

# Quaderni acp

[www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)

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

[www.acp.it](http://www.acp.it)

## I bambini e gli animali



**231** Editoriale: *Quaderni acp* abbandona le inserzioni pubblicitarie **233** Nove punti per la ricerca sui neonati in terapia intensiva **236** Prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna (1999-2002) **241** Un'eredità del progetto di adozione sociale a Napoli: la ludoteca di Secondigliano **243** L'integrazione delle politiche per la salute dei bambini e delle famiglie **247** Un ricordo di Alessandro Roster: "I brefotrofi devono sparire" **252** Film **253** Info **254** Nati per Leggere **256** Lettere **258** Ten stories **260** La valutazione di un Corso di Formazione al counselling pediatrico **264** Scenari: L'estinzione graduale risolve i problemi del sonno nei bambini? **267** Vaccinacipì **268** Farmacipì **269** Francesco: prematuro con fratture costali a tre mesi **273** La diagnosi precoce di malattia meningococcica **276** Indice 2006

**novembre-dicembre 2006 vol 13 n°6**

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](http://www.quaderniacp.it)

novembre-dicembre 2006 vol 13 n° 6

## Editoriale

- 231 *Quaderni acp* abbandona le inserzioni pubblicitarie  
*Giancarlo Biasini*

## Saggi

- 233 Nove punti per la ricerca sui neonati in terapia intensiva  
*Carlo Bellieni, Franco Bagnoli, Giuseppe Buonocore*

## Ricerca

- 236 Prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna (1999-2002)  
*Luca Ronfani, Chiara Cuoghi*

## Rischio sociale

- 241 Un'eredità del progetto di adozione sociale a Napoli: la ludoteca di Secondigliano  
*Roberta Arsieri*

## Organizzazione sanitaria

- 243 L'integrazione delle politiche per la salute dei bambini e delle famiglie. L'esperienza di Napoli  
*Carmela di Maio, Giuseppe Cirillo*

## Medicina e Storia

- 247 Un ricordo di Alessandro Roster (1865-1919)  
"I brefotrofi devono sparire"  
*Gherardo Rapisardi*

## Film

- 252 Il marcio del mondo del calcio:  
"4-4-2: il gioco più bello del mondo"  
*Italo Spada*

## Info

- 253 Il Tar del Lazio conferma le multe ai produttori di latte  
253 Latte crudo: fare attenzione  
253 Merenda ideale  
253 Il garante condanna tre spot  
253 Il Cnb e l'indipendenza dei medici  
253 218 milioni i bambini costretti a lavorare

## Nati per Leggere

- 254 Spagna: Barcellona  
255 Emilia-Romagna  
255 Lombardia  
255 Apprendimento linguistico a 10 mesi

## Lettere

- 256 Pubblicità e allattamento  
256 Il russamento abituale va indagato  
257 Nati per la Musica

## Ten stories

- 258 Il terremoto in Asia: gli aiuti hanno salvato molte vite, arginato la perdita di altre, ma la ricostruzione appare lontana  
*Stefania Manetti (a cura di)*

## 259 Ausili Didattici

## Esperienze

- 260 La valutazione di un Corso di Formazione al counselling pediatrico  
*Furio Lambruschi, Francesco Ciotti, Michele Gangemi et al.*

## Scenari. Leggere e fare

- 264 L'estinzione graduale risolve i problemi del sonno nei bambini?  
*Maria Luisa Tortorella, Annamaria Moschetti, Sara D'Erasmus*

## Vaccinacipi

- 267 Altri 8 passi per continuare il cammino insieme  
*Luisella Grandori*

## Farmacipi

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

## Caso che insegna

- 269 Francesco: prematuro con fratture costali a tre mesi  
*Laura Pescatore, Rosaria Crusco, Maria Renata Proverbio et al.*

## Il punto su

- 273 La diagnosi precoce di malattia meningococcica  
*Maria Simona Sabbatino, Massimiliano De Vivo, Luciano de Seta*

## 276 Indice del volume 13

### 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*, a uno sconto del 50% sulla quota di abbonamento a *Medico e Bambino*, a 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@fiscali.it](mailto:francdessi@fiscali.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](http://www.quaderniacp.it)  
November-December 2006; 13(6)

## 231 Editorial

*Quaderni acp* decides to abandon advertising  
Giancarlo Biasini

## 233 Essays

Nine points for research in newborns  
in Intensive Care Units  
Carlo Bellieni, Franco Bagnoli  
Giuseppe Buonocore

## 236 Research

Breastfeeding prevalence in Emilia-Romagna,  
Italy: 1999-2002 monitoring  
Luca Ronfani, Chiara Cuoghi

## 241 Social risk

An heritage from the sociale adoption project  
in Naples: Secondigliano's (Naples) toy library  
Roberta Arsiery

## 243 Health care system

Health policies' integration for children  
and families: an experience in Naples  
Carmela di Maio, Giuseppe Cirillo

## 252 Movies

## 253 Info

## 254 Born to read

## 256 Letters

## 258 Tenstories

South Asian earthquake: Relief effort saves  
lives, stems losses, but reconstruction  
tasks loom large  
Stefania Manetti

## 259 Didactic support

## 260 Personal accounts

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

## 264 From literature to practice

Do graduated extinction solve infants' sleep  
problems?  
Maria Luisa Tortorella, Annamaria Moschetti,  
Sara D'Erasmo

## 267 Vaccinacipi

Eight more steps to continue walking together  
Luisella Grandori

## 268 Farmacipi

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

## 269 Learning from a case

Francesco: a premature birth child with rib  
fractures at three months of age  
Laura Pescatore, Rosaria Crusco  
Maria Renata Proverbio et al.

## 273 Appraisals

Early diagnosis of meningococcal disease  
Maria Simona Sabbatino,  
Massimiliano De Vivo, Luciano de Seta

## 276 Index to Volume 13

# 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](http://www.quaderniacp.it)  
e-mail: [redazionequaderni@tiscali.it](mailto:redazionequaderni@tiscali.it)

## Indirizzi

### Amministrazione

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

### Direttore

Giancarlo Biasini  
corso U. Comandini 10, 47023 Cesena  
Tel. e Fax 054729304  
e-mail: [gcbias@fin.it](mailto:gcbias@fin.it)

### Ufficio soci

via P. Marginesu 8, 07100 Sassari  
Cell. 3939903877, Fax 0793027471  
e-mail: [ufficiociacp@tiscali.it](mailto:ufficiociacp@tiscali.it)

### Stampa

Stilgraf  
viale Angeloni 407, 47023 Cesena  
Tel. 0547610201  
e-mail: [info@stilgrafcesena.191.it](mailto: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  
"Ragazzi che mangiano una torta" (partico-  
lare), Bartolomé Esteban Murillo (1617-1682),  
olio su tela. Monaco, Alte Pinakothek.

**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](mailto: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 corredati da un riassunto in italiano e in inglese dell'ordine di 500-800 battute. Il riassunto deve essere possibilmente strutturato. Nel caso delle ricerche va necessariamente redatto in forma strutturata distribuendo il contenuto in introduzione, materiali e metodi, risultati e discussione (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.



# Quaderni acp abbandona le inserzioni pubblicitarie

Giancarlo Biasini

Direttore di *Quaderni acp*

**Parole chiave** Riviste mediche. Pubblicità. Inserzioni pubblicitarie

Dal prossimo numero *Quaderni acp* uscirà senza inserzioni pubblicitarie. Ciò comporterà, per l'ACP, un lieve aumento dei costi di gestione della rivista.

Al fine di fare fronte a ciò, almeno parzialmente, la veste grafica delle pagine interne risulterà priva di quadricromia; avrà solo il cosiddetto colore "speciale" rosso. Per lo stesso scopo saranno aboliti tutti gli invii omaggio a numerosi colleghi pediatri, con la sola eccezione degli specializzandi, i quali continueranno a ricevere gratuitamente la rivista per tutto il corso degli studi.

Il solo modo per ricevere *Quaderni acp* sarà, dunque, quello di iscriversi all'Associazione Culturale Pediatri secondo le norme inserite a pagina I della rivista. Questa scelta non è improvvisa, bensì è il frutto di un lungo travaglio.

La prima inserzione pubblicitaria apparve sulle nostre pagine nel 1995. Da allora, la pubblicità è comparsa in ogni numero della rivista. È necessario sottolineare che, con le industrie che fino a tutto il 2006 sono state nostre clienti, abbiamo avuto rapporti molto schietti e dobbiamo riconoscere la loro correttezza nei riguardi nostri e della nostra efficiente responsabile Marketing e Comunicazione.

Qualche inserzionista, dopo alcuni anni, ci ha abbandonato: alcuni perché abbiamo voluto esercitare un controllo sulle inserzioni, bibliografia compresa; altri perché hanno ritenuto la linea politica dell'ACP troppo distante dai loro intenti. Più difficile è stato il rapporto con i produttori di latte artificiale; dopo un paio di anni abbiamo deciso di non accettare più inserzioni di sostituti del latte materno. E questo molto prima che il Decreto Sirchia-Marzano facesse divieto "di ogni forma pubblicitaria degli alimenti per lattanti su riviste scientifiche, pubblicazioni specializzate in puericultura, in occasione dello svolgimento di convegni, congressi, stand ed esposizioni, negli studi medici, nei punti di vendita, nonché

attraverso il materiale informativo e didattico".

Il dibattito sulle inserzioni pubblicitarie nelle riviste mediche non interessa affatto il mondo medico italiano e abbastanza poco anche quello straniero. Un recente articolo di *Plos Medicine* (una rivista online: [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org), non profit americana, a Open Access, della Public Library of Science: *PLOS*) ci consente di fare il punto sul problema e di riprendere il filo del ragionamento che, al suo interno, l'ACP ha percorso in questi ultimi anni (1).

L'introito da pubblicità delle riviste scientifiche pubblicate in USA, è cospicuo: 444 milioni di dollari per anno, ma si calcola che il "ritorno" contabile sia di 5 dollari per mese per ogni dollaro investito in pubblicità (1). Questo nonostante le tariffe delle inserzioni nelle riviste di medicina siano sette volte più basse di quelle dei più diffusi Magazine.

I medici non sono influenzati, apparentemente, dalle inserzioni pubblicitarie nelle loro prescrizioni. Questa sensazione deriva, probabilmente, dalla impressione di "grande distanza" che c'è fra l'industria che acquista gli spazi e il medico che prescrive, e dal fatto che il beneficio economico della vendita di pubblicità non va direttamente al prescrittore.

La filosofia dell'inserzione medica non funziona come quella della pubblicità sui Magazine, forse perché non si rivolge al medico solo per un primo contatto come succede, ad esempio, per la pubblicità di un'auto nuova o di un computer portatile con più elevate prestazioni, ecc. Essa è piuttosto un reminder destinato a rinforzare un messaggio promozionale già dato, tanto che spesso sullo stesso numero della rivista o in pagine vicine, si trovano la pubblicità del farmaco nuovo e quella del farmaco vecchio.

Per questa mescolanza di vecchio e di nuovo la pubblicità dei farmaci è statisticamente presente, sulle riviste, molto più frequentemente delle pubblicità per auto,

computer, vacanze, ecc. e ciò consente che il 10% dei bilanci delle società scientifiche americane arrivi dalle pubblicità inserite sulle riviste delle società stesse. Esistono politiche diverse delle riviste delle società nei riguardi della pubblicità? Nella forma sì, nella sostanza no. Le riviste americane come *NEJM*, *JAMA*, *Annals of Internal Medicine* (*Annals*), *American Family Physician Journal*, *Canadian Medical Association Journal* (*CMAJ*) hanno come norma di accettare inserzioni di prodotti che riguardano la professione medica. Il *CMAJ*, il *JAMA*, gli *Annals* specificano: "prodotti e servizi che hanno interesse per la pratica medica, la formazione (*education*), lo sviluppo professionale". *Lancet*, *BMJ*, *Medical Journal of Australia* non hanno alcun dettaglio in merito. In realtà uno studio eseguito sui numeri di *JAMA* negli anni 1996-2004 rileva che il 95-98% delle inserzioni riguarda farmaci (1).

Non ci sono riviste mediche che portino le inserzioni che potrebbero interessare i medici (banche, auto, computer, vacanze, ecc.) e che dovrebbero essere appetite dagli inserzionisti. L'edizione italiana di *Scientific American* è, invece, stracarica di questo tipo di pubblicità e la rivista madre americana non riporta inserzioni di farmaci.

Il rapporto fra riviste e inserzionisti non si risolve nell'accettazione dell'inserzione. L'inserzionista può chiedere di indirizzare la rivista a speciali categorie di medici, a seconda della specializzazione, e anche a categorie di *high prescribers* evidentemente molto ricercate dall'industria. Ci sono stati esempi clamorosi di riviste nate per cercare inserzioni: il *BMJ Usa*, che ha cessato le pubblicazioni, conteneva una selezione di articoli del *BMJ* inglese con un maggior numero di inserzioni della rivista madre; era inviata a 25.000 medici, di cui solo 25 pagavano l'abbonamento.

Il 21% delle riviste dichiara di non esercitare alcun controllo sulla pubblicità;

Per corrispondenza:  
Giancarlo Biasini  
e-mail: [gcbias@tin.it](mailto:gcbias@tin.it)

## editoriale

altri non ne parlano e con ciò è chiaro come si comportano. Al contrario ci sono episodi di influenza degli uffici pubblicitari sulla politica editoriale. Questo è stato dimostrato per molte riviste (10). La principale giustificazione che le riviste adducono per la loro politica riguardo alle inserzioni, è quella di fare formazione (*education*), nell'ambito della prescrizione farmaceutica. Il College of Physicians nel 1975 chiese che i profitti pubblicitari degli *Annals* fossero detassati come tutte le attività formative e quindi di pubblico servizio. Dopo un non breve tragitto giudiziario, la Suprema Corte stabilì che le inserzioni non facevano parte, al contrario degli articoli, degli obiettivi formativi della rivista.

Il valore educativo delle inserzioni è valutato in un capitolo dell'articolo di *Plos Medicine* cui si riferiscono le voci bibliografiche da 2 a 9 che, per brevità, riassumiamo nella tabella. Conclusioni del tutto somiglianti sono state raggiunte da uno studio italiano di recente pubblicazione (11). Torniamo a noi di *Quaderni acp*. La rivista appartiene a una società scientifica: l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) che si è data un codice di comportamento che riguarda anche il rapporto con l'industria. L'ACP è un editore non profit e quindi ha deciso, fin dall'inizio, di non trarre profitti dalla rivista. L'Associazione vive solo delle quote dei soci e la rivista è nata per loro. Se vuole obbedire al suo compito educativo deve fare di tutto perché nelle sue pagine ci siano informazioni il più possibile sicure e controllate dalla redazione; la scelta di non ospitare pubblicità significa volere evitare di essere uno strumento che, in un regime di mercato, l'industria utilizza per i propri legittimi fini. Significa non volere pagine "meno uguali" delle altre. Questo, evidentemente, caricando sui soci il maggior costo della rivista. Lo stesso, ci sembra, dovrebbero fare le riviste delle società scientifiche, degli enti, delle istituzioni: istituti di ricerca, università, regioni, SSN. C'è già in Italia qualche esempio di questa politica; ci auguriamo che aumentino. *Lancet* definisce "hopeful example" questa strada, pur senza seguirla (12). Certamente la situazione di riviste "profit", o semplicemente di riviste che hanno da fare quadrare un bilancio, è diversa dalla nostra e nulla abbiamo da eccepire nelle scelte di altri

#### CARATTERISTICHE DI 438 INSERZIONI SU 10 RIVISTE USA (2)

Bibliografia assente nell'inserzione	29%
Bibliografia desunta da riviste mediche	55%
Bibliografia citata impropriamente	44%
Bibliografia di studi promossi dall'inserzionista	58%
Citazioni di fonti interne dell'inserzionista	19%

editori. Sappiamo bene che il mercato è il mercato e ha le sue leggi. Tuttavia, la correttezza e la veridicità dei messaggi pubblicitari dovrebbero essere sempre garantite al lettore, anche se indirettamente. E dovrebbe essere evidente a tutti, e ammesso da tutti, il possibile "rischio deviante" delle inserzioni pubblicitarie che le riviste ospitano. ♦

#### Bibliografia

- (1) Fugh-Berman A, Alladin K, Chow A. Advertising in medical Journals: should current practice change? *Plos Medicine* ([www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org)). 2006;3:e762-8 2006;3:e 939-40.
- (2) Cooper RJ, Schriger DL. The availability of references and the sponsorship of original research cited in pharmaceutical advertisements. *CMAJ* 2005;172:487-91.
- (3) Hafeez A, Mirza Z. Responses from pharmaceutical companies to doctors' requests for more drug information in Pakistan: Postal survey. *BMJ* 1999;319:547.
- (4) James A. Medicines, society, and industry. *Lancet* 2002;360:1346.
- (5) Ma J, Stafford RS, Cockburn IM, Finkelstein SN. A statistical analysis of the magnitude and composition of drug promotion in the United States in 1998. *Clin Ther* 2003;25:1503-17.
- (6) McDonnell PJ. Let the buyer (and reader) beware: Targeted advertising in medical journals. *Arch Fam Med* 2000;9:125.
- (7) Mindell J, Kemp T. Evidence based advertising? Only two fifths of advertisements cited published, peer reviewed references. *BMJ* 1997;315:1622.
- (8) Orentlicher D, Hehir MK. Advertising policies of medical journals: Conflict of interest for journal editors and professional societies. *J Law Med Ethics* 1999;27:113-21.
- (9) Wilkes MS, Doblin BH, Shapiro MF. Pharmaceutical advertisements in leading medical journals: Experts' assessments. *Ann Intern Med* 1992;116:912-9.
- (10) Tsai AC. Conflict of interest between commercial and scientific interest in commercial advertising. *Int J Health Serv* 2003;33:751-68.
- (11) Bonati M, Clavenna A, Marchi S, et al. Le inserzioni pubblicitarie sulle riviste del medico di famiglia. *Ricerca e pratica* 2006;22:65-78.
- (12) Harding A. An ill for every pill. *Lancet* 2006;367:202.

### SOSPESO DALL'AIFA UNO SPOT SULL'ANTIPNEUMOCOCCICA

A fine settembre è comparso su Mediaset uno spot sulla vaccinazione antipneumococcica. Una mamma si diceva di quanto è pericolosa la meningite e si chiedeva di come può essere prevenuta con un vaccino sicuro ed efficace. Il vaccino c'era; era raccomandato dai pediatri della FIMP. Per farlo era sufficiente andare dal proprio pediatra e chiederlo. Lo spot faceva seguito al preannuncio dello svolgimento di una campagna sulla vaccinazione antinfluenzale ai bambini sani e sull'antipneumococcica.

L'AIFA emetteva, il 12 ottobre, dopo un paio di settimane dalla diffusione del messaggio televisivo, il comunicato qui riprodotto e visibile su [http://www.agenziafarmaco.it/aifa/servlet/section.html?target=&area\\_ematica=INFO\\_SPER\\_RIC&section\\_code=AIFA\\_ISR\\_ATTUALITA&entity\\_id=111.129195.1160489540634](http://www.agenziafarmaco.it/aifa/servlet/section.html?target=&area_ematica=INFO_SPER_RIC&section_code=AIFA_ISR_ATTUALITA&entity_id=111.129195.1160489540634)



Via della Sierra Nevada, 60  
00144 ROMA - tel. 06 5978401

12 ottobre 2006  
Spot televisivo sul vaccino antipneumococcico  
Richiesta di sospensione

L'AIFA ha chiesto la sospensione di una campagna pubblicitaria televisiva a favore della vaccinazione per l'infanzia contro lo pneumococco, promossa dalla Federazione Italiana Medici Pediatri. Tale campagna, infatti, non risulta autorizzata né dall'AIFA né dal Ministero della Salute e contiene messaggi non conformi alle indicazioni date dal Piano Sanitario Nazionale 2005-2007. L'AIFA ha chiesto, a riguardo, la verifica della violazione del D.Lg 219/2006 in tema di pubblicità al pubblico per i farmaci soggetti a prescrizione.

# Nove punti per la ricerca sui neonati in terapia intensiva

Carlo Bellieni, Franco Bagnoli, Giuseppe Buonocore

UO di Terapia Intensiva Neonatale; UO di Pediatria Neonatale; Dipartimento di Pediatria, Ostetricia e Medicina della Riproduzione, Università di Siena

## Abstract

### *Nine points for research in newborns in Intensive Care Units*

*The Authors expose the principles for a correct approach to clinical trials in newborns, on the basis of literature, and of clinical and research experiences. The particular fragility of newborns and their incapacity to give an informed consent is underlined, as well as the fragility of parents who may undergo pressures to accept.*

Quaderni acp 2006; 13(6): 233-235

**Key words** Clinical trials. Newborns. Informed consent

*Gli Autori sulla base della letteratura e dell'esperienza clinica e di ricerca espongono i principi per un corretto approccio ai trial clinici su neonati. Vengono sottolineate la particolare fragilità del bambino di questa età, la sua incapacità di dare un consenso e la particolare fragilità dei genitori che possono inconsapevolmente subire pressioni per accettare.*

**Parole chiave** Clinical trials. Neonati. Consenso informato

*L'articolo di Carlo Bellieni e coll. affronta uno degli argomenti più "caldi" e attuali della neonatologia: quello dell'eticità della conduzione di una ricerca sui neonati in terapia intensiva. Gli Autori formulano una loro proposta per un approccio moderno ed eticamente sostenibile alla ricerca sui neonati, partendo da alcune riflessioni personali e da altre ricavate dalla letteratura. La proposta, pur condivisibile nel suo impianto generale, non rappresenta la posizione ufficiale della rivista sui temi trattati. Ci auguriamo, pertanto, che la sua pubblicazione sia di stimolo per altri interventi, riflessioni e discussioni (ndr).*

Il problema di ottenere il consenso esplicito e informato dai soggetti di una ricerca è un fenomeno relativamente recente, della metà del 20° secolo. Il rifiuto di una medicina paternalistica praticata fino ad allora ha portato a un'augmentata preoccupazione per i diritti dell'individuo, ciò anche in contrapposizione alle sperimentazioni orrende e non etiche praticate nella Germania nazista; il Codice di Norimberga che ne scaturì fu il primo codice di bioetica mai scritto: all'articolo 1 vi è sancito l'obbligo del consenso volontario informato nella ricerca sugli esseri umani (1-2).

Il valore dell'individuo è ribadito dal concetto di "autonomia" che è uno dei quattro principi espressi da *Beauchamp and Childress*: il consenso deve essere dato liberamente o volontariamente; deve essere sempre fornita una sufficiente informazione per permettere una comprensione di quello che si intende fare, compresi i rischi; infine, la persona che dà il consenso deve essere consapevole (3). Un procedimento non autorizzato in un adulto costituisce reato, a meno che il paziente abbia una comprensione essenziale di quanto è proposto e vi acconsenta. Una informazione insufficiente è reato di negligenza.

Vediamo come questo abbia delle specifiche ricadute nel campo della neonatologia, ove è possibile e necessario eseguire ricerche su nuovi farmaci o trattamenti (ricerca terapeutica), o su particolari elementi fisiopatologici (ricerca non terapeutica). Entrambe sono considerate eticamente lecite da vari Autori, in quanto o lo stesso soggetto, o altri soggetti di caratteristiche simili potranno avvantaggiarsene (4). Ovviamente parleremo di rischi minimi, perché, mentre su questi il dibattito è aperto ed essi vanno regolamentati, per i rischi di maggior importanza la preclusione di ogni studio che li preveda deve essere totale.

Negli ultimi anni la ricerca in campo neonatologico è andata incrementandosi, con contributi sia pluridisciplinari che di singole specialità. Al contempo, mentre si andava sviluppando un incremento nel garantismo verso il paziente sottoposto a sperimentazione, come abbiamo sottolineato, è stato messo a rischio il riconoscimento della piena dignità del neonato come persona (5-6). Per questo è indispensabile vigilare affinché i punti fermi sanciti per l'adulto non cedano a pericolose derive. Nella sperimentazione sui neonati ci troviamo nella difficile situazione di dover intraprendere studi clinici, ma allo stesso tempo di non avere un diretto consenso dei soggetti coinvolti. Questo viene superato normalmente con l'intervento dei comitati etici locali, dei genitori o dei legali rappresentanti dei bambini.

Il Royal College di Londra nel 2000 (7) propose delle linee-guida per la sperimentazione su minori (*tabella 1*). Fornire delle linee-guida è fondamentale per salvaguardare genitori e bambino da richieste scorrette che rasentano la frode (8). Il genitore o il comitato di bioetica non possono infatti autorizzare esami pericolosi per il bambino. "Procedure come biopsia polmonare o epatica, puntura

## 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@tiscali.it](mailto:redazionequaderni@tiscali.it). Nei limiti delle possibilità, si cercherà di soddisfare le loro richieste.

Per corrispondenza:  
Carlo Bellieni  
e-mail: [c.bellieni@tin.it](mailto:c.bellieni@tin.it)



arteriosa, cateterizzazione cardiaca non sono giustificate per esclusivi fini di ricerca. Devono essere eseguite quando la ricerca è unita alla diagnostica o il trattamento vuole beneficiare il bambino interessato” (8).

A titolo di esempio, consideriamo le implicazioni che comporta il semplice prelievo di sangue al neonato. La semplice puntura del tallone per ottenere un campione di sangue è estremamente dolorosa nel neonato, e un genitore o un comitato etico non composto di specialisti neonatologi possono non rendersi conto di tutte le implicazioni che questo apparentemente banale intervento ha sul paziente neonatale o prematuro. Studi biochimici che prevedono sottrazione di sangue possono determinare anemizzazione o ipovolemia e shock, se eseguiti in modo eccessivamente rapido o in quantità eccessive: “Il volume di sangue prelevato deve essere tale da non causare anemia: un bambino di 600 grammi ha solo circa 50 ml di sangue”: prelevare 1 ml di sangue in questi bambini corrisponde in proporzione a prelevare 100-150 ml in un adulto (4). Il prelievo, infine, allo scopo di evitare stress e dolore, non dovrebbe essere eseguito se non in concomitanza ad altro prelievo programmato per fini clinici. Se la quantità di sangue dei due prelievi risulta eccessiva, la sperimentazione non ha luogo. In alternativa all’analisi del plasma, si possono scegliere altre vie, come l’analisi della saliva, dell’urina o, in alcuni casi, del sangue placentare. È facile con poche gocce di sangue eseguire esami biochimici molto raffinati, per esempio l’analisi di particolari geni.

Altro esempio è l’analisi genomica che è spesso utile ai fini clinici, ma qualora venisse fatta a scopo unicamente di ricerca per geni di malattie che si manifesteranno in età adulta, specie quelle per cui non c’è trattamento, e per geni di tratti minori, è da configurarsi come intromissione nella privacy dell’individuo, perché non è detto che il neonato abbia interesse a conoscere questo dato che tuttavia gli/le sarà svelato senza la sua richiesta, provocando rischi psicologici già evidenziati dal Comitato Nazionale di Bioetica (9). Infine, riguardo al problema del coinvolgimento dei genitori, ricordiamo che essi

**TABELLA 1: LINEE-GUIDA DEL ROYAL COLLEGE PER LA SPERIMENTAZIONE SUI MINORI**

1. La ricerca che coinvolge i bambini è importante per tutti i bambini e deve essere supportata e incoraggiata e condotta in modo etico.
2. I bambini non sono piccoli adulti.
3. La ricerca deve essere fatta sui bambini solo se una pari ricerca sugli adulti non risponde alle domande poste.
4. Una procedura di ricerca che non benefici direttamente il bambino non è necessariamente non etica o illegale.
5. Tutti i progetti di ricerca su bambini devono essere sottoposti a un comitato etico.
6. Un consenso legalmente valido deve essere ottenuto dal bambino, dal genitore o dal tutore. Quando il consenso del genitore è ottenuto, bisogna chiedere anche l’adesione del bambino in età scolare.

**TABELLA 2: SEI PUNTI PER INFORMARE CORRETTAMENTE I GENITORI SU UN TRIAL CLINICO**

1. Informare i genitori sulla ricerca e i loro diritti prima di qualunque sollecitazione.
2. Chiedere ai genitori se vogliono essere coinvolti in ricerche.
3. Coinvolgere in una ricerca alla volta.
4. Assicurare che lo studio sia rilevante per l’attuale stato clinico del neonato.
5. Evitare il sovraccarico di informazioni.
6. Concedere ai genitori il tempo appropriato per decidere.

**TABELLA 3: NOVE PUNTI IMPRESCINDIBILI PER UNA RICERCA ETICA SUI NEONATI**

1. Il rapporto rischi/benefici di un trial di ricerca deve essere ben documentato.
2. La sperimentazione deve essere approvata dal comitato etico locale che deve considerare che il neonato non è un adulto in miniatura: quello che un adulto accetterebbe non necessariamente è accettabile da un neonato.
3. La sperimentazione deve essere approvata dal legale tutore del bambino che potrà recedere in qualunque momento.
4. La proposta della sperimentazione deve essere fatta ai legali tutori solo dopo che essi hanno avuto informazioni tramite un modulo loro consegnato che spieghi cosa è una ricerca e i diritti dei partecipanti ad essa e dopo che hanno sottoscritto il modulo accettando di venir contattati a tal fine.
5. Si devono spiegare correttamente per iscritto e dettagliatamente i termini della ricerca. Sono da proibire termini quali “piccolo”, “insignificante”, “di scarsa entità”, riferiti alla quantità di sostanza organica da prelevare, al disagio del bambino o al rischio per la sua salute.
6. Ogni farmaco o trattamento sperimentale e ogni studio comportamentale, biochimico o fisiologico su un neonato devono essere condotti in modo da non nuocerli. Le quantità di sangue utilizzate non devono eccedere i 500 microlitri nel prematuro di peso inferiore a 1000 grammi.
7. È proibito per fini sperimentali provocare un dolore o uno stato di malessere.
8. È proibito per fini sperimentali e non clinici eseguire indagini che violino la privacy del neonato, svelando parti del suo patrimonio genetico.
9. I genitori possono, se lo richiedono, ricevere i risultati sia dell’esame del loro bambino che dell’intero esperimento.

dovrebbero essere considerati parte attiva dell'esperimento, e riceverne per esempio i risultati (10). Golec e altri studiosi recentemente hanno proposto sei punti per un corretto colloquio con i genitori al fine di reclutare i neonati in studi clinici (tabella 2) affinché l'approccio per reclutare il bambino non debba essere di tipo "paternalistico", con l'ovvia difficoltà morale dei genitori a negare l'assenso (11). Tuttavia, questo lascia insoluti due problemi:

1. l'opportunità di questo "consenso per procura". Le linee-guida del Dipartimento di Salute USA stabiliscono che: "Coloro che agiscono per conto del bambino possono solo dare legalmente il loro consenso a condizione che l'intervento sia di beneficio per il bambino stesso. Se hanno la responsabilità di sottoporre il bambino a rischi (che non siano insignificanti o trascurabili) che non vadano nell'interesse del bambino, si può dire che agiscono illegalmente (12)";
2. l'effettiva capacità del genitore di cogliere l'entità del tipo di intervento sperimentale, sia dal punto di vista del dolore, stress o eventuale danno provocato, sia da quello della libertà effettiva che il genitore ha nel contrastare o assecondare le richieste dello sperimentatore che in molti casi è anche al contempo il medico curante: "Un ulteriore problema è che i genitori dei bambini in terapia intensiva sono vulnerabili. Il loro consenso è richiesto mentre il loro bambino è in cura dal medico che fa la richiesta. I genitori sono estremamente ansiosi per il benessere del neonato e la madre può ancora non essersi ripresa dal parto. Spesso sperimentano un senso di impotenza, la loro conoscenza medica può essere scarsa e possono non comprendere argomenti medici sottoposti loro al momento dello stress. Sia che siano d'accordo o meno all'inserimento del bambino nella sperimentazione, possono provare sensi di colpa" (13).

Per questo abbiamo proposto nove punti per tutelare il neonato in corso di sperimentazioni cliniche (tabella 3). Crediamo che l'argomento esposto richieda appro-

fondimento e riflessione da parte di chi in Italia fa ricerca sui neonati. A fronte del bene prodotto dalla ricerca, il bene del neonato non deve mai essere scavalcato. Nei primi giorni e mesi di vita l'essere umano è particolarmente debole e fragile, e anche i suoi genitori sono spesso provati da stress. Non è etico approfittare delle condizioni "favorevoli" per iniziare un trial o per richiedere un consenso a meno che non si abbia la calma per spiegare e coinvolgere, e la capacità morale di farlo solo in previsione di un beneficio che il bambino stesso ne trarrà. Se il bambino stesso non ne abbia un potenziale beneficio, la ricerca che provochi anche un minimo stress o dolore non è da ritenere etica. ♦

#### Bibliografia

- (1) Mason JK, McCall Smith RA. Law and Medical Ethics. London: Butterworths, 1994.
- (2) Mason S. Obtaining informed consent for neonatal randomised controlled trials an "elaborate ritual"? Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2003; 88:F280-5.
- (3) Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- (4) Bainham A, Cretny S. Children: The Modern Law. London: Family Law Society, 1993.
- (5) Neuberger J. The role of research ethics committees in the United Kingdom. Ethics and Health Care. London: King's Fund Institute, 1992.
- (6) Doyal L, Wilsher D. Towards guidelines for withholding and withdrawal of life prolonging treatment in neonatal medicine. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1994;70:F66-70.
- (7) Royal College of Paediatrics. Child Health: Ethics Advisory Committee Guidelines for the ethical conduct of medical research involving children. Arch Dis Child 2000;82:177-82.
- (8) Allmark P, Mason S, Gill AB, Megone C. Obtaining consent for neonatal research. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2003;88:F166-7.
- (9) Comitato Nazionale per la Bioetica: Orientamenti di bioetica per i test genetici. 19 novembre 1999.
- (10) Snowdon C, Garcia J, Elbourne D. Reactions of participants to the results of a randomised controlled trial: exploratory study. BMJ 1998;317:21-6.
- (11) Golec L, Gibbins S, Dunn MS, Hebert P. Informed consent in the NICU setting: an ethically optimal model for research solicitation. J Perinatol 2004;12:783-91.
- (12) Department of Health. Local Research Ethics Committees. London: DoH, 1991;HSG(91)5.
- (13) Burgess E, Singhal N, Amin H, McMillan DD, Devrome H. Consent for clinical research in the neonatal intensive care unit: a retrospective survey and a prospective study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2003;88:F280-5.

## LA SALUTE NEL MONDO

### Africa: mutilazioni genitali e parto

Le donne sottoposte alla mutilazione dei genitali sono più esposte a parti difficili e i loro figli corrono un rischio di mortalità più alto alla nascita. Sono i risultati di uno studio dell'Oms che ha esaminato i dati ospedalieri di quasi trentamila partorienti in sei paesi africani dove è praticata la mutilazione genitale: Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Senegal e Sudan.

In caso di grave mutilazione la probabilità di parti cesarei è del 30 per cento, di emorragie postpartum del 70 per cento e di rianimazione neonatale del 66 per cento. La mortalità dei neonati varia dal 15 al 55 per cento. Si stima che in Africa muoiano dai dieci ai venti bambini in più ogni mille nati, come conseguenza di questa pratica. La mutilazione riguarda più di cento milioni di donne in tutto il mondo. (Fair News, 09/06/2006)

### America Latina: mortalità neonatale e cesareo

Una indagine su 97.000 parti in America Latina rivela che il 33% avviene per cesareo. Il cesareo è associato positivamente con un trattamento antibiotico postpartum, con una severa morbidità/mortalità materna, con un aumento della mortalità neonatale e con più elevati ricoveri nelle terapie intensive per oltre 7 giorni. La mortalità neonatale aumenta con il cesareo fra il 10 e il 20% (Lancet 2006;367:1819)

### Erbe cinesi

Un uomo di 30 anni, cinese, si ricovera a Londra con una ematuria macroscopica e creatinina molto alta. Da 5 anni si cura con erbe cinesi che sono indicate come epatoprotettori e contengono *Longdan Xieganwan* che a sua volta contiene *acido aristolochico*. Gli viene riscontrato un tumore vescicale a cellule transizionali. Per l'alta creatinina viene eseguita una biopsia renale che riscontra una fibrosi interstiziale. L'*acido aristolochico* è conosciuto come causa sia di fibrosi renale fino all'insufficienza che di atipie cellulari con evoluzione in carcinoma a cellule transizionali della vescica. Recentemente 100 cittadini cinesi hanno avanzato un procedimento di risarcimento contro il produttore di erbe contenenti *Longdan Xieganwan*. (Lancet 2006;368:338)



# Prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna (1999-2002)

Luca Ronfani\*, Chiara Cuoghi\*\*

\*Servizio di Epidemiologia e Biostatistica, IRCCS Burlo Garofolo e Centro per la Salute del Bambino/ONLUS, Trieste

\*\*Pediatria di Comunità, Azienda USL di Ferrara e APeC (Associazione Pediatria di Comunità)

## Abstract

### Breastfeeding prevalence in Emilia-Romagna, Italy: 1999-2002 monitoring

**Objective** A triennial observation of breastfeeding prevalence at 3 and 5 months of age promoted by the Emilia Romagna Region in order to evaluate and programme public health interventions.

**Method** A prevalence study through a survey made to mothers during the first and second vaccine session in public health offices of the Emilia-Romagna Region. This study uses WHO's definitions and recall periods for breastfeeding prevalence studies and investigates also other variables such as sleeping position.

**Results** In respect to the 1999 observation, breastfeeding prevalence has improved with an absolute increase of "complete" breastfeeding (exclusive + predominant) at 3 months and 5% at 5 months. 13% of interviewed women are not Italian. The most represented nationalities are Eastern Europe/ex USSR nations (4%) and North Africa (3.6%).

**Conclusions** Complete breastfeeding prevalence in Emilia-Romagna is in slow but constant increase in the last years. These data are nevertheless still low in respect to comparable ones obtained from other Italian regions (Friuli Venezia Giulia) and very distant from WHO's aims. Women coming from other nations compared to Italian women attend less health care preventive services during pregnancy (14 vs 40%,  $p > 0.0001$ ).

Quaderni acp 2006; 13(6): 236-240

**Key words** Breastfeeding. Prevalence. Emilia-Romagna

**Obiettivi** Rilevazione triennale della prevalenza dell'allattamento al seno (AS) a tre e cinque mesi di vita, promossa dalla Regione Emilia-Romagna per la valutazione e programmazione di interventi di salute pubblica.

**Metodi** Studio di prevalenza mediante un questionario, sottoposto alle mamme dei bambini che si presentano per la prima e seconda vaccinazione di legge negli ambulatori della Regione Emilia-Romagna, che utilizza le definizioni e il recall period suggeriti dall'OMS per gli studi di prevalenza sull'allattamento e indaga anche altre variabili, ad es. la posizione nel sonno.

**Risultati** La prevalenza di AS in Emilia-Romagna è leggermente migliorata rispetto alla rilevazione del 1999 con un aumento assoluto del 3% dell'allattamento al seno "completo" (esclusivo + predominante) al 3° mese e del 5% al 5° mese. Circa il 13% delle donne intervistate è di nazionalità non italiana. I due gruppi più rappresentati sono quello dell'Europa dell'Est/Paesi dell'ex Unione Sovietica (4%) e quello dell'Africa del Nord (3,6%).

**Conclusioni** La prevalenza dell'allattamento al seno completo in Emilia-Romagna è in lento ma costante miglioramento negli anni. Il dato resta però ancora inferiore rispetto a quello della Regione italiana di cui è disponibile un dato confrontabile (Friuli Venezia Giulia) e comunque lontano dagli obiettivi fissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Le donne di nazionalità non italiana rispetto a quelle di nazionalità italiana frequentano meno i corsi di preparazione alla nascita (14 vs 40%,  $p > 0,0001$ ).

**Parole chiave** Allattamento al seno. Prevalenza. Emilia-Romagna

L'allattamento al seno (AS) è uno degli interventi più semplici, a più basso costo e di sicura efficacia nel promuovere la salute della popolazione, e dovrebbe quindi essere promosso a tutti i livelli del

sistema sanitario (1-4). Per poter definire eventuali politiche di promozione è necessario conoscere la reale prevalenza e durata dell'AS attraverso un'accurata valutazione epidemiologica della propria

realtà locale. Grazie a tale valutazione sarà possibile da un lato confrontarci con altre realtà e dall'altro prendere decisioni su eventuali attività da promuovere a livello regionale e aziendale.

Tale percorso è stato avviato in Emilia-Romagna nel 1996 grazie al gruppo ACP-APeC (Associazione Pediatria di Comunità, sottogruppo della Associazione Culturale Pediatri) e alla Sezione Emilia-Romagna della SIP (Società Italiana di Pediatria), con il patrocinio della Regione, attraverso una valutazione della prevalenza dell'AS su un campione di bambini nel primo anno di vita (5-7). Il percorso è stato ripreso nel 1999, sempre dall'APeC con il patrocinio della Regione Emilia-Romagna, apportando alcune modifiche metodologiche alla ricerca: 1) è stato scelto un campione di bambini arruolati alla prima e alla seconda vaccinazione; 2) i dati sono stati raccolti utilizzando le definizioni standard di allattamento al seno e il recall period consigliati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per gli studi su prevalenza e durata dell'AS (8). I dati sono stati disaggregati a livello aziendale e utilizzati localmente per definire eventuali attività di sostegno all'AS, che sono state implementate in questi ultimi anni (corsi di formazione, modificazioni nelle routine dei servizi, ecc.).

A tre anni di distanza la Regione Emilia-Romagna, che ha inserito la rilevazione triennale tra gli strumenti di monitoraggio degli interventi di promozione dell'allattamento al seno, ha chiesto la collaborazione dell'ACP-APeC per condurre nuovamente l'indagine.

Nel 2002 è stata avviata perciò una seconda rilevazione su un campione di bambini con le stesse modalità di quella del 1999. Inoltre, per meglio interpretare i risultati, specie per quanto riguarda il confronto tra le due rilevazioni, è stato distribuito in ciascuna Azienda e in cia-

Per corrispondenza:  
Chiara Cuoghi  
e-mail: c.cuoghi@ausl.fe.it

scun Punto Nascita della Regione un breve questionario con l'obiettivo di analizzare le attività di promozione dell'AS realizzate a livello aziendale nel triennio considerato.

I principali risultati della rilevazione realizzata nel 2002 e il confronto con il 1999 sono presentati di seguito. In una seconda parte saranno presentati i risultati relativi alla posizione nel sonno. I dati sono stati scorporati fino al livello aziendale per facilitare l'analisi delle varie realtà locali. Attualmente è in corso l'elaborazione dei questionari di una nuova rilevazione condotta in ottobre-novembre 2005.

## Materiali e metodi

La ricerca, supportata dalla Regione Emilia-Romagna, è stata realizzata presso i Servizi di Vaccinazione in età pediatrica della Regione e si è svolta nei mesi di novembre/dicembre 2002, quindi a 3 anni esatti dalla rilevazione realizzata nel 1999. Tramite un semplice questionario, proposto in forma di intervista dagli operatori sanitari presenti in ambulatorio alla madre del bambino, o al familiare che lo accompagna, sono state rilevate le abitudini alimentari di tutti i lattanti dal terzo al quinto mese di vita, che si sono recati negli ambulatori di vaccinazioni delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna per la somministrazione delle prime o seconde dosi dei vaccini obbligatori, durante tutto il mese di novembre e i primi 14 giorni di dicembre 2002.

Come anche nel 1999, le informazioni sugli alimenti assunti dal bambino erano riferite alle 24 ore precedenti l'intervista (recall period di 24 ore) e in sede di analisi sono state ricostruite le categorie standard di allattamento al seno, secondo quanto raccomandato dall'OMS per gli studi sull'alimentazione dei lattanti. In questo modo si sono ottenuti dati confrontabili con quelli raccolti nel 1999 e con quelli di altre Regioni italiane che hanno utilizzato la stessa metodologia (Friuli Venezia Giulia, Piemonte) (9).

Nel questionario sono state inserite altre variabili di interesse quali la cittadinanza delle madri, la frequenza di un corso di preparazione alla nascita e l'ospedale di nascita. Inoltre si era interessati ad avere informazioni sulla posizione in cui ven-

**TABELLA 1: PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE ARRUOLATA E CONFRONTO CON IL 1999**

	1999	2002
Questionari raccolti	4052	7839
Questionari inseriti in database	3820 (94%)	7730 (99%)
Questionari utilizzati per l'analisi	3394 (84%)	6290 (80%)
3° mese (61-90 giorni)	1640	3318
5° mese (121-150 giorni)	1209	2324
Sesso maschile	52%	51%
Nazionalità italiana	Nd	88%
Frequenza di un corso di preparazione alla nascita	37%	37%
Frequenza dei parti a domicilio	0/3719	0,6% (9/7697)

Nd = dato non disponibile

gono messi a dormire i bambini in culla, data la sua rilevanza per la salute del bambino (la posizione supina risulta infatti associata a una forte protezione nei confronti della SIDS). Sono state dunque inserite nel questionario alcune domande rispetto a questo aspetto.

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata utilizzando il programma EPI INFO 6, versione 6.04b - ott.'97 e il pacchetto statistico SPSS per Windows, versione 9.

## Risultati

### Popolazione: caratteristiche generali

Complessivamente sono stati raccolti 7839 questionari e inseriti in database 7730 (99%). È stato quindi escluso per incompletezza poco più dell'1% dei questionari. Nel 1999 la percentuale di questionari esclusa era stata più alta (circa 6%). Le principali caratteristiche della popolazione sono riportate in *tabella 1*, insieme al confronto con la rilevazione del 1999.

Come si può vedere, il numero di questionari raccolti nel 2002 è sensibilmente più alto rispetto al 1999. Tra i due anni non vi sono differenze rilevanti rispetto alle principali variabili considerate.

Il numero di bambini reclutati in ogni Azienda, nel periodo di riferimento, risulta anche più elevato degli attesi per numero di nati residenti vaccinabili per età nel periodo, probabilmente per accessi di bambini domiciliati ma non residenti. Inoltre, date le coperture vaccinali nell'anno di riferimento per le vaccinazioni

obbligatorie pari a una media regionale del 97,6% (range 99,4-93,9) a 12 mesi, e fra i rimanenti con vaccinazioni incomplete, un n° di soggetti totalmente inadempienti all'obbligo vaccinale a 12 mesi dello 0,7% (range 0,1-2,6), si può ragionevolmente supporre di avere reclutato un campione rappresentativo della popolazione di età compresa tra 3 e 5 mesi della Regione.

Come già fatto nel 1999, l'analisi è stata comunque ristretta alla popolazione di bambini con età compresa tra 61 e 150 giorni di vita (n=6290, range 212 Imola - 1071 Modena) e per la valutazione della prevalenza dell'allattamento al seno alle due coorti del 3° (61-90 giorni) e del 5° (121-150 giorni) mese di vita.

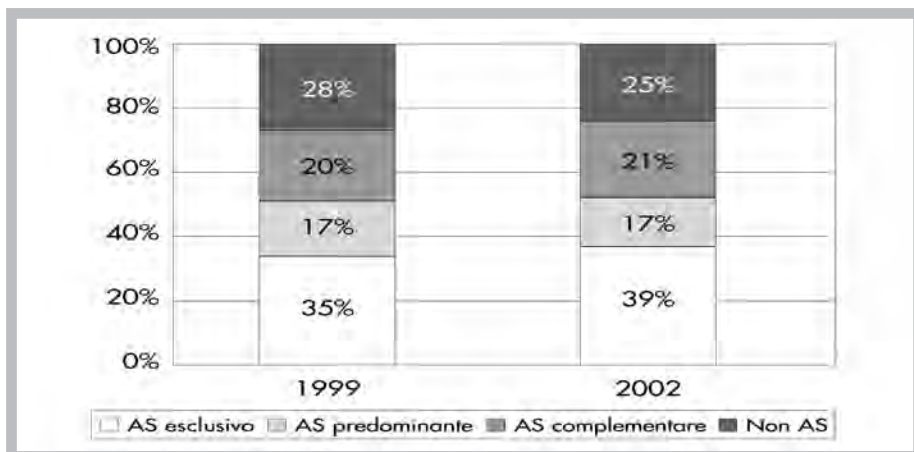
In riferimento al Paese di provenienza delle donne intervistate (variabile prevista solo nell'indagine del 2002), l'87,5% delle donne è di nazionalità italiana, mentre gli altri due gruppi più rappresentati sono quello delle donne provenienti dall'Europa dell'Est (4%) e dall'Africa settentrionale, e quindi soprattutto dai paesi del Magreb quali Marocco e Tunisia (3,6%).

### Prevalenza dell'allattamento al seno

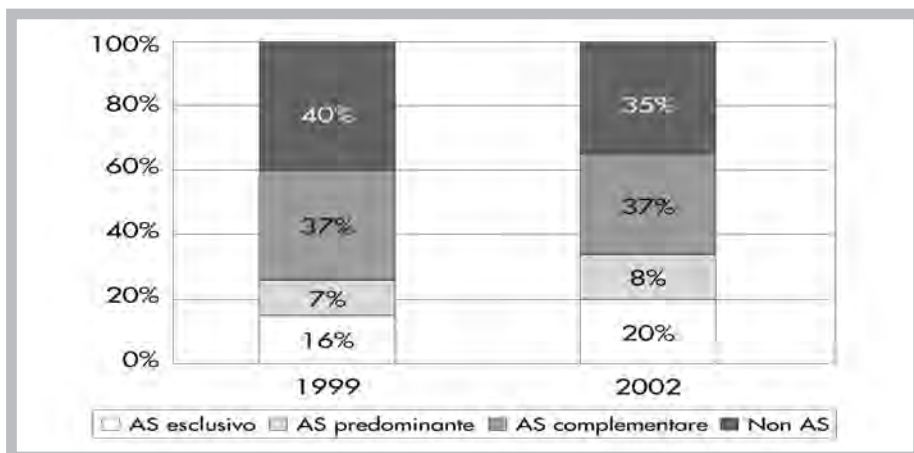
In *figura 1* e *2* sono riportati i dati di prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna nel 2002 a 3 e 5 mesi di vita, confrontati con quelli del 1999.

Come si può notare, sia a 3 che a 5 mesi c'è stato solo un piccolo miglioramento rispetto al 1999 che ha riguardato soprat-

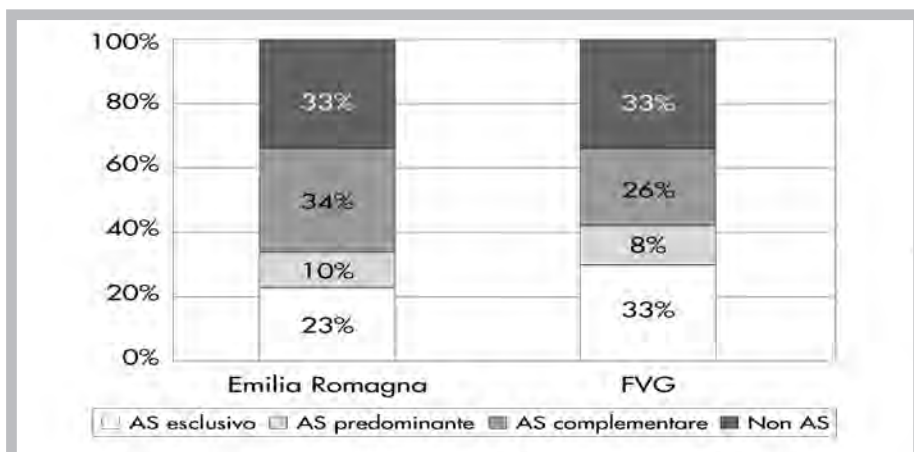
**FIGURA 1: PREVALENZA DELL'AS IN EMILIA-ROMAGNA A 3 MESI. CONFRONTO 1999-2002**



**FIGURA 2: PREVALENZA DELL'AS IN EMILIA-ROMAGNA A 5 MESI. CONFRONTO 1999-2002**



**FIGURA 3: PREVALENZA DELL'AS TRA LE 17 E LE 20 SETTIMANE DI VITA. CONFRONTO TRA EMILIA-ROMAGNA E FRIULI VENEZIA GIULIA, 2002.**



tutto la percentuale di bambini allattati al seno in maniera esclusiva a scapito dei bambini non allattati al seno (aumento relativo dell'11% a 3 mesi e del 25% a 5 mesi di AS esclusivo).

L'analisi dei dati scorporati per Azienda Sanitaria ha messo in evidenza come a 3 mesi alcune Aziende (Piacenza, Reggio Emilia, Bologna sud, Forlì) abbiano avuto un aumento della prevalenza di AS esclusivo simile a quello medio regionale, alcune (Parma, Ravenna) siano rimaste sugli stessi valori del 1999, altre (Modena, Imola, Cesena, Rimini) abbiano avuto una riduzione del dato. Si segnala che tre Aziende hanno avuto un miglioramento del dato decisamente superiore a quello medio regionale: Bologna nord (+52% rispetto al dato del 1999), Bologna città (+39%), Ferrara (+38%). Va considerato che cinque distretti (Alta Val Trebbia-Val Nure e Val d'Arda-Fiorenzuola per l'AUSL di Piacenza, e di quelli di Modena, Pavullo e Mirandola per l'AUSL di Modena) non hanno partecipato alla rilevazione del 1999. La loro esclusione anche dall'analisi dei dati del 2002 non ha comunque modificato la prevalenza dell'allattamento al seno nelle Aziende interessate.

A 5 mesi la situazione è simile a quella descritta a 3 mesi.

#### *Confronto con rilevazioni precedenti o realizzate in altre Regioni italiane*

Nel 1996 in Emilia-Romagna era già stata realizzata una rilevazione della prevalenza dell'AS (Faldella, ricerca APeC-SIP già citata), che utilizzava però una differente raccolta anamnestica (questionario per rilevazione degli alimenti assunti nel corso del primo anno di vita) e una diversa classificazione di AS (erano previste solo le categorie di "allattamento al seno, misto e artificiale"). Tenuto conto di queste differenze, il confronto tra i dati delle tre rilevazioni mette in evidenza un aumento della prevalenza dell'AS negli anni. Ad esempio l'AS completo all'età di 3 mesi è passato dal 48% del 1996 al 52% del 1999, al 55% del 2002. Si è assistito inoltre alla progressiva riduzione dei bambini non allattati al seno che sono scesi dal 34% del 1996 al 25% del 2002. Abbiamo inoltre confrontato il dato dell'Emilia-Romagna con quello raccol-



to in Friuli Venezia Giulia. In questa Regione è attivo da tempo un sistema di monitoraggio dell'AS che utilizza una metodologia simile a quella utilizzata in Emilia-Romagna, con la differenza che in Friuli Venezia Giulia la raccolta è continua (non su campione) ed è realizzata al momento della dimissione dal punto nascita e della seconda vaccinazione. Per quest'ultimo dato è possibile quindi un confronto tra le due Regioni (figura 3). I dati del Friuli Venezia Giulia si riferiscono al periodo fra 17 e 20 settimane di vita e per questo si presenta nelle tabelle il dato dell'Emilia-Romagna relativo a tale periodo. Come si può vedere, l'Emilia-Romagna ha una prevalenza più bassa di AS esclusivo e completo al momento della seconda vaccinazione.

#### *Allattamento al seno e nazionalità*

Il 12,5% delle donne intervistate è di nazionalità non italiana. I gruppi più rappresentati sono quelli delle donne provenienti dall'Est Europa/Paesi dell'ex Unione Sovietica (4%) e dall'Africa settentrionale (3,6%) (10).

A 3 mesi le donne di nazionalità italiana sembrano allattare di più in maniera esclusiva (39% vs 34%) ma in compenso hanno una percentuale sensibilmente più bassa di AS predominante (14% vs 26%) e come conseguenza una percentuale più alta di non AS (26% vs 17%). Le differenze tra allattamento pieno (esclusivo + predominante) rispetto a non pieno e tra AS (esclusivo + predominante + complementare) rispetto a non AS sono statisticamente significative ( $p=0,009$  e  $p=0,0002$  rispettivamente). Il dato viene confermato a 5 mesi, anche se la significatività statistica si mantiene solo per il secondo confronto ( $p=0,5$  e  $p=0,0005$  rispettivamente).

Nel confronto per nazionalità con il dato medio regionale qualche considerazione può essere fatta solo sui due gruppi etnici più rappresentati e cioè su quello dei Paesi dell'Est Europa (a 3 mesi  $n=145$ , a 5 mesi  $n=74$ ) e dell'Africa settentrionale (a 3 mesi  $n=110$ , a 5 mesi  $n=91$ ), mentre la bassa numerosità degli altri gruppi (sempre inferiore alle 40 donne intervistate per gruppo a 3 mesi e alle 30 per gruppo a 5 mesi) non consente di commentare i dati. Le considerazioni sopra

riportate possono essere applicate alle donne provenienti dai Paesi dell'Est Europa che presentano una minor percentuale di AS esclusivo, ma per contro una maggiore di predominante e un minor non AS. Nel gruppo di donne dell'Africa settentrionale si può notare, a 3 mesi, una percentuale di AS esclusivo e predominante superiore rispetto alle italiane e alla media regionale e una ulteriore riduzione del non AS.

Si segnala che nella popolazione reclutata alla prima e seconda vaccinazione sono pressoché assenti bambini di nazionalità cinese, nonostante la comunità cinese sia fortemente rappresentata sul territorio dell'Emilia-Romagna.

#### *Allattamento al seno e frequenza dei corsi di preparazione alla nascita*

Come nel 1999, il 37% della popolazione intervistata ha dichiarato di aver frequentato un corso di preparazione alla nascita, con importanti differenze legate alla nazionalità (40% tra le donne italiane, 14% tra le donne non italiane,  $p<0,0001$ ). Al 3° mese la probabilità di allattare al seno (esclusivo + predominante + complementare vs non AS) sembra superiore per le donne che hanno frequentato un corso di preparazione alla nascita (81% vs 72%). La cosa vale anche per l'AS esclusivo (43% vs 36%). Le differenze sono statisticamente significative ( $p<0,0001$  in entrambi i casi).

Anche al 5° mese le probabilità di allattare al seno (74% vs 60%) e di farlo in maniera esclusiva (24% vs 18%) sembrano associate in maniera statisticamente significativa alla frequenza di un corso di preparazione alla nascita (in entrambi i casi  $p<0,001$ ).

#### **Discussione**

Come per tutti gli interventi realizzati in ambito sanitario, anche le attività di promozione dell'AS richiedono un periodico monitoraggio. In questa direzione si è mosso l'APeC insieme all'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna, quando nel 1999 ha iniziato a raccogliere dati di prevalenza sull'allattamento materno. La raccolta è stata realizzata presso i Centri di vaccinazione al momento della prima e della seconda vaccinazione su campione di bambini (per 1

mese e 1/2 all'anno) e con una cadenza triennale. Per la definizione delle categorie di AS ci si è attenuti a quanto raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. A nostra conoscenza in Italia solo in Friuli Venezia Giulia vengono raccolti dati routinari sulla prevalenza dell'AS con una metodologia confrontabile a quella utilizzata in Emilia-Romagna.

I risultati delle attività di monitoraggio realizzate in Emilia-Romagna e il confronto con i dati del Friuli Venezia Giulia consentono di fare alcune considerazioni.

Uno dei problemi a cui si va incontro realizzando un monitoraggio periodico (nel nostro caso triennale) su campione è quello dell'attivazione del sistema, che può essere, a distanza di anni, lenta e difficile. Nel caso dell'Emilia-Romagna il problema non si è verificato. Qualche difficoltà c'è stata nel 1999 al momento della prima rilevazione (e infatti alcuni distretti non vi hanno partecipato), ma non all'avvio della seconda come pure della terza, che si è appena conclusa. Ci sembra quindi che questa metodologia di raccolta dati sulla prevalenza dell'AS sia attuabile e soprattutto sostenibile, specie in presenza di una committenza chiara da parte delle autorità sanitarie regionali (in questo caso dell'Assessorato alla Sanità). La copertura del 2002 è stata decisamente migliore rispetto a quella del 1999, garantendo risultati più robusti e validi, anche dopo avere incorporato i dati per Azienda.

I risultati regionali mettono in evidenza solo un costante ma piccolo miglioramento nella prevalenza dell'AS (specie esclusivo) rispetto alle rilevazioni del 1999 e del 1996. L'analisi scorciata per azienda mostra differenze interaziendali anche importanti, con un dato in peggioramento in alcune AUSL e in miglioramento (anche importante) in altre. Resta da verificare quanto le modificazioni viste siano legate alle attività di promozione e sostegno dell'AS realizzate (o meno) nelle varie Aziende o a inaccuratezza della rilevazione precedente: a quella del 1999 infatti non hanno partecipato alcuni Distretti, e altre aree hanno invece raccolto pochi questionari; quella del 1996 utilizzava una differente raccolta anamnestica e classificazione di AS. Per interpretare meglio i dati di prevalenza

za aziendali alla fine del primo semestre 2003 era stato distribuito un secondo questionario ai referenti ospedalieri e territoriali. L'obiettivo era quello di analizzare le attività di promozione dell'AS realizzate nelle diverse Aziende sia in ospedale che sul territorio nel periodo compreso tra il 1999 e il 2002. Le informazioni raccolte sono risultate difficoltose da sintetizzare ed è sembrato quindi più utile promuovere la costituzione di tavoli di lavoro locali per interpretare i dati e valutare, dove vi siano state modificazioni di rilievo, quali attività abbiano maggiormente contribuito al risultato. Con questo spirito è stato nel frattempo istituito un gruppo regionale multidisciplinare di professionisti, coordinato dal Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria (CeVEAS) di Modena, che ha recentemente prodotto uno strumento di lavoro che fornisce una revisione delle prove di efficacia sulla promozione dell'AS e le raccomandazioni per mettere a punto un piano di implementazione sulla base dell'analisi del contesto locale. Il pacchetto è disponibile sul sito [www.saperidoc.it](http://www.saperidoc.it).

Il confronto con il Friuli Venezia Giulia per i dati raccolti al momento della seconda vaccinazione mette in evidenza che in Emilia-Romagna c'è meno allattamento esclusivo e completo, indicando la possibilità di ulteriori miglioramenti. Più in generale, il dato della Regione rimane molto distante dal valore prefissato come obiettivo nel progetto "Salute per tutti entro l'anno 2000" dall'OMS, che raccomanda un allattamento esclusivo almeno per il 50% dei bambini al sesto mese di vita (11-12).

Circa il 13% delle donne intervistate era di nazionalità non italiana. Il loro accesso ai corsi di preparazione alla nascita è notevolmente più basso rispetto alle donne di nazionalità italiana. I due gruppi più rappresentati (Europa dell'Est e Africa settentrionale) sembrano allattare complessivamente di più rispetto alle donne italiane. Colpisce inoltre l'assenza nella popolazione reclutata alla prima e seconda vaccinazione di bambini di nazionalità cinese, nonostante la comunità cinese sia fortemente rappresentata sul territorio dell'Emilia-Romagna (da rilevazioni realizzate nel 2000 e dal

report regionale delle SDO per i parti dell'anno 2002 i cinesi rappresentano il quarto gruppo etnico residente in Regione) (13). Il fatto è presumibilmente dovuto a motivi culturali, dato che dopo la nascita i neonati di questa etnia vengono condotti in Cina dove trascorrono i primi mesi di vita, ed è degno di nota per i programmi di salute pubblica.

La frequenza di un corso di preparazione alla nascita sembra associarsi in maniera statisticamente significativa all'allattamento al seno a 3 e 5 mesi. In realtà, dato che molti sono i fattori che possono influenzare avvio e durata dell'AS e che nel presente studio non è stato possibile controllare completamente. Tale relazione ha un valore estremamente limitato e nulla può essere detto sulla sua causalità. Le informazioni fornite dal monitoraggio della prevalenza dell'AS sono state adeguatamente trasferite agli operatori sanitari della Regione sia attraverso la produzione di un rapporto scritto (reperibile all'indirizzo web: [www.saluter.it/wcm/saluter/bisogni/servizi\\_ascolto\\_cura/con\\_sultori/allegati2/REPORT%202002.pdf](http://www.saluter.it/wcm/saluter/bisogni/servizi_ascolto_cura/con_sultori/allegati2/REPORT%202002.pdf)) sia con presentazione diretta in incontri ad hoc. Riteniamo che tali informazioni, specie quelle scorporate per AUSL, possano essere utili per verificare l'impatto delle attività di promozione dell'AS realizzate e per programmarne ulteriori. Per tale motivo l'Assessorato alla Sanità ha deciso di continuare a raccogliere ogni 3 anni. Con la rilevazione del 2005 che si è appena conclusa dovrebbero essere disponibili dati pienamente confrontabili con quelli del 2002 e quindi sarà possibile avere un quadro più preciso dell'andamento della prevalenza dell'AS in Regione. ♦

#### Ringraziamenti

Si coglie l'occasione per ringraziare le dott.sse Angela Paganelli, Diana Tramonti, Maria Luisa Marcaccio, Elena Castelli e Michela Bragliani della Regione Emilia-Romagna per il supporto organizzativo e tutto il personale sanitario deputato alle vaccinazioni dell'infanzia delle varie AUSL che ha reso possibile, grazie alla collaborazione e all'impegno quotidiano, questa ricerca.

Un grazie particolare per il prezioso contributo per l'inserimento in EPIINFO dei dati dei questionari: AUSL Forlì, Orietta Mastini, Gino Fanfoni; AUSL Cesena, Roberta Bigazzi; AUSL Bologna Sud, Michela Pola, Roberta Carboni e per la collaborazione prestata ai referenti distrettuali per la raccolta dei questionari:

AUSL Piacenza, Ilario Maffini; AUSL Parma, Gianfranco Zambelloni, Achilla Gorni, Ruggero Triani, Daniela Saracchi; AUSL Reggio Emilia, Ciro Capuano, Teresa Fontanesi, Giuliano Bagnoli, Luigi Moscara, Rossella Palmieri, Maria Baroni; AUSL Modena, Valter Turchi, Gabriella Tartarini, Giulio Sighinolfi, Claudio Chiossi, Franco Mattei, Irene Ragni, Concetta Contrino; AUSL Bologna Sud, Antonietta Papisodero, Luciana Nicoli, Paola Lenzi; AUSL Imola, Lodovica Veronese; AUSL Bologna Nord, Berardina Colaiuda, Daniela Rubbini; AUSL Città di Bologna, Isa Ruffilli, Anna Tomesani; AUSL Ferrara, Massimo Cornale, Giuliana Mengoli, Angela Garbini; AUSL Ravenna, Denise Regazzi, Elena Rambelli, Iolanda Tondini; AUSL Forlì, Anna Maria Baldoni; AUSL Cesena, Franca Foschi, Fosca Marrone; AUSL Rimini, M. Grazia Pascucci, Mara Asciano, Anna Pecci.

#### Bibliografia

- (1) King M. A warm chain for breastfeeding (editoriale). *Lancet* 1994;334:1239-41.
- (2) Dichiarazione degli Innocenti. WHO, UNICEF, US A.I.D., UNFPA, UNDP, SIDA, UK ODA, FAO, WFP, WORLD BANK. Firenze, 1 agosto 1990.
- (3) EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, 2004. Available at: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2002/promotion/fp\\_promotion\\_2002\\_frep\\_18\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf)
- (4) American Academy of Pediatrics. Policy Statement - Breastfeeding And The Use Of Human Milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506 (ed. it. 2005; 17:105-16).
- (5) Faldella G, Di Comite A, Marchiani E, et al. Prevalenza dell'allattamento materno in Emilia Romagna. *Riv Ital Pediatr* 1997;23:331-6.
- (6) Faldella G, Di Comite A, Marchiani E, et al. Pratiche alimentari neonatali nei reparti di ostetricia in Emilia Romagna. *Riv Ital Pediatr* 1998; 24:427-31.
- (7) Faldella G, Di Comite A, Marchiani E, et al. Accurate means of measuring breastfeeding prevalence (lett.). *Acta Pediatr* 1998;87:479-80.
- (8) Cuoghi C, Farneti M, Ronfani L, Cattaneo A. Prevalenza dell'allattamento al seno nella Regione Emilia-Romagna. *Quaderni acp* 2001;4:12-4.
- (9) Cattaneo A, Davanzo R, Ronfani L. Are data on the prevalence and duration of breastfeeding reliable? The case of Italy. *Acta Pediatr* 2000;89:88-93.
- (10) Elaborazione del Servizio Assistenza Distrettuale su aggregazione Caritas, "Immigrazione-Dossier Statistico '98", Roma: Edizioni Anterem, 1997.
- (11) WHO/UNICEF. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. Geneva: WHO, 1993.
- (12) WHO/Fifty-Fifth World Health Assembly A55/15. Infant And Young Child Nutrition. Global Strategy On Infant And Young Child Feeding. Geneva: WHO, 2002.
- (13) Regione Emilia-Romagna. Assessorato alle Politiche Sociali. Immigrazione. Progetto giovani. Cooperazione internazionale. L'immigrazione straniera in Emilia-Romagna. Gennaio 2001.

# Un'eredità del progetto di adozione sociale a Napoli: la ludoteca di Secondigliano

Roberta Arsieri  
Pediatra, ACP Campania

## Abstract

*An heritage from the social adoption project in Naples: Secondigliano's (Naples) toy library*

*Starting from the social adoption project realized in Naples in the 1990's many experiences regarding socially disadvantaged children were born. Among these a toy library in Secondigliano (Naples) in order to support mothers and all children living in the area. The toy library's activities are basically three: the "Nati per Leggere" project for children from 6 months to 6 years of age, "Storie in gioco" for older children (6-12 years) and "Leggere per..." for adolescents and adults.*

*Quaderni acp 2005; 13(6): 242-243*

**Key words** Social risk. Social assistance. Mother-child health

*Dal progetto di adozione sociale realizzato a Napoli negli anni Novanta sono nate molte esperienze nel campo dell'assistenza ai bambini a rischio sociale. Viene illustrata l'esperienza della ludoteca di Secondigliano, sede di un intervento di sostegno alle madri e ai bambini dedicato alle madri, ai bambini e ai giovani del quartiere. L'attività della ludoteca si fonda su tre ambiti: "Nati per Leggere", dedicato alla fascia di età 6 mesi-6 anni; "Storie in gioco", per i ragazzi di 6-12 anni; "Leggere per..." , per ragazzi, giovani e adulti.*

**Parole chiave** Rischio sociale. Assistenza sociale. Salute materno-infantile

Su questa rivista (*Quaderni acp 2003;3:10*) è stato illustrato il progetto di adozione sociale realizzato a Napoli. Si era annunciato che da quel progetto erano nate molte altre esperienze sul campo. Questa che viene presentata ha mosso i primi passi in quegli anni in cui il Comune di Napoli rappresentava un vero e proprio laboratorio di nuove idee, ed era un punto di riferimento prezioso per tanti operatori.

## Il contesto

Secondigliano, abitato nel Medioevo da contadini, vassalli di nobili feudatari prima e della curia arcivescovile dopo, era un villaggio quasi inaccessibile fino al 1500. In epoca aragonese fu sottoposto a bonifica delle paludi e furono realizzati tracciati urbanistici più geometrici e meno casuali che portarono alla configurazione del "casale", un insieme di masserie, circondate da campi. In ogni masseria le case erano articolate intorno a una corte dove si svolgevano tutte le attività di lavorazione dei prodotti della terra e si macellavano le carni. In ogni casa c'era un telaio: i fittuari lavoravano il lino, la canapa e la seta da loro stessi coltivati. La vendita di vino, pane, salumi, formaggi, tessuti, frutta e

verdure nel mercato locale o in quelli di Napoli garantiva la sussistenza e serviva a pagare le tasse. Benché visse in schiavitù economica, la popolazione aveva la terra da coltivare, le attrezzature e una casa. Alla fine del XIX secolo gli abitanti erano circa 8000 e Secondigliano rimase comune suburbano, con relativa autonomia amministrativa, fino al 1929, quando entrò a far parte del Comune di Napoli.

Oggi Secondigliano è il risultato di un processo di crescita edilizia all'interno delle numerose masserie, copre una superficie di 2,94 km<sup>2</sup>, vi risiedono 51.000 abitanti, 17.392 per km<sup>2</sup>. È un quartiere di giovani: il tasso di natalità è 12,3‰, il 38% degli abitanti ha meno di 25 anni, i ragazzi da 5 a 14 anni sono circa 6000 e l'indice di vecchiaia è al 62%; è tra i più bassi della Campania.

A questi dati positivi fanno riscontro un alto tasso di disoccupazione giovanile e un basso livello medio di scolarizzazione degli abitanti. Il tasso di disagio scolastico riguarda l'11‰ degli scolari del primo ciclo e il 146‰ di quelli del secondo ciclo. Nel quartiere si registrano le più alte percentuali della città di madri con livello di istruzione uguale o inferiore alla quinta

elementare, di madri adolescenti e di madri che sfuggono ai controlli di prevenzione in gravidanza. Pochissimi bambini sono sottoposti alla vaccinazione antimorbillo-parotite-rosolia, come scrive Giuseppe Cirillo in *Salute e Territorio* (2002;133:202).

Le origini contadine del quartiere si sono perse con l'urbanizzazione, accelerata dal terremoto del 1980, in seguito al quale molte famiglie di senza-tetto furono sistemate a Secondigliano in una specie di ghetto, il Rione dei Fiori, ribattezzato dagli abitanti stessi "Terzo Mondo", per l'alta concentrazione di soggetti marginali e per la carenza di servizi essenziali. L'attuale sovraffollamento, l'invivibilità dello spazio urbano, la carenza di opportunità di lavoro e di aggregazione, la povertà, sono alla base del diffuso comportamento asociale e aggressivo e anche del rifiuto di ogni norma, che caratterizza soprattutto i giovani. Ne è prova, tra tante, la frequente vandalizzazione degli istituti scolastici. La scuola non riesce a far raggiungere ai più disagiati l'obiettivo di base di imparare a leggere, scrivere e far di conto. Per i bambini non esistono opportunità diverse dalla strada e dalla televisione ed è difficile dire quale prospettiva sia più nociva al loro sviluppo.

## L'azione del Comune

In questo scenario da 7-8 anni si vanno inserendo i progetti comunali finalizzati a promuovere azioni di contrasto all'abuso, al maltrattamento, all'emarginazione e nello stesso tempo a dare a centinaia di ragazzi opportunità di gioco e di conoscenza in ambienti sani e protetti. Napoli, primo Comune in Italia, ha varato il Piano Territoriale d'intervento per l'infanzia e l'adolescenza, finanziato dalla legge 285/97 e realizzato da una rete collaborativa tra le Agenzie delle Istituzioni (Assessorati, Provveditorato agli Studi, ASL Napoli 1, Centro Giustizia Minorile, ecc.) e quelle del Terzo Settore, che in Campania sostengono circa l'80% degli interventi in favore dell'infanzia. Il Piano è stato progettato con una specifica attenzione ai gruppi socialmente svantaggiati che vivono nelle periferie,

Per corrispondenza:  
Roberta Arsieri  
e-mail: r.arsieri@aliceposta.it

**rischio** sociale



senza escludere la necessaria integrazione con altri bambini che, pur godendo di discrete condizioni socio-economiche, vivono in contiguità con il rischio sociale e, per questo, rischiano di essere segregati davanti alla TV o di uscire, tenuti per mano, come detenuti in libertà vigilata. Pian piano, mediante una rete collaborativa tra istituzioni e terzo settore, si sono moltiplicate iniziative che hanno coinvolto un elevato numero di ragazzi, ma si è ancora molto lontani dall'obiettivo di raggiungere tutti i potenziali utenti.

### La collaborazione tra ACP e Terzo Settore

Nel 1995, in risposta alla sollecitazione del Sindaco, che chiedeva alla società civile di assumere un ruolo di cittadinanza attiva e propositiva, è nata l'Associazione "Laboratorio Città Nuova" (LCN), che ha individuato come ambiti di intervento la riduzione del disagio sociale e la riqualificazione delle periferie urbane. In questi 8 anni il LCN ha realizzato numerose iniziative, tra le quali le più significative sono la biblioteca di quartiere "G. Mazzacurati" di Bagnoli, dotata di circa 10.000 volumi, e la ludoteca di Secondigliano. Il LCN annovera tra i suoi soci anche alcuni pediatri che nel 1995 hanno collaborato con l'ACP a uno studio pilota sul Progetto di adozione del bambino a rischio sociale (RS) nel Distretto 50, al quale appartiene Secondigliano. Il Progetto di adozione sociale è stato esteso, successivamente, a tutta l'utenza metropolitana.

Nel LCN ci si è posti, quindi, l'interrogativo: e dopo? Anche se usufruisce di un supporto alla famiglia nei primi anni di vita, quali opportunità avrà un bambino a RS che cresce in uno dei quartieri più degradati della periferia napoletana? È stato, quindi, progettato un intervento di sostegno alle madri e ai bambini a RS che si collegasse all'adozione e con questo obiettivo è iniziata un'attività, che continua tuttora, dedicata alle madri, ai bambini e ai giovani del quartiere.

Nel 1996, accolte in uno spazio antistante l'ambulatorio della pediatria del Consultorio del Rione dei Fiori, Lina Di Maio, volontarie del LCN hanno aperto uno "sportello informativo per le madri" su percorsi amministrativi, scolastici e sanitari, e uno "spazio ludico" per l'intrattenimento dei bambini durante l'attesa della visita pediatrica. I colloqui con le madri sono stati l'occasione per parlare dei loro figli,

ma anche per discutere dei problemi legati alla vivibilità del quartiere, con l'intento di far crescere lo spirito di solidarietà e il desiderio di cambiamento tra persone che vivono nelle stesse difficili condizioni. Le volontarie offrivano tempo alle madri, sostituendole nella cura dei bambini durante brevi assenze. Successivamente lo spazio ludico ha funzionato anche come ludoteca per ragazzi a RS di 6-12 anni, segnalati dalla pediatra.

Dal 1998 lo sportello e la ludoteca, alla quale i bambini hanno dato il nome "vullimmo pazzia", sono stati trasferiti in locali della Biblioteca Comunale "G. Dorso", messi a disposizione dall'Assessorato alla Dignità del Comune di Napoli.

La ludoteca opera in rete con i Progetti Comunali ("La città in gioco", "Ragazzi in Città", "Educativa Territoriale") ed è aperta ogni pomeriggio per tre ore. Finora è stata frequentata da centinaia di ragazzi di 6-12 anni, segnalati dalla pediatra, dai servizi sociali, dalle scuole o venuti liberamente. I ragazzi sono liberi di giocare o di partecipare ai laboratori (colore, manipolazione, preparazione di dolci, teatro, lettura animata, ecc.); nei mesi estivi sono accompagnati in piscina, al mare o presso la struttura comunale di Marechiaro per soggiorni educativi e di svago.

Nel rapporto con i ragazzi si cerca di porre attenzione alle loro modalità di comunicazione, più gestuali che verbali, di interpretare l'aggressività o il silenzio, ambedue possibili segnali di disagio, di migliorarne l'autostima e l'autonomia. Si privilegia l'apprezzamento del percorso, piuttosto che la valutazione o la correzione del risultato ottenuto nello svolgimento di qualunque attività. Gli operatori parlano in italiano, ma usano il dialetto nel momento in cui occorre stabilire la relazione.

Eventuali problemi di salute fisici, (il più frequente è la pediculosi) o psichici sono discussi e affrontati con i genitori, la pediatra del Consultorio e la psicologa del Distretto Sanitario.

Tutto ciò è stato ed è possibile per il contributo di giovani del quartiere, la maggioranza ragazze, che sono stati formati da esperti del LCN sui temi del disagio sociale e sulle tecniche del gioco guidato e dei laboratori creativo-espressivi per bambini. La formazione permanente si realizza attraverso l'esperienza sul campo, la partecipazione a workshop teorico-pratici e a stages a Napoli e in altre realtà, come Reggio Emilia, Bologna, Salerno, Gafsa. Il gemel-

laggio e lo scambio di visite tra operatori della ludoteca di Secondigliano e quelli delle scuole della Regione di Gafsa in Tunisia sono stati un'occasione per ampliare i loro orizzonti mediante il confronto con realtà più povere, ma meno degradate di Secondigliano.

L'ultimo seminario, in ordine di tempo, è stato quello realizzato il 27 gennaio 2003 in occasione dell'incontro con il prof. Jack Zipes, che ha presentato il suo ultimo libro, "Oltre il giardino: l'inquietante successo della letteratura per l'infanzia da Pinocchio a Harry Potter", ed. Mondadori, 2002. All'incontro è stata data la massima pubblicizzazione, non solo per l'indubbia valenza culturale, ma anche per l'impatto sociale che può avere la sua realizzazione a Secondigliano, piuttosto che in una sede privilegiata del centro città. Si è voluto dare un messaggio, soprattutto agli abitanti del quartiere, che, se si vuole, nelle periferie non ci sono solo gli eventi riportati in cronaca nera, ma anche quelli che meritano la pagina della cultura sul quotidiano più diffuso in città.

La collaborazione con l'ACP continua tutt'oggi fruttuosamente nella promozione dei Progetti di promozione alla lettura, che hanno trovato interlocutori sensibili nell'Amministrazione Comunale. Il Comune, infatti, sostiene a Secondigliano in collaborazione con l'ACP, il LCN, il Centro Salute del Bambino e il Provveditorato agli Studi tre progetti: "Nati per Leggere", dedicato alla fascia di età 6 mesi-6 anni; "Storie in gioco", per i ragazzi di 6-12 anni; "Leggere per...", per ragazzi, giovani e adulti.

### Conclusioni

Sappiamo che l'azione del Comune e delle Associazioni che offrono la loro collaborazione, in assenza di interventi strutturali centrali, finalizzati a risolvere il problema della disoccupazione (soprattutto femminile, vero fattore di protezione per i figli) e quello della casa, non saranno efficaci a cambiare un destino che, per molti ragazzi a RS, appare irrimediabilmente segnato. Siamo anche consapevoli dei limiti di questo nostro ruolo e dobbiamo accontentarci se quello che facciamo serve, almeno, a dare a molti ragazzi momenti di gioia e a un gruppo di giovani donne del quartiere la spinta per crescere e per diventare un punto di riferimento e un elemento di speranza per tante/tanti loro coetanei. ♦

# L'integrazione delle politiche per la salute dei bambini e delle famiglie

## L'esperienza di Napoli

Carmela di Maio\*, Giuseppe Cirillo\*\*

\*Dipartimento Socio-Sanitario, ASL Napoli 1; \*\*Centro Studi Interistituzionale, Comune di Napoli, ASL Napoli 1



### Abstract

#### Health policies' integration for children and families: an experience in Naples

The paper goes through the basis for a social and health planning within a community of citizen and especially for children from 0 to 14 years of age. Important is in a community, the definitions of needs and of social and health priorities. The paper describes this kind of planning in the city of Naples, with a population of 1.004.500, a birth rate of 10.87 per thousand, with 171.831 children aged 0-14 years (17.1% of the whole population compared with the Italian national data of 14.2%); 17.816 immigrants of which 2288 under 14. The evaluation of a two year activity on a population of 20.865 newborns of which 10.144 first born is described.

Quaderni acp 2006; 13(6): 243-246

**Key words** Health planning. Mother-child health. Community

L'articolo discute, sulla base della letteratura disponibile, le basi della programmazione sociale e sanitaria e la colloca all'interno della comunità dei cittadini e in particolare dei bambini da 0 a 14 anni. Nella comunità deve avvenire la lettura dei bisogni, la definizione delle priorità sociali e sanitarie. Colloca un esempio di programma all'interno della comunità del Comune di Napoli che ha 1.004.500 di abitanti, un tasso di natalità di 10,87 per mille, 171.831 abitanti tra 0 e 14 anni (17,1% della popolazione totale contro il 14,2% in Italia), 17.816 stranieri, di cui 2288 minori di 14 anni. Esamina i risultati di due anni di attività su una popolazione di 20.865 nati, di cui circa 10.144 primogeniti.

**Parole chiave** Programmazione sanitaria. Salute materno-infantile. Comunità

È sempre più necessario cercare di legare le trasformazioni che si sono determinate in questi anni, relativamente all'integrazione socio-sanitaria, in ambito legislativo, organizzativo e culturale, all'evoluzione, avvenuta negli ultimi dieci anni, del Progetto "Adozione sociale" (prima sperimentazione nel 1995 nel quartiere Secondigliano di Napoli).

L'integrazione dei sistemi sociosanitari infatti ha ricevuto un notevole impulso, prima con la legge 285/97, successivamente con il D.lgs 229/99 e infine con la Legge di riforma dei Servizi Sociali 328/00.

In questo contesto alcune parole chiave hanno ricevuto un rinnovato vigore ed anche il Progetto "Adozione sociale", ora Programma di sostegno genitoriale precoce, è stato inserito tra i programmi prioritari del Piano di zona del Comune di Napoli, del corrispondente Piano attuativo locale e dei Programmi delle attività territoriali della ASL Napoli 1.

Il programma può, allo stato della sua evoluzione, essere considerato un programma di promozione della salute e come tale definirsi in un paradigma rinnovato.

Tre sono gli elementi concettuali, le parole chiave, intorno a cui può essere articolata la nostra riflessione:

- ▲ la comunità (come sede)
- ▲ la salute (come obiettivo)
- ▲ la sanità (come mezzo)

#### La comunità

È la sede

- della lettura dei bisogni;
- dove è possibile stabilire le priorità sociali e sanitarie;
- da assumere come base della programmazione sociale e sanitaria.

Il pediatra vive e lavora in un sistema-comunità dove sono presenti e agiscono i determinanti della salute (ambiente, relazioni sociali), si realizzano comporta-

menti e stili di vita, dove le dinamiche economiche modificano velocemente le condizioni di vita dei bambini e delle famiglie, dove prendono corpo le relazioni sociali (figura 1).

Tenere conto delle specificità territoriali, identificate attraverso l'analisi territoriale e la lettura dei bisogni, rappresenta uno degli elementi fondanti dell'attuale sistema di programmazione. Le informazioni relative alle famiglie di nuova formazione, raccolte attraverso le schede del Programma di sostegno alla genitorialità, rappresentano un prezioso e tempestivo sistema di conoscenza della comunità.

#### La salute (come obiettivo) e la sanità (come mezzo)

I determinanti della salute sono: reddito (livello e distribuzione), stato sociale, educazione-istruzione-formazione, condizioni di lavoro, ambiente fisico, biologia-genetica, stili di vita-comportamenti, sviluppo nell'infanzia, servizi socio-sanitari-educativi.

Essi agiscono e sono presenti nel sistema-comunità, e in maniera circolare e complessa influenzano e determinano lo stato di salute.

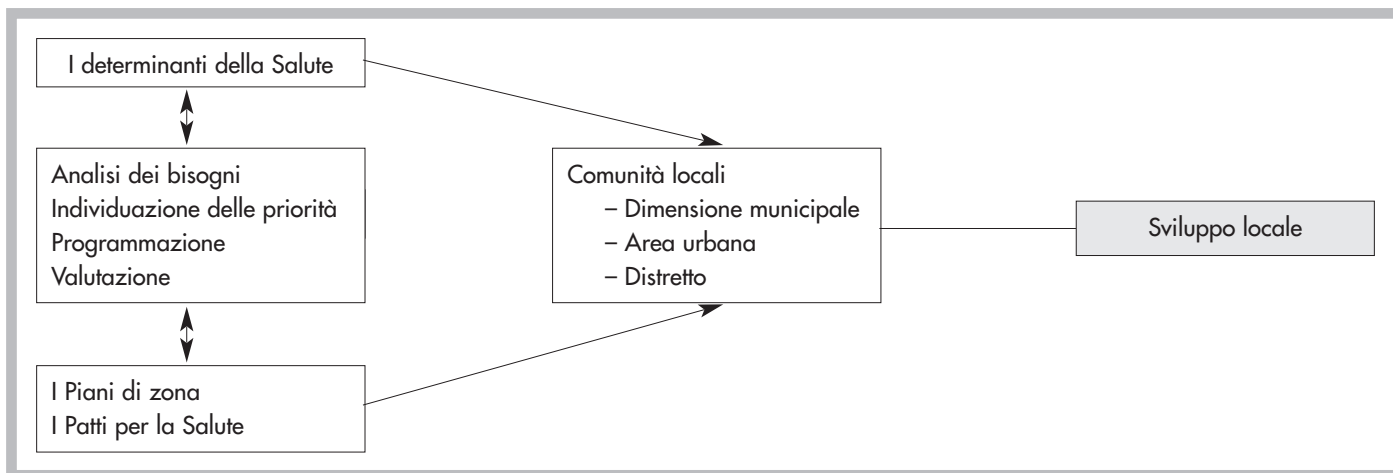
Lo stato di salute quindi è un equilibrio dinamico tra tutti questi fattori, tenendo conto della complessità delle catene causali che portano alla riduzione e perdita delle buone condizioni di salute (figura 2).

Migliorare lo stato di salute, promuovere la salute, significa intervenire ed esercitare una influenza su tutti i fattori coinvolti, da quelli distali (condizioni socio-economiche) a quelli prossimali (inattività, dieta, l'uso di tabacco o alcool, l'alienazione, l'esclusione sociale, l'isolamento), utilizzando tutti gli strumenti disponibili e quindi anche e non solo la sanità.

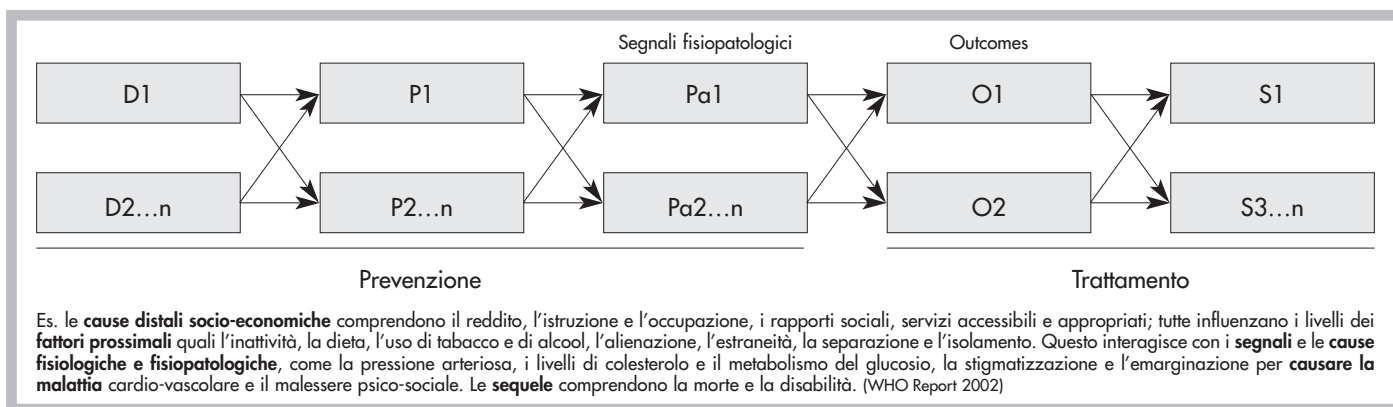
Per noi pediatri la promozione della salute (riconosciuta come bene comune) rap-

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

**FIGURA 1: IL SISTEMA COMUNITÀ**



**FIGURA 2: CATENE CAUSALI DI ESPOSIZIONE CHE PORTANO ALLA MALATTIA**



presenta un elemento fondamentale dello sviluppo locale e il fondamento delle buone condizioni di vita. Essa viene costruita con il contributo delle politiche intersettoriali integrate e di ogni singolo individuo.

Migliorare e promuovere la salute a livello comunitario significa rafforzare le abilità e le capacità dei genitori di prendere iniziative e rafforzare la loro capacità di esercitare, attraverso la crescita della forza della società civile e del capitale sociale, un controllo sui determinanti della salute. È ovvio che il capitale sociale va inteso sia da un punto di vista strutturale (reti sociali, associazioni) sia da un punto di vista cognitivo (fiducia negli altri, norme di reciprocità generalizzate) per la costruzione di reti formali e informali.

I pediatri sono consapevoli che la salute è determinata non solo dal sistema sanitario ma da interventi sulla vita materia-

le e sui bisogni complessi dei bambini e delle loro famiglie (bambini con problemi cronici, disabilità, e altro). Da qui nasce la consapevolezza che le misure di sostegno e di presa in carico e le strategie di prevenzione e di promozione della salute per essere efficaci devono essere integrate e complesse: integrate per la collaborazione di diverse istituzioni, complesse perché progettate e realizzate per rispondere a bisogni molteplici.

È necessaria, quindi, l'integrazione socio-sanitaria ed educativa delle politiche, ma soprattutto dei modelli organizzativi che implicano non solo la continuità sequenziale verticale ospedale-territorio ma anche e soprattutto nessi orizzontali nel lavoro quotidiano in funzione di una unica persona-bambino-famiglia e dei suoi molteplici bisogni.

È quindi necessario da un lato migliorare e promuovere la salute attraverso azioni

comunitarie e dall'altro definire e organizzare processi assistenziali integrati che, attraverso protocolli clinico-organizzativi, siano condivisi tra le istituzioni, i servizi e gli operatori.

Le azioni comunitarie si svolgono, nell'ambito del governo della salute, nei Distretti territoriali, attraverso l'integrazione delle politiche e dei programmi (Piano di zona sociale dei Comuni - Programmi delle attività territoriali dei Distretti sanitari), e la riconversione delle risorse sanitarie impiegate in modo inappropriato (ricoveri ospedalieri inappropriati ripetuti, consumo inappropriato di farmaci, ecc.) in attività di promozione della salute, di educazione e formazione dei genitori, di prevenzione. È ovvio, quindi, che non si esauriscono in accettazione della domanda delle popolazioni.

Le azioni di governo hanno però bisogno di alcuni indispensabili strumenti e di un



set minimo di conoscenze e informazioni e cioè:

- un panel di dati e indicatori di tipo socio-demografico e di utenza dei servizi socio-sanitari ed educativi, declinati per residenza della popolazione (ricoveri ospedalieri, ricoveri in strutture socio-sanitarie residenziali, dispersione scolastica, ecc.) e non per struttura e servizi;
- obiettivi di salute integrativi, rispetto a quelli nazionali e regionali, in relazione alle caratteristiche territoriali;
- misure al “tempo 0”;
- monitoraggio e valutazione, coerenti con gli obiettivi definiti, delle condizioni sociali degli utenti (genitori).

I *processi assistenziali*, integrati e condiziati, devono attuarsi attraverso protocolli clinico-organizzativi. È necessario prevedere una metodologia comune, sintetizzabile nelle seguenti fasi:

- accesso/contatto;
- valutazione integrata;
- presa in carico-progetto personalizzato;
- verifica;
- uscita.

Questa metodologia può essere utilizzata per molti percorsi assistenziali di presa in carico, ma anche di promozione della salute. In questo modo si possono condividere il programma di sostegno precoce alla genitorialità, l’inclusione sociale dei bambini con disabilità, la presa in carico di bambini con malattia cronica, passando da modelli territoriali di prestazione erogata a domanda, a quelli di presa in carico, sostegno e offerta attiva.

Sembra utile attualizzare i percorsi cui si è accennato in un più preciso contesto: quello di Napoli.

### Il “contesto di Napoli”

La città ha 1.004.500 abitanti, un tasso di natalità di 10,87 per mille, 171.831 abitanti tra 0 e 14 anni (17,1% della popolazione totale contro il 14,2% in Italia), 17.816 stranieri, di cui 2288 minori di 14 anni.

In sintesi: si nasce di più, la mortalità neonatale è più elevata, ci sono minori servizi, maggiore abbandono scolastico, maggiore numero dei minori in difficoltà

e dunque molti bambini “hanno già fin dalla nascita pregiudicato il loro ingresso nel mondo adulto”.

### Il Sistema organizzativo e le Azioni

Esiste un’unica Azienda sanitaria, divisa in dieci Distretti coincidenti con le dieci Unità territoriali di base del Piano sociale di zona e le istituende dieci Municipalità, con una popolazione ciascuna di circa 100.000 abitanti e in media con circa 1000 nati per anno (da 700 nati all’anno dei quartieri agiati ai 1400 dei quartieri disagiati).

Ci sono dieci Unità Operative materno-infantili, ventuno Centri sociali territoriali, nove ospedali e dodici cliniche convenzionate.

La sperimentazione precedentemente attuata in città con il Progetto “Adozione sociale” ha fatto sedimentare nei servizi sanitari e sociali una integrazione organizzativa e professionale abbastanza condivisa e un abbozzo di continuità informativa ospedale-territorio.

Con la infrastrutturazione sociale e socio-sanitaria che si è determinata in questi anni (nascita delle Unità territoriali di base del Piano di zona, coincidenti con i Distretti sanitari; programmazione integrata sociale e sanitaria; progressivo passaggio alle Municipalità e delega per i servizi sociali), si sono poste le basi per definire un programma non più sperimentale di sostegno genitoriale ma un programma stabile pienamente inserito nel lavoro quotidiano dei servizi e degli operatori.

Da qui nasce il Sostegno precoce alla genitorialità come programma prioritario del Piano di zona del Comune di Napoli e dei Programmi delle attività territoriali dei Distretti sanitari dell’ASL Napoli 1.

Uno degli obiettivi perseguiti è stato quello della progressiva territorializzazione e decentramento del programma, con la progressiva assunzione di responsabilità da parte dei dieci Distretti sanitari della ASL Napoli 1 (coincidente con la città di Napoli), delle relative Unità Operative materno-infantili e dei dieci Servizi sociali territoriali.

L’obiettivo del programma è di garantire una continuità assistenziale dalla sala

travaglio alla culla di casa, in modo che chi, consapevole del suo momento di fragilità, e chi, inconsapevole, possa entrare in un programma di accompagnamento fatto di accoglienza, informazione, relazione e contenimento.

I Consulenti familiari e la Pediatria di comunità hanno assunto in questo programma un ruolo centrale di promozione della salute, nel coordinamento delle azioni e degli interventi territoriali, avvalendosi di strumenti non più utilizzati, come la visita domiciliare.

Le parole chiave del lavoro sono tre: *integrazione – offerta attiva – formazione*, scritte sul medesimo rigo, perché tutte di pari dignità e importanza.

### Integrazione

L’integrazione organizzativa e professionale deve avvenire tra Servizi ospedalieri e territoriali, all’interno delle Unità Operative distrettuali, e tra queste e i Servizi sociali comunali, nonché con il terzo settore convenzionato per programmi di intervento di aiuto alle famiglie. La conoscenza delle condizioni e delle caratteristiche delle famiglie di nuova formazione di ciascun Distretto (Municipalità) e l’utilizzo di strumenti omogenei di registrazione e monitoraggio, nell’ambito di un protocollo clinico-organizzativo, hanno reso disponibile un set di informazioni assolutamente innovativo che rende possibile azioni comunitarie e programmi di intervento valutabili nel tempo.

Nell’ambito del programma, tutti gli strumenti, disponibili e attivabili, oltre a quelli pediatrici e consultoriali, sono stati e sono utilizzati, per il sostegno-accompagnamento-presa in carico delle famiglie: dal raccordo con altri interventi sociali (baby care – servizio di baby-sitteraggio) a quello con gli interventi comunitari di sviluppo locale (formazione dei genitori, inserimento lavorativo dei genitori, reddito di cittadinanza), a quello con altre Unità Operative distrettuali (Salute mentale, Farmacodipendenze, Psicologia clinica) per interventi in caso di difficoltà specifiche dei genitori.

### Offerta attiva

Il sostegno inizia molto precocemente, nel momento stesso in cui la donna fa il

**TABELLA 1: ALCUNI DEI DATI DEL PROGETTO (MARZO 2003 - FEBBRAIO 2005)**

- Su 20.865 nati, di cui circa 10.144 primogeniti, le segnalazioni pervenute dai Punti Nascita sono state 2618, di cui 1050 con indicatori di rischio positivi.
- Dunque:
  - per il 25% dei 10.144 primogeniti, "colloquio" con la madre e dimissione informata;
  - per il 70% (1850) dei 2618 bambini segnalati, accoglienza socio-sanitaria nei territori di residenza;
  - per 730 dei 1050 con indicatori di rischio positivi, visite domiciliari e per 174 di questi, inquadrati come casi complessi, la messa a punto di progetti personalizzati di intervento.

suo ingresso in ospedale e prosegue al ritorno a casa, accolta da una telefonata amica che dà al suo bambino il benvenuto e la informa di quali servizi e risorse sono presenti nel suo quartiere e di come avvalersene e della possibilità di ricevere una visita a casa, la visita di un'altra donna (assistente sociale, puericultrice, vigi-latrice), capace di trasmettere un sapere legato al suo ruolo, ma soprattutto capace di trasmettere un sapere implicito, attraverso uno scambio intimo da madre a madre. Le situazioni complesse prevedono un coinvolgimento più ampio in termini di servizi interessati, di spazi operativi, di emotività in gioco, nel tentativo di contribuire a costruire equilibri accettabili per la buona riuscita del sistema familiare, nel tentativo di favorire un cambiamento in senso evolutivo e di aumentare nei genitori la capacità di controllo sullo stato di salute proprio e del piccolo, senza perdere di vista il nostro assunto iniziale degli obiettivi sicuramente raggiungibili:

- garantire un contatto-incontro precocemente;
- favorire l'allattamento al seno;
- adoperarsi per evitare che si fumi in casa;
- effettuare la prima vaccinazione a due mesi;
- insegnare le posizioni nel sonno e cantare insieme qualche ninna nanna.

### Formazione

La complessità del processo di contatto-valutazione integrata-progetto personalizzato-verifica e uscita ha necessità di una formazione di accompagnamento, di laboratori permanenti di condivisione tra

tutti gli operatori coinvolti. La variabile del "come" gli operatori agiscono con le famiglie e in base a quale approccio teorico incide notevolmente sul successo o insuccesso dell'intervento. Grande attenzione è quindi rivolta all'acquisizione di competenze sul piano educativo e relazionale, che permettano un agire professionale basato sulla promozione, sul potenziamento e sulla valorizzazione delle risorse familiari esistenti; che permettano la condivisione dei saperi con le famiglie, senza per questo schiacciarle con competenze rigide; che permettano professionalità flessibili adeguate alle necessità e al bisogno da fronteggiare più che al loro ruolo specifico; che prevedano, infine, la capacità di affrontare i conflitti, trasformandoli in risorsa di dialogo e di crescita.

Nei 24 mesi considerati (2003-2005) tutti gli operatori coinvolti (circa 100) hanno seguito 60 ore di seminari, 45 ore in équipe integrate territoriali (Punti Nascita - ASL e Comune), di laboratori di discussione, di confronto e definizione di percorsi specifici per problema e per territorio, di supervisione e accompagnamento per sostenere la "genitorialità" nascente dei servizi, perché, "chi cura ha l'ineliminabile bisogno di essere curato a sua volta, per l'inevitabile contagio che gli operatori contraggono nel loro venire a contatto con il disagio".

### Criticità e prospettive

#### Efficienza

I numeri mostrano (*tabella 1*) una scarsa efficienza del processo che perde molti dei suoi soggetti già al primo gradino, cioè nei "Punti Nascita": solo il 25% dei nati primogeniti viene segnalato. È ne-

cessario migliorare fortemente l'integrazione ospedale-territorio, condividere un protocollo di dimissione socio-sanitaria protetta, eventualmente introdurre clausole premianti per le strutture accreditate.

#### Efficacia

Il Programma è ancora abbastanza lontano dal poter valutare i risultati, anche se le esperienze di questi anni indicano che è possibile, se gli indicatori di outcome scelti sono semplici, misurare l'efficacia di un intervento di promozione della salute.

È possibile anche che il progressivo decentramento del programma favorisca la creazione di un migliore sistema di monitoraggio e di valutazione e permetta quindi anche la valutazione dei "risultati". ♦

#### Bibliografia consultata

- Bartley M, Blane D, Montgomery S. Socioeconomic determinants of health and life course: why safety nets matter. *BMJ* 1997;314:311-2.
- Bremberg S. Does an increase of low income families affect child health inequalities? A Swedish case study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57:584-8.
- Brooks-Gunn J, Duncan J. The Effects of Poverty on Children. In: *The Future of Children Children and Poverty*, Summer/Fall Ed. 1997; vol. 7.
- Brunner E. Stress and the biology of inequality. *BMJ* 1997;314:1472-5.
- Cirillo G. Povertà e salute nell'infanzia. *Salute e Territorio* 1988;110:198.
- Kawachi I, Kennedy B. Health and social cohesion: why care about income inequality? *BMJ* 1997; 314:1030-7.
- Kawachi I, Kennedy B.P, Lochner K. Social Capital, Income Inequality, and Mortality. *American Journal of Public Health* 1997;9:1491-8.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Public Health* 2005;365:1099-103.
- WHO. *The World Health Report, 2004: Changing history*. World Health Organization. Geneva, 2004.
- Siani P, Cirillo G. Il diritto del minore alla salute. I *Quaderni della Fondazione, Banco di Napoli* 2005;2:73-86.
- Szwarcwald L. On the World Health Organisation's measurement of health inequalities. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002; 56:177-82.
- Tamburlini G. Salute, povertà, disuguaglianze. *Quaderni acp* 1999;6:46-8.
- Townsend P, Davidson N, Whitehead M. *Inequalities in Health: The Black report and The Health divide*. London: Penguin Books, 1980.

# Un ricordo di Alessandro Roster (1865-1919) "I brefotrofi devono sparire"\*

Gherardo Rapisardi  
Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer - Firenze



## Abstract

### *In remembrance of Alessandro Roster (1865-1919) "Foundling Hospitals should disappear"*

*A portrait of an open minded person, a Florentine gynaecologist and obstetric between the 18<sup>th</sup> and 19<sup>th</sup> century, with various interests (entomologist, writer, sociologist, playwright, and a sportsman). His works were strongly directed toward the support of women, maternity and especially toward socially disadvantaged mothers. He was a promoter of greatly progressive forces for his time, of example for public institutions in a particularly productive historical moment: Florence at the end of the 18<sup>th</sup> century and at the beginning of the 1900's, when innovative actions had been taken in support of mothers and children in order to prevent foundling and to support breast feeding through the creation of the Mothers' shelters and Mothers' help structures, first examples of the modern "Family Houses". These experiences were unfortunately, not sustained with the advent of fascism and the creation of the "National Foundation for Infancy and Maternity" (ONMI, 1925). Of particular significance is the book published after his death regarding the uselessness and harmfulness of foundling hospitals. He opposed himself to their existence trying in the meantime to promote and sustain alternative experiences of maternal support which still appear modern.*

*Quaderni acp 2006; 13(6): 247-249*

**Key words** Maternal assistance. Foundling hospitals. Maternal help. Mothers' shelters

*Nell'articolo viene delineato il ritratto di una persona illuminata, ginecologo e ostetrico fiorentino della fine dell'800 e dei primi del '900, dagli innumerevoli interessi (entomologo, scrittore, sociologo, drammaturgo e appassionato di sport), la cui opera fu fortemente orientata verso il sostegno della donna, della maternità e in particolare delle madri socialmente più svantaggiate. Fu promotore di esperienze fortemente progressiste per la propria epoca, che furono di esempio e impulso per le istituzioni pubbliche in un momento storico particolarmente fertile: quello della Firenze della fine dell'800 e dei primi del '900, che vide iniziative innovative sul piano dell'assistenza sociale alle madri e ai bambini, volte a prevenirne l'abbandono e a sostenere l'allattamento materno: quella degli Aiuti materni e dell'Asilo materno, primo esempio delle attuali case-famiglia. Esperienze purtroppo non sostenute stabilmente dopo l'avvento del fascismo e dell'Opera Nazionale della Maternità e Infanzia (ONMI, 1925). Particolarmente significativo il suo libro pubblicato postumo sulla inutilità e nocività dei brefotrofi, alla cui esistenza si oppose fortemente, cercando di promuovere e sostenere esperienze alternative di sostegno alla maternità, che mantengono tutt'oggi la loro modernità.*

**Parole chiave** Assistenza alla maternità. Brefotrofi. Aiuto materno. Asilo materno

Figlio dell'architetto Giacomo Roster (1837-1905), che fu progettista del Tepidarium del Giardino dell'Orticoltura (1880) e dell'Ospedale "Anna Meyer" (1885) di Firenze, Alessandro Roster fu persona eclettica e dagli innumerevoli interessi e passioni. Medico ostetrico e ginecologo, ma anche appassionato cultore di entomologia e sociologia, nonché scrittore e drammaturgo, riuscì anche a

cultivare la passione sportiva, specie quella per il ciclismo e per il tiro a volo. Di quest'ultimo fu campione italiano, del ciclismo fu fondatore della prima rivista specializzata in Italia e di uno straordinario testo dove sono descritte minuziosamente le caratteristiche meccaniche del velocipede, le tecniche di allenamento, fino a consigli per il cicloturismo (1-2). Fu curatore di un libro sulla tutela della

maternità, opera di una donna, e autore di un testo che contiene una descrizione delle caratteristiche di superiorità del genere femminile, scritto in risposta a un testo tedesco che sosteneva l'opposto, nonché di commedie, la cui rappresentazione consentiva di sostenere opere sociali benefiche (3-6).

Certamente l'aspetto più rilevante fu quello correlato alla sua professione di ostetrico e ginecologo, fortemente orientata verso il sostegno della donna, della maternità e in particolare delle madri socialmente più svantaggiate. La sua fu un'opera sostenuta dal volontariato e dalla beneficenza dei ceti agiati, che consentì comunque di fare esperienze fortemente progressiste, esempio e impulso per le istituzioni pubbliche in un momento storico particolarmente fertile: quello della Firenze della fine dell'800 e dei primi del '900, che vide iniziative innovative sul piano dell'assistenza sociale alle madri e ai bambini, volte a prevenirne l'abbandono e a sostenere l'allattamento materno. Tra queste ricordo quella degli Aiuti materni (il primo in Italia fu quello del ginecologo Pestalozza all'interno dell'Arcispedale S. Maria Nuova di Firenze) che l'avvento dell'Opera Nazionale della Maternità e Infanzia (ONMI, 1925) contribuì purtroppo a sopprimere (7).

Alessandro Roster partecipò alla prima Guardia medico-chirurgica-ostetrica permanente di Firenze, fondata il 20 maggio 1890, all'interno della quale organizzò nel 1896 un Servizio ostetrico alle partorienti povere e di assistenza ai lattanti e alle madri, il cui scopo "... è quello di aiutare le madri povere che, per la numerosa famiglia, non possono recarsi alla Maternità, e di incoraggiare l'allattamento materno. Infatti le donne che si recano alla Maternità e quelle che danno il loro bambino a balia vengono escluse dal sussidio... Ai parti assiste gratuitamente il dott. Roster; se richiesto... Ogni

Per corrispondenza:  
Gherardo Rapisardi  
e-mail: g.rapisardi@meyer.it

medicina e storia



sabato, dalle 10 alle 12, alla Sede della Guardia Medica i neonati vengono pesati, e vi assistono una levatrice e un medico. Le madri fanno a gara a tenere più pulito il loro bambino... Nell'anno 1911 furono assistite circa 200 donne. Il servizio è mantenuto da contribuzioni volontarie e col provento di qualche spettacolo" (8-9).

Per mancanza di donazioni il servizio alle partorienti povere chiuse dopo tre anni, ma i demo-sociali della giunta del Comune di Firenze ne deliberarono la riapertura con i necessari finanziamenti pubblici.

Da sempre critico nei confronti dell'opera dei brefotrofi, nel novembre 1910 inizia, assieme a un gruppo di signore, l'esperienza innovativa dell'Asilo materno, "nell'intento di ovviare ai grandissimi inconvenienti morali e sociali ai quali sono esposte le madri illegittime e le loro creature... per il ricovero e l'assistenza delle fanciulle madri, durante gli ultimi mesi di gestazione e il puerperio e durante l'allattamento... L'Asilo si mantiene con donazioni di beneficenza, la retta e il lavoro delle ricoverate, i sussidi di Provincia e Comune, e in seguito degli Innocenti dal fondo pro Infanzia. ... L'Istituzione si prefigge anche di sviluppare il sentimento materno nelle giovani che prende in tutela, sia con il facilitare il riconoscimento del bambino, sia incoraggiando l'unione legittima dei genitori. Le madri dovranno allattare le loro creature, e a tale intento saranno tratteneute entrambe nell'Asilo materno quanto più tempo sarà possibile..." (10).

I risultati, rapportati ai dati del tempo, sono notevoli: in 8 anni su 171 madri solo 4 abbandonarono i figli, sempre per cause di forza maggiore; vi furono 8 nati morti e 8 morti dei nati vivi (5,44%), 5 uscite prima di partorire. Nell'87% dei casi l'allattamento fu della propria madre, il 58% esclusivo fino all'uscita dall'Asilo materno. "... per salvare gli illegittimi prima necessità è che la madre non abbandoni il suo nato. I nostri 8 anni di esistenza ci hanno dimostrato che senza le cure materne tutte le azioni delle opere pie, istituite per la salvezza degli illegittimi, tutti gli sforzi dei consigli comunali e provinciali e di qualsiasi altra autorità costituita, riescono sterili

e vani... E ci ha anche insegnato che nessuna madre consentirebbe mai all'abbandono se non vi fosse spinta, da un lato, dall'estrema facilità a compierlo, dall'altra dall'incitamento di quanti la circondano, cioè se intorno a lei non si svolgessero tante azioni contrarie all'istinto materno... moltissime delle madri dell'Asilo materno ripresero il loro posto al focolare domestico e la posizione loro e del figlio è stata regolarizzata col matrimonio..." (11).

Si può certamente vedere nell'esperienza dell'Asilo materno un precursore delle attuali case-famiglia. La chiusura dell'Asilo avvenne nel 1918 per cause di forza maggiore. Leggiamo ancora nella relazione finale: "... in principio tale iniziativa dispiacque a molti, nacque in mezzo all'ostilità di chi, nell'aiuto alla fanciulla madre, vedeva quasi un incoraggiamento al male... col tempo però le ostilità cessarono e avevamo ottenuto l'incondizionata approvazione di tutte le persone di cuore, specie di quelle che avevano osservato da vicino l'opera nostra... L'Opera Pia degli Innocenti, il grande brefotrofo che per secoli visse a Firenze per la tutela degli illegittimi con concetti del tutto diversi dai nostri, ha deciso ora di seguire le nostre tracce e di aprire una Casa di Maternità per ricoverare le fanciulle-madri durante la gestazione, il puerperio e l'allattamento... Ci era stato detto che il nostro Asilo sarebbe stato incluso in questo progetto, costituendone il centro... ma poi, dopo il cambio della direzione degli Innocenti, la Casa di Maternità aprì senza includere il nostro Asilo... valga a consolarci il pensiero, se non la convinzione, che la Casa di Maternità apertasi or ora segni nella statistica delle morti una cifra che ci ricordi quella che riuscimmo coi nostri sforzi a raggiungere..." (11). Una storia che si ripete nel corso dei secoli! Dopo la prematura scomparsa per una improvvisa e rapida malattia all'età di 54 anni, la moglie pubblica postumo il suo ultimo scritto che appare un vero testamento spirituale: "I brefotrofi devono sparire" (12).

Ecco alcuni brani, da riportare ovviamente alla situazione socio-culturale dell'epoca: "... l'opera degli istituti dei tro-

vatelli, apparentemente benefica e umanitaria, è invece tutt'altro che filantropica; nel fatto uccide i sentimenti materni quando ancora sarebbe possibile, con aiuti e criteri diversi, creare delle "mamme"... il tasso di mortalità infantile, specie nel I anno di vita, basso nei figli legittimi (124-169 per mille), si aggrava negli illegittimi riconosciuti (210-242 per mille), e diviene gravissimo negli illegittimi non riconosciuti e abbandonati alle cure degli stabilimenti di ricovero (per i soli illegittimi: a Pietroburgo 76%; a Bruxelles 79%; a Dublino 98%...)... le statistiche dei brefotrofi si sono mantenute sempre tali da inorridire... agli Innocenti a Firenze tra il 1901 e il 1918 su 10.660 ammessi fu del 465 per mille".

"... il brefotrofo non sa formare l'ambiente in cui la vita del nuovo nato sia possibile... l'ambiente di questo istituto è ambiente di morte... è un'immoralità non necessaria... ma la chiusura dei brefotrofi deve essere preparata da nuove disposizioni che il Codice ha da preordinare a difesa di coloro che nascono fuori dalla legge, cioè dai matrimoni... il Codice difende il diritto alla vita che questi nascituri acquistano nei 9 mesi di vita endouterina, ma non sa o non vuole assicurare loro, appena sono nati, il diritto alla protezione, alla difesa e al nutrimento più adatto... difende la vita perseguendo l'aborto criminoso, l'infanticidio e l'abbandono dell'infante, mentre lascia che appena nati, quando inizia il vero bisogno di una difesa, questi neonati siano raccolti e tenuti in condizioni tali da arrivare ad un tasso di mortalità raccapricciante. ... il denaro pubblico è speso male...

... quando sarà ammessa la ricerca della paternità e sarà imposto alla madre l'obbligo del riconoscimento e dell'allattamento, gli illegittimi saranno appena appena i figli abbandonati...

... comunque una recente legge a Roma obbliga le madri ad allattare fino a 4 mesi gli illegittimi sani e fino a 6 mesi i sifilitici prima di concederne il ricovero.... Gran passo verso la chiusura dei brefotrofi, perché quando una madre ha tenuto per 4-6 mesi al seno il proprio bambino, difficilmente se ne distacca...

... il Consiglio di Amministrazione

dell'Ospedale degli Innocenti sta spendendo un milione di lire... per dare a ogni bambino una nutrice, nella convinzione che l'enorme mortalità dipenda dalla mancanza dell'allattamento materno...

... Cosa occorre per chiudere i brefotrofi e dar vita ad altre organizzazioni che corrispondano meglio allo scopo?

1. Obbligare le mamme al riconoscimento del figlio, considerando un reato il rifiuto (... ma senza una legge che obblighi al riconoscimento anche paterno o che tragga dal padre un onere che duri per i primi anni di vita, ciò sarebbe una nuova ingiustizia che colpisce solo la madre...).

2. Ammettere la ricerca della paternità in modo che ai nati, riconosciuti dalla madre, possa, se non la protezione paterna, essere concessa per un dato periodo una cifra mensile per il mantenimento.

3. Riunire in pochi concentramenti, possibilmente in zone agricole, i figli abbandonati, in modo che le loro forze siano rivolte alla professione più sana e più rigeneratrice.

4. Diminuire con tutti i mezzi possibili i figli non riconosciuti e abbandonati... i figli naturali assistiti presso il nostro Asilo materno, divenuti tali pel nostro intenso volere, erano sopravvissuti nel loro modesto ambiente dove la carità non si vestiva di orpelli e di smalti; mentre quei pochi che avevamo dovuto per circostanze rare inviare dove si fa la beneficenza ufficiale, erano morti tutti.

Dinanzi a questi fatti ditemi se non è un dovere della coscienza studiare la chiusura dei brefotrofi e organizzare in altro modo il ricovero dei bambini abbandonati che, per ragioni diverse, devono gravare sulla carità pubblica! Un lungo studio dell'argomento mi ha persuaso che risponde a sentimenti di dovere civile chiudere tutti i brefotrofi, dal più primitivo al più perfetto, e studiare nuove organizzazioni a cui affidare queste nuove vite le quali sono un valore che si perde o si deprezza materialmente e moralmente".

Gennaio, 1919

Penso a quanto sarebbe felice Alessandro Roster se potesse sapere che tra breve finalmente anche in Italia gli orfanotrofi,

anche se ben diversi da quelli di un secolo fa, verranno chiusi per legge (dicembre 2006), e come oggi in questa sede egli sia stato ricordato tra operatori che come lui stanno dalla parte delle mamme, della maternità, della nascita e dell'allattamento.

E forse oggi, di fronte alla proposta di riaprire sportelli per l'abbandono dei figli, ci saprebbe aiutare a pensare a qualcosa che stesse di più dalla parte delle mamme, per cui l'abbandono di un figlio, in qualsiasi momento e in qualsiasi modo, è certamente uno degli atti della vita di maggiore sofferenza, aggravato dal senso di colpa che lo accompagna.

E più contento ancora sono io, perché Alessandro Roster era il mio bisnonno. ♦

\* Presentato alla Giornata Nazionale BFH, Firenze, 3 ottobre 2005

**Bibliografia**

(1) La Gazzetta Ciclistica, Giornale settimanale illustrato. Firenze, 1894.  
 (2) Roster A, Orlandini A. La pratica del velocipede e la tecnica dell'allenamento. Firenze: Stab. Benelli e Gambi, 1895.  
 (3) Novich B. Maternità e lavoro, a cura di Roster A. Milano: Sandron, 1907.  
 (4) Roster A. Femina Superior. Firenze: Lumache, 1906.  
 (5) Roster A. Crisantemi e rose, Firenze, marzo 1905.  
 (6) Roster A. Fra le disturne e i canti. Commedia in 3 atti, rappresentata la prima volta il 2 marzo 1910 a Firenze. La Commedia Fiorentina, anno III, fasc. 6, 309-338, 1929.  
 (7) Guarnieri P. Dall'accoglienza alla cura. La riforma sanitaria nel brefotrofio degli Innocenti di Firenze 1890-1918. Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e Sanità, ed. Polistampa, anno IV, 2004;57-100.  
 (8) Roster A. Guardia ostetrica permanente di Firenze. Note e considerazioni scritte nelle ore di guardia. Firenze: Soc. Tipogr. Fiorentina, 1899.  
 (9) Assistenza alle madri povere annessa alla Guardia Medico-Chirurgica-Ostetrica permanente. Firenze: Stabilimento Tipografico G. Piccini, 1896.  
 (10) Relazione letta all'Assemblea Generale dell'Asilo materno, 7 dicembre 1910. Firenze: Tipografia Ariani, 1911.  
 (11) Relazione finale dell'Asilo materno letta all'Assemblea Generale il 18 dicembre 1918. Firenze: Tipografia Giuntina, 1919.  
 (12) Roster A. I brefotrofi devono sparire. Firenze: Libreria Internazionale Succ. B. Seeber, 1920.

**LA SALUTE IN EUROPA**

**Portale per la salute degli Europei**

L'informazione medica sbarca in Internet con un nuovo portale dedicato alla salute. L'iniziativa è della Commissione Europea che, utilizzando uno stanziamento di 600 milioni di euro, ha realizzato un sito Internet dove i cittadini possono cercare informazioni sulla salute e su problemi medici. Il portale è diviso in aree tematiche che comprendono ambiente, salute e stili di vita; per il momento è consultabile solo in inglese ma si prevede per l'estate la disponibilità di accesso anche nelle altre lingue europee. A supervisionare il tutto è un Comitato scientifico che fa capo alla Commissione Europea. L'iniziativa si segnala come una risposta alla richiesta di informazioni in campo medico che arriva dai cittadini europei: nel 2005 sono stati in 130 milioni a rivolgersi a Internet per cercare informazioni e consigli su questioni di salute. Il portale è accessibile all'indirizzo [http://ec.europa.eu/health-eu/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/index_en.htm). La pagina che si occupa della salute dei bambini ([http://ec.europa.eu/health-eu/my\\_health/babies\\_and\\_children/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/babies_and_children/index_en.htm)) si apre con una foto di un neonato che dorme a pancia in giù...

**L'AIDS in Russia**

La Russia e i Paesi dell'ex socialismo reale sono le regioni in cui più rapida è attualmente la diffusione dell'HIV. In particolare la Russia ha vissuto una esplosione dal 1990 in tutti i gruppi più vulnerabili alla infezione da HIV. Secondo i responsabili del Global Fund to fight AIDS, malaria and tuberculosis, la Russia è però anche la nazione che ha maggiori possibilità di reazione, perché fra tutte le nazioni in crisi per malattie infettive ha una struttura di cure primarie in grado di regire meglio che gli altri Paesi (*Lancet* 2006;367:1703).

**Il Servizio Sanitario Inglese si privatizza?**

Durissimo attacco di *Lancet* (2006, 368:98) alla decisione del governo inglese di privatizzazione della medicina territoriale. Il titolo: *Mismanagement as a prelude to privatisation of UK,NHS*. La conclusione: *The edifice of NHS is being destroyed*. Il governo Blair ha siglato il primo contratto che dà in gestione un ambulatorio di medicina generale alla Care UK, una società con sede a Colchester, già attiva nel campo delle cure domiciliari e titolare di cliniche private. La Care UK, che pagherà 7 milioni di euro per 5 anni, si avvarrà delle prestazioni di 3 medici di medicina generale e di 7 infermieri e gestirà un'area di 7000 cittadini. I cittadini potranno registrarsi presso il centro privato o presso i medici del NHS. L'operazione è stata bocciata, oltre che da *Lancet*, dai sindacati medici e dalla BMA.

# Il marcio del mondo del calcio: "4-4-2: il gioco più bello del mondo"

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Il gioco più bello del mondo, che fa da sottotitolo a questo film realizzato a quattro mani sotto la supervisione di Paolo Virzi, sarebbe il calcio. A film visto, tuttavia, è giusto chiedersi con quale inflessione di voce va letta questa definizione. Il successo della nazionale italiana al campionato del mondo disputato in Germania e lo straordinario impatto che ha avuto sulla massa indurrebbero a scegliere un tono d'orgoglio e di soddisfazione, ma gli scandali delle partite truccate e degli arbitri corrotti che hanno provocato il terremoto di *Calciopoli* fanno storcere il muso e invitano a inflessioni di sarcasmo. Insomma, se nel gioco più bello del mondo accade ciò che accade nei quattro episodi di "4-4-2", allora c'è poco da stare allegri. Ma perché? Che accade? Riserviamo solo un accenno alla trama del secondo e del quarto episodio, per dedicare più spazio al primo e al terzo episodio che hanno come protagonisti due bambini. Ne *La donna del mister*, diretto da Claudio Capellini, una ragazza venuta da Lecce per sposare l'allenatore di una squadra di calcio femminile, passa dall'entusiasmo alla delusione nel giro di pochi giorni e trova il coraggio di voltare le spalle a un mondo che non le appartiene e a un uomo che mostra improvvisamente tutta la sua inconsistenza. Ne *Il terzo portiere*, il regista pisano Roan Johnson, denuncia il fenomeno delle scommesse clandestine dei giocatori con un finale di orgoglio e riscatto che richiama la parata di Sylvester Stallone in quel *Fuga per la vittoria* di John Huston, giudicato da molti come il miglior film mai realizzato sul calcio. E veniamo adesso al primo e al terzo episodio, *Meglio di Maradona* e *Balondòr*, che hanno come protagonisti due bambini e sono firmati rispettivamente da Michele Carrillo e da Francesco Lagi. Nel primo, uno scugnizzo napoletano, più bravo di Maradona, viene notato da un osservatore della Juventus, selezionato e invitato a trasferirsi a Torino. È il sogno di tutti i ragazzi che cominciano a calpestare i campi di gioco e chiunque avrebbe fatto salti di

gioia per questa opportunità offertagli dalla sorte su un piatto d'argento. Ma Antimo è un ragazzo *sui generis*. Ha il calcio nel sangue, ma non intende sottoporsi a tutti i sacrifici che gli vengono imposti: allenamento, disciplina fisica, scuola, visite mediche... Per questo, non resistendo al richiamo della libertà, molla tutto, salta sul primo treno diretto a Napoli e torna a dare calci come sa e come vuole. Il terzo episodio vede come protagonisti un ex giocatore, Antonio Colnaghi, e Omar, un bambino africano. L'uomo, in ristrettezza economica, tenta di tamponare il suo fallimento facendo il procuratore e andando a scovare talenti in Africa. Intuendo nel piccolo Omar la stoffa del campione, convince facilmente i genitori ad affidarglielo, lo nasconde nel bagagliaio della sua Citroen e lo importa clandestinamente in Italia. Nella speranza di incassare una buona percentuale, Colnaghi porta il bambino a Milanello, dove lavora un suo vecchio amico. Sottoposto alle visite mediche, però, Omar rivela una malformazione cardiaca e viene scartato. L'affare andato a male manda su tutte le furie il procuratore e le sue attenzioni nei confronti del bambino si tramutano in vessazioni, spingendo Omar alla fuga. È allora che nel maldestro procacciatore di talenti si fa strada il rimorso. Messosi all'affannosa ricerca del bambino, lo ritrova in un campetto della periferia di Milano mentre, attorniato da altri ragazzi, incanta tutti con i suoi palleggi e la sua bravura. Della commedia all'italiana, nei quattro episodi che compongono *4-4-2*, non c'è solo la formula, ma anche l'ironia amara che fu de *I Mostri* di Dino Risi e de *I nuovi mostri* di Scola, Monicelli, Risi. Meno scontata, invece, la riflessione sullo sfruttamento dei ragazzi che sognano di emulare Pelè e Maradona. Verrebbe da dire, parafrasando Shakespeare, che "c'è del marcio nel mondo del calcio", ma si rischia di inventare l'acqua calda. Pur così distanti tra di loro nell'ambientazione, i quattro episodi che compongono il film hanno in comune la denuncia di un sistema che vive di interessi e non

risparmia nessuno. L'irritazione che si avverte quando a pagare sono gli adulti, diventa indignazione e rabbia quando scopriamo che le vittime sono bambini. Per il personaggio che in *Balondòr* getta una luce sinistra sui procuratori di calcio, il regista dice di essersi ispirato a qualcosa di veramente accaduto e testimoniato dallo stesso Virzi: un incontro in Senegal, dove osservatori occidentali speravano di reclutare il ragazzino fenomeno che avrebbe potuto cambiare la loro vita.

Di certo, Francesco Lagi avrà tenuto conto anche di un altro film del 1994, firmato da Cheik Doukouré e coprodotto da Francia e Guinea. Aveva come titolo proprio *Le ballon d'or* e narrava di un ragazzo di colore, bravissimo nel gioco del calcio, che veniva scoperto da un procuratore. Di quel bambino, che coronava il suo sogno finendo in una squadra francese, si erano perse le tracce. Ora Lagi sembra voler dare un seguito a quella storia e scegliere uno sviluppo amaro, quasi a denunciare il fatto che per un ragazzo che diventa campione ce ne sono altri 99 che falliscono. Ha fatto bene, allora, lo scugnizzo Antimo a mandare in aria i sogni dei suoi genitori e del suo mister di quartiere (un Nino D'Angelo perfettamente calato nella parte) per seguire solo il suo istinto. Al piccolo napoletano va tutta la nostra simpatia, perché è l'unico ad avere interpretato lo sport come gioia di vivere, fantasia, libertà. Non diventerà mai un altro Maradona, ma che bella e pulita vittoria è la sua. ♦

*4-4-2: Il gioco più bello del mondo*

Regia: Michele Carrillo, Roan Johnson, Francesco Lagi, Claudio Cupellini.

Con: Valerio Mastandrea, Francesca Inaudi, Nino D'Angelo, Roberto Citran, Antonio Catania, Rolando Ravello. Italia, 2006

Durata: 100'

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: [italospada@alice.it](mailto:italospada@alice.it)



# info: notizie sulla salute

## Il Tar del Lazio conferma le multe ai produttori di latte

La prima sezione del Tar del Lazio ha confermato la multa da 9,743 milioni di euro inflitta dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato ad alcuni produttori di latte per l'infanzia, accusati di aver stretto un cartello di mercato volto a far lievitare i prezzi del 100-300% rispetto alla media europea. I ricorsi proposti da Milte Italia, Humana Italia, Heinz Italia, Plada, Nutricia Italia e Nestlé italiana sono stati così rigettati. Come si ricorderà, la multa era partita da un'indagine di Lega Consumatori Acli Toscana, condotta nel marzo 2004 (*Quaderni acp* 2006;3:118). L'inchiesta aveva analizzato il mercato italiano dei lattini artificiali, alzando il velo su un business fatto di operazioni di marketing al limite dell'eticità e reso possibile da leggi insufficienti a proteggere l'allattamento materno dalle pressioni commerciali delle ditte produttrici. La Lega Consumatori Acli Toscana – assistita dall'avv. Giovanni Bianchini del Foro di Lucca – era intervenuta in difesa del provvedimento dell'Antitrust perché fosse confermata la multa nei confronti di chi ha posto in essere un cartello che ha portato le famiglie italiane a spendere per il latte in polvere fino al 300% in più rispetto ad altri Paesi europei. “Accogliamo la decisione del Tar con viva soddisfazione – fa sapere Linda Grilli, responsabile di “SOS Mamma” di Lega Consumatori Acli Toscana. Da anni denunciavamo le pratiche commerciali scorrette delle multinazionali del latte in polvere. Già nel marzo 2000 il garante aveva multato le ditte produttrici di latte, colpevoli di aver stretto un accordo sui prezzi. La nostra indagine aveva evidenziato che poco o nulla era cambiato da allora. Adesso il Tar ci dà finalmente ragione”.

## Latte crudo: fare attenzione

In alcune Regioni è disponibile alla vendita il latte crudo. Si tratta di latte munto, filtrato, refrigerato, ma non pastorizzato, e venduto sfuso entro 24 ore dalla mungitura tramite distributori automatici. Costa meno perché si saltano alcuni passaggi. L'assenza di omogenizzazione del grasso e il nessun trattamento termico rendono il suo sapore

più vicino alla tradizione. Controlli effettuati in Lombardia da Altroconsumo (giugno 2006) non hanno rilevato alterazioni degne di preoccupazione, ma le metodologie di produzione, conservazione (a -4°C) e di vendita del prodotto consigliano prudenza specie nell'uso per i bambini.

## Merenda ideale

La crescente preoccupazione per la salute dei nostri bambini, spesso afflitti da obesità, ha costituito l'input per il Comune di Udine per la realizzazione della “Settimana della merenda ideale”, un'iniziativa con cui i genitori, gli insegnanti e gli operatori della prevenzione promuoveranno, fra i più piccoli, il consumo di una merenda più sana e nutriente.

Il progetto riguarderà tutte le scuole primarie pubbliche del capoluogo friulano, con il sostegno dei dirigenti scolastici, insegnanti, rappresentanti dei genitori e operatori sanitari. La “Settimana della merenda ideale” sarà una prova generale in cui i genitori e gli insegnanti si impegnano, per 7 giorni del mese di maggio, a far consumare ai bambini merende non troppo caloriche (merendine) e bevande zuccherate, ma, alternativamente, frutta, yogurt o un piccolo pane, non imbottito. Per la frutta e lo yogurt la maggioranza dei genitori ha deciso di provvedere personalmente, mentre per il pane tutti hanno concordato sull'acquisto, presso il panificio di fiducia del prodotto, per tutti gli scolari di ogni scuola. Gli operatori del Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione dell'Azienda sanitaria illustreranno anche i risultati di un'indagine, condotta in ogni singolo circolo, sugli stili di vita dei bambini e delle famiglie, commenteranno quanto emerso dall'osservazione delle merende consumate a scuola e si renderanno disponibili per ogni ulteriore proposta di approfondimento e confronto.

## Il garante condanna tre spot

Il garante della concorrenza ha condannato a 7600 euro di multa, per pubblicità ingannevole, le ditte produttrici di 3 integratori alimentari (Visu Q10, Promacula, Luteinofita), presentati come capaci di prevenire (se non di curare) la maculopatia senile, mentre di questo non è stata fornita alcuna prova. (*Altroconsumo*, giugno 2006)

## Il Cnb e l'indipendenza dei medici

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 stranoto ai nostri lettori. 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 nel 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 medici. Nel mirino c'è soprattutto la scelta deliberata di insabbiare i risultati negativi delle sperimentazioni finanziate dall'industria. 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”. Altro ambito toccato dal Cnb sono le pressioni dell'industria per orientare la pratica medica.

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

## 218 milioni i bambini costretti a lavorare

Nel mondo sono 218 milioni i bambini tra i 5 e i 17 anni che sono costretti a lavorare; di questi 127 milioni sono soggetti a forme di sfruttamento. Sono i dati forniti dall'Organizzazione mondiale del lavoro in occasione della quinta giornata contro il lavoro minorile dal titolo “Fine del lavoro minorile: insieme possiamo farcela”. La maggior parte dei bambini lavoratori, 123 milioni, sono in Asia. Segue l'Africa, con 50 milioni. Nell'Africa sub-sahariana il 26 per cento dei bambini tra i 5 e i 14 anni è “economicamente attivo”, mentre cinquantamila minori sono vittime della prostituzione e della pornografia e rimane preoccupante il fenomeno dei bambini soldato: 120mila coinvolti. (*Fair News*, 14 giugno 2006) ♦



## Spagna: Barcellona

Il 25-26 maggio 2006 a Barcellona, Spagna, si è svolto il 10° Convegno del Collegio dei bibliotecari e documentalisti catalani. Nell'ambito di queste due giornate i fili conduttori sono stati l'innovazione tecnologica dei sistemi bibliotecari in Europa e la multidisciplinarietà nella comunicazione. Una sessione mattutina è stata interamente dedicata ai progetti di promozione della lettura ad alta voce dal titolo: "Jornada NpL: Panoràmica Internacional".

La sigla NpL sta per *Nascuts per Llegir*, il neonato progetto catalano di promozione della lettura il cui logo richiama quello di Nati per Leggere.



I progetti internazionali invitati a partecipare sono stati: *Bookstart* (Regno Unito), *Leer en familia* (Colombia), e *Nati per Leggere* (Italia). La sessione mattutina dedicata ai progetti di promozione della lettura ha visto come partecipanti bibliotecari, pediatri e rappresentanti di enti pubblici. Nati Calvo, moderatrice della sessione e bibliotecaria catalana, ha sottolineato la necessità per il nascente progetto catalano di capire come gli altri progetti si siano strutturati e come siano riusciti a coinvolgere diverse figure professionali impe-

gnate nella promozione della lettura ad alta voce. La presenza, in Spagna, di una figura analoga al nostro pediatra di famiglia ha accomunato i due progetti, quello catalano e Nati per Leggere. Gli altri aspetti approfonditi sono stati il rapporto con le istituzioni pubbliche e non nella ricerca di un supporto economico e organizzativo, e il rapporto con le case editrici.

Rosemary Clarke, direttore di Bookstart, ha presentato lo stato dell'arte del progetto nel Regno Unito, sottolineando come esso sia al momento molto diffuso e riceva contributi cospicui dal governo centrale e da Booktrust, una organizzazione nazionale fondata dal Consiglio nazionale per le Arti del Regno Unito, la più grande organizzazione nazionale letteraria indipendente di beneficenza, il cui scopo è di mettere insieme precocemente i libri e le persone, coinvolgendo soggetti di ogni età e cultura. Bookstart è una delle molteplici attività di Booktrust. Le attività di Booktrust sono molteplici e fondamentalmente basate su questa affermazione: "L'amore per la lettura è più importante nell'apprendimento accademico di un bambino, del suo background sociale o economico" (*Organization for Economic Cooperation and Development, "Reading for change"*). Bookstart è una partnership pubblica-privata con sponsor governativi e privati, fondata da Sure Start in Inghilterra, con le amministrazioni della Scozia, del Wales e del DENI in Irlanda del Nord. Bookstart viene supportato da tre servizi pubblici: Educazione, Salute, Arte e Cultura, e da diversi editori e librerie; si basa sull'alleanza di tre partner essenziali: i servizi educativi, i servizi sanitari e i servizi culturali. Esiste un coordinamento centrale di Bookstart con tre suddivisioni.

### Alcuni dati riguardanti Bookstart

La natalità nel Regno Unito è di circa 14-19 per mille per anno. Per giugno 2007 l'obiettivo sarà di raggiungere con i pacchi Bookstart, destinati alle famiglie, circa 2 milioni di bambini.

A supporto del progetto sono stati poi presentati i dati di alcune ricerche: in particolare uno studio osservazionale (Wade e Moore) che paragona un numero di famiglie sottoposte all'intervento Bookstart per 2-3 anni con un numero di

famiglie che non avevano ricevuto questo tipo di intervento:

- l'83% delle "famiglie Bookstart" condivideva interamente un libro contro il 34% delle famiglie non Bookstart;
- il 64% parlava della storia con i loro bambini contro il 24%;
- il 43% incoraggiava il bambino a condividere la storia letta contro il 17%;
- il 68% incoraggiava il bambino a interagire con la storia contro il 38%;
- il 68% dei "bambini Bookstart" considerava i libri tra le loro attività preferite contro il 21% dei bambini non Bookstart;
- il 75% dei "genitori Bookstart" affermava di regalare spesso libri ai loro bambini contro il 10% dei genitori non Bookstart;
- il 43% delle "famiglie Bookstart" frequentava abitualmente le biblioteche, almeno una volta al mese, contro il 17% dei genitori non Bookstart.

Il futuro di Bookstart riguarderà anche i bambini disabili, con un progetto già in atto: "Bookstouch" per bambini ipovedenti e non vedenti. Galdys Lopera, bibliotecaria colombiana, ha esposto il progetto colombiano di promozione della lettura ad alta voce: *Leer en Familia* ([www.leerenfamilia.org](http://www.leerenfamilia.org)).

Il progetto è nato nel 2003 a Medellin, Colombia, con lo scopo di coinvolgere le famiglie a partire dai Punti Nascita e di favorire la frequenza alle biblioteche di quartiere. I Punti Nascita consegnano ai neo-genitori una borsa contenente il logo del programma con un libricino di filastrocche che i genitori possono leggere o cantare, un piccolissimo catalogo di libri adeguati, e un elenco delle biblioteche del proprio circondario con i relativi incontri da queste organizzati per la promozione della lettura. Il progetto è sponsorizzato da Fundalectura, un'associazione privata nata nel 1990 con lo scopo di "... trasformare la Colombia in un paese di lettori" ([www.fundalectura.org](http://www.fundalectura.org)). Per Nati per Leggere italiano è stato presentato lo stato dell'arte del Progetto, il coinvolgimento delle biblioteche e dei pediatri, il rapporto con le case editrici, e tutte le modalità finora utilizzate per l'implementazione del progetto. Ha destato

# per Leggere



molto interesse il rapporto con gli editori e la possibilità di creare dei libri per NpL. Anche il sistema di valutazione dell'intervento tramite il questionario NpL ha sollevato l'interesse dell'uditorio.

Questo primo incontro di tre progetti europei di promozione della lettura ad alta voce ha aperto la strada a un'auspicabile proficua collaborazione, sia in termini scientifici di valutazione degli interventi che di lavoro organizzativo. Il prossimo futuro potrebbe prevedere la possibilità di lavorare su un comune progetto europeo al fine di diffondere NpL in maniera più capillare sul territorio.

*Stefania Manetti*

## Emilia-Romagna

Nell'ambito dei progetti rivolti alle utenze speciali della Biblioteca Sala Borsa, e nell'ambito di servizi già attivati con il carcere (prestito interbibliotecario e possibilità per i detenuti in permesso di iscriversi in biblioteca) è stata proposta una forma di attivazione del progetto NpL al carcere Dozza di Bologna.

Dopo l'illustrazione del Progetto alla direttrice e agli educatori che operano all'interno del carcere è stato concordato di avviare:

- la revisione del patrimonio librario destinato ai bambini di detenute e di detenuti che frequentano le ludoteche del carcere;
- la formazione del personale volontario di Telefono Azzurro che si occupa dell'intrattenimento dei minori nelle occasioni di incontro con i genitori;
- la fornitura ai volontari del materiale

informativo sul progetto e sulla lettura da distribuire ai genitori (sportina, bibliografia e opuscoli);

– un incontro con i dipendenti del carcere che hanno figli per far conoscere loro NpL e quindi anche sensibilizzarli riguardo a quanto avverrà in carcere.

*Marco Pellati*

## Lombardia

Nell'ambito di Nati per Leggere, la Biblioteca di Brugherio (Mi) aggiunge alle sue proposte formative un corso per familiari professionisti volontari aspiranti lettori "alle prese con bambini di 0-6 anni che amano ascoltare".

Il percorso, realizzato in collaborazione con "ArtEventualeTeatro" di Brugherio, si svolge da ottobre 2006 a marzo 2007. Prevede una parte teorica, a ingresso libero, dove, con l'analisi di esperienze di lettura ad alta voce, oltre a cercare di rimuovere i pregiudizi che creano un gran numero di non-lettori (tutti quelli convinti di non averne le doti), si vuole dare particolare attenzione alla lettura ad alta voce "efficace", capace di stimolare la fantasia e l'immaginazione del bambino che ascolta. Il percorso è articolato in un incontro di apertura, con la definizione dei principali approcci teorici alla lettura ad alta voce, seguito da altri due in cui i partecipanti, suddivisi in sottogruppi per "categorie professionali" (genitori, insegnanti, educatori, bibliotecari), analizzano esperienze di lettura nei diversi contesti di intervento. Nel quarto incontro, propedeutico alla successiva parte pratica, a ciascuno viene chiesto di esibirsi attorno a tre testi (uno considerato dal lettore il proprio "cavallo di battaglia", gli altri più impegnativi, assegnati dallo staff formativo). Con il percorso pratico successivo, a numero chiuso, attraverso tecniche derivate dal training dell'attore, si vogliono esplorare nuove possibilità comunicative ed espressive della voce nella lettura dei libri per bambini. Tra le due parti del Progetto è pre-

vista una serata, a ingresso libero, in cui lettori professionisti raccontano se stessi e il proprio mestiere

Offrire la voce. Un corso per lettori di piacere incrocia una rassegna di lettori di mestiere.

([www.comune.brugherio.mi.it/tuttobrugherio/culturaetempolibero/biblioteca/NPL/offrire](http://www.comune.brugherio.mi.it/tuttobrugherio/culturaetempolibero/biblioteca/NPL/offrire)).

*Federica Zanetto*

## Apprendimento linguistico a 10 mesi

Un articolo di *Child Development* commentato da *Le Scienze* (23.03.2006) può essere utile ad adeguare i comportamenti degli operatori di NpL alle capacità linguistiche dei bambini.

Un primo dato: i bambini cominciano ad ascoltare e a imparare le prime parole fin dall'età di 10 mesi, ma apprendono solo le parole che designano gli oggetti "concreti" che sono di interesse per loro, non di colui che parla. È questa la conclusione di uno studio svolto dai ricercatori della Temple University, dell'Università del Delaware e dell'Università di Evansville.

Concretamente: nel corso dello studio, i ricercatori hanno mostrato ai bambini due oggetti separati, uno per loro "interessante" e uno "noioso", per insegnare loro nuove parole e per capire in che modo fossero influenzati, utilizzando poi una specifica misura del loro grado di comprensione linguistica. Si è così trovato che anche i bambini molto piccoli possono imparare due nuove parole per ogni sessione di test, ma seguendo il proprio gusto.

"Ciò che abbiamo rilevato è che lo sperimentatore può guardare un oggetto, prenderlo in mano, e anche muoverlo, ma il bambino verifica che la parola che preferite sia associata al suo oggetto di interesse, e non all'oggetto verso il quale voi mostrate interesse", ha spiegato Leftkowitz, docente di psicologia e direttore dell'Infant Lab della Temple University. Una conclusione ulteriore è che sembra evidente che anche le illustrazioni che sono rappresentate nei libri devono essere in grado di attrarre l'attenzione del bambino.

*(Red)*



## Publicità e allattamento

Caro Direttore, le riviste "open access", che fanno pagare gli Autori e permettono ai lettori di leggere e scaricare gratuitamente gli articoli online, sono sempre più numerose. Una delle ultime è l'*International Breastfeeding Journal* ([www.internationalbreastfeedingjournal.com](http://www.internationalbreastfeedingjournal.com)) che recentemente ha pubblicato un interessante articolo di Katherine Foss e Brian Southwell dal titolo "Infant feeding and the media: the relationship between Parents' Magazine content and breastfeeding, 1972-2000" ([www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/10](http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/10)). Gli Autori hanno analizzato 87 numeri (1°, 5° e 9° di ogni anno) della rivista per genitori più antica e più diffusa negli USA, per capire se l'andamento della pubblicità dei sostituti del latte materno mostrasse qualche parallelo con l'andamento dei tassi di allattamento al seno. Comparando la frequenza dei messaggi pubblicitari con le variazioni percentuali, in positivo e in negativo, dei tassi di allattamento registrati annualmente dalla Ross Survey, usati anche dal governo USA per monitorare il raggiungimento degli obiettivi (per esempio, *Healthy People 2000*), gli autori riportano un'associazione inversa. E cioè, quando la pubblicità aumenta, l'allattamento diminuisce, e viceversa. Il disegno dello studio non permette chiaramente di definire una relazione di causa-effetto, ma sapendo che le compagnie del latte difficilmente riuscirebbero a giustificare con gli azionisti le spese in pubblicità, se questa non avesse alcun effetto, si può giurare che questa relazione, per quanto parziale, esista. Un articolo che rafforza il richiamo a rispettare sempre più il Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno, e la decisione di *Quaderni acp* di rinunciare a questa pubblicità.

Adriano Cattaneo

*Affermare che la pubblicità influenza le scelte dei consumatori è scoprire l'acqua calda; applicare questa affermazione al campo medico dovrebbe essere automatico, eppure ancora oggi non sembra essere così. Da buoni "uomini di scienza" abbiamo bisogno di conferme "scientifiche". Se una pubblicità non rende, lo sa per primo chi paga per farsi pubblicità e, se non rende, non la fa più, o cambia strategia; se*

*continua a farla, è perché rende. La pubblicità in campo medico richiede regole; spesso ci sono (il Codice citato da Cattaneo ne è un esempio), ma non vengono rispettate. Forse perché non rispettarle rende tutto più facile. Quaderni acp ha scelto una strada difficile ancor di più dopo la recente decisione di eliminare tutta la pubblicità. Si veda l'editoriale di questo numero.*

(scn)

## Il russamento abituale va indagato

Signor Direttore,

ho letto (sono uno specializzando e quindi con poca pratica clinica, specialmente su queste cose che in ospedale si incontrano più di rado) l'articolo sulle OSAS (*Quaderni acp* 2006;13:130). Devo dire, nonostante l'articolo faccia uno sforzo di semplificazione, che trovo un po' difficile orientarmi su questo tema e allora mi sono fermato, con alcuni colleghi della clinica, a chiedermi che conclusioni devo trarre nella pratica.

Dal caso numero 1 (Gaetano) devo concludere che solo perché il bambino russa e ha tonsille grosse (senza avere apnee) si deve intraprendere un percorso diagnostico che vada oltre la clinica: saturimetria, polisonnografia? Infatti il bambino 4 mesi dopo l'intervento di adenotonsillectomia "non presenta apnee", ma in verità non le aveva neppure prima. È corretta questa mia interpretazione: nonostante il bambino non abbia apnee, lo si classifica egualmente nella Obstructive Sleep Apnea Syndrome? Il secondo caso (Sara) è rovesciato rispetto al primo. La bambina russa (come Gaetano), ha tonsille grosse, ha le apnee (che Gaetano non ha), ma il tracciato suggerisce di non fare nulla. La piccola ha delle apnee che non sono OSAS. Gaetano non ha le apnee, ma è OSAS.

Allora, come è valida la conclusione degli autori che "il russamento non è mai un evento banale"?

Devo, quindi, concludere che – indipendentemente dai sintomi e segni – chi induce a fare le scelte è il tracciato. Gaetano, prendendo come standard la clinica, è un vero positivo (russa; ha tonsille grosse; ha tracciato positivo); Sara è una falsa positiva (russa; ha tonsille grosse; ha tracciato negativo). Ma viene il dubbio che sia falsa

positiva perché i genitori hanno male interpretato, esagerandola, la sua sintomatologia che hanno riferito, nell'anamnesi, al pediatra.

Domando: si devono inviare a consulenza dell'ORL tutti i bambini che russano e hanno tonsille grosse? Quanti sono dal punto di vista epidemiologico? Gli Autori scrivono che sono il 10%. Molti quindi. Il primo invio è quello all'otorinolaringoiatra. Tutti gli ORL conoscono questa parte della patologia di loro competenza? Oppure, con questo dubbio, devo inviare tutto il 10% a fare una saturimetria e poi una polisonnografia?

Me lo chiedo anche perché su questo argomento, leggendo articoli pubblicati in questi mesi (più complicati di quello che ha pubblicato la vostra rivista, che ha avuto il merito di scendere dalla teoria ai casi), ho avuto l'impressione che non vi siano linee guida condivise. Ringrazio la Sua rivista per avere affrontato questo problema.

Luigi Mastrogiovanni

Abbiamo sottoposto la lettera del collega Mastrogiovanni agli Autori dell'articolo. Questa è la loro risposta.

*Rispondiamo con piacere alle questioni sollevate dal dott. Mastrogiovanni, perché riflettono la "difficoltà di orientarsi" su un tema ancora poco conosciuto e in parte ancora controverso. Purtroppo non è possibile in poche righe condensare la fisiopatologia dell'OSAS (con particolare riguardo alle motivazioni della possibile incongruenza tra quadro anatomico e aspetti funzionali), che andrebbe studiata a dovere per comprenderne appieno le ricadute pratiche, quali l'insufficienza del giudizio clinico nel porre diagnosi. Rimandiamo il lettore, per esempio, alle linee guida dell'AAP (American Academy of Pediatrics) citate in bibliografia, nonché alla lettera comparsa sull'International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology (2005;69:1451-2) in risposta agli Autori del documento dell'Istituto Superiore di Sanità sull'appropriatezza clinica e organizzativa dell'adenotonsillectomia.*

*Quanto ai casi presentati, essi sottolineano quanto abbiamo tentato di evidenziare nelle conclusioni: la sintomatologia (che è, ricordiamolo, nella stragrande maggio-*

ranza dei casi un elemento riferito e non visto direttamente dal medico, che non passa le sue notti seduto accanto al paziente) e l'esame obiettivo (che è alla portata di ogni medico e di ogni grado di esperienza: che le tonsille siano grandi o piccole, lo vede anche la mamma...) permette di sospettare l'OSAS, ma va riscontrata con l'indagine strumentale per porre diagnosi di certezza. La lettera ci dimostra la "difficoltà di orientarsi" anche su un'anamnesi scritta: il lettore ha compreso che il bambino (caso 1) non avesse apnee, quando i genitori, che non sono dei medici, segnalavano che "smette di respirare" (virgoletta nella storia) nel sonno.

Ribadiamo quindi il concetto con le stesse parole riportate nella parte conclusiva dell'articolo "il russamento abituale... quando presente, va correttamente indagato", con un opportuno percorso diagnostico-terapeutico: quello che abbiamo presentato è una possibile proposta.

La visita ORL non è alternativa o sostitutiva dello studio del sonno, che rappresenta il corretto standard diagnostico: semplicemente, l'ORL (che è deputato a trattare chirurgicamente l'OSAS) e il pediatra (che deve rintracciare i sospetti tra i suoi pazienti) dovrebbero coordinarsi nella gestione del problema, condividendone l'impostazione teorico-pratica, nel mutuo interesse di entrambi (migliorare l'appropriatezza degli interventi e ridurre i rischi) e, come sempre per ultimo, del bambino...

È poi ulteriormente sintomatico della scarsa dimestichezza del mondo pediatrico con l'argomento il fatto che il nostro specializzando lo ritrovi "assai di rado" in ospedale. Eppure i numeri dell'epidemiologia sono realistici: cifre tra il 4 e il 10% della popolazione, per quanto riguarda il russamento abituale, sono molto consistenti, e fanno pensare a una complessiva sottostima del problema, che in molte Scuole di Specialità non viene neppure affrontato.

Per finire, siamo coscienti che si tratta di vedere un problema vecchio in modo nuovo, con tutte le difficoltà, controversie e resistenze del caso: non bisogna trasformarlo in una guerra di religione tra innovatori e tradizionalisti, ma essere coscienti delle possibilità offerte dalle nuove tecnologie e metterle a intelligente servizio della clinica.

Alessandro Vigo e coll.

## Nati per la Musica

La lezione concerto "Le mille e una notte" di Sheherazade, di cui viene riferito a pag. 155 del numero 4 di *Quaderni acp*, non ha solo segnato dal punto di vista dei fruitori, alunni e docenti della scuola primaria "Carducci" di Cesena, un momento di partecipazione attiva ai contenuti estetici che sono stati ben illustrati dall'animazione della conduttrice degli incontri, ma ha tracciato anche la costruzione di una base per il lavoro didattico successivamente condotto dagli insegnanti nelle diverse classi di appartenenza.

Va ricordato che:

1. l'auditorium delle quattro repliche è stato costituito, di volta in volta, non su base numerica – quanto pubblico poteva contenere la sala – ma su base pedagogica: età e classi di appartenenza, nell'intento di creare, così, situazioni di omogeneità culturale; 2. a ogni replica l'animatrice, i pianisti e gli attori hanno adattato al pubblico presente sia il linguaggio che il livello dell'approfondimento tematico ed estetico.

Le quattro repliche, dunque, sono state, in realtà, quattro diverse lezioni e quattro diversi concerti che hanno incontrato pieno favore da parte della scuola.

Scuola che, nei due giorni di concerto, si è letteralmente immersa in un clima culturale "altro" rispetto a se stessa, in cui ha "regnato" una nuova atmosfera e un diverso clima dominato dalla musica: suoni, colori, persone e struttura ridondavano musica.

Una piccola rivoluzione di due giorni.

L'avvenimento, dal punto di vista della scuola "Carducci", si è rivelato come esperienza di collaborazione aperta, in quanto su un unico obiettivo, il progetto "Nati per la Musica", hanno confluato l'AUSL di Cesena, l'Associazione Culturale Pediatri (ACP), con il suo Presidente nazionale, e la ACP Romagna, la Fondazione Cassa di Risparmio di Cesena quale ente finanziatore e il Conservatorio "Maderna".

Per ciò che concerne la scuola, l'inquadramento dell'attività derivante dal progetto "Nati per la Musica", nell'alveo dell'educazione alla salute, ha rivestito un importante significato educativo, didattico e di riflessione pedagogica.

"Musica", infatti, è un universo con cui tutti i ragazzi, in varie forme, impattano e di cui si servono soprattutto in epoche di

crisi fisiologica del loro sviluppo, specialmente adolescenziale, per veicolare valori, credenze, disagi, proteste, personalità individuali e, ancor più, corporativo-gruppali. Si tratta, insomma, di un medium che viene impiegato per comunicare con un linguaggio profondo che è del corpo (ballo) e dell'anima ("sballo").

In questo abbozzo di costellazione la scuola vuole intervenire, cominciando a offrire ai piccoli alunni strumenti per la corretta codificazione e decodificazione del linguaggio musicale e degli altri codici di comunicazione a esso associabili, fra cui linguaggio del corpo, linguaggio verbale, linguaggio estetico. Ciò non vuol dire in alcun modo avere risolto un problema, quello dell'incipiente comunicazione adolescenziale, ma solo aver cominciato a contribuire a una sorta di approccio propedeutico alla musica che, a buon diritto, va annoverata fra gli elementi costitutivi della cultura ordinaria.

Giuseppe Messina  
Maestro elementare, Cesena

*La musica ascoltata. La musica vissuta. La musica come esperienza. La musica come comunicazione profonda. Nessuna definizione è più vera di questa, e non solo per i contenuti stessi del progetto "Nati per la Musica" che si fondano sul concetto di relazione e scambio esperienziale: l'organizzazione della giornata di apertura del Progetto a Cesena ha ancor di più sottolineato il bisogno, l'eterogeneità, la ricchezza della comunicazione fra i servizi. La necessità – e la difficoltà – di far convergere le proprie azioni al raggiungimento del risultato sono state compensate non solo dal risultato stesso dell'evento, ma dagli sviluppi imprevisti, e inaspettati, che ogni singola realtà dimostra di saper percorrere, all'interno delle proprie competenze e dei propri interlocutori. E se noi come pediatri vediamo l'importanza del progetto soprattutto nel ruolo del sostegno alla genitorialità in analogia a NpL, i musicisti, la scuola ne riconoscono altre, come acutamente e approfonditamente riportate dall'insegnante Giuseppe; e ognuno, a sua volta, arricchisce e sviluppa il progetto originale e gli obiettivi stessi.*

*Abbiamo ancora molto da fare per rendere fluida l'organizzazione locale del nostro NpM, ma certamente un inizio così appassionato prelude a qualcosa di grande.*

(ab)

## 10 Stories the world should hear more about



## Il terremoto in Asia: gli aiuti hanno salvato molte vite, arginato la perdita di altre, ma la ricostruzione appare lontana

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 Sud dell'Asia e riguarda il devastante terremoto del 2005.

Gli aiuti nelle aree devastate dal terremoto hanno evitato ulteriori perdite di vite umane; le comunità sono tuttavia costrette a fronteggiare un nuovo e cruciale compito, quello di sostenere le centinaia di migliaia di persone rimaste senza casa e indigenti a causa del disastro.

### La storia

L'8 ottobre 2005 un devastante terremoto ha colpito il Sud dell'Asia, mietendo decine di migliaia di vittime e lasciando tanti esseri umani privi di casa e in grave pericolo per l'avvicinarsi di un duro inverno. Lo sforzo enorme per trovare, salvare e dare sostentamento ai sopravvissuti fu all'epoca oggetto di attenzione dei media di tutto il mondo, attenzione principalmente dovuta all'entità del disastro: 73.000 persone morte in Pakistan e 1300 in India.

Jan Egeland, Coordinatore delle Emergenze dell'ONU, definì questa crisi come "il peggiore incubo logistico" che il mondo abbia dovuto affrontare. Nonostante la gravità delle sfide, gli sforzi combinati, sia nazionali che internazionali, riuscirono a prevenire una seconda ondata di morti, massicci movimenti di popolazioni e lo scoppio di epidemie, mentre il duro inverno cominciava a diffondersi. Grazie agli aiuti, infatti, la mortalità in queste Regioni non è risultata essere più elevata rispetto ai precedenti inverni. Una indagine nutrizionale ha evidenziato una situazione alimentare paragonabile a quella pre-terremoto.

Oggi, a distanza di un anno, gli sforzi post-terremoto sono a un punto cruciale che merita l'attenzione del pubblico e dei media. Gli operatori ONU avvertono che, ora che ci si orienta verso la ricostruzione, potrebbe iniziare la parte più ardua del lavoro. Esperienze analoghe in altri Paesi insegnano che dopo la fase del conforto immediato, nonostante la situazione sia ancora disperata, l'attenzione cala. Se tutto ciò succedesse, molti dei sopravvissuti al terremoto dovrebbero affrontare un nuovo difficile inverno in situazioni precarie. Mentre la comunità umanitaria lotta per una transizione facile da una situazione di aiuto alla ricostruzione, il doloroso lavoro di reintegrare e ricostruire vite umane non dovrebbe eludere l'attenzione dei media.

### GRAZIE AI NOSTRI REFEREE

Ringraziamo vivamente gli amici che hanno aiutato la redazione di Quaderni acp con la loro preziosa attività di revisori per l'anno 2006.

Dante Baronciani, Cesare Braggion, Roberto Buzzetti, Adriano Cattaneo, Giancarlo Cerasoli, Francesco Ciotti, Antonio Clavenna, Carlo Corchia, Luigi Gualtieri, Stefano Gorini, Luisella Grandori, Giuseppe Maggiore, Gianfranco Mazzarella, Salvatore Pellegrino, Mauro Pocecco, Laura Reali.

### Il contesto

Come risposta internazionale al terremoto, coordinata dall'ONU, più di 500.000 tende sono state inviate, insieme a circa 5 milioni di lamiere e più di 6 milioni di coperte/trapunte.

L'acqua potabile è stata ripristinata per circa 700.000 persone, e migliaia di latrine sono state installate. Più di 1 milione di bambini è stato vaccinato contro il morbillo. Alimenti e altri generi sono stati poi inviati via elicottero dalle basi militari pakistane, dalla NATO, dagli USA, da altre Nazioni e dall'ONU.

L'autorità pakistana di ricostruzione e riabilitazione per il terremoto, in collaborazione con l'ONU e con diversi partner di società civili, ha impostato un programma base di pronto intervento mirato al sostegno del lungo percorso di ripristino e a ridurre il più possibile il gap tra sostegno immediato e ricostruzione. Per questi programmi sono stati stimati circa 188 milioni di dollari per i prossimi 12 mesi. Le sfide principali da fronteggiare nel prossimo futuro sono costituite dal numero di successi conseguenti agli investimenti realizzati, da una buona viabilità in zone remote, da eventuali frane e dissesti potenziali, da assistenza continua alle fasce più deboli e dalla più possibile diffusione di servizi basilari per la popolazione.

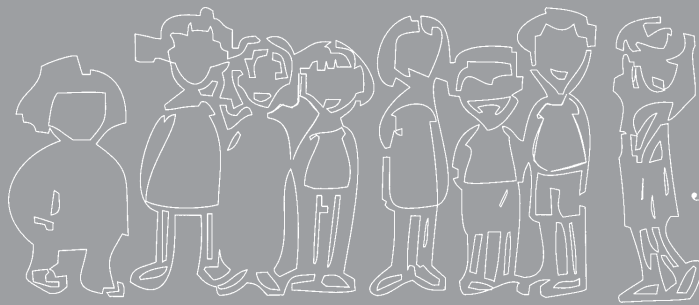
**Per ulteriori informazioni:**  
United Nations Office for the  
Coordination of Humanitarian Affairs  
(OCHA). ♦

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](http://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.

# La valutazione di un Corso di Formazione al counselling pediatrico

Furio Lambruschi\*, Francesco Ciotti\*, Michele Gangemi\*\*, Patrizia Elli\*\*, Silvio Lenzi\*\*\*

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

\*\*\*Scuola Bolognese di Psicoterapia cognitiva

## Abstract

### *The appraisal of a Training Course in paediatric counselling*

*Methods and results regarding the efficacy of a Training Course on paediatric counselling are described in this paper. A subjective appraisal through a satisfaction scale has been submitted to participants. The Calgary Cambridge Guide and a critical simulation by groups have been used; this part of the training has been judged of great benefits for the group especially with the support of psychology professionals. The Calgary Cambridge scale has been considered as a potentially useful personal tool by paediatricians. An objective appraisal has been done through a cross sectional study and a longitudinal study before and after on one of the participating paediatricians. This has been particularly promising considering the detailed and great variety of achievable information in respect to paediatrician's counselling abilities.*

*Quaderni acp 2006; 13(6): 260-263*

**Key words** *Counselling. Evaluation. Conversation analysis*

L'articolo intende descrivere metodi e risultati di una valutazione di efficacia di un Corso di Formazione al counselling pediatrico. È stata condotta una valutazione soggettiva affidata al grado di soddisfazione percepita dai pediatri partecipanti al corso, riguardante in particolare l'utilizzo della Calgary Cambridge Guide e la simulazione critica in gruppo: questa parte del percorso formativo è stata giudicata più facilmente fruibile all'interno di un lavoro di gruppo e con il supporto di personale con competenza psicologica, mentre la scheda Calgary è stata considerata dai pediatri come potenzialmente utilizzabile anche a livello personale. La valutazione oggettiva, affidata a una ricerca trasversale campione-controllo e a una ricerca longitudinale prima-dopo su uno dei pediatri partecipanti, si è rivelata particolarmente promettente per la ricchezza e il dettaglio delle informazioni che è in grado di offrire rispetto alle abilità di counselling del pediatra.

**Parole chiave** *Counselling. Valutazione. Analisi conversazionale*

In questo articolo ci proponiamo di delineare e discutere i risultati di una valutazione di efficacia del Corso di Formazione al counselling pediatrico, svolto a Cesena nel 2004 e già descritto in precedenza su questa rivista (*Quaderni acp* 2006;13:166 e 218).

Al termine del corso, insieme agli esperti formatori e ai discenti, si è ritenuto infatti opportuno da un lato valutare la soddisfazione soggettiva percepita dai pediatri partecipanti al corso, dall'altro tentare di individuare e analizzare alcuni indicatori oggettivi esterni di efficacia, definiti da una ricerca comparata campione-controllo e da una ricerca longitudinale prima-dopo su uno dei pediatri partecipanti.

## La valutazione soggettiva dei partecipanti

Per quanto riguarda il compiacimento percepito, a fine corso è stato chiesto ai pediatri partecipanti di esprimere la propria soddisfazione soggettiva, articolata separatamente in una valutazione di apprendimento rispetto agli obiettivi cognitivi derivati dall'uso della scheda Calgary (corrispondente alla prima parte di ogni giornata di formazione), e rispetto agli obiettivi emotivi derivati dalla simulazione della situazione critica in gruppo (seconda parte). Ancora, è stato loro chiesto di rispondere singolarmente alle seguenti tre domande: **A.** Come mi sono sentito emotivamente nel gruppo; **B.** Cosa penso di aver lasciato al gruppo; **C.** Cosa penso di aver portato via dal gruppo

po; infine, sulla base delle risposte, i partecipanti sono stati invitati a stilare una relazione sintetica delle proprie reazioni.

▲ Nell'uso della scheda Calgary sono stati rilevati, dai partecipanti, aspetti positivi e criticità. Gli aspetti positivi sono stati illustrati separatamente per ciascuna delle fasi indagate dalla scheda. La fase di *inizio e strutturazione del colloquio* aiuta a esplicitare un ordine nella conversazione, onde evitare dispersioni e perdite di tempo; rende più consapevoli rispetto a eventuali prolessità del medico e alla sua tendenza a interrompere o comprimere le espressioni verbali dei genitori. L'*esplorazione del mondo interno* aiuta il paziente a esprimersi, facendo emergere i problemi reali e approfondendoli, evitando la ripresentazione di aspetti superficiali; fa affiorare le reali preoccupazioni che motivano l'accesso. L'*attitudine empatica* sottolinea l'importanza cruciale della disponibilità del pediatra; valorizza l'espressione del paziente in assenza di giudizi; aiuta a connotare i lati positivi per migliorare il rapporto e consolidare l'alleanza medico-paziente. La fase dell'*informare e spiegare* induce a non essere complicati e ampollosi, bensì a fare il possibile per farsi capire, al fine di ottenere un risultato condiviso e duraturo nel tempo, e per meglio giungere alla fase del *negoziare e programmare*; questa costringe il medico a uscire dall'atteggiamento prescrittivo-impositivo per tenere conto dello stile di vita del paziente, costruire insieme programmi accettabili, essere disponibili a considerare punti di vista alternativi al proprio. La *chiusura* infine favorisce una verifica sintetica del programma concordato e della sua comprensione; fornisce un messaggio di disponibilità a continuare la relazione nel tempo ed eventualmente a rivederla e modificarla. Le *criticità* del Calgary Cambridge Guide sono invece state rilevate in una maniera più complessiva. All'inizio, l'uso della scheda, specie in alcune sue parti, è stato

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

esperienze

## Box 1

accolto con difficoltà per la naturale diffidenza del medico verso il "non organico" e per il timore di doversi trasformare in una sorta di "psicoterapeuta", anche se è chiara la consapevolezza che la relazione e la comunicazione in ambulatorio non possono costituire un optional. Questa difficoltà si è fatta più ardua specialmente nella esplorazione del mondo interno, nella quale risulta difficile definire fino a che punto spingersi senza essere troppo intrusivi e che solleva talora un senso di inadeguatezza nel gestire e governare i problemi che emergono. Difficile è stato anche, nella fase di negoziazione, accettare una posizione più paritetica e interlocutoria con il genitore, per il timore di apparire insicuri o di sminuire il proprio ruolo di fronte alla famiglia. Nel complesso lo strumento, in alcune parti, nonostante le semplificazioni apportate, è risultato ancora poco agile e difficile da memorizzare, anche se l'esercizio e la traduzione grafica ne possono migliorare l'uso.

▲ Quanto alla seconda parte della giornata di formazione, secondo i pediatri la scheda A-B-C si è rivelata utile per esplorare il mondo interno del pediatra stesso, per fargli prendere coscienza delle emozioni che ne condizionano i comportamenti, per osservare i diversi modi di reagire delle persone del gruppo di fronte a una stessa situazione clinica, per sottolineare la pluralità delle risposte possibili e la flessibilità degli stili relazionali. Questa parte del percorso formativo e questo strumento sono apparsi però più facilmente fruibili all'interno di un lavoro di gruppo e con l'aiuto di personale psicologico esperto, mentre la scheda Calgary è considerata dai pediatri come potenzialmente utilizzabile anche a livello personale.

▲ Per quanto riguarda infine le risposte dei pediatri alle ultime tre domande aperte, riportiamo nel *box 1* uno stralcio significativo della sintesi effettuata dal gruppo stesso dei pediatri.

### La valutazione oggettiva: i questionari alle madri

La ricerca comparata sugli effetti del counselling parte dall'ipotesi che il pediatra formato al counselling determini una maggiore soddisfazione dell'utente (in questo caso del genitore) nei suoi confronti, con particolare riguardo alle abilità di ascolto, di

*"Il timore che ciascuno aveva di non essere capito o di essere criticato sicuramente è stato presente all'inizio. Non sempre è stato facile infatti spogliarsi di sé, fermarsi, guardarsi e lasciare che gli altri ci guardassero. È stata fondamentale la percezione di sentirsi un gruppo disposto ad accogliere l'altro, a confrontarsi nel modo di fare, dove non voleva esserci giudizio ma valorizzazione delle diversità. Sicuramente in questo hanno avuto un ruolo fondamentale e positivo i due coordinatori... Già il tempo che precedeva la videoregistrazione ci metteva in moto dinamiche interiori di attenzione per meglio applicare il cognitivo che andavamo assimilando. È stato simpatico, talora anche divertente vederci ognuno a "casa propria", nel proprio studio, e ciascuno entrare in qualche modo in casa dell'altro e cercare di immedesimarsi in quella situazione, in quella relazione. Io come mi sarei comportata, cosa avrei pensato? Questa la domanda che ci interpellava nella situazione vissuta dal collega... con meno tranquillità ciascuno rivedeva la propria videoregistrazione: una certa ansia o timore di non essere capito è indubbio che ci seguiva.*

*Sicuramente resta la voglia di metterci in gioco per costruire una migliore alleanza senza troppa paura di mostrarsi nudi. Ci portiamo via la consapevolezza che le modalità di approccio agli eventi o alle situazioni varia in relazione a come ci disponiamo nei confronti di quella situazione. Ci portiamo via più ordine nel relazionarci agli altri, più attenzione, più capacità di cogliere segni, atteggiamenti, tali da aiutarci ad entrare dentro al vissuto dell'altro, più voglia di entrare in gioco nella relazione con meno paura di esplicitarlo. Crediamo di essere usciti arricchiti da questa esperienza per avere conosciuto diversi stili comunicativi che in qualche modo ci stimolano al cambiamento nella comunicazione col paziente. Certi spigoli del nostro carattere andranno smussati, certe ansie andranno contenute, l'avvicinarsi al mondo interno dell'altro andrà sdrammatizzato e sicuramente non diminuiranno le incombenze burocratiche, ma migliorerà la relazione con i nostri piccoli pazienti e i loro genitori. Abbiamo ricevuto tanto per la condivisione di situazioni emotivamente significative per la nostra vita professionale, ma soprattutto per l'atteggiamento con cui affrontarle. L'esperienza che abbiamo condiviso ci ha aiutato a focalizzare e meglio comprendere i propri limiti e ad avere qualche strumento in più per superarli, ci ha permesso di conoscere meglio la nostra personalità e il modo in cui viviamo il nostro lavoro".*

TABELLA 1: VALUTAZIONE DEI QUESTIONARI

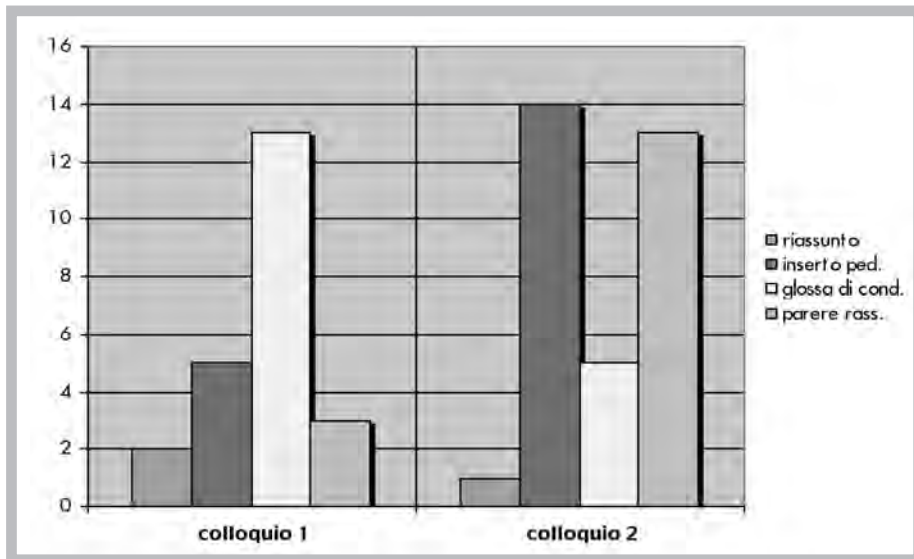
Domande	Numero risposte	Media	p
1. Si fa capire bene	159 335	8,59 8,58	0,941
2. Mi mette a mio agio tanto da potergli esprimere i miei dubbi e le mie incertezze riguardo alla salute di mio figlio	161 338	8,19 8,08	0,584
3. Presta ascolto a ciò che il genitore dice	163 336	8,44 8,36	0,653
4. Crea un clima amichevole e familiare	161 335	8,18 7,83	<b>0,099</b>
5. Fornisce spiegazioni esaurienti e molte informazioni sulla cura del bambino	162 339	8,17 8,17	0,995
6. Dedicava un tempo adeguato alla visita	162 336	8,41 8,12	0,128
7. Mi è vicino con consigli e interventi personali, come per esempio telefonate ai colleghi o lettere di presentazione in caso di ricovero in ospedale	134 275	7,52 7,40	0,598
8. Capisce le mie preoccupazioni e le mie paure di genitore rispetto ai problemi di mio figlio	159 332	7,93 7,72	0,303
9. Tiene conto del mio punto di vista di genitore e discute con me prima di prescrivermi esami o terapie	158 319	8,11 7,77	<b>0,086</b>
10. Lo sento interessato e vicino ai problemi che gli presento senza giudicarmi	161 329	8,06 7,90	0,431

negoziazione, di empatia, di esplorazione del mondo interno. L'ipotesi dello studio sottoposta a verifica è che i pediatri di base formati debbano avere una media statistica-

mente significativa più alta negli item di un questionario compilato dai genitori, relativi alle abilità descritte, rispetto ai pediatri che non hanno frequentato il corso. Il questio-



FIGURA 1: ANALISI DEI COLLOQUI PRECEDENTI E SUCCESSIVI AL CORSO



## Box 2

**Inseri didattici/pedagogici**

Si tratta di momenti informativi ed educativi realizzati dal pediatra con interventi anche brevi. Possono riguardare il contenuto della domanda, gli aspetti eventualmente sintomatici o i fatti riportati dal genitore o qualunque altro argomento. Es.: "Il moncone ombelicale a qualcuno cade entro i 10 giorni, a qualcun altro dopo un tempo maggiore, dipende..."

**Glosse di conduzione**

Si tratta di interventi vari che hanno la funzione di facilitare la collaborazione, di solito spiegando il da farsi o il significato di quanto viene richiesto. Possono essere considerati parte di una macroattività detta "accordo procedurale", importanti anche ai fini di migliorare la qualità della relazione. Es.: "Adesso andiamo a vedere questa bimba... c'è l'otite perforata a sx, altre cose non ce ne sono".

**Riassunti**

Rappresentano un raffinato ed efficace strumento di direttività. Ve ne sono di diversi tipi, tra gli altri citiamo il riassunto cosiddetto informativo, per le sue caratteristiche di elegante sintesi tra l'atteggiamento di ricalco e di guida, fondamentale per l'efficacia del colloquio. Es.: "Diciamo allora che la sua paura è quella di non riuscire abbastanza ad accontentare, a rispondere al bisogno della bambina..."

**Pareri rassicurativi/normalizzanti**

Denotano attenzione allo stato emotivo dell'interlocutore e capacità di percepirne in diretta le modificazioni, oltre che una buona capacità di sintonizzazione. Es.: "Pesa 3350 g, quindi è cresciuto molto bene, quindi questo conferma l'impressione che il bambino poi aveva".

nario, derivato e adattato dalla ricerca da Caso e coll., comprende 10 domande, sulle quali il genitore deve assegnare un punteggio al suo pediatra compreso tra 1 e 10 (1). Gli item 1-5 fanno riferimento a competenze primariamente cognitive del pediatra, nel farsi capire e nel fornire spiegazioni adeguate; gli item 6-7 riguardano invece la sua tendenza a rendersi disponibile alle richieste del genitore; l'item 3 è riferito alla capacità di ascolto; l'item 9 alle sue capacità di negoziazione; gli item 2-4-8-10 all'empatia (tabella 1).

Il questionario è stato compilato rigorosamente anonimo sia per quanto atteneva al genitore compilante sia per quanto riguardava il pediatra di base: il genitore non

apponeva il nome del pediatra, ma barrava semplicemente il riquadro del gruppo cui il pediatra apparteneva. I risultati sono stati quindi letti ed elaborati sul gruppo e non sul singolo. Il gruppo dei pediatri che non ha partecipato al corso e che ha funzionato come gruppo di controllo era composto da 10 pediatri di base; 6 erano i pediatri di base che hanno partecipato al corso e che costituivano il gruppo campione. La ricerca è stata effettuata presso il Consultorio Pediatrico di Cesena, ove i questionari sono stati consegnati alle mamme in occasione della seduta vaccinale del proprio figlio, di età compresa tra 2 mesi e 5 anni, nel mese di settembre 2005, a tre mesi di distanza dalla fine del Corso di Formazione. I que-

stionari compilati sono stati 502: 339 per il gruppo controllo e 163 per il gruppo campione.

I risultati sono esposti nella tabella 1. I numeri delle risposte sono tra loro diversi, perché non tutti i genitori hanno risposto a tutte le 10 domande del questionario. L'alfa di Cronbach è pari a 0,967 a indicare l'elevata coerenza interna degli item. La media dei punteggi a tutte le domande è molto elevata, pari a 8 circa, ossia molto vicina al tetto massimo di 10, sia per il gruppo campione che per il gruppo controllo, con deviazione standard rispetto alla media compresa tra 1 e 2. Ciò significa che le abilità esaminate dal questionario sono molto alte in tutti i pediatri, per cui resta difficile trovare una differenza statisticamente significativa fra i due gruppi. In effetti, anche se la media riportata dal gruppo campione è sempre più alta, agli item non ci sono differenze statisticamente significative, se non alla domanda 4 (clima amichevole e familiare) e alla domanda 9 (negoiazione) ove la p è inferiore a 0,1, ma superiore a 0,05, con una tendenza alla significatività.

**La valutazione oggettiva: le conversazioni di un pediatra**

La valutazione col questionario, laddove risulti positiva per i pediatri che hanno frequentato il counselling, potrebbe essere inficiata da un bias di selezione: i pediatri partecipanti al counselling, motivati al Corso e sensibili alla dimensione relazionale della loro professione, potrebbero essere già in partenza più portati ad avere atteggiamenti di ascolto e di negoziazione verso la famiglia del bambino. Abbiamo perciò pensato di effettuare un'altra valutazione centrata solo sui pediatri che hanno frequentato il Corso, confrontando il loro stile comunicativo e conversazionale prima del percorso formativo e dopo la sua conclusione. A tal fine sono state audioregistrate e trascritte due sedute ambulatoriali di un pediatra partecipante, una precedente e una successiva alla fine del Corso. La selezione e la quantificazione degli indicatori conversazionali sono state condotte alla cieca sui due colloqui da uno degli Autori. Sono stati selezionati alcuni indicatori relativi ad azioni conversazionali che possiamo definire ausiliarie all'attività interattiva di base (2-3). Essi, pertanto, risultano inframmezzati all'attività principale svolta in quel momento dell'incontro, che sia di indagine

o di accertamento o di prescrizione o altro. Si tratta quindi di una serie di competenze trasversali di base, che non vanno ad alterare la struttura di ogni singolo incontro, ma possono impreziosirlo, qualificandone lo svolgimento. Gli indicatori prescelti sono descritti nel *box 2*.

I risultati dell'analisi sui due colloqui sono riportati nella *figura 1*. Il primo colloquio, precedente al corso, è caratterizzato da un elevato utilizzo delle glosse di conduzione (n.13) e da uno scarso ricorso a inserti pedagogici (n. 5) e pareri rassicurativi (n. 3). Invece nel secondo colloquio, successivo al corso, si evidenziano una forte riduzione delle glosse (n. 5) e un cospicuo incremento degli inserti pedagogici (n. 14) e dei pareri rassicurativi (n. 13). In entrambi i colloqui i riassunti sono poco rappresentati.

L'incremento della presenza degli inserti pedagogici e dei pareri rassicurativi del medico depone per una migliore capacità di spiegazione dei problemi e di condivisione empatica e di sintonia emotiva col genitore. Le glosse di conduzione, relative alla esplicazione delle diverse fasi di transizione del colloquio e della visita del professionista, possono essere maggiormente influenzate dal contesto e dagli obiettivi del consulto ambulatoriale. In particolare, in questo caso, il primo colloquio era relativo alla visita di due fratelli sintomatici (otite perforata e tosse), mentre il secondo colloquio si riferiva a un bilancio di salute: si può presumere che il primo contesto richiedesse di per sé una maggiore necessità di esplicitare i diversi percorsi della visita.

Questo tipo di valutazione, che ci sembra assai originale per questo ambito di ricerca, si mostra particolarmente promettente per la ricchezza e il dettaglio delle informazioni che è in grado di offrire rispetto alle abilità di counselling del pediatra. Tuttavia, per una maggiore validità e confrontabilità, richiederebbe, da un lato, l'identificazione di colloqui pre e post più omogenei per contesto e durata, dall'altro, l'analisi di un numero più consistente di colloqui per pediatra e di pediatri diversi. ♦

#### Bibliografia

- (1) Caso G, Ancona M, Venturelli L, Bignoli M. Qualità percepita in pediatria di famiglia, Area Pediatrica 2004;1:17.
- (2) Bercelli F, Lenzi S. Analisi conversazionale di sedute di terapia cognitiva. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 1998;2:6-27.
- (3) Bercelli F, Lenzi S. Tipi di attività in psicoterapia: l'accordo procedurale. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 2004;15:8-27.

## GLI OTTO PASSI DELL'ACP: FORTE L'ECO SULLA STAMPA

Gli "otto passi" dell'ACP hanno fatto parlare di sé. Stampa e internet hanno diffuso la notizia della tavola rotonda "Otto passi di prevenzione a tutela della salute dei bambini" che il 19 settembre scorso ha coinvolto gli attori - di ogni ordine e grado - della gestione del problema delle vaccinazioni. Il *Corriere della sera* intitola la pagina: "No alla devolution dei vaccini - i pediatri dicono sì all'autonomia ma serve una strategia comune" e parla "dei rischi sottolineati dall'ACP di una possibile crescente disomogeneità" lungo lo stivale. Il *Corriere* si sofferma sull'abolizione dell'obbligo vaccinale in Veneto e sull'analogo progetto piemontese come prova del mancato coordinamento tra le Regioni. La pagina si chiude con il commento di Giuseppe Saggese, presidente della Società Italiana di Pediatria, che si esprime a favore del superamento dell'obbligo vaccinale: "Si deve arrivare a un'accettazione volontaria e consapevole da parte delle famiglie". Dello stesso parere Michele Gangemi, presidente dell'ACP, che però non drammatizza sulla scelta della regione Veneto, sottolineando che "il livello vaccinale e soprattutto l'informazione alle famiglie, già avviata da anni, mette al riparo da ogni rischio". Gli otto passi dell'ACP arrivano anche sul *Sole 24 Ore Sanità* che pubblica un articolo a firma di Michele Gangemi e Luisella Grandori.

La diffusione maggiore della notizia si è avuta via internet. I comunicati stampa lanciati dalle due principali agenzie giornalistiche Ansa e Adnkronos sono stati ripresi da numerosi siti di informazione medico-scientifica, rivolti sia ai cittadini che ai professionisti della salute.

Salute Europa News, Yahoo! Salute, Cybermed, Dica33 e altri portali spiegano gli "8 passi" proposti dall'ACP per la tutela della salute dei bambini che sono stati svizzerati nel corso della tavola rotonda. *Bisturi.it* - la versione online dell'omonimo quindicinale di politica, legislazione, economia in Sanità - pone l'accento sulla dichiarazione di Donato Greco: "Avevamo parlato di percorsi regionali, ma questa situazione va sicuramente superata: occorre rinforzare il coordinamento tra Regioni e Stato". Lo stesso messaggio viene ripreso da VacciNetwork, DoctorNews33, Intrage, Farmacia.it e, anche, in un comunicato stampa del Movimento italiano genitori (Moige) come sostegno della presa di posizione del Movimento contro il federalismo vaccinale attuato da alcune regioni. Altre notizie diffuse sulla rete dopo l'incontro del 19 settembre sono: "L'esperto: vaccinarsi contro l'influenza stagionale; sarà aggressiva"; e "Morbilli: Ugazio (SIP), a Roma allarme epidemia", che vengono pubblicate su alcuni dei siti sopra citati e sul portale della Svizzera italiana TicinOnline.

Del Piano vaccinazioni proposto dall'ACP ha parlato anche Il Pensiero Scientifico Editore, prima con una segnalazione della tavola rotonda sulla newsletter *Va' Pensiero*, e alla conclusione dei lavori con la pubblicazione online di un articolo di commento che sottolinea l'importanza di aver riunito attorno a un tavolo tutte le figure coinvolte e di aver raggiunto un consenso unanime: "Tra un anno ci dobbiamo incontrare nuovamente, non per discutere nuovamente su questi 8 punti, ma per verificare se e dove sono stati applicati e se ci sono delle distorsioni", commenta Maurizio Bonati. Il sito dell'Epicentro è ritornato sul tema degli 8 passi in un articolo di Michele Gangemi e Patrizia Elli "Vaccinazioni: diritto o dovere?", che affronta la delicata questione dell'obbligo vaccinale e dell'importanza del counselling per giungere a una scelta consapevole e condivisa tra servizio sanitario e genitori. Portare all'attenzione del pubblico il piano degli "8 passi" attraverso i diversi canali mediatici rappresenta un piccolo passo per informare la collettività sulle attività e iniziative dell'ACP, in omaggio alla trasparenza e al dovere di informare non solo i professionisti della salute ma anche i cittadini e le associazioni. Un piccolo passo per tutelare, quanto possibile, il diritto dei cittadini all'informazione, soprattutto su un tema sanitario come quello della vaccinazione, che interessa non solo l'individuo ma anche la collettività, e sul quale circolano notizie spesso imprecise e in contrasto con le indicazioni ufficiali.

Laura Tonon  
ufficiostampa\_acp@tiscali.it

Si veda anche a pag. 267 e a pag. 272.

# L'estinzione graduale risolve i problemi del sonno nei bambini?

Maria Luisa Tortorella\*°, Annamaria Moschetti\*\*°, Sara D'Erasmo\*\*\*

\*Pediatria, Grumo Appula (BA); \*\*Pediatria di famiglia, Palagianò (TA); \*\*\*Studentessa in Medicina e Chirurgia, Università di Bari;

°Pediatrie ACP Puglia e Basilicata

## Abstract

### Does graduated extinction solves children's sleep disorders?

*In order to give reply to a mother we have searched medical literature regarding the effectiveness of the "graduated extinction" technique in sleep training and "re-training". A rather popular book written by Dr. E. Estivill ("Fate la nanna") proposes this method for self-use in parents. Medical literature shows that this method is effective only after a two month follow-up but not at a four month follow-up.*

Quaderni acp 2006; 13(6): 264-266

**Key words** Graduated extinction. Sleep Disorders. Children

*Per rispondere al quesito posto da una madre abbiamo cercato nella letteratura scientifica lavori che comprovino l'efficacia della tecnica di "estinzione graduale" nella educazione e nella rieducazione al sonno. L'autosomministrazione della tecnica di EG è la proposta di un libro divulgativo scritto dal dott. E. Estivill ("Fate la nanna") e diffuso largamente presso i genitori. I lavori in letteratura dimostrano che tale tecnica risulta efficace solo a 2 mesi di follow-up ma non a 4.*

**Parole chiave** Estinzione graduale. Disturbi del sonno. Bambini

## Scenario clinico

Il direttore di UPPA, rivista destinata ai genitori, ci invia una lettera che gli è giunta, perché approntiamo una risposta: "Mio figlio Marco ha quasi 6 mesi. Scrivo perché sto cercando di applicare il metodo illustrato dal dott. Estivill nel libretto "Fate la nanna". Dopo circa 8 giorni il primo risultato positivo è che Marco ha cominciato a dormire 12 ore filate, saltando il pasto notturno. Purtroppo però il momento di andare a dormire è ancora una piccola tragedia: (...). Vorrei sapere se non sto procurando a Marco una sofferenza inutile".

## Background

I problemi del sonno (PS) nell'infanzia costituiscono un frequente motivo di consultazione dal pediatra, specie nei primi anni di vita; l'incidenza varia moltissimo a seconda della definizione che ad essi si dà (dal 13 al 48% fra 1 e 2 anni). Lo studio di Rapisardi con l'ACP Toscana mostra una prevalenza del 34,8% a 1-2 anni di risvegli notturni (RN) così definiti: difficoltà di addormentamento (percezione di essa da parte

del genitore e/o > 30 min per addormentarsi); risvegli notturni frequenti (maggiori o uguali a 1/notte dopo l'anno, maggiori o uguali a 2/notte fino a un anno di vita) (1).

È nota l'associazione tra l'accudimento "attivo prossimale" da parte dei genitori (cioè aiutare il bambino ad addormentarsi con il diretto contatto fisico, per esempio coricandosi con lui nello stesso letto, o cullandolo in braccio, o tenendogli la manina) e le difficoltà di addormentamento e di riaddormentamento in occasione dei risvegli notturni. Il rapporto causale tra i due fenomeni non è chiaro, ma secondo una prospettiva comportamentale sarebbe l'intervento dei genitori a determinare il disturbo del sonno, interferendo con una possibile e auspicata autogestione del sonno da parte del bambino.

Le tecniche comportamentali sono dirette a modificare i comportamenti materni in quest'ottica considerati patogeni.

I trattamenti cognitivo-comportamentali comprendono una varietà di protocolli e strategie (tabella 1).

Nell'ambito di queste la più popolare fra i genitori è l'"estinzione graduale" (EG),

resa famosa dai libretti divulgativi di Ferber "Risolvi i problemi di sonno di tuo figlio", e di Estivill "Fate la nanna": i genitori devono ignorare i capricci precedenti l'addormentamento per intervalli di tempo predefiniti e crescenti, dopo i quali possono entrare nella stanzetta nella quale il bambino deve essere posto a dormire, confortare per pochi secondi il piccolo, intimargli di dormire e quindi lasciare la stanza. Tale comportamento va ripetuto in occasione dei risvegli notturni.

Per dare una risposta alla mamma di Marco, verifichiamo per prima cosa l'esistenza di letteratura sull'efficacia dell'EG.

## La domanda

**Nei bambini di età < 2 anni con problemi di sonno [POPOLAZIONE] il trattamento cognitivo-comportamentale chiamato "estinzione graduale" [INTERVENTO] riduce i problemi del sonno [OUTCOME]?**

## Strategia di ricerca

In letteratura secondaria (nella *Cochrane Library* utilizzando i termini "sleep and children" e "sleep disorders" e in *Clinical Evidence* aprendo la sezione "child health") non abbiamo trovato nulla che riguardi il nostro argomento. Su *PubMed* in *Clinical Queries* inserendo i termini MeSH "behaviour therapy" OR "cognitive therapy" AND "sleep disorders" nella ricerca della Systematic Reviews si reperiscono nove articoli, di cui solo uno pertinente al quesito (2). Sul *MeSH Browser* di *PubMed*, per la ricerca di letteratura primaria, utilizzando gli stessi termini, inserendo nel campo LIMITS: *All Infant: birth-23 months, published in the last 10 years, Randomized Controlled Trial* (tabella 2) si trovano

Per corrispondenza:  
Maria Luisa Tortorella  
e-mail: ml.tortorella@tiscali.it

**scenari leggere e fare**



**TABELLA 1: TIPI DI INTERVENTI COMPORTAMENTALI PER I PROBLEMI DEL SONNO**

Intervento	Obiettivo mirato	Descrizione
Estinzione standard (ES)	Capricci serali/ risvegli notturni	Mettere il bambino a letto e sistematicamente ignorare i suoi comportamenti inappropriati (es. piangere) fino al mattino
Estinzione graduale (EG)	Capricci serali/ risvegli notturni	Estinzione combinata con controlli programmati da parte dei genitori (di durata crescente nei giorni)
Intervento precoce/ educazione dei genitori	Capricci serali/ risvegli notturni	Educazione dei genitori a stabilire delle corrette abitudini di sonno (routine serali, mettere il bambino a letto sveglio, ecc.) per prevenire lo sviluppo di PS
Risvegli programmati	Capricci serali/risvegli notturni/parasonnie	Il genitore sveglia il bambino 15-30 min. prima dell'insorgenza spontanea del risveglio o della parasonnia
Estinzione con presenza dei genitori	Capricci serali/ risvegli notturni	Il genitore finge di addormentarsi nella stanza del bambino e ignora i suoi comportamenti inappropriati (pianto)
Routine positive serali (RP)	Capricci serali	I genitori sviluppano una serie di routine serali piacevoli per il bambino e le associano a comportamenti positivi (es. addormentarsi velocemente)
Cronoterapia con anticipo o posticipo del sonno	Sindrome da ritardata fase di sonno	Anticipo o posticipo sistematico della fase di sonno del bambino fino al raggiungimento del ritmo sonno-veglia desiderato

ES = Estinzione standard; EG = Estinzione graduale; RP = Routine positive

**TABELLA 2: RCT CHE VALUTANO L'EFFICACIA DELL'EG**

Autori/Setting	Intervento	Controllo	Outcome	Risultati
Reid et al. 1999 RCT (3)	(a) EG=17 (b) ES=16 Durata: 21 giorni Età: 16-48 mesi	16 bambini in attesa di essere assegnati a EG o ES	Incremento "buone serate" (addormentamento in <10 minuti) e "buone nottate" (senza risvegli con richiamo)	EG e ES significativamente efficaci nel ridurre capricci e RN con richiamo; EG miglio- ramento della relazione ma- dre-bambino fino a 2 mesi dal trattamento. Ma non è stato paragonato al gruppo control- lo. Miglioramento significativo dello score CBLC (Child Behavior Checklist - sleep sub- scale) in entrambi i gruppi
Hiscock et al. 2002 RCT	EG=76 Età: 6-12 mesi	76 bambini senza disturbo del sonno	Risoluzione dei disturbi del sonno e dello score di depressio- ne materna a 2 e 4 mesi	Risoluzione dei disturbi del sonno a due mesi (53/76 vs 36/76; p=0.005; NNT= 4; IC 95% 3-14), ma non a quattro mesi

(a) EG = Estinzione graduale; (b) ES= Estinzione standard, RN = Risvegli notturni

cinque articoli, di cui due pertinenti (3-4).

## Risultati

L'articolo di letteratura secondaria selezionato (2) è una revisione sistematica di RCT condotti su bambini di 5 anni o meno con problemi di sonno; dei 44 studi

selezionati solo 9 ottemperano ai criteri di inclusione e di questi 4 prevedono come intervento terapie farmacologiche e 5 terapie cognitivo-comportamentali. Gli Autori definiscono gli studi troppo eterogenei per consentire una metanalisi (2). Tra gli interventi cognitivo-comportamentali solo lo studio di Adams utiliz-

za come intervento l'EG paragonandolo alle routine positive (RP); gli outcome sono la riduzione dei capricci e la soddisfazione coniugale (5). Si tratta di un RCT che arruola 36 bambini randomizzati in 3 gruppi (EG, RP e controllo): entrambi gli interventi hanno effetti migliori rispetto al controllo ( $p < 0.001$ ) senza

differenze significative tra loro, tranne un effetto più rapido per le RP, mentre solo le RP hanno effetti significativi sulla soddisfazione coniugale ( $p < 0.05$ ). Per quanto riguarda gli studi primari, i dettagli degli articoli selezionati sono riportati in *tabella 2*. Lo studio di Reid si riferisce a 49 pazienti reclutati tramite avvisi su giornali locali, studi pediatrici e gruppi di genitori, randomizzati in due bracci di trattamento (EG, ES), e un gruppo controllo (3). Sono bambini i cui genitori riferivano nel corso di una settimana almeno 4 serate "difficili" (>30 minuti per addormentarsi o non addormentarsi da solo) e/o 4 nottate "difficili" (risvegli notturni senza riaddormentarsi da solo o trasferimento nel letto dei genitori). Rispetto agli outcome i risultati sono espressi in medie e non consentono la valutazione di efficacia clinica dell'intervento (NNT). Vi è un elevato rifiuto delle famiglie eleggibili dopo la lettura del protocollo (31%); nel gruppo EG il 23% interrompe l'intervento; un'ulteriore perdita del 15% al follow-up riduce il numero di pazienti in questo gruppo a soli 11 bambini. Lo studio di Hiscock è un RCT effettuato su una popolazione di bambini in visita di routine per screening audiologico (4). L'intervento di controllo del pianto con il metodo di EG insegnato alle madri con un breve training ha una efficacia clinica (NNT = 4; IC 95% 3-14) a due mesi ma non a quattro.

## Discussione

Abbiamo già sottolineato nel paragrafo riguardante i risultati come lo studio di Reid mostri un'alta percentuale di abbandoni prima, durante e nel follow-up dello studio: questo è un indice di scarsa applicabilità del protocollo (3). Gli studi esaminati riguardano fasce di età differenti e abbastanza ampie, tali da non permettere una generalizzazione dei risultati a causa dell'evoluzione neuropsicologica del bambino. L'unico studio che si avvicina alla fascia di età di interesse del nostro scenario (Marco ha quasi 6 mesi) è quello di Hiscock (4). Un follow-up è stato eseguito sullo stesso gruppo di

pazienti a distanza di 3-4 anni e pubblicato da Lam et al. ricontattando le famiglie e ponendo loro le stesse domande (6). Da tale lavoro, pur limitato dall'impiego di tecniche miste e quindi poco riproducibili, risulta evidente che a 3-4 anni di follow-up il trattamento comportamentale di EG non ha effetto (anche l'efficacia sulla depressione materna è



Friederich von Amerling. Ritratto della principessa Maria von Liechtenstein all'età di due anni (particolare). Olio su tela. Vaduz, collezione del principe di Liechtenstein.

strettamente limitata al periodo immediatamente successivo all'intervento). Tutti i lavori comunque hanno considerato l'applicazione del protocollo di EG insieme al sostegno di uno o più terapisti, e uno sottolinea la necessità di un supporto specifico.

Non c'è, in letteratura, nessun lavoro scientifico a firma di E. Estivill; pertanto ai dati riportati sul suo libretto ad uso dei genitori non può essere applicata una valutazione critica circa l'efficacia statistica e clinica a fronte dei risultati riportati (823 bambini di età 6 mesi-5 anni con il 96% di risultati "pienamente soddisfacenti").

## Conclusioni

Il testo di Estivill citato dalla madre di Marco propone l'*autosomministrazione* di un protocollo di EG. La tecnica di EG

è efficace a breve, ma non a lungo termine. Non possiamo inoltre ignorare che le ultime linee-guida dell'AAP per la prevenzione della SIDS includono il room-sharing ovvero la condivisione della stanza dei genitori almeno per i bambini di età inferiore a 6 mesi, e inoltre la recente Position Paper della Australian Association for Infant Mental Health (affiliata alla World Association for Infant Mental Health) sul "Controlled Crying" (simile all'EG) richiama alla prudenza i medici e i ricercatori, prospettando le possibili conseguenze psicologiche negative di questo tipo di intervento (7-8). Pertanto abbiamo inviato alla rivista questa risposta: "[...] Quello proposto da Estivill è un metodo che non trova un consenso universale tra i medici che si occupano del sonno dei bambini. Non esistono infatti studi su tali trattamenti che ci confortino sulla loro reale efficacia a lungo termine [...]". ♦

## Bibliografia

- (1) Rapisardi G. e ACP Toscana. XXIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Neuropediatria. Viterbo 8-10 ottobre 1998.
- (2) Ramchandani P, Wiggs L, Webb V, et al. A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *BMJ* 2000;320:209-13.
- (3) Reid MJ, Walter AL, O'Leary SG. Treatment of young children's bedtime refusal and nighttime wakings: a comparison of "standard" and graduated ignoring procedures. *J Abnorm Child Psychol* 1999;27:5-16.
- (4) Hiscock H, Wake M. Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *BMJ* 2002;324:1062-5.
- (5) Adams LA, Rickert VI. Reducing bedtime tantrums: comparison between positive routines and graduated extinction. *Pediatrics* 1989;84:756-61.
- (6) Lam P, Hiscock H, Wake M. Outcomes of Infant Sleep Problems: A Longitudinal Study of Sleep, Behavior, and Maternal Well-Being. *Pediatrics* 2003;111:203-7.
- (7) American Academy of Pediatrics. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. *Pediatrics* 2005; 116:1245-55.
- (8) Australian Association for Infant Mental Health Inc., affiliated with the World Association for Infant Mental Health. Position Paper 1: Controlled Crying. Issued November 2002; Revised March 2004. [http://www.aaimhi.org/documents/position%20papers/controlled\\_crying.pdf](http://www.aaimhi.org/documents/position%20papers/controlled_crying.pdf).

# Altri 8 passi per continuare il cammino insieme

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

**Parole chiave** Vaccinazioni. Criticità italiane. Convegno 8 passi

Il 19 settembre a Roma, presso la Sala Cenacolo della Camera, si è svolta la seconda iniziativa nazionale dell'ACP sulle vaccinazioni, per riprendere il confronto con tutti i soggetti coinvolti in un'analoga giornata di lavoro nel 2003, anche alla luce dei cambiamenti avvenuti nel frattempo.

Il documento offerto alla discussione comune, "8 passi di prevenzione a tutela della salute dei bambini", è stato commentato dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore di Sanità, dalle Regioni, dalle Società scientifiche (di Pediatria e di Medicina preventiva), dalle ASL, dai pediatri di base e di comunità, dai medici della prevenzione, dalle associazioni dei cittadini e dall'UNICEF (1). Partendo dalla descrizione degli strumenti e dei metodi della prevenzione con le vaccinazioni e del contesto internazionale ed europeo, il documento arriva ad analizzare le criticità nazionali nella gestione e nell'attuazione di questo intervento medico. I vaccini sono strumenti potenti che agiscono sulla salute di tutta la popolazione: strategie sbagliate o carenze nel coordinamento e nel controllo dei risultati possono annullarne l'effetto (es: pneumococco) o provocare effetti paradossi (morbillo, rosolia, varicella). Necessitano quindi di strumenti e metodi rigorosi, peraltro sempre più sofisticati e specialistici. Per di più tutto questo si colloca in un panorama complessivo di grandi trasformazioni strutturali a livello internazionale e nazionale, che aumentano la complessità del "governo" delle azioni. In questi ultimi anni hanno visto la luce alcuni progetti significativi, come il Piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita europeo e nazionale (nel 2003), il Piano Nazionale Vaccini (nel 2005) e il Piano Nazionale della Prevenzione (2-3). Sono state istituite l'Agenzia nazionale (CCM nel 2004) ed europea (ECDC nel 2005) per la prevenzione e il controllo delle malattie (4-5). I risultati visti finora sono per

alcuni versi positivi, come il processo di miglioramento degli aspetti organizzativi messo in moto dal Piano morbillo-rosolia e il coordinamento più efficace delle azioni sotto la guida del CCM. Anche i primi passi del coordinamento europeo sembrano di buon auspicio. Ma la disomogeneità tra le Regioni è rimasta forte e il Piano Nazionale Vaccini (PNV) ha acuito alcune problematicità esistenti. Gli effetti più evidenti dei problemi ancora irrisolti si manifestano nelle scelte diversificate delle Regioni – consentite dal PNV – riguardo alle strategie vaccinali che richiederebbero invece la massima uniformità, e nella recente comparsa di piccoli focolai di morbillo dopo la grave epidemia del 2002-2003, che mettono in luce un'organizzazione ancora imperfetta (6). E certo non aiuta a far chiarezza la diffusione attraverso i mezzi di comunicazione, di informazioni imprecise, non basate sulle evidenze scientifiche e addirittura in contrasto con le indicazioni ufficiali. Mentre i pediatri continuano a non disporre – se non in poche realtà – delle informazioni indispensabili per consentire alle famiglie una scelta realmente informata: i dati locali, regionali e nazionali sulla sorveglianza delle malattie e delle reazioni avverse ai vaccini. Mancano tuttora le valutazioni di impatto nazionali per l'introduzione dei nuovi vaccini e la "macchina" della sorveglianza degli effetti prodotti dalle nuove strategie - attuate qua e là - stenta a mettersi in moto come dovrebbe. Risulta evidente che l'urgenza più forte è la definizione di criteri di scelta e di metodi per interventi omogenei in tutto il Paese, insieme al rafforzamento dell'organizzazione nelle aree più deboli e una maggiore visibilità del ruolo di "authority" delle Agenzie nazionali di valutazione. Gli 8 passi essenziali che l'ACP ha proposto di fare insieme alle Istituzioni, agli altri operatori sanitari e ai cittadini riguardano: l'informazione alle famiglie e la loro scelta consapevole, la formazione dei pediatri, la comunicazione tra i pediatri e gli "uffici" di sorveglianza delle malattie infettive, i luoghi e i modi del coordinamento e dell'attuazione dei piani di prevenzione regolati da norme di legge e rigorosi criteri di metodo, la ricerca e infine i costi.

La giornata di lavoro del 19 settembre è stata assai positiva, il confronto partico-

larmente attento e approfondito. L'analisi e le proposte dell'ACP hanno incontrato un ampio consenso, la discussione ha toccato tutti i punti chiave (gli 8 passi) illustrati nel documento e ha offerto ulteriori contributi alla riflessione, anche per l'ampio ventaglio dei ruoli e delle esigenze rappresentate dai relatori. Dal potenziale "conflitto" tra il diritto del singolo e della comunità, agli aspetti etici delle scelte di prevenzione, alle eclatanti differenze ancora presenti tra il Nord e il Sud del Paese, fino al problema – tutt'altro che semplice – del rapporto tra le esigenze del mercato e quelle del governo delle azioni di sanità pubblica. Il prossimo passo dell'ACP sarà ampliare il documento con le osservazioni raccolte durante la giornata e restituirlo a tutti i presenti, nella speranza di proseguire un cammino condiviso. Un cammino che ci auguriamo non rimanga un elenco di intenti dichiarati ma si concretizzi in azioni coerenti. Vedi anche a pag. 263 e 272. ♦

## Bibliografia

- (1) Sito web dell'ACP; [www.acp.it](http://www.acp.it).
- (2) WHO Europe, Eliminazione del morbillo e prevenzione della rosolia congenita; [http://www.euro.who.int/vaccine/20030808\\_4](http://www.euro.who.int/vaccine/20030808_4).
- (3) Intesa tra il Ministero della Salute e i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome concernente il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 del 23 marzo 2005. [www.ministerosalute.it/ccm/documenti/piano\\_nazionale\\_della\\_prevenzione\\_2005-2007.pdf](http://www.ministerosalute.it/ccm/documenti/piano_nazionale_della_prevenzione_2005-2007.pdf).
- (4) CCM: [www.ministerosalute.it/ccm/ccm.jsp](http://www.ministerosalute.it/ccm/ccm.jsp).
- (5) ECDC: [www.ecdc.eu.int/](http://www.ecdc.eu.int/).
- (6) Epicentro: [www.epicentro.iss.it/focus/morbillo/morbillo.asp](http://www.epicentro.iss.it/focus/morbillo/morbillo.asp).

## 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@tiscali.it](mailto:redazionequaderni@tiscali.it). Nei limiti delle possibilità, si cercherà di soddisfare le loro richieste.

Per corrispondenza:  
Luisella Grandori  
e-mail: [luisegra@tin.it](mailto:luisegra@tin.it)



# Bambini e farmaci

Centro Informazioni sul Farmaco e la Salute, IRFMN, Milano

## Sicurezza dei farmaci in pediatria: il rapporto dell'ISS

Publicato nello scorso giugno, il rapporto presenta i risultati di quattro anni di attività (novembre 1999-dicembre 2003) di uno studio multicentrico sulle reazioni avverse in pediatria, coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, e che coinvolge i dipartimenti pediatrici di 6 ospedali italiani. Con l'obiettivo di identificare eventi avversi gravi da farmaci e vaccini e di stimare con un disegno di studio caso-controllo l'associazione tra farmaci ed eventi indesiderati, sono stati inclusi nello studio 1859 bambini ricoverati dal Pronto Soccorso con diagnosi di piastrinopenie, lesioni esofago-gastroduodenali, disturbi del sistema nervoso centrale e malattie muco-cutanee e 332 bambini ricoverati per eventi avversi da farmaci sospettati e/o accertati.

Alcuni dei principali risultati di questo studio erano già stati pubblicati in precedenza (reazioni avverse mucocutanee associate all'acido niflumico; sintomi extrapiramidali associati alla metoclopramide; reazioni neurologiche associate a nafazolina). Sulla base dei risultati ottenuti era stata inviata una *Dear Doctor Letter* ed erano stati presi provvedimenti regolatori, come la controindicazione all'uso sotto i 16 anni della metoclopramide.

Per quanto riguarda le lesioni gastroduodenali, è stato osservato un aumento del rischio in associazione all'uso di FANS (OR 4,1; IC 95% 2,3-7,2) e di corticosteroidi (OR 2,3; IC 95% 1,5-3,7). L'indicazione più frequente per cui sono stati impiegati questi farmaci era rappresentata dal trattamento delle infezioni delle alte vie aeree: un uso inappropriato che può essere associato a un aumento del rischio di gravi reazioni gastrointestinali.

(Istituto Superiore di Sanità. *Sicurezza dei farmaci in pediatria*. A cura di Francesca Menniti-Ippolito, Giuseppe Traversa, Roberto Da Cas, Annalisa Capuano e Monica Bolli. 2006, iv, 60 p. <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=1974&lang=1&tipo=5&anno=2006>)

## Farmaci essenziali: un programma d'azione OMS/UNICEF

Il 9 e 10 agosto u.s. si è tenuto il primo incontro internazionale, coordinato dal-

Per corrispondenza:

Centro Informazioni sul Farmaco e la Salute  
e-mail: [cif@marionegri.it](mailto:cif@marionegri.it)

l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'UNICEF, sul tema dei farmaci essenziali in pediatria. L'incontro ha visto riuniti, oltre ai funzionari delle due agenzie internazionali, esperti nazionali del Nord e Sud del mondo, organizzazioni non governative e agenzie regolatorie. Al termine dei lavori è stato elaborato un piano per incrementare l'accesso ai farmaci pediatrici; in particolare è stata individuata come priorità assoluta il rendere disponibili formulazioni ad hoc per i bambini. Il programma ha inoltre individuato come interventi prioritari l'implementazione di linee guida di trattamento che riguardino le principali aree di bisogno terapeutico dei bambini, in particolare infezioni respiratorie, cure neonatali, cure palliative per l'AIDS terminale, co-infezioni HIV/TB e altre infezioni opportunistiche. Il programma verrà inviato a tutti gli Stati per raccogliere le indicazioni su come implementare le raccomandazioni a livello locale. Inoltre, l'OMS considererà la possibilità di includere diversi medicinali ad uso pediatrico nella lista dei farmaci essenziali, la cui prossima revisione è prevista per marzo 2007.

(<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr42/en/index.html>)

## Più studi clinici nei bambini ma trasparenza scarsa

Solo il 45% degli studi sottoposti alla Food and Drug Administration nell'ambito del Pediatric Exclusivity Program è stato pubblicato su riviste peer-reviewed. Sono i risultati di una revisione della letteratura pubblicata in settembre dalla rivista *JAMA*. Tra il 1998 e il 2004 sono stati sottoposti alla FDA 253 studi; di questi, solo 113 sono stati pubblicati. Gli studi di efficacia e quelli che hanno condotto a una modifica in positivo delle indicazioni (p. es. estensione all'uso nei bambini) sono associati a una maggior probabilità di essere pubblicati.

Gli incentivi alle industrie hanno incrementato la sperimentazione in pediatria, osservano gli Autori della pubblicazione, ma manca la disseminazione dei risultati alla comunità scientifica, con conseguenti rischi per la salute pubblica come insegnano i casi del propofol e degli SSRI.

(Benjamin DK, Smith PB, Murphy MD et al. Peer reviewed publication of clinical trials completed for pediatric exclusivity. *JAMA* 2006; 296:1266-73).

## Etica e sperimentazioni pediatriche: pronte le linee-guida europee

La Commissione Europea e l'EMA hanno elaborato una bozza di linee guida riguardanti gli aspetti etici da monitorare nel corso di sperimentazioni pediatriche.

Le linee-guida sono rivolte a sponsor, comitati etici e sperimentatori coinvolti in studi clinici che riguardano minori e sottolineano alcuni aspetti da prendere in considerazione: la necessità di ridurre al minimo i possibili rischi, tra cui il dolore, lo stress e la paura; la necessità di acquisire il consenso (adeguato per età e capacità di comprendere) anche del minore; la necessità del parere di un esperto pediatrico nella valutazione del protocollo dello studio da parte del comitato etico; la necessità che tutti gli studi siano registrati e pubblicati per evitare repliche non necessarie (e non etiche). La bozza è pubblicata sul sito della Commissione Europea in attesa di commenti (da inviare entro il 31 gennaio 2007).

([http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/paediatrics/docs/paeds\\_ethics\\_consultation20060929.pdf](http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/paediatrics/docs/paeds_ethics_consultation20060929.pdf))

## Studi clinici nei bambini: rete di eccellenza in UK

Istituito nel 2004 dal Department of Health del Regno Unito, il Medicines for Children Research Network è coordinato da un consorzio, di cui fanno parte l'Università di Liverpool, il Royal Liverpool Children's Hospital, l'Imperial College di Londra, la National Perinatal Epidemiology Unit (Università di Oxford), il Liverpool Women's Hospital e il National Children's Bureau.

Sono stati creati sei network di ricerca locali e l'aspettativa è che entro la fine del 2006 sia attiva una rete nazionale capace di fornire le infrastrutture nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, in collaborazione con università e industria, per poter garantire qualità e standard etici nelle sperimentazioni pediatriche.

Lo scopo del network è migliorare la cura dei bambini e delle loro famiglie; migliorare il coordinamento delle sperimentazioni; velocizzare le sperimentazioni; aumentare la qualità della ricerca; aumentare l'integrazione e allargare la partecipazione.

(Smyth RL, Edwards AD. *Lancet* 2006;368:645-6. <http://mcrn.org.uk/>). ♦

# Francesco: prematuro con fratture costali a tre mesi

Laura Pescatore\*, Rosaria Crusco\*, Maria Renata Proverbio\*, Claudio Santoro\*, Iperide Baron\*\*, Angelo Azzarello\*\*\*, Paolo Siani\*

\* UOC di Pediatria, AORN "A. Cardarelli", Napoli; \*\*UOS di Radiologia Pediatrica, AORN "A. Cardarelli", Napoli; \*\*\*Centro Medico Sociale Don Orione, Napoli



## Abstract

### Francesco, a premature birth child with rib fractures at three months of age

Francesco is a 2 month and 25 days old baby born of premature birth at the 27<sup>th</sup> week of gestational age, with a birth weight of 1270 g. He has been hospitalised from birth in a neonatal intensive care unit and afterwards for bronchiolitis. He is now admitted in hospital for a suspect of milk aspiration in the upper airways. A chest x-ray shows the presence of consolidated and multiple rib fractures with bony callus. In a process of differential diagnosis we have considered perinatal traumatic events, bone fragility or accidental trauma, and also the possible presence of fractures due to resuscitation manoeuvres. Although not being the fracture site specific for child abuse (lateral-posterior), a posterior fracture of the 10<sup>th</sup> rib (specific for child abuse) together with an apparently recent fracture of the 6<sup>th</sup> rib makes the diagnosis of rib fractures due to abuse possible. An appropriate notification was made to social services and to the Juvenile Court in the jurisdiction of Naples.

Quaderni acp 2006; 13(6): 269-272

**Key words** Rib fractures. Bony callus. Child abuse

Francesco è un lattante di due mesi e venticinque giorni, nato a 27 settimane di età gestazionale con peso alla nascita di 1,270 kg. È stato ricoverato in Terapia intensiva neonatale (TIN) alla nascita e successivamente per bronchiolite. Ora viene ricoverato per sospetta inalazione di latte. Una radiografia del torace eseguita per altri scopi dimostra sorprendentemente la presenza di un callo consolidante su fratture costali multiple. L'attenzione si rivolge, naturalmente, all'origine delle fratture. Vengono prese in considerazione, nella diagnostica differenziale, le fratture da traumi perinatali, da fragilità ossea e da traumi accidentali. Poiché il bambino era stato ricoverato due volte in TIN, alla nascita e poi successivamente per bronchiolite, occorre escludere anche la possibilità di fratture da manovre rianimatorie subite dal bambino durante i ricoveri in TIN. Nonostante la sede delle fratture (postero-laterali) non specifica per abuso, la presenza della frattura posteriore della X costa (specificata per abuso) e la frattura della VI costa (che aveva un aspetto radiografico di frattura più recente), è stata posta diagnosi di fratture costali da abuso fisico. L'abuso sospetto è stato segnalato al Servizio sociale e denunciato alla Procura presso il Tribunale dei minori di Napoli.

**Parole chiave** Fratture costali. Callo osseo. Abuso

## La storia

Francesco, un bambino di quasi tre mesi, viene accolto in Pediatria il 28/02/2005 per sospetta inalazione di latte.

Il piccolo è quintogenito, è nato alla ventisettesima settimana con taglio cesareo. Il peso alla nascita era di 1,270 kg. È stato ricoverato in Terapia intensiva neonatale (TIN) subito dopo la nascita per 30 giorni (dal 5/12/2004 al 4/01/2005), per asfissia perinatale e prematurità. È stato ricoverato nuovamente in TIN per

31 giorni (dal 18/01/2005 al 18/02/2005) per bronchiolite con insufficienza respiratoria.

All'esame clinico all'accettazione in Pediatria, Francesco pesa 3 kg e ha uno stato di nutrizione mediocre. La funzionalità cardio-respiratoria è nella norma con saturazione di O<sub>2</sub> del 98%.

Il giorno stesso del ricovero il piccolo pratica una radiografia del torace in antero-posteriore laterolaterale in relazione alla riferita inalazione di latte. Il referto

rileva, invece, "la presenza di callo consolidante su fratture costali multiple degli archi postero-laterali della VI, VII, VIII costa e dell'arco posteriore della X costa, bilaterali, in corrispondenza delle articolazioni costo-trasversali" (figura a pag. 270).

## Il percorso diagnostico

Il problema diagnostico che ci si trova a risolvere non sta, quindi, nella probabile inalazione di latte, ma nella interpretazione delle fratture costali.

Nel nostro caso (bambino di tre mesi) le ipotesi da confermare/escludere sembrano essere, relativamente alla data delle lesioni per il tempo prenatale, la fragilità ossea (osteogenesi imperfetta tipo I).

Per il tempo perinatale la possibilità di un trauma ostetrico (compressione del torace contro la sinfisi pubica della madre). Per il tempo post-natale la possibilità di traumi accidentali in fase rianimatoria o successivi e non accidentali. Infine l'osteopenia del pretermine.

Non essendovi evidenza clinica o radiografica di fragilità ossea o di alterazioni strutturali del tessuto (radiografia sistemica dello scheletro negativa), né segni biochimici di osteopenia (calcio, fosforo, fosfatasi alcalina nei limiti della norma per l'età) ed essendo la possibilità di un trauma ostetrico escludibile perché si manifesta sostanzialmente solo in caso di neonati macrosomi, il problema diagnostico si riduce rapidamente alla terza ipotesi, cioè alla differenziazione dell'esito di fratture costali da trauma "accidentale" (in questo caso collocabile nella fase rianimatoria) o da trauma "non accidentale". Circa l'ipotesi del "trauma accidentale" gli intensivisti della TIN escludevano che il bambino, durante la degenza, fosse stato sottoposto a manovre rianimatorie sul torace.

Il trauma non accidentale, essendo esclusa dagli stessi genitori l'ipotesi di inci-

Per corrispondenza:

Paolo Siani

e-mail: paolo.siani@ospedecaldarelli.it

# il caso che insegna

denti stradali o domestici, si riduceva all'abuso fisico.

La diagnosi di abuso fisico diventa più facile quando la lesione si accompagna ad altre lesioni sospette di abuso (ecchimosi, abrasioni, morsicature, ustioni, ecc.), o quando la storia e l'esame obiettivo non sono plausibili per spiegare le fratture. In assenza di questi dati può aiutare la caratteristica delle fratture, evidenziabile solo con la radiologia. Le fratture costali da abuso sono più tipicamente posteriori, e in particolare interessano l'area mediale del terzo posteriore della costa. Il meccanismo che la produce è la compressione della costa sull'apofisi trasversa che agisce da fulcro determinando la frattura: questo meccanismo viene chiamato di dorsalizzazione della costa ovvero spostamento oltre il piano rappresentato dall'apofisi trasversa (1-6).

Infatti, quando si scuote violentemente il bambino (il cosiddetto "shaken baby"), le coste si "dorsalizzano", cioè si spostano dietro il piano dell'apofisi trasversa.

Le fratture determinate da manovre di rianimazione (peraltro piuttosto rare e nel caso di Francesco già da escludere sulla base delle dichiarazioni degli intensivisti) sono di solito a livello del punto di minore resistenza della costa, cioè nella porzione laterale, in quanto il piano

su cui è appoggiato il bambino impedisce la dorsalizzazione delle coste. A ulteriore conferma è stato possibile verificare che, durante il secondo ricovero in TIN, il piccolo (età di 45 giorni) ha praticato (20/01/2005) una radiografia del torace, nella quale, vista a posteriori e conoscendo già le zone dove c'era il callo osseo, si notavano le fratture costali nelle stesse sedi dove, nella radiografia del 28/02/2005, si rilevava il callo osseo.

La conclusione del radiologo-pediatra era che le fratture erano da retrodatare a non più di sette giorni dall'esame radiografico praticato in data 20/01/2005.

In questo periodo (cioè dal 4/01/2005 al 18/01/2005) il paziente (bambino) si trovava in famiglia.

Inoltre, rivedendo con più attenzione la stessa radiografia, si osservava che a carico della VI costa esisteva la linea di frattura, mentre non la si riscontrava negli altri calli: questo suggeriva che tale frattura era più recente delle altre. Le fratture erano cioè probabilmente avvenute in tempi diversi.

Sono stati eseguiti esami a documentazione di altre possibili lesioni da abuso: una ecografia transfontanellare è risultata nella norma, una visita oculistica ha escluso emorragie retiniche. È stata inoltre programmata una TAC del cranio per verifi-

care l'eventuale presenza di un ematoma subdurale, ma i genitori non si sono presentati all'appuntamento, più volte rimandato, nonostante i ripetuti inviti.

### Conclusione

Quindi, nonostante le fratture postero-laterali non siano specifiche per abuso, per la presenza della frattura posteriore della X costa (specifica per abuso), per l'aspetto di frattura più recente della VI costa, per l'assenza di una spiegazione accidentale (quale potrebbe essere un incidente stradale o domestico), si è arrivati alla conclusione della presenza di fratture costali da abuso fisico.

A questo si aggiunga che la famiglia di Francesco è in una condizione di deprivazione socio-culturale, abita in ambiente degradato, la madre in particolare è una persona con sintomi di ansia-depressione con evidenti difficoltà relazionali.

Il sospetto di abuso è stato segnalato al Servizio sociale ospedaliero e successivamente, con qualche difficoltà, è stato denunciato alla Procura presso il Tribunale dei minori di Napoli.

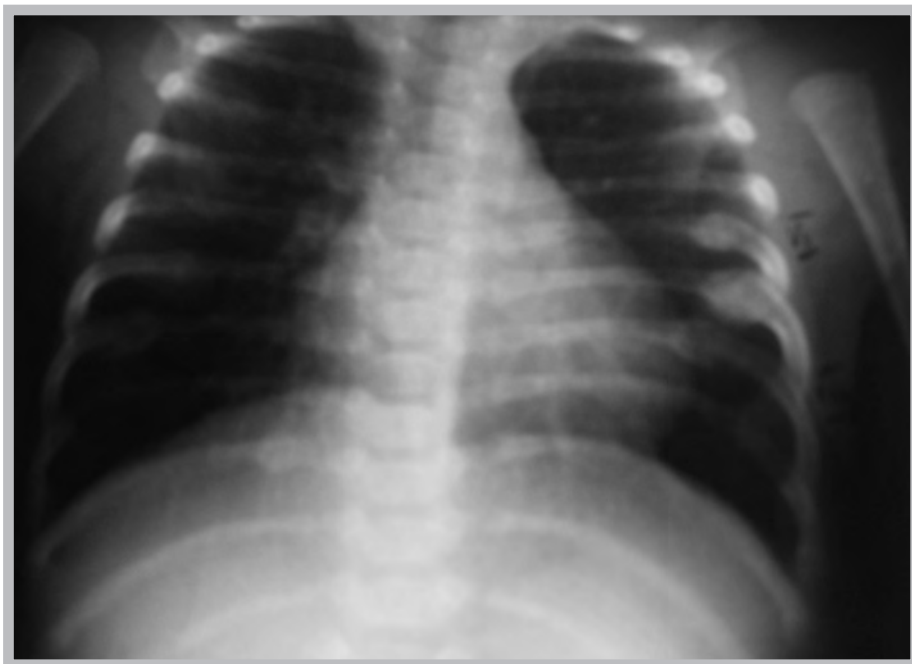
### Che cosa abbiamo imparato

La diagnosi di abuso all'infanzia è sempre difficile da porre, specialmente quando non vi siano segni "esterni", e comporta forti difficoltà personali per il medico che deve rapportarsi con la famiglia e con l'autorità giudiziaria. Nel caso di Francesco abbiamo imparato alcuni dati che potranno essere utili a noi e a chi si dovrà occupare di casi simili.

Le fratture costali nei bambini di età inferiore a 2 anni, in assenza di incidenti stradali o domestici o di altro genere, sono suggestive per abuso. Occorre pensarci; è molto difficile riconoscere una frattura dell'arco posteriore delle coste in fase acuta, anche perché, quando la frattura è composta, è più facile identificarla in fase di callo osseo. Questo pone il problema di ripetere nel dubbio una radiografia in tempi successivi, cioè dopo circa 7-14 giorni perché il callo osseo compare dopo 7-14 giorni dal trauma. ♦

### Bibliografia

- (1) Bulloch B, et al. Cause and clinical characteristics of rib fractures in infants. *Pediatrics* 2000; 105:48-58.
- (2) American Academy of Pediatrics. Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics* 2000;105: 1345-8.





(3) Williams RL. In: Children undergoing chest radiography what is the specificity of rib fractures for non-accidental injury? Arch Dis Child 2004; 89:489-94.

(4) Montecchi F. Gli abusi all'infanzia. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1994.

(5) Kleinman PK. Diagnostic imaging of child abuse. 2 ed. St. Louis Mosby Inc 1998:168-77.

(6) Crupi I. Un ematoma toracico con frattura costale. Perché? Quaderni acp 2005;12:80-2.

### Un commento al caso

*La domanda che ci è venuta in mente ragionando su questo caso è quella di sempre, quando si incontra una situazione di abuso. Perché la diagnosi è stata fatta più tardi dell'auspicabile? Quale presidio sanitario poteva farla prima che il maltrattamento portasse a danno organico o psicologico? Ci siamo chiesti quale poteva essere il processo che poteva portare a risparmiare a Francesco le lesioni riscontrate. Abbiamo allora chiesto a un pediatra di famiglia di immaginare un percorso diagnostico preospedaliero di Francesco, fra l'ideale e il possibile, in un territorio utopico forse nel vero senso della parola (un territorio che non c'è), verso una diagnosi di maltrattamento. Si tratta, ovviamente, di una esercitazione che, di una esercitazione del tutto sperimentale, ha tutti i pregi e i difetti ed è rivolta più che ad altri, ai pediatri di famiglia.*

(Red)

Francesco è arrivato all'attenzione dei pediatri ospedalieri per sospetta "inalazione di latte". Diagnosi spesso di rifugio. È poi emerso, suggerito dalla valutazione radiografica, che è stato esposto più volte a maltrattamento e per più volte. La Shaken Baby Syndrome (SBS) si caratterizza per il ripetersi nel tempo di episodi di scuotimento in risposta al pianto del bambino e la diagnosi è fatta. *Quaderni acp* si chiede se fosse stato possibile intercettare una situazione di questo tipo in un ambulatorio pediatrico. Di più: avremmo potuto agire per prevenire questo maltrattamento?

Francesco è un bambino prematuro, basso peso alla nascita, verosimile punteggio di Apgar basso; la mamma ha avuto precedenti parti, probabilmente ha uno scarso livello di educazione e, ancora probabilmente, un ritardato inizio nella cura prenatale: tutti questi sono fat-

tori di rischio per maltrattamento. Ci chiediamo, dunque, se la dimissione del bambino è avvenuta in ambiente protetto. C'è stato un colloquio tra pediatri ospedalieri e pediatra curante della famiglia prima di inviare a casa il bambino? Si è programmato un rapporto con il pediatra del territorio (se esiste una Pediatria di Comunità) subito dopo il ritorno a casa, senza il quale non sarebbe stata possibile una dimissione sicura?

Supponiamo ora che i genitori portino Francesco in ambulatorio subito dopo la prima dimissione dall'ospedale: è una situazione in cui i genitori valutano importante la cura offerta dai sanitari e seguono i consigli offerti loro; è da considerarsi l'inizio di un processo protettivo di cui il pediatra deve tenere conto.

Osservare i genitori è la prima cosa che facciamo durante il nostro primo incontro. Volto, aspetto, parole possono esprimere molto: difficoltà nella comunicazione, a chiedere aiuto, a fruire dei Servizi socio-sanitari. Non è difficile immaginare una carenza di supporti sociali, una difficoltà o una insoddisfazione abitativa, così come una carenza di mezzi economici. Il racconto dei colleghi ospedalieri ci fa immaginare un probabile disagio emotivo o mentale della mamma: è seguita da uno psichiatra o da un Centro di Igiene mentale? Assume farmaci? Quale sarà stato l'atteggiamento dei genitori nei confronti dei primi quattro figli? Se conosciamo già la famiglia, potremmo esserci fatti un'idea sull'utilizzo di strategie educative-punitive nei confronti della prole. Il disturbo del controllo degli impulsi, un fattore di rischio per molti comportamenti maltrattanti del genitore, probabilmente è presente. I livelli di stress (ripetuti ricoveri, altri figli da accudire) sono alti. È verosimile che la gravidanza di Francesco non sia stata voluta. Tutti fattori di rischio ben codificati che ci segnalano.

E i fattori protettivi? C'è una rete di supporto parentale o amicale? Ci sono relazioni soddisfacenti con le famiglie di origine? Sono presenti capacità empatiche, buona relazione e solidarietà tra i coniugi? Ma proviamo a immaginare Francesco nell'ambulatorio. I genitori forse raccontano che il bambino piange spesso (potrebbero anche non segnalare alcunché,

quindi siamo noi che dobbiamo fare molte domande, anche le più "apparentemente" banali). La frequenza e la durata degli episodi di pianto andrebbero precisate, in quanto la valutazione dei genitori è sempre molto soggettiva; a noi, in verità, interesserebbe di più conoscere qual è il comportamento di questi genitori in risposta al pianto di Francesco.

Passiamo al clinico: ci proponiamo di verificare la possibile presenza di una malattia da reflusso gastroesofageo, di una otite, o delle coliche, o di allergie o intolleranze alimentari, anche se l'anamnesi non depona a favore di nessuna di queste ipotesi. Forse il bambino ha presentato, come ci potrebbero riferire i genitori, degli episodi di apnea, che potremmo mettere in relazione con la già citata "aspirazione di latte". Oppure la mamma ci spiega che ha visto il bambino assente o in uno stato di torpore, con episodi di estrema irritabilità (speriamo che non vi siano stati degli episodi convulsivi, non rari in questi casi). I genitori potrebbero anche descrivere crisi di pallore e/o cianosi oppure marcata inappetenza.

Passiamo alla visita. Quando ci avviciniamo, si mette a piangere. Alla sola vista di un adulto che si avvicina, Francesco comincia a urlare. E forse inizia già a cercare di ripararsi con gli arti superiori. È troppo giovane per avere la "normale" paura dell'adulto: il modello di attaccamento bowlbiano dice che questa fase compare all'incirca dopo gli otto mesi (e noi che visitiamo migliaia di bambini di ogni età lo sappiamo benissimo). Questo pianto, inoltre, è diverso dal pianto di paura o di rabbia che normalmente ascoltiamo. Se riuscissimo a collegare la nostra mente con quella di Francesco, percepiremmo angoscia.

Lo prendiamo in braccio o lo manipoliamo. Piange, ma con altra tonalità: questa è sofferenza, dolore. Anche quando lo prende in braccio il genitore, piange in questo modo. Noi ora lo sappiamo, sono le fratture costali: ma all'esame ispettivo, anche al più attento, non si rileva nulla di nulla. Per scrupolo, e voglia d'attesa, richiediamo la valutazione dell'ORL e la consulenza gastroenterologica, ma gli specialisti interpellati non sciolgono i dubbi. Con decisioni eccessive abbiamo cambiato latte e i test allergometrici sono

negativi: il pianto di Francesco non deriva da quei disturbi d'organo che affollano i nostri ambulatori. Il dubbio di una sintomatologia originata da una patologia primitiva del sistema nervoso ci potrà far richiedere una consulenza neurologica infantile che di certo non svelerà l'abuso.

Che cosa, allora, dobbiamo andare a cercare? Che dobbiamo pensare adesso? Riordiniamo le idee; riflettiamo sulla grande quantità di fattori di rischio che il piccolo Francesco si porta come una croce sempre con sé, sulla mancanza di fattori protettivi, su un pianto che non riusciamo a diagnosticare e che è diversissimo nella descrizione e nella nostra esperienza ambulatoriale dai casi che ripetutamente osserviamo.

O facciamo questo passaggio o Francesco rimarrà solo.

Potremmo chiedere all'oculista di guardare il fondo dell'occhio di Francesco: in fin dei conti la visita non è invasiva. Al collega dobbiamo chiedere di osservare la presenza di emorragie retiniche e di esplorare la retina completamente, facendo attenzione soprattutto alla periferia. Se la consulenza oculistica risulta positiva, i successivi passi saranno obbligati e già li conosciamo. Ma se il collega oculista non rileva nulla di anormale, cosa altro possiamo fare, visto che abbiamo ammesso la possibilità di un abuso?

La famiglia potrebbe essere già stata segnalata ai Servizi sociali; lì potrebbe esserci un dossier sulle problematiche di questo nucleo familiare con descritti, ad esempio, altri episodi di maltrattamento verso gli altri figli. Conosciamo l'assistente sociale di riferimento sul territorio dove svolgiamo la nostra attività? Se abbiamo già buoni rapporti con questa figura, non sarà difficile sapere se questa famiglia sia già stata segnalata e in che modo sia supportata.

In molte realtà territoriali si sono venuti a costituire delle équipes multidisciplinari (Rete all'interno dell'ASL, Centri affiliati CISMAL, progetti regionali e provinciali, ecc.) con la funzione di gestire o sostenere il professionista nelle situazioni di sospetto abuso. La diagnosi di un maltrattamento è sempre un atto molto complesso che richiede diverse competenze specifiche. Il confronto tra noi e i

componenti di questo gruppo di riferimento sull'abuso infantile potrebbe fornirci un prezioso aiuto. Se conosciamo un Servizio di questo tipo, è l'occasione buona per contattarlo. Può aiutarci a chiarirci le idee. Se il gruppo non c'è, è il momento di chiedere che sia costituito.

Nella gestione di un caso di sospetto maltrattamento il pediatra di famiglia che agisce professionalmente "da solo", può sentirsi completamente denudato delle sue capacità diagnostiche e di intervento, rimanendo in balia di forti sentimenti contrastanti. L'obiettivo primario rimane sempre quello di offrire la massima protezione al bambino che in queste situazioni vive un concreto pericolo nell'ambiente familiare. Ciò si ottiene solo confrontandosi con professionisti esperti di riferimento sul proprio territorio.

Può servirci anche per imparare a prevenire questo tipo di azione abusante: dobbiamo informare i genitori sul significato del pianto del bambino e della frustrazione che può generare su di essi; dobbiamo anche chiaramente portare a conoscenza che scuotere il bambino procura danni biologici irreparabili, insistendo affinché non debbano aver timore alcuno a chiedere il coinvolgimento dei parenti più prossimi nell'accudimento del piccolo quando si sentono abbattuti e scoraggiati. Una azione di "profilassi primaria" che non deve mai mancare nella borsa del medico.

*Costantino Panza, Pediatra di famiglia  
Sant'Ilario d'Enza (Reggio Emilia)  
costpan@tin.it*

### 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@tiscali.it](mailto:redazionequaderni@tiscali.it). Nei limiti delle possibilità, si cercherà di soddisfare le loro richieste.

## IL PATTO PER LA SALUTE FRA STATO E REGIONI

È stato stipulato il Nuovo Patto per la Salute 2007-9 fra Stato e Regioni per il SSN. Si citano qui di seguito alcuni punti del Patto.

1. Vengono fissate le risorse per il Fondo sanitario nella seguente misura:

2007	96,000 MLD
2008	99,042 MLD
2008	102,245 MLD

Fondo di affiancamento per le Regioni in difficoltà economico-finanziarie:

2007	1,000 MLD
2008-9	1,550 MLD

La Finanziaria fissa inoltre le seguenti voci sempre relative al SSN:

ricerca med/scientifica 349,5 MLN;  
fondo per la non autosufficienza, le cui prestazioni devono essere successivamente definite:

2007-9	50 MLN
2008-9	400 MLN

2. Entro il 31 dicembre 2006 verrà fatta una revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con i seguenti principi:

- dignità della persona
- bisogno di salute
- equità
- qualità delle cure
- economicità.

3. Entro il 31 dicembre 2006 verrà fatta la preparazione di un set di indicatori di garanzia dei LEA che ne garantiranno l'effettiva fornitura a livello di ASL.

4. Per realizzare la continuità assistenziale si prevede di generalizzare le forme di UTAP già presenti nelle esperienze regionali e di promuovere ulteriori forme e modalità erogative attraverso l'integrazione dei medici di famiglia.

5. Dal 1° gennaio 2008 vengono cessati gli accreditamenti transitori delle strutture private attualmente convenzionate.

6. L'uso di farmaci off-label viene riservato alle sole sperimentazioni cliniche. In ogni struttura deve essere individuato un responsabile in solido per gli eventuali abusi.

# La diagnosi precoce di malattia meningococcica

Maria Simona Sabbatino, Massimiliano De Vivo, Luciano de Seta  
UOC di Pediatria e Patologia Neonatale, Ospedale S. Paolo, Napoli

## Abstract

### Early diagnosis of meningococcal disease

*A recent publication on two influential medical journals, BMJ and Lancet (7-8), of two papers regarding meningococcal disease has contributed to a revision of the diagnostic and organizational aspects of meningitis, especially of meningococcal septicemia. This sepsis still has a high mortality rate in the world. Three new very early symptoms of the disease compared to the appearance of purpura are reported (cold hands and feet, leg pains and changes in skin colour). One of the two papers focalises the attention on early diagnosis, able to reduce mortality if children at the early appearance of symptoms are promptly treated for septicemia. We therefore recall the attention of paediatricians, infectious diseases specialists and intensive care operators on the importance of early diagnosis, prompt therapy and appropriate care of children with meningococcal sepsis. This remains s the most frequent cause of death for infectious disease. Quaderni acp 2006; 13(6): 273-275*

**Key words** Meningitis. Meningococcal sepsis. Septic shock. Intensive care. Early symptoms

*Prendendo spunto da due articoli comparsi di recente su due autorevoli riviste di Medicina (BMJ e Lancet) vengono riviste la diagnostica e l'organizzazione delle cure alla malattia meningococcica, meningite ma soprattutto setticemia meningococcica; quest'ultima, gravata ancora in tutto il mondo da un'altissima mortalità. Vengono poi descritti e discussi tre nuovi sintomi ad esordio molto precoce rispetto alla porpora (piedi e mani fredde, dolori alle gambe, alterazioni del colorito cutaneo). Sulla base dei risultati di una delle due ricerche, che dimostra che i bambini trattati tempestivamente e correttamente per lo shock settico presentano una mortalità significativamente più bassa, si richiama l'attenzione dei pediatri, infettivologi e rianimatori sulla tempestività e appropriatezza delle cure ai bambini affetti da sepsi meningococcica. Si conclude, infine, che una tempestiva diagnosi e un appropriato trattamento possono contribuire a ridurre l'alta mortalità di questa che è la più frequente causa di morte per malattia infettiva*

**Parole chiave** Meningite. Sepsis meningococcica. Shock settico. Cure intensive. Sintomi precoci

La malattia meningococcica è la più frequente causa di morte per malattia infettiva nei bambini che vivono nei Paesi a elevato tenore di vita, con una prevalenza di 4 casi su 100.000 abitanti, fuori dalle epidemie, e una mortalità del 10% dei casi diagnosticati (1-3). In Italia, le meningiti da meningococco sono attualmente le meningiti batteriche più frequenti, con circa 200 casi all'anno, dei quali 90 si verificano nei bambini di età inferiore ai 10 anni. Esistono 13 diversi tipi di meningococco, ma solo 5, denominati A, B, C, W135 e Y, causano meningiti e altre malattie. I sierotipi B e C sono i più fre-

quenti in Europa. Nel nostro Paese l'incidenza della meningite da meningococco è minore rispetto al resto d'Europa, poiché sono segnalati ogni anno 200 casi pari a 3/1.000.000 di abitanti, rispetto a una media europea di 14/1.000.000 di abitanti (4). Il 50% dei casi si manifesta in bambini di età inferiore ai 17 anni e il 30% in bambini di età inferiore ai 5. La mortalità è del 13% circa, come nel resto d'Europa. Il sierotipo più frequentemente isolato è stato, fino al 2003, il B. Negli ultimi anni si è osservato un incremento del sierotipo C (con il quale è preparato il vaccino anti-meningococcico attualmente presente in

Italia), tanto che, nel primo trimestre del 2004, nella fascia 0-4 anni sono stati registrati 72 casi, e 47 di questi (65%) erano sostenuti dal tipo C (5). Non ci soffermeremo sui diversi aspetti della vaccinazione, di cui recentemente si sono occupati molto efficacemente Gangemi e Grandori (6).

Molti dei bambini affetti da malattia meningococcica (meningite e, soprattutto, sepsi) presentano un così grave deterioramento delle loro condizioni che il decesso, dovuto a shock e insufficienza multiorgano, si verifica prima che il bambino possa essere trasferito presso un'unità di terapia intensiva pediatrica. Un precoce e adeguato trattamento è indispensabile per la sopravvivenza e per una buona evoluzione della malattia meningococcica. Due ricerche comparse di recente su due autorevoli riviste internazionali – *British Medical Journal* e *Lancet* – portano un contributo importante a una diagnosi precoce e a un trattamento tempestivo, e forniscono lo spunto per rivedere tutta la tematica legata alla diagnosi e all'assistenza globale a questa malattia (7-8).

La prima delle due ricerche, che è uno studio retrospettivo nazionale caso-controllo in cieco, condotta in Gran Bretagna, Galles e Irlanda del Nord su 498 bambini (dei quali 143 deceduti e 355 sopravvissuti), ha come obiettivo quello di verificare se un trattamento non ottimale in ospedale possa essere responsabile di una non buona evoluzione in bambini ricoverati per malattia meningococcica (7). La seconda è una ricerca clinica retrospettiva su cartelle di bambini affetti da sepsi meningococcica, che descrive tre sintomi nuovi a comparsa precoce da ricercare per una tempestiva diagnosi (8).

Nel primo dei due studi è stato confrontato lo standard delle cure nelle prime 24 ore dopo il ricovero in ospedale in bam-

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

il punto su



bini che erano deceduti e in quelli che erano sopravvissuti per malattia meningococcica. Per questo sono stati rivisti tutti i casi di malattia meningococcica verificatisi in bambini di età tra 0 e 16 anni in un arco di 14 mesi registrati nell'Ufficio Statistico Nazionale di Gran Bretagna, Galles e Irlanda del Nord. Tutti i casi sono stati discussi con un epidemiologo e con lo specialista che ha avuto in cura il singolo bambino. Per ogni bambino deceduto (caso) sono stati identificati tre casi di sopravvissuti (controlli) provenienti dalla stessa regione del Paese, paragonabili per età (<1 anno, 1-4 anni e 15-16 anni), corrispondenti a differenti rischi di mortalità. Per standardizzare la gravità della malattia è stato utilizzato il punteggio prognostico della malattia meningococcica di "Glasgow", che è un punteggio validato in numerosi studi sulla malattia meningococcica. I risultati dello studio mostrano, attraverso il calcolo univariato degli OR per decesso, che l'inadeguatezza del trattamento era significativamente più frequente nei bambini che morirono che non in quelli che sopravvissero. Non aver saputo riconoscere le complicanze e non aver valutato la gravità della malattia, associati tra l'altro a un inadeguato apporto idroelettrolitico e a un'insufficiente terapia inotropica, sono risultati tutti fattori significativamente associati a un incrementato rischio di morte.

Uno dei fattori più importanti rilevati dallo studio è l'assenza dello specialista pediatrico nel team di cure (evento evidentemente frequente in Gran Bretagna) e dello specialista in cure intensive pediatriche. Questo comporta che i sintomi vitali (FC, FR, ecc.) sono spesso non adeguatamente documentati dal team infermieristico. Quando i sintomi di shock compensato, pur riportati nella cartella, non sono adeguatamente valutati nella loro gravità, sono inevitabili ritardi nella diagnosi. Molti bambini presentavano, infatti, fortissime elevazioni della frequenza cardiaca e respiratoria che apparentemente non richiamavano l'attenzione dello staff medico-infermieristico.

Va ricordato che nel bambino il riconoscimento dello shock compensato è molto più difficile che nell'adulto perché

**TABELLA 1: TEMPO DI COMPARSA DEI SEGNI CLINICI DELLA MALATTIA MENINGOCOCICCA PRIMA DEL RICOVERO IN OSPEDALE (DA 4, MODIFICATA)**

	< 1 anno	1-4 anni	5-14 anni	15-16 anni
<b>Sintomi precoci</b>				
Dolore alle gambe	5,10%	30,60%	62,40%	53,30%
Sete	3,40%	6,40%	11,40%	12,60%
Diarrea	9,90%	7,80%	3,10%	5,50%
Alterazioni cutanee	20,60%	16,80%	18,50%	19,00%
Difficoltà respiratoria	6,25%	9,70%	7,10%	12,10%
Mani e piedi freddi	44,00%	46,70%	34,90%	44,40%
<b>Sintomi classici</b>				
Rash emorragico	42,30%	64,20%	69,80%	65,90%
Rigidità nucale	15,55%	28,10%	45,90%	52,90%
Fotofobia	24,55%	24,10%	6,40%	35,50%
Fontanella pulsante	11,50%	N/A	N/A	N/A
<b>Sintomi terminali</b>				
Confusione/delirio	N/A	42,80%	49,40%	47,60%
Convulsioni	8,90%	12,85%	7,80%	7,30%
Perdita di coscienza	7,00%	9,10%	5,90%	15,10%

l'ipotensione è un segno a comparsa molto tardiva, in quanto la pressione arteriosa è spesso mantenuta da una vasocostrizione e da una tachicardia anche in fasi avanzate della malattia. La conclusione dei ricercatori è che il più precoce riconoscimento dei segni e dei sintomi dell'infezione meningococcica può portare a una più precoce diagnosi e a un trattamento precoce, riducendo così il rischio di un'evoluzione mortale.

Nel secondo studio, l'obiettivo era quello di definire la presentazione clinica precoce della malattia meningococcica (8). Per questo sono stati analizzati retrospettivamente da un gruppo di esperti (pediatri, infettivologi e rianimatori) le cartelle cliniche e i questionari somministrati ai genitori dopo un intervallo di tempo variabile dal ricovero in ospedale di tutti i bambini colpiti da malattia meningococcica in un periodo di 14 mesi (dicembre 1997-febbraio 1999) in Gran Bretagna, Irlanda e Scozia. Le cartelle riviste si riferiscono a 103 casi mortali e 345 non mortali. L'isolamento del meningococco si è potuto ottenere solo in 375 casi. I bambini deceduti appartenevano prevalentemente al gruppo "sepsi" con sierogruppo C. Tutti i casi sono stati classificati per età e sintomi.

Nel gruppo individuato come affetto da "meningismo" sono stati classificati quei casi che presentavano rigidità nucale, fotofobia e/o altri segni a carico del SNC. I casi di shock cardiogeno o scompenso d'organo sono stati identificati come sepsi.

L'intervallo tra l'inizio dei sintomi e il ricovero era stato molto breve per i bambini piccoli (<1 anno) con una mediana di 13 ore e andava aumentando gradualmente con l'età fino a giungere a 22 ore in quelli di età >14 anni. Il primo sintomo a comparire nei bambini di età <5 anni era la febbre mentre in quelli di età maggiore era la cefalea. Perdita di appetito, nausea e vomito rappresentavano sintomi iniziali comuni a tutte le età, associati al coinvolgimento delle alte vie respiratorie. I soggetti riconosciuti affetti da sepsi presentavano nel 72% dei casi tre segni e sintomi a insorgenza precoce e cioè: **a.** dolore alle gambe (36,7% dei casi); **b.** mani e piedi freddi (43,2%); **c.** alterazioni del colorito cutaneo (19%). I classici segni del meningismo, quali la rigidità nucale, la fotofobia e la fontanella pulsante, comparivano, invece, dopo 12-15 ore dall'esordio. Un più esteso coinvolgimento del SNC con perdita di coscienza, convulsioni, delirio, si mani-

festava dopo 15 ore nel bambino di età < 1 anno e addirittura dopo 24 ore in quelli più grandi. Nella *tabella 1* (modificata) sono riportate la frequenza dei sintomi della malattia prima del ricovero ospedaliero, classificati per età, frequenza e tempo di comparsa dei sintomi clinici. L'importanza di questi segni sta nel fatto che, pur non essendo presenti in tutti i casi, compaiono precocemente (rispettivamente 7, 12 e 10 ore dall'inizio della malattia), laddove il sintomo patognomonico – il rash emorragico – compare tra le 13 e le 22 ore.

Purtroppo non è possibile, sulla base del disegno retrospettivo della ricerca, calcolare il valore predittivo di questi sintomi. Gli Autori ritengono che la triade sintomatologia segnalata abbia, in ogni caso, una significativa rilevanza clinica e possa contribuire a ridurre del 25% i casi di diagnosi falsamente negative, riducendo di un numero non trascurabile i bambini che giungono alla diagnosi di sepsi meningococcica solo quando compare il rash emorragico.

Alcune critiche metodologiche possono essere mosse a questa ricerca quali, ad esempio, il fatto che non è stato previsto un gruppo di controllo di meningiti non meningococciche, per cui non è del tutto corretto ritenere che i sintomi descritti siano caratteristici solo della meningite meningococcica.

Un altro bias sulla quantità e qualità dei sintomi descritti potrebbe essere dovuto al fatto che sono stati inclusi nella ricerca quasi esclusivamente casi di sepsi meningococcica e non anche di semplici meningiti meningococciche, per cui i sintomi riportati e il loro tempo di comparsa potrebbero essere non rispondenti a tutto lo spettro della malattia meningococcica. La ricerca è, comunque, interessante perché richiama l'attenzione dei pediatri e dei medici soprattutto del territorio, ma anche dei PS degli ospedali, su

tre sintomi a comparsa precoce che devono far sospettare una malattia meningococcica, e, soprattutto, una setticemia che è gravata ancora da un'alta mortalità. In conclusione, i risultati dei due studi rappresentano uno spunto importante, da una parte, per sospettare quanto più precocemente possibile la malattia meningococcica attraverso la ricerca dei tre nuovi sintomi descritti; dall'altra per richiamare l'attenzione a una precisa valutazione di tutti i segni vitali in corso di shock multiorgano da malattia meningococcica, in modo che siano instaurate tempestivamente le cure intensive appropriate, capaci di ridurre una mortalità ancora elevata. ♦

#### Bibliografia

- (1) Tikhomirov E, Santamaria M, Esteves K. Meningococcal disease: public health burden and control. *World Health Stat Q* 1997;50:170-7.
- (2) Health Protection Agency. Enhanced surveillance of meningococcal disease. National annual report: July 2002-June 2003. [http://www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/meningo/ESMD\\_annual\\_report\\_0203.pdf](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/meningo/ESMD_annual_report_0203.pdf) (accessed Sept 20, 2005).
- (3) Goldacre MJ, Roberts SE, Yeates D. Case fatality rates for meningococcal disease in an English population, 1963-98: database study. *BMJ* 2003;327:596-7.
- (4) Ciofi degli Atti M. La vaccinazione contro il Meningococco C. La situazione in Europa e in Italia. <http://www.epicentro.iss.it/discussioni/meningiti/ciofi.asp>.
- (5) <http://www.simi.iss.it/dati.htm> (dati aggiornati al 28/7/06).
- (6) Gangemi M, Grandori L. Prima di tutto rafforzare la sorveglianza e la macchina organizzativa. <http://www.epicentro.iss.it/discussioni/meningiti/gangemi.asp>.
- (7) Ninis N, Phillips C, Bailey L, et al. The role of healthcare delivery in the outcome of meningococcal disease in children: case-control study of fatal and non-fatal cases. *BMJ* 2005;330:1475-81.
- (8) Thompson MJ, Ninis N, Perera R, et al. Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. *Lancet* 2006;367:397-403.

## STORIE DI POVERTÀ E SALUTE

### Indigeni e Rom: i grandi sfigati

Ci sono 370 milioni di popoli "indigeni" in 70 Paesi: Aborigeni, Maori, Indiani d'America, Pigmei, Tuareg, Saarawi, San del Sud Africa, Himbi della Namibia e molti altri.

In totale circa il 6% della popolazione mondiale dispersa in 5000 gruppi separati e non comunicanti. Di loro si occupa l'UN Permanent Forum for Indigenous Issues (NPPFII).

Le loro condizioni di salute sono molto peggiori di quelle delle popolazioni degli Stati ufficiali dove vivono. Le donne aborigene australiane hanno un'attesa di vita di 63 anni contro gli 82,2 delle australiane. I Maori muoiono precocemente di malattie cardiache; malattie specifiche (cancro, malattie respiratorie, stroke, diabete) hanno i nativi canadesi, quelli dell'Alaska, gli Indiani d'America. L'Europa ha, in un campo non uguale ma somigliante, il problema dei Rom: 7 milioni di persone nell'Europa centrale e orientale.

I nati da genitori Rom hanno, in Romania, una mortalità infantile del 72,8/1000; i rumeni del 27,1/1000.

Si tratta di genetica o di esclusione sociale, politica, economica ed educativa?

(*Lancet* 2006;367:1705,1707,1937)

### I poveri hanno più incidenti mortali

Una ricerca condotta in Gran Bretagna dimostra che la mortalità per incidenti nel 2001 è stata del 4/100.000 bambini/ragazzi da 0 a 15 anni (IC 95% 3,8-4,2). La causa di morte più frequente è l'incidente a un pedone (205 morti nel 2001). L'incidente automobilistico produce 142 morti, l'incidente di un ciclista 56 morti, l'incendio produce 92 morti, l'annegamento 77.

Fin qui tutto "normale".

C'è però una forte differenza nelle classi sociali. Per i figli dei disoccupati da lungo tempo (classe sociale 8) l'indicatore di mortalità (25,4/100.000) è 13,1 volte maggiore rispetto ai figli dei professionisti (1,9/100.000) che sono indicati come classe 1.

Per le morti da incidenti a pedoni la mortalità delle classi disagiate è 20,6 volte più alta della classe agiata.

(*BMJ online* 7 July 2006)

INDICE DELLE RUBRICHE

**ACP News**

Si può fare un Congresso senza sponsor	2	67	<i>P. Siani</i>
Congresso Nazionale ACP 2006	4	162	<i>Red</i>

**Attualità**

Nuove idee sullo sviluppo del cervello dall'infanzia all'adolescenza	4	150	<i>L. Gualtieri</i>
--	---	-----	---------------------

**Caso che insegna (il)**

Uno strano caso di "linfedema"	2	90	<i>C. Locatelli et al.</i>
OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome	3	130	<i>A. Vigo et al.</i>
Una febbre persistente con rash fugace e TAS elevato	4	177	<i>M. De Vivo et al.</i>
Francesco: prematuro con fratture costali a tre mesi	6	269	<i>L. Pescatore et al.</i>

**Congressi controllo**

Congresso Nazionale dell'ACP 2006	1	18	<i>M. Gangemi et al.</i>
La "Consensus" di Pisa sull'obesità	1	19	<i>M. Valente</i>
O il piacere o la vita	1	19	<i>M. Gangemi</i>

**Editoriale**

È possibile un'informazione medica non condizionata?	1	1	<i>L. De Fiore</i>
Un mondo dove tutti i bambini abbiano la gioia di vivere	2	47	<i>A. Zanotelli</i>
Istruzioni per boicottare la bioetica	3	93	<i>S. Spinsanti</i>
Le relazioni tra i pediatri e le compagnie che commercializzano il latte artificiale	4	139	<i>A. Cattaneo</i>
Relazione del Presidente al Congresso ACP 2006	5	185	<i>M. Gangemi</i>
Quaderni acp abbandona le inserzioni pubblicitarie	6	231	<i>G. Biasini</i>

**Esperienze**

Il disagio psicologico e la somatizzazione in età evolutiva	2	76	<i>P. Brunelli et al.</i>
Un'esperienza di formazione al counselling sistemico	4	166	<i>P. Elli, M. Gangemi</i>
Un'esperienza di formazione al counselling in ambulatorio pediatrico	5	218	<i>Red</i>
La valutazione di un Corso di Formazione al counselling pediatrico	6	260	<i>F. Lambruschi</i>

**Farmacipi**

Bambini e farmaci	4	173	<i>A. Clavenna, M. Bonati</i>
Bambini e farmaci	5	226	<i>CIFS</i>
Bambini e farmaci	6	268	<i>CIFS</i>

**Film per ragazzi**

Caro, piccolo, intramontabile: <i>Oliver Twist</i>	1	21	<i>I. Spada</i>
La guerra di Mario. Il neo-realismo di Antonio Capuano	2	57	<i>I. Spada</i>
Il suo nome è Tsotsi o come sbarazzarsene	3	107	<i>I. Spada</i>
Anche libero va bene. Difesa e attacco nella gara della vita	4	152	<i>I. Spada</i>
L'altra scuola de <i>Il cane giallo della Mongolia</i>	5	209	<i>I. Spada</i>
Il marcio del gioco del calcio			
4-4-2: <i>Il gioco più bello del mondo</i>	6	252	<i>I. Spada</i>

**Info**

Tortura e medici militari	1	28	<i>Red</i>
Bioterrorismo	1	28	<i>Red</i>
Acido folico in commercio	1	28	<i>Red</i>
L'India produce farmaci	1	28	<i>Red</i>
Registro nazionale dei trattati con GH	1	28	<i>Red</i>
Biblioteca Medica Virtuale gratuita a Bolzano	1	28	<i>Red</i>
Ricerche utili, applicazioni tardive	1	29	<i>Red</i>
E la famiglia paga! Le vecchie povertà	1	29	<i>Red</i>
Tecnologie e competitività	1	29	<i>Red</i>
Vitamina K: la ragione si fa strada	1	29	<i>Red</i>
Perché il colore della pelle	1	29	<i>Red</i>
Latte materno in commercio. Cosa ne pensiamo?	1	29	<i>Red</i>
Cosa vi ricorda?	1	29	<i>Red</i>
Limiti alla pediatria di libera scelta?	1	29	<i>Red</i>
La Francia vieta gli immunostimolanti	2	72	<i>Red</i>
Corruzione in salute pubblica	2	72	<i>Red</i>
Pieghevole scorretto. L'AIFA lo ritira	2	72	<i>Red</i>
DDT: perché si sbaglia	2	72	<i>Red</i>
World Down Syndrome Day	2	72	<i>Red</i>
Propositi di <i>Lancet</i> sulla salute materno-infantile	2	73	<i>Red</i>
Professione medica e industria	2	73	<i>Red</i>
Bambini, TV e musica	2	73	<i>Red</i>

Lettera dell'ACP alla Commissione Europea	3	118	<i>Red</i>
A chi vanno le multe dell'Antitrust?	3	118	<i>Red</i>
Parlano di noi	3	118	<i>Red</i>
Falsi scientifici 1	3	118	<i>Red</i>
Falsi scientifici 2	3	119	<i>Red</i>
Il cervello della madre che allatta	3	119	<i>Red</i>
Pazzie di fine legislatura	3	119	<i>Red</i>
Bambini e TV	3	119	<i>Red</i>
Conflitto di interessi: proposta	3	119	<i>Red</i>
Acido folico nel pane	3	119	<i>Red</i>
Tacrolimus, pimecrolimus e tumori della pelle	3	119	<i>Red</i>
Musica: Mozart nei prematuri	4	160	<i>Red</i>
Musica: Didgeridoo per dormire meglio	4	160	<i>Red</i>
Il carico di malattie della geografia: Nord e Sud	4	160	<i>Red</i>
Il carico di malattie: come cambia	4	160	<i>Red</i>
Il carico economico dei prematuri	4	160	<i>Red</i>
Il caso Canadian Medical Association Journal	4	160	<i>Red</i>
Il caso Southall 18 anni dopo	4	161	<i>Red</i>
Il caso Chernobyl 20 anni dopo	4	161	<i>Red</i>
Come i bambini immaginano lo scienziato	4	161	<i>Red</i>
Genetica: corsa ai test	5	214	<i>Red</i>
Genetica: papà "segreti"	5	214	<i>Red</i>
Le visite degli informatori: saranno regolamentate?	5	214	<i>Red</i>
Conflitti di interesse	5	214	<i>Red</i>
Le nuove curve di crescita dell'OMS	5	214	<i>Red</i>
No comment	5	215	<i>Red</i>
Grave incidente in un trial in fase 1	5	215	<i>Red</i>
Per limitare gli esami inutili	5	215	<i>Red</i>
Codice OMS-UNICEF sui sostituti del latte materno e Società scientifiche	5	215	<i>Red</i>
Il Tar del Lazio conferma le multe ai produttori di latte	6	253	<i>Red</i>
Latte crudo: fare attenzione	6	253	<i>Red</i>
Merenda ideale	6	253	<i>Red</i>
Il garante condanna tre spot	6	253	<i>Red</i>
Il Cnb e l'indipendenza dei medici	6	253	<i>Red</i>
218 milioni i bambini costretti a lavorare	6	253	<i>Red</i>

**Informazioni per genitori**

Beta-talassemia, anemia mediterranea o microcitemia: cosa si deve sapere	1	46	<i>A. Filosa et al.</i>
@Bici-Bus: un farmaco salvavita	2	92	<i>A. Volta</i>
Un decalogo per diventare padri	4	184	<i>A. Volta</i>
Aiutare a prevenire le ustioni nei bambini	5	230	<i>A. Girotti</i>

**Leggere e fare (scenari)**

I latti sono tutti uguali	1	36	<i>E. Di Tommaso et al.</i>
I latti sono tutti uguali	2	83	<i>S. Adelardi et al.</i>
La valutazione degli interventi per il controllo del sovrappeso	3	124	<i>S. Conti Nibali</i>
Pediculosi recidivante del capo	5	222	<i>L. Reali</i>
L'estinzione graduale risolve i problemi del sonno nei bambini?	6	264	<i>M.L. Tortorella et al.</i>

**Lettere**

Democrazia, partecipazione e salute	1	30	<i>E. Marri</i>
Il DVD del Lazio sull'allattamento al seno	1	31	<i>G. Di Piero</i>
Nati per la Musica: il violino di Aldo e Federica	3	120	<i>A. Ravaglia, F. Ravaglia</i>
Proposte informative dell'ACP in Lazio	3	121	<i>M. Valente</i>
Pubblicità e allattamento	6	256	<i>A. Cattaneo</i>
Il russamento abituale va indagato	6	256	<i>L. Mastrogiovanni</i>
Nati per la Musica	6	257	<i>G. Messina</i>

**Libri**

Evidence-based nursing	1	26	<i>M. Bonati</i>
Molto forte, incredibilmente vicino	1	26	<i>F. Fusco</i>
Il cacciatore di aquiloni	1	27	<i>N. D'Andrea</i>
Il difficile rientro	1	27	<i>G. Biasini</i>
Allattare, un gesto d'amore	2	68	<i>G. Rapisardi</i>
Padri e madri	2	68	<i>C. Panza</i>
Bésame mucho	2	68	<i>L. Piermarini</i>
Meno male che ci sono i bambini!	2	69	<i>N. Gasparini</i>



Apgar 12	3	116	G. Biasini
E li chiamano disabili	3	116	L. Marolla
Confessioni di un sicario dell'economia	3	116	S. Manetti
Pediatrati di strada	3	117	F. Ciotti
Dante Lumière	3	117	G. Biasini
Farmaci che ammalano	4	156	F. Ciotti
Leggimi forte	4	156	G. Biasini
Il bambino e il dolore	4	157	G. Biasini
Nascere bene per crescere meglio	4	157	Red
Storie di cura	5	212	P. Elli
Cibo dei piccoli... salute dei grandi	5	212	M. Gangemi
Bambini cattivi	5	212	F. Luchino
Il tempo di Blanca	5	213	I. Crupi
<b>Medicina e storia</b>			
Un ricordo di Alessandro Roster (1865-1919)	6	247	G. Rapisardi
<b>Musical-mente</b>			
Sviluppiamo l'intelligenza musicale dei bambini	1	17	J. Levine
Le possibilità formative della musica pre e postnatale	2	64	J.G. Carnicer, C.C. Garrido
"Giocare" uno strumento	3	112	E. Seritti
L'importanza dei suoni nella vita psichica e nel legame fra madre e figlio	4	153	L. Gualtieri
La musica è per crescere	5	210	L. Speri
<b>Narrative Medicine</b>			
Il rene scomparso	2	86	M. Gaido, F. Zanetto
L'approccio al bambino con ritardo mentale e dismorfismi: la comunicazione efficace	4	169	F. Zanetto, M. Gangemi
<b>Nati per Leggere</b>			
Lombardia	1	22	Red
Emilia Romagna	1	22	G. Zucchi
Toscana	1	23	L. Fedeli
Toscana	2	62	P. Seppia
Marche	2	62	A. Piersanti
Basilicata	2	62	R. Curcio
Calabria	2	62	M. Barretta
Piemonte	2	62	Red
Campania	2	63	L. Di Maio
Sardegna	3	114	Red
Emilia Romagna	3	115	Red
Abruzzo	3	115	Red
I neonati seguono lo sguardo degli adulti	3	115	Red
Congresso Wonca Europe 2006	3	115	Red
Dal "libro su misura" alla biblioteca di tutti	5	199	A. Costantino et al.
Dicono di noi	5	202	Red
Veneto	5	202	F. Bazzoli
Calabria	5	202	Red
Toscana	5	202	Red
Lazio	5	203	F. Luchino
Spagna: Barcellona	6	254	S. Manetti
Emilia-Romagna	6	255	Red
Lombardia	6	255	F. Zanetto
Apprendimento linguistico a 10 mesi	6	255	Red
<b>Organizzazione sanitaria</b>			
Proposte per i servizi sanitari dell'età evolutiva	1	32	Red
La formazione medica specialistica in Italia	2	50	R. Petrucci, M. Salata
Gli specializzandi interrogano i pediatri	2	51	M. Salata, A. Di Giorgio
Dipartimenti: a che punto siamo?	3	103	G. Biasini
La sopravvivenza dello studente e dello specializzando	3	105	N. Wikoff
L'integrazione delle politiche per la salute dei bambini e delle famiglie. L'esperienza di Napoli	6	243	C. di Maio, G. Cirillo

**Osservatorio internazionale**

La cooperazione internazionale allo sviluppo	1	11	A. Alberti
Le disuguaglianze tra Nazioni nella salute del bambino	3	99	M. Bonati, R. Campi

**Punto su (il)**

La Newsletter ACP/CSB: uno strumento di formazione che cambia la pratica clinica	1	44	F. Zanetto et al.
La diagnosi precoce di malattia meningococcica	6	273	M.S. Sabbatino et al.

**Research letter**

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

**Ricerca**

Quali fattori influenzano l'allattamento al seno?	1	6	F. Marolla et al.
Pazienti pediatrici in trattamento con ormone somatotropo in Piemonte: primi dati del Registro piemontese	3	95	G. Migliaretti et al.
Appropriatezza dei ricoveri in Pediatria	4	141	F. Parizzi et al.
Paternità: un'indagine sulle emozioni dei "nuovi" padri	4	146	A. Volta
La promozione della lettura ad alta voce in Italia	5	187	L. Ronfani et al.
Monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno nella regione Emilia-Romagna (1999-2002)	6	236	L. Ronfani, C. Cuoghi

**Rischio sociale**

Un'eredità del progetto di adozione sociale a Napoli: ludoteca di Secondigliano	6	241	R. Arsieri
---	---	-----	------------

**Saggi**

Nati per Leggere, un intervento di comunità	5	195	S. Manetti
Nove punti per la ricerca sui neonati in terapia intensiva	6	233	C. Bellieni et al.

**Salute pubblica**

Una piramide di salute: il Progetto ARCA	1	12	E. Troiano et al.
Salute e crescita: non sempre un binomio che va d'accordo	5	206	F. Cavallo, A. Zambon

**Saper fare**

Comunicare e parlare: la nascita di un gioco	1	41	S. Bonifacio et al.
La Pediatria dello Sviluppo e del Comportamento	3	135	E. Del Giudice et al.
Prescrivere la Denominazione Comune Internazionale (DCI) dei farmaci	4	180	Red
Prevenzione delle reazioni di ipersensibilità a mezzo di contrasto o ad anestetici	5	227	G. Lobefalo et al.

**Statistiche correnti**

La mortalità nel primo anno di vita e le differenze regionali	2	58	C. Corchia
Natalità e dinamiche demografiche in Italia	3	108	C. Corchia

**Ten stories**

Donne costruttrici di pace: da vittime a ricostruttrici di una società	1	33	S. Manetti
Somalia: una Nazione a pezzi verso una pace fragile	2	74	S. Manetti
Il Cameroun: non coltivare alla cieca	3	122	S. Manetti
Dietro le sbarre, oltre la giustizia: una storia, non raccontata, di bambini in conflitto con la legge	4	164	S. Manetti
La tragedia nascosta del Nepal: i bambini coinvolti nel conflitto	5	216	S. Manetti
Il terremoto in Asia: gli aiuti hanno salvato molte vite, arginato la perdita di altre, ma la ricostruzione appare lontana	6	258	S. Manetti

**Vaccinacipi**

Occhio alla sicurezza	1	40	L. Grandori
Vaccinazioni in Europa e in Italia	2	89	L. Grandori
Vaccinazioni ACP: strada facendo	3	129	L. Grandori
Nuovi vaccini contro il rotavirus: servono in Europa?	4	172	L. Grandori
Vaccinare contro il papillomavirus: dove, quando, come	5	225	L. Grandori
Altri 8 passi per continuare il cammino insieme	6	267	L. Grandori

**INDICE ANALITICO**

**Abilità**

Un'esperienza di formazione al counselling in ambulatorio pediatrico	5	218	Red
--	---	-----	-----

**Abuso**

Uno strano caso di "infedema"	2	90	C. Locatelli et al.
Fratturo prematuro con fratture costali a tre mesi	6	269	L. Pescatore et al.

**Adenotonsillectomia**

OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome	3	130	A. Vigo et al.
--	---	-----	----------------

**Adolescenza**

Nuove idee sullo sviluppo del cervello dall'infanzia all'adolescenza	4	150	L. Gualtieri
Salute e crescita: non sempre un binomio che va d'accordo	5	206	F. Cavallo, A. Zambon
La musica è per crescere	5	210	L. Speri

**Agnesia renale**

Il rene scomparso	2	86	M. Gaido, F. Zanetto
-------------------	---	----	----------------------

**Aiuto materno e Asilo materno**

Un ricordo di Alessandro Roster (1865-1919)  
"I brefotrofi devono sparire" 6 247 G. Rapisardi

**Allattamento al seno**  
Quali fattori influenzano l'allattamento al seno? 1 6 F. Marolla et al.  
Prevalenza dell'allattamento al seno nell'ASL 4 di Terni 4 175 L. Piermarini  
Monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno  
nella regione Emilia-Romagna (1999-2002) 6 236 L. Ronfani, C. Cuoghi

**Allergie**  
I lattini sono tutti uguali 2 83 S. Adelardi et al.  
Prevenzione delle reazioni di ipersensibilità  
a mezzo di contrasto o ad anestetici 5 227 G. Lobefalo et al.

**Analisi conversazionale**  
La valutazione di un Corso di Formazione  
al counselling pediatrico 6 260 F. Lambruschi

**Antimeningococco**  
Occhio alla sicurezza 1 40 L. Grandori

**Antinfluenzale**  
Occhio alla sicurezza 1 40 L. Grandori

**Appropriatezza**  
Appropriatezza dei ricoveri in Pediatria 4 141 F. Parizzi et al.

**Artralgia**  
Una febbre persistente con rash fugace e TAS elevato 4 177 M. De Vivo et al.

**Artrite cronica giovanile**  
Una febbre persistente con rash fugace e TAS elevato 4 177 M. De Vivo et al.

**Artrite reattiva post-streptococcica**  
Una febbre persistente con rash fugace e TAS elevato 4 177 M. De Vivo et al.

**Assistenza alla maternità**  
Un ricordo di Alessandro Roster (1865-1919)  
"I brefotrofi devono sparire" 6 247 G. Rapisardi

**Assistenza sociale**  
Un'eredità del progetto di adozione sociale a Napoli:  
ludoteca di Secondigliano 6 241 R. Arsiere

**Atopia**  
Prevenzione delle reazioni di ipersensibilità  
a mezzo di contrasto o ad anestetici 5 227 G. Lobefalo et al.

**Attitudine alla lettura ad alta voce**  
La promozione della lettura ad alta voce in Italia 5 187 L. Ronfani et al.

**Attività fisica**  
La valutazione degli interventi  
per il controllo del sovrappeso 3 124 S. Conti Nibali

**Aziende sanitarie**  
Dipartimenti: a che punto siamo? 3 103 G. Biasini

**Bambini**  
Le possibilità formative della musica pre e postnatale  
L'estinzione graduale risolve i problemi del sonno  
nei bambini? 2 64 J.G. Carnicer, C.C. Garrido  
6 264 M.L. Tortorella et al.

**Bioetica**  
Istruzioni per boicottare la bioetica 3 93 S. Spinsanti

**Bookstart**  
La promozione della lettura ad alta voce in Italia 5 187 L. Ronfani et al.

**Brefotrofi**  
Un ricordo di Alessandro Roster (1865-1919)  
"I brefotrofi devono sparire" 6 247 G. Rapisardi

**Budget**  
Dipartimenti: a che punto siamo? 3 103 G. Biasini

**Carcinoma cervice uterina**  
Vaccinare contro il papillomavirus: dove, quando, come 5 225 L. Grandori

**CDC europeo**  
Vaccinazioni in Europa e in Italia 2 89 L. Grandori

**Clinical trials**  
Nove punti per la ricerca sui neonati in terapia intensiva 6 233 C. Bellieni et al.

**Commercializzazione dei sostituti del latte materno**  
Le relazioni tra i pediatri e le compagnie  
che commercializzano il latte artificiale 4 139 A. Cattaneo

**Competenze alfabetiche**  
Nati per Leggere, un intervento di comunità:  
a che punto siamo? 5 195 S. Manetti

**Comportamenti di salute**  
Salute e crescita:  
non sempre un binomio che va d'accordo 5 206 F. Cavallo, A. Zambon

**Comunicazione**

L'approccio al bambino con ritardo mentale  
e disformismi: la comunicazione efficace 4 169 F. Zanetto, M. Gangemi

**Comunità**  
L'integrazione delle politiche per la salute dei bambini  
e delle famiglie. L'esperienza di Napoli 6 243 C. di Maio, G. Cirillo

**Conflitto di interesse**  
È possibile un'informazione medica non condizionata? 1 1 L. De Fiore  
Le relazioni tra i pediatri e le compagnie  
che commercializzano il latte artificiale 4 139 A. Cattaneo

**Conoscenze mediche**  
È possibile un'informazione medica non condizionata? 1 1 L. De Fiore

**Consenso informato**  
Istruzioni per boicottare la bioetica 3 93 S. Spinsanti  
Nove punti per la ricerca sui neonati in terapia intensiva 6 233 C. Bellieni et al.

**Contratti di lavoro**  
La formazione medica specialistica in Italia 2 50 R. Petrucci, M. Salata

**Controllo degli impulsi**  
Nuove idee sullo sviluppo del cervello  
dall'infanzia all'adolescenza 4 150 L. Gualtieri

**Convegno 8 passi**  
Altri 8 passi per continuare il cammino insieme 6 267 L. Grandori

**Cooperazione**  
La cooperazione internazionale allo sviluppo 1 11 A. Alberti

**Counselling**  
Il rene scomparso 2 86 M. Gaido, F. Zanetto  
Un'esperienza di formazione al counselling sistemico 4 166 P. Elli, M. Gangemi  
L'approccio al bambino con ritardo mentale  
e disformismi: la comunicazione efficace 4 169 F. Zanetto, M. Gangemi  
Un'esperienza di formazione al counselling  
in ambulatorio pediatrico 5 218 Red  
La valutazione di un Corso di Formazione  
al Counselling Pediatrico 6 260 F. Lambruschi et al.

**Crescita**  
I lattini sono tutti uguali 1 36 E. Di Tommaso et al.

**Cure intensive**  
La diagnosi precoce di malattia meningococcica 6 273 M.S. Sabbatino

**Curriculum formativo del pediatra**  
La Pediatria dello Sviluppo e del Comportamento 3 135 E. Del Giudice et al.

**DCI. Denominazione Comune Internazionale**  
Prescrivere la Denominazione Comune  
Internazionale (DCI) dei farmaci 4 180 Red

**Deficit di GH**  
Pazienti pediatrici in trattamento con ormone somatotropo  
in Piemonte: primi dati del Registro piemontese 3 95 G. Migliaretti et al.

**Dieta**  
La valutazione degli interventi  
per il controllo del sovrappeso 3 124 S. Conti Nibali

**Dipartimenti**  
Dipartimenti: a che punto siamo? 3 103 G. Biasini

**Diritti del malato**  
Istruzioni per boicottare la bioetica 3 93 S. Spinsanti

**Disabilità**  
L'approccio al bambino con ritardo mentale  
e disformismi: la comunicazione efficace 4 169 F. Zanetto, M. Gangemi

**Diseguaglianze**  
La cooperazione internazionale allo sviluppo 1 11 A. Alberti  
Le diseguaglianze tra Nazioni nella salute del bambino 3 99 M. Bonati, R. Campi

**Disturbi del sonno**  
L'estinzione graduale risolve i problemi di sonno  
dei bambini? 6 264 M.L. Tortorella et al.

**Educazione alimentare**  
Una piramide di salute: il Progetto ARCA 1 12 E. Troiano et al.

**Educazione medica continua**  
È possibile un'informazione medica non condizionata? 1 1 L. De Fiore

**Educazione medica post-medica**  
È possibile un'informazione medica non condizionata? 1 1 L. De Fiore

**Educazione musicale**  
Le possibilità formative della musica pre e postnatale 2 64 J.G. Carnicer, C.C. Garrido

**Emozioni**  
Nuove idee sullo sviluppo del cervello  
dall'infanzia all'adolescenza 4 150 L. Gualtieri

Un'esperienza di formazione al counselling in ambulatorio pediatrico	5	218	Red		
<b>Estinzione graduale</b>					
L'estinzione graduale risolve i problemi del sonno nei bambini?	6	264	M.L. Tortorella et al.		
<b>Etica</b>					
Un mondo dove tutti i bambini abbiano la gioia di vivere	2	47	A. Zanotelli		
Istruzioni per boicottare la bioetica	3	93	S. Spinsanti		
La sopravvivenza dello studente e dello specializzando	3	105	N. Wikoff		
<b>Europa</b>					
Vaccinazioni in Europa e in Italia	2	89	L. Grandori		
Nuovi vaccini contro il rotavirus: servono in Europa?	4	172	L. Grandori		
<b>Family literacy</b>					
La promozione della lettura ad alta voce in Italia	5	187	L. Ronfani et al.		
Nati per Leggere, un intervento di comunità: a che punto siamo?	5	195	S. Manetti		
<b>Farmaci anestetici</b>					
Prevenzione delle reazioni di ipersensibilità a mezzo di contrasto o ad anestetici	5	227	G. Lobefalo et al.		
<b>Febbre persistente</b>					
Una febbre persistente con rash fugace e TAS elevato	4	177	M. De Vivo et al.		
<b>Follow-up</b>					
Il rene scomparso	2	86	M. Gaido, F. Zanetto		
<b>Formazione</b>					
Quali fattori influenzano l'allattamento al seno?	1	6	F. Marolla et al.		
La formazione medica specialistica in Italia	2	50	R. Petrucci, M. Salata		
Vaccinazioni ACP: strada facendo	3	129	L. Grandori		
<b>Fratture ossee</b>					
Uno strano caso di "linfedema"	2	90	C. Locatelli et al.		
Francesco: prematuro con fratture costali a tre mesi	6	269	L. Pescatore et al.		
<b>Genitorialità</b>					
Le possibilità formative della musica pre e postnatale	2	64	J.G. Carnicer, C.C. Garrido		
Il disagio psicologico e la somatizzazione in età evolutiva	2	76	P. Brunelli et al.		
<b>Gioco</b>					
"Giocare" uno strumento	3	112	E. Seritti		
<b>Graavidanza</b>					
Le possibilità formative della musica pre e postnatale	2	64	J.G. Carnicer, C.C. Garrido		
<b>Industria farmaceutica</b>					
Un mondo dove tutti i bambini abbiano la gioia di vivere	2	47	A. Zanotelli		
<b>Infanzia</b>					
La musica è per crescere	5	210	L. Speri		
<b>Infezioni gastrointestinali</b>					
I lattini sono tutti uguali	2	83	S. Adelardi et al.		
<b>Infezioni respiratorie</b>					
I lattini sono tutti uguali	2	83	S. Adelardi et al.		
<b>Informazione</b>					
Vaccinazioni ACP: strada facendo	3	129	L. Grandori		
L'approccio al bambino con ritardo mentale e disformismi: la comunicazione efficace	4	169	F. Zanetto, M. Gangemi		
<b>Informazioni falsificate</b>					
È possibile un'informazione medica non condizionata?	1	1	L. De Fiore		
<b>INN. International Nonproprietary Name</b>					
Prescrivere con la Denominazione Comune Internazionale (DCI) dei farmaci	4	180	Red		
<b>Integrazione</b>					
Dal "libro su misura" alla biblioteca di tutti	5	199	A. Costantino et al.		
<b>Intelligenze multiple</b>					
Sviluppiamo l'intelligenza musicale dei bambini	1	17	J. Levine		
<b>Ipersensibilità</b>					
I lattini sono tutti uguali	1	36	E. Di Tommaso et al.		
Prevenzione delle reazioni di ipersensibilità a mezzo di contrasto o ad anestetici	5	227	G. Lobefalo et al.		
<b>Latte artificiale</b>					
I lattini sono tutti uguali	1	36	E. Di Tommaso et al.		
<b>Leadership</b>					
Dipartimenti: a che punto siamo?	3	103	G. Biasini		
<b>Legame madre-figlio</b>					
L'importanza dei suoni nella vita psichica e nel legame fra madre e figlio	4	153	L. Gualtieri		
<b>Lettera ad alta voce</b>					
Nati per Leggere, un intervento di comunità: a che punto siamo?	5	195	S. Manetti		
Dal "libro su misura" alla biblioteca di tutti	5	199	A. Costantino et al.		
<b>Libri modificati</b>					
Dal "libro su misura" alla biblioteca di tutti	5	199	A. Costantino et al.		
<b>Linfedema</b>					
Uno strano caso di "linfedema"	2	90	C. Locatelli et al.		
<b>Linguaggio</b>					
Comunicare e parlare la nascita di un gioco	1	41	S. Bonifacio et al.		
<b>Literacy</b>					
La promozione della lettura ad alta voce in Italia	5	187	L. Ronfani et al.		
Nati per Leggere, un intervento di comunità: a che punto siamo?	5	195	S. Manetti		
<b>Management</b>					
Dipartimenti: a che punto siamo?	3	103	G. Biasini		
<b>Medical Humanities</b>					
La sopravvivenza dello studente e dello specializzando	3	105	N. Wikoff		
<b>Meningite</b>					
La diagnosi precoce di malattia meningococcica	6	273	M.S. Sabbatino et al.		
<b>Monitoraggio della saturimetria nel sonno</b>					
OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome	3	130	A. Vigo et al.		
<b>Mortalità infantile</b>					
La mortalità nel primo anno di vita e le differenze regionali	2	58	C. Corchia		
Le disuguaglianze tra Nazioni nella salute del bambino	3	99	M. Bonati, R. Campi		
Natalità e dinamiche demografiche in Italia	3	108	C. Corchia		
<b>Mortalità materna</b>					
Le disuguaglianze tra Nazioni nella salute del bambino	3	99	M. Bonati, R. Campi		
<b>Mortalità neonatale</b>					
La mortalità nel primo anno di vita e le differenze regionali	2	58	C. Corchia		
<b>Mortalità regionale in Italia</b>					
La mortalità nel primo anno di vita e le differenze regionali	2	58	C. Corchia		
<b>Musica</b>					
Sviluppiamo l'intelligenza musicale dei bambini	1	17	J. Levine		
"Giocare" uno strumento	3	112	E. Seritti		
L'importanza dei suoni nella vita psichica e nel legame fra madre e figlio	4	153	L. Gualtieri		
La musica è per crescere	5	210	L. Speri		
<b>Narrazione</b>					
Il disagio psicologico e la somatizzazione in età evolutiva	2	76	P. Brunelli et al.		
Un'esperienza di formazione al counselling sistemico	4	166	P. Elli, M. Gangemi		
<b>Nascita</b>					
Paternità: un'indagine sulle emozioni dei "nuovi" padri	4	146	A. Volta		
<b>Natalità</b>					
Natalità e dinamiche demografiche in Italia	3	108	C. Corchia		
<b>Neonati</b>					
Nove punti per la ricerca sui neonati in terapia intensiva	6	233	C. Bellieni et al.		
<b>Neurologia pediatrica</b>					
La Pediatria dello Sviluppo e del Comportamento	3	135	E. Del Giudice et al.		
<b>Neuropsichiatria infantile</b>					
La Pediatria dello Sviluppo e del Comportamento	3	135	E. Del Giudice et al.		
<b>Nucleotidi</b>					
I lattini sono tutti uguali	1	36	E. Di Tommaso et al.		
<b>Obesità</b>					
La valutazione degli interventi per il controllo del sovrappeso	3	124	S. Conti Nibali		
Una piramide di salute: il Progetto ARCA	1	12	E. Troiano et al.		
<b>Organizzazione sanitaria</b>					
Le disuguaglianze tra Nazioni nella salute del bambino	3	99	M. Bonati, R. Campi		
<b>Ormone somatotropo (GH)</b>					
Pazienti pediatriche in trattamento con ormone somatotropo in Piemonte: primi dati del Registro piemontese	3	95	G. Migliaretti et al.		
<b>OSAS</b>					
OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome	3	130	A. Vigo et al.		
<b>Oseltamivir</b>					
Occhio alla sicurezza	1	40	L. Grandori		



**Papillomavirus**

Vaccinare contro il papillomavirus: dove, quando, come 5 225 L. Grandori

**Parlatori tardivi**

Comunicare e parlare: la nascita di un gioco 1 41 S. Bonifacio et al.

**Paternità**

Paternità: un'indagine sulle emozioni dei "nuovi" padri 4 146 A. Volta

**Pediatria**

Un mondo dove tutti i bambini  
abbiano la gioia di vivere 2 47 A. Zanotelli  
Gli specializzandi interrogano i pediatri 2 51 M. Salata, A. Di Giorgio  
La Pediatria dello Sviluppo e del Comportamento 3 135 E. Del Giudice et al.

**Pediculicidi**

Pediculosi recidivante del capo 5 222 L. Reali

**Pediculosi del capo**

Pediculosi recidivante del capo 5 222 L. Reali

**Polisonnografia**

OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome 3 130 A. Vigo et al.

**Povert **

Un mondo dove tutti i bambini  
abbiano la gioia di vivere 2 47 A. Zanotelli

**Preadolescenza**

Salute e crescita:  
non sempre un binomio che va d'accordo 5 206 F. Cavallo, A. Zambon

**Prebiotici**

I lattini sono tutti uguali 2 83 S. Adelardi et al.

**Prescrizione con DCI**

Prescrivere con la Denominazione Comune  
Internazionale (DCI) dei farmaci 4 180 Red

**Prevalenza**

Monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno  
nella regione Emilia-Romagna (1999-2002) 6 236 L. Ronfani, C. Cuoghi

**Prevalenza dell'allattamento al seno**

Prevalenza dell'allattamento al seno nell'ASL 4 di Terni 4 175 L. Piermarini

**Prevenzione**

Una piramide di salute: il Progetto ARCA 1 12 E. Troiano et al.

La valutazione degli interventi  
per il controllo del sovrappeso 3 124 S. Conti Nibali

**Probiotici**

I lattini sono tutti uguali 2 83 S. Adelardi et al.

**Progetti di comunit **

La valutazione degli interventi  
per il controllo del sovrappeso 3 124 S. Conti Nibali

**Programmazione sanitaria**

L'integrazione delle politiche per la salute dei bambini  
e delle famiglie. L'esperienza di Napoli 6 243 C. di Maio, G. Cirillo

**Proteine**

I lattini sono tutti uguali 1 36 E. Di Tommaso et al.

**PRUO**

Appropriatezza dei ricoveri in Pediatria 4 141 F. Parizzi et al.

**Psicologia paterna**

Paternit : un'indagine sulle emozioni dei "nuovi" padri 4 146 A. Volta

**Pubblicazioni mediche**

  possibile un'informazione medica non condizionata? 1 1 L. De Fiore

**Ragazzi disabili**

Dal "libro su misura" alla biblioteca di tutti 5 199 A. Costantino et al.

**Reach Out and Read**

La promozione della lettura ad alta voce in Italia 5 187 L. Ronfani et al.

**Registro GH**

Pazienti pediatrici in trattamento con ormone somatotropo  
in Piemonte: primi dati del Registro piemontese 3 95 G. Migliaretti et al.

**Reumatismo articolare acuto**

Una febbre persistente con rash fugace e TAS elevato 4 177 M. De Vivo et al.

**Ricoveri ospedalieri**

Appropriatezza dei ricoveri in Pediatria 4 141 F. Parizzi et al.

**Rischio sociale**

Un'eredit  del progetto di adozione sociale a Napoli:  
Iudoteca di Secondigliano 6 241 R. Arsieri

**Ritardo di linguaggio**

Comunicare e parlare: la nascita di un gioco 1 41 S. Bonifacio et al.

**Rotavirus**

Nuovi vaccini contro il rotavirus: servono in Europa? 4 172 L. Grandori

**Salute materno-infantile**

Un'eredit  del progetto di adozione sociale a Napoli:  
Iudoteca di Secondigliano 6 241 R. Arsieri

L'integrazione delle politiche per la salute dei bambini  
e delle famiglie. L'esperienza di Napoli 6 243 C. di Maio, G. Cirillo

**Salute percepita**

Salute e crescita:  
non sempre un binomio che va d'accordo 5 206 F. Cavallo, A. Zambon

**Scienze sociali**

La sopravvivenza dello studente e dello specializzando 3 105 N. Wikoff

**Sepsi meningococcica**

La diagnosi precoce di malattia meningococcica 6 273 M.S. Sabbatino et al.

**Shock settico**

La diagnosi precoce di malattia meningococcica 6 273 M.S. Sabbatino et al.

**Simboli**

Il disagio psicologico  
e la somatizzazione in et  evolutiva 2 76 P. Brunelli et al.

**Sintomi**

Il disagio psicologico  
e la somatizzazione in et  evolutiva 2 76 P. Brunelli et al.

**Sintomi precoci**

La diagnosi precoce di malattia meningococcica 6 273 M.S. Sabbatino et al.

**Sofferenza psicologica**

Il disagio psicologico  
e la somatizzazione in et  evolutiva 2 76 P. Brunelli et al.

**Sonno (vedi Estinzione graduale)**

**Sostegno alla genitorialit **  
Un'esperienza di formazione al counselling sistemico 4 166 P. Elli, M. Gangemi

**Sovrappeso**

La valutazione degli interventi  
per il controllo del sovrappeso 3 124 S. Conti Nibali

**Specializzandi in pediatria**

La formazione medica specialistica in Italia 2 50 R. Petrucci, M. Salata

Gli specializzandi interrogano i pediatri 2 51 M. Salata, A. Di Giorgio

**Stili di vita**

Salute e crescita:  
non sempre un binomio che va d'accordo 5 206 F. Cavallo, A. Zambon

**Strategie vaccinali**

Vaccinazioni in Europa e in Italia 2 89 L. Grandori

**Suono**

L'importanza dei suoni nella vita psichica  
e nel legame fra madre e figlio 4 153 L. Gualtieri

**Sviluppo (Paesi in via di)**

La cooperazione internazionale allo sviluppo 1 11 A. Alberti

Sviluppiamo l'intelligenza musicale dei bambini 1 17 J. Levine

La musica   per crescere 5 210 L. Speri

**Sviluppo cerebrale**

Nuove idee sullo sviluppo del cervello  
dall'infanzia all'adolescenza 4 150 L. Gualtieri

**Sviluppo neurocognitivo**

I lattini sono tutti uguali 1 36 E. Di Tommaso et al.

**Sviluppo neuronale**

Nati per leggere, un intervento di comunit :  
a che punto siamo? 5 195 S. Manetti

**Test allergologici**

Prevenzione delle reazioni di ipersensibilit   
a mezzo di contrasto o ad anestetici 5 227 G. Lobefalo et al.

**Vaccinazioni**

Vaccinazioni ACP: strada facendo 3 129 L. Grandori

Nuovi vaccini contro il rotavirus: servono in Europa? 4 172 L. Grandori

Prevalenza dell'allattamento al seno nell'ASL 4 di Terni 4 175 L. Piermarini

Vaccinare contro il papillomavirus: dove, quando, come 5 225 L. Grandori

Altri 8 passi per continuare il cammino insieme 6 267 L. Grandori

**Valutazione**

Quali fattori influenzano l'allattamento al seno? 1 6 F. Marolla et al.

Un'esperienza di formazione al counselling  
in ambulatorio pediatrico 5 218 Red

La valutazione di un Corso di Formazione  
al counselling pediatrico 6 260 F. Lambruschi

**Vita media**

Natalit  e dinamiche demografiche in Italia 3 108 C. Corchia

# IL CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO

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

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

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

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

## LE ATTIVITÀ PRINCIPALI

### 1. Ricerca e documentazione

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

### 2. Formazione e aggiornamento

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

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

### 3. Sviluppo di servizi e progetti

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

## Centro per la Salute del Bambino ONLUS

Via dei Burlo, 1 - 34123 Trieste

Tel 040 3220447 - 040 300551

Fax 040 3224842

e-mail: [csb.trieste@iol.it](mailto:csb.trieste@iol.it)

<http://www.salutedelbambino.it>