanza superiore ai 18 anni (OR 3,3; IC 95% 1,4-8,3);
- l'età maggiore del bambino (OR 1,82; IC 95% 1,5-2,3 per età ≥24 mesi vs <24 mesi);

- la raccolta del questionario dopo il 2001 (OR 1,4; IC 95% 1,2-1,7);
- l'essere figlio unico (OR 1,3; IC 95% 1,03-1,56).

Nessuna differenza è stata evidenziata rispetto al sesso del bambino, al peso alla nascita, alla provenienza da una famiglia monoparentale, alla nazionalità o lingua parlata in casa diversa da quella italiana. Il test statistico applicato (chi quadrato per trend) è risultato essere statisticamente significativo ($p < 0,001$). Come si può notare, all'aumentare dell'età del bambino e della scolarità materna aumenta la probabilità (espressa sia dalle percentuali che in odds ratio) di presenza di attitudine alla lettura ad alta voce in famiglia (tabella 8 e 9). Una madre laureata ha una probabilità 30 volte maggiore di avere un'attitudine a leggere ad alta voce rispetto a una con licenza elementare o meno. Il genitore di un bambino di 5 anni ha una probabilità tripla di avere

una attitudine alla lettura ad alta voce rispetto a quello con un bambino sotto l'anno di vita. La tabella 10 riporta il dato relativo all'età del bambino scorporato nelle due macroregioni geografiche (Sud e Centro-Nord).

Anche l'incoraggiamento a leggere ad alta voce al bambino fornito da un medico si associa in maniera statisticamente significativa a una maggiore attitudine alla lettura ad alta voce (OR 1,5; IC 95% 1,2-2), mentre la stessa cosa non avviene, nelle aree in cui il dato è disponibile (Ferrara, Basilicata, Terni, Catanzaro), per l'incoraggiamento fornito da altre figure quali amici, parenti, insegnanti. L'esposizione a materiali specifici predisposti per Nati per Leggere o al dono del libro si associa in maniera statisticamente significativa con l'attitudine alla lettura ad alta voce in famiglia (OR 2,5; IC 95% 1,7-3,6). In questo caso il dato è limitato alle aree di Terni, Catanzaro e alla Basilicata.

All'analisi multivariata, il fattore che in maniera indipendente dalle altre variabili correla con maggior forza con la presenza di una maggiore attitudine a leggere ad alta voce è risultato essere la provenienza da un'area del Centro-Nord (OR 2,3; IC 95% 1,8-2,9), seguito dall'incoraggiamento ricevuto da un medico (OR 1,6; IC 95% 1,2-2,1), dall'età del bambino (OR 1,2; IC 95% 1,14-1,31), dal fatto di essere figlio unico (OR 1,3; IC 95% 1,01-1,6), dalla scolarità materna (OR 1,1; IC 95% 1,08-1,2) e paterna (OR 1,08; IC 95% 1,04-1,1). L'anno di raccolta dei questionari e l'età materna alla prima gravidanza, risultati significativi all'analisi univariata, sono usciti dal modello finale. Dall'analisi è stata esclusa la città di Cesena per la raccolta incompleta delle variabili.

L'esposizione a materiali specifici predisposti per Nati per Leggere o al dono del libro non è stata inclusa nell'analisi multivariata in quanto il dato era disponibile solo per le tre aree sopra indicate. Limitando l'analisi a queste tre aree, l'univariata mette in evidenza un'associazione statisticamente significativa tra attitudine e scolarità materna e paterna, età del bambino, consiglio del medico ed esposizione alle attività di NpL. All'analisi multivariata il fattore che in maniera indipendente dalle altre variabili correla con maggior forza con la presenza di attitudine alla lettura ad alta voce è proprio l'esposizione ad attività di NpL (OR 2,1; IC 95% 1,4-3), seguita dall'incoraggiamento da parte di un medico (OR 1,9; IC 95% 1,3-2,8), dall'età del bambino (OR 1,2; IC 95% 1,1-1,4) e dalla scolarità materna (OR 1,2; IC 95% 1,1-1,2).

Discussione

I risultati di questa prima fase della ricerca sulla valutazione del progetto Nati per Leggere in Italia mettono in evidenza come complessivamente l'attitudine a leggere ad alta voce sia presente nel 20% circa delle famiglie intervistate. Non è possibile un confronto con dati italiani precedenti in quanto non ne esistono, né con quelli americani che utilizzano definizioni diverse per la valutazione della presenza dell'attitudine alla lettura ad alta voce rispetto a quella da noi adottata. Il dato sembra comunque basso e

TABELLA 8: SCOLARITÀ MATERNA E ATTITUDINE ALLA LETTURA AD ALTA VOCE IN FAMIGLIA

Scolarità della madre	Presenza attitudine (percentuale)	OR
Nessuna o licenza elementare	2,0%	1,00
Diploma scuola media inferiore/ istituto tecnico	11,3%	6,68
Diploma scuola media superiore	18,6%	11,97
Laurea	37,0%	30,63

Chi quadrato per trend = 141; p<0,000001

TABELLA 9: ETÀ DEL BAMBINO E ATTITUDINE ALLA LETTURA AD ALTA VOCE IN FAMIGLIA

Età del bambino	Presenza attitudine (percentuale)	OR
<12 mesi	9%	1,00
12-24 mesi	16%	1,89
24-36 mesi	23%	2,95
36-48 mesi	21%	2,61
48-60 mesi	17%	2,07
60-72 mesi	26%	3,36

Chi quadrato per trend = 28,6; p=0,000001

TABELLA 10: ETÀ DEL BAMBINO E ATTITUDINE ALLA LETTURA AD ALTA VOCE IN FAMIGLIA SCORPORATE PER MACROREGIONE GEOGRAFICA

Età del bambino	Presenza attitudine (percentuale)	
	Sud	Centro-Nord
<12 mesi	6,0%	14,2%
12-24 mesi	10,0%	26,1%
24-36 mesi	14,9%	31,8%
36-48 mesi	13,3%	35,4%
48-60 mesi	12,6%	27,0%
60-72 mesi	16,3%	33,3%

suscettibile di miglioramento. Il consiglio fornito dal medico e l'esposizione ai materiali prodotti per NpL (per le aree in cui la domanda era compresa nel questionario) si associano a una maggiore attitudine a leggere ad alta voce indipendentemente dalle altre variabili, comprese quelle sociali, geografiche e anche dall'età del bambino (analisi multivariata).

Questa è una prima conferma della validità dell'approccio di Nati per Leggere e della possibilità che il progetto possa incidere sull'attitudine dei genitori verso la lettura ad alta voce attraverso il semplice consiglio fornito dal pediatra di famiglia, accompagnato dalla consegna

di materiali informativi specifici o dal dono del libro.

Come atteso, l'età del bambino è un fattore che influenza le abitudini di lettura in famiglia: l'attitudine era infatti presente nel 9% dei genitori di bambini tra 6 e 12 mesi e nel 26% nei genitori di bambini tra 60 e 72 mesi. Questo è sicuramente un punto su cui l'intervento del pediatra potrebbe incidere, portando a una anticipazione del momento in cui i genitori cominciano a condividere il libro con il bambino.

I risultati mettono ancora in evidenza una differenza importante tra le aree del Sud (10%), quelle del Centro (20%) e Nord Italia (30%), confermando il differenzia-

le esistenti tra le tre aree geografiche già segnalato in altri studi e con altri indicatori. L'adesione al progetto da parte dei pediatri su base volontaria può aver creato un bias nella selezione dei pazienti ed è quindi possibile che i risultati di questa prima fase non siano trasferibili ad altre realtà. Sicuramente le famiglie reclutate a Palermo sono molto diverse da quelle reclutate ad esempio a Trieste, ed è possibile che questa differenza sia legata all'area anche cittadina in cui lavorano i pediatri che hanno aderito alla ricerca e alle famiglie che di conseguenza afferiscono agli ambulatori. L'attitudine alla lettura ad alta voce sembra comunque essere molto simile nelle diverse realtà del Sud Italia che hanno partecipato alla rilevazione (fatta eccezione della Basilicata dove però il progetto era già avviato), indipendentemente anche dal periodo di raccolta del questionario. Lo stesso discorso vale per le aree del Nord. Questo sembra suggerire che le differenze evidenziate tra Nord e Sud non siano semplicemente legate alle famiglie reclutate nelle singole realtà.

La realizzazione della ricerca non ha incontrato particolari difficoltà in nessuna delle realtà in cui è stata avviata. Ha sicuramente contribuito a questo risultato la scelta di utilizzare un questionario breve e di conseguenza con un tempo di somministrazione limitato a meno di una decina di minuti. L'utilizzo di un questionario che ha ricevuto più volte piccole modifiche con aggiunta di alcune domande e la sua somministrazione in momenti un po' diversi avvenuta in alcune aree (ad esempio Ferrara) può aver influenzato i risultati che abbiamo presentato.

Si ricorda comunque che le domande relative alla valutazione dell'attitudine alla lettura ad alta voce sono rimaste invariate in tutti i questionari somministrati, come pure le variabili di controllo. Fa eccezione solo la voce relativa alla nazionalità del bambino: in un primo tempo infatti veniva richiesta la lingua parlata abitualmente in casa, successivamente la nazionalità. I bambini non italiani o con altra lingua parlata in casa rappresentano comunque una minoranza del campione. Si sottolinea ancora che nelle aree in cui la rilevazione è stata rea-

lizzata con metodologia diversa (Ferrara) o in cui non sono state raccolte le variabili di controllo (Cesena), il valore dell'attitudine non è risultato diverso dall'atteso, stimato in base al dato raccolto nelle altre realtà con simili caratteristiche. La cecità nella presentazione delle 4 domande sulle abitudini di lettura in famiglia è stata garantita in tutte le realtà in cui è stato somministrato il questionario.

In conclusione, i dati raccolti in questa prima fase della ricerca indicano che è necessario in Italia continuare a lavorare per far sì che un numero sempre maggiore di genitori legga ad alta voce ai propri figli. Sono troppo poche infatti le famiglie in cui leggere ad alta voce risulta essere un'attività abituale e praticata quasi tutti i giorni. L'approccio adottato da NpL sembra valido e in particolare sembra poter incidere sull'attitudine dei genitori attraverso il semplice consiglio fornito dal pediatra di famiglia, accompagnato dalla consegna di materiali informativi specifici o laddove possibile dal dono del libro.

Questi risultati dovranno essere confermati dai dati delle rilevazioni post-intervento al momento in corso in diverse realtà italiane. ♦

Nessun conflitto di interessi a carico degli Autori. Lo studio è stato condotto senza utilizzare alcun finanziamento esterno utilizzando risorse dell'ACP e del CSB.

Referenze

- (1) Causa P, Manetti S. Evidenze degli effetti della promozione della lettura nelle cure primarie. *Quaderni acp* 2003;10:42-6.
- (2) Salvarani U, Ravaglia A. Nutrire la mente per nutrire il corpo. Coinvolgere i genitori nel Progetto "Nati per Leggere". *Quaderni acp* 2004;11:248-9.
- (3) Born to Read: <http://www.ala.org/aslc/born>.
- (4) Reach Out and Read: <http://www.reachoutandread.org>.
- (5) Miles S, Chapman RS. Narrative content as described by individuals with Down syndrome and typically developing children. *J Speech Lang, Hear Res*, 2002;45:175-89.

Si ringraziano tutti i pediatri di famiglia che hanno partecipato alla distribuzione dei questionari ai loro assistiti e alla loro compilazione e in particolare i Gruppi di Lavoro sul Monitoraggio di Nati per Leggere della Basilicata, di Catanzaro, di Cesena, di Ferrara, di Napoli, di Palermo, di Sciacca, di Terni e di Trieste.

AVVISO IMPORTANTE

A partire dal numero 1 del 2007, *Quaderni acp* sarà inviato esclusivamente agli iscritti all'Associazione. Non saranno, cioè, più inviate copie omaggio. L'Associazione ha però a disposizione un numero ridotto di copie che può riservare ai non iscritti: soprattutto ai nostri referee, a collaboratori della rivista e dei gruppi locali e agli specializzandi in pediatria durante il periodo della specializzazione.

Quindi, gli amici che vogliono continuare a ricevere la rivista pur non essendo iscritti all'ACP, sono pregati di chiederlo indirizzando, quanto prima, una e-mail all'indirizzo redazionequaderni@iscali.it. Nei limiti delle possibilità, si cercherà di soddisfare le loro richieste.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA
Tor Vergata

MASTER DI SECONDO LIVELLO DI ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA PEDIATRICA

2006/2007/2008

Direttore prof.ssa V. Moschese

Caratteristiche

Il Master ha lo scopo di formare, non solo da un punto di vista teorico, ma anche pratico, figure professionali che saranno coinvolte nelle attività di Allergologia e Immunologia Pediatrica sia che esse siano già inserite nel mondo del lavoro sia che si trovino nella necessità di acquisire gli indispensabili strumenti di conoscenza. Aspetto caratterizzante è lo stretto rapporto con i maggiori esperti nazionali nel campo assistenziale e della ricerca applicata in campo allergologico e immunologico pediatrico.

Requisiti di ammissione

Laureati di Medicina e Chirurgia (titolo di preferenza: Diploma di Specializzazione in Pediatria). Il bando è scaricabile dal sito www.uniroma2.it entrando nell'area didattica e selezionando Master di II livello-Allergologia e Immunologia Pediatrica Avanzata.

Tipologia

Master biennale articolato in 10 moduli didattici, il cui costo è fissato in euro 3000 da versare in 2 rate.

Segreteria organizzativa

Jennifer M. Faudella
Policlinico Tor Vergata, Centro Interdisciplinare di Pediatria Specialistica
Tel: 06/20900533
e-mail: faudella@med.uniroma2.it

Nati per Leggere, un intervento di comunità: a che punto siamo?

Stefania Manetti
Pediatra di famiglia, ACP Campania

Abstract

Nati per Leggere, a community intervention: how fare are we gone?

Aim of this paper is the evaluation of the "Nati per Leggere" project in Italy at five years from its implementation. Primary care projects to promote reading aloud as Reach Out and Read and Bookstart have produced many scientific evidences regarding the efficacy of such interventions. Furthermore, scientific knowledge regarding early brain development has progressed rapidly. Much of the new understanding of the brain in the early years of life emphasises the translation of early experiences into neuronal connections, which in turn may influence later child development. Recent data regarding literacy levels in 14 industrialized countries are reported as the interesting link between literacy levels and GNP.

Quaderni acp 2006; 13(5): 195-198

Key words Literacy. Reading aloud. Family literacy. Neuronal connections

Obiettivo del presente articolo è di valutare, dopo circa 5 anni dalla nascita, la diffusione del progetto Nati per Leggere e di evidenziare come le recenti conoscenze relative allo sviluppo cerebrale del bambino nei primi anni di vita e le evidenze scientifiche, prodotte nel tempo da progetti internazionali come Reach Out and Read e Bookstart, supportino l'efficacia della promozione della lettura ad alta voce come intervento a favore della promozione della literacy. Recenti dati relativi alle competenze alfabetiche di 14 Paesi tra i più industrializzati, tra cui anche il nostro, indicano come un buon livello di literacy sia carente in una larga parte della popolazione, e come la promozione della lettura ad alta voce sia una delle strategie efficaci e con un buon rapporto costo/beneficio per raggiungere una migliore literacy.

Parole chiave Literacy. Lettura ad alta voce. Family literacy. Competenze alfabetiche. Sviluppo neuronale

Il progetto "Nati per Leggere" (NpL) è nato in Italia nel 1999 per iniziativa di ACP (Associazione Culturale Pediatri), AIB (Associazione Italiana Biblioteche) e CSB (Centro per la Salute del Bambino). Da allora molto è cambiato: il progetto si è diffuso con modalità diverse in tante regioni italiane in rapporto alle risorse umane ed economiche disponibili, e di pari passo le conoscenze sul progetto sono aumentate. Evidenze scientifiche, provenienti prevalentemente dai progetti anglosassoni, sulla efficacia della promozione della lettura ad alta voce in età precoce come intervento di promozione della literacy, e nuove ricerche riguardanti lo sviluppo cerebrale del bambino nei primi tre anni di vita hanno contribuito a rafforzare le motivazioni. È utile quindi fare il punto non solo sul progetto italiano (si veda l'articolo a pag.

187), ma anche su quelli internazionali che hanno prodotto risultati e si sono diffusi ampiamente sul territorio, grazie anche a strategie dei governi che hanno individuato negli interventi di promozione della literacy interventi di qualità, efficacia e buon rapporto costo/beneficio.

La promozione della literacy

L'importanza di investire nella promozione della literacy è stata confermata di recente dai risultati di uno studio condotto da statistici canadesi e presentato nel marzo 2004 a un seminario organizzato dalla Banca Mondiale, da cui sono emersi dati piuttosto interessanti sulla importanza del capitale umano per la crescita economica (1).

Lo studio è stato effettuato in 14 Paesi OCSE tra i più ricchi del mondo, utilizzando un indicatore unico e nuovo, la

literacy, che è la capacità di risolvere problemi di crescente difficoltà che implicano la comprensione di testi scritti. Questo indicatore non risente della diversa qualità dell'educazione misurata in anni di scolarizzazione, ma misura esattamente la comprensione e la capacità di risolvere i problemi in una persona. L'altro aspetto interessante di questo approccio è che lo stesso studio, effettuato in 14 Paesi, è in grado di valutare fino a che punto l'effetto si verifica in tutti i Paesi, e in tutte le condizioni, e cioè fino a che punto è "robusto" (2).

Durante gli ultimi 35 anni le differenze nelle capacità di literacy dei vari Paesi europei sono state responsabili di ben il 55% delle differenze di crescita economica. Per dare un'idea dell'impatto della literacy sulla crescita economica gli Autori hanno calcolato che un 1% di aumento della literacy – così misurata – a livello di popolazione generale può portare a un 1,5% di aumento del PIL nel corso di 35 anni. Un effetto ben oltre quello previsto.

Gran parte di questa differenza è dovuta alle differenze nei livelli di literacy delle donne e quello che conta non è tanto il livello di literacy della componente più "educata" della società, ma quello della componente media e medio-bassa.

L'incremento di produttività di una donna in rapporto alla sua literacy è in media maggiore di quello di un uomo, perché la donna sfrutta meglio la sua capacità di literacy a parità di condizioni ed è anche in grado di difenderla meglio in condizioni difficili; il lavoro dell'uomo è basato maggiormente sulle sue capacità manuali e quindi risente meno del livello educativo. La literacy delle donne è molto probabilmente associata ad altre variabili – di infrastruttura sociale soprattutto – che a loro volta influenzano la crescita economica.

Le conclusioni di questo studio ci permettono di affermare che la literacy

Per corrispondenza:
Stefania Manetti
e-mail: stefaniamanetti@virgilio.it

influenza la produttività anche in contesti industrializzati e che

1. la qualità del sistema educativo è fondamentale, ma è ancora più importante la necessità di non lasciare indietro parti della popolazione, specie femminile, perché questo ha un impatto negativo sulla crescita economica;
2. oltre alla qualità dell'educazione è molto importante anche la capacità di non perdere nel tempo i livelli di *literacy* acquisiti.

Queste ultime considerazioni ci riportano agli obiettivi di NpL, che sono quelli di dare al bambino, attraverso la famiglia e in sinergia con altri operatori, gli strumenti necessari per interiorizzare l'interesse per i libri e la lettura, e mantenere così viva la propria *literacy*.

Perché promuovere precocemente la lettura ad alta voce?

Recenti conoscenze sullo sviluppo cerebrale nei primi anni di vita hanno enfatizzato proprio la capacità di tradurre le esperienze precoci in connessioni neuronali, le quali a loro volta possono influenzare successivamente lo sviluppo del bambino (3).

Le esperienze precoci di un bambino, come l'esposizione alla lettura ad alta voce nei primi anni di vita, creano delle conseguenze sia anatomiche che fisiologiche a carico delle connessioni neuronali. I bambini nascono con un vastissimo patrimonio di neuroni; tuttavia le connessioni tra questi neuroni sono in parte già stabilite ed elaborate dopo la nascita, man mano che proliferano le sinapsi, ramificandosi fino a un picco massimo che pare si abbia intorno ai 3 anni di vita. Metà di queste sinapsi vengono perse all'età di 15 anni attraverso un processo di potatura; ciò fa pensare che esse siano in "eccesso" in rapporto a ciò che in realtà è funzionale per l'uomo, mentre si ha la fortificazione di quelle connessioni utili per l'adattamento all'ambiente.

Ricerche più recenti indicano che questa potatura è in gran parte influenzata dalle esperienze del bambino.

Il processo ricorda il lavoro di uno scultore che "estrae" una statua da un blocco di pietra: così esse formano il cervello. Questa plasticità diminuisce con l'età,

anche se non scompare mai completamente.

Un chiaro esempio di questa plasticità e rimodellamento è lo sviluppo del linguaggio, tappa importante nella crescita del bambino. I circuiti cerebrali alla nascita consentono il riconoscimento di tutti i fonemi, ma dopo circa un anno in un contesto linguistico specifico il bambino diventa capace di differenziare solo quei fonemi ai quali è esposto e ascolta nella sua lingua, perdendo la capacità di percepire altri fonemi appartenenti a lingue diverse.

Molti studi mostrano che lo sviluppo neuronale del bambino è precocemente e fortemente influenzato dalla sua relazione con i genitori, dai loro comportamenti e dall'ambiente familiare.

Lo sviluppo del cervello è in stretta relazione con le stimolazioni verbali che esso riceve.

Queste conoscenze rafforzano le basi teoriche dell'efficacia dei programmi di promozione della lettura attuati dal pediatra, come primo operatore che, con la sua autorevolezza e con questo bagaglio di conoscenze, incoraggia la lettura per promuovere lo sviluppo del bambino e della famiglia.

La qualità dell'attaccamento e il contesto socio-culturale della famiglia sono alla base di un buono sviluppo delle competenze e delle abilità richieste per sviluppare una buona *literacy*.

La qualità della relazione ha un ruolo importante nello sviluppo del linguaggio, nella frequenza di lettura, nella qualità delle interazioni durante la lettura (4).

Il grado di istruzione dei genitori condiziona la qualità e la quantità del linguaggio ascoltato in casa, la loro attitudine a leggere, l'epoca di inizio della lettura e la presenza, nell'ambiente familiare, di attività correlate alla carta stampata (5).

La promozione della *literacy* ha maggiore possibilità di successo se è affiancata da un supporto alla genitorialità: quando vi è una relazione di attaccamento sicuro tra genitore e bambino, si favoriscono le competenze e il futuro apprendimento di quel bambino. Specie nelle famiglie con scarse risorse, i due percorsi di promozione della lettura e di sostegno alla genitorialità dovrebbero essere complementari e di sostegno l'uno con l'altro. Per

questo i corsi di formazione disponibili presso il Centro per la Salute del Bambino, accoppiano i due obiettivi.

Sulla efficacia dei progetti ci sono pronunciamenti di governi. Nel 1985 la Commissione Federale USA per la lettura dichiarò che la promozione della lettura ad alta voce deve essere considerata la singola pratica più importante per promuovere l'apprendimento della letto-scrittura. Su tale pronunciamento alcuni programmi di promozione della lettura ad alta voce negli USA sono stati inglobati in ampi programmi di sostegno alle fasce più deboli del Paese, come "Head Start" e successivamente "Early Head Start" (6).

La diffusione della lettura e le competenze alfabetiche

I dati provenienti dagli USA ci dicono che un bambino "lettore insufficiente", rapportato al suo livello alla fine del primo anno della scuola primaria, ha l'88% di probabilità di essere un lettore insufficiente anche alla fine del ciclo scolastico. L'incapacità di leggere a un livello appropriato alla classe frequentata è il più forte predittore di abbandono scolastico. Il 25% dei bambini al 4° anno di scuola primaria non sa leggere al livello previsto e la percentuale sale al 75% se si calcolano soltanto i bambini ispanici.

I dati italiani sulla diffusione della lettura come pratica mostrano che:

- circa il 50% dei bambini tra i 6 e i 10 anni non legge libri se non quelli scolastici;
- il 23% degli italiani non ha, in casa, altri libri oltre a quelli scolastici (7).

Il rapporto sulle "Competenze alfabetiche in Italia" del Centro Europeo dell'Educazione ha quantificato in 2 milioni le persone analfabete totali. Oltre a questi 2/3 degli italiani ha difficoltà a leggere. Sono stati pubblicati dall'OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) i dati SIALS (Second International Adult Literacy Survey) relativi alle competenze alfabetiche degli adulti (17-65 anni) di alcuni Paesi europei (8). Da questi emerge che Paesi economicamente sviluppati, caratterizzati da sistemi educativi forti, hanno una quota di popolazione adulta non in grado di far fronte alla necessità di utilizzare l'infor-

mazione contenuta in testi scritti e di comunicare attraverso la scrittura. Un terzo della popolazione italiana non supera il 1° livello di competenze, e questo primo livello comprende una parte della popolazione (5%) che si definisce analfabeta funzionale; un altro terzo si colloca al livello 2, con un limitato patrimonio di competenze di base; l'ultimo terzo raggiunge i livelli 4-5 (figura).

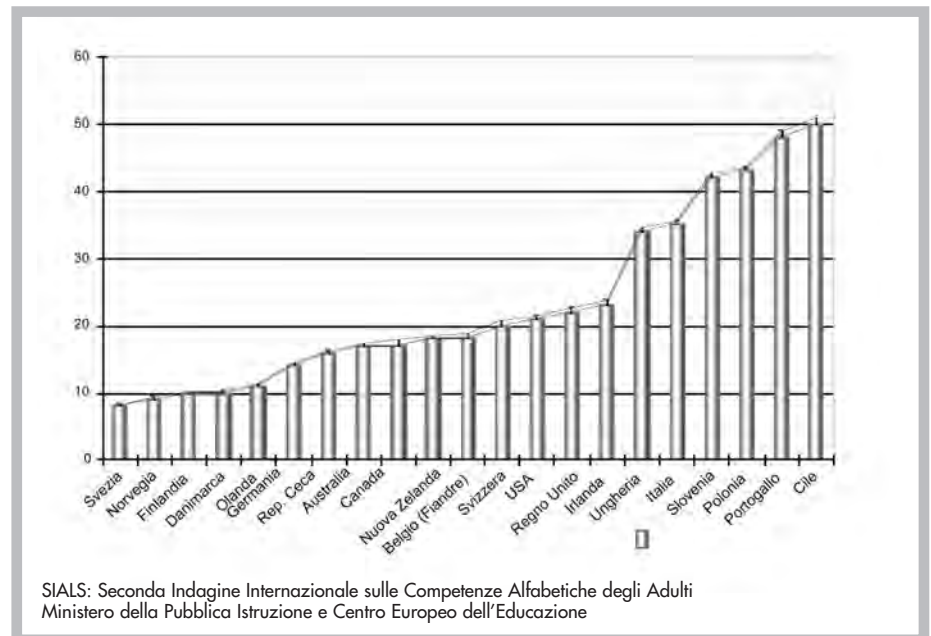
La diffusione del progetto

Il progetto italiano Nati per Leggere ha avuto negli ultimi 5 anni una notevole diffusione sul territorio, in maniera diversificata in rapporto alle risorse umane ed economiche disponibili nelle varie aree. La maggior parte dei progetti ha un'estensione comunale o provinciale con relativi finanziamenti dagli enti locali (tabella). Il dato che appare interessante è che attualmente circa il 15% della popolazione italiana risiede in aree in cui sono avviati progetti strutturati. La "copertura" nazionale del progetto è sicuramente più ampia, considerando che i dati riportati sono relativi a risposte a un questionario inviato ai progetti in corso. Nella maggior parte delle realtà che hanno inviato il questionario, il progetto sembra cercare di coinvolgere più figure (oltre ai pediatri e ai bibliotecari anche asili nido, scuole dell'infanzia, associazioni di volontariato) che hanno contatto con i genitori in diversi momenti. Il progetto si dimostra comunque in salute e ha visto un progressivo aumento negli anni di partecipanti e investimenti, specie da parte delle Istituzioni.

I progetti internazionali

Negli USA i programmi di promozione della lettura ad alta voce come "Born To Read" e "Reach Out and Read" (ROR), oramai ben radicati nel territorio statunitense già dalla fine degli anni '80, hanno avuto una notevole diffusione. Attualmente ci sono circa 2337 programmi ROR diffusi nell'ambito delle cure primarie. ROR è diffuso in 50 Stati e 2 milioni di bambini sono coinvolti. Sono circa 28.000 i pediatri e le nurse formati alle strategie di promozione della literacy. ROR riceve, annualmente, finanziamenti governativi di enti privati, editori, fondazioni, aziende. È inoltre inseri-

FIGURA: POPOLAZIONE AL PRIMO LIVELLO DI COMPETENZE ALFABETICHE



to come programma efficace nelle cure primarie dall'American Academy of Pediatrics (9).

Nel Regno Unito il programma "Bookstart" ha avuto, dal 1992 in poi, una notevolissima diffusione grazie al coinvolgimento degli operatori sanitari (nurse e medici dei distretti sanitari), alle biblioteche, agli editori e a sponsor governativi (10). Gli obiettivi per l'anno 2006 prevedono l'estensione del programma a tutti i bambini, l'ampliamento dell'offerta del dono del libro e della promozione della lettura ad alta voce a bambini più grandi. Un ulteriore sviluppo è il "Booktouch", per bambini ipo o non vedenti, con la distribuzione di libri in braille o tattili.

La valutazione

Sia "Reach Out and Read" che "Bookstart" hanno prodotto negli anni numerose evidenze scientifiche, tese a valutare l'efficacia degli interventi (11-12). Questi dati sono stati ricercati per poter capire se le strategie utilizzate avessero portato dei benefici e in che misura e per poter giustificare l'impiego di risorse economiche sostenute da privati o istituzioni. I dati relativi a una prima valutazione del progetto italiano sono consultabili su questo stesso numero della rivista a pag. 187.

TABELLA: I FINANZIATORI DEI PROGETTI

Comuni	62,9%
Regioni	12,3%
Province	9,6%
Altro	15,2%

Conclusioni

Ai pediatri oggi viene spesso richiesto un carico sempre maggiore di impegno per sostenere e aiutare i bambini e le famiglie su tante e diverse problematiche. Nell'ambito delle cure primarie essi diventano spesso le uniche risorse disponibili. L'aumento continuo delle distanze tra ciò di cui i pediatri si dovrebbero occupare e ciò che in effetti essi possono fare fa crescere le loro frustrazioni. Tuttavia è certo che il modo migliore per prendersi cura dei pazienti è prendersi cura dei genitori, e il miglior modo per arrivare ai genitori è farlo attraverso i bambini. I progetti di promozione della lettura ad alta voce sono interventi semplici ed efficaci che permettono di raggiungere questo obiettivo, attraverso il coinvolgimento di tutte le figure, professionali e non, che ruotano intorno al bambino. Chi trae reale beneficio da questi interventi sono sicuramente:

- i bambini, che ricevono gli effetti positivi della lettura precoce ad alta voce e, in dono, libri appropriati;
- i genitori, che ricevono informazioni essenziali per la lettura ad alta voce e suggerimenti per l'interazione con il proprio bambino;
- e infine i pediatri, che hanno la possibilità di usare il libro come strumento di valutazione dello sviluppo e, nello stesso tempo, costruiscono legami con la famiglia, e con questa nuova "cultura" danno un ulteriore senso alla loro professione.

E anche le istituzioni dovrebbero comprendere che è un "affare" investire in educazione di qualità, e quindi dovrebbero considerare l'importanza di questo tipo di investimenti per il futuro del nostro Paese, prendendo esempi anche da chi prima di noi ha posto l'educazione come priorità per la crescita di una nazione. ♦

Nessun conflitto di interessi a carico dell'Autore. Lo studio è stato condotto senza utilizzare alcun finanziamento esterno utilizzando risposte dell'ACP.

Bibliografia

- (1) Coulombe S, Tremblay JF. Literacy, Human capital and Growth. Dept. of Economics Univ. of Ottawa. Sept. 2004, Working Paper.
- (2) Sila A, Tamburini G. Literacy, crescita economica. Quaderni acp 2004;11:108.
- (3) Klass P. Pediatrics by the Book: Pediatricians and Literacy Promotion. Pediatrics 2002;110:989-95.
- (4) Senechal M, Lefevre J, Thomas E, et al. Differential effects of home literacy experiences on the development of oral and written language. Reading Research Quarterly 1998;33:96-116.
- (5) Primavera J. Enhancing family competence through literacy activities. Journal of Prevention & Intervention in the Community 2000;20:85-101.
- (6) Needleman R, Klass P, Zuckerman B. Contemporary Pediatrics 2002;51-69.
- (7) Istat. <http://www.istat.it>.
- (8) Gallina V. La competenza alfabetica in Italia. Una ricerca sulla cultura della popolazione. Franco Angeli Editore, 2001.
- (9) Reach Out and Read. <http://www.reachoutandread.org>.
- (10) Bookstart. <http://www.bookstart.co>.
- (11) Evaluation of the Bookstart program. Report by the National Centre for Research in Children's Literature. University of Surrey Roehampton, August 2001.
- (12) Moore M, Wade B. Parents and children sharing books: an observational study. Signal 1997; 9:203-14.

Corso di formazione nazionale per operatori di Nati per Leggere

In collaborazione con la sezione AIB Puglia e la sezione ACP Puglia

24-25 novembre 2006

Biblioteca provinciale "La Magna capitanata" - Viale Michelangelo 1, Foggia

Docenti: A. Dal Gobbo (studiosa di letteratura per bambini e ragazzi)
R. Valentino Merletti (studiosa letteratura per bambini e ragazzi)
N. Benati (bibliotecaria)
G. Malgaroli (bibliotecaria)
GC. Biasini (pediatra)
P. Causa (pediatra)

Organizzazione

Sessione seminariale congiunta (prime tre ore), lezioni frontali nel primo pomeriggio (tre ore), lezione frontale alternata a momenti laboratoriali il secondo giorno (sei ore).

Destinatari

Bibliotecari, pediatri, educatori, operatori socio-sanitari interessati a promuovere Nati per Leggere nelle regioni meridionali. Massimo partecipanti: 40.

Competenze in ingresso

Non richieste particolari competenze in ingresso.

Obiettivi

Creare delle basi condivise di conoscenza del progetto Nati per Leggere, per facilitare la collaborazione tra le diverse professioni coinvolte.

Contenuti

Finalità, obiettivi e modalità operative di Nati per Leggere; sviluppo psicologico, cognitivo, linguistico e relazionale del bambino da 0 a 5 anni; le evidenze scientifiche dell'*emergent literacy*; il libro nella pratica pediatrica quotidiana; la lettura ad alta voce e la condivisione dei libri con i bambini; offerta editoriale e criteri di selezione dei libri per la prima infanzia; promuovere la lettura a bambini e genitori.

Programma

24 novembre

9.30 - 12.30. Motivazione del progetto: finalità, obiettivi e modalità operative di Nati per Leggere (sessione congiunta per tutti gli operatori presenti).

14.00 - 17.00. Due gruppi di lavoro, uno costituito prevalentemente da bibliotecari (A) e uno prevalentemente da pediatri (B).

Il gruppo A (bibliotecari), condotto da un pediatra e da un bibliotecario, affronta i temi dello sviluppo psicologico, cognitivo, linguistico e relazionale del bambino da 0 a 5 anni.

Il gruppo B (pediatri) condotto da un pediatra e da un bibliotecario, affronta ed esplora le evidenze scientifiche dell'*emergent literacy* e come inserire il libro nella pratica pediatrica quotidiana.

25 novembre (sessione congiunta)

9.30 - 11.30. Parlare, narrare, leggere ad alta voce come modello di comunicazione tra adulti e bambini. Il ruolo dell'adulto nella lettura al bambino nelle diverse fasi della crescita. Modalità di lettura e condivisione del libro (R. Valentino Merletti).

12.00 - 13.30. Requisiti e caratteristiche dei libri in relazione alle competenze del bambino nelle diverse età. Criteri di selezione dei libri e caratteristiche dell'offerta editoriale (A. Dal Gobbo).

15.00 - 17.00. Attività di promozione della lettura in biblioteca e in altri contesti pubblici. Laboratori di lettura ad alta voce per genitori, lettori volontari, educatori (N. Benati).

Quote di partecipazione

Soci AIB e ACP, operatori NpL già attivi (referenti locali del Progetto presenti negli elenchi delle adesioni): euro 190,00

Soci studenti: euro 150,00

Non soci: euro 240,00 + IVA

La scheda di iscrizione può essere richiesta e poi inviata all'indirizzo: seminari@aib.it

Dal "libro su misura" alla biblioteca di tutti

Antonella Costantino*, Mara Marini**, Nora Bergamaschi**, Lucia Lanzini**

*Centro Sovrazonale di Comunicazione Aumentativa, Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena - Milano;

**Centro Sovrazonale di Comunicazione Aumentativa, Servizio di Neuropsichiatria Infantile, Azienda Ospedaliera di Treviso

Abstract

From "books on measure" to library of all

A modified book is a book "on measure for a specific child". It is a particularly important tool for children with complex disabilities, who without specific attentions and adaptations would not be able to have access to book-sharing. Through the experience of making modified books for individual children, it has become possible to create group "laboratories" in partnership between parents, teachers and health professionals and then to organize a specific dedicated section of the town library, to act on participation barriers in the community. The article describes the process.

Quaderni acp 2005; 13(5): 199-201

Key words Book-sharing. Modified books. Disabled children. Integration

Il libro modificato è un libro fatto "a misura di quello specifico bambino", ed è di particolare importanza nel caso di bambini con disabilità complesse, che rischiano di non poter attingere in modo adeguato all'esperienza della lettura ad alta voce se non si mettono in campo alcune attenzioni e modifiche. Attraverso l'esperienza di costruzione di libri modificati per singoli utenti, è stato possibile strutturare "laboratori" mirati di formazione con la presenza contemporanea di gruppi di genitori, insegnanti e operatori e giungere all'organizzazione di una sezione specifica della biblioteca comunale, in un'ottica di rimozione delle barriere alla partecipazione. L'articolo descrive l'esperienza.

Parole chiave Lettura ad alta voce. Libri modificati. Ragazzi disabili. Integrazione

È noto dalla letteratura come la lettura ad alta voce da parte di un adulto abbia una fondamentale valenza affettiva e nello stesso tempo favorisca e stimoli la comunicazione e il linguaggio (1). Dal punto di vista affettivo, attraverso le storie viene a crearsi un campo transizionale con l'adulto, all'interno del quale il bambino ritrova e riconosce le proprie esperienze quotidiane e le proprie paure ed emozioni, soprattutto quelle che da solo non sarebbe in grado di rappresentare. Diviene così possibile un distanziamento (non succede a me, ma a un altro) che in realtà è possibilità di contatto (siccome succede a un altro, è meno forte e posso pensarci su... con te). Questo aspetto fondamentale, trasversalmente nell'arco della crescita, assume una rilevanza particolarmente significativa a fronte di situazioni emotivamente faticose (malattie, ricoveri, separazioni, conflitti, traumi ecc.) che, se non accompagnate, possono altrimenti rappresentare un fattore di rischio soprattutto nel bambino piccolo

che non possiede ancora altri strumenti di elaborazione.

Dal punto di vista cognitivo, la lettura ad alta voce da parte dell'adulto consente di sfruttare il ruolo positivo dell'informazione visiva, che è statica e prevedibile, e permette al bambino di fare affidamento sul riconoscimento anziché sulla memoria per ricevere l'input linguistico e seguire il racconto, sfruttando inoltre l'aspetto multimodale (visivo+uditivo) e il piacere del controllo e dell'anticipazione connessa al leggere-rileggere per ampliare progressivamente la comprensione.

La scelta dei libri adatti ai bambini e delle modalità di leggerli non è però mai facile (2). L'enorme numero di possibilità disponibili sul mercato e la continua diffusione di opinioni contrastanti degli "esperti" finiscono per confondere e far girare la testa a genitori e operatori del settore, e spingere in una direzione "prestazionale" che poco ha a che vedere con la lettura, con il piacere e con la crescita. Questo è tanto più vero per i bambini

disabili che proprio per le difficoltà che hanno (motorie, visive, linguistiche, attentive, cognitive ecc.) rischiano di non poter attingere in modo positivo all'esperienza della lettura se non si mettono in campo alcune attenzioni e modifiche. Nella disabilità motoria, ad esempio, si è evidenziato come l'esposizione alla lingua scritta e al racconto sia molto minore che nei coetanei sani, e come frequentemente avvenga con modalità differenti e non facilitanti (ad esempio, per motivi logistici il libro finisce per dover essere tenuto dall'adulto in posizioni che non consentono al ragazzo di seguire parole e immagini) (3). La possibilità di sperimentare e condividere l'esperienza della lettura, di accedere al libro, sceglierlo, prenderlo e sfoglierlo autonomamente, che è così importante nel processo di avvicinamento alla lettura ad alta voce, finisce per essere fortemente limitata.

All'interno di questo scenario, e in particolare modo per bambini con una disabilità complessa che includeva anche una disabilità comunicativa (tetraparesi spastica, autismo, ritardo mentale grave, sindromi dismorfiche complesse, patologie cromosomiche ecc.) è nata la necessità di supportare le famiglie e la scuola nella creazione di libri modificati che consentissero ai ragazzi l'accesso all'ascolto del libro. Nell'ambito della Comunicazione Aumentativa, erano già note alcune esperienze al riguardo, sia in Italia che all'estero (4-6).

Il libro modificato è un libro fatto a misura di quello specifico bambino, "su misura" quindi nella grafica e nelle immagini, nell'argomento, nel testo, nel modo di leggere, nei contenuti emotivi, nell'accessibilità fisica e nell'accessibilità comunicativa. È possibile partire da un libro già esistente e modificarlo per renderlo fruibile per bambini con gravi problemi motori. Si possono fare piccole modifiche, con materiali poveri, come

Per corrispondenza:
Antonella Costantino
e-mail: a.costantino@icp.mi.it

Nati per Leggere

mollette, feltrini ecc. che consentano di girare le pagine, o utilizzare sistemi di "bloccaggio" sul tavolino perché il libro non scivoli via a fronte di movimenti poco controllati o bruschi.

Il libro può anche essere "smontato e rimontato" a seconda delle necessità. Si può scannerizzarlo, stamparlo senza cambiare grafica e contenuti, ma plastificarne le pagine per proteggerle dalla scialorrea o dai morsi, oppure montare le pagine su supporti cartonati per irrobustirle e renderle più facilmente girabili. In presenza di problemi cognitivi o di comprensione linguistica, si può cambiare il testo, rendendolo più semplice o al contrario più complesso, o riscrivendolo in simboli. Particolarmente importanti sono gli accorgimenti necessari per bambini con gravi difficoltà visive (immagini chiare, nitide, contrastate, possibilmente su fondo bianco, non troppo piene di elementi, non confusive ecc.). In tutti i disturbi di comunicazione è poi possibile affiancare tabelle e sistemi di comunicazione aumentativa, per consentire di interagire ("dai, leggi"; "vai più piano"; "non ho capito"; "ancora"; "che noia" ecc.).

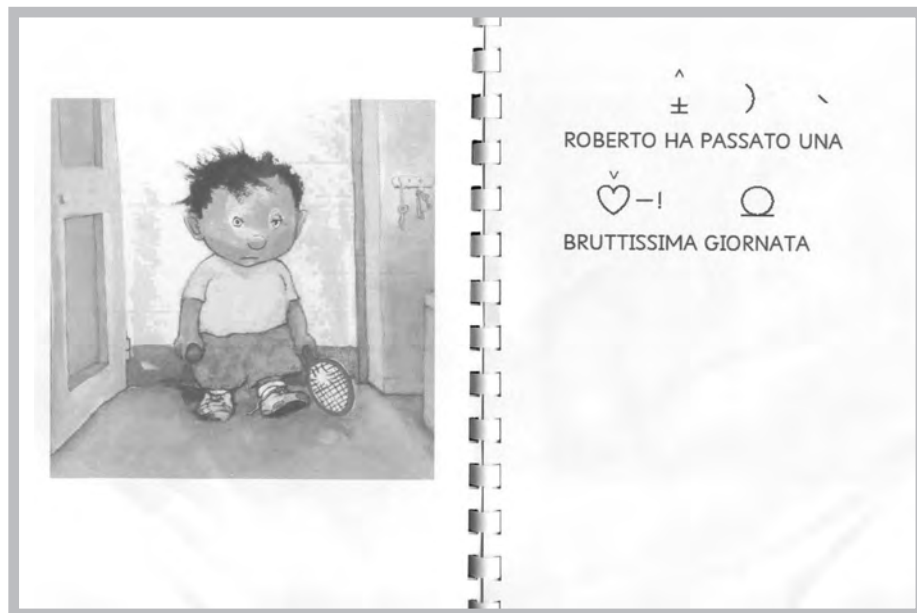
Si possono anche creare libri che siano completamente *ex novo* e *su misura* per "quel" bambino. Possono riguardare esperienze significative sia piacevoli che spiacevoli (una vacanza, il compleanno, il ricovero in ospedale, il fratellino ecc.), interessi specifici (il libro delle ruspe) o altro. Soprattutto, non bisogna pensare che quello che potrebbe andar bene per un bambino possa andar bene senza ulteriori modifiche anche per altri, il "su misura" è proprio come un vestito di sartoria, non deve fare pieghe, non è standard, deve prima di tutto essere "pensato su misura" e solo dopo essere "fatto su misura".

L'esperienza di costruzione dei libri modificati, partita nel Centro Sovrazionale di Comunicazione Aumentativa per singoli utenti, ha poi condotto a un primo "laboratorio libri modificati", grazie alla creazione di una "rete" tra il Servizio di Neuropsichiatria Infantile, l'Associazione Futura e lo Spazio Gioco "L'isola che non c'è". Per la comunità locale, era difficile pensare a come un servizio che si occupa solo di una piccola

parte della popolazione infantile, con difficoltà molto specifiche e complesse, potesse diventare una risorsa per il territorio in senso lato. A sua volta il servizio, date le scarse risorse a disposizione, non sapeva più come far fronte alle necessità di libri modificati dei bambini. L'idea del primo laboratorio era quindi di un punto di incontro, attraverso un momento in cui genitori e insegnanti di bambini molto piccoli e di bambini con gravi disabilità avrebbero lavorato insieme ad educatori sia del Servizio specialistico che dello Spazio Gioco per costrui-

bambini: quale sarà il libro più adatto da costruire in questo momento? Con quali immagini? Su quale argomento? Quanto dovrà essere lungo? Realizzato con quali materiali? Plastificato, ispessito, spiralizzato? Scritto interamente in simboli, o alternando simboli e parole? E dopo aver costruito il libro, come leggerlo a seconda se il bambino non sta fermo o se ha gravi problemi motori o di comunicazione? E se non capisce le parole?

Il passaggio successivo (insieme a molte riedizioni del Laboratorio a Verdello e Milano) è stato l'allargamento della rete



re i libri. Partito dai tecnici, veniva inizialmente raccolto con un certo sospetto da genitori, insegnanti ed educatori (non usa molto mettere insieme le diverse figure in un percorso formativo, e c'era molta preoccupazione sulle possibili "confusioni" di ruoli) e cresceva poi in modo esponenziale proprio grazie al contributo di tutti. La possibilità di reale ascolto delle conoscenze e competenze dell'altro assumeva funzione di moltiplicatore, arricchendo di ritorno i tecnici stessi ed evidenziando l'importanza di "vedere e toccare" insieme i prodotti finiti e di lavorare secondo un modello partecipato (7). Diventava soprattutto più facile e meno giudicante condividere esplicitamente gli interrogativi che ci si trova ad affrontare a seconda dei diversi

con il sempre maggiore coinvolgimento del Comune di Verdello e della Biblioteca Comunale nell'idea di trovare modi per trasformare le barriere ambientali in facilitatori. Nel modello bio-psico-sociale dell'OMS, la disabilità è considerata come il risultato dell'interazione tra fattori individuali e fattori contestuali/ambientali (8). Ogni persona si caratterizza quindi per vari patterns di funzionamento in diversi contesti, in base al fatto che gli elementi ambientali agiscano da *barriere* o da *facilitatori*. In quest'ottica, è evidente che compito di un Servizio di Neuropsichiatria infantile è anche occuparsi concretamente di consegnare nelle mani delle famiglie strumenti per poter essere "normalmente" genitori dei bambini nelle situazioni più estreme, e che

questo non può avvenire solo tra le mura del Servizio. Se pari opportunità non è dare a tutti le stesse cose, ma dare ad ognuno quelle che gli servono per accedere alle stesse possibilità degli altri, allora i bambini disabili e le loro famiglie dovevano poter trovare libri per loro, tra cui scegliere, e informazioni utili e semplici per farlo, nel luogo in cui tutti i bambini e le famiglie vanno a cercare i libri da leggere: la biblioteca comunale.

Ma allora? Non c'era forse il rischio di andare a fare le "biblioteche speciali" dopo aver chiuso le scuole speciali? Di sottolineare le differenze? Di emarginare? Non avremmo fatto meglio a lasciare le biblioteche "uguali per tutti" e a tenere i libri "speciali" in un posto "speciale" o addirittura a non tenerli affatto per non discriminare? E quale diventava l'intreccio tra il ruolo del Servizio specialistico e quello della comunità?

In realtà, uno degli aspetti più interessanti era proprio rappresentato dall'impatto che avrebbero potuto avere per la "cultura" di chi frequentava la biblioteca "vedere" un luogo dove c'erano libri "per disabili", e libri per disabili assai particolari. Come avrebbero potuto modificarsi le "credenze" collettive che tendono a non riconoscere l'esistenza di un pensiero e di una mente in chi non può usare la voce o in chi non sa "leggere e scrivere con le lettere", e che quindi finiscono per spingere (come spesso avviene per i minori stranieri) nella direzione dell'esclusione anziché in quella della vera integrazione e interculturalità (9)? C'erano poi alcuni problemi concreti non indifferenti. Quali libri modificati avremmo messo in biblioteca? E perché? E come avrebbe dovuto essere organizzata perché i libri fossero davvero maneggiabili direttamente dai bambini? Era possibile mettere semplicemente dei "libri modificati standard", che i "disabili standard" avrebbero potuto prendere in prestito e che sarebbero andati bene per

tutti, o era necessario metterne alcuni di esempio, e poi mettere a disposizione strumenti per pensare, perché ogni genitore (e a questo punto, non solo di bimbo disabile) potesse avere modo di costruire dei libri davvero "su misura" per il suo bambino? Partiti dalla disabilità complessa e grave, si poneva poi il problema di tutti gli altri bambini che avevano

ce ne fosse stato bisogno, dato che si era visto che erano modifiche significative e vantaggiose anche per i più piccini?

Dall'avvio del progetto "biblioteca di tutti" all'inaugurazione della sezione di biblioteca dedicata ai libri modificati sono passati tre anni, che sono stati necessari alla modulazione "su misura" e a modificare un po' noi e il contesto, oltre che i libri.

La fatica fatta per individuare un gruppo di libri e di materiali informativi sufficientemente esemplificativi è però stata molto utile, perché sta emergendo la richiesta di utilizzare quanto già fatto come *core* di progetto esportabile in altre biblioteche comunali della zona, a cui affiancare possibili riedizioni locali del Laboratorio libri modificati. ♦



comunque bisogno di altri tipi di "libri su misura" (la comunità locale continuava a interrogarci su che ricaduta concreta la presenza del Servizio di Neuropsichiatria Infantile potesse avere per "gli altri" bambini, quelli "normali"). Perché in una biblioteca non dovevano esserci esplicitamente libri per dislessici? O libri che aiutassero i bambini che vivevano situazioni particolari (malattie proprie o dei familiari, traumi, eventi significativi ecc.) a poter fare i conti? E perché non poter far nascere nel circuito delle biblioteche "laboratori" che insegnassero a costruire "libri su misura" ogni volta che

Bibliografia

- (1) Needlman R, Silverstein M. Pediatric interventions to support reading aloud: how good is the evidence? *J Dev Behav Pediatr* 2004;5:352-63.
- (2) Nati per Leggere. <http://www.natiperleggere.it>.
- (3) Light J, Kelford Smith A. The home literacy experiences of preschoolers who use augmentative communication systems and their nondisabled peers. *Augmentative and Alternative Communication* 1993;9:10-25.
- (4) Jalla C, Veruggio G, Schiaffino A, Castellano L, Cassinelli L (a cura di). Collana "Libri per bambini molto speciali". Editori Riuniti 2003.
- (5) Schiaffino A, Veruggio G. Storie, favole, racconti: leggere con i bambini e le bambine disabili con difficoltà motorie e di comunicazione. Atti della 1ª Conferenza italiana sulla Comunicazione Aumentativa e Alternativa. Genova, 27-28 maggio 2005.
- (6) Millar, Sally V, Kerr J. Augmentative Communication and Literacy: the SAIL Kit Approach. In *Augmentative Communication in Practice: an Introduction* 1998 Allan Wilson ed.; CALL Centre, Univ of Edinburgh. <http://www.callcentre.education.ed.ac.uk/>.
- (7) Costantino MA. Comunicazione Aumentativa in età evolutiva e modello di intervento basato sulla partecipazione. *Notizie di POLITEIA-Rivista di etica e scelte pubbliche* 2006;81:61-71.
- (8) World Health Organization International Classification of Functioning Disability and Health. World Health Organization. Geneva, 2001. Switzerland. <http://www3.who.int/icf>.
- (9) Stuart D. Evaluation of an Accessible Playground 2002 <http://www.canchild.ca>.



Dicono di noi

Scrivete *Liber*: “Una tendenza chiara emerge dai dati dell’editoria per ragazzi dell’ultimo quinquennio relativamente alle fasce di età. Crescono costantemente le proposte rivolte alle fasce di età più basse. Il numero delle novità editoriali destinate ai bambini di età da 0 a 7 anni ha raggiunto nel 2005 il 55,5% contro il 44,5% di quelle rivolte ai ragazzi (8 anni e oltre). Questa maggiore attenzione ai lettori più piccoli risulta in linea con un’attiva promozione della lettura che ha visto negli ultimi anni una maggiore destinazione di risorse a queste fasce di età come con il progetto nazionale Nati per Leggere”. (Rapporto 2005 sulla editoria per ragazzi; *Liber* 2006; aprile/giugno 2006:29)

Veneto

Nei giorni dal 26 aprile al 1° maggio si è tenuto a Verona il Mondadori Junior Festival, al quale Nati per Leggere è stato invitato a partecipare. Nonostante l’invito sia arrivato a soli 60 giorni dalla manifestazione, il Coordinamento nazionale ha ritenuto importante presenziare a questo evento, anche come occasione per propagare la conoscenza del progetto a Verona e provincia, territorio caratterizzato dall’adesione di molti pediatri e biblioteche comunali a “Leggere per crescere” della GlaxoSmith Kline, su cui il coordinamento ha già chiaramente espresso la propria decisa presa di distanza.

La cornice generale anche della presente edizione restava quella già messa alla prova lo scorso anno: una esposizione di libri per ragazzi soprattutto nel Palazzo

della Gran Guardia in Piazza Brà e vari appuntamenti sparsi nella città, in bibliobus e gazebo, caratterizzati anche per fasce d’età. Si è rapidamente dovuto giungere alla individuazione di una lettrice, Fabiana Costa, che avrebbe effettuato letture calibrate per la fascia d’età 2-6 anni. Date le risorse disponibili, le azioni nell’ambito di NpL sono state limitate ai giorni 29, 30 aprile e 1° maggio. Il Festival ha messo a disposizione il più ampio dei gazebo disseminati nel centro urbano, intitolato *Tenda dei racconti*, e focalizzandolo anche nella comunicazione su 0-6 anni; una novità questa rispetto alla precedente edizione che non aveva previsto tale fascia d’età. Oltre alle presenze calendarizzate in vari momenti della giornata della lettrice, il coordinamento ha assicurato la presenza di almeno un bibliotecario e di un pediatra per fornire alle famiglie che si avvicinavano le informazioni principali sui benefici della lettura in tenera età.

Si è cercato inoltre di promuovere un gruppo di lavoro misto fra bibliotecari e pediatri che arricchisse con la propria partecipazione i contenuti informativi delle giornate di partecipazione di NpL al Festival. Invitati i rappresentanti locali dell’Associazione Italiana Biblioteche, dell’Associazione Culturale Pediatri e delle istituzioni bibliotecarie della città e della provincia, durante una riunione tenuta presso la biblioteca del centro-città sono state individuate le necessità di materiale illustrativo e infine abbozzata una ripartizione di compiti fra pediatri, bibliotecari e lettrice. Al Junior Festival ha partecipato il Presidente dell’Associazione Culturale Pediatri Michele Gangemi.

Nelle giornate previste, infine per ogni giornata, sono state effettuate due, e in un caso tre, sessioni di lettura, al mattino e nel pomeriggio. Lo scrivente e la pediatra Camilla Montini introducevano le letture con brevi stimoli ai genitori presenti e davano la loro disponibilità ad approfondire al termine delle letture di Fabiana Costa. Nei tre giorni sono stati distribuiti tutti i 1500 pieghevoli per genitori, messi a disposizione dal CSB di Trieste. La presenza di pubblico nella

tenda dei racconti è stata durante i tre giorni molto folta, la più significativa fra gli spazi disseminati in città, a giudizio stesso degli organizzatori incaricati da Mondadori.

Fabio Bazzoli

Calabria

Presso l’Oratorio IL SOLCO, in Sant’Agata Del Bianco (RC), partendo dal progetto “Nati per Leggere”, vengono organizzati incontri mensili sull’importanza di riscoprire gesti semplici come la lettura di una fiaba e creare così momenti importanti di crescita per genitori e figli. Durante il primo incontro, tenutosi il 12 gennaio scorso, la dott.ssa Bon-signore, psicopedagogista, ha rianalizzato le peculiarità del progetto e l’importanza di ritrovarsi, in incontri come questi, anche per verificare comportamenti e metodi. Gli incontri si svolgono ora mensilmente, ogni secondo mercoledì, in un clima familiare. Sono aperti a genitori, insegnanti delle scuole materne ed elementari, catechisti, educatori, operatori del sociale ecc. Il primo appuntamento ha visto la partecipazione del dott. Mammi, pediatra della UO di Pediatria dell’Ospedale di Locri, di alcune operatrici del Consultorio di Sant’Agata Del Bianco, tra cui la dott.ssa Elia Vottari, psicologa, e la dott.ssa Stella Drago, assistente sociale. Erano presenti mamme con i loro bambini. Volta per volta si affrontano i problemi che emergono dalle esperienze riportate e ci si confronta, scambiandosi qualche consiglio. Per informazioni ci si può rivolgere alla biblioteca dell’Oratorio, ove si possono trovare utili indicazioni di lettura adatta ai più piccoli.

Toscana

Dopo il seminario sul progetto Nati per Leggere, che si è svolto il 18 ottobre 2003 presso l’Ospedale e al quale hanno partecipato, tra gli altri, Giancarlo Biasini ed Enzo Catarsi, la biblioteca comunale di Sinalunga, in provincia di Siena, che opera in regime di gestione associata con un ufficio comune che amministra anche le biblioteche di Torrita di Siena e Trequanda (comuni limitrofi), sta da

per Leggere

tempo portando avanti, grazie anche alla collaborazione con il reparto di Pediatria degli Ospedali Riuniti della Valdichiana e con i pediatri di famiglia, una serie di attività tese alla promozione della lettura nei confronti dei bambini più piccoli. Le iniziative, già avviate, si concretano in:

- lettura ad alta voce e servizio di prestito esterno, effettuato presso gli ambulatori pediatrici del territorio;
- lettura ad alta voce organizzata grazie a un gruppo di volontari opportunamente formati all'interno del reparto di Pediatria dell'ospedale (progetto di lettura in ospedale finanziato dalla regione Toscana);
- attivazione di punti di prestito con la messa a disposizione di libri opportunamente scelti negli asili nido del territorio dei tre comuni.

Tiziana Angioli

Lazio

L'UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) ha designato come Capitale Mondiale del libro per l'anno 2006-2007 la città di Torino, in partnership con Roma. A cominciare dal maggio 2006 centinaia di realtà sono state coinvolte fra enti e istituzioni pubbliche, biblioteche, librerie, case editrici, teatri, musei e gallerie, scuole di scrittura, premi letterari, fondazioni, compagnie teatrali e di danza e associazioni culturali. Il programma di Roma è stato curato dal comune insieme alla provincia di Roma e alla regione Lazio. La città di Roma, nell'ampio panorama di iniziative per l'anno "Capitale del libro e del diritto d'autore", ha organizzato la prima settimana di appuntamenti interamente dedicati a Nati per Leggere. Si tratta di "Storie piccine". Questa è la cronaca di una di queste storie piccine: è accaduta in un ambulatorio di Roma il 23 maggio 2006. Ascoltiamola. È ben scritta, è bella e un po' commovente (ndr).

Alle 17.30 suona il citofono. È Sara, 21 mesi, in braccio al nonno. Li accolgo

sulla porta con un "sst! Silenzio, è già cominciato!". Entrano e si accucciano con gli altri, per terra, con naturalezza. Sara aggrappata al collo del nonno. Dopo 10 minuti lo abbandona per inserirsi curiosa tra gli altri piccini. C'è un bimbo di 10 mesi attaccato al seno; dopo un po' gattona verso l'oggetto che spicca sul pavimento, al centro del cerchio di bimbi: un libro aperto.

Francesca, la lettrice volontaria, continua a raccontare. Le pagine vengono girate a turno dai piccoli aiutanti. C'è Benedetta, 25 mesi, anche lei aggrappata alle gonne della sua nonna. Fa qualche escursione accanto ai bimbi, ma poi preferisce la ricerca autonoma verso il Librone. Il Librone è la bibliotechina in legno, con rotelle, zeppa di libri, a forma di librone che si apre, inventata da Luisa Marolla, la collega creativa che poi è stata copiata da altre come me, invidiosissime della sua spettacolare idea. Benedetta prende un libro, lo porta alla nonna: è evidente la sua abitudine a leggere con lei!

La lettura di gruppo la incuriosisce, ne diffida... ma dopo mezz'ora si offrirà spontaneamente per appoggiare le pagine del "libro a schede" che, lette da Francesca, vanno a formare via via un grande puzzle sul pavimento.

C'è Matteo, 3 anni e 4 mesi: è concentratissimo, sempre presente, rispetta i turni, non perde una battuta per 50 minuti filati. Serissimo, si lascia andare a espressioni di giubilo solo alla fine di ogni libro, quando applaudiamo tutti insieme.

C'è Roxana, 5 anni e due mesi. È la più grande, la lettura per lei è vitale, da anni ha un rapporto con i libri di vera complicità, che la arricchisce anche là dove le sue gambine che non si possono muovere non riescono a portarla. Controlla... la lettrice. Confronta le figure con le parole, approva. Non sa leggere, ma interpreta tutto, le emozioni a fior di pelle, la gioia di stare insieme, di condividere suspense e soluzione delle trame. Non c'è ancora Ester. Ha 20 anni, è abituata alla biblioteca della sua zona. Ester ha la sindrome di Down, e io conto molto su di lei, in futuro, per l'organiz-

zazione di altri momenti così. Magari, si porterà altri suoi amici a dare una mano: sarebbe stata utile, quando Ginevra, 16 mesi, si è stufata e voleva uscire in giardino!

Non c'è Lorenzo, 2 anni e 9 mesi, il figlio di Francesca. Colmo della sventura, è stato chiamato oggi in ospedale per l'adenoidectomia. Lui è là con il papà. Forse, speriamo, anche in ospedale troverà i libri per lui. Francesca non vuole mancare all'impegno preso: si merita l'abbraccio di tutti!

Non ci sono tanti, troppi altri! Ma cosa si poteva fare di più nella sala d'attesa di uno studio pediatrico? Siamo una goccia nel grande mare di Nati per Leggere. H₂O, stessa formula, ma come ogni goccia del mare tutte diverse, per concentrazione di sali, presenza di microrganismi, e milioni di altre componenti legate all'ambiente, alla profondità, alle condizioni climatiche locali: Tutte Diverse!

C'è anche nonna Nella, 85 anni. Ha "tirato su" 5 nipoti, che ora sono adulti. È vedova da un anno di una persona con cui ha condiviso 70 anni di lotte della sua vita. Non voleva venire, neppure vestirsi per uscire. Ora siede là, in disparte, ma la sua espressione si anima, via via, sorride, si commuove. Osserva le diversità tra i bambini. Quando tutto è finito, lei resta. Riordina, seleziona i libri, organizza, indaffarata brontola: guarda che disordine!

Nati per Leggere è un'idea da pediatri o... una grande alleanza tra pediatri e geriatri?

Noi cerchiamo questo. Siamo in attesa dell'assegnazione da parte del Comune di una stanza del vicino Centro Anziani, per poter realizzare i nostri circoli di lettura per piccolissimi, avvicinandoli alla osservazione e alla sensibilità degli anziani. Che bello poter condividere questi ritmi sereni, lenti, di vita autentica, di valori eterni.

L'ascolto reciproco.

L'attesa.

La speranza condivisa.

Nati per Leggere.

Flavia Luchino

Salute e crescita: non sempre un binomio che va d'accordo

Franco Cavallo*, Alessio Zambon**

*Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università di Torino

**Sezione italiana dello studio HBSC (Health Behaviours in School-aged Children)

Abstract

Health and growth: not always in accordance

The adolescent and pre adolescent period is considered one of the healthiest period of life. Signals are although emerging as indicative of discomfort. During this period many habits are structured responsible of adults' future health. The paper describes a research done on a representative sample of children aged 11, 13 and 15 years, resident in the Piedmont region in Italy. The investigation follows the tracks of other national and international researches. The data obtained show that the wellbeing perception declared by adolescents between 11 and 15 years of age is drastically reduced on different dimensions: health perception, the quality of family relations, wellbeing in school. Relations among adolescents appear better as school bullism among younger children. Regarding good health perception and ascribed symptoms girls refer a greater discomfort in respect to boys. Data seem to confirm that many life habits reach a stable conformation around 15 years of age: at this time 18% of the population declares to smoke, a percentage similar to adults, while at 13 the numbers are still not comparable. Food habits don't appear worse between adolescents in Piedmont or in Italy in respect to the rest of the industrialized world. Worrysome appear to be the low numbers of adolescents, especially girls, who practice sport. The period between 11 and 15 years is very important for development and for the future evolution of both the individual's and a population's good health. The attention of health policy makers should be focalized on these priorities.

Quaderni acp 2006; 13(5): 206-208

Key words Pre adolescent. Adolescence. Health perception. Health behaviours. Life styles

Il periodo dell'adolescenza e preadolescenza è considerato uno dei più sani del corso della vita. Vi sono segnali però che già si presentano come indicativi e fonti di malessere. In questo periodo si strutturano molte delle abitudini che determineranno la salute del futuro adulto. Viene presentata un'indagine svolta su un campione rappresentativo di ragazzi di 11, 13 e 15 anni, residenti nella regione Piemonte, che segue le tracce di altri studi svolti a livello nazionale e internazionale. Dai risultati ottenuti si può osservare che il benessere dichiarato dai ragazzi decresce notevolmente, tra gli 11 e i 15 anni, su diverse dimensioni: dalla salute percepita alla qualità delle relazioni familiari, al benessere scolastico. Migliorano invece le relazioni con i pari e diminuiscono i fenomeni di bullismo, fenomeno più preoccupante tra i più piccoli. Altro fenomeno preoccupante è il maggiore malessere dichiarato dalle ragazze rispetto ai ragazzi, sia nella salute percepita che nel numero di sintomi riportati. I dati sembrano confermare che molte abitudini di vita raggiungono una conformazione definitiva intorno ai 15 anni: a questa età, dichiara di fumare il 18% della popolazione, una percentuale simile a quella degli adulti, mentre a 13 anni la proporzione è ancora quasi trascurabile. Le abitudini alimentari non sembrano, tra i ragazzi piemontesi e italiani, peggiori che nel resto del mondo occidentale. Molto preoccupante è la ridottissima quota di ragazzi, e soprattutto ragazze, che svolge una sufficiente attività fisica. Il periodo tra gli 11 e i 15 anni è importante nello sviluppo e nel determinare il futuro corso dello stato di salute individuale e collettivo. Dovrebbe avere maggiore attenzione nella programmazione di politiche sanitarie e interventi educativi.

Parole chiave Preadolescenza. Adolescenza. Salute percepita. Comportamenti di salute. Stili di vita

La salute è un bene che va conquistato, e custodito, giorno per giorno; nessuno lo garantisce, e ciò che ci succederà nel corso della vita dipende da come questo bene viene amministrato dalla nascita in poi. Al termine dell'adolescenza le potenzialità del futuro adulto sono sostanzialmente determinate; è quindi molto importante capire come si strutturano e cosa può essere fatto per intervenire su di esse in modo positivo. Un periodo particolarmente importante è quello che caratterizza il passaggio dall'infanzia all'adolescenza. In questo periodo si verifica il trasferimento, dalle figure adulte al ragazzo, delle responsabilità relative alla gestione del sé e del corpo, inclusi i comportamenti, fondamentali per condizionare la salute del futuro adulto.

Lo studio internazionale HBSC

Per indagare questo ambito specifico dell'età giovanile è stato condotto, nella regione Piemonte, un'indagine campionaria su tutti i ragazzi di 11, 13 e 15 anni frequentanti le scuole della regione. Questa indagine rappresenta un approfondimento regionale di uno studio già svolto a livello nazionale secondo il protocollo della collaborazione internazionale HBSC (Health Behaviours in School-aged Children; "Studio sui comportamenti collegati alla salute tra i ragazzi in età scolare"), cui aderiscono 32 Paesi europei oltre a USA, Canada e Israele.

Lo studio vuole ricostruire un'immagine del comportamento dei ragazzi tra gli 11 e i 15 anni, attraverso l'analisi di un campione rappresentativo di appartenenti a questa fascia di età. Ha il vantaggio di permettere comparazioni fra diversi ambiti sociali, culturali, etnici, in ambito europeo (e di tutti i Paesi occidentali nel loro complesso) e a livello regionale nelle singole nazioni.

La ricerca si svolge nelle scuole tramite un questionario anonimo auto-compilato, elaborato a livello internazionale, in modo da permettere un confronto trans-nazionale dei dati ottenuti, ma al contempo è passibi-

Per corrispondenza:
Franco Cavallo
e-mail: franco.cavallo@unito.it

salute pubblica

FIGURA 1: PERCENTUALE DI COLORO CHE DICHIARANO DI AVER SUBITO, ALMENO UNA VOLTA NELL'ULTIMO PAIO DI MESI, ATTI DI BULLISMO, DIVISI IN BASE ALL'ETÀ E AL SESSO

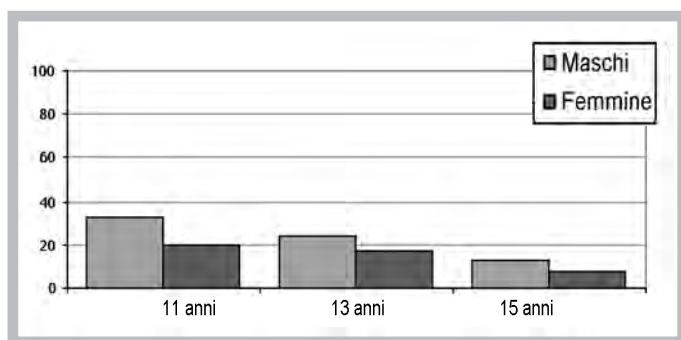
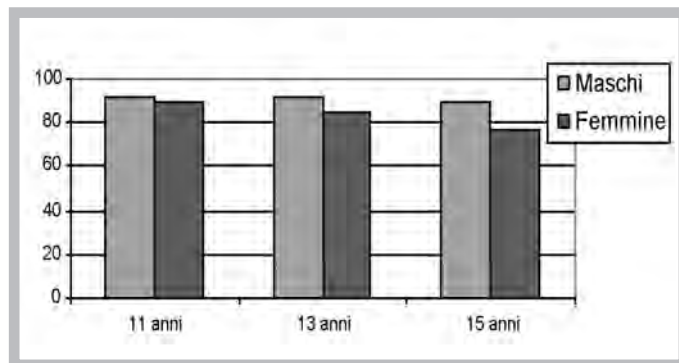


FIGURA 2: PERCENTUALE DI ADOLESCENTI CHE CONSIDERANO LA PROPRIA SALUTE BUONA O ECCELLENTE



le di adattamenti alla situazione specifica delle diverse realtà locali. Per quanto riguarda la situazione italiana, è attualmente attivo un gruppo nazionale, coordinato dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Torino, e tre sottogruppi regionali, per Piemonte, Veneto e Toscana. L'indagine nazionale è stata condotta nel corso del 2002 (il rapporto è disponibile sul sito www.hbsc.unito.it) e le tre indagini regionali tra il 2003 e il 2004.

Lo studio HBSC- Piemonte

Lo studio HBSC-Piemonte ha coinvolto 308 classi, distribuite tra la prima e la terza media e la seconda superiore; 298 classi hanno risposto all'indagine, con una percentuale di rispondenza di quasi il 97%. In totale sono stati intervistati 5227 allievi: 49,5% maschi e 50,5% femmine, 34,5% in prima media, 33,3% in terza media e 32,3% in seconda superiore.

Comprendere la salute di un giovane preadolescente, e le sue potenzialità evolutive, non può prescindere da un esame di tutto ciò che descrive il contesto in cui questo vive: oltre ai dati specifici che riguardano la salute, in primo luogo gli stili di vita e le abitudini voluttuarie, dato che i problemi "oggettivi" di salute sono, in questa fascia di età, molto rari.

La prima dimensione di contesto che occorre prendere in considerazione è la condizione socio-economica e la struttura familiare. La condizione socio-economica rivela che circa un terzo dei ragazzi vive in famiglie con scarse possibilità di consumo, mentre la dimensione familiare evidenzia il preoccupante aumento del fenomeno delle famiglie monogenitoriali (13%) e l'assolu-

ta prevalenza (80%) di quelle con uno o, al massimo, due figli. È ovvio che in questa situazione si rivela cruciale il supporto della rete esterna, soprattutto dei pari, ma anche degli altri adulti, soprattutto gli insegnanti. Dalla nostra ricerca emerge che i ragazzi apprezzano la scuola sempre di meno con il crescere dell'età (quelli cui piace molto sono il 17% degli undicenni, ma solo l'8% dei quindicenni), anche se in grande maggioranza riconoscono di essere trattati equamente dai loro insegnanti. Anche il rapporto con i genitori tende a peggiorare con l'età, soprattutto le capacità/possibilità di dialogo fra genitori e figli. In questo contesto il supporto fra pari aumenta progressivamente di importanza sostituendosi, giustamente, anche se solo in parte, al mancato contatto e dialogo con gli adulti. Purtroppo la rete dei pari ha anche connotati negativi, rappresentati dal fenomeno del 'bullismo', in preoccupante aumento anche nelle nostre regioni (un quarto degli undicenni ha subito atti di bullismo nei due mesi precedenti la compilazione del questionario). Fortunatamente i nostri dati ne mostrano una progressiva diminuzione con l'aumentare dell'età (figura 1). Valutare opportunamente, nelle loro componenti positive e negative, queste 'reti' di supporto, familiare ed extra-familiare, è importante, perché è noto come molti comportamenti a rischio originino da situazioni di isolamento sia fisico che psicologico.

Un altro elemento che descrive in modo molto fedele lo stato di salute del ragazzo e che, come descritto in letteratura, ha un alto indice di correlazione con la salute in età adulta, è la percezione che i ragazzi

hanno di sé e del proprio benessere. Questa percezione viene rilevata nel questionario attraverso due indici: un indice qualitativo di benessere percepito e un indice che rileva la quantità di sintomi aspecifici, di tipo psicosomatico (mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabili o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini) che affliggono periodicamente i ragazzi. Emerge da questi indici come la maggior parte dei ragazzi si consideri in buona o ottima salute, mentre al contrario la frequenza di sintomi di tipo psicosomatico riportati è piuttosto elevata, soprattutto per le femmine (la percentuale di quelle che lamenta almeno un sintomo quotidiano è in aumento, tra gli undici e i quindici anni, tra il 30% e quasi il 40%, mentre tra i ragazzi tende a diminuire con l'età, partendo da quote già inferiori al 30%). Infatti questi due indici, se analizzati nella popolazione femminile rispetto a quella maschile, mettono in evidenza un dato particolarmente preoccupante. Emerge infatti come il benessere della popolazione femminile sia sempre nettamente inferiore a quello dei maschi e tenda progressivamente a decrescere con l'età (figura 2). Sembra quasi che possa denunciarsi già a quest'età, anche nella nostra popolazione, una sorta di 'questione femminile', cioè di un già presente svantaggio della donna nei confronti dell'uomo.

Venendo poi ai dati più direttamente correlati alla salute, l'attenzione cade immediatamente sulle abitudini voluttuarie più comuni (fumo e alcol) e subito dopo sul consumo di droghe e abitudini sessuali. Sembra confermata l'ipotesi che l'abitudi-

ne al fumo si strutturi verso i 15 anni, età nella quale fuma circa il 18% della popolazione, frequenza comparabile a quella della popolazione adulta. Il consumo di alcol è diffuso ma sembra porre meno problemi, in quanto non si collega a frequenti episodi di alcolismo acuto (ubriacatura), come avviene nelle popolazioni del Nord Europa.

Il 30% dei ragazzi ha provato a fumare marijuana a 15 anni e circa un quarto dei nostri giovani ha già avuto a questa età un rapporto sessuale completo. Sarebbe interessante valutare più approfonditamente tutti questi dati per capire quanto siano indice di possibili 'cattive abitudini' e quanto invece un sintomo e una dimostrazione del 'sentirsi grandi'.

Alimentazione e movimento sono i due capitoli sui quali oggi si concentra di più l'attenzione dei media e delle grandi agenzie della salute, in quanto si è ormai dimostrato come in questi comportamenti risiedano i principali fattori di rischio delle malattie dell'età moderna (malattie cardiovascolari e tumori). Da questo punto di vista c'è ancora molta strada da fare: nonostante siamo un Paese mediterraneo, la famosa dieta omonima non sembra essere così diffusa, tanto che consumano frutta e verdura almeno una volta al giorno solo circa il 20% dei nostri giovani. Inoltre sono molti coloro che mangiano dolci almeno una volta al giorno (circa il 40%) e che ogni giorno bevono bibite zuccherate (intorno al 20%). Il tipo di consumi alimentari non sembra cambiare moltissimo con l'età, ed è quindi probabile che sia ampiamente determinato dalle abitudini trasmesse dai genitori.

Una situazione che appare problematica in tutto il nostro Paese, e che si conferma tale in Piemonte, è quella relativa all'attività fisica. Sono pochissimi i ragazzi, e soprattutto le ragazze, che rientrano nei criteri delle linee guida internazionali, che parlano di un'ora al giorno di moderata attività fisica per cinque o sei giorni alla settimana. Inoltre, più i ragazzi sono grandi meno attività fisica fanno; a quindici anni sono oltre il 40% quelli che svolgono attività fisica intensa per due giorni a settimana o meno, cioè soltanto durante le ore di educazione fisica a scuola. Parallelamente aumentano coloro che guardano la televisione quattro ore al giorno o più; questi sono infatti meno del 15% a undici anni e diventano

quasi il 25% a quindici anni. Si può constatare quindi come la nostra popolazione, tra l'infanzia e l'adolescenza, sia particolarmente sedentaria, e quindi particolarmente propensa a sviluppare in futuro problemi di salute quali l'obesità.

Attività fisica e abitudini alimentari, oltre ai prevedibili risultati sulla salute dei futuri adulti, si riflettono sul corpo già a questa età. Circa il 30% degli undicenni è sovrappeso o obeso, percentuale che scende al 20% tra i quindicenni. Le percentuali fra le femmine sono leggermente inferiori, anche se fra queste cresce a dismisura, con l'aumentare dell'età, la sensazione di essere, comunque, troppo grasse e di doversi quindi sottoporre a dieta. Questa sensazione fa parte probabilmente di quella progressiva espansione del malessere femminile che abbiamo già prima segnalato e che sembra rappresentare un fenomeno strutturale della nostra come di molte altre popolazioni.

Un dato ampiamente incoraggiante è invece quello relativo all'igiene orale: oltre il 90% dei ragazzi si lava i denti almeno una volta al giorno, e la percentuale aumenta con l'età.

Le risorse

Se questi dati ci segnalano una serie di problemi e di carenze su cui sarebbe necessario intervenire, quali sono invece le risorse su cui si può contare per migliorare la situazione?

Senza dubbio la condizione economica media di questa popolazione è buona, il che significa che le potenziali risorse, materiali e culturali, che ne derivano possono essere utilizzate a fondo. Anche la dimensione familiare limitata, che rappresenta un elemento di difficoltà a livello macroeconomico, può diventare un vantaggio, perché mette al centro dell'attenzione i figli, garantendo loro una quantità crescente di risorse e di possibilità. Utilizzare a fondo questa potenzialità è dovere degli adulti che interagiscono con i ragazzi, a tutti i livelli.

Per quanto riguarda la vera 'riserva di salute' da sfruttare in questo contesto, è il caso di riflettere con attenzione su dove porre l'accento. Tradizionalmente fumo, alcol, droga e sesso sono stati i cardini della maggior parte degli interventi di educazione/promozione della salute. Sembra ormai chiaro però che i maggiori vantaggi per

l'età adulta siano da aspettarsi nel campo delle malattie cardiovascolari e tumori, rispetto ai quali alimentazione e movimento costituiscono due potenziali, e potentissimi, fattori di rischio. Questi settori sono responsabili dell'80% della mortalità e della morbosità dell'età adulta e probabilmente in ugual misura della scadente qualità di vita dell'età adulta e anziana. Alcune recenti statistiche prevedono che nei prossimi decenni la durata media della vita, aumentata di più di due decenni nell'ultimo secolo, potrebbe tornare a diminuire, anche di dieci anni, proprio come risultato dei rischi conseguenti all'epidemia di eccesso ponderale e di obesità che si va accumulando nelle nostre popolazioni. Forse varrebbe la pena di correre ai ripari in tempo, senza dimenticare comunque che non sono le direttive categoriche e le paure del futuro che fanno cambiare i modelli di comportamento, ma la convinzione che il cambiamento che si realizza possa portare maggiore soddisfazione anche a breve termine.

Il compito di chi deve occuparsi di questi problemi diventa sempre più difficile: si impone la necessità di disporre di conoscenze e capacità di tipo prettamente medico-clinico, con altre di tipo psicologico e pedagogico, da applicare ai problemi comportamentali. È necessario infatti saper spiegare prima di tutto le ragioni dei comportamenti prima di chiedersi come, e se, cambiarli.

È una grande sfida per tutti noi, soprattutto importante nei confronti degli adolescenti, che ancora da noi dipendono e rispetto ai quali abbiamo il dovere di garantire la miglior vita possibile, così come lo abbiamo chiesto e desiderato dai nostri genitori. Lavorare sulle cose positive, sulle risorse e sulle capacità presenti, deve quindi essere la nuova parola d'ordine per medici, educatori, insegnanti e genitori; valorizzare le capacità e le potenzialità, avendo ben chiare le cose negative che vanno contrastate, ma agendo soprattutto sulle risorse positive e sulla loro capacità di aggirare e superare gli ostacoli, per progredire verso un futuro sempre più ricco di benessere e di salute. ♦

Bibliografia

La bibliografia è disponibile, insieme alla versione integrale, su <http://www.hbsc.unito.it/>

L'altra scuola de Il cane giallo della Mongolia

Italo Spada
Comitato cinematografico dei ragazzi

A due anni di distanza dall'Oscar per *La storia del cammello che piange* (si veda in *Quaderni acp* 2006;4;183) la regista Byambasuren Davaa, mongola con formazione cinematografica tedesca, gira un *docu-fiction* su una famiglia di pastori mongoli nomadi. Titolo: *Il cane giallo della Mongolia*. Un'intera stagione, quella estiva, sintetizzata in 93 minuti, durante i quali l'occhio della cinepresa si sofferma sulla famiglia Batchuluun: padre, madre, tre figli ancora in tenera età. Dal ritorno a casa per le vacanze scolastiche della figlia di sei anni, Nansal, alla smobilitazione della tenda in cerca di un clima più mite, seguiamo una vita d'altri tempi, fatta di semplicità, gesti ripetuti, tradizioni orali, riti religiosi, lavori domestici.

Gli unici momenti di apprensione si devono a due smarrimenti: quello di Nansal che, per seguire il cane al quale si era affezionata, non trova più la strada di casa, e quello del figlio più piccolo che, uscito fuori dalla cesta nella quale la madre lo aveva sistemato, per poco non finisce in pasto agli avvoltoi.

Le premesse per un'opera lenta e noiosa ci sarebbero tutte se un film fosse fatto solo di storie; ma sappiamo che non è così, sappiamo che nel cinema contano anche le sensazioni. Ed è proprio per le sensazioni che riesce a suscitare che *Il cane giallo della Mongolia* resta impresso negli spettatori più di tanti film d'azione.

Le sensazioni portano inevitabilmente a riflettere su temi e argomenti che la regista propone con delicatezza, senza la pretesa di impartire lezioni. Il primo di questi temi riguarda la strenua resistenza di un mondo arcaico all'avanzare del progresso e della tecnologia. La famiglia Batchuluun ci riporta indietro negli anni, non tanto perché ignora o contrasta l'avvento della tecnologia e dei media, quanto perché riesce ancora a farne a meno. I quaderni, il mestolo di plastica, il peluche, la motocicletta sono chiari riferimenti a un mondo che cambia e che inesorabilmente si farà strada anche tra i Batchuluun, ma nella loro esistenza lo

spazio maggiore è ancora occupato dalla natura incontaminata, dai giochi di fantasia sulle forme delle nuvole, dai riti religiosi, dai gesti ripetuti, dall'allevamento del bestiame, dalla preparazione del formaggio, dallo smontare e rimontare la tenda. In tal senso, va letta l'ultima sequenza, splendido esempio di eloquenza delle immagini.

La famigliola, che sta traslocando su carri trainati da animali, incrocia un camioncino sul quale è installato un altoparlante. Risuona nell'aria una voce metallica che invita i cittadini a compiere il loro dovere andando a votare. Intorno non ci sono case, villaggi, persone; è evidente che l'invito è rivolto ai coniugi Batchuluun e gli spettatori si aspettano di vedere in primo piano la loro reazione. Vedranno, invece e solo in campo lungo, la carovana dei nomadi che cede la strada al camioncino e continua il suo lento viaggio nella vasta distesa dei campi. In questo mondo completamente diverso dal nostro affascina anche l'educazione dei bambini. In alcune scene si ha l'impressione che i tre piccoli Batchuluun siano seguiti dai genitori con eccessiva superficialità. Si teme che, da un momento all'altro, accada qualcosa di irreparabile, soprattutto quando Nansal, avventuratasi alla ricerca del cagnolino perduto, si sporge su un burrone. La critica al comportamento della madre che, per necessità, ha messo la bambina su un cavallo, incaricandola di vegliare sul gregge al pascolo, si stempera ben presto.

L'incauto allontanamento di Nansal si tramuta, infatti, in precoce rito di iniziazione. L'anziana della steppa protegge la bambina, le racconta la fiaba del cane giallo della Mongolia che scompare e si reincarna, la riconsegna sana e salva alla mamma. Analoga disapprovazione nei confronti dei genitori si è tentati di avanzare nella scena della "dimenticanza" del figlio più piccolo. Un gesto di superficialità incomprensibile per genitori abituati a vivere in apprensione continua. Probabilmente, il controllo senza assillo dei bambini è una prerogativa orientale;

anche Maria e Giuseppe dimenticarono il piccolo Gesù nel Tempio di Gerusalemme. Certo, ai nostri occhi, appare quanto meno imprudente mandarli a pascolare il gregge in groppa a un cavallo, lasciarli soli a casa, permettere che si arrampichino sulle palizzate, affidarli tutta la notte alla sorellina poco più grande; ma sarebbe interessante sentire il parere dei Batchuluun sui pericoli ai quali sono esposti i nostri bambini in un ambiente pieno di elettrodomestici, prese di corrente, davanzi bassi, auto che sfrecciano... È un'altra scuola, quella che la regista mongola ci propone.

Una scuola di vita che si fonda su espedienti pratici per inculcare norme e impartire insegnamenti. "Prova a mordere il palmo della tua mano", dice la mamma a Nansal. La bambina ci prova e non ci riesce. La mamma, allora, conclude: "Non puoi possedere tutto quello che vedi". Bella lezione su come non cedere ai capricci dei bambini e su come insegnare loro che la vita è fatta anche di privazioni.

Ma cosa vuole, in fondo, Nansal? Vuole *Macchia*, il cagnolino dal muso nero che ha trovato in una grotta e al quale si è affezionata. I bambini non stanno a guardare il curriculum dei loro amici e non capiscono quale pericolo si possa nascondere in un animale docile e tenero, anche se cresciuto in mezzo ai lupi. Hanno fiducia e basta. Bella lezione di tolleranza impartita, questa volta, dai bambini agli adulti. Come bella lezione di cinema etico e antropologico è questo film, soffice come una fiaba, genuino come la vita dei protagonisti. ♦

Il cane giallo della Mongolia
Regia: Byambasuren Davaa
Con: La famiglia Batchuluun
Mongolia, 2006
Durata: 93'

Per corrispondenza:
Italo Spada
e-mail: italospada@libero.it

La musica è per crescere

Leonardo Speri

Psicologo, Psicoterapeuta, Coordinatore della "Baby Friendly Hospital Initiative" - Comitato Italiano per l'UNICEF

Abstract

Music makes you grow up

A certain quantity of literature of undoubted interest focalizes the attention on the value of a musical experience at different levels, from infancy to adolescence. The paper regards three particularly significant aspects, the first about corporeal, almost magic elements of music as rhythm, the second, the use of a musical instrument, the third refers to musical groups, symphony with particular interest for orchestra and other forms of aggregation. All this is linked by a particular aspect of music and harmony: the rules which influence music production and fruition are basically constructive, not oppressive, and thus have an evolutive significance and child a prenatal bond made of sounds.

Quaderni acp 2006; 13(5): 210-211

Key words Music. Development. Infancy. Adolescence

Una letteratura non particolarmente vasta, ma di indubbio interesse, mette in luce il valore strutturante dell'esperienza musicale, a vari livelli, dall'infanzia all'adolescenza. Nel corso dello sviluppo sono diversi gli elementi che potrebbero essere messi a fuoco. L'articolo si sofferma su tre aspetti, che sembrano particolarmente significativi. Un primo aspetto riguarda gli elementi originari corporei, quasi magici, della musica, come il ritmo, un secondo l'utilizzo dello strumento, un terzo il tema del gruppo, alla sinfonia, con riferimento all'orchestra e alle altre forme di aggregazione. Lega il tutto un particolare aspetto ordinativo proprio della musica e delle condizioni per la produzione di armonia: il significato non oppressivo ma costruttivo e indispensabile delle regole che ne determinano la produzione e la fruizione, e quindi il loro significato evolutivo.

Parole chiave Musica. Sviluppo. Infanzia. Adolescenza

Mi ha sempre colpito l'utilizzo con più significati della parola *jouer* in francese, o *to play* in inglese: giocare, recitare, suonare, e in tedesco *spielen*: suonare e giocare, quasi si trattasse della stessa azione.

Giocare, recitare, suonare sono attività che oscillano continuamente tra regole e libertà, come ci ricordano le due citazioni di apertura distanti nel tempo e anche nel pensiero, ma unanimi nel dare all'arte un grande valore.

Mi sono anche formato come psicologo al pensiero di un grande pediatra e psicoanalista, Winnicott, che nel suo libro "Gioco e realtà" ci ha aperto gli occhi su quanto sia indispensabile la dimensione del gioco per lo sviluppo della creatività: la radice profonda di queste forme espressive è infatti comune e appartiene all'area delle relazioni primarie tra madre e bambino (1).

Nel mio lavoro con i pazienti più gravi prima, e più tardi nei programmi di prevenzione per gli adolescenti, mi sono posto il pro-

blema di quale rapporto ci sia tra l'espressione artistica e la costruzione (o la ricostruzione) della personalità.

Vorrei qui limitarmi solo all'idea di "sviluppo" e pensare al bambino in crescita come potenza pura proiettata sugli infiniti mondi possibili. Perché in questo la musica è così importante?

Credo che parte della risposta possa essere che l'espressione artistica, costringendo l'energia in un sistema di regole, permetta di navigare nell'infinito senza perdersi.

Di più: ritengo sia il carattere – per così dire – "naturale" e "non arbitrario" di queste regole la miglior garanzia che la prepotente forza vitale del bambino prima e dell'adolescente poi, trovi un luogo dove depositarsi, una cornice dove inserirsi, uno strumento con il quale esprimersi, giocare (*jouer; to play; spielen*).

Devo lasciare ad altri, e imparare con ammirazione, quanto potente sia la pedagogia

musicale, quali risorse sa valorizzare per la crescita, su quale storia millenaria e su quali irriducibili fondamenti estetici vada a poggiare.

In modo piuttosto incompetente e generico rispetto a questi maestri, cerco di pensare al versante psicologico ed evolutivo di percorsi di apprendimento come quello musicale.

L'infinitamente possibile, che è proprio dell'infanzia e che viene riattivato prepotentemente nell'adolescenza, nuova nascita e nuovo organizzatore psichico, diventa un incubo se non trova dei limiti e l'energia interna non porta da nessuna parte senza uno strumento che la incanali e la costringa (2). Allora "è bello che dove finiscono le mie dita debba in qualche modo incominciare una chitarra" come dice De André in *Amico Fragile*.

Mi sembra di impoverire la bellezza dell'adolescenza parlandone solo in senso psicologico-evolutivo, parlando del sentimento di onnipotenza, tipico dell'età, che fa perdere il senso della realtà, ma devo ricordare quanto sia debole, oggi più che mai, il freno messo come genitori ed educatori con il nostro "adesso basta", assolutamente necessario ma non sufficiente.

Lo strumento ha i suoi limiti, una sua finitudine intrinseca (e per fortuna! qualcuno forse ricorderà nell'omonimo film l'immagine del "pianista sull'oceano", angosciato davanti al mondo come davanti a un pianoforte con un numero di tasti infiniti).

Lo strumento dice "adesso basta" di là... ma anche "fai così, prova per di qua", ... e "se reggi la sfida, puoi farcela e vedrai cosa saprai tirar fuori...", ... lo vedremo più avanti. Il discorso passa da un valore generale delle attività espressive e della musica al perché fare musica è così importante, a come ci riesce, di cosa è fatto il suo tesoro.

In principio era il battito cardiaco. Potremmo anche dire che, nella vita intrauterina, battito cardiaco e parola erano ancora confusi. Gli studiosi ricordano come il battito cardiaco, materno e del bambino, costituisca un fondamento della stessa vita psichica, l'alfabeto primordiale, preverbale, delle

Per corrispondenza:

Leonardo Speri

e-mail: l.speri@unicef.it

musical-mente

"Essendo libertà da ogni obbligo l'arte è gioco, il gioco contraddice alla serietà dell'agire utilitario, ma poiché la libertà è il supremo dei valori, solo giocando si è veramente seri".

Tristan Tzara, 1896-1903

"La musica è una legge morale: essa dà un'anima all'universo, le ali al pensiero, uno slancio all'immaginazione, un fascino alla tristezza, un impulso alla gaiezza e la vita a tutte le cose. Essa è l'essenza dell'ordine ed eleva ciò che è buono, giusto e bello, di cui essa è la forma invisibile, ma tuttavia splendente, appassionata ed eterna."

Platone, 400 a. C. (dai Dialoghi)

emozioni e della relazione e la traccia armonica su cui potremo leggere le dissonanze (3-5).

Diciamo infatti: un colpo al cuore, il cuore mi si è fermato, parlando dell'aritmia che accompagna le emozioni, o anche di consonanza pensando il battito all'unisono di un dialogo felice (una sincronia che alcuni studiosi hanno registrato anche sperimentalmente). Una volta avvenuta la nascita, si aggiungeranno il ritmo del respiro, i versi, le lallazioni e i vocalizzi, le nenie, e da lì si diramerà e prenderà la sua strada il linguaggio, sovrapponendosi ma certo non sostituendosi all'originaria esperienza "musicale" (6).

Molte di queste riflessioni derivano dalle ricerche della musicoterapia, ma qui noi parliamo semplicemente del valore strutturante per tutti dell'esperienza musicale, dell'esperienza primaria, corporea, del ritmo e del suono, per comunicare magicamente tutto quello che non può essere messo in parola, ma che non per questo non può essere trasmesso (7).

Cito da una ricerca di Antonioli, psichiatra e amante della musica, una frase dell'etnomusicologo Schneider, "... la caratteristica essenziale del ritmo musicale naturale è precisamente di tendere a trasformarsi in movimenti corporali (8). Questo è appunto il valore costruttivo della musica nei confronti dell'uomo. Il ritmo musicale non è un fenomeno puramente intellettuale, bensì una forza psicofisica che trasforma i movimenti corporali in esperienza psichica e, viceversa, fornisce un contrappeso corporale alla sensibilità spirituale" (9).

Anche alla luce di questo potremmo dire che i ragazzi hanno bisogno di un ordine interno che è corporeo e psichico insieme, in modo non distinguibile. Se noi stessi non possiamo vivere senza esprimere le nostre emozioni, senza musica, tanto più i ragazzi per crescere hanno bisogno di ascoltare musica e di fare musica, quanto quello di mangiare.

Non credo sia un caso che nel suo decalogo per la salute degli italiani l'allora Ministro Umberto Veronesi indicasse la necessità di "rendere i giovani protagonisti nella musica, nello sport e nella cultura" (10).

Questo bisogno, per essere soddisfatto, necessita di strumenti, e non c'è strumento che non porti con sé il suo fardello di regole, più o meno complesse.

Lo strumento musicale, scelto e amato, assolve funzioni importanti nello sviluppo.

È innanzitutto una parte di me senza essere me, e quindi un oggetto importante di cui prendersi cura e, curando lui, imparo ad aver cura di me. Poi, ed è ancora più importante, le regole di cui è portatore non sono un arbitrio del mondo adulto: sono la condizione necessaria per ottenere un suono e, più avanti, "quel suono", in quel modo, e non in un altro. È di grande aiuto poter dire "prova!", non sono io con la mia arroganza di adulto a dirti, magari un po' beffardo, che non ce la fai; è quella cosa piccola o grande che hai in mano che, se non la soffi o tocchi in un certo modo continuerà a farti i dispetti, quelle corde a stridere, quel tasto a prendersi gioco di te.

Quelle regole, quell'esame di realtà, diventano accettabili perché nulla hanno a che fare con lo strapotere dell'adulto nei confronti del bambino, talvolta un po' umiliato dal giganteggiare dei grandi, e neppure col braccio di ferro degli adolescenti con gli adulti, talvolta rabbioso nella loro voglia di crescere, di soppiantarli e di rendersi autonomi (ma mi raccomando, genitori: continuate a resistere). Se la musica è un veicolo privilegiato verso la libertà, le regole dello strumento musicale sono il lasciarsi passare per la comunicazione delle proprie emozioni.

Un altro elemento in gioco nell'esperienza musicale è il gruppo: per i ragazzi il luogo privilegiato della comunicazione e degli affetti. Non voglio dilungarmi sulla psicologia dei gruppi, e in particolare dei gruppi in adolescenza, ma solo ricordare che moltissimi Autori in ambito psicologico sono ricorsi alla metafora del coro, dell'orchestra per spiegare i fenomeni di gruppo. Il prodotto dei gruppi viene paragonato alla sinfonia, dove succede che l'insieme delle singole parti crea qualcosa di più di una semplice somma, crea qualcosa di nuovo che non c'era prima, dando vita a un insieme imponente di fenomeni e di emozioni (11).

Potenzialmente, dall'orchestra al gruppetto nello scantinato, possiamo parlare di vere e proprie scuole delle relazioni di gruppo. In un'orchestra si impara a convivere, a portare il proprio contributo, piccolo o grande, comunque indispensabile, a gioire della buona riuscita di tutti e di ciascuno, e a competere anche, ma in modo sano. Tendendo al meglio, si contribuisce al progresso comune e non si può mai gioire dell'insuccesso di un singolo, che diventa l'insuccesso di tutti. È davvero una grande opportunità, se ben condotta.

Affianca senza esautorare le altre relazioni, offre una continuità di appartenenza, senza sostituirsi agli altri gruppi, è un gruppo per sua natura rigido, che produce funzioni educative che diventano utilizzabili nelle situazioni più libere. Ha il suo tesoro di regole così affine e così indispensabile a una buona vita sociale.

Nell'adolescente il gruppo ha in più un valore indispensabile: "la condivisione dei propri stati emotivi" attraverso la costruzione di un linguaggio musicale comune (8). Pensate alla ricerca dei propri simili, ai complessini nei garage, al riconoscersi per appartenenze musicali, da cui la necessità quasi fisica di partecipare ai concerti. Nella turbolenza dell'adolescenza, in particolare nella ricerca di una propria identità, la musica appare particolarmente adatta alla trasmissione delle emozioni all'interno di un gruppo (12).

Queste, e altre ricchezze nascoste nella musica, costituiscono una fonte continuamente rinnovata di occasioni evolutive e comunicative, che valorizzano un canale universale, che trascende gli aspetti linguistici e anche generazionali, una miniera inesauribile se vi si saprà accedere in modo avveduto, curioso e rispettoso (13). ♦

Riferimenti bibliografici

- (1) Winnicott D. Gioco e realtà, Roma: Armando, 1974.
- (2) Kestemberg E. L'identité et l'identification chez les adolescents. Psychiatrie de l'enfant, V, 1962.
- (3) Baruzzi A. Sul ritmo. Rivista di Psicoanalisi 1985;31:2.
- (4) Resnik S, et al. Territorio sonoro e autismo, 1995. Letteratura grigia. Seminario presso il Centro di salute mentale di Verona.
- (5) Schön A. Psicoanalisi e musica. Intervento al Convegno "Le frontiere della Psicoanalisi". Lavarone, luglio 1991. Atti pubblicati dalla Edizioni Centro Gradiva Lavarone.
- (6) Stern DN. Le prime relazioni sociali tra il bambino e la madre. Roma: Armando, 1982.
- (7) Benenzon R. Manuale di musicoterapia, Roma: Ed. Borla, 1983.
- (8) Antonioli M. Adolescenza e Musica. In: Di Marco G (a cura di). Adolescenze. Padova: UPSEL 1993.
- (9) Schneider M. Was ist Rhythmus? Über die natürlichen rhythmischen Fähigkeiten des Menschen, Rhythmus 1967.
- (10) Veronesi U. Prima Conferenza nazionale per la promozione della salute. ASI n. 50 del 14.12.2000.
- (11) Foulkes SH. Analisi terapeutica di Gruppo. Torino: Boringhieri, 1967.
- (12) Frontori L. Gli adolescenti e la fruizione della musica. In: Frontori L, (a cura di). Adolescenza e oggetti. Milano: Ed. Cortina, 1992.
- (13) Schneider M. Il significato della musica. Milano: Ed. Rusconi, 1979.

(*) Tratto dall'intervento a "Gioie Musicali - Incontri Asolani Junior" - Asolo (TV) - 3 luglio 2005 "Orchestra Giovanile del Veneto "La Rejouissance" - Direttore Elisabetta Maschio.

Libri: occasioni per una

La Narrative Based Medicine per la valutazione della qualità percepita dei servizi sanitari



Guido Girelli, Byron J. Good, Mary-Jo Del Vecchio Good, Mariella Martini, Corrado Ruozzi (a cura di)
Storie di cura
 Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile
 FrancoAngeli 2005
 pp 220, euro 20,00

Il libro nasce dalla proposta dell' Agenzia Sanitaria della regione Emilia-Romagna di sperimentare metodologie nuove per la valutazione, non solo quantitativa ma anche qualitativa, della qualità percepita dei servizi sanitari erogati.

A tale scopo è stato scelto, come riferimento teorico, elaborato presso la Harvard Medical School, dal prof. Byron J. Good e dalla prof. Mary Jo Del Vecchio. Nella prima parte del libro vengono illustrati il progetto e i due obiettivi del lavoro. Primo obiettivo è stato la ricerca di una qualità dei servizi adeguata non solo ai progressi tecnologici, ma anche al vissuto emotivo-affettivo dei pazienti e dei loro familiari.

Il secondo obiettivo, emerso "in progress" grazie alla ricchezza del materiale raccolto, è stato quello di ridefinire le linee guida EBM in uso, integrandole con i risultati ottenuti dalle informazioni raccolte all'interno delle narrazioni.

I pazienti che hanno preso parte allo studio appartengono a tre gruppi di patologie croniche, con la necessità, come tali, di maggiore integrazione tra la biomedicina e i loro personali bisogni, oltre che di interventi multidisciplinari: il paziente con cardiopatia ischemica, con broncopneumopatia cronica e il post-comatoso. Senza entrare nello specifico della descrizione dei metodi, delle interviste effettuate e dell'elaborazione dei dati ottenuti, ai quali si rimanda il lettore, si segnalano come molto interessanti i capitoli dedicati alle basi teoriche del metodo

usato: il modello ermeneutico-narrativo, la narrazione in ambito biomedico, la connessione tra medicina basata sulla narrazione e medicina delle evidenze.

È un libro ricco di spunti di ricerca e di lavoro per tutti gli operatori sanitari che qui possono riflettere sulla propria professione, partendo da un punto di vista diverso.

Si può estendere l'utilità della lettura a tutti coloro che sono preposti a organizzare e gestire i servizi sanitari.

L'interesse deriva dall'essere riusciti a mettere in pratica una metodologia che restituisce al modello biomedico la competenza narrativa: questo permette di superare l'applicazione meccanicistica delle evidenze sperimentali, adattandole non solo al singolo paziente ma, cosa nuova, a un servizio rivolto a quel particolare paziente e ai suoi "caregivers".

Patrizia Elli

La prevenzione dell'obesità comincia dall'età evolutiva. Un manuale d'aiuto



Maurizio Iaia
Cibo dei piccoli... salute dei grandi
 Editeam 2006
 pp 106, euro 15,00

L'autore è un pediatra di comunità, nostro collaboratore e ideatore del progetto "Il pappamondo", in atto presso l'Azienda USL di Cesena da molti anni e di cui la nostra rivista si è più volte occupata. La ristorazione bio-mediterranea è nata con Iaia e si sta peraltro diffondendo al di là della Romagna.

Il libro si struttura in una parte generale e in tre sezioni (fabbisogni nutrizionali e apporti raccomandati di energia e nutrienti, considerazioni pratiche per una corretta alimentazione, un approccio in-

tegrato alla promozione della salute). La prima parte è riservata agli addetti ai lavori e ci sembra particolarmente utile alla loro formazione e alla loro pratica; le ultime due parti possono, invece, essere lette anche dai genitori.

L'OMS, non a caso, ma per una valutazione di efficacia-efficienza degli interventi, ha individuato l'età evolutiva come target prioritario di prevenzione dell'obesità; questo libro rappresenta un aiuto per un primo passo in tale direzione.

L'autore parte correttamente dagli errori alimentari più comuni e dagli stili di vita da migliorare.

Dopo aver dedicato ampio spazio ai fabbisogni nutrizionali, passa alle considerazioni pratiche per una corretta alimentazione e vengono forniti consigli applicabili concretamente nella realtà italiana. L'ultima sezione si occupa di un approccio integrato alla promozione della salute e prende in considerazione i possibili interventi integrati a vari livelli a partire dal bambino e dalla sua famiglia.

La lettura è piacevole e vi è attenzione alle prove di efficacia.

I pediatri potrebbero usare questo agile manuale nel proprio studio e consigliarne la lettura guidata ai genitori.

Sarebbe molto utile avere un ritorno da parte dei genitori e capire quali sono i reali ostacoli che impediscono il concretizzarsi di suggerimenti apparentemente indiscutibili.

Michele Gangemi

Bambini cattivi? Non ce ne sono



Silvia Tortora
Bambini cattivi
 Marsilio 2006
 pp 96, euro 10,00

buona lettura

L'autrice direttamente intervistata sulla nascita, l'idea, il percorso seguito dal suo libro, risponde così: "Questo libretto nasce dopo un viaggio molto importante, di due anni fa. Tre giorni in Mozambico, per inaugurare una scuola nei sobborghi di Maputo che porta un nome fantastico: *Roma*, come la città che ha contribuito a costruire questa scuola, e io nel mio piccolo ho partecipato devolvendo i diritti d'autore del mio precedente libro: *Cara Silvia. Le lettere dal carcere di mio padre*, Enzo Tortora.

Tre giorni africani meravigliosamente dolorosi: ho visto bambini che hanno avuto la sfortuna di nascere dalla parte sbagliata del mondo. Bambini che vivono di nulla, che sopravvivono, o che muoiono, come i due cuccioli che ho incontrato mentre agonizzavano nei lettini dell'orfanotrofio di Maputo.

Al ritorno da questo viaggio ho sentito l'urgenza di dare voce ai bambini, ai loro diritti, ai loro bisogni, ai loro sogni. Queste sono storie vere o false? Reali o sognate? Non lo so. Anzi, non lo dico... Quel che so bene è che ogni adulto, genitore o no, medico o insegnante, ha un dovere: aiutare i bambini a vivere in un mondo migliore di questo. Come? Ascoltandoli, rispettandoli, aiutandoli a crescere, insomma amandoli. Questo è tutto".

Dunque *Bambini cattivi* è una sorta di trattato di fisiopatologia quotidiana. Un macigno. Ogni bimbo, che nel libro si racconta in prima persona, si moltiplica nella nostra memoria di pediatri, prendendo il viso e il nome di tanti altri. Leggendo, si sta malissimo.

Ma la prosa diretta, semplice, rapida e limpida ci costringe ad arrivare alla fine senza sosta. È un libro da leggere ad alta voce anche ai bambini, senza falsi pudori. Per dar loro il coraggio di esprimersi, per dare loro la libertà che pensano di non avere, e che a noi fa comodo che non abbiano.

Silvia Tortora è una sensibile osservatrice di ogni condizione di ingiustizia, violenza, ipocrisia, di negazione dei diritti ai più fragili; ha dato voce a bambini che ha

conosciuto davvero nella sua vita cittadina. Li fa parlare in prima persona. Quelle voci altrimenti negate risuonano come un'eco in tante situazioni di vita quotidiana familiare che ben conosciamo.

La negazione dell'ascolto è alla radice di sofferenze, di vere violenze psicologiche che lasceranno un segno profondo nell'età adulta dei nostri piccoli cittadini senza parola e senza diritti.

Silvia è una giornalista onesta. Parla solo di cose che conosce. A queste testimonianze di vite negate nella nostra società, avvicina la sua personale testimonianza di fronte a centinaia di bimbi in Mozambico a cui manca tutto, a cui una scuola nascente offre rispetto, e un futuro.

Silvia lascia a chi legge le riflessioni. Far "la morale" non è nel suo stile, non è il suo mestiere.

Questo è un libro di fatti. Acquistiamolo e regaliamolo: i proventi andranno a quella scuola, *Roma*, creata in Mozambico.

Flavia Luchino

Quando si fanno le scelte e non si riescono a dire



Marcela Serrano
Il tempo di Blanca

Universale Economica
Feltrinelli 2003
pp 215, euro 13,43

Ho iniziato a leggere questo libro un po' per noia, non avendo altri libri cui dedicarmi, e con molto scetticismo, sicura che si trattasse di uno dei tanti romanzi di autrici sudamericane alla rincorsa di Garcia Marquez o Isabelle Allende. Invece no. Si è trattato per me di una piacevole sorpresa. L'ho trovato un libro

profondo, commovente e inquietante, in una parola, semplicemente bellissimo.

Si tratta di una storia ambientata nella Santiago del Cile del dopo dittatura, quella dei "desaparecidos". Blanca è una donna di famiglia ricca; fino all'età di quarant'anni ha vissuto in un mondo ovattato, distante e lontano dalla realtà, con madre, fratelli, sorelle, marito e figli. All'improvviso alcuni eventi sconvolgono la linearità della sua esistenza: l'incontro con persone di un ceto sociale differente, l'amore per un ex perseguitato politico, la scoperta dell'ipocrisia e della vacuità dell'ambiente d'origine. Tutto ciò la conduce a un bivio obbligato: è il momento delle scelte. Ma il grido di Blanca non si può levare in quanto, colpita da un'improvvisa malattia, l'afasia, incapace di comunicare con il mondo esterno, sprofonda davvero in un mondo "bianco".

Dopo un primo momento di smarrimento e disperazione, Blanca sceglie la vita e inventa un nuovo linguaggio, quello degli occhi, con i quali racconta la propria storia, i ricordi, i sentimenti e i rimpianti. L'unico modo per sfuggire alla morsa della solitudine è vivere il suo tempo dentro di sé, nelle pareti della sua mente, ripercorrendo, sola con se stessa, la sua vita e ricordando quelle occasioni in cui si era lasciata trascinare dal vortice delle passioni, momenti che non ritorneranno mai più.

Durante un sabato pomeriggio trascorso nella sua casa di campagna, Blanca, allontanatasi un attimo dalle sue amiche per andare a prendere del ghiaccio, avverte un formicolio inizialmente al braccio destro e poi alla gamba e alla mano dello stesso lato. All'improvviso si trova fissa e immobile, vinta da un malore che non le consente di parlare. Ne segue la corsa in ospedale dove rimarrà fino al momento della tragica notizia: a causa di una sorta di infarto cerebrale che ne ha danneggiato la facoltà di espressione nel suo complesso Blanca non potrà più neppure usare il nuovo linguaggio, scrivere o fare calcoli matematici.

Isodiana Crupi

info: notizie

Genetica: corsa ai test

In Italia operano 431 laboratori autorizzati a eseguire test genetici pre o post natali. Di test ne fanno 474.000 per anno. In nessun Paese europeo se ne fanno tanti. A un anno e mezzo dalla emanazione delle linee guida che normano l'attività dei laboratori solo il 42% le rispetta; il personale è composto per il 27% di precari. Quasi tutti i laboratori si concentrano nell'analisi di alcune malattie e offrono ai cittadini dei "pacchetti" (!) di analisi il più delle volte inutili e costruiti con regole commerciali. Infatti il pacchetto più venduto mette insieme fibrosi cistica, distrofia muscolare tipo Duchenne, sordità neurosensoriale, sindrome di Martin Bell, aneuploidie e FRAXE. Questo pacchetto viene venduto all'83% dei genitori che si rivolgono ai centri. Il 25% delle donne che si rivolge ai centri ha meno di 35 anni. Solo il 15% dei centri offre una consulenza genetica indispensabile per interpretare i risultati. Le diagnosi prenatali aumentano al ritmo di 5000 per anno. Circa 120.000 test eseguiti in gravidanza sono invasivi (amniocentesi e analisi dei villi coriali) e sono eseguiti in strutture private. Sono tre le regioni "principe" per l'esecuzione degli esami. Queste eseguono il 93% degli esami: 71% nel Lazio, 14% Emilia-Romagna, 8% Piemonte. (*Censimento della Società Italiana di Genetica Medica in Le scienze 2006;449:25*)

Genetica: papà "segreti"

Un bimbo italiano su dieci è figlio di un uomo diverso dal presunto padre. A censire questo esercito di illegittimi è Bruno Dalla Piccola che dedica al tema un capitolo della seconda edizione di *Genetica Medica essenziale* (uscirà a breve da Minotauro). "Dalle nostre stime - dice Dalla Piccola - emerge che in Italia fino al 10% dei bebè nasce ogni anno da un papà differente da quello presunto. Un dato frutto di osservazioni e ricerche nazionali, confermato anche a livello europeo. E che storicamente ha visto picchi pari al 20%". In particolare, nel pieno della grande migrazione da Sud a Nord in alcune regioni meridionali - prosegue Dalla Piccola - sono state registrate punte eclatanti di nascite illegittime,

legate ad aspetti sociali rilevanti: donne lasciate sole per anni, difficoltà economiche, famiglie divise. Oggi, invece, le mille occasioni di incontro, il fatto che molto spesso i componenti di una coppia si trovino a lavorare in città diverse e la facilità nei rapporti sociali giocano a favore del fenomeno. Così se in alcune regioni l'incidenza di bebè con padri 'segreti' è pari al 5%, in altre come Lombardia e Lazio si arriva facilmente al 10% e più. (*Doctor News 2006, n 33*)

Le visite degli informatori: saranno regolamentate?

Le linee guida di regolamento regionale dell'informazione scientifica sul farmaco devono essere ratificate definitivamente nella Conferenza dei Presidenti delle regioni. Ciascuna regione poi deciderà come applicarle in casa propria. Le nuove regole, di cui si conosce il testo della proposta, prevedono una "schedatura" degli informatori, con tutti i loro dati (comprese l'azienda di appartenenza e l'area terapeutica promossa) in un tesserino di riconoscimento.

Al massimo dovrebbero essere concesse 3-5 visite per medico nel corso dell'anno, nessun ingresso in corsia e negli ambulatori, non più di 10 campioni gratuiti allo stesso medico, gadget del valore massimo di 20 euro all'anno. Per i medici convenzionati le visite dovranno avvenire in orari concordati e resi noti al pubblico. Nelle strutture del SSN dovranno essere indicati i locali idonei per le visite degli informatori (sala medici, biblioteca di reparto, studio del medico), in orari concordati, e privilegiando gli "incontri collegiali" più che quelli "individuali" con gli operatori. I farmacisti non dovranno fornire alcuna indicazione sulle abitudini prescrittive dei medici. (*Il Sole 24 ORE Sanità, 19 aprile 2006*)

Conflitti di interesse

"In un Paese come l'Italia dove i conflitti di interesse sono all'ordine del giorno (dalla politica all'economia, fino al calcio) è passato quasi inosservato il recente invito del Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), rivolto ai medici, a prendere le distanze dallo "strapotere" delle industrie. Il terreno è spinoso e stra-

noto. Negli anni si sono moltiplicati i buoni propositi, conditi a volte di un po' di ipocrisia, culminati in codici deontologici, linee guida e regole etiche troppo spesso disattese. Resta dunque l'amaro in bocca a vedere il pesante silenzio che ha circondato il preciso documento del CNB, dove l'invito a mettersi una mano sulla coscienza non risparmia accuse pesanti ai dottori. Nel mirino c'è soprattutto la scelta deliberata di insabbiare i risultati negativi delle sperimentazioni, che, invece, secondo il CNB, dovrebbero essere pubblicate in modo da informare l'opinione pubblica. Non basta. I bioeticisti puntano il dito anche contro il diffuso "malcostume" di divulgare i risultati di una ricerca prima del vaglio della comunità scientifica. Per non parlare dell'informazione fornita ai medici, quasi mai "neutrale e completa" e spesso già "indirizzata". E delle pressioni dell'industria sulla "pratica medica".

(*Il Sole 24 ORE Sanità, 20-26 giugno 2006*)

Le nuove curve di crescita dell'OMS

Il 27 aprile scorso sono state presentate ufficialmente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le nuove curve di crescita per i bambini dalla nascita all'età di 5 anni. Le curve sono valide per la valutazione della crescita riguardo ai bambini del mondo. Le nuove curve di crescita confermano che i bambini nati in qualsiasi parte del mondo e che vengono nutriti adeguatamente hanno un potenziale di crescita simile sia per il peso che per l'altezza. L'influenza che la genetica e l'etnia hanno sulla crescita è inferiore rispetto a quella determinata dalla nutrizione e dall'ambiente in generale. Le nuove curve di crescita sono il risultato di uno studio intensivo iniziato dall'OMS nel 1997 con lo scopo di sviluppare standard internazionali più aggiornati e più rappresentativi per la valutazione della crescita fisica, dello stato nutrizionale e dello sviluppo motorio nei bambini da 0 a 5 anni. Le curve di crescita in uso finora, difatti, erano degli anni '70 e si basavano su campioni limitati e poco rappresentativi di bambini degli USA. Lo studio (*Multicentre Growth Reference Study - MGRS*) ha avuto le caratteristiche di un progetto

sulla salute

multicentrico, di comunità, e ha coinvolto più di 8000 bambini del Brasile, Ghana, India, Norvegia, Oman e USA. I bambini selezionati avevano tutti un ambiente ottimale per una crescita sana, ricevevano un'alimentazione adeguata per l'età, buone cure mediche, le madri non erano fumatrici. In particolare i bambini ricevevano latte materno, come raccomandato dalle linee guida internazionali per un ottimale nutrimento durante i primi anni di vita. Tutte le curve di crescita, compresi i percentili del Body Mass Index, sono scaricabili dal sito www.who.int/childgrowth, insieme al programma per l'installazione sul PC. Non ci resta che aggiornarle prontamente!

No comment

L'estate 2006, come del resto le precedenti, ha offerto ai pediatri italiani alcuni convegni "soleggiati". Per imparare a gestire il bambino e l'adolescente a creare dei percorsi decisionali, la Tunisia è stato uno scenario ideale per società scientifiche e sindacati. Per la prevenzione, tra protocolli e linee guida, settembre è stato gettonato, come del resto lo scorso anno, il Villaggio Valtur di Baia di Conte (Alghero). Naturalmente si cominciava alle ore 16 (per garantire le attività ambulatoriali?) e i crediti erano garantiti.

Grave incidente in un trial in fase 1

Un trial in fase 1 ha dato molti problemi ai partecipanti. Sei volontari nel marzo scorso hanno ricevuto un farmaco immunomodulatore (TGN1412) antagonista dei CD 28 per una sperimentazione per l'appunto in fase 1, regolarmente autorizzata dall'Agenzia Regolatoria inglese (MHRA) e da un comitato etico. Il farmaco ha come indicazione il trattamento della leucemia, dell'artrite reumatoide, della sclerosi multipla. Entro poche ore tutte le persone trattate sono state ricoverate in una Terapia Intensiva per una reazione infiammatoria e una insufficienza multiorgano. Il farmaco si era dimostrato innocuo nelle prove precliniche e sugli animali (conigli e scimmie) a dosi 500 volte superiori a quelle usate nel gruppo trattato. L'effetto secondario è stato attribuito a una drammatica "cytokine-relea-

se-sindrome". L'Academy of Medical Sciences ha rilevato che dovrebbe essere pratica usuale somministrare la prima dose in un volontario fra i volontari e non a tutti i volontari. Il grave problema pone comunque il problema di ritornare a discutere la necessità di cambiare i processi regolatori dei trial in fase 1. (*Lancet* 2006;367:1214)

Per limitare gli esami inutili

Una sperimentazione è stata condotta in Scozia nel tentativo di limitare gli esami inutili nelle Primary Care Practice. Sono stati elaborati messaggi che descrivevano l'inutilità di certi esami (in complesso 6, fra cui ferritina, IgE, sierologia per *Helicobacter pylori*) per l'accertamento di certe condizioni.

Per esempio per le IgE totali un messaggio breve che veniva allegato al risultato dell'esame era: "*Le IgE sono inutili per un accertamento generico di allergia. Un accertamento specifico per un allergene in causa deve essere guidato dall'anamnesi*". Un messaggio educativo più ampio veniva inviato come reminder: "*Un titolo alto di IgE si trova nel 40% della popolazione generale, ma si presume abbia qualche significato solo nel 20% dei positivi. Vi è cioè un alto tasso di falsi positivi. Come metodologia generale di screening è inutile. Come indicazione per la ricerca di allergia nel singolo paziente la richiesta deve partire dall'anamnesi. La ricerca delle IgE non sostituisce questa ricerca anamnestica. La valutazione di qualsiasi risultato richiede attente considerazioni nel contesto del problema clinico*". Le Primary Care Practice che hanno ricevuto il trattamento informativo hanno ridotto significativamente il numero degli esami rispetto ai controlli. (*Lancet* 2006; 367:1990)

Codice OMS-UNICEF sui sostituti del latte materno e Società scientifiche

Nel giugno scorso Sergio Conti Nibali ha rappresentato l'ACP a un incontro residenziale, tenutosi a Verona e organizzato

dall'UNICEF nell'ambito delle iniziative avviate da tempo per la promozione del BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative). Nell'incontro si è lavorato in particolare sulle strategie di applicazione del Codice di commercializzazione dei sostituti del latte materno dell'OMS-UNICEF. Nell'ambito del sottogruppo di lavoro della Consulta delle Società scientifiche che hanno aderito si è deciso di attivare delle iniziative per aumentare la consapevolezza degli iscritti sui contenuti del Codice. In particolare:

- ogni Società si deve impegnare a riferire al prossimo Congresso Nazionale in plenaria delle attività finora portate avanti dalla Consulta;
- sarà inviata una lettera ai Direttori delle scuole di medicina, ostetricia, scienze infermieristiche e delle scuole di specializzazione in pediatria e neonatologia per esortarli a inserire nei curriculum corsi sulla promozione dell'allattamento con specifiche sessioni sul Codice;
- sarà preparata una bozza di Codice di regolamentazione dei rapporti con le industrie, prendendo spunto da quanto già stabilito per gli eventi ECM, dal codice dell'ACP e da quello dell'IPA (International Pediatric Association);
- nelle riviste delle società sarà data un'adeguata informazione rispetto al Codice OMS-UNICEF.

AVVISO IMPORTANTE

A partire dal numero 1 del 2007, Quaderni acp sarà inviato esclusivamente agli iscritti all'Associazione. Non saranno, cioè, più inviate copie omaggio. L'Associazione ha però a disposizione un numero ridotto di copie che può riservare ai non iscritti: soprattutto ai nostri referee, ai collaboratori della rivista e dei gruppi locali e agli specializzandi in pediatria durante il periodo della specializzazione.

Quindi, gli amici che vogliono continuare a ricevere la rivista pur non essendo iscritti all'ACP, sono pregati di chiederlo indirizzando, quanto prima, una e-mail all'indirizzo redazionequaderni@tiscali.it. Nei limiti delle possibilità, si cercherà di soddisfare le loro richieste.

10 Stories the world should hear more about



La tragedia nascosta del Nepal: i bambini coinvolti nel conflitto

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 viene dal Nepal e riguarda i bambini.

Catturati dalla violenza che ha tormentato il Nepal per più di 10 anni, i bambini di questa Nazione sono diventati le vittime non viste di questa contesa. Questa situazione è stata esacerbata anche dalla povertà e dall'abuso.

La storia

Il Nepal è una nazione poverissima, nota per il turismo e per le sue altissime montagne, recentemente sotto le luci dei media per i drammatici eventi nelle strade della sua capitale: Kathmandu. Tuttavia, nonostante il recente conflitto tra ribelli maoisti e le forze governative abbia catturato l'attenzione dei media di tutto il mondo, la situazione dei bambini di questa Nazione è stata ignorata.

Come risultato di questo conflitto i diritti dei bambini sono violati e le loro vite vengono profondamente e quotidianamente devastate.

Un report dei *Bambini Lavoratori del Nepal* del 2005, citato dall'UNICEF, stima che circa 40.000 bambini sono stati perseguitati durante le sommosse maoiste. Alcuni di loro sono stati reclutati nelle forze militari maoiste. Conseguenza di tutto ciò è stata una notevole sofferenza dell'istruzione dovuta a chiusure forzate delle scuole durante gli scioperi e le sommosse; in alcune aree del Paese gli anni di scuola sono stati dimezzati. Molti educatori sono stati minacciati, assaliti e anche assassinati. Le scuole nelle zone di conflitti sono state utilizzate per riunioni politiche e per sessioni di indottrinamenti forzati; spesso sono state attaccate e

bombardate, e alcune sono state trasformate in baracche; altre scuole e aree gioco sono state minate.

In risposta a tali eventi l'UNICEF e i suoi partner hanno esortato tutti i partiti in Nepal a far sì che le scuole diventino zone politicamente neutre, libere da armi ed esplosivi, dove i bambini non siano soggetti a indottrinamenti, sequestri, molestie come soggetti politici, o addirittura minacciati di imprigionamento.

Il contesto

Oggi il Nepal è prossimo alla fine della decennale insurrezione del Partito Comunista del Nepal (maoista) e quindi vicino a un processo di pace duratura. Verso la fine di aprile 2006, dopo circa tre settimane di uno sciopero generale e di proteste per le strade del Paese contro le direttive del regime monarchico, il re Gyanendra ha rinunciato ai poteri esecutivi dello stato che aveva assunto nel febbraio 2005, ha ripristinato l'ultimo Parlamento e consentito la formazione di un governo costituito da partiti del Parlamento.

Le pietre miliari a favore di un processo di pace saranno il cessate il fuoco reciproco, le negoziazioni tra governo e maoisti e le elezioni di un'assemblea costituente per decidere la futura forma di governo.

Negli ultimi dieci anni di ribellioni maoiste armate circa 13.000 civili sono morti in regioni remote e in aree rurali del Paese.

L'86% della popolazione del Nepal vive con meno di 2 dollari al giorno.

La mortalità infantile, anche se in riduzione nell'ultimo decennio, continua a essere alta, circa 59 per 1000 sotto l'anno di età.

500.000 bambini non frequentano le scuole.

In base ai dati forniti dalle missioni ONU per i diritti umani che monitorano il Nepal, continua da parte delle forze maoiste, nonostante le leggi vigenti, l'uso dei bambini nelle forze armate dell'esercito di Liberazione, nonostante il diniego dei maoisti sul reclutamento dei minori.

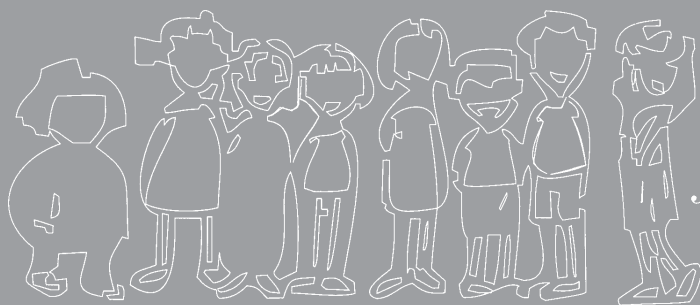
Mentre i bambini vengono sistematicamente torturati e arrestati perché ritenuti collegati al partito comunista del Nepal (maoista), molti ragazzi vengono detenuti dalle autorità dello Stato in base alle leggi contro il terrorismo. Nel frattempo trapelano notizie riguardanti l'uso dei bambini come spie o informatori per l'esercito reale nepalese.

Per altre informazioni: United Nations Children's Fund (UNICEF): Susan Aitkin, UNICEF Nepal, tel. + 977 1 552 3200, e-mail: saitkin@unicef.org. Office of the UN High Commissioner for Human Rights e (OHCHR): Kieran Dwyer, OHCHR Nepal, tel +977 1 428 0164, e-mail: Kieran.dwyer@ohchr.org. Office for the Coordination of Humanitarian Assistance (OCHA): Macarena Aguilar, OCHA Nepal, Tel +977 1 554 8553, E-mail: aguilarm@un.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 in ambulatorio pediatrico

Francesco Ciotti*, Furio Lambruschi*, Michele Gangemi**, Patrizia Elli**, Mara Asciano***, Roberto Barone***, Rita Casalboni***, Mila Degli Angeli***, Paolo Faberi***, Barbara Poggioli***, Antonella Stazzoni***, Roberto Vallicelli***

*Formatori UO di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia, Riabilitazione dell'Età Evolutiva, AUSL Cesena; **Formatori esterni; ***Pediatri

Abstract

A training experience in counselling in paediatric ambulatory care facilities

This is the second paper regarding a training course in systemic counselling in Cesena (Italy) in 2004 (see Quaderni acp 2006;4:166). The course's intermediate phase, during which every training part has been structured in two moduli, is described. In the first part, the Calgary-Cambridge Observation Guide, a plan used to identify and evaluate individual skills of the consultation, has been used by paediatricians during ambulatory video recorded visits. In the second part, attention has been focused on the emotional aspects (thoughts, images, feelings and meanings) observed in the paediatrician-patient interaction. Through a simulation of the paediatricians' critically emotional situations during office visits, the emotional dynamics have been analysed. With both a shared observation and a confrontation among paediatricians a behaviour strongly influenced by the paediatrician's consolidated and apparently objective knowledge and his own personal experiences related to the problems analysed, emerged. A shared empathy, often sacrificed by a more "medical" and conceptual "step-plan" approach, has been considered of crucial importance.

Quaderni acp 2006; 13(5): 218-221

Key words Counselling. Ability. Emotions. Evaluation

L'articolo, secondo di una serie riguardante caratteristiche e ricadute del corso di formazione al counselling sistemico svoltosi a Cesena nel 2004 (vedi Quaderni acp 2006;4:166), ne descrive la tappa intermedia, dove ogni incontro formativo è stato strutturato in due moduli. Nel primo, i pediatri partecipanti hanno utilizzato in modo sistematico la Calgary-Cambridge Observation Guide, modello di conduzione del colloquio in ambito medico, come strumento di monitoraggio e valutazione delle proprie abilità di counselling in sedute ambulatoriali videoregistrate nei rispettivi ambulatori. Nella seconda parte degli incontri l'attenzione è stata spostata sugli aspetti emotivi (pensieri, immagini, sentimenti, significati) osservati in ciascun pediatra nell'interazione con il paziente. Le dinamiche emotive sono state analizzate attraverso simulazioni di situazioni emotivamente critiche vissute dal medico durante la seduta ambulatoriale. Attraverso l'osservazione condivisa e il confronto fra pediatri partecipanti al corso e formatori, è emerso un comportamento del pediatra in generale fortemente influenzato, durante la consultazione, da proprie conoscenze consolidate e apparentemente oggettive, e da esperienze personali relative al problema in esame in quel momento. Cruciale è risultato inoltre l'aspetto della condivisione empatica, spesso sacrificata all'osservanza di una "scaletta" concettuale e molto "medica".

Parole chiave Counselling. Abilità. Emozioni. Valutazione

Il corso di formazione al counselling

Alla conclusione del corso di formazione sul counselling tenuto da Michele Gangemi e da Patrizia Elli (vedi Quaderni acp 2006;4:166), ai 24 pediatri partecipanti è stato proposto di proseguire l'iter formativo con un corso specificatamente indirizzato all'analisi della relazione pediatra-famiglia-bambino, articolato in

10 incontri mensili, da maggio 2004 a maggio 2005, e focalizzato in particolare sull'analisi di situazioni di visita pediatrica a bambini di età inferiore ai 6 anni. Alla proposta hanno aderito 7 pediatri di famiglia, e un pediatra di comunità. Gli incontri, ciascuno dei quali della durata di 3 ore, sono stati tutti videoregistrati. Nel primo, preparatorio, si sono condivi-

si finalità, metodi e strumenti; in quello conclusivo sono state raccolte le valutazioni e le riflessioni del gruppo sull'esperienza. Negli altri 8 incontri, ciascuno degli 8 pediatri, a turno (uno per incontro), ha portato in supervisione una propria seduta ambulatoriale videoregistrata o, più raramente, audioregistrata. Gli obiettivi del corso in questione erano infatti direttamente connessi al corso precedente di introduzione alla tecnica del counselling, con la finalità principale di rendere il pediatra ambulatoriale più consapevole e competente nell'ascoltare i problemi genitore-bambino, e più capace di offrire risposte analogiche e verbali più adattive e soddisfacenti.

Ogni giornata di formazione è stata strutturata in due moduli di lavoro, ognuno della durata di 90 minuti. Nella prima parte, il pediatra direttamente coinvolto in quell'incontro presentava il caso in circa 10 minuti attraverso una scheda sintetica; nei successivi venti minuti veniva visionata insieme la sua seduta ambulatoriale videoregistrata; al termine della osservazione ciascun partecipante compilava la scheda Calgary-Cambridge (uno strumento atto a monitorare le proprie abilità di counselling). Dopo la discussione e il confronto sulle considerazioni raccolte grazie alla scheda, i formatori proponevano una loro restituzione finale sui commenti ascoltati.

Nella seconda parte della giornata, della durata di altri 90 minuti, si svolgeva una simulata su un passaggio emotivamente critico vissuto dal pediatra durante quella stessa seduta ambulatoriale, seguendo la tecnica cognitiva della scheda A-B-C (A. *Antecedents*: situazione stimolo attivante; B. *Beliefs*: pensieri, immagini convinzioni, significati, interpretazioni del pediatra; C. *Consequences*: conseguenze, reazioni comportamentali ed emotive del pediatra). La simulazione metteva poi in gioco con questa tecnica

Per corrispondenza:
 Francesco Ciotti
 e-mail: fciotti@auls-cesena.emr.it

esperienze

anche altri colleghi del gruppo in formazione; anche in questo caso alla fine i formatori proponevano una loro restituzione finale sulle dinamiche emotive osservate.

Primo modulo: le abilità cognitive al counselling

Il pediatra presenta sinteticamente il caso in esame attraverso una scheda semplice e sintetica (*tabella 1*): nome e cognome del minore, età, residenza, scuola frequentata, composizione familiare con la professione dei genitori, eventuali patologie croniche, ricoveri ospedalieri e consulenze nel Servizio di Neuropsichiatria infantile, frequenza delle richieste di consulenza telefonica e/o di visita pediatrica. Nella scheda viene infine richiesto di indicare chi è la persona che di solito accompagna il bambino in ambulatorio e il motivo dell'accesso in quella seduta ambulatoriale.

Dopo la visione della seduta videoregistrata portata dal pediatra di turno in quell'incontro, ognuno dei partecipanti passa a compilare la scheda Calgary-Cambridge (*tabella 2*). Questo strumento, utilizzato dai medici di base anglosassoni come guida all'intervento di counselling, abbastanza complesso e quindi da noi semplificato per quanto possibile rispetto alla sua stesura originale, può essere usato in due modi: come guida anticipatoria nella conduzione del colloquio e della consulenza al paziente; oppure a posteriori, in maniera retroattiva, analizzando il colloquio video o audioregistrato ed esaminando in quale misura durante la consultazione sono stati seguiti, più o meno fedelmente, gli elementi base indicati dalla scheda.

In medicina di base la guida prende in considerazione il rapporto tra medico e paziente adulto. In età evolutiva, in realtà, le relazioni in gioco sono almeno due, pediatra-genitore e pediatra-bambino, e questo rende l'analisi più complessa. Avendo preso in considerazione, nel nostro corso, l'età prescolare, ove il rapporto è per lo più mediato dal genitore, in tutti i casi esaminati l'osservazione e l'analisi si sono incentrate soprattutto sulla relazione tra il pediatra e la madre del bambino in visita. Gli items della scheda riguardano aspetti diversi della consultazione: inizio e strutturazione del colloquio, tecniche conversazionali usate per capire il problema in esame, esplorazione del mondo interno, attitudine empatica del medico, abilità utilizzate per informare, spiegare, negoziare e programmare, chiusura del colloquio. In particolare: – gli elementi base di apertura del colloquio fanno riferimento alle abilità relati-

TABELLA 1: SCHEDA SINTETICA DI PRESENTAZIONE DEL CASO

NOME E COGNOME DEL PEDIATRA _____			
Nome e cognome del bambino _____			
Luogo e data di nascita _____			
Residenza _____			
Eventuale asilo o scuola frequentata _____			
Composizione familiare			
	Nome	Età	Professione
Padre			
Madre			
Fratelli			
Altri/Note			
Utilizzo precedente dei servizi USL (es. PS, ospedale, NPI, Servizio sociale):			
Quali, a che età e per quale motivo _____			
Patologia cronica o ricorrente del bambino _____			
La famiglia fa richieste telefoniche e/o di visita al pediatra:			
Frequenti <input type="checkbox"/> Medie <input type="checkbox"/> Rare <input type="checkbox"/>			
Data della seduta _____			
Persone che accompagnano il bambino in ambulatorio _____			
Contesto:			
bilancio di salute <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> per appuntamento <input type="checkbox"/> urgenza <input type="checkbox"/>			
Problema principale proposto _____			

ve all'accoglienza e alla definizione, in accordo con la madre, di un'agenda della lista dei problemi da esaminare insieme in quella seduta;

– la strutturazione del colloquio nel suo complesso riguarda la capacità del pediatra di organizzarlo in sequenze logiche, con formule di transizione nel passaggio da un argomento all'altro e con l'utilizzo del riassunto al termine di ogni argomento, allo scopo di verificare la comprensione di ciò che la madre ha detto;

– le tecniche conversazionali di base si riferiscono alla formulazione di domande aperte in alcuni momenti del colloquio, alla capacità di ascolto attivo, alla chiarezza e alla comprensibilità delle domande e del linguaggio usato;

– l'esplorazione del mondo interno della madre, che è risultato il settore di più difficile applicazione e analisi, riguarda l'abilità del pediatra nel facilitare e incoraggiare l'espressione di sentimenti, emozioni e preoccupazioni della madre rispetto ai problemi del figlio;

– l'attitudine empatica del medico si riferisce al suo atteggiamento non giudicante, ma di attenzione e legittimazione dei

punti di vista della madre, di condivisione di pensieri e sentimenti, di disponibilità anche in momenti apparentemente meno "dedicati" della consultazione (es. quando il pediatra deve scrivere o usare il computer);

– le abilità cognitive del medico si riferiscono alla chiarezza dei messaggi, al rispetto dei tempi, al corretto uso di materiale di supporto per veicolare le informazioni, alla capacità di fornire spiegazioni utili ed efficaci su eventuali indagini diagnostiche proposte o su prescrizioni terapeutiche necessarie, verificandone la comprensione da parte della madre e sollecitandone i commenti positivi o negativi, per arrivare a una proposta accettabile da entrambe le parti e praticabile da quella famiglia, in quel momento;

– nella chiusura del colloquio vanno considerati il riassunto delle decisioni prese, l'invito a mettere in atto le soluzioni individuate, la proposta di controlli successivi.

Il confronto in gruppo sulle schede compilate da ciascun pediatra rispetto all'os-

TABELLA 2: COLLOQUIO CON IL PAZIENTE (CALGARY-CAMBRIDGE MODIFICATA)

(Per "paziente" si intende: il bambino; l'interlocutore adulto privilegiato, solitamente la madre; altri adulti significativi eventualmente presenti al colloquio. Pertanto, ciascuno dei successivi elementi va riferito a ognuno di questi interlocutori).

INIZIO DEL COLLOQUIO

1. Accoglie con calore, dimostra interesse e rispetto. Fa in modo che sia comodo.
2. Esamina e conferma la *lista di problemi* del paziente e del medico: Esempio: "Quindi, mal di testa, febbre. C'è nient'altro di cui mi vuol parlare?", oppure "Oggi ci vediamo per il bilancio di salute, quindi...".
3. Concorda un'*agenda* tenendo conto del punto di vista di entrambi (medico e paziente).

STRUTTURAZIONE DEL COLLOQUIO

1. Al termine di un argomento, *riassume* per verificare la propria comprensione di ciò che il paziente ha detto e per accertarsi di non aver ommesso dati importanti.
2. Passa da un argomento all'altro usando *formule di transizione*. Aggiunge il *razionale* dell'argomento successivo.
3. Struttura il colloquio in *sequenze logiche*: a) divide il colloquio in sezioni contenute sviluppando una sequenza logica; b) esplicita le sequenze e gli steps; per es: "Ci sono tre cose importanti di cui vorrei discutere. Primo... ora faremo...".

ESPLORAZIONE DEI PROBLEMI (TECNICHE CONVERSAZIONALI DI BASE)

1. Incoraggia il paziente ad *esporre con le proprie parole il problema* dall'inizio sino a chiarire il motivo della consultazione.
2. Usa *domande aperte e chiuse*, procedendo dalle aperte alle chiuse.
3. *Ascolta* attentamente, permette al paziente di completare il proprio racconto senza interruzioni e permette al paziente di pensare prima di rispondere o proseguire.
4. *Facilita le risposte* del paziente sia verbalmente che non verbalmente (uso di incoraggiamenti, del silenzio, di parafrasi, ripetizioni, riformulazioni).
5. Usa *domande concise, facilmente comprensibili*. Evita i termini tecnici o li spiega adeguatamente.
6. Chiede *chiarimenti* o approfondimenti.
Esempio: "Può spiegare cosa intende per...?".

ESPLORAZIONE DEL MONDO INTERNO DEL PAZIENTE

1. Esplora le *idee* del paziente e le sue opinioni circa le cause.
2. Esplora le *preoccupazioni* (compresi le paure e gli effetti sugli stili di vita) legate al problema.
3. Incoraggia *l'espressione dei sentimenti e dei pensieri*.
4. Accoglie le *aspettative* del paziente circa ogni problema.
5. È attento alle espressioni *verbali, e non verbali*, del paziente come le posture, le espressioni del viso, il tono della voce ecc. (in particolare del bambino: vedi *griglia specifica ECNV*).

ATTITUDINE EMPATICA DEL MEDICO

1. Assume un *comportamento non verbale* appropriato (contatto visivo, postura, movimento, espressione del viso, tono della voce).
2. Se legge, prende appunti o usa il PC, lo fa in modo da *non interferire* con il dialogo e il rapporto.
3. *Legittima* il punto di vista del paziente, *non giudica*.
4. È in *empatia* con il paziente e lo sostiene. Per esempio: esprime interesse, comprensione, desiderio di fornire aiuto e valorizza gli sforzi del paziente per superare il problema e l'appropriatezza delle soluzioni provate.
5. Tratta con sensibilità gli *argomenti imbarazzanti* e il dolore fisico.
6. Assume un atteggiamento *confidenziale e rilassato*.

7. *Condivide con il paziente i propri pensieri* quando adatti a coinvolgerlo. Esempio: "Ciò che sto pensando ora è...".

INFORMARE

1. Dà informazioni in *quantità assimilabili*, ne verifica la comprensione, usa la risposta del paziente come guida per procedere.
2. Chiede al paziente quali *altre informazioni* possono essergli utili, per esempio riguardo all'eziologia e alla prognosi.
3. Evita di dare informazioni, avvertimenti o rassicurazioni *anzi tempo*.
4. Dà informazioni in modo *chiaro, ordinato*, evitando termini tecnici o spiegandoli.
5. Usa *strumenti visivi* per veicolare le informazioni: diagrammi, modelli, istruzioni scritte...

SPIEGARE

1. Offre un *parere* circa quello che sta succedendo e, se possibile, ne dà una definizione.
2. Chiarisce quale è il *razionale* del proprio parere.
3. Spiega la *causa, la serietà, l'esito atteso*, le conseguenze a breve e lungo termine.
4. Verifica la *comprensione da parte del paziente* di ciò che è stato detto.
5. Fornisce spiegazioni chiare sulle *indagini e procedure diagnosticoterapeutiche*, compreso ciò che il paziente proverà e come sarà informato dei risultati.
6. Correla le procedure al *piano terapeutico*: significato e aspettative.
7. Fornisce spiegazioni circa i trattamenti offerti: nome, effetti collaterali, vantaggi e svantaggi...
8. Sollecita *commenti da parte del paziente* sull'accettabilità, la fattibilità, le perplessità, le difficoltà; incoraggia domande e pensieri circa potenziali ansie o possibili esiti negativi.

NEGOZIARE E PROGRAMMARE

1. *Discute le opzioni*, cioè: indagini, terapia medica o chirurgica, nessuna terapia o cura, trattamenti non farmacologici (fisioterapia, ausili protesici...), misure preventive.
2. Valuta la *comprensione e l'accettabilità* del programma terapeutico.
3. Ottiene il *punto di vista del paziente* su ciò che ritiene necessario per procedere, indagando eventuali barriere. Incoraggia il paziente a contribuire con le proprie idee, suggerimenti, preferenze... Accetta e prende in considerazione, se necessario, punti di vista alternativi.
4. Tiene conto dello *stile di vita* del paziente, del suo *retroterra culturale*, della sua *rete di supporto sociale* e valuta la disponibilità di altri aiuti.
5. Incoraggia il paziente a *responsabilizzarsi* e ad avere fiducia in se stesso.
6. Coinvolge il paziente dando *suggerimenti più che prescrizioni*.
7. Negoziare un programma accettabile da entrambe le parti.
8. Offre *alternative*.
9. Verifica *l'accettazione* del programma da parte del paziente.
10. Incoraggia il paziente a *discutere ulteriori particolari*.
Esempio: "Ci sono domande che vorreste farmi o qualcosa che vi piacerebbe discutere ulteriormente?".

CHIUSURA DEL COLLOQUIO

1. *Riassume* brevemente.
2. Fissa con il paziente i *successivi passaggi e controlli*.
3. *Chiude* in modo sufficientemente sicuro e spiega *possibili esiti inaspettati*: cosa fare se il piano non funziona, quando e come cercare aiuto.

NOTE:

.....

.....

servazione della seduta videoregistrata oggetto dei singoli incontri ha messo in evidenza come la traccia proposta dalla Calgary-Cambridge Guide costituisca per il medico un mezzo efficace di riflessione e di analisi del proprio stile conversazionale. Inoltre, i suggerimenti e i comportamenti di ciascun pediatra risultano fortemente influenzati, oltre che da conoscenze consolidate e apparentemente oggettive, da esperienze e vissuti personali relativi a quel determinato problema portato in consultazione. Diversa è risultata in ciascun pediatra la valutazione soggettiva di sintomi di minore entità: nell'analisi, per esempio, di un caso di attacco notturno di laringospasmo, l'attitudine all'attivazione del ricovero e del pronto soccorso è risultata diversa a seconda delle esperienze soggettive di ciascuno.

Secondo modulo: le abilità emotive al counselling

La seconda parte di ciascuna giornata formativa, dedicata all'analisi e alla simulazione di una situazione emotivamente critica per il pediatra in ambulatorio, permette di spostare l'attenzione alla propria esperienza interna, e quindi a emozioni, pensieri, immagini, sentimenti, significati interiori, che attraversano la mente e sollecitano il vissuto emotivo del pediatra quando è in interazione col paziente. L'idea di fondo è che attraverso questo esercizio si possa tentare di accrescere nel pediatra stesso la conoscenza della propria esperienza interna, oltre a far circolare nel gruppo e condividere informazioni relative alla reazione emotiva provata in quella particolare situazione. Tutto ciò sulla base del presupposto costruttivista che, a fronte di una situazione data, non esiste una reazione giusta o sbagliata: ciascuno "costruisce" soggettivamente la situazione stessa sulla base del proprio sistema di significati personali, frutto della propria storia evolutiva e della propria precedente esperienza relazionale. Crescita, in tal senso, significa allora acquisizione di una maggiore consapevolezza dei significati personali connessi alle proprie reazioni in quella particolare situazione di visita, e acquisizione di una maggiore ricchezza e flessibilità nel proprio repertorio cognitivo ed emotivo, attraverso il confronto con gli altri.

Il metodo utilizzato fa riferimento alle modalità di auto-osservazione tipiche dell'approccio clinico cognitivista. Si chiede al pediatra di individuare all'interno della visita un momento, una situazione, un passaggio percepito come emo-

TABELLA 3: SCHEDA A-B-C (AUTO-OSSERVAZIONE DI UN MOMENTO EMOTIVAMENTE CRITICO DELLA VISITA PEDIATRICA)

Situazione	Comportamento problematico	I miei pensieri e immagini	Le mie reazioni
Dove eravamo, chi c'era in ambulatorio, in quale momento della visita	Che cosa hanno detto e fatto esattamente il bambino e il genitore	Quali pensieri ho avuto; che cosa mi sono detto; che cosa ho immaginato	Come mi sono sentito; quali sensazioni, emozioni ho avvertito; che cosa ho fatto; che cosa ho detto

tivamente critico, cercando di sintetizzarlo attraverso la scheda A-B-C (tabella 3) di tipo cognitivista: vi è una situazione esterna (prima colonna della scheda) durante un momento particolare della visita, in cui si determina (seconda colonna) il comportamento problematico del bambino e/o del genitore che ha messo in crisi il pediatra. Gli elementi raccolti relativi alle prime due colonne hanno dunque a che fare con la realtà esterna, che non è mai comunque "oggettiva", in quanto viene già in qualche modo selezionata dal pediatra come rilevante per sé; è una realtà che ha a che fare con il modo in cui usualmente egli percepisce e seleziona come pertinenti per sé i dati relazionali. Le due colonne successive riguardano invece più strettamente il pediatra e la sua esperienza interiore in quel momento: quali sono stati i suoi pensieri, che cosa diceva a se stesso, quale era il suo dialogo interno, quali autoistruzioni si dava, quali scenari si immaginava; e infine quali sue reazioni emotive e comportamentali ne conseguivano. Un elemento importante di osservazione e di analisi nella compilazione della scheda è rappresentato certamente dal livello di integrazione tra i due domini dell'esperienza interna: la tendenza a rappresentarsi la realtà e a elaborare l'informazione in termini primariamente cognitivi (dialogo interno, pensieri, regole razionali) o più squisitamente emotivi (dati corporei, immagini sensoriali, sensazioni), e il grado di connessione e di coerenza tra i due livelli.

A partire dunque dalla scheda compilata dal pediatra, si cerca di ricostruire insieme l'evento critico mettendolo, per così dire, in "moviola", ripercorrendolo "al rallentatore", allo scopo di calarsi il più vividamente possibile nell'evento stesso e riattivare nel modo più intenso le varie componenti della propria esperienza soggettiva. In un secondo momento, a turno, anche agli altri pediatri viene chiesto di occupare la sedia del pediatra in esame, di operare uno sforzo di immedesimazione, calandosi immaginariamente nella stessa situazione problematica ed esprimendo le proprie reazioni cognitive, emotive e

comportamentali. Alcune volte si rende necessario l'utilizzo di una "sedia" ulteriore, l'attivazione di un altro punto di vista ancora, che non è quello del pediatra in quella situazione, ma quello della madre o addirittura del bambino: in tal modo si ipotizza e si drammatizza come la madre o il bambino avrebbero potuto sentire il pediatra in quel momento, quali pensieri o emozioni sarebbero stati suscitati in loro, arricchendo così la complessità dell'esperienza attraverso l'identificazione con un terzo.

In tali situazioni emotivamente critiche è emersa, nei diversi incontri, l'insoddisfazione del pediatra rispetto a quanto da lui detto e fatto in quell'occasione, in particolare rispetto alla condivisione empatica del problema, spesso sacrificata all'osservanza di un ordine solo logico e concettuale, molto "medico" e spesso distanziante rispetto a emozioni e sentimenti reciproci. Per valutare in qualche modo la ricaduta di un così grande lavoro su ciascuno dei partecipanti al percorso formativo, vista anche la scarsità delle ricerche in merito, insieme agli esperti formatori e ai discenti, si è anche deciso di dotarsi di alcuni strumenti di valutazione di efficacia del corso: essi vanno riferiti sia alla soddisfazione soggettiva percepita da parte dei pediatri, sia a indicatori oggettivi esterni ottenuti da una ricerca comparata campione-controllo e da una ricerca longitudinale prima-dopo su uno dei pediatri partecipanti.

Il terzo e ultimo articolo di illustrazione del corso sarà dedicato alla presentazione dei risultati di questa valutazione. ♦

Nessun conflitto di interessi a carico degli Autori. Lo studio è stato condotto senza utilizzare alcun finanziamento esterno utilizzando risorse interne ai servizi sanitari.

Bibliografia

- (1) Crupi I, Gangemi M. Dottore, mia figlia ha le coliche! Quaderni acp 2003;6:35.
- (2) Bert G, Quadrino S. Parole di medici, parole di pazienti. Il Pensiero Scientifico Editore, 2002.
- (3) Barry CA, et al. Patients unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000;320:1246-50.
- (4) Embracing patient partnership. *BMJ* suppl. n. 7212, 18 september 1999.
- (5) Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative? *BMJ* 1999;318:48-50.

Pediculosi recidivante del capo

C'è una terapia alternativa efficace e più sicura degli insetticidi tradizionali?

Laura Reali

Pediatra di famiglia, ACP Lazio, Roma

Abstract

Recurrent head lice infestation. Is alternative therapy efficacious and safer than traditional pediculicides?

Recurrent treatment of head lice infestation with traditional pediculicides may cause unpleasant side effects. In this scenario Chiara's mother asks her paediatrician for an alternative treatment, with same efficacy, but no side effects possibly.

In order to give an appropriate and evidence based answer the paediatrician searches medical literature. Secondary literature analysis reveals two systematic reviews, that are not exhaustive: classic pediculicides lice resistance is increasing, but there are no evidences of efficacy for alternative treatment. Then a search through PubMed finds ten trials, two of them appear pertinent and are so examined. Conclusions are possibly favourable to physical means like "Bug Busting", because without side effects, but more rigorous studies would be necessary to definitely assess if it is really as efficacious as classical pediculicides.

Quaderni acp 2006; 13(5): 222-224

Key words Head lice. Pediculicides. Alternative treatment

Il trattamento della pediculosi recidivante del capo con gli insetticidi tradizionali può provocare effetti collaterali indesiderati. In questo scenario la madre di Chiara chiede alla sua pediatra una terapia alternativa priva di effetti collaterali e altrettanto efficace. La pediatra cerca di fornire una risposta appropriata e basata su prove scientifiche analizzando dapprima la letteratura secondaria; le due revisioni sistematiche trovate non forniscono risposte esaurienti: evidenziano un aumento delle resistenze ai pediculicidi tradizionali, ma non ci sono prove di efficacia per trattamenti alternativi. La ricerca su PubMed rileva dieci studi, due dei quali pertinenti. Dal loro esame risulta che il metodo fisico del Bug Busting è privo di effetti collaterali, ma sarebbero necessari studi metodologicamente più rigorosi per stabilire se è effettivamente efficace come i pediculicidi tradizionali.

Parole chiave Pediculosi del capo. Pediculicidi. Trattamenti alternativi

Scenario clinico

Chiara, una bambina di 6 anni dai lunghi capelli biondi, ha di nuovo i pidocchi. La bambina ha già effettuato tre trattamenti nell'arco di due mesi (una volta con permetrina e due con malathion) ed è risultata esente da uova e da insetti al controllo effettuato dopo ogni trattamento prima del suo rientro a scuola. La mamma racconta che anche quest'ultimo episodio si è verificato pochi giorni dopo il rientro a scuola, con i soliti segni e sintomi (insetti vivi, uova e prurito). In questa occasione Chiara presenta un solo insetto vivo e alcune uova attaccate alla base dei capelli, dietro le orecchie e sulla nuca; il cuoio capelluto è arrossato e desquamato, e la bambina lamenta bruciore e prurito dopo l'applicazione dei prodotti contro i pidocchi. La

mamma è preoccupata per la possibile tossicità di queste sostanze e chiede se esistono terapie altrettanto efficaci, ma meno irritanti.

Background

La pediculosi del capo è un'infestazione frequente che colpisce i bambini ma interessa anche gli adulti (1). La diagnosi certa di infestazione in atto richiede il reperimento di insetti vivi e non di sole uova, perché le uova adese al capello a distanza superiore a un centimetro non possono essere nutrite e quindi non sono vitali (2-4). Inoltre maggiore è la distanza dal cuoio capelluto, minore è il calore di cui dispongono, e il calore è il fattore più importante per la loro schiusa (1). Il prurito è un sintomo tardivo, che spesso compare anche 3

mesi dopo l'inizio dell'infestazione. Gli studi sulla tossicità dei tradizionali insetticidi per pidocchi (pediculicidi) riportano effetti avversi per lo più locali e di modesta entità (prurito, bruciore, eritema, formicolii, congiuntivite), ma sono tutti piuttosto datati e basati su follow-up brevi (1). Per il malathion inoltre non sono state ancora accertate l'efficacia e la sicurezza in bambini di età inferiore a 6 anni (1). L'uso eccessivo e inappropriato di pediculicidi sembra comunque avere favorito un aumento della frequenza delle infestazioni e della resistenza di questi insetti (3). Il costo elevato della ricerca di nuovi prodotti e la preoccupazione per l'efficacia e la tossicità dei pediculicidi hanno portato alla promozione di trattamenti alternativi sia chimici (fitoterapici) che fisici (*Bug Busting* in *tabella 1*) (1-4). Una revisione sistematica della *Cochrane* sul trattamento della pediculosi sottolinea la necessità di determinare l'efficacia dei trattamenti alternativi rispetto ai pediculicidi tradizionali e raccomanda di effettuare nuovi studi in tal senso (1).

TABELLA 1: BUG BUSTING

Pettinare con apposito pettine di metallo a denti fitti i capelli del soggetto infestato, bagnati con abbondante balsamo, fino a che non vengono raccolti più insetti. L'operazione va ripetuta ogni 3-4 gg per 2 settimane, tempo massimo di schiusa delle lendini (3). Il Ministero della Salute inglese ha messo a punto un kit standard per questa metodica.

La domanda

Nei bambini con pediculosi recidivante del capo [POPOLAZIONE], il trattamento "alternativo" chimico/fisico [INTERVENTO], in confronto al trattamento con pediculicidi "tradizionali" (permetrina, malathion, piretrine) [CONFRONTO],

Per corrispondenza:

Laura Reali

e-mail: ellereali@libero.it

scenari

leggere e fare

riduce il numero di recidive di pediculosi, con minor numero di effetti avversi [OUTCOME]?

Strategia di ricerca

Ci si rivolge, in primis, alle fonti di studi secondari: su *Clinical Evidence*, usando il termine "Head lice", si trova un capitolo pertinente, che si rivela non utile al quesito ed è del 2002 (5). Si effettua quindi la ricerca di studi primari più recenti direttamente su *PubMed*. Usando la maschera "Clinical queries Search by Clinical study Category" per "Lice Infestations" [MeSH], si seleziona "Therapy", "Narrow, specific search" con LIMITS RCT, All child, 5 years, Humans. Si trovano così dieci lavori, due dei quali pertinenti (tabella 2). Ulteriori stringhe di ricerca, usando gli stessi limiti, con i termini MeSH "Lice Infestations", "Recurrence", "Therapy/Drug Therapy", "Resistance/Insecticide Resistance" collegati con l'operatore booleano AND non producono risultati rilevanti. (Data della ricerca: gennaio 2006).

Risultati

Il capitolo di *Clinical Evidence* sulla terapia della pediculosi dà i seguenti messaggi chiave:

- trattamenti probabilmente efficaci: malathion, permetrina;
- trattamenti di efficacia non conosciuta: fenotrina, piretro, lindano, combinazioni di insetticidi, rimozione meccanica di insetti o uova con la pettinatura, erbe/oli essenziali. Tali affermazioni sono un tentativo di sintesi di due revisioni sistematiche non esattamente sovrapponibili. La revisione sistematica di Vander Stichele pubblicata nel 1995 conclude che la permetrina è efficace, il malathion e il carbarile (non in commercio in Italia), se pur meno costosi, hanno bisogno di prove di efficacia più robuste, lindano e piretrine naturali non risultano sufficientemente efficaci per giustificarne il loro uso (6). Alcuni Autori però evidenziano lo scarso rigore della qualità metodologica degli studi inclusi e criticano queste conclusioni (7). L'altra revisione sistematica, pubblicata nel 2001 sulla *Cochrane Library*, con successivo update del 2006 (1), conclude che permetrina, piretrine sinergizzate e malathion sono efficaci per il trattamento della pediculosi del capo. Tuttavia la progressiva emergenza di resistenze, durante la realizzazione di questi studi, non consente di fornire prove di efficacia comparativa per i prodotti testati. La scelta migliore dipende attualmente dai pattern

locali di resistenza. Dai trials finora realizzati non c'è evidenza di efficacia per i metodi alternativi (*Bug Busting* chimici), ma va sottolineato che questa conclusione si basa sull'unico studio che paragona pediculicidi e metodi fisici (malathion vs *Bug Busting*) dei 4 inclusi in questa revisione (su 71 esaminati) (1).

I due RCT che confrontano pediculicidi tradizionali e prodotti alternativi, selezionati nella ricerca su *PubMed*, sono stati pubblicati successivamente alla revisione *Cochrane* (tabella 2).

Lo studio di Plastow confronta fenotrina e *Bug Busting*: dopo 14 gg di trattamento il 53% (8/15) dei trattati con *Bug Busting* è senza pidocchi, contro il 13% (2/15) dei trattati con fenotrina (10). Gli Autori calcolano un NNT di 2,5 (IC 95% 1,51-16,75).

Lo studio di Hill confronta malathion e permetrina con il *Bug Busting* (10).

A fine trattamento il 57% dei trattati con *Bug Busting* non presenta pidocchi, contro il 13% dei pazienti trattati con i due farmaci analizzati in un unico gruppo (RR 4,4; IC 95% 2,3-8,0). L'NNT calcolato dagli Autori con l'analisi secondo protocollo, cioè considerando solo i pazienti che concludono lo studio, è di 2,26 (IC 95% 1,7-3,4). Utilizzando i dati forniti dagli Autori

TABELLA 2: RCT CHE CONFRONTANO PEDICULICIDI TRADIZIONALI CON TRATTAMENTI ALTERNATIVI FISICI/CHIMICI

Autori/Setting	Pazienti-intervento	Outcome	Risultati
Plastow, (8) 2001 Gran Bretagna due ambulatori semi-rurali vicini	30 bambini da 4 a 16 anni, affetti da pediculosi del capo, randomizzati in 2 gruppi: (a) fenotrina = 15 (b) <i>Bug Busting</i> = 15 - fenotrina applicata 2 volte a 7 gg. di distanza - <i>Bug Busting</i> 4 volte in 10 gg. Diagnosi di infestazione e controllo della eradicazione effettuati dalle infermiere appositamente formate. Intervento effettuato dai genitori (sotto il controllo di infermiere)	Numero di insetti vivi e ninfe a 14 giorni	Eradicazione totale a 14 gg: (a) fenotrina 2/15 (13%) (b) <i>Bug Busting</i> 8/15 (53%) p = 0,052 NNT = 2,5 (IC 95% 2,19-2,81)
Hill, (9) 2005 Gran Bretagna Ambulatori di sei Contee	133 bambini da 2 a 15 anni, affetti da pediculosi del capo, randomizzati in 3 gruppi: (a) <i>Bug Busting</i> = 62 (56 hanno completato lo studio, 1 escluso e 5 persi al follow-up) (b) permetrina = 40 (c) malathion = 30 Pediculicidi in unica applicazione <i>Bug Busting</i> (con un nuovo kit di pettini a denti fitti) Diagnosi di infestazione e intervento effettuati dai familiari Controllo della eradicazione dal medico Durata intervento: 5 gg pediculicidi 15 gg <i>Bug Busting</i>	Presenza di insetti vivi a fine trattamento (5 gg per pediculicidi, 15 per <i>Bug Busting</i>)	Eradicazione totale a fine trattamento: (a) <i>Bug Busting</i> = 32/56(57%) (b) permetrina = 4/40(10%) (c) malathion = 5/30(17%) <i>Bug Busting</i> 57% vs permetrina + malathion 13% RR = 4,4 (IC 95% 2,3-8,5) NNT <i>Bug Busting</i> vs malathion + permetrina = 2,26 (IC 95% 1,7-3,4)

e rifacendo l'analisi per Intention To Treat (ITT), considerando tutti i pazienti randomizzati, si calcola un NNT =3 (IC 95% 2-4). La ricerca effettuata seleziona anche un altro articolo (11). Si tratta di un Randomized Controlled Equivalence Trial (si veda la nota 12) che confronta non un trattamento farmacologico con uno alternativo, come richiesto nella domanda che è stata posta (PICO), bensì due trattamenti farmacologici, uno dei quali, la lozione di dimeticone, che secondo gli Autori risulta equivalente per efficacia e con minori reazioni irritanti, non è in commercio in Italia. Pertanto questo studio non è pertinente al quesito e il trattamento proposto non può essere preso in considerazione.

Commento

Nello studio di Plastow i controlli effettuati dalle infermiere, 3 volte nel gruppo *Bug Busting* e soltanto 2 nel gruppo fenotrina, pettinando i bambini a capelli asciutti, prevedono la rimozione di tutti gli insetti e le uova rilevate (8). Questa differenza nei due gruppi potrebbe favorire l'efficacia finale del trattamento con *Bug Busting*, perché la rimozione di insetti e uova, anche se solo per controllo dell'efficacia del trattamento, contribuisce a ridurre l'infestazione (1). Si tratta inoltre di uno studio pilota, su pochi bambini, svolto in un setting specifico e ristretto. Tutto questo sembra poco ripetibile nella realtà. Nello studio di Hill l'efficacia del *Bug Busting* (57%) non è molto elevata, ma lo sono ancor meno permetrina (10%) e malathion (17%) (9). I risultati sull'efficacia di questi farmaci sono inferiori rispetto a tutti gli altri trial, svolti nel Regno Unito, e gli stessi Autori commentano i loro risultati con la considerazione che nel loro protocollo i pediculicidi vengono somministrati una sola volta e non due (come si prescrive in Italia), essendo questa modalità non più autorizzata. Gli NNT di questi due articoli sembrano indicare che il sistema fisico del *Bug Busting* potrebbe rappresentare un'alternativa terapeutica accettabile per il trattamento dei pidocchi, soprattutto se si considerano i livelli attuali di resistenze ai pediculicidi tradizionali (11). Inoltre poiché in nessuno dei due studi sono stati rilevati effetti avversi da *Bug Busting*, questa potrebbe essere anche un'alternativa sicura. Lo studio di Plastow giustifica i migliori risultati ottenuti con l'esperienza delle

Key messages

- Un trattamento con pediculicida andrebbe intrapreso solo al reperimento di insetti vivi e di uova adese a meno di 1 cm dalla base del capello.
- Non si dovrebbe fare profilassi con pediculicidi per le resistenze in netto aumento nei nostri paesi e per la possibile tossicità.
- I metodi fisici (*Bug Busting*) sono privi di effetti avversi e potrebbero avere percentuali di efficacia comparabili o addirittura superiori a quelle dei pediculicidi tradizionali, specie se realizzati da persone esperte, ma sono necessari studi metodologicamente più rigorosi, per determinare la loro effettiva efficacia.

infermiere utilizzate per realizzare il *Bug Busting* (8). Lo studio di Hill spiega i migliori risultati con i nuovi pettini del *Bug Buster kit*, fornito dal governo inglese, e giustifica l'unica applicazione di malathion e permetrina col fatto che in Gran Bretagna la licenza del produttore prevede per questi prodotti un'unica applicazione, anche se gli Autori riconoscono che questo può ridurre l'efficacia (9). Tutta questa disparità non consente di fidarsi completamente della maggiore efficacia rilevata per il *Bug Busting* in questi studi.

Conclusioni

Il trattamento fisico (*Bug Busting*) in mani esperte potrebbe essere efficace quanto i pediculicidi tradizionali e senza avere effetti avversi, ma gli studi trovati a sostegno di questa ipotesi sono molto eterogenei e non sono molto rigorosi dal punto di vista metodologico. Potrò quindi dire alla mamma di Chiara che per limitare l'uso dei pediculicidi tradizionali, potenzialmente irritanti, il comportamento migliore potrebbe essere ispezionare regolarmente il capo della bambina, anche se non ha prurito, magari facendo *Bug Busting*. Questa pratica, più usata per la diagnosi di infestazione e di eradicazione, che non a scopo terapeutico, non dovrebbe irritare troppo la cute del capo, ed è possibile che abbia anche un effetto terapeutico accettabile, magari nel caso di infestazioni molto modeste. ♦

Nessun conflitto di interessi a carico dell'Autore. Lo studio è stato condotto senza utilizzare alcun finanziamento esterno utilizzando risposte dell'ACP.

Bibliografia

- (1) Dodd CS. Interventions for treating headlice. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Update in The Cochrane Library 2006, issue 1.
- (2) Frankowski BL, Weiner LB. Committee on School Health. AAP. Head lice. Pediatrics 2002; 110:638-43.

- (3) Downs AM, Stafford KA, Hunt LP, et al. Widespread insecticide resistance in head lice to the over the counter pediculicides in England and the emergence of Carbaryl resistance. Br J Dermatol 2002;146:88-93.
- (4) Takano-Lee M, Edman JD, Mullens BA, et al. Home Remedies to Control Head Lice: Assessment of Home Remedies to Control the Human Head Louse, *Pediculus humanus capitis* (Anoplura: Pediculidae). J Pediatr Nurs 2004;19:393-8.
- (5) Burgess I. Head Lice Clin Evid 2002;7:1508-12. Update in: Clin Evid 2004;2168-73.
- (6) Vander Stichele RH, Dezeure EM, Bogaert MG. Systematic review of clinical efficacy of topical treatments for head lice. BMJ 1995;311:604-8.
- (7) Burgess IF. Authors differ on assessment of flaws in trials. BMJ 1995;311:1369.
- (8) Plastow L, Luthra M, Powell R, et al. Head lice infestation: bug busting vs traditional treatment. J Clin Nurs. 2001;10:775-83.
- (9) Hill N, Moor G, Cameron MM, et al. Single blind, randomised, comparative study of the Bug Buster kit and over the counter pediculicide treatments against head lice in the United Kingdom. BMJ 2005;331:384-7.
- (10) Burgess IF, Brown CM, Lee PN. Treatment of head louse infestation with 4% dimeticone lotion: randomised controlled equivalence trial. BMJ 2005;330:1423.
- (11) Pearlman DL. A simple treatment for head lice: dry-on, suffocation-based pediculicide. Pediatrics 2004;114:e275-9.
- (12) In un RCT classico la finalità degli sperimentatori è di dimostrare una differenza tra due interventi (in pratica di respingere l'ipotesi nulla: non c'è differenza tra due interventi). Al contrario, in un trial di non inferiorità gli sperimentatori testano l'ipotesi che l'intervento sperimentale non è peggiore di quello di riferimento (standard, il migliore disponibile). È necessario che sia esplicitato l'intervallo (da - delta a 0) entro cui i valori estremi dell'outcome primario può variare per accettare la non inferiorità dell'intervento sperimentale vs quello standard di riferimento. Allo stesso modo, per i trial di equivalenza l'ipotesi è che i due interventi producano effetti simili (efficacia equivalente), esplicitando l'intervallo (da - delta a + delta) che si accetta come "variazione di efficacia equivalente". Solitamente l'intervallo è +/- del 20%. Gotzsche PC: Lessons from and cautions about non inferiority and equivalence randomized trials. JAMA, 2006;295,1172-74. Nel caso dello studio citato (11) gli Autori dichiarano "di volere trovare una equivalenza entro il 20% tra i due gruppi sulla base di un IC 95% e assumono che il *success rates* nei due gruppi sia del 77,5% basandosi sulle evidenze correnti" (ndr).

Vaccinare contro il papillomavirus: dove, quando, come

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Papillomavirus. Carcinoma cervice uterina. Vaccino anti HPV

Le conoscenze e le attese

La disponibilità di vaccini contro il virus del papilloma umano (HPV) è un'opportunità di grande interesse. Si tratta del primo vaccino per la prevenzione indiretta di un tumore, ma gli interrogativi collegati al suo utilizzo sono numerosi e complessi. Dalle conoscenze attuali risulta che il carcinoma della cervice uterina sia strettamente correlato all'infezione da HPV (1). Si conoscono più di 100 genotipi di papilloma umano e almeno 35 di questi infettano l'epitelio genitale. Esistono HPV a basso rischio, associati alla comparsa di condilomi acuminati, e HPV ad alto rischio ritenuti responsabili dello sviluppo di tumori. I tipi 16 e il 18, contro i quali è diretto il vaccino, corrispondono al 70% circa di tutti quelli riscontrati nei carcinomi cervicali (1-2). L'infezione è molto frequente nella popolazione e nella maggior parte dei casi (70-90%) decorre in modo asintomatico ed è transitoria (2). Se diventa persistente, si creano le condizioni per la sua evoluzione verso il carcinoma nel giro di 20 o 30 anni, in mancanza di diagnosi e trattamento (1). Il cancro della cervice uterina è il secondo tumore femminile a livello mondiale, dopo quello del seno. Dei 500.000 casi stimati ogni anno dall'OMS, l'80% si verifica nei Paesi poveri dove rappresenta la prima causa di morte delle donne. Negli USA vengono riferiti circa 10.000 casi all'anno con una letalità del 30%. In Italia risultano circa 3500 nuovi casi ogni anno (1998-2002), con un'incidenza di 10 su 100.000 donne e una letalità dello 0,8%, che appaiono entrambe in costante calo (2).

Le caratteristiche del vaccino

I vaccini contro i papillomavirus sono due: il *Gardasil* della Merck, autorizzato dall'FDA nel giugno u.s. e il *Cervarix* della GSK in via di autorizzazione. Il

primo è un tetravalente contro gli HPV 16, 18 (tipi ad alto rischio), 6 e 11 (a basso rischio) e il secondo è un bivalente contro i tipi 16 e 18. Entrambi richiedono la somministrazione di 3 dosi (rispettivamente 0, 1, 6 mesi e 0, 2, 6 mesi) e sono stati studiati a partire dall'età di 9 anni. A distanza di alcuni anni (3-4,5 anni) dalla vaccinazione, è stato riscontrato nelle vaccinate un calo importante dell'incidenza delle infezioni da HPV 16 e 18 e della loro cronicizzazione; l'efficacia protettiva dalle displasie provocate dagli stessi HPV, è risultata praticamente del 100% (3). Non si conosce ancora la durata della protezione né l'eventuale necessità di richiami. Il costo del *Gardasil* negli USA, è di 125 dollari a dose.

Dove

La prevenzione dei tumori della cervice attraverso i programmi di screening, nei Paesi a elevato benessere economico, ha determinato un calo importante delle morti correlate. Il problema rimane invece drammaticamente irrisolto nei Paesi poveri ma anche nelle fasce sociali più fragili delle società benestanti. Il potenziale vantaggio di questo vaccino dipenderà quindi dalla capacità e dalla volontà di proteggere i gruppi e le popolazioni più vulnerabili (4). Si riusciranno a ottenere prezzi differenziati per i Paesi poveri? Sarà possibile, come auspica l'OMS, trasferire in futuro le tecnologie ai produttori emergenti?

Quando

L'età più opportuna per la vaccinazione appare quella che precede l'inizio dei rapporti sessuali, ma le proposte sono diverse (9 o 11-12 anni). Per favorire coperture elevate, l'OMS prospetta di anticipare la vaccinazione all'età prescolare somministrandola insieme ad altre. Rimane controversa l'opportunità di vaccinare anche i maschi così come le giovani donne che facilmente hanno già contratto l'infezione. Sono necessari ulteriori studi per verificare l'efficacia delle varie ipotesi.

Come

L'introduzione della vaccinazione anti-HPV presenta diversi aspetti critici come

i criteri decisionali, l'individuazione del target, l'integrazione con altri programmi di prevenzione, la sorveglianza della possibile pressione selettiva, le problematiche connesse a una vaccinazione contro una malattia a trasmissione sessuale, rivolta alle bambine (1-2). I costi costituiscono però l'interrogativo più rilevante specie per i Paesi più poveri. Il problema del finanziamento è stato sollevato anche negli USA dopo l'annuncio dell'introduzione della vaccinazione (5). Inoltre si ripropone la questione non piccola del "governo" dell'informazione e della decisione di una strategia tanto complessa.

E in Italia? Ci auguriamo che venga richiesta per tempo una valutazione di impatto alle Agenzie nazionali (ISS) e che tutte le Regioni e gli operatori sanitari tengano conto del loro parere. Speriamo di non assistere, ancora una volta, a una promozione incontrollata attraverso i mezzi di comunicazione che vanificherebbe qualsiasi sforzo per una valutazione seria e serena.

Conclusioni

L'anti-HPV è fuori di dubbio un vaccino di grande interesse, ma il suo utilizzo solleva una serie di quesiti di non facile soluzione e ripropone in modo stridente la disuguaglianza del diritto alla salute tra le varie aree del mondo e nei Paesi a elevato benessere economico che non garantiscono a tutti l'assistenza sanitaria. ♦

Bibliografia

- (1) WHO. WHO consultation on human papillomavirus vaccines. WER 2005;35:299-302.
- (2) Fila A, Verteramo R, Donati S et al. HPV e carcinoma della cervice. Epicentro, focus 2006 <http://www.epicentro.iss.it/focus/hpv/hpv.asp>.
- (3) Harper DM, Franco EL, Wheter CM et al. Sustained efficacy up to 4.5 years of bivalent L1 virus-like particle against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised trial. Lancet 2006; 367:1247-55.
- (4) Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. New Engl J Med 2005; 353:2101-4.
- (5) Fox M. Girls should get cervical cancer vaccine, panel says. Reuters Health information. 26.6.2006 <http://www.reutershealth.com/archives/2006/06/29/eline/links/20060629elin010.html>

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

Bambini e farmaci

Centro Informazioni sul Farmaco e la Salute, 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.

UE: approvato il nuovo regolamento sui medicinali pediatrici

Il 1° giugno scorso il Parlamento europeo ha definitivamente approvato il nuovo regolamento sullo sviluppo di medicinali per uso pediatrico, che entrerà in vigore dal 1° gennaio 2007. Il provvedimento, giunto al termine di un iter legislativo durato quattro anni, si propone di incentivare la sperimentazione e la produzione di farmaci per uso pediatrico e riguarda sia i medicinali in sviluppo e non ancora commercializzati che quelli già autorizzati, coperti e non coperti da brevetto.

Tra gli aspetti principali del regolamento, vi è la necessità da parte delle industrie farmaceutiche di presentare un piano di sperimentazione pediatrica che indichi il calendario e gli studi pianificati per valutare qualità, sicurezza ed efficacia del medicinale in tutte le popolazioni pediatriche interessate.

Sarà, inoltre, possibile depositare una domanda di autorizzazione all'immissione in commercio per uso pediatrico. In seno all'agenzia europea per i medicinali (EMA) dovrà essere costituito un comitato pediatrico che, almeno nelle intenzioni del legislatore, dovrà essere indipendente: i membri non dovranno avere conflitti di interesse. Uno dei compiti del Comitato sarà quello di valutare le necessità terapeutiche e di stilare una lista delle priorità nell'ambito della ricerca.

Per stimolare le industrie a investire maggiormente nella ricerca di farmaci a uso pediatrico è prevista la proroga di sei mesi del certificato protettivo complementare.

(http://www.europarl.europa.eu/news/expert/infopress_page/066-8627-152-06-22-911-20060530IPR08575-01-06-2006-2006-true/default_en.htm)

EMA: ok a fluoxetina per la depressione pediatrica

L'EMA ha espresso un parere positivo sull'impiego della fluoxetina per i bambini di età superiore ai 7 anni per il trattamento della depressione moderata-severa non responsiva alla psicoterapia. Il Comitato scientifico (CHMP) dell'agenzia ha concluso che i benefici associati all'impiego di fluoxetina superano i potenziali rischi, ma ritiene che la Eli

Lilly, proprietaria dell'autorizzazione all'immissione in commercio, debba condurre ulteriori studi per definire in maniera più approfondita il profilo di sicurezza del farmaco, in particolare per quanto riguarda gli effetti sullo sviluppo neurocomportamentale a lungo termine e sullo sviluppo sessuale.

A questo proposito, i ricercatori di alcuni istituti italiani (Istituto "Mario Negri", Milano; Istituto Superiore di Sanità; Clinica di Neuropsichiatria Infantile dell'Università di Cagliari; IRCCS Stella Maris di Pisa) hanno sottolineato la necessità che la diagnosi sia effettuata da operatori della salute mentale nell'età evolutiva e che l'eventuale terapia farmacologica sia inserita in un programma di trattamento che preveda interventi di supporto. Per il monitoraggio terapeutico e di cura dovrebbe essere creato un apposito Registro Nazionale. Negli Stati Uniti la *Food and Drug Administration* (FDA) aveva autorizzato nel 2003 l'uso della fluoxetina per il trattamento della depressione nei bambini con età maggiore di 6 anni.

(<http://www.emea.eu.int/pdfs/human/press/pr/20255406en.pdf>. Comunicato stampa: <http://www.marionegri.it/1150285829.d2.asp>)

Telitromicina: sospesi gli studi pediatrici

Sanofi-Aventis ha sospeso, l'8 giugno scorso, l'arruolamento negli studi clinici pediatrici riguardanti l'antibiotico *Ketek*[®] (telitromicina) a causa dei possibili gravi effetti indesiderati a livello epatico e di altre reazioni avverse, tra cui la visione offuscata.

La telitromicina è un nuovo antibiotico appartenente alla classe dei ketolidi; in Europa è stato registrato con procedura centralizzata per il trattamento delle infezioni respiratorie (polmonite contratta in comunità, bronchite, sinusite); nei bambini > 12 anni ha come sola indicazione il trattamento della tonsillite/faringite da streptococco beta-emolitico di gruppo A in alternativa ai beta-lattamici quando non indicati.

Gli studi pediatrici in corso al momento dell'interruzione erano 4, riguardavano l'efficacia nel trattamento della tonsillite e dell'otite e avrebbero dovuto arruolare un totale di 3920 bambini tra i 6 mesi e i 13 anni.

Secondo l'industria produttrice la decisione di sospendere i trial è stata autonoma, non dovuta alla comparsa di effetti avversi gravi e non era stata richiesta dalla *Food and Drug*

Administration. Tuttavia, lo stesso giorno della decisione della Sanofi-Aventis il *New York Times* aveva pubblicato la notizia che un funzionario della FDA aveva sollecitato la sospensione degli studi considerando i 12 casi di insufficienza epatica, di cui 4 mortali, segnalati negli adulti. Nello scorso gennaio anche l'EMA aveva valutato la sicurezza d'impiego del *Ketek*[®] chiedendo all'azienda produttrice di rafforzare negli stampati le avvertenze riguardanti gli effetti indesiderati epatici.

Le controversie sugli studi clinici pediatrici non riguardano solo la pericolosità del farmaco (il rischio di tossicità epatica appare 4 volte superiore rispetto ad altri antibiotici), ma il fatto che le sperimentazioni avevano lo scopo di valutare l'efficacia dell'antibiotico nell'otite e nella tonsillite, patologie per le quali non si avverte la necessità di nuovi farmaci e in cui, spesso, la terapia antibiotica non è necessaria. Citando un funzionario della FDA che ha sollevato il caso: "Come si può giustificare il bilanciare il rischio di danni fatali al fegato con il beneficio della riduzione di un giorno di dolore all'orecchio?"

(Harris G. Halt is urged for trials of antibiotic in children. The New York Times, 8 June 2006; <http://www.emea.eu.int/pdfs/human/press/pr/2938606en.pdf>)

L'impiego di antibiotici nel primo anno di vita è associato al rischio di asma?

Una metanalisi di 14 studi osservazionali retrospettivi e prospettici ha documentato un'associazione tra l'impiego di antibiotici nel primo anno di vita e il successivo sviluppo di asma.

L'Odds ratio è risultato di 2,05 (IC 95% 1,41-2,99). L'associazione con un aumentato rischio di asma è risultata statisticamente significativa aggregando i dati degli studi retrospettivi, non altrettanto per i dati degli studi prospettici.

La metanalisi non consente di stabilire se c'è un'associazione causale tra l'uso di antibiotici nel primo anno e l'asma; ma la segnalazione di un possibile rischio sottolinea ulteriormente la necessità di un impiego razionale degli antibiotici nei bambini, in particolare quelli più piccoli.

(Marra F, Lynd L, Coombes M, Richardson K, Legal M, Fitzgerald JM, Marra CA. Does antibiotic exposure during infancy lead to development of asthma? A systematic review and metaanalysis. Chest 2006;129:610-8) ♦

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

Prevenzione delle reazioni di ipersensibilità a mezzo di contrasto o ad anestetici

Gaetano Lobefalo*, Raffaele Di Minno**, Dario Chiacchio***, Fabio Antonelli°, Gennaro Savoia***, Gennaro D'Amato*, Paolo Siani*
 *UOC di Pneumologia; **UOC di Anestesia e Rianimazione; ***UOC di Anestesia e Rianimazione Pediatrica
 °UOC di Pediatria, AORN A. Cardarelli, Napoli

Abstract

Prevention of hypersensitivity reactions to anesthetics or to contrast agents

Anesthetics can produce allergic or non allergic hypersensitivity reactions. The decision to administer an anesthetic or a contrast agent to a child is always preceded by a potential risk evaluation. Allergy tests if negative are not at all predictive, they don't give correct information regarding possible adverse reactions. They can be helpful if positive in confirming clinical history. A detailed clinical history regarding a previous exposure or intolerance towards a specific drug, a good description of the clinical examination, and the presence of eosinophilia are important and often sufficient indicators in the diagnosis of drug hypersensitivity. All children at risk or allergic (who have a greater risk for non specific histamine release) should be pre medicated the days before anesthetic administration. Guidelines in use in the Cardarelli Hospital, Naples, Italy, for the prevention and treatment of hypersensitivity reactions to anesthetics or contrast agents are described in this paper.

Quaderni acp 2006; 13(5): 227-229

Key words Atopy. Allergy. Hypersensitivity. Anesthetic agents. Allergy tests

I farmaci anestetici possono provocare reazioni di ipersensibilità allergica e non allergica. Quando si deve decidere se un bambino può essere sottoposto ad anestesia o a esami con mezzo di contrasto, è necessario valutare il potenziale rischio. I test allergologici disponibili anche se negativi, non sono predittivi in modo assoluto, cioè non forniscono informazioni certe riguardanti la possibile insorgenza di reazioni avverse. Sono invece utili, se positivi, per confermare il dato anamnestico. Una dettagliata anamnesi riguardante una precedente esposizione e una eventuale tolleranza al farmaco incriminato, una esatta descrizione del quadro clinico, la presenza di eosinofilia sono indicatori importanti e a volte sufficienti per formulare una diagnosi di ipersensibilità a farmaci. Tutti i bambini a rischio o atopici allergici (che presentano solo maggior rischio di liberazione aspecifica di istamina) devono essere premedicati nei giorni precedenti le pratiche anestesiológicas. Vengono presentate le linee guida sulla prevenzione e il trattamento delle reazioni di ipersensibilità a mezzo di contrasto e ad anestetici in uso presso l'Ospedale "A. Cardarelli" di Napoli.

Parole chiave Atopia. Allergia. Ipersensibilità. Farmaci anestetici. Test allergologici

I farmaci impiegati in anestesia sono potenzialmente in grado di provocare reazioni di ipersensibilità allergica e non allergica (pseudoallergiche).

Possono essere coinvolti svariati meccanismi patogenetici che nella maggior parte dei casi sono solo ipotizzabili e non dimostrabili. Solo nel 3-25% dei casi le reazioni sono mediate dal sistema immunitario e sono soprattutto di tipo I (IgE mediate).

I sintomi con cui si possono rivelare sono: eritema, orticaria, angioedema, broncospasmo, collasso cardiocircolatorio, disturbi del ritmo fino all'arresto cardiaco, manifestazioni neurologiche (di-

sturbi a carico della sfera psichica e degli organi di senso), nausea, vomito, diarrea, dolori addominali.

I bambini sono statisticamente meno a rischio. Le reazioni di ipersensibilità colpiscono soprattutto le persone di età compresa tra 15 e 40 anni. L'atopia è riconosciuta come fattore di rischio in quanto facilita la liberazione aspecifica di istamina.

Altro fattore di rischio è costituito da precedenti reazioni di ipersensibilità a farmaci, in particolare le reazioni IgE mediate che possono accrescere il rischio di anafilassi da anestetici, soprattutto da miorilassanti, e le reazioni gravi a FANS

che predispongono alla liberazione di istamina.

È importante indagare sul numero di anestesie subite, in quanto la somministrazione ripetuta della stessa sostanza (curarici, tiopentale, materiali in lattice) può scatenare reazioni gravi.

Un ultimo fattore di rischio è costituito dalla presenza di orticaria cronica o ricorrente. Infine è necessario indagare anche sulle patologie cardiache e metaboliche e sulle terapie farmacologiche somministrate al bambino, perché esistono delle situazioni capaci di aggravare il rischio di reazioni di ipersensibilità, quali il prolasso della mitrale e la terapia in atto con beta-bloccanti, che possono peggiorare il decorso clinico di un eventuale shock anafilattico oppure i disturbi metabolici e la disidratazione che possono aumentare il rischio di ipersensibilità a mezzo di contrasto iodato.

Valutazione dei pazienti

È importante partire dalla premessa che i test allergologici disponibili sia in vivo che in vitro, anche se negativi, non sono predittivi in modo assoluto, cioè non forniscono informazioni certe riguardanti la possibile insorgenza di reazioni avverse in caso di successive somministrazioni di anestetici. Sono invece utili, se positivi, per confermare il dato anamnestico o per tentare di chiarire il meccanismo patogenetico della pregressa manifestazione di ipersensibilità.

Solo una diagnosi certa di precedenti reazioni di ipersensibilità a farmaci ci può permettere di adottare le misure necessarie alla prevenzione e al trattamento.

La diagnosi di ipersensibilità a farmaci deve far riferimento alla distinzione tra la fase acuta e la fase di remissione clinica. Una dettagliata anamnesi riguardante una precedente esposizione e una eventuale tolleranza al farmaco incriminato, una esatta descrizione del quadro clinico, una valutazione degli enzimi che indica-

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: paolo.siani@ospedalecardarelli.it

saper fare

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DELLA IPERSENSIBILITÀ A FARMACI

DATI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ Età _____

Peso kg _____ Altezza cm _____ Sesso M F

Anamnesi allergologica personale *Negativa*

Positiva per eczema atopico rinite congiuntivite asma
 allergia al latte allergia ad altri alimenti (specificare)
 orticaria acuta orticaria cronica
 altro _____

ESAMI ALLERGOLOGICI GIÀ PRATICATI

Prick test *negativi*
 positivi per acari parietaria graminacee olivo
 gatto cane alternaria latte uovo
 pesce altro (specificare) _____

IgE specifiche (RAST) *assenti*
 presenti per acari parietaria graminacee/olivo
 gatto cane alternaria latte uovo
 pesce altro (specificare) _____

Eosinofili nella norma alterati _____ %

REAZIONI AVVERSE A FARMACI no sì (specificare il tipo di farmaco)

Tipo di reazione presentata cutanea respiratoria shock
 altro (specificare) _____

Dopo quanto tempo dall'assunzione del farmaco si è verificata la reazione? _____ ore

REAZIONI AVVERSE AD ANESTETICI no
 sì anestetici locali anestetici generali

Ha avuto ripetute anestesie? sì no

no un coinvolgimento epatico o renale e la presenza di eosinofilia sono indicatori importanti e a volte sufficienti per formulare una diagnosi di ipersensibilità a farmaci (*vedi questionario nella pagina a fronte*).

In una fase successiva, dopo la remissione della reazione acuta, alcuni pazienti richiedono una ulteriore valutazione. L'allergologo potrebbe essere interpellato per individuare quale tra i differenti farmaci assunti possa aver provocato la reazione, utilizzando alcuni test cutanei o di laboratorio e, in casi particolari, il test di provocazione.

L'elemento fondamentale della individuazione e caratterizzazione delle reazioni di ipersensibilità a farmaci è l'anamnesi accurata sia per le reazioni in fase acuta sia per i pazienti che devono essere sottoposti a pratiche anestesiolgiche successive. Il questionario è particolarmente utile per individuare le categorie a rischio e coloro che hanno presentato precedenti reazioni di ipersensibilità ad anestetici oppure a mezzi di contrasto iodati. È inoltre utile a stabilire quali bambini inviare a consulenza allergologica e quali possono essere preparati direttamente dall'anestesista.

Tutti i bambini a rischio (precedenti reazioni a farmaci o ad anestetici, soprattutto IgE-mediate, presenza di ipersensibilità a FANS, anamnesi positiva per ripetuti interventi, atopia con sintomatologia asmatica moderata o grave o con rinite persistente) devono essere inviati in ambulatorio allergologico per la valutazione.

I bambini atopici o allergici che riferiscono sintomatologia di tipo lieve intermittente e al momento sono asintomatici non necessitano di consulenza allergologica, ma vanno ugualmente premedicati con cortisone e antistaminico. Lo stesso vale per i bambini che hanno accusato solo episodi di mucosite delle vie respiratorie con conseguente wheezing o con laringospasmo.

Schemi di premedicazione antiallergica

1. Bambini a rischio, atopici sintomatici e non:
 - A. prednisone (1 mg/kg) o betametasonone (0,1 mg/kg) in 2 somministrazioni al giorno;

- B. cetirizina (1 goccia/2 kg) in una somministrazione al giorno (>2 anni);
 - C. oxatomide (1 goccia/kg) in 2 somministrazioni al giorno (< 2 anni) per 2 giorni prima dell'intervento e fino a 2 ore prima dell'anestesia.
2. Bambini non atopici con precedenti di wheezing sporadico o di laringospasmo secondari a mucosite delle vie respiratorie:
 - A. premedicazione solo con antistaminico (cetirizina o oxatomide) alle dosi riportate al punto 1;
 - B. premedicazione rapida (2 ore prima dell'intervento):
 - a. betametasonone fiale ev (0,1 mg/kg) oppure metilprednisolone fiale ev (0,5 mg/kg);
 - b. Clorfenamina maleato fiale im (10 mg) 1 ora prima dell'esame (< 2 anni).
 - C. Preparazione per mezzo di contrasto in età pediatrica:
 - a. prednisone (1 mg/kg) 13 ore, 7 ore e 1 ora prima dell'esame;
 - b. clorfenamina maleato (10 mg im) 1 ora prima dell'esame (> 2 anni);
 - c. oxatomide (1 goccia/kg) 2 ore prima dell'esame (< 2 anni).
 3. Schema per bambini che devono assumere un mezzo di contrasto verso il quale hanno presentato reazione:
 - A. prednisone (1 mg/kg) 13 ore, 7 ore e 1 ora prima dell'esame.
 - B. clorfenamina maleato (10 mg im) 1 ora prima dell'esame.

Individuazione dei casi a rischio

1. Pazienti con anamnesi allergologica positiva per reazioni a farmaci o alimenti:
 - A. reazione unica, o lieve, antecedente almeno cinque anni: profilassi per due giorni;
 - B. reazioni ripetute, o gravi, o recenti: profilassi per tre giorni.
2. Pazienti con anamnesi positiva per allergie respiratorie o per asma non allergico:
 - A. manifestazioni rinitiche, o asmatiche lievi: profilassi per due giorni;
 - B. manifestazioni asmatiche moderate o gravi: profilassi per tre giorni.

3. Allergia accertata al lattice: profilassi per tre giorni e protocollo per ambiente latex free.
4. Dermatiti da contatto e dermatite atopica: profilassi per tre giorni.
5. Orticaria ricorrente o cronica: profilassi per tre giorni.

Il documento completo può essere scaricato gratuitamente dal sito www.ospedaledcardarelli.it nell'area sanitaria. ♦

Bibliografia consultata

- (1) ACC/AHA. Guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for non-cardiac surgery-executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation* 2002; 105:1257.
- (2) Albrecht C, Widmer S, Beaudoin E, et al. Prospective study of sensitization to muscle relaxants. *J Allergy Clin Immunol* 1995;1:289.
- (3) Andri L, Senna GE, Betteli C, et al. Reazioni allergiche agli anestetici locali (studio su una casistica di 194 soggetti). *Gior It Allerg Immunol Clin* 1992;2:385.
- (4) Bilò MB, Antonicelli L, Pucci S, et al. Preoperative screening for muscle relaxants allergy. *Allergy* 1995;26 (suppl.):50.
- (5) Carosso A. Allergia al lattice. Revisione della letteratura. *Not Allergol* 1996;15:81.
- (6) Fisher MM, Outhred A, Bowey C. Can clinical anaphylaxis to anaesthetic drugs be predicted from allergic history? *Br J Anaesth* 1990;59:690.
- (7) Fisher MM, Harle DG, Baldo BA. Anaphylactic reactions to narcotic analgesics. *Clin Rev Allergy* 1991;9:309.
- (8) Gold M, Schwartz JS, Barude B, et al. Intraoperative anaphylaxis: an association with latex sensitivity. *J Allergy Clin Immunol* 1991;87:662.
- (9) Haddi E, Charpin D, Tafforeau M. Atopy and systemic reactions to drugs. *Allergy* 1990;45:236.
- (10) Laxenaire MC. Drugs and other agents involved in anaphylactic shock occurring during anesthesia. A French multicenter epidemiological inquiry. *Ann Fr Anesth Reanim* 1993;12:91.
- (11) Laxenaire MC. Enquête multicentrique sur l'épidémiologie des réactions anaphylactoides peranesthésiques. *Rev Fr Allergol* 1995;35:332.
- (12) Moneret-Vautrin DA, Laxenaire MC. The risk of allergy related to general anesthesia. *Clin Exp Allergy* 1993;23:568.
- (13) Moneret-Vautrin DA, Moutin C, et al. Test cutanei e test in vitro. In: Il rischio allergico in anestesia-rianimazione. Masson, 1992.
- (14) Moneret-Vautrin DA, Laxenaire MC. Concept and limitations of predictive tests in anaesthesiology. *Ann Fr Anesth Reanim* 1993;12:218.
- (15) Task force on allergic reactions to latex. Committee report. *J Allergy Clin Immunol* 1993; 92:16.

Aiutare a prevenire le ustioni nei bambini

Agnese Girotti

Infermiera professionale, Pediatria di comunità, AUSL Cesena

Che cos'è l'ustione?

È una lesione della pelle che può essere di diversa gravità: dalla scottatura più superficiale (ustione di primo grado) fino a quella più grave che distrugge la pelle e gli strati più profondi, lasciando ampie cicatrici che possono portare all'invalidità (ustione di terzo grado).

Lo sapevi che...?

L'acqua a una temperatura di 60 gradi per soli 5 secondi provoca un'ustione profonda. Anche una camomilla o una pappa molto calde possono provocare un'ustione di terzo grado!

Da che cosa è provocata l'ustione?

Le principali cause possono essere: il fuoco, i liquidi bollenti, le superfici molto calde, le sostanze chimiche, l'energia elettrica, i raggi solari, le radiazioni. Per i bimbi nei primi due anni di vita, le ustioni più frequenti sono causate dai liquidi bollenti.

L'ustione è un problema importante?

Sì, basta guardare alcuni dati:

- ▶ ogni anno, in Italia, si ustionano 100.000 persone;
- ▶ 10.000 di queste hanno bisogno di un ricovero in Ospedale;
- ▶ il 10-15% dei casi di ustioni riguarda bambini da 0 a 12 anni di età.

Si può vivere la casa in sicurezza?

Sì, se si hanno presenti i rischi:

- ▶ cucinare, trasportare o consumare pasti e bevande calde solo quando il bimbo è a distanza, soprattutto non in braccio;
- ▶ lasciare pietanze calde solo dove il bambino non può raggiungerle;
- ▶ posizionare i tegami sui fornelli più vicini al muro e applicare le ringhierine di sicurezza;
- ▶ il forno non è un gioco. Evitare che il bambino ruoti le manopole, apra e chiuda lo sportello e si appoggi al vetro rovente;

I liquidi bollenti: "Stavo versando il caffè appena fatto, con il mio bimbo in braccio, quando lui ha afferrato la tazzina e se l'è rovesciata addosso....".

Il bagno: "Avevo lasciato il mio bambino in bagno. Non avrei mai immaginato che avrebbe aperto il miscelatore e che l'acqua bollente in così pochi attimi lo avrebbe ustionato...".

I metalli caldi: "Stavo stirando ed è squilato il telefono... pensavo che il bambino non riuscisse ad afferrare il filo e tirarsi addosso il ferro...".

La sua stanza: "Pensavo che la sua cameretta fosse un luogo sicuro, invece proprio lì si è fatto male...".

- ▶ tenere il ferro da stiro lontano dalla portata del bambino e non perderlo di vista (attenti al filo!);
- ▶ tenere accendini e accendigas lontani dalla portata del bambino;
- ▶ per accendere stufe o camini utilizzare solo prodotti specifici (es. diavolina), assolutamente **mai alcol**;
- ▶ applicare sempre il parafuoco davanti al camino;
- ▶ posizionare ben lontano dal camino acceso liquidi infiammabili, alcol, tessuti, carrozzine e passeggini;
- ▶ assicurarsi che la borsa dell'acqua calda non abbia perdite e che l'acqua al suo interno non sia bollente;
- ▶ collocare umidificatori solo fuori dalla portata del bambino; potrebbe essere attratto dalla fuoriuscita di vapore caldo;
- ▶ utilizzare apparecchi per aerosol e non

rimedi casalinghi come fumenti (si usa acqua bollente, molto pericolosa);

- ▶ preferire indumenti di fibre naturali, perché meno infiammabili;
- ▶ controllare bene la temperatura dell'acqua; tenerla, quando è possibile, al di sotto dei 50°; riempire la vasca da bagno con acqua fredda, poi con quella calda e non il contrario;
- ▶ non lasciare mai il bambino solo nella vasca o sul bidet;
- ▶ regolare la temperatura della caldaia in modo che non sia bollente, eventualmente con un regolatore di temperatura in uscita.

E se il bimbo si ustiona?

Che cosa si deve fare:

- ▶ allontanare ciò che ha causato l'ustione;
- ▶ mettere subito la parte ustionata sotto un getto di acqua fresca, non gelata (rubinetto o doccia);
- ▶ solo se gli abiti non sono attaccati alla pelle, toglierli delicatamente;
- ▶ portare il bambino al Pronto Soccorso se:
 - ustione media estesa o multipla (bolle con fondo rosso vivo), oppure profonda (bolle con fondo pallido-chiazze biancastre o nerastre);
 - ustione in sedi particolari (volto, genitali, articolazioni, mani, piedi);
 - ustione da elettricità;
 - difficoltà respiratoria per inalazione di fumi o vapori caldi;
 - traumi associati (es. caduta).

Che cosa non si deve fare:

- ▶ non applicare ghiaccio, pomate, dentifricio, patate o altri rimedi casalinghi.

Bibliografia

- (1) Department of Health. Birth to five. Coi Ed, UK 2006, p. 115.
- (2) Feldman KW, Schaller R, Feldman J, et al. Tap water scald burns in children. Injury Prevention 1998;4:238-42.

Le domande che devo fare al mio pediatra:

Per corrispondenza:

Agnese Girotti

e-mail: agirotti@ausl-cesena.emr.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