

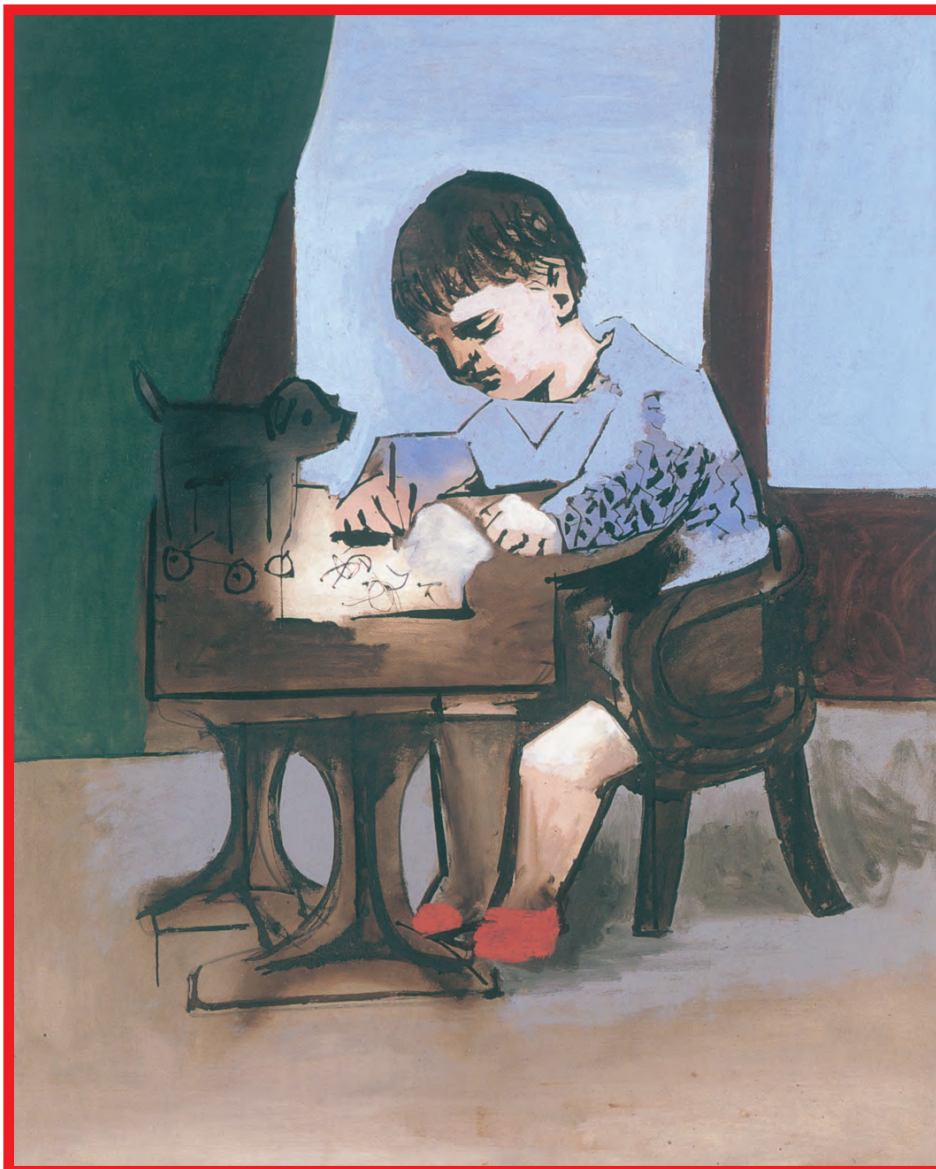
Quaderni acp

www.quaderniacp.it

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della
Associazione **C**ulturale **P**ediatri

www.acp.it

I bambini e la scuola



La redazione di Quaderni acp augura ai lettori, alle loro famiglie e alle famiglie dei loro assistiti, un Felice 2009



novembre-dicembre 2008 vol 15 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 2, DCB di Forlì - Aut Tribunale di Oristano 308/89

La Rivista è indicizzata in EMBASE

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
November-December 2008; 15(6)

241 Editorial

After the Antitrust: some good thoughts and wishes for 2009
Red

The 2009 meeting of ACP
Michele Gangemi

244 Research

Comparing Hospital Practices on breastfeeding, anxiety, post partum depression and child's characteristics
Laura Valenari, Sabrina Bonochini, Leonardo Speri

249 Personal accounts

Mourning for a child and family support
Pasqua R. Brunelli, Francesca Pasini, Emanuele Lisi

255 Tenstories

Bird flu pushed back, but threat of a human pandemic remains
Stefania Manetti (a cura di)

256 Info

258 Vaccinacipi

Influenza and HPV: two very discussed vaccinations
Luisella Grandori

259 Farmacipi

Paracetamol and phenylephrine: a safety update
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

260 Keep an eye on the skin

Looking at a dressed child
Danilo Falciatore

262 Update to practice

A simple way to well position a baby for breastfeeding
Rosellina Cosentino

265 Essays

The Grandmother hypothesis
Costantino Panza

270 Books

272 Born to read

274 Informing partents

Ecologic diaper use
Maria Edoarda Trillò

275 Movies

276 Musical-mente

The efficacy of music
Laura Reali

279 Meeting synopsis

280 Acp news

281 Letters

Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici a cura della
Associazione Culturale Pediatri

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessi

Comitato editoriale

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

Collaboratori

Francesco Ciotti
Giuseppe Cirillo
Antonio Clavenna
Luisella Grandori
Manuela Pasini
Italo Spada
Antonella Stazzoni

Organizzazione

Giovanna Benzi

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

Internet

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

Indirizzi

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

Direttore

Giancarlo Biasini
corso U. Comandini 10, 47023 Cesena
e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

Ufficio soci

via P. Marginesu 8, 07100 Sassari
Cell. 3939903877, Fax 0793027471
e-mail: ufficioci@tiscali.it

Stampa

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

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

© ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI
ACP EDIZIONI NO PROFIT

LA COPERTINA

L'immagine riproduce "Paul mentre disegna" (1923), Pablo Picasso, olio su tela. Parigi, Musée Picasso.

QUADERNI ACP. NORME EDITORIALI. Sulla rivista possono essere pubblicati articoli riguardanti argomenti che siano di ausilio alla professione del pediatra: ricerche svolte nell'area delle cure primarie, casi clinici educativi, scenari clinici affrontati con metodologia EBM o secondo le modalità della medicina narrativa, revisioni su problemi di importanza generale e di ricerca avanzata, schede informative per i genitori. Sono inoltre graditi articoli riguardanti aspetti di politica sanitaria, considerazioni sull'attività e sull'impegno professionale del pediatra, riflessioni su esperienze professionali. I testi devono pervenire alla redazione (redazionequaderni@tiscali.it) via e-mail o via posta su floppy disk in via Marginesu 8, 07100 Sassari. Devono essere composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Le tabelle e le figure vanno inviate in fogli a parte, vanno numerate progressivamente, titolate e richiamate nel testo. Scenari, casi clinici, esperienze e revisioni non possono superare le 12.000 battute, riassunti compresi. Gli altri contributi non possono superare le 17.000 battute, salvo accordi con la redazione. Le lettere non devono superare le 2.500 battute; qualora siano di dimensioni superiori, possono essere ridotte dalla redazione (chi non fosse disponibile alla riduzione deve specificarlo nel testo). Il titolo deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo, sintetico. La redazione si riserva il diritto di modificare titolo e sottotitolo dell'articolo. Gli AA vanno indicati con nome e cognome. Va indicato: Istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli AA e l'indirizzo e-mail dell'Autore (indicato per la corrispondenza). Gli articoli devono essere corredata 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.

Dopo la sentenza dell'Antitrust, qualche pensiero e un augurio per il 2009

Redazione *Quaderni acp*

Parole chiave *Conflitto di interessi. Sponsorizzazioni. Obesità*

Nello scorso numero abbiamo pubblicato una lettera di numerosi pediatri in relazione alla condanna, da parte dell'Antitrust, della FIMP e delle Ditte Novelli, Littlebit, Beiersdorf e Siport per "pratica commerciale scorretta" (*Quaderni acp* 2008;15:238). La motivazione, se la riduciamo al minimo, riguarda l'"approvazione" da parte della FIMP di alcuni prodotti commerciali senza avere proceduto a verifiche attestanti la qualità derivante dal superamento di una specifica procedura di verifica.

La sanzione dell'Antitrust ha colpito la FIMP solo perché l'Adiconsum ha segnalato, in quella occasione, esempi di "approvazioni" nelle quali era interessata la FIMP. Tutti sappiamo che esistono situazioni simili di altre associazioni e società che forniscono garanzie per prodotti commerciali senza avere seguito strade diverse da quella dei colleghi pediatri e che sono rimaste senza sanzione. Il problema ci pare aggravato dal fatto che le diverse "approvazioni" non sono state solo stampate sulle confezioni dei prodotti, ma sono state pubblicizzate a mezzo stampa su quotidiani e riviste di diffusione nazionale e anche sulle fiancate degli autobus, diventando uno strumento di pubblicità attraverso i media.

Si tratta, quindi, di una situazione di sponsorizzazione commerciale nuova e diversa sia dalla sponsorizzazione di un singolo a congressi che dalla sponsorizzazione di un intero, o di parte, di un congresso: si tratta di qualcosa che va al di là dell'intervento della industria per eventi di formazione.

E a noi sembra che il problema vada al di là della stessa sentenza dell'Antitrust che contesta una "approvazione" di alcuni prodotti commerciali "senza avere proceduto a verifiche". A noi sembra che si debba discutere proprio sulla opportunità di interventi di gruppi organizzati di medici nell'ambito commerciale. Del resto il comitato etico della FIMP si era opposto all'approvazione.

Il problema perciò, proprio per le sue dimensioni, merita di essere discusso e richiama immediatamente un altro evento che si sta diffondendo molto rapidamente non solo negli ospedali privati, ma anche in quelli del SSN. Alludiamo alle inserzioni pubblicitarie che si vedono sempre più spesso nei corridoi degli ospedali. È pur vero che in questi casi il prodotto non viene "approvato" dall'ospedale. Ci sono stati riportati però alcuni esempi che suggeriscono che il luogo dove viene presentato il prodotto, il modo con cui è presentato, la cornice in cui l'inserzione è posta (uguale a quella di altre raccomandazioni che vengono direttamente dall'ospedale) sono di per sé una sorta di garanzia. Questo è tanto più discutibile quando in queste sedi del SSN, o comunque con questo convenzionato, vengano pubblicizzate non già vacanze, banche o automobili ma, per esempio, alimenti, acque minerali, scarpe ortopediche, carrozzine e indumenti per bambini. Anche perché spesso il testo di queste inserzioni non è quello usuale ma è certamente scritto da un ghostwriter che vuole che i lettori pensino esattamente che il prodotto è suggerito dall'ambiente in cui viene collocato. Non sono solo gli ospedali a essere motivo di attenzione da parte della industria, specie quella alimentare. Per rimanere nel campo istituzionale un esempio clamoroso riguarda l'Azienda Trasporti Pubblici (ATR) della provincia di Forlì-Cesena: questa ha concluso un contratto con McDonald's in base al quale chi acquista una Scuola Card (abbonamento ai trasporti per il periodo scolastico) ha in regalo 32 buoni pasto (pari a 100 euro) da McDonald's. La campagna si chiama, con provinciale fantasia, ILOVEMcBUS. Quello che è ancora più grave è che l'accordo è stato mantenuto nonostante una sanzione del consiglio provinciale. È stato addotto che la McDonald's è in prima fila per la lotta contro l'obesità. Infatti McDonald's, Coca-Cola, Pepsi e Kraft si presentano come portatrici di *corporate*

responsibility nella lotta contro l'obesità. Le quattro compagnie hanno a disposizione 3 milioni di dollari USA per convincere l'opinione pubblica della loro buona fede. Qualche anno fa, su questa rivista (*Quaderni acp* 2005; 12:226), abbiamo pubblicato il potere calorico dei cibi di McDonald's e i lettori sanno quanto questa *responsibility* possa avere fondamento. Del resto una indagine su mandato OMS (Lewin et al. *J. Public Health Policy* 2006;25:327-348) ha dimostrato che McDonald's continua a usare per la cottura i *Trans fat*, il cui consumo aumenta il rischio di malattie coronariche per l'aumento dei livelli di colesterolo LDL e l'abbassamento di quello HDL.

Perché anche le industrie che non si occupano di farmaci cercano oggi l'appoggio delle organizzazioni sanitarie, siano esse ospedali, società mediche, o comunque pubbliche?

In un momento di crisi l'appoggio del mondo sanitario verrà ricercato con grande insistenza specialmente dalle industrie alimentari, visto che l'alimentazione oggi tende a essere sempre più medicalizzata. La "spinta" mediatica sui prodotti da divezzamento, attualmente in atto, ne è un chiaro esempio, mentre è evidente che di questi si può fare a meno, come dimostra l'articolo di M. Iaia sul numero scorso. Per questo l'ACP (si veda a pagina 280) sostiene la proposta di *Consumers International* (CI), l'organizzazione mondiale dei consumatori, perché si adotti in sede OMS un codice internazionale di autoregolamentazione sulla pubblicità di alimenti e bevande destinate ai più piccoli.

A fronte di questo sta il problema delle società scientifiche e del loro bisogno di sostentamento.

La gestione delle società è diventata sempre più burocratica e costosa, si moltiplicano inutilmente le riviste, i congressi sono faraonici: si è da tempo perduto il senso della sobrietà che la nostra Associazione tenta disperatamente di conservare. Si vedano a pagina 280 i criteri per la

Per corrispondenza:
e-mail: redazionequaderni@tiscali.it

editoriale

concessione del patrocinio a manifestazioni scientifiche interne ed esterne con la cautela di chi sa che è quella in piccoli gruppi a rappresentare la formazione in grado di modificare i comportamenti.

Solo il valore del mercato della formazione in sanità si aggira sui 500 milioni di euro per anno (75.000 eventi per anno), coperto dall'industria farmaceutica nel 66% con modalità diverse e non sempre documentate (Il Sole24ORESanità 23-29/9/2008). Se a questo aggiungiamo il valore di altri interventi, si raggiungono cifre astronomiche.

Spetta al mondo medico usare in questo momento la maggiore integrità possibile; ed è stupefacente la sordità rispetto a questi problemi da parte del mondo culturale italiano, e specialmente di quello medico, che affronta ogni giorno il problema tipicamente etico dell'avvenire, del destino e della sofferenza dell'uomo.

Abbiamo ricevuto in questi giorni una seconda lettera di 35 [1] pediatri che tende a valorizzare le conclusioni della lettera del numero scorso per una "apertura di una discussione ampia e coinvolgente sulla necessità di dotarsi, da parte di tutte le organizzazioni mediche, di un codice etico che sia effettivamente vincolante per la gestione dei rapporti con le aziende secondo principi di trasparenza, decoro professionale e indipendenza scientifica in linea con quanto suggerito dalla International Pediatric Association (www.ipa.org), che rappresenta tutte le società di pediatria del mondo".

Ci sembra un appello da accogliere da tutti. E che, per noi, non sia soltanto una predica che si disperda nell'aria, ma anche una riflessione interna in modo che il comportamento individuale dei soci dell'ACP sia coerente con quello dell'Associazione.

Potrebbe essere un pensiero di fine 2008 e un augurio per il 2009 per noi acipini e per tutti i medici d'Italia. Se ne sente il bisogno. ♦

[1] Aiolfi Manuela, Andreotti Maria Francesca, Avellino Natalia, Bastoni Ketty, Bertonecello Nadia, Bertozzi Clara, Bernna Flavia, Cazzuffi Maria Angela, Daverio Cristina, De Berti Maria Pia, De Martino Antonino, Di Francesco Chiara, Di Pietro Maria Elisabetta, El Haj Suleiman Hachem, Foglia Marinella, Frattini Claudio, Gambarini Giuliano, Madaio Olimpia, Martignoni Lorena, Meloni Anna, Monolo Annalisa, Montalbetti Marco, Narducci Mario, Perversi Silvia, Piccolo Giovanni, Quartesan Enanuela, Rimoldi Rosanna, Rizzi Francesco, Rizzo Corrado, Spalla Adelisa, Squadrone Nicola Pio, Tischer Maria Cristina, Tognetti Daniela, Tonetti Daniele, Vezzetti Vittorio.

1° CONVEGNO WONCA ITALIA

Roma, 6-7 marzo 2009

L'ASSISTENZA ALLA FAMIGLIA IL RAPPORTO FRA PEDIATRA DI FAMIGLIA E MEDICO DI MEDICINA GENERALE: DISCONTINUITÀ, CONTIGUITÀ O PROGETTO CONDIVISO?

Venerdì 6 marzo 2009

La situazione attuale: caratteristiche e criticità nell'ottica del pediatra di famiglia e del medico di medicina generale

- Il contesto normativo: realtà italiana e regionalizzazione del Servizio Sanitario; l'area delle cure primarie e il ruolo del distretto: indagine ACP sulle diverse realtà regionali
- L'assistenza alla famiglia: i cicli vitali come occasione di incontro tra professionisti; la malattia grave e/o cronica del bambino o del genitore; la cartella clinica del pediatra di famiglia e del medico di medicina generale
- Che cosa succede negli altri Paesi? I risultati di un'inchiesta europea

Sabato 7 marzo 2009

Esperienze e proposte di collaborazione fra Pediatria di famiglia e Medicina generale

- Le pratiche associative "miste"
- Quali informazioni dal pediatra di famiglia al medico di medicina generale?
- La cartella informatica on-line per la gestione delle patologie croniche in età pediatrica (progetto BIPP-ApeG)
- Il Progetto "Genitori più"

Idee e progetti per il futuro (tavola rotonda)

- L'integrazione fra Pediatria di famiglia e Medicina generale: progetti di riorganizzazione delle cure primarie, proposte per le future Convenzioni
- Modelli di trasmissione delle informazioni: l'uso dei software gestionali delle cartelle cliniche nella comunicazione fra pediatra di famiglia e medico di medicina generale
- La formazione su aree di confine fra Pediatria di famiglia e Medicina generale (comunicazione-relazione, promozione della salute, adolescenza, sessualità, vaccinazioni)
- La ricerca collaborativa fra Pediatria di famiglia e Medicina generale

Comitato Scientifico:

Coordinatori:	V. Caimi (CSeRMEG)	E. Mola (ASSIMEFAC)
	P. Elli (ACP)	G. Tritto (AIMEF)
	F. Carelli (EURACT-Italia)	F. Petrazzuoli (EGPRN-Italia)
	C. Carosino (EURIPA-Italia)	M. Baruchello (SIQuas-VRQ)
	D. Sghedoni (EUROPREV-Italia)	R. Satolli (Zadig)
	G. Visentin (Wonca Italia)	F. Del Zotti (Wonca Italia)
	A. Moser (Giotto)	G. Greco (ASSIMEFAC)
	G. L. Passerini (EQUIP-Italia)	

Comitato Organizzativo:

G. Greco (ASSIMEFAC)	G. Di Dio (AIMEF)
R. Della Vedova (CSeRMEG)	F. Zanetto (ACP)

Per informazioni: zanetto@tin.it

Da Cagliari a Cesenatico

Michele Gangemi
Presidente ACP

Parole chiave Associazione Culturale Pediatri. Genitorialità. Disabilità. Salute mentale.

Provo a descrivervi, a modo mio, il ventesimo Congresso ACP a Cagliari. Eravamo in fiera, a due passi dal vecchio stadio dell'Amsicora, dove Gigi Riva (Rombo di tuono) e Roberto Boninsegna (Bonimba) conquistarono uno storico scudetto.

Starete pensando che vi ripropongo l'ennesima metafora calcistica e vi chiedo scusa per la banalità, ma forse, in questo caso, tra l'attuale ACP e quel Cagliari troverete molto in comune. Certo in quel Cagliari c'erano alcuni fuoriclasse, ma gli squadroni tradizionali, pur nel complesso più forti per quanto riguardava l'organico, non vinsero. Il nuovo vento che soffia in ACP ("Venti di ACP" era il titolo del Congresso) è quello della forza del gruppo e a Cagliari ciò è parso evidente. Le riflessioni e gli spunti forniti dall'assemblea sono stati numerosi e andranno ripresi dal Direttivo, rinnovato nella metà dei suoi componenti.

Sarà importante che le quattro priorità di intervento ACP vengano viste come diverse facce della stessa medaglia. Un confronto tra i gruppi dovrebbe portare a una sintesi efficace per la politica futura dell'Associazione che appare tracciata in modo chiaro. Un approccio ecologico all'infanzia comprende infatti sia il sostegno alla genitorialità che l'attenzione alle disuguaglianze, nonché la salute mentale e i problemi dell'ambiente in senso lato.

Sono state poste le premesse per il cambiamento della "P": non solo pediatri, ma apertura al mondo dell'infanzia e ai vari "saperi", con un approccio che deve fare i conti con tutta la complessità che ne consegue. Tornando dai Congressi ACP risulta sempre più evidente che la semplificazione non fa per noi. Del resto, un'Associazione Culturale che sia degna di tal nome deve spingere alla riflessione e non fermarsi all'autoreferenzialità.

Proviamo allora a descrivere agli assenti (troppi per la verità) cosa si sono persi.

Come dice L. Wittgenstein, il linguaggio non è adatto a descrivere le emozioni, ma

ringraziamo Chicco, Gianni, Giuseppe, Silvio e soci per la splendida accoglienza e l'ottima cena sociale.

Rimarco che il Convegno è stato organizzato senza sponsor e senza segreteria esterna, con un risparmio economico notevole. Anche questo consente all'Associazione di sussistere con le sole quote dei soci.

La nota fortemente positiva per cui ringrazio tutti è rappresentata dall'incremento del numero dei soci in regola con il rinnovo della quota e dalle 200 nuove iscrizioni, nonostante l'aumento del contributo associativo. Evidentemente i servizi offerti sono stati apprezzati, così come la linea politica dell'Associazione.

Stefano Taravella, vicepresidente vicario di UNICEF e ospite del Convegno, ha ribadito l'impegno a collaborare con l'ACP sui temi oggi cruciali per la salute dell'infanzia, nella ricerca reciproca, leale e trasparente di strategie condivise per la tutela del diritto alla salute di bambini e adolescenti. Ci siamo confrontati ancora con la disabilità, ma in termini nuovi, grazie a Gianpiero Griffo e al prezioso lavoro di Pino La Gamba, cambiando il punto di vista e discutendo di diritti delle persone disabili, e non solo di bisogni. L'ACP si è impegnata a dare sostegno alla FISH (Federazione Italiana Superamento Handicap) con programmi comuni di formazione e con appoggi concreti presso le Istituzioni. Proprio in tale prospettiva è stata sollecitata la ratifica da parte del Governo Italiano della Convenzione ONU sui Diritti dei disabili.

Accanto alle tematiche care all'ACP (sostegno alla genitorialità, disabilità, salute mentale) abbiamo parlato di Clinica. L'approccio si è valso dell'ausilio dei percorsi formativi propri del *Bollettino di Sorveglianza della Letteratura ACP/CSB* e degli Scenari clinici di *Quaderni acp*, oltre che dell'autorevole intervento di esperti.

Anche il binomio inscindibile ricerca/formazione ha avuto ampio spazio.

La presentazione dell'esperienza WEBM, sia in aula che in un'apposita sessione, ha permesso ai gruppi locali di valutare se tale tipologia di formazione può essere di loro interesse dopo la fase iniziale di for-

mazione dei formatori. Anche le due proposte di ricerca su base nazionale hanno incontrato l'interesse generale. Ci auguriamo un'adesione ampia e convinta, nella certezza che solo una riflessione sul lavoro quotidiano può incentivare i giovani e rimotivare i meno giovani. Le nuove iscrizioni, tra cui 70 specializzandi, ci impongono di dedicare la massima attenzione alla ricerca/formazione su temi di carattere clinico, pur senza tralasciare gli altri aspetti della nostra attività.

Un'ultima considerazione merita la bella tavola rotonda che ha visto come ospiti e protagonisti Nerina Dirindin, assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale in Sardegna. Non è usuale che un politico partecipi e interagisca con i componenti di una tavola rotonda partendo da dati che focalizzano le attuali problematiche della Salute dell'Infanzia e le risposte dei Servizi.

L'auspicio è che in Sardegna e nel resto dell'Italia nasca una collaborazione costruttiva tra Assessorato alla Salute e ACP. A proposito delle giuste preoccupazioni riguardanti il Sistema Sanitario Nazionale, va segnalata l'istituzione di una Commissione d'Inchiesta sul SSN, presieduta dall'onorevole Ignazio Marino. L'ACP ha confermato la propria disponibilità a collaborare per salvaguardare, pur con tutte le sue pecche, il Sistema Sanitario Nazionale, in particolare per quanto riguarda l'ambito delle cure pediatriche.

Spero di non aver annoiato quanti hanno partecipato e di aver fatto capire agli assenti che non potranno mancare al prossimo Congresso Nazionale a Cesenatico (8-10 ottobre 2009).

Il prossimo Convegno dovrà eleggere sia il nuovo Presidente che quattro componenti del Direttivo Nazionale. Sono certo che all'interno dei gruppi sarà già avviato un confronto sereno sul cammino futuro dell'ACP e sulla candidatura di un Presidente che ci sappia guidare in un percorso condiviso. Vi posso assicurare, dopo due mandati presidenziali, che sono cresciuto grazie al contributo e al confronto costante con tutti voi. ♦

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

editoriale

Pratiche ospedaliere a confronto

Effetti su allattamento, ansia, depressione postpartum e alcune caratteristiche del bambino

Laura Valenari*, Sabrina Bonichini**, Leonardo Speri***

*Dottore in Psicologia dello Sviluppo e dell'intervento nella scuola; **Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova; ***Psicologo-psicoterapeuta, coordinatore Task Force BFH, Comitato Italiano per l'UNICEF, Responsabile Ufficio Educazione alla Salute, ULSS 20 di Verona

Abstract

Comparing Hospital Practices on breastfeeding, anxiety, post partum depression and child's characteristics

Objective The evaluation of hospital practices (rooming-in, skin to skin) on both mother and infant well being. Well being criteria for mothers were: sleep and rest, subjective pain, anxiety level, depression risk, coping. Child's criteria: growth, Apgar scores, jaundice, sooth ability level.

Methods Longitudinal study on 71 dyads divided in two groups: 34 dyads from a Baby Friendly Hospital (H1) (OMS/UNICEF guidelines) and 37 dyads from hospitals not following OMS/UNICEF guidelines (H2). The research has been carried out only with Italian mothers, considering the most possible number of physiological births (1/34 of Cesarean Section, CS, in H1; 11/37 of CS in H2). Mothers were interviewed at hospital discharge and after 6 weeks with the semi-structured STAI scale (State-Trait Anxiety Inventory). After 6 weeks the Edinburgh Postnatal Depression Scale, a crying schedule, a second interview and a questionnaire regarding soothing strategies were all submitted to mothers.

Results There were non statistically significant differences regarding socio-economical variables.

Considering the mothers' answers, some aspects regarding the pathway are more stressed: the type of hospital assistance (16/34 in H1; 25/37 in H2); skin to skin after delivery (21/34 in H1; 17/37 in H2), family help (21/34 in H1; 17/37 in H2), a quiet family environment (16/34 in H1; 21/37 in H2).

Quantitative analysis shows the following significative differences: 85.3% of infants in H1 were fully breast-fed, compared to 32.4% of infants in H2; 97.1% of natural births in H1 (17% of CS in the last years); 70.3% in H2 (25% of CS in the last years); 97.1% of mothers in H1 stayed with their children immediately after birth, compared to 2.9% in H2; 88.2% of mothers in H1 practised total rooming-in compared to 2.9% in H2.

After six weeks in H1 more mothers breast-fed (any breastfeeding) their infants even if the difference in the trend isn't significant (H1: 85.3% full breastfeeding at hospital discharge to 60.6% of any breastfeeding after six weeks; H2: 32.4% of full breastfeeding at hospital discharge to 37.1% of any breastfeeding after six weeks). Significant is the difference in sooth ability and crying (H1: 3% of infants show difficulties compared to H2: 20% of infants). No significant differences regarding anxiety levels and risk of depression.

Discussion Good hospital practices as rooming-in and skin to skin immediately after delivery are able to influence breastfeeding and the infant's behaviour. What really influences the different rates of breastfeeding after 6 weeks? That is a good question that probably has many different answers.

Quaderni acp 2008; 15(6): 244-248

Key words Hospital practices. Birth. Breastfeeding. Infant crying and sooth ability

Obiettivo Scopo dello studio: valutare l'effetto di alcune pratiche ospedaliere (rooming-in, contatto pelle a pelle) sul benessere soggettivo e oggettivo della madre e del bambino. Criteri di benessere per la madre: presenza di sonno e riposo, percezione di dolore, livello di ansia, rischio di depressione, coping. Per il bambino: peso, indice di Apgar, ittero, pianto, livello di consolabilità.

Metodo Ricerca longitudinale su 71 diadi madre-bambino dopo il parto, divise in due gruppi a seconda del luogo di degenza: 34 presso un ospedale "Amico dei Bambini" OMS/UNICEF (H1) e 37 presso un ospedale senza queste caratteristiche (H2). Si è cercato di raccogliere il numero più alto possibile di nati a termine con parto vaginale di madri italiane disponibili alla intervista. Nello stesso periodo i tagli cesarei sono risultati 1 su 34 in H1 e 11 su 37 in H2. Le diadi sono state reclutate nel reparto maternità delle strutture ospedaliere durante il 1° trimestre 2006. Una seconda intervista è stata fatta dopo sei settimane, ma non è stata completata nell'intero campione. L'intervista era semistrutturata con somministrazione della scala STAI (State-Trait Anxiety Inventory). Dopo sei settimane sono stati somministrati ancora una intervista, la scala STAI, la Edinburgh Postnatal Depression Scale, il diario del pianto e un questionario sulle strategie di consolazione adottate dalla madre.

Risultati Non ci sono differenze significative per le variabili socio-economiche indagate (età, titolo di studio e professione dei genitori). La frequenza delle risposte dimostra che alcuni aspetti del percorso vengono maggiormente sottolineati: il tipo di assistenza ospedaliera (16 mamme su 34 in H1; 25 su 37 in H2); l'aiuto familiare (12 mamme in H1; 18 su 37 in H2); il pelle a pelle subito dopo il parto (21 mamme su 34 in H1; 17 su 37 in H2); infine la tranquillità del contesto familiare (16 mamme su 34 in H1; 21 su 37 in H2). L'analisi quantitativa mostra le seguenti differenze significative: in H1 l'85,3% dei bambini è stato allattato al seno in maniera esclusiva durante la degenza, mentre in H2 solo il 32,4%; in H1 si è registrata una percentuale del 97,1% di parti natu-

Per corrispondenza:

Laura Valenari

e-mail: laurasun26@yahoo.it

ricerca

rali (media annuale parti cesarei -TC- relativa agli ultimi anni: circa 17%) rispetto al 70,3% di H2 (media annuale TC relativa agli ultimi anni: circa il 25%); il 97,1% delle madri ha tenuto vicino il proprio bambino subito dopo il parto presso H1, contro il 2,9% di H2. Dopo sei settimane, nei nati in H1 c'è una maggiore presenza di allattamento "naturale" (esclusivo+predominante), anche se la differenza nell'andamento fra i due gruppi non risulta essere significativa (H1 dall'85,3% esclusivo alla dimissione al 60,6% "naturale" dopo sei settimane; H2 dal 32,4% esclusivo alla dimissione al 37,1% "naturale" dopo sei settimane). Considerevole risulta la differenza nel livello di consolabilità dei bambini e nella quantità di pianto: risulta difficile da consolare il 3% dei bambini presenti in di H1, il 20% invece di quelli in di H2. Non significative differenze per livello di ansia e rischio di depressione postpartum dopo il parto e dopo sei settimane.

Discussione Le pratiche ospedaliere possono influire sulla scelta della madre per l'allattamento al seno e sul comportamento successivo del lattante. Vengono discusse le motivazioni che influiscono su questi risultati.

Parole chiave Pratiche ospedaliere. Parto. Allattamento. Pianto. Consolabilità

Introduzione

Madre e bambino sono una totalità organizzata che si forma in gravidanza e viene mantenuta nel periodo postnatale; essi coordinano precocemente le loro interazioni, il cui prototipo è l'allattamento al seno che garantisce un intimo contatto psicofisico. Numerosi sono i vantaggi che differenti ricerche hanno attribuito all'allattamento al seno (AS): è efficace per la salute e la prevenzione da infezioni durante l'infanzia, è infatti la norma per l'alimentazione del neonato e quindi la migliore alimentazione per i primi sei mesi di vita; riduce le infezioni respiratorie e il tasso di mortalità, quindi anche i costi medici; protegge contro la necessità di trattamenti farmacologici nei primi due anni di vita ed è efficace anche per la salute delle madri in quanto garantisce un ritorno più rapido al peso prepartum, un aumento di mineralizzazione con la conseguente riduzione del rischio di fratture nel periodo della menopausa, una diminuzione del rischio di tumori a seno e ovaie [1-6]. Per questi motivi gli ospedali vengono orientati a garantire un'accoglienza migliore alla nascita proprio attraverso la promozione dell'AS.

Le modalità di promozione dell'AS negli ospedali si basano sulla convinzione che il bambino abbia diritto alla tutela del proprio sviluppo fisico, psichico e relazionale. Questa viene promossa tra l'altro attraverso il contatto pelle a pelle e il rooming-in, garanzie della continuità della relazione, due pratiche che insieme dovrebbero favorire l'AS [7-12].

Infatti, la letteratura dimostra che il contatto precoce dopo il parto, influisce positivamente sull'allattamento, riduce la somministrazione di aggiunte e il pianto del neonato [13].

Il rooming-in è un modello organizzativo valido a promuovere l'AS in quanto

favorisce la precoce conoscenza tra madre e bambino, alimenta la fiducia della madre nelle proprie capacità di assistenza, favorisce la continuità del contatto pelle a pelle ed è fondamentale per un positivo attaccamento e quindi per un sano sviluppo futuro [14]. Esso richiede, per la sua applicazione, un'adeguata formazione sia delle madri che dello staff ospedaliero che dovrebbe garantire un sostegno costante.

Per i motivi sopra citati, nel 1992 l'OMS e l'UNICEF hanno promosso il progetto "Ospedale Amico dei Bambini" OMS/UNICEF per accogliere nel miglior modo possibile i neonati e promuovere l'AS. Gli ospedali vengono riconosciuti se seguono un protocollo di 10 passi e favoriscono l'allattamento materno esclusivo, il pelle a pelle (passo 4), il rooming-in (passo 7) e il sostegno continuo alle madri, anche dopo la dimissione [15-16].

La presente ricerca si è posta l'obiettivo di osservare gli eventuali effetti che alcune pratiche ospedaliere possono avere sul benessere psico-fisico della madre e del bambino durante il parto, il primo puerperio e a distanza di sei settimane dalla nascita.

Per effettuare il confronto tra differenti pratiche ospedaliere sono stati considerati due ospedali: uno sede del Progetto OMS/UNICEF (H1) e un ospedale non riconosciuto come "Ospedale Amico dei Bambini" (H2) e dove la presenza di alcune pratiche, quali il pelle a pelle e il rooming-in, non è sistematica.

Partecipanti e metodi

Lo studio, di tipo longitudinale prospettico, è stato effettuato mediante somministrazione di due interviste semistrutturate (si possono richiedere a laurasun26@yahoo.it) costruite per tale scopo

insieme ad altri strumenti standardizzati. Le interviste sono state somministrate alle madri per registrare i loro vissuti, le loro impressioni e le loro idee circa l'esperienza del parto, del primo puerperio e della degenza in ospedale. Sono stati inizialmente raccolti dati dalle cartelle cliniche riguardanti madre, padre e bambino: titolo di studio, professione, età, numero di figli, tipo di parto, peso del bambino, indice di Apgar, presenza di ittero e tipologia di allattamento secondo le linee OMS (esclusivo, predominante, complementare o nullo). Oltre a queste informazioni sono stati raccolti altri dati con interviste basate sul *Manuale di Valutazione* per il riconoscimento di "Ospedale Amico dei Bambini": la percezione soggettiva di benessere, la realizzazione del contatto pelle a pelle subito dopo il parto, la presenza di separazione madre-bambino e il rooming-in totale o parziale, eventualmente giustificato, la percezione della propria esperienza di degenza e di quella del bambino, la propria esperienza rispetto al dolore, lo stato di riposo e di sonno, un giudizio sul personale ospedaliero, la valutazione del rientro a casa, le capacità di coping, la percezione di aiuto e sostegno ricevuti dalla famiglia da parte dei sanitari e da eventuali gruppi di autoaiuto per le mamme. Le interviste sono state integrate da alcuni strumenti standardizzati: la scala STAI nelle forme y1 (rileva l'ansia di stato, cioè gli stati d'animo attuali della persona intervistata) e y2 (rileva l'ansia di tratto, cioè come la persona si sente abitualmente); il Questionario sulla percezione del pianto; nelle mamme, per ottenere informazioni generali sul pianto, la Edinburgh Postnatal Depression Scale, come screening per la valutazione del rischio di depressione postpartum; e il diario del

pianto, per codificare i comportamenti di madre e bambino nell'arco di una giornata [17-20].

Tali strumenti sono stati somministrati a un campione di 71 mamme suddivise in due gruppi a seconda dell'ospedale di degenza: 34 dell'ospedale H1 e 37 dell'ospedale H2. Non tutte le madri hanno risposto alla compilazione degli strumenti previsti per la seconda intervista; precisamente 11 madri del gruppo H2 e 4 di quello H1 non hanno completato il "diario del pianto" (tabella 1).

Gli ospedali coinvolti nella ricerca (dati, riferiti al 1° trimestre 2006) hanno questi dati di produzione per i parti: l'ospedale H1 registra 1200-1300 nascite annuali con una percentuale di parti cesarei del 16-17% circa; l'ospedale H2 registra circa 1000 nascite annuali, con una media di parti cesarei del 25% (29,7% nel campione esaminato). Al fine di rendere i due gruppi il più omogenei possibile si è cercato di raccogliere il numero più alto possibile di nati a termine con parto vaginale (33 su 34 in H1; 26 su 37 in H2) e intervistando soltanto madri di nazionalità italiana.

Al momento della dimissione sono state consegnate l'intervista semistrutturata e la scala STAI. A distanza di circa sei settimane dal parto è stata eseguita un'intervista telefonica simile alla precedente, formata da item costruiti appositamente e presi dal questionario sulla percezione del pianto nelle neomamme [14]. Gli altri strumenti (la scala STAI, la Edinburgh Postnatal Depression Scale e il diario del pianto) sono stati inviati tramite posta, con invito alla restituzione.

Sono state condotte un'analisi qualitativa basata sulle frequenze di alcune categorie di risposta alle domande aperte: "Secondo lei quali cose indicano che una mamma sta bene?" e "Secondo lei, quali cose indicano che un bambino sta bene?" costituenti le due interviste, e un'analisi quantitativa sui dati raccolti con gli altri strumenti, costituita da un'analisi descrittiva (media e deviazione standard) e di confronto (test del Chi-quadrato, tabelle di contingenza, test U di Mann-Whitney) e da un'analisi correlazionale (Rho di Spearman) tra alcune delle variabili indagate.

Risultati

Non sono state riscontrate differenze si-

gnificative rispetto ad alcune variabili socio-economiche, quali età, titolo di studio e professione dei genitori.

Al momento del reclutamento si segnalano delle differenze nei due gruppi circa il tipo di parto (H1: 97,1% naturale vs 2,9%; taglio cesareo: H1 29,7%, H2 70,3%; ($\chi^2 = 9053$, $p = 0,003$) e circa il rooming-in totale subito dopo il parto: H1: 97,1%, H2: 81,1%; ($\chi^2 = 4524$, $p = 0,033$). Per quanto riguarda altre variabili (indice Apgar ed eventuale presenza di ittero) nessuna differenza significativa fra i due gruppi.

Al momento della dimissione entrambi i gruppi, in risposta alla domanda: "Secondo lei, quali cose indicano che una mamma sta bene?" hanno ritenuto determinante per il benessere della madre il sostegno e l'assistenza ricevuti dal personale sanitario (16 su 34 in H1; 25 su 37 in H2); alla domanda: "Secondo lei quali cose indicano che un bambino sta bene?" si considera determinante per il benessere del bambino il contatto con la madre (21 su 34 in H1, 17 su 37 in H2), la tranquillità dell'ambiente (indicata solo in H1 in 7 soggetti) e l'assistenza del personale sanitario (solo in H2 in 14 soggetti su 37).

Dopo sei settimane, invece, alla prima domanda viene valutata l'importanza di vivere in un ambiente tranquillo e sereno (13 su 34 in H1; 10 su 37 in H2) e di ricevere un aiuto costante da parte della famiglia (12 su 34 nel primo gruppo; 18 su 37 nel secondo gruppo); alla seconda domanda le madri ritengono determinante, per il benessere del bambino, la vicinanza della madre (13 su 34 in H1; 12 su 37 in H2) e la presenza di un clima sereno (16 su 34 in H1; 21 su 37 in H2).

L'analisi quantitativa ha mostrato le seguenti differenze significative:

- ▶ tipologia di allattamento: H1: 85,3% esclusivo vs 2,9% artificiale; H2: 32,4% esclusivo vs 16,2% artificiale ($\chi^2 = 20.425$, $p = 0,001$);
- ▶ motivo delle eventuali separazioni madre-bambino: in H1: 50% per motivi medici giustificati e 50% per richiesta delle madri; in H2 94,4% per ragioni organizzative abitudinarie ($\chi^2 = 9686$, $p = 0,002$).

Dopo sei settimane dal parto l'andamento opposto del trend non consente più un confronto significativo delle percentuali

di allattamento: infatti si registrano un calo dell'allattamento naturale (esclusivo più predominante) in H1 (60,6%) e un lieve aumento in H2 (37,1%), nonostante resti comunque una percentuale di gran lunga maggiore di allattamento al seno nelle mamme di H1. È presumibile che, data la brevità della degenza e i valori molto bassi alla dimissione da H2, sia stato possibile un lieve recupero in termini relativi (estremamente dipendenti dalle situazioni territoriali).

È risultato invece significativo il confronto tra i livelli di consolabilità del pianto nei bambini nati nei due ospedali: risultano essere più difficilmente consolabili i bambini nati in H1 (20%), rispetto ai nati in H2 (3%) ($\chi^2 = 9158$, $p = 0,027$) probabilmente per il contatto con la madre.

Dalle analisi dei dati raccolti attraverso il diario del pianto valutate con test U di Mann-Whitney sono emerse tre differenze significative: la quantità di tempo che il bambino passa a dormire ($p = 0,043$), mangiare ($p = 0,048$) e uscire ($p = 0,031$) risulta maggiore nel gruppo H2. È ipotizzabile, con molta approssimazione e con alte probabilità di errore, che i bambini nati in H1 dormano di meno perché essendo alimentati al seno in proporzione maggiore dei nati in H2 effettuano maggiori richieste anche notturne (tabella 1).

Inoltre è emerso che:

- ▶ i bambini che hanno effettuato il rooming-in totale (indipendentemente dall'ospedale coinvolto) presentano un maggiore peso (M: 4493,55; kg, DS: 507,888; vs M: 4218,38, DS: 512,123);
- ▶ risulta una media in minuti di pianto disperato più elevata nei bambini le cui madri non hanno effettuato il rooming-in totale (M: 9,29; DS: 18,645 vs M: 1,61; DS: 4,725).

Si osserva infine, in modo sostanzialmente omogeneo nei due gruppi, una tendenza significativa nella correlazione tra la separazione e la presenza di crisi di pianto dopo sei settimane: maggiore risulta essere il tempo di separazione del bambino dalla madre e maggiore è la presenza di crisi improvvise di pianto dopo sei settimane dalla nascita.

Non emergono differenze significative fra i due gruppi riguardo al livello di ansia subito dopo il parto e dopo sei set-

TABELLA: QUANTITÀ DI TEMPO (MINUTI/GIORNO, MEDIA E DEVIATIONE STANDARD) DEDICATA AI DIVERSI COMPORTAMENTI*

	Gruppo	N	Media	Deviazione std.	Errore std. media	U Mann Whitney	Significatività Asint. 2 code
Dormire	H1	30	592,00	238,272	43,502	267,000	0,043
	H2	26	719,88	192,721	37,796		
Stare sveglio	H1	30	199,00	138,765	25,335	366,500	0,699
	H2	26	207,12	142,304	27,908		
Mangiare	H1	30	212,50	84,586	15,443	270,000	0,048
	H2	26	265,38	104,766	20,546		
Stato irrequietezza	H1	30	93,17	82,947	15,144	314,500	0,210
	H2	26	68,08	71,401	14,003		
Pianto	H1	30	26,17	32,422	5,919	282,500	0,052
	H2	26	15,58	35,618	6,985		
Pianto disperato	H1	30	2,50	6,917	1,263	331,500	0,165
	H2	26	8,85	18,831	3,693		
Ciuccio	H1	30	2,30	2,855	0,521	376,500	0,816
	H2	26	2,00	2,383	0,467		
Tenere in braccio	H1	30	146,50	119,266	21,775	328,500	0,311
	H2	26	202,12	182,440	35,779		
Parlare	H1	30	88,00	62,126	11,343	302,000	0,145
	H2	26	73,27	89,431	17,539		
Uscire	H1	30	42,50	43,880	8,011	260,500	0,031
	H2	26	89,42	84,159	16,505		
Accudire	H1	30	112,50	68,654	12,534	353,500	0,547
	H2	26	100,19	80,728	15,832		

*Valori del test U di Mann-Whitney con relativa significatività dei confronti fra i due gruppi

timane e nemmeno riguardo al rischio di depressione postpartum dopo sei settimane (andrebbero riportati tutti i valori).

Discussione

Scopo dello studio era quello di rilevare la presenza di eventuali differenze in presenza di pratiche ospedaliere differenti, su alcuni indici considerati di benessere psico-fisico della madre e del bambino. La numerosità del campione è insufficiente per inferenze rigorose e permette solamente un esame quali/quantitativo suggestivo rispetto alle ipotesi di ricerca. La ricerca va pertanto letta con questi notevoli limiti. Dai risultati viene confermato

che in ambienti con differenti politiche ospedaliere si osservano differenze significative riguardo alla presenza di rooming-in totale, alla tipologia dell'allattamento e al benessere madre-bambino. In presenza di pratiche ospedaliere che promuovono l'AS subito dopo la nascita, per esempio attraverso lo skin-to-skin immediato e il rooming-in totale, si rileva una maggiore percentuale di allattamento al seno alla dimissione: questo risultato conferma che l'allattamento, che rimane una scelta personale della madre, può essere favorito/ostacolato dall'ambiente di assistenza, come segnalato in letteratura [1]. Questa interpretazione è suffragata anche

dal fatto che dopo sei settimane dal parto la percentuale di allattamento al seno registrata in H1 resta comunque di gran lunga più alta rispetto ad H2, pur registrandosi una ripresa in quest'ultimo.

Resta aperta anche la questione riferita al livello di consolabilità del pianto dei bambini. Nel secondo ospedale emerge una maggiore difficoltà di consolazione dei bambini. È oggetto di discussione da cosa può dipendere questo risultato dopo sei settimane dalla nascita. Al di là dei fattori complessi che possono entrare in gioco dopo la dimissione dall'ospedale, è possibile pensare che anche l'AS incida su questo fattore.

Conclusioni

Richiamati i limiti della ricerca, possiamo dire che il presente studio porta a riflettere sull'importanza dell'ambiente di assistenza per la precoce realizzazione dell'AS che, essendo riconosciuto come la norma per l'alimentazione dei neonati, andrebbe favorito il più possibile, e questo anche grazie ad alcuni accorgimenti applicati subito dopo il parto, quali la mutua e continua vicinanza fisica madre-bambino in modo da garantire il loro canale comunicativo. ♦

Gli autori dichiarano che non esiste nessun conflitto di interesse.

Bibliografia

- [1] Speri L. Il latte materno: perchè resistergli? *Janus* 2003;2:14-23.
- [2] Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea, 2006.
- [3] Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100:1035-9.
- [4] Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115: 496-506.
- [5] Organizzazione Mondiale della Sanità. Strategia globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini, 2003.
- [6] Dubois L, Girare M. Breastfeeding, day-care attendance and the frequency of antibiotic treatments from 1.5 to 5 years: a population-based longitudinal study in Canada. *Social Science and Medicine* 2005;60:2035-44.
- [7] Chiu SH, Anderson GC, Burkhammer MD. Newborn Temperature During skin-to-skin breastfeeding in couples having breastfeeding difficulties. *Birth* 2005;32:115-21.

[8] Lincoln KC. The vital touch: How intimate contact with your baby leads to happier, healthier development. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 2004;19:177-9.

[9] Bergman N, Moore ER, Anderson GC. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(3).

[10] Christensson K, Siles C, Moreno L, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992;81:488-93.

[11] Rice PL. Rooming-in and cultural practices: choice or constraint? *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2000;18:1.

[12] Svesson K, Matthiesen AS, Widstrom AM. Night Rooming-in: Who Decides? An Example of Staff influence on mother's attitude. *Birth: Issues in Perinatal Care* 2005;32:99-106.

[13] Palda VA, Guise JM, Wathen CN. Interventions to promote breastfeeding: applying the evidence in clinical practice. *CMAJ* 2004;170:976-8.

[14] Guise JM, Palda V, Westhoff C, et al. Effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding. *Ann Fam Med* 2003;1:70-8.

[15] Hofvander Y. Breastfeeding and Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI): organization, response and outcome in Sweden and other countries. *Acta Paediatr* 2005;94:1012-6.

[16] Speri L. L'ospedale amico dei bambini: progetto OMS/UNICEF per la promozione dell'allattamento al seno. Milano: Masson, 2004.

[17] Bonichini S, Mazzotti S, Axia G. Il pianto infantile: la percezione di 60 mamme di bambini nei primi 3 mesi di vita. *Imago* 2005;2:151-67.

[18] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Brit J Psychiatry* 1987;150:782-6.

[19] Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: a randomised control trial. *Pediatrics* 1986;77:641-8.

[20] Barr RG, Kramer MS, Boisjoly C, et al. Parental diary of infant cry and fuss behaviour. *Arch Dis Childh* 1988;63:380-7.

COME ISCRIVERSI O RINNOVARE L'ISCRIZIONE ALL'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2009 è di 100 euro. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a:

Associazione Culturale Pediatri
via Montferru, 6
Narbolia (OR)

indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota.

Per iscriversi la prima volta occorre inviare una richiesta (fax 0793027471 oppure e-mail: segreteria@acp.it)

con cognome, nome, indirizzo e qualifica, e versare la quota come sopra indicato.

Gli iscritti all'Associazione Culturale Pediatri hanno diritto a ricevere *Quaderni acp*

e con apposita richiesta, la Newsletter bimestrale sulle novità in letteratura e la Newsletter online del CSB **FIN DA PICCOLI.**

Hanno ancora diritto a uno sconto del 50% sulla quota di abbonamento a "Medico e Bambino" e di 25 euro

sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP. Possono usufruire di numerose iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione, e altre materie dell'area pediatrica. Potranno partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri.

Per una descrizione più completa si può visitare il sito www.acp.it

NATI PER LEGGERE IN VENETO da un'idea alle buone pratiche

Verona - Palazzo della Gran Guardia - Piazza Bra - 3 dicembre 2008

Il 3 dicembre, alle ore 9,30, a Verona a Palazzo della Gran Guardia, si terrà un convegno regionale rivolto ai protagonisti del progetto Nati per Leggere, bibliotecari, pediatri, operatori sanitari, insegnanti, educatori e adulti interessati a capire gli obiettivi del progetto e quali le modalità per svilupparlo.

- La prima sessione rifletterà sul tema **"La lettura e le evidenze scientifiche della sua utilità"** con un messaggio video della Prof.ssa Rita Levi Montalcini.
- La seconda sessione metterà a fuoco **"Il ruolo dei vari protagonisti del progetto"**: bibliotecari, pediatri, mondo della scuola e contesto della famiglia.

Il Convegno nasce per volontà della Regione del Veneto che aderisce al progetto e ne promuove lo sviluppo in collaborazione con AIB Veneto; è sostenuto dal Comune di Verona e supportata da ACP e CSB. La partecipazione è libera e gratuita. La registrazione va effettuata on-line al sito: www.comune.verona.it/bibliotecacivica. Il Convegno è stato accreditato con tre crediti formativi ECM per i medici partecipanti. **Altre informazioni: giacomo@giacomotoffol.191.it**

Il lutto per la morte di un figlio e il sostegno alla famiglia

Pasqua R. Brunelli*, Francesca Pasini**, Emanuele Lisi**

*Psicologa-Psicoterapeuta, già Collaboratrice presso UO Pediatria, Ospedale "M. Bufalini" di Cesena; **Psicologi, già tirocinanti presso UO Pediatria, Ospedale "M. Bufalini" di Cesena

Abstract

Mourning for a child and family support

The greatest grief for a human being is the death of a child. It is also the hardest pain to sustain. It remains in the shadow, unseen, and often unheard.

The mourning process is complex and painful, it can be extremely distressful to cope with it without adequate resources. A sustained intervention able to accompany the family during and after death is very important. This paper regards a twenty year psychological experience in hospital with children, adolescents and families with cystic fibrosis, leukaemia and other serious illness.

It describes a possible intervention aimed at sustaining families. It is a monitor for health professionals from keeping defensive attitudes unable to contain pain. The authors propose different strategies mainly aimed at a good organization of specific institutions able to exercise a good parenting.

Quaderni acp 2008; 15(6): 249-254

Key words Mourning Process. Loneliness. Parenting. Helping networks

La morte di un figlio è la sofferenza più grande cui l'essere umano possa andare incontro e la più difficilmente sopportabile. Questo dolore resta spesso nascosto nell'ombra, non lo si vede, non lo si ascolta mai a sufficienza.

Il processo del lutto è complesso e doloroso ed è angosciante affrontarlo da soli e senza adeguate risorse. È importante seguire, con un intervento contenitivo e supportivo, le famiglie nell'iter che accompagna il contesto del decesso e del post-mortem. Questo lavoro nasce da una ventennale esperienza di sostegno psicologico in ospedale, a contatto con bambini, adolescenti e famiglie con fibrosi cistica, leucemia e altre malattie a esito infausto.

L'articolo propone un modello di contenimento e di sostegno alla famiglia, mettendo in guardia gli operatori sanitari da atteggiamenti difensivi di negazione e di "delega" che limitino lo spazio di accoglimento del dolore. Sono indicate nelle reti di auto-mutuo-aiuto, ma soprattutto nell'organizzazione di Servizi Istituzionali specifici per l'ascolto e il sostegno alla genitorialità, le soluzioni praticabili per andare incontro a questo disagio.

Parole chiave Elaborazione del lutto. Solitudine. Sostegno alla famiglia. Possibili reti di aiuto.



“Perché la grandezza dell'uomo non è fatta soltanto del destino della specie: ogni individuo è un impero. Quando la miniera crolla e si rinchiude su un solo minatore, la vita della città è sospesa”.

ANTOINE
DE SAINT-EXUPÉRY

Il dolore per la morte di un figlio è l'evento più tragico a cui l'essere umano possa andare incontro e il più difficile da

sopportare, perché nessun genitore è mai preparato a perdere il proprio figlio. È una vera e propria cesura nella successione ordinata delle generazioni, uno stravolgimento nell'ordine naturale delle cose. La sofferenza è talmente forte e lancinante da pensare di non riuscire a sopravvivere ad essa: è l'esperienza che vede morire, insieme al bambino, una parte dell'io, della propria identità corporea e psicologica. Un vissuto che si può definire “deserto del lutto” e che determina una crisi profonda nel senso della vita. Più che di una ferita, si può parlare di una sottrazione chirurgica di una parte di se stessi, più mentale se si

tratta di un padre, più fisica e profonda per una madre. Afferma una mamma: “La perdita di un figlio ti fa sentire l'unico superstite di un mondo devastato da una catastrofe atomica”. E un'altra: “È un dolore che ti cancella dal mondo”.

Dolori corporei nel petto o nell'intestino e altre numerose forme di malessere fisico, testimoniano che le emozioni, come l'angoscia e la rabbia, nonché la depressione e la colpa, non possono essere ancora pensate ed elaborate. Purtroppo questo atroce dolore resta spesso nascosto nell'ombra: non si vede e non si ascolta mai a sufficienza.

I vissuti dei genitori

Il processo del lutto per la perdita di un bambino è un percorso complesso e dolorosissimo, in cui è coinvolto in prima persona il piccolo bimbo che tutti noi siamo stati: esso è vivo e vitale nelle parti più profonde del nostro essere, è parte di noi e costituisce anche il terreno sul quale si esprime tutta la nostra vita emozionale [1-2].

Quando muore un bambino molto piccolo, i genitori sentono un forte desiderio di averlo accanto a loro e possono continuare a svegliarsi per sentire se piange, o avere bisogno di tenere a lungo i suoi abiti o la sua stanza intatta, onde evitare che la percezione della morte divenga reale: occorre infatti molto tempo prima che il genitore possa pronunciare la parola “morto” [3].

L'improvvisa o la lenta perdita di un figlio segna dolorosamente la vita della coppia genitoriale: le prime emozioni che vengono confusamente percepite, dopo l'iniziale trauma psichico, sono rappresentate soprattutto dal senso di colpa e dalla collera: ad esempio i genitori il cui figlio è morto poco dopo il parto, si colpevolizzano per non essere stati in grado di mettere al mondo un figlio sano, altri invece si rimproverano per non essere stati abbastanza vicini al bambino o all'adolescente, per non aver-

Per corrispondenza:
Pasqua R. Brunelli
e-mail: prbrunelli@libero.it

gli fatto l'ultima carezza e, comunque, per non essere stati capaci di proteggerlo da una morte prematura.

Molti abbandonano i luoghi di socializzazione, altri interrompono carriere. In alcune coppie possono insorgere problemi relazionali: il dolore rende egocentrico il genitore, privandolo dell'energia necessaria per prendersi cura del partner, proprio quando anche questi avrebbe bisogno di conforto e sostegno; in questo modo ogni membro della famiglia finisce per isolarsi dagli altri e soffrire spesso in solitudine.

Inoltre i due genitori raramente procedono di pari passo nel percorso di elaborazione del lutto: uno potrebbe essere depresso, mentre l'altro continua a vivere un profondo sentimento di rabbia; uno potrebbe trovare sfogo nel parlare della morte, mentre l'altro non vuole neppure sentirla nominare.

Addiventare alla possibilità di esprimere liberamente i propri sentimenti e comportamenti con grande rispetto e comprensione reciproca potrebbe alleviare il grande dolore dell'assenza.

In molte coppie può sorgere il *bisogno*, spesso *inconscio*, di sovrapporre alla recente perdita una *nuova vita*, specie quando il triste evento avviene in gravidanza o nel *periodo perinatale*. La morte perinatale è quella che sopravviene tra la 27^a settimana di gestazione e i 7 giorni che seguono la nascita. In questo caso viene interrotta la danza di emozioni che madre e figlio si stavano scambiando, e le proiezioni sul bambino rimarranno sconosciute, in molti casi senza memoria oggettiva.

Quando un bambino nasce morto o muore poco dopo, il mondo non ricorda niente. L'utero è vuoto e le braccia sono vuote. In questa esperienza si hanno nascita e morte insieme, entrambe allo stesso tempo. Per la donna c'è anche il senso di perdita della propria capacità di generare, di mettere al mondo una creatura. Quando il processo della vita si blocca bruscamente e resta incompiuto, la nascita di un bambino morto diventa anche un non avvenimento, fonte di confusione totale nell'animo della madre. Come si è detto, per negare la morte, spesso si desidera una nuova nascita, in un momento di particolare vulnerabilità per la donna che può unire, alla situazio-

ne di depressione post-partum, l'insopportabile dolore della perdita [4].

Sarebbe importante, invece, non avere fretta e continuare il processo di elaborazione del lutto, attendendo, preferibilmente, almeno un anno prima di affrontare una nuova gravidanza, ai fini di una ricostruzione e riorganizzazione psichica che permetta una futura interazione madre-bambino sufficientemente buona, con il superamento dell'idealizzazione del bambino morto che potrebbe portare ad associare a un'immagine di perfezione il nuovo nato.

La letteratura definisce "figli di rimpiazzo" quei bambini che nascono per colmare il vuoto lasciato da una morte: ciò che fa la differenza è il tipo di rapporto che i genitori, soprattutto la madre, saranno in grado di instaurare con questo nuovo nato [5-6]. Se si verificassero alterazioni del dialogo interattivo precoce madre-bambino, le ripercussioni potrebbero sfociare in fattori di rischio psicopatologico, in particolare con possibili organizzazioni depressive della personalità del bambino. Molti studi documentano un'associazione tra depressione materna e disturbi nello sviluppo del bambino [7-9]. Questi disturbi, a breve e a lungo termine, riguardano lo sviluppo cognitivo, lo stile di attaccamento, l'area comportamentale e i problemi di natura funzionale e organica.

Risulta evidente, quindi, l'importanza di seguire, con un intervento contenitivo e supportivo, le famiglie nell'iter che accompagna il contesto del decesso e del post-mortem, per fare sì che un nuovo figlio possa nascere senza troppe ipoteche.

I vissuti dei fratelli

Di fronte alla morte di un fratello o sorella, il bambino o l'adolescente si sente confuso e angosciato, talvolta pone domande e ha bisogno di essere rassicurato rispetto alla responsabilità dell'accaduto, di capire e di sentirsi dire che, nonostante la tristezza e la sofferenza, continua a essere amato.

Tuttavia anch'egli deve poter soffrire apertamente ed esprimere le sue emozioni e i suoi vissuti. Qualcuno può sentirsi in colpa per essere vivo, e ciò può accrescere il dolore e la confusione di tutta la famiglia, fino a quando tutti questi sentimenti non vengano riordinati.

A questo proposito, ci sembra significativa la testimonianza di Paola, sorella di un adolescente deceduto per fibrosi cistica. La ragazza aveva chiesto, a quasi due mesi dalla scomparsa del fratello, di essere supportata nel processo di elaborazione del lutto, per i sentimenti complessi e dolorosi che la attanagliavano. Le sedute, a cadenza settimanale, sono durate per circa tre mesi.

«Francesco mi ha lasciata e così mi trovo di fronte alla mia più grande paura: perdere mio fratello, il mio più grande amico. Ora, a quasi due mesi dalla sua morte, non ho nel cuore un grande vuoto, mi sento sorretta e arricchita dall'amore immenso e speciale che Francesco mi ha sempre dimostrato. Chicco era un guerriero, dolcissimo, ha lottato per diciannove anni con la forza del suo sorriso, ha dominato la paura e sofferto in silenzio, come solo le grandi anime sanno fare. Vicino a lui ho capito cosa è il coraggio, cosa è la pazienza, cosa è il dolore, ma soprattutto Francy mi ha insegnato ad amare la vita in ogni momento, anche quando la sofferenza sembra volerti schiacciare.

È morto il diciassette agosto a mezzogiorno. Alle sei del mattino si vedeva dalla sua stanza un'alba stupenda, blu come i suoi grandi occhi, io l'ho chiamato e gli ho detto di guardare fuori perché una cosa bella lo diventa ancora di più se la condividi con le persone a cui vuoi bene e per me niente e nessuno sono mai stati più importanti di lui. Francy, nonostante il dolore e la fatica, ha voluto che i miei genitori lo aiutassero ad alzarsi dal letto e si è avvicinato alla finestra per guardare il cielo. Io guardavo lui e il suo sguardo così sofferente e allo stesso tempo, profondamente sereno, vivo e vincitore.

Lo stesso sguardo ora mi accarezza quando mi stendo per terra distrutta, o fatico a respirare e a trovare la forza per smettere di piangere e mi dice: "È troppo comodo così!". Lo sento vicino, adesso come prima, fortunatamente Francy non mi ha mai allontanata e mi ha permesso di condividere con lui la sua sofferenza e di respingere il mio senso di colpa per il fatto di essere sana, che mi avrebbe portato solo delusione, insicurezza e rimorsi. All'esame di maturità, che aveva appena sostenuto, gli era stato

chiesto quale autore preferiva e la sua risposta era stata questa: “Giacomo Leopardi, perché sembrava condannato dal suo stato fisico e dai frequenti problemi di salute, a essere una persona mediocre e invece ha dimostrato che, con un grande cuore e tanta volontà, si può trasformare il destino da una prigione a un volo”.

Ora il mio maestro di felicità sta giocando a calcio, in Paradiso, con la sua maglia nerazzurra e, quando può, ne approfitta per dare una mano alla sua INTER che, inspiegabilmente, è in testa alla classifica».

L'elaborazione del lutto

Come si può vedere, nel processo dell'elaborazione del lutto, Paola è dovuta tornare più volte sull'immagine, sui sentimenti e sulle memorie legate al fratello che amava, fino a che quella perdita è risultata più tollerabile, permettendole di ripristinare l'equilibrio psichico e di riprendere a vivere, dopo essersi concessa, però, il tempo per soffrire: l'atto del piangere, infatti, in qualche modo ha contribuito ad alleviare la crisi dell'assenza e ha fatto sì che la sua sofferenza, pur non scomparendo del tutto, divenisse più sopportabile. Se si è consapevoli delle proprie emozioni, infatti, se si sente il lutto e si può viverlo, tutto il dolore non si trasformerà in vuoti di disperazione, ma manterrà aspetti di vita pur all'interno di sentimenti contraddittori. Paola è pervenuta gradualmente dall'angoscia depressiva alla tristezza: il piangere la perdita del fratello e il provare tristezza per il proprio Sé ferito hanno facilitato momenti di ricerca di significato, utili all'accettazione dell'evento luttuoso.

In generale, è molto importante poter piangere la mancanza, fare memoria di momenti condivisi di intimità, rivivere esperienze di vita comune, mantenere eventualmente l'attaccamento ai valori e agli interessi di cui la persona perduta era portatrice. Si può parlare di “introiezione” dell'oggetto perduto sotto forma di ricordi, parole e atti, e quindi di interiorizzazione della relazione con chi non c'è più. La possibilità di comunicare consente di spezzare l'isolamento e di spostare i vissuti affettivi legati al familiare deceduto da una posizione caratterizzata da

incredulità e rabbia a una depressiva di perdita.

La fase depressiva, che può sembrare la più negativa, in realtà è molto importante perché può dare origine a momenti meditativi, di ricerca di significato e di riparazione, che favoriscono una vera elaborazione e trasformazione del lutto. Di conseguenza, talora, si attuano trasformazioni di modalità di vita, con nuovi comportamenti a carattere creativo, sublimatorio ed empatico.

Comunque il percorso di elaborazione non è così lineare, poiché spesso si tenta di rimandare o evitare questo penoso lavoro e di intrattenere rapporti sempre più stretti con l'immagine interna dell'oggetto perduto.

Secondo la letteratura, la capacità di una persona di completare l'elaborazione del lutto è influenzata da fattori esterni e interni, quali un ambiente più o meno supportivo, il livello di maturità emozionale e di autostima, nonché il grado di dipendenza dall'oggetto perduto, anche in base al modello di attaccamento, cioè al tipo di amore di cui è stata amata e di cui ha amato [10-14].

La morte di un figlio comporta una “destrutturazione” del “senso di sé genitoriale” e di crisi familiare che possiamo definire “tempo della disorganizzazione”, con la messa in atto di una serie di meccanismi difensivi che, come abbiamo detto, sono caratterizzati da sentimenti di confusione, perdita di interesse per il mondo esterno e diminuita capacità di fare nuovi investimenti emozionali.

La perdita dell'Io verrà gradualmente rimarginata se si riuscirà a ripristinare l'equilibrio psichico attraverso il processo di elaborazione che comprende vari momenti interconnessi tra loro:

1. Crisi iniziale con reazione di shock e negazione dell'evento: i genitori tendono a negare un aspetto della realtà, vissuto come impensabile; è la fase del “non voler ammettere”. Stordimento, rifiuto, congelamento emotivo, sono gli atteggiamenti tipici di questa fase. Le persone sembrano vivere spesso in una sorta di torpore, un comportamento considerato senza sentimenti. È esattamente l'opposto: le emozioni sono, in questo caso, troppo forti e lo shock blocca la capacità espressiva.

2. Elaborazione paranoide del lutto: onde evitare vissuti angosciosi, si tende a proiettare emozioni persecutorie sull'ambiente, utilizzando meccanismi difensivi quali, ad esempio, la scissione e la proiezione della rabbia, della collera e dell'aggressività, nonché l'isolamento relazionale.

3. Elaborazione depressiva del lutto: si perviene alla comprensione della perdita. È un momento difficile per i genitori, che si rendono conto del vuoto lasciato dal proprio bambino, provano sensi di colpa per non avere potuto evitare questo abbandono e dimostrare tutto l'affetto. Questa fase è caratterizzata dalla possibilità di esprimere dolore attraverso il pianto e la verbalizzazione: è la fase del “cercare, trovare e separarsi”.

4. Fase della ristrutturazione del campo di vita: comporta l'abbandono dell'investimento libidico ossessivo sull'oggetto perduto, con un iniziale “disgelo emozionale” che, pur nella sofferenza, rende possibile un lento ritorno alla quotidianità: la ripresa di una vita emotiva in armonia con il proprio livello di maturità, nonché l'instaurarsi di relazioni nuove e, talvolta, di nuove progettualità. Comunque l'oggetto non è perduto totalmente, ma deve rimanere nella mente e nel cuore: l'unità di prima permane nella separazione di dopo.

Contenimento e sostegno alla famiglia

La morte di un figlio si porta dietro un bagaglio di disperazione e solitudine.

“Questo bagaglio ti si carica addosso, e la cosa più difficile è cercare di dimenticartene, quando esci dall'ospedale e ti immergi nella vita. Cerchi di dimenticarlo e spera che non si veda, perché quelli che stanno fuori, i sani, gli amici, i parenti, non devono vederlo. Cerchi di nascondere perché così si fa nella vita di fuori”: queste le parole espresse dal padre di un bambino, morto a pochi giorni dalla nascita.

In realtà, nel nostro mondo occidentale, la morte e il lutto sembrano non far più parte della vita. I modelli predominanti di salute e di giovinezza del corpo hanno fatto della percezione della morte quasi un tabù, o all'opposto, un “fenomeno” da prima pagina di cronaca nera, con un

grado di astrazione, di de-umanizzazione che ce la fa sembrare “lontana”, quasi irreali: la morte è sempre *quella altrui, non ci tocca*. Gli stessi operatori della salute, soprattutto i medici, spesso considerano la morte come un *fatto clinico* e, insieme, una *sconfitta* da relegare dietro a una porta chiusa, che decreta la fine del loro compito.

Come superare questi meccanismi difensivi di rimozione e creare uno spazio di accoglimento del dolore mentale vissuto dalla coppia genitoriale e dagli altri familiari? Come evitare che la perdita di un figlio assuma una forte carica destrutturante, separi a volte i membri della famiglia e divenga fattore di rischio psicopatologico per i fratelli e i figli futuri?

A nostro avviso, nell'elaborazione dell'evento luttuoso, si potrebbe rivelare quanto mai utile il rapporto con parenti e amici, che anziché allontanarsi, sappiano *“accompagnare”*, con atteggiamento di *ascolto*, di condivisione e di conforto, l'espressione della sofferenza, del *senso di solitudine* e di *paura*. Questo potrebbe costituire già una modalità di contenimento e di sostegno, purtroppo sempre meno frequente ai nostri giorni, e divenire un deterrente rispetto al rischio che il processo del lutto non si svolga normalmente e conduca alla cronicizzazione patologica.

Al riguardo, ci piace ricordare la testimonianza di mamma Raffaella che titola su un quotidiano locale del 12/01/07: *“Poi... resti sola con il tuo dolore”*. Con grande sensibilità, racconta i propri vissuti successivi alla morte della figlia di 14 anni, stroncata all'improvviso da un incidente stradale, fino alla presa di coscienza della ineluttabilità dell'evento, nonché del senso di impotenza e di solitudine. Alcuni genitori cercano supporti in gruppi di auto-mutuo-aiuto, che però risultano essere ancora piuttosto rari.

Altri si affidano a esperienze paranormali e medianiche, nel tentativo di entrare in comunicazione col proprio caro.

Chi è credente, può trovare rassegnazione e aiuto nella fede, anche se l'evento luttuoso può mettere a dura prova il rapporto con Dio. Spesso, infatti, *il lutto scuote la fede*. Le stesse comunità parrocchiali, per esempio, sono spesso incapaci di accompagnare e confortare, nel tempo, queste tragedie familiari.

Dunque, sembra che ci sia veramente un vuoto, soprattutto a livello istituzionale, con risorse troppo deboli per colmarlo, poiché la vita sembra essere altrove.

Certamente è assai faticoso il contatto con chi soffre per una perdita così devastante, e ciò potrebbe costituire un'ipotesi interpretativa del fatto che gli stessi Servizi Assistenziali, in genere piuttosto attenti a strutturare *percorsi di cura* e di *prendersi cura*, nella malattia cronica, sia a livello ospedaliero che territoriale, si sentano per così dire *“esonerati”* da questo ultimo impegno.

Per esempio, nella mia ventennale esperienza (ora conclusa) di attività di psicologa collaboratrice presso l'UO di Pediatria dell'Ospedale “Bufalini” di Cesena con bambini e adolescenti colpiti da fibrosi cistica, leucemia e altre malattie croniche, si attivava la *rete di sostegno* dell'équipe al fine di aiutare la famiglia a superare la fase emotiva di ansia e stress e migliorare il grado di adattamento e di accettazione, favorendo la possibilità di giungere al *“tempo della riorganizzazione”*, caratterizzato da un coping più costruttivo e improntato alla speranza.

E. Kubler-Ross sostiene che l'apertura alla speranza migliora l'accettazione dell'evento traumatico e aiuta a conservare la capacità di lottare [15].

L'équipe era attenta anche nella fase di avvicinamento alla morte (lutto anticipatorio), quando la famiglia è sottoposta a una logorante aspettativa, senza però sapere quando accadrà; gli stessi bambini infatti, ma soprattutto gli adolescenti, si trovano a dover affrontare la sofferenza mentale collegata all'angoscia di separazione e di morte, contro la quale ognuno di noi combatte per tutta la vita. L'operatore e le persone vicine al morente si sforzavano, in ogni caso, di aiutarlo ad amare se stesso e la vita, malgrado la malattia e la morte imminente [16-18]. Anche nel post-mortem, mi *prendevo cura* dell'esigenza di qualche familiare di ricevere supporto psicologico e questa esperienza ha ispirato la mia sensibilità ad approfondire le tematiche dell'elaborazione del lutto.

Il lutto patologico

Come si è detto, l'esperienza della solitudine, nel lutto, è tipica della nostra cultura, dominata dal tabù della morte che

scatena paura e imbarazzo, al punto che si cerca di sfuggirne le profonde implicazioni emozionali. Qualcuno riesce a gestire il lutto con le proprie forze, ma molti hanno bisogno di aiuto per *sanare il cuore ferito*.

Chi non trova adeguate risorse in questa situazione, può incontrare ostacoli nel processo di elaborazione del lutto, che può trasformarsi in un *disagio patologico*, in una malattia vera e propria, con manifestazioni sia somatiche che psichiche.

Si possono cronicizzare comportamenti come: apatia, assenze, indifferenza totale, insensibilità agli stimoli, specie nei casi di morte improvvisa, per incidente o per suicidio di un figlio, in cui la fase del rifiuto facilmente si protrae senza apparente via di uscita. In questo caso, la prima percezione del dolore è *folia* o quasi: si vuol revocare l'irrevocabile, chiamare chi non può rispondere.

Si crea in questo modo una strana scissione, in cui convivono due versioni differenti della realtà: una *cognitiva*, in grado di capire ciò che è accaduto, e una *emotiva* che nega l'insostenibilità di questa esperienza.

► A livello psichico si verificano vari disturbi. La persona può persino soffrire di allucinazioni visive e uditive, o di pensieri e comportamenti costanti di tipo ossessivo [19].

Possono svilupparsi manifestazioni maniacali: stato di melanconia permanente e di depressione cronica o atteggiamenti isterici. Spesso si aggiungono sensazioni a carattere persecutorio.

► A livello somatico, interessanti ricerche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenziano un rapporto di correlazione tra lutti e cancro, aumento di malattie cardiovascolari, diabete [20]. Il desiderio di morte, a livello inconscio, può evolvere anche verso una ricerca di comportamenti autolesivi o eteroaggressivi. Tutte le date significative, collegate alla vita del figlio perduto (anniversari, feste, ricorrenze), sono fonti di angoscia, tristezza, depressione. Rappresentano dei potenziali fattori di ricaduta da monitorare e accompagnare, indipendentemente dal tipo e dal livello di elaborazione del lutto in cui la persona si trova. La protesta per la perdita e lo struggimento, infatti, rivelano il tentativo di non affrontare

l'angoscia della separazione e possono essere protratti anche da sentimenti di rabbia e/o di colpa. Chi assiste i genitori (dal pediatra di base allo psicologo ecc.) deve favorire l'esame di realtà (la perdita è irreversibile) e la narrazione dei propri vissuti (dalla colpa al senso di abbandono e rabbia ecc.): il fine è di superare gradualmente il *rimorso di vivere* e trasformare il sentimento del dolore da vissuto "autodistruttivo" in espressione d'amore per chi manca. Del resto, il *raccontarsi* e il *raccontare* possono divenire quasi forme di cura, *liberazione* e *ricongiungimento* con l'oggetto perduto.

Parlando di modelli terapeutici, si può citare la psicoterapia focale a breve (o, talvolta, a più lungo termine) a indirizzo psicodinamico, i trattamenti cognitivo-comportamentali, sistemici, l'approccio esistenziale e altri approcci come la "Regrief Therapy", cioè la terapia del "ritutto", vero e proprio trattamento psicanalitico, utilizzato soprattutto negli USA. Esso ha lo scopo di far completare, con sedute a frequenza intensa, il lutto al paziente che non l'ha elaborato a causa del consolidarsi nel tempo di difese patologiche. Questa terapia, naturalmente, contempla l'interpretazione dei sogni e si basa soprattutto sulla relazione di transfert [21].

Le risorse istituzionali e le reti di sostegno nel territorio

La famiglia ha il diritto di ricevere opportuni interventi di aiuto e supporto e le istituzioni devono sentire il dovere di attivare reti di cura per assisterla e sostenerla, quando viene colpita da una drammatica perdita, sia nel tempo del post-mortem che nelle fasi successive dell'elaborazione del lutto.

Pertanto le Ausl – è questo il tempo per chiederlo? (*ndr*) – dovrebbero pensare di creare servizi specifici per l'ascolto e l'aiuto dei familiari in lutto, sia all'interno dei servizi ospedalieri sia, particolarmente, nei distretti territoriali (spesso i genitori, infatti, si rifiutano di ritornare in ospedale dopo la morte del proprio bambino). I consultori familiari (CF), in collaborazione con i pediatri e con i servizi di psicologia e neuropsichiatria, potrebbero divenire la sede privilegiata di questi interventi di particolare valore per il sostegno della genitorialità, di cui oggi

si avverte tanto la fragilità: "La Regione Emilia-Romagna crede a tal punto nel modello dei consultori familiari da attivare e finanziare uno specifico progetto per la loro riorganizzazione [22]. Da quel progetto sono nati vari sottoprogetti, i principali dei quali riguardano il sostegno all'allattamento al seno, la gestione della gravidanza fisiologica, le azioni rivolte alle fasce deboli, prime fra tutte le popolazioni immigrate e le famiglie con minori disabili o con patologia cronica". Perché non aggiungere – è questo il tempo per chiederlo? (*ndr*) – un prezioso anello a tutte queste iniziative che speriamo rimangano per completare la catena dell'assistenza alla famiglia, quando questa soffre, ad esempio, per la perdita del proprio bambino?

Nell'Ausl di Cesena i CF svolgono, in collaborazione con i pediatri di comunità e di famiglia, nonché con i medici di medicina generale, un notevole servizio multiprofessionale, con attività rivolte ad adolescenti, ai corsi nascita, all'accoglienza ai neonati (corsi di massaggio ai neonati, consulenza alle puerpere e alle coppie ecc.). Inoltre c'è l'intento di rilanciare i CF con servizi innovativi ed efficaci rispetto alle nuove domande e ai nuovi bisogni della comunità [23]. Pensare a un progetto specifico che possa accompagnare la famiglia a superare i momenti più cruciali dell'esistenza, come quello dell'elaborazione del lutto per la perdita prematura del proprio figlio, e darne chiara informazione all'utenza, potrebbe diventare una strategia preventiva e di trattamento di primaria importanza sul piano sociale ed etico.

Deputati a questa funzione, a nostro avviso, dovrebbero essere specialisti, particolarmente psicologi e/o psicoterapeuti, preparati e motivati. Soprattutto il sostegno alla genitorialità dovrebbe essere prioritario per quelle famiglie che sono molto vulnerabili e disorientate, come si è detto, per la morte del loro bambino durante la fase perinatale. Poiché il carattere improvviso della perdita non permette l'instaurarsi di un lutto anticipato, si spiega perché sia così difficile da risolvere l'evoluzione del processo. In questo caso sembra fondamentale, da parte di una rete di aiuto, il contenimento delle angosce della coppia genitoriale per la prevenzione di una situazione di disagio

cronico che può sconfinare nella patologia e perpetuarsi a danno di futuri investimenti vitali.

Avendo poca soddisfazione ai propri bisogni dalle Istituzioni, come già ripetuto, alcune famiglie fanno ricorso ai gruppi volontari di auto-mutuo-aiuto. Finora, nel nostro territorio, erano inesistenti. Pertanto costituisce un'innovazione la nascita a Savignano sul Rubicone, nel 2007, del *progetto Emily*, gruppo di auto-mutuo-aiuto per l'elaborazione della perdita di una persona cara.

Per l'interessamento del Sindaco di Savignano, che rilevava, appunto, l'assenza di associazioni o servizi territoriali al riguardo, la psicologa dell'Hospice di Savignano e la collega dell'Istituto Oncologico Romagnolo di Rimini hanno pianificato una serie di iniziative volte alla costituzione di questa nuova esperienza. È stato creato un gruppo di volontari interessati al ruolo di facilitatori, cioè conduttori dei gruppi, curato dalle psicologhe. Il percorso del gruppo di mutuo aiuto si basa sullo scambio di idee, emozioni, esperienze fra persone accomunate, appunto, dal bisogno di elaborare una dolorosa perdita. Il gruppo è composto da un numero limitato di persone (da 5 a 12) o di famiglie (da 5 a 10), a cui si accede per libera scelta. Nel gruppo si ascolta e si è ascoltati, senza giudizi; e pregiudizi, si ritrova, anche grazie alla condivisione, fiducia in se stessi e negli altri, con l'opportunità di togliersi dall'isolamento, elaborando, gradualmente, il ritorno a una vita degna di essere vissuta. L'iniziativa costituisce una novità, nel nostro territorio, e sta avendo un notevole numero di adesioni, a dimostrazione di quanto vuoto ci sia in questo bisogno.

All'interno di un gruppo di auto-mutuo-aiuto, generalmente, i partecipanti stabiliscono un legame di fiducia, rispetto e speranza. La possibilità di esprimere liberamente la propria storia di dolore e i propri sentimenti determina l'instaurarsi di un clima di solidarietà e sostegno reciproco che aiuta a gestire momenti di sofferenza e solitudine e a meglio integrare la propria ferita [24].

Inoltre ci piace ricordare anche l'iniziativa di aiuto globale nelle situazioni di crisi e di lutto, che trova il suo centro di irradiazione all'Università di Bologna, e si identifica nel servizio di aiuto psicolo-

gico esistente presso il Dipartimento di Psicologia. I problemi connessi alle situazioni di lutto, qui, vengono affrontati in modo competente in collaborazione con le istituzioni locali e alimentano e sono alimentati da un'attività di ricerca e di formazione, a cui i pediatri di base, gli psicologi e altri *care givers* addetti all'assistenza possono fare riferimento per migliorare gli interventi e svolgere un'utile funzione sociale.

Conclusioni

La famiglia in lutto deve ricevere sostegno non come *elemosina*, ma come *diritto*, e pertanto i gruppi di auto-mutuo-aiuto, basati sul volontariato, possono essere di complemento, ma non devono costituire un *alibi* per le istituzioni dall'impegno di un intervento strutturato e competente. I professionisti della rete di sostegno hanno il compito di favorire l'accettazione della perdita, fornire contenimento e supporto durante il periodo del dolore acuto e del disorientamento e accompagnare le persone a ricercare e a sviluppare, col tempo, nuove motivazioni di vita.

L'*alleanza terapeutica*, che migliora il senso di fiducia genitoriale e familiare, si costruisce mettendo in atto i seguenti atteggiamenti: calore affettivo, empatia, costanza e continuità nell'assistenza.

In particolare, nella presa in carico delle situazioni di crisi, è fondamentale, a nostro avviso, l'empatia che fa riferimento al "modello del contenimento" di Bion, secondo il quale possiamo modulare e trasformare le emozioni dell'altro se siamo in grado di ascoltarlo, di accogliere dentro di noi quanto sta esprimendo, quindi di dividerlo e infine di rimandargli una comunicazione significativa, perché rivissuta e rielaborata personalmente [25]. In questo modo, nel rispetto delle modalità e dei processi personali di

elaborazione, i genitori possono ritornare alla memoria e alla narrazione della storia del loro bambino e cogliere il valore prezioso della sua esistenza, e quindi investire affettivamente sui figli che restano o che possono nascere, amandoli per ciò che sono o che saranno (rapporto oggettuale) e non per ciò che si vorrebbe che fossero (rapporto narcisistico).

La funzione terapeutica degli operatori è infatti quella di aiutare i genitori a poter comunicare le loro angosce: ciò permette la rielaborazione, almeno parziale, dei vissuti di colpa e la loro trasformazione in sentimenti di *riparazione*, atti a valorizzare sia la soggettività del bambino perduto sia la propria genitorialità, anche in funzione di protezione dell'eventuale relazione con un nuovo bambino, così importante per la formazione del Sé. Del resto, spesso, un lutto vissuto fino in fondo rende più *spaziosi*, più *grandi*, perché l'apertura al dolore, che sembrava insopportabile, approfondisce la capacità di sentire e aprirsi a livelli più profondi di amore verso l'oggetto perduto, ma anche di gioia, empatia e compassione verso se stessi e gli altri.

Secondo Bion, coloro che stanno vivendo un lutto devono ricevere accoglienza e contenimento da parte di un *care giver* (psicologo, psicoterapeuta, pediatra, assistente sociale ecc. con sensibilità e adeguata preparazione alle problematiche del lutto, sia nella formazione universitaria e/o di specializzazione, ma anche mediante corsi specifici) che sia in grado di accettare e rendere meno pericolose le parti temute e "cattive" dell'altro senza esserne travolto. Nel rapporto personale e individuale il genitore in lutto può trovare intimità, privacy, possibilità di confidarsi, piangere, esprimere emozioni, narrare la propria storia e quella del bimbo perduto e, a poco a poco, riprendere a vivere con maggiore consapevo-

lezza, essenzialità e apertura a nuovi significati e valori. ♦

Bibliografia

- [1] Freud S. Lutto e melanconia in "Opere". Boringhieri Editore, 1976.
- [2] Kaplan L.J. Voci dal silenzio. Raffaello Cortina Editore, 1996.
- [3] Markham U. L'elaborazione del lutto. Mondadori Editore, 1997.
- [4] Monti F, Agostini F. La depressione postnatale. Le Bussole Carocci Editore, 2006.
- [5] Cramer B. Cosa diventeranno i nostri bambini? Raffaello Cortina Editore, 2000.
- [6] Bydlowski M. Il debito di vita. QuattroVenti Editore, 2000.
- [7] Ammaniti M, Stern DN. Attaccamento e psicoanalisi. Editori Laterza, 1999.
- [8] Cramer B. Op. cit.
- [9] Winnicott D.W. I bambini e le loro madri. Raffaello Cortina Editore, 1987.
- [10] Campione F. Il deserto e la speranza. Armando Editore, 1990.
- [11] Cancrini T. Un tempo per il dolore. Boringhieri Editore, 2002.
- [12] Viorst J. Distacchi. Sperling Paperback Editore, 2004.
- [13] Bowlby J. Attaccamento e perdita. Boringhieri Editore, 1983.
- [14] Kast V. L'esperienza del distacco. Red Edizioni, 2005.
- [15] Kubler-Ross E. La morte e il morire. Cittadella Editore, 1996.
- [16] Crocetti G. Ascolto terapeutico e comunicazione in oncologia. Borla Editore, 2002.
- [17] Levine S. One year to live. Ed. Harmony/Bell Tower, 1998.
- [18] De Hennezel M. La morte amica. Rizzoli Editore, 1998.
- [19] Biondi M, Picardi A. Clinical and biological aspects of bereavement and loss-induced depression: A reappraisal. *Psychoterapy and Psychosomatics* 1996;5:229-45.
- [20] Duijts SFA, Zeegers MPA, Vd Borne B. The association between stressful life events and breast cancer risk: A meta-analysis. *Intern J Cancer* 2003; 6:1023-9.
- [21] Campione F. Op. cit.
- [22] Volta A. Lettere. *Quaderni acp* 2008;15:45.
- [23] Farneti M, Rossi O. Concentrare i consultori familiari e differenziarne le attività. *Quaderni acp* 2008;15:33-4.
- [24] Albanesi C. I gruppi di auto-aiuto. Le Bussole Carocci Editore, 2004.
- [25] Bion WR. Apprendere dall'esperienza. Armando Editore, 1972.

10 Stories the world should hear more about



L'influenza aviaria arretra, ma rimane la minaccia di una pandemia nell'uomo

Rubrica a cura di Stefania Manetti

Le "Ten Stories" rese note dall'OMS (vedi sotto in Ulteriori informazioni) hanno l'obiettivo di stimolare l'attenzione dei lettori verso ulteriori approfondimenti. Questa storia riguarda il futuro

Il virus dell'aviaria, dopo la sua prima comparsa nel 2003, si è rapidamente diffuso, ma è stato poi contenuto grazie a una rapida ed efficace risposta a livello internazionale. Tuttavia, poiché focolai del virus vengono segnalati in una serie di nazioni e la minaccia di una mutazione virale che possa infettare l'uomo è reale, si rende necessaria un'attenta ed efficace pianificazione.

La storia

La minaccia di una possibile pandemia non è più notizia di prima pagina. Rimane tuttavia il rischio continuo di una possibile mutazione virale che potrebbe, diffondendosi all'uomo, essere causa di una pandemia globale, con milioni di vite umane a rischio. Negli ultimi tre anni il virus dell'aviaria si è rapidamente diffuso nelle zone dell'Est Asiatico da dove è originariamente partito, all'Africa del Nord e all'Ovest, all'Europa centrale fino al Regno Unito. Nel 2005, 15 nazioni sono state colpite dall'aviaria, ma già nel 2006 il virus si è diffuso in 55 nazioni e territori. Più di 200 milioni di polli sono stati eliminati al fine di controllare la diffusione virale.

Le economie rurali hanno profondamente sofferto e per molte persone ciò ha significato una riduzione estremamente importante del loro introito proteico. Nel 2005, con la prima diffusione del virus dell'aviaria, una risposta a livello internazionale ha dato vita all'UNSIC (Sistema di Coordinamento dell'ONU), con un miglioramento nel controllo delle epidemie degli ultimi anni. A metà del 2007 da

molte nazioni sono state adottate le strategie di controllo e di prevenzione sviluppate dalla FAO e dall'Organizzazione Mondiale per la salute animale. Collaborando con i governi nazionali, alla fine del 2007 il numero di nazioni in cui il virus si era radicato è stato ridotto a sei. Controlli intensivi, tra cui anche la vaccinazione del pollame, si sono sviluppati in questi contesti, al fine di tenere sotto controllo la malattia ed eliminare i focolai. Al momento, gran parte delle nazioni è perfettamente in grado di controllare i focolai epidemici alla loro manifestazione. Tuttavia, mentre questo virus tosto e resiliente non fa più notizia, l'influenza aviaria non è scomparsa, né risulta essere meno letale. Quello che ora abbiamo però è un po' di respiro per poter pianificare con urgenza.

Il contesto

- ▶ Nel 2005 l'UNSIC fu organizzata come un piccolo team con basi in vari continenti e con il mandato di coordinare le attività di più di una dozzina di agenzie ONU e di mediare il lavoro dell'ONU con i governi nazionali e altre agenzie internazionali. La nomina del Dr. David Tabarro come Coordinatore Senior dell'ONU fu fatta in risposta alla rapida diffusione dell'aviaria e alla minaccia di una eventuale pandemia.
- ▶ Alla fine del 2007 ci sono stati 243 decessi legati al virus dell'aviaria.
- ▶ La minaccia della pandemia ha portato molti governi a migliorare i servizi atti a evidenziare, contenere e ridurre

l'impatto di pericolosi agenti patogeni. Tuttavia molti piani nazionali contro le pandemie non sono sufficientemente operativi e il coordinamento tra le varie nazioni necessita di grande attenzione.

- ▶ David Tabarro sottolinea che molte delle malattie emergenti nel mondo si stanno trasferendo dal regno animale all'uomo. "Il controllo delle malattie negli animali è alla radice del problema della prevenzione delle infezioni nell'uomo e della riduzione delle probabilità di una pandemia" – dice il Dr. Tabarro. "C'è grande necessità di collaborazione tra gli operatori che lavorano per la salute animale e umana, per la salute dell'ambiente, la sicurezza alimentare e la gestione delle situazioni critiche, in modo da poter assicurare che il mondo si trovi ben preparato ad agire contro quelle malattie che possono minacciare la sicurezza dell'umanità".

Per ulteriori informazioni o approfondimenti:

UN Department of Public Information:
Tim Wall Tel: +1 212 963 5851

UN System Coordinator for Avian and Human Influenza (UNSIC)

Food and Agriculture Organization (FAO)

World Health Organization (WHO)

World Bank

United Nations Children's Fund (UNICEF) ♦

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

tenstories

info: notizie

I determinanti sociali della salute: chi sono costoro?

La commissione sui determinanti sociali della salute, alla quale ha partecipato Giovanni Berlinguer, membro del Parlamento europeo, ha pubblicato il suo Statement.

Berlinguer ci aveva offerto in gennaio 2008 un *interim statement* al convegno dell'ACP Campania. La conclusione della commissione è che la disperazione, l'impotenza e la paralisi possono essere superati dall'ottimismo, dalla forza degli atti e da una "muscolarità" della politica. Questo è il commento di *Lancet* del 30 agosto 2008. È chiaro infatti che l'obiettivo di una maggiore equità nella salute (in casa e al lavoro, degli uomini e delle donne, nelle città e nelle campagne e per tutte le età) non è un obiettivo del solo settore sanitario: è un obiettivo di tutta la società. Talora comunque ci sono degli strani dirigenti della sanità che sono capaci di pensare di essere da soli capaci di ottenere risultati indipendentemente dalla ricchezza, dalla cultura, dal capitale sociale, dalla storia personale fin dalle prime epoche della vita, dei singoli, e della comunità. Questa cattiva coscienza del reale deriva in particolare da una scarsa o nessuna conoscenza dell'importanza dei determinanti sociali che sono un "principio guida" in ogni lavoro di costruzione di equità. Spesso né i medici, né i policy-makers, in ogni parte del mondo (tanto meno di dirigenti delle nostre ASL) hanno ben chiaro questi problemi e difficilmente, perciò, possono trasferire i principi di equità che emergono dalla ricerca nella loro pratica. Spesso non si pongono il problema. Il rapporto della commissione dovrebbe essere letto e meditato da tutti coloro che sono impegnati nella tutela della salute pubblica. Lo faranno? Poche sono le speranze (www.who.int/social_determinants/speech/en/print.html).

Asili-nido: pochi e deprofessionalizzati

A Copenaghen la possibilità di accedere a un asilo-nido comunale è estesa al 90% della popolazione; a Helsinki è un po' più limitata: "solo" il 66%. Neanche proponibile il confronto con la realtà delle prime quattro città italiane, dove l'accesso agli asili-nido è ridotto al 19% della popolazione a Milano, al 18% a Torino, al 14% a Roma e ad appena il 3% a Napoli. In tutti questi quattro Comuni c'è un addetto

per ogni 4 bambini frequentanti gli asili-nido ma, se a Roma, Milano e Torino, gli educatori sono in maggioranza (dal 66% al 77%), a Napoli risultano in sorprendente minoranza: soltanto il 29% degli addetti è costituito da educatori. La spesa dei Comuni per un "posto" di asilo-nido è di 7000 euro all'anno a Milano e a Torino, ma a Roma e a Napoli è del 50% in più. Queste sono soltanto alcune cifre dello studio commissionato da *Civicum* al Politecnico di Milano per mettere a fuoco la situazione delle prime quattro città italiane nel settore dell'assistenza all'infanzia (www.civicum.it).

Livelli essenziali delle prestazioni sociali: servizi prioritari per la prima infanzia

La definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps) costituisce una scelta prioritaria e urgente per garantire diritti sociali alle persone e alle famiglie e per promuovere un nuovo rapporto tra le istituzioni e tra queste e i cittadini. È questo il risultato dell'indagine "Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni", presentata a Roma dagli esperti dell'Osservatorio nazionale sull'applicazione della legge 328/2000, a cui partecipano Anci, Cgil-Cisl-Uil, Lega autonomie, Upi e il terzo settore. La definizione dei livelli essenziali è la via prevista dalla Costituzione per l'esplicita affermazione di diritti sociali e delle prestazioni individuate per garantirli. La ricerca indica alcuni ambiti d'intervento come prioritari: in primo luogo un piano di servizi per la prima infanzia, un programma completo di assicurazione contro il rischio della non autosufficienza per gli anziani, fondato - accanto a trasferimenti monetari, che prendono le mosse da una riforma dell'indennità di accompagnamento - sull'offerta di una gamma adeguata di servizi, un programma di contrasto della povertà, ripartendo dal reddito minimo di inserimento attuato negli altri Paesi europei e testato anche in Italia. Infine, il riordino o la riforma degli interventi di defiscalizzazione ed erogazione economica per il sostegno alle responsabilità familiari. Su questi ambiti di particolare urgenza la ricerca offre tre "prove di declinazione" dei livelli essenziali. Una ipotesi di lavoro che va allargata a tutti gli ambiti di fragilità sociale.

Se è difficile dire quanto costerebbe allo Stato italiano introdurre i livelli essenziali

li per le prestazioni sociali e garantirne l'attuazione (anche perché non esistono dati aggiornati sulla spesa sociale degli enti pubblici), dalle simulazioni emergono tuttavia alcune utili indicazioni. Per esempio, per garantire un piano completo di servizi per la non autosufficienza, che preveda tra l'altro assistenza domiciliare o in strutture di accoglienza, servirebbero 4 miliardi di euro. Analoga cifra richiederebbe un intervento strutturato sulla povertà. Per riorganizzare un sistema efficiente di welfare, ripartendo dai Leps, servirebbe circa un 1% di Pil in più. La spesa per la protezione sociale nel suo insieme (sanità, pensioni, pensioni sociali, assicurazioni sul mercato di lavoro ecc.) in Italia è aumentata tra il 1997 e il 2006, passando dal 23,8% al 25,3% del Pil, la quota di spesa per l'assistenza nello stesso periodo è passata dal 3,5% al 3% del Pil e quella delle prestazioni per la spesa di protezione sociale dal 14,6% all'11,9% (*Redattore sociale*).

Spesa sanitaria 2006

La spesa sanitaria pubblica per il 2006 è stata in Italia del 6,9% del Pil; quella totale del 9%; la privata è quindi del 2,1%. In Europa chi spende di più è la Svizzera con l'11,3% di totale e il 6,8% di pubblica; segue la Francia con l'11,1% e l'8,9%. Chi spende di meno è la Polonia con il 6,2% e il 4,3%. Gli USA spendono il 15,3% e il 7%: una spesa enorme con risultati pessimi (*Il Sole24ORESanità* 7 luglio 2008).

Farmacia Amica dell'Allattamento Materno

L'AGEC (l'ente che a Verona gestisce le 13 farmacie comunali) ha aderito all'iniziativa "Farmacia Amica dell'Allattamento Materno", ideata dall'Associazione "Il Melograno".

Il protocollo, che ha avuto la revisione di Adriano Cattaneo, prevede l'applicazione di nove indicazioni:

1. Avere un protocollo scritto sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini in linea con le linee di indirizzo del Ministero della Salute e con il Codice Internazionale.
2. Formare tutto il personale all'applicazione del protocollo scritto di cui sopra.
3. Informare tutte le donne sui benefici del latte materno e sugli svantaggi dell'alimentazione artificiale.

sulla salute

4. Sostenere e incoraggiare le madri per iniziare e mantenere l'allattamento materno.
5. Allestire uno spazio per accogliere le madri con i loro bambini.
6. Promuovere l'immagine della madre che allatta al seno ed evitare di promuovere quella della madre che usa il biberon.
7. Consegnare, all'atto della vendita, alle madri, i sostituti del latte materno solo su loro specifica richiesta. (Nota: per sostituti del latte materno il Codice Internazionale intende: tutti i lattini in polvere e liquidi, di partenza, proseguimento, crescita, speciali ecc.; tutti gli alimenti e le bevande per l'alimentazione complementare, quando commercializzati o comunque rappresentati come idonei, con o senza modifiche, a sostituire parzialmente o totalmente il latte materno; biberon e tettarelle).
8. Acquistare i sostituti del latte materno senza aderire a campagne di sconto e rifiutare qualunque gadget promozionale da consegnare alle mamme.
9. Promuovere e attivare nella comunità iniziative e progetti in rete con altri attori sociali che tutelano l'allattamento materno.

I farmacisti comunali, circa 60, frequenteranno dunque un percorso formativo per promuovere, sostenere e proteggere l'allattamento materno secondo le indicazioni OMS/UNICEF, messo a punto sulle loro specifiche esigenze professionali. Al di là delle singole adesioni di realtà private, che hanno dimostrato nel riscontro della quotidianità la fattibilità dell'iniziativa, la scelta di AGECS fa di Verona il primo Comune che dà ai suoi cittadini questo servizio (Il Melograno Verona; isabella@easyasp.it).

UK: 2 milioni di sterline per il sostegno all'allattamento

L'annuncio dell'iniziativa è stato dato dal Ministro della Salute (loro se lo possono permettere...) nel corso delle manifestazioni per la settimana mondiale dell'allattamento (1-7 agosto). È stato accolto con grande favore dall'Unicef, in quanto il tasso di allattamento in Inghilterra è tra i più bassi d'Europa. I fondi saranno destinati alle aree più depresse, dove la prevalenza dell'allattamento è ancora più bassa. Il finanziamento dovrebbe servire,

fra l'altro, a implementare la *Baby Friendly Hospital Initiative* negli ospedali delle zone più depresse. Il governo monitorerà i progressi nella prevalenza dell'allattamento a 6 e 8 settimane come indicatore di esito del programma (*Baby Friendly News*, 5 agosto 2008).

Via libera allo screening metabolico nel Veneto

La Giunta regionale del Veneto ha approvato una delibera che programma l'attivazione dello "screening neonatale metabolico allargato" per tutti i nuovi nati, un test in grado di individuare le circa 40 patologie metaboliche attualmente diagnosticabili, a poche ore dalla nascita. Il Veneto diventa così la seconda Regione in Italia ad attivare lo screening allargato dopo la Toscana che aveva deliberato in merito nel 2004. In Toscana su 150.000 bambini screenati sono stati identificati 81 bambini affetti, uno ogni 1850.

Test genetici fai-da-te

Nel giugno 2008 il Dipartimento di Salute Pubblica della California, sulla base delle leggi che regolano la professione medica, ha proibito a 13 laboratori di sollecitare i consumatori all'acquisto di test genetici fai-da-te. Lo Stato di New York aveva preso una simile decisione nel novembre 2007. La motivazione dei due provvedimenti è fondata sulle possibili reazioni inappropriate in relazione al rischio teorico per i pazienti di contrarre malattie genetiche (*Le Scienze* 2008;10:12). Negli USA il costo di uno "scan person entire genome", venduto direttamente al consumatore e con test per tutte le malattie attualmente identificabili, è di 350.000 dollari (*Lancet* 2008;372:1350).

Eco-comportamenti per i medici

L'Unione Europea suggerisce questi eco-comportamenti utili per i medici.

- ▶ Spegnete PC e monitor durante la pausa pranzo e per interruzioni di almeno 45 minuti.
- ▶ Per pause più brevi spegnete almeno il monitor.
- ▶ A fine giornata spegnete anche il monitor.
- ▶ Usate i nuovi monitor a schermo piatto.
- ▶ Non sprecate un foglio per la ricevuta e per la pagina iniziale del fax.

- ▶ Inviare fax tramite posta elettronica.
- ▶ Posizionate la fotocopiatrice con opzione fronte/retro o utilizzate fogli già usati da una parte.
- ▶ Leggete solo sul video documenti ed e-mail brevi senza stamparli.
- ▶ Prima di stampare, controllate l'anteprima di stampa.
- ▶ Spegnete la stampante dopo ogni suo.
- ▶ Utilizzate lampadine a risparmio energetico e usate lampade da scrivania.
- ▶ Pulite le lampadine ogni sei mesi.
- ▶ Nel bagno utilizzate sensori di presenza.
- ▶ Se potete, usate la bicicletta per il percorso casa-studio.

(*Eco-management and audit scheme della UE* 2008)

Antibiotici nelle virosi? No grazie, dottore

Un'argomentazione valida e basata sulle evidenze da proporre ai pazienti che insistono sulla prescrizione antibiotica consiste nello scarso beneficio derivante dal trattamento con antibiotici di un'infezione sostenuta da virus.

I medici dovrebbero informare i pazienti che hanno solo 1 possibilità su 4000 che l'antibiotico sia in grado di prevenire una complicanza grave e che, nello stesso tempo, hanno una probabilità del 25% di sviluppare diarrea e che, infine, 1 paziente su 1000 manifesterà una reazione avversa tanto grave da richiedere una visita al pronto soccorso (Mitka M. *JAMA* 2008;300:1505-6).

Valutazioni periodiche per i medici inglesi

Tutti i medici inglesi dovranno fare domanda ogni 5 anni per il rinnovo dell'abilitazione alla professione. Quelli che non supereranno l'esame non otterranno il rinnovo. L'esame consisterà non solo in una valutazione istantanea, ma squadre di ispettori passeranno in esame le performance professionali dei singoli, intervisteranno i pazienti, analizzeranno diagnosi e coerenza con le prescrizioni, tassi di guarigione (ove possibile). Entusiaste le associazioni dei pazienti mentre la British Medical Association si è riservata di valutare se il nuovo sistema di valutazione migliorerà il livello generale di assistenza. Vi diremo (*Il Sole24ORESanità* 29/7-4/8, 2008). ♦

Antinfluenzale e antipapillomavirus, due vaccinazioni molto chiacchierate

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Vaccinazione contro l'influenza. Vaccinazione contro il papillomavirus

Si è già parlato più volte su questa Rivista delle vaccinazioni antinfluenzale e antipapillomavirus, entrambe oggetto di un vivace dibattito internazionale, che negli ultimi mesi ha offerto ulteriori spunti di riflessione.

Le novità sull'antinfluenzale

Un studio sull'antinfluenzale in bambini di età inferiore ai 5 anni pubblicato di recente, conferma la difficoltà a dimostrare l'efficacia della vaccinazione [1]. Gli Autori segnalano che nelle due stagioni esaminate non vi era una buona corrispondenza tra i ceppi virali circolanti e quelli contenuti nel vaccino. È questo uno degli aspetti che contribuiscono a determinare l'incertezza dei risultati della vaccinazione, a causa della grande variabilità dei virus influenzali e dei lunghi tempi (6-9 mesi) necessari ad allestire il vaccino con le metodiche attuali. Un problema che potrebbe essere superato dal vaccino "unico" in sperimentazione, diretto verso alcune proteine interne dei virus influenzali che si modificano molto poco nel tempo, contrariamente a quelle di superficie che cambiano costantemente. Questo vaccino potrebbe rivestire particolare interesse per un'eventuale pandemia.

Diverso è il caso dell'influenza stagionale per la quale vacciniamo ora. Quando anche si disponesse di un vaccino efficace contro il virus circolante – cosa attualmente dubbia non solo per i bambini ma anche per gli ultra 65enni – rimarrebbe il problema della bassa proporzione dei virus influenzali (circa 10% nei bambini) rispetto ai tanti altri virus che provocano malattie respiratorie nella stessa stagione [3-4].

Ma in termini di riduzione della morbilità totale per malattie respiratorie invernali (e naturalmente di mortalità, ricoveri, visite, assenze dal lavoro dei genitori), quali sono in realtà – questo è il problema – i risultati attesi dalla vaccinazione quando si sa che la maggior parte delle

forme "simil-influenzali" (*Influenza Like-Illness*, ILI) è sostenuta da altri virus? I dati ci dicono che solo il 29% dei 1870 campioni raccolti l'anno scorso in Italia è risultato positivo per influenza (18% in Europa, 12% negli USA).

Alla luce di questi dati, acquistano particolare rilevanza le misure non farmacologiche, come il lavaggio frequente delle mani, risultate altamente efficaci nell'interrompere la trasmissione di tutte le malattie respiratorie [5].

La Circolare del nostro Ministero riconferma anche per quest'anno l'indicazione a vaccinare i soli bambini (e adulti) a rischio e segnala l'efficacia delle misure non farmacologiche.

Il CDC europeo ha indicato nel 2007 alcune conoscenze indispensabili prima di introdurre la vaccinazione contro l'influenza nei bambini sani, come il peso della malattia, specifico per paese e per fasce di età, la standardizzazione della definizione di caso, l'efficacia del vaccino nelle varie fasce di età, la definizione del dosaggio utile, la sicurezza anche riguardo alla reiterazione annuale della vaccinazione. Intanto il primo obiettivo di tutti dovrebbe essere di aumentare la copertura dei bambini a rischio. Questa risulta ancora molto bassa, intorno al 10%.

Le novità sull'antipapillomavirus

Un recente editoriale di Charlotte Haug suggerisce cautela nell'introduzione della vaccinazione contro il papillomavirus (HPV), viste le tante incertezze sui risultati [6]. Non sappiamo quanto durerà la risposta immunitaria indotta dal vaccino, né se questa sarà in grado di proteggere dal tumore, non conosciamo la sicurezza a lungo termine e neppure se si verificherà il rimpiazzo dei sierotipi che comprometterebbe l'efficacia del vaccino. Juan Gervas esprime "11 ragionevoli dubbi" sulla vaccinazione anti-HPV che riassumono le critiche già sollevate da più parti e offre ulteriori elementi di riflessione.

Paventa il rischio che l'introduzione di un vaccino, che presenta tanti interrogativi irrisolti, possa far perdere fiducia in un intervento prezioso come le vaccinazioni e auspica la creazione di un calendario vaccinale europeo sobrio e sostenuto da solide evidenze [7]. Un servizio trasmesso dalla TV svizzera italiana ha

illustrato la strategia vaccinale contro l'HPV dei vari Cantoni, mettendola a confronto con le valutazioni dei ricercatori finlandesi che, intervistati dai giornalisti svizzeri, hanno dichiarato insufficienti le attuali conoscenze per prendere una decisione e hanno descritto il grande studio di popolazione che stanno svolgendo, di cui si avranno i primi risultati nel 2020 [8]. Elisabeth Rosenthal ha raccontato, sul *New York Times*, la pressione dell'industria per promuovere il vaccino contro il papillomavirus negli USA: attraverso la pubblicità, nei programmi televisivi più seguiti, i finanziamenti a gruppi di pazienti e di donne, agli esperti in campo medico, ai lobbisti e alle organizzazioni politiche interessate all'argomento. La Rosenthal riporta le cifre dettagliate degli ingenti investimenti della Merck, anche per pagare i relatori, le conferenze e i pranzi offerti a medici e infermieri [9]. Tutto questo negli USA. E in Europa? E in Italia? ♦

L'autore dichiara che non esiste nessun conflitto di interesse.

Bibliografia

- [1] Szilagyi PG, Fairbrother G, Griffin MR, et al. Influenza vaccine effectiveness among children 6 to 59 months of age during 2 influenza seasons. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:943-51.
- [2] Donatelli I, Puzelli S, Di Martino A, et al. Sorveglianza virologica dell'influenza in Italia (stagione 2007-2008). Rapporto ISTISAN 08/02, 2008.
- [3] Jefferson T, Di Pietrantonj C. Inactivated influenza vaccines in elderly – are you sure? *Lancet* 2007;370:1199-00.
- [4] Ministero della Salute. Vaccinazione antinfluenzale di massa in età pediatrica. Quali evidenze abbiamo? Bollettino di informazione sui Farmaci 2003;5-6:187-96.
- [5] Jefferson T, Foxlee R, Del Mar C, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. *BMJ* 2008; 336:77-80.
- [6] Haug CJ. Human papillomavirus vaccination – reasons for caution. *N Engl J Med* 2008;359:861-2.
- [7] Gervas J. La incerta prevención del cancer del cuello del utero con la vacuna contra el virus del papiloma humano. *Rev Port Clin Geral* 2007;23: 547-55.
- [8] TV Svizzera italiana, Falò. Vaccinare contro il papillomavirus: una speranza, qualche dubbio. <http://www.rtsi.ch/trasm/falo/welcome.cfm?idg=0&ids=962&idc=33525>
- [9] Rosenthal E. Drug Makers' Push Leads to Cancer Vaccines' Rise. *NYT*, August 19, 2008.

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

Paracetamolo e fenilefrina: aggiornamenti sulla sicurezza di impiego

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

Centro di Informazione sul Farmaco e la Salute, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

Parole chiave Fenilefrina. Paracetamolo. Tropicamide

Il paracetamolo nel primo anno di vita aumenta il rischio di asma?

Una possibile associazione tra assunzione di paracetamolo nel primo anno di vita e asma è emersa dall'analisi dei dati raccolti durante la fase III dello Studio ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*). I bambini che presentavano sintomi asmatici a 6 anni di età sono risultati, infatti, più frequentemente esposti al paracetamolo nel corso del primo anno di vita (Odds Ratio: 1,46; IC 95%:1,36-1,56).

Nella valutazione di questo risultato occorre, però, considerare alcuni limiti metodologici dello studio, che si basa su dati raccolti attraverso questionari somministrati ai genitori e quindi con la possibilità di *recall bias*. Inoltre, non è possibile escludere che l'asma sia associato a una maggiore incidenza di infezioni delle vie aeree nel primo anno di vita e non al paracetamolo (utilizzato come terapia sintomatica). Nonostante non sia possibile stabilire se esista un'associazione causale tra paracetamolo e asma, gli Autori dello studio raccomandano, comunque, di utilizzare il paracetamolo solo quando necessario (p. es. febbre > 38,5°C).

Beasley R, et al. Association between paracetamol use in infancy and childhood, and risk of asthma, rhinoconjunctivitis, and eczema in children aged 6-7 years: analysis from Phase Three of the ISAAC programme. *Lancet* 2008 20;372:1039-48

Reazioni avverse al collirio di tropicamide e fenilefrina

Nel corso dei primi mesi del 2008 sono stati segnalati alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza tre casi di reazioni avverse gravi insorte in bambini in seguito alla somministrazione di un collirio contenente tropicamide e fenilefrina, quest'ultima presente in una concentrazione del 10%. La tropicamide (farmaco ad attività antimuscarinica) e la fenilefrina (simpaticomimetico) sono utilizzate in collirio come midriatici nell'esame del fondo oculare. I casi segnalati si riferiscono a due bambini di 4 anni ospedalizzati per crisi ipertensiva

e a una bambina di 5 anni che ha manifestato edema polmonare acuto, con pericolo di vita. Le reazioni avverse hanno avuto esito positivo. Nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza risultano presenti anche altri due casi, segnalati nel 2002, di congiuntivite in due neonati. Casi di aritmia, ipertensione, edema polmonare comparsi in bambini dopo somministrazione di colliri a base di fenilefrina sono, inoltre, riportati in letteratura. La dose di fenilefrina raccomandata in età pediatrica per l'induzione della midriasi è pari al 2,5%. Gli stampati (Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto e Foglio Illustrativo) dei medicinali a base di fenilefrina per uso oftalmico con una concentrazione superiore al 2,5% sono stati modificati con l'inserimento della controindicazione d'uso nei bambini di età inferiore ai 12 anni.

L'AIFA, sentito il parere del Gruppo di Lavoro sui farmaci pediatrici, raccomanda ai medici di utilizzare nei bambini per l'esame del fondo oculare i medicinali autorizzati in questa fascia di età, secondo le indicazioni riportate anche nella *Guida all'uso dei farmaci per i bambini* e nel formulario inglese (*BNF for Children*). Inoltre, l'AIFA ricorda che un uso inappropriato di farmaci espone i bambini a rischi non giustificati e che sono disponibili soluzioni alternative per ottenere una midriasi nei bambini.

http://www.agenziafarmaco.it/REGISTRAZIONE_FARMACO/registrazione_farmaco047.html

FDA: nuove regole per gli OTC per uso pediatrico

Negli ultimi tempi la *Food and Drug Administration* (FDA) sta lavorando su diversi fronti per rendere più sicuro l'utilizzo dei medicinali OTC per tosse e raffreddore nei bambini. Già a gennaio di quest'anno, la FDA aveva raccomandato di non utilizzare questi prodotti nei bambini al di sotto dei 2 anni di età per il rischio di effetti collaterali seri e potenzialmente letali. La FDA è, però, intenzionata a rivedere le regole per la commercializzazione dei farmaci da banco. Secondo l'autorità regolatoria statunitense, infatti, le norme che regolano la commercializzazione dei farmaci OTC sono obsolete tanto che per alcuni principi attivi, come quelli presenti nei decongestionanti, è possibile la commercializzazione di più medicinali senza necessità di approvazione per ogni singolo prodotto. I-

noltre, gli studi utilizzati per accertarne la sicurezza sono stati condotti per la maggior parte negli adulti; di conseguenza le attuali raccomandazioni per il dosaggio nei bambini vengono ricavate semplicemente dalle dosi per gli adulti. L'orientamento è quello di rendere la procedura di autorizzazione più simile a quella richiesta per i medicinali da prescrizione.

Questa iniziativa della FDA arriva in seguito all'annuncio della CHPA (*Consumer Healthcare Products Association*), un'associazione di produttori di farmaci OTC, di voler modificare volontariamente le etichette di questi medicinali allo scopo di vietarne l'uso nei bambini al di sotto dei 4 anni di età. Inoltre, i produttori stanno pensando di utilizzare nuove confezioni più resistenti ai bambini e nuovi dispositivi di dosaggio del prodotto. La FDA sostiene questa iniziativa allo scopo di prevenire e ridurre il cattivo uso di questi farmaci e per informare meglio i consumatori sul loro uso nei bambini.

<http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2008/NEW01899.html> FDA Will Rewrite Rules For Marketing for Children, *The Wall Street Journal* 3 October 2008

EMEA: prima raccomandazione riguardante un farmaco pediatrico

L'*European Medicines Agency* (EMA) ha emanato la prima raccomandazione riguardante l'utilizzo di un medicinale per uso pediatrico autorizzato con procedura centralizzata sulla base dei dati clinici ottenuti dal *Paediatric Investigation Plan* (PIP). I PIP sono programmi di sviluppo farmaceutico, previsti dal regolamento europeo per i farmaci pediatrici in vigore dal gennaio 2007, disegnati per acquisire i dati necessari per un'eventuale autorizzazione all'uso in età pediatrica. I PIP, che devono essere approvati dal PDCO (*Agency's Paediatric Committee*), sono vincolanti per le aziende farmaceutiche che sviluppano medicinali per uso pediatrico nell'Unione Europea. Per la prima volta, sulla base dei dati ottenuti attraverso il PIP, il titolare dell'autorizzazione in commercio del *Candidas* (caspofungina), un medicinale già autorizzato mediante procedura centralizzata nel 2001 per il trattamento delle infezioni fungine severe nell'adulto, ha ottenuto l'estensione dell'indicazione d'uso anche ai bambini.

<http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/candidas/50283008en.pdf>

Per corrispondenza:

Maurizio Bonati

e-mail: mother_child@marionegri.it

Guardando il bambino vestito...

Danilo Falciatore

Pediatra di famiglia, Bitetto (BA)

Iniziamo con questo numero una nuova rubrica che titoliamo "Occhio alla pelle". Si tratta di casi di dermatologia pediatrica, cioè di lesioni che si vedono; da qui il titolo della rubrica e la possibilità che il solo "vedere" porti a qualche errore: talvolta grave quando la lesione è manifestazione di malattie sistemiche; talvolta meno grave quando non si è "visto" tutto quello che si doveva. La rubrica ha volutamente un tono dimesso, come quella di amici che si scambiano informazioni bevendo un caffè o chiacchiando al telefono in una pausa del lavoro. Quindi racconti brevi, poche voci bibliografiche piuttosto elementari, soprattutto qualche buona immagine. Diteci se vi piace. E, se volete contribuire, mandate i vostri casi a Pierangela Rana (pierangela.rana@tin.it)

Abstract

Looking at a dressed child

The paediatrician can easily be deceived by looking at a single, elementary skin lesion in a dressed child. Another look without clothes on can change a diagnosis from atopic eczema to inverse psoriasis.

Quaderni acp 2008; 15(6): 260-261

Key words Psoriasis. Inverse psoriasis. Epidemic influenza

Il pediatra è tratto in inganno dall'aver considerato solo una lesione elementare: quella che vedeva a paziente vestito. A paziente svestito ha poi corretto radicalmente la diagnosi: da eczema atopico a psoriasi inversa.

Parole chiave Psoriasi. Psoriasi inversa. Epidemia influenzale

Epidemia influenzale: la fretta è cattiva consigliera

L. ha 6 anni. Viene condotta nel mio ambulatorio per la prima volta in un pomeriggio di piena epidemia influenzale. Primogenita, allattata al seno per circa 6 mesi, poi latte formulato senza alcun problema. Divezza a 5 mesi. Normali le tappe dello sviluppo psico-motorio. Motivo della visita la presenza di alcune lesioni del canto interno bilateralmente (figura 1).

La mamma racconta che:

1. il padre di L. è un atopico;
2. la piccola ha sofferto di una dermatite seborroica fortemente espressiva nei primi mesi di vita;
3. ha avuto numerosi episodi di "dermatite da pannolino" con intensa iperemia della regione anogenitale; le lesioni sono regredite rapidamente dopo brevi trattamenti con un cortisonico topico.

L. da un paio d'anni soffre di frequenti episodi di congiuntivite che l'oculista ha etichettato come "congiuntivite allergica" e ha trattato con colliri a base di anti-

biotico e cortisone. L'oculista, data la frequenza degli episodi, aveva suggerito l'esecuzione di prik test. L'anamnesi di L. invece sembra essere negativa per dermatite atopica.

Le lesioni bilaterali del canto interno datano da circa un mese. Sono desquamanti, pruriginose e producono piccoli gemizi ematici che la mamma attribuisce a

grattamento. Sta facendo un trattamento con antistaminici orali.

Vedo solo la faccia e faccio diagnosi

L'epidemia influenzale mi fa commettere un errore imperdonabile: vedo la bambina piuttosto frettolosamente (capita, non è vero specie in periodi di epidemia influenzale?) e osservo solo le lesioni cantali.

Mi affido all'anamnesi personale (la congiuntivite allergica diagnosticata dall'oculista) e familiare (l'atopia del padre riferita dalla madre) e prospetto una diagnosi di eczema atopico. Su questa base propongo un trattamento con crema idratante. Programmo anche i prick test, che vengono rinviati per la terapia in atto con antistaminico orale. È bene dire che questa decisione non nasceva da una indicazione forte e indiscutibile, piuttosto dal racconto di atopia del padre e dal consiglio dell'oculista che li aveva suggeriti a causa dei frequenti episodi di congiuntivite.

Come cambia a vederla svestita!

Dopo una decina di giorni L. torna in ambulatorio per i prick test. Le lesioni sono rimaste invariate nonostante la crema idratante. I prick per inalanti e alimenti risultano negativi, ma dopo l'esecuzione (l'ambulatorio stavolta è ormai vuoto) chiedo di spogliare la bimba per valutare l'eventuale presenza di altre lesioni cutanee su altri distretti corporei. L'avessi fatto prima!

L. presenta placche bianche e poco pruriginose alle ginocchia e ai gomiti (figure 2 e 3). Sono presenti da diverso tempo,

FIGURA 1: LESIONE DEL CANTO



Per corrispondenza:

Danilo Falciatore

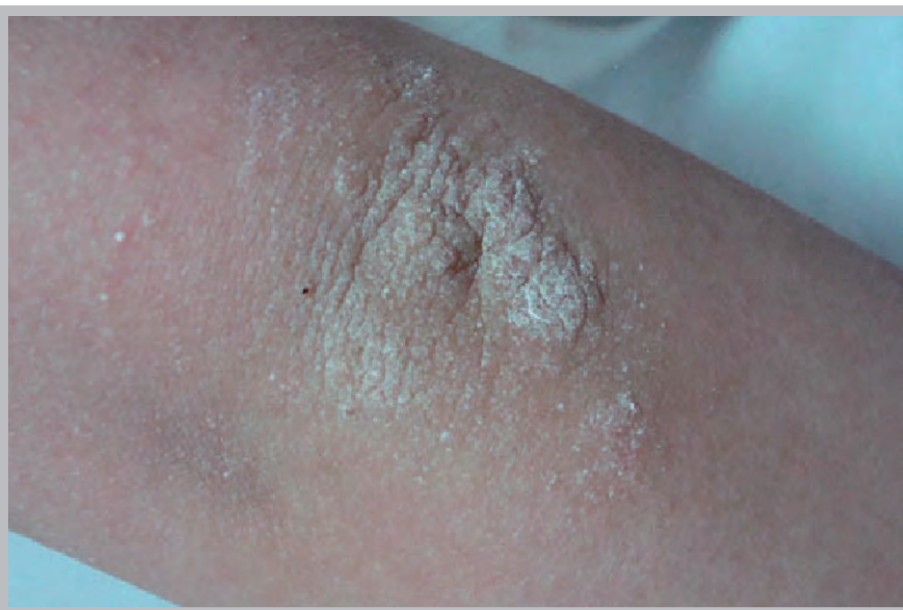
e-mail: danilo.falciatore@fastwebnet.it

occhio alla pelle

Box

La **psoriasi** è una malattia infiammatoria cronica della cute, che colpisce il 2-3% della popolazione. Si tratta di una dermatopatia a base poligenica multifattoriale che si manifesta con placche arrossate e squamose, in genere distribuite in maniera simmetrica ai gomiti, ginocchia e cuoio capelluto, ma tutta la cute può essere interessata.

La **psoriasi inversa** ha una localizzazione "inversa" rispetto alla classica interessando le pieghe, in particolare quelle inguinali e ascellari e, soprattutto in età pediatrica, anche il canto oculare.

FIGURA 2: LESIONI ALLE GINOCCHIA**FIGURA 3: LESIONI AI GOMITI**

ma perché la mamma non me lo ha detto? Perché ha sempre pensato che si trattasse di lesioni da strofinamento "perché sta sempre per terra sui gomiti e sulle ginocchia!". La mamma ci ha messo del suo e io del mio.

A questo punto tutto cambia. Si fa strada l'ipotesi che si possa trattare di psoriasi e che le manifestazioni perioculari siano "psoriasi inversa" (*vedi box*).

Provo a grattare delicatamente le placche a livello delle ginocchia, ma le lesioni sembrano difficilmente asportabili, avvalorando ancor più la mia ipotesi diagnostica. Invio le immagini ai colleghi del Forum di Dermatologia Pediatrica che confermano unanimemente la diagnosi. Consiglio di applicare a livello del canto oculare una crema a base di idrocortisone (terapia condivisa dalla maggior parte degli specialisti dermatologi) per una settimana. Si ha una rapida regressione della lesione e dei sintomi a essa associati.

Cosa ho imparato

Cosa mi ha insegnato questa esperienza? Innanzitutto che la fretta è sempre una cattiva consigliera; che bisogna farsi guidare dall'anamnesi, ma non lasciarsi fuorviare da essa; che, in caso di problemi dermatologici, è necessario visitare sempre il bambino completamente nudo per osservare l'intera superficie corporea. È ovvio, ma giova ripeterlo. ♦

Bibliografia

- [1] Bonifazi E, Garofalo L, Mazzotta F. Psoriasi infantile: clinica, prognosi e terapia. *Pediatr Dermatol* 1989;8:10-8.
- [2] Gelmetti C, Caputo R. La psoriasi nei bambini. In: Dubertret L (Ed). *Psoriasi*. Ised, 1993:248-60.
- [3] Nelson W. *Textbook of Pediatrics*. 18th Ed. Saunders, 2007:2702-3.

Un modo semplice per posizionare bene il neonato al seno

Rosellina Cosentino

IBCLC (International Board of Lactation Consultant), Giarre (CT)

Abstract

A simple way to well position a baby for breastfeeding

This simple method will help to place the baby in this intimate proximity which appears to be a "trigger" that initiates or starts up the baby, prompting breast-seeking behavior. In my clinical experience, placing the undressed baby upright between the mother's breasts and then rotating the baby's hips under the un-used breast will cause the baby to bob and seek the breast. This facilitates self-attachment and empowers both mother and baby to learn the latch-on skill without undue interference or handling from other helpers.

Quaderni acp 2008; 15(6): 262-264

Key words Breastfeeding. Latching and position. Breastfeeding support. Skin to skin

Viene proposto un semplice metodo per posizionare il neonato in modo che avvii prontamente la ricerca del seno. Il metodo viene descritto dettagliatamente, sottolineando l'importanza del contatto pelle a pelle. Il neonato va messo nudo tra le mammelle della mamma e ruotato in modo da posizionare le anche quasi sotto l'ascella controllatale: in questo modo il neonato inizierà a sbattere la testa sul petto della mamma e a cercare il seno. Ciò facilita un auto-attacco senza bisogno che l'operatore sanitario intervenga a manipolare il neonato o la mamma.

Parole chiave Allattamento materno. Attacco al seno. Sostegno all'allattamento. Contatto pelle a pelle

Molti studi hanno dimostrato l'importanza del contatto pelle a pelle fra madre e neonato; tenere la madre e il neonato a stretto contatto, per più di 50 minuti immediatamente dopo il parto, facilita il riconoscimento dell'odore del latte della madre, stimola il neonato alla ricerca del seno e aumenta la durata dell'allattamento [1-3].

Nella mia pratica clinica ho notato che subito dopo il parto, tenendo il neonato asciutto e nudo, solo con il pannolino, fra le mammelle della madre e con un telo caldo che gli ricopre la schiena, il neonato incomincerà a muovere la testa, a cercare e a ondeggiare verso la mammella. Mentre il bambino fa questo, il consiglio che si può dare alla madre è di ruotare le anche del neonato sotto la mammella opposta a quella non interessata. Questo rende più facile il "self attachment", e dà sicurezza ("empowerment") alla madre e al neonato per imparare la tecnica dell'attacco senza interferenze esterne.

Per evitare che possano insorgere problemi già nelle prime fasi dell'allattamento,

è importante valutare la posizione del neonato; in questo articolo si propone un metodo semplice per posizionare un bambino al seno: lo chiameremo "posizione Cosentino".

Scopo dell'articolo è descrivere questa tecnica e fornire le conoscenze indispensabili agli operatori sanitari per poterla applicare nella loro pratica clinica.

Il contatto pelle a pelle

Un neonato accolto fra le mammelle e le braccia della madre avrà una temperatura corporea più alta di quella del neonato messo in una culla riscaldata, anche perché il seno di una madre che allatta è più caldo di quello di una madre che non allatta [3].

Quando spiego le sensazioni e le emozioni del contatto pelle a pelle fra madre e figlio, faccio il paragone con "l'atto dell'amore". Cerco di fare riferimento a una cosa con la quale i genitori hanno esperienza, che è a loro familiare.

Chiedo di immaginare l'abbraccio con il partner con o senza i vestiti per far capi-

re la differenza di coinvolgimento emotivo. Tutto cambia con il contatto pelle a pelle: le sensazioni, le emozioni, il "bonding", gli ormoni ("l'ormone dell'amore", l'ossitocina).

Quando il contatto pelle a pelle non viene attivamente incoraggiato – e non ci sono controindicazioni per questo –, si privano la madre e il neonato di sensazioni che le parole non possono descrivere.

Allattare il neonato

È ormai nota l'importanza di allattare da 8-12 volte nelle 24 ore [5].

Se il neonato è sonnolento, è utile ricordargli che è ora di mangiare. A volte la mamma deve prendere l'iniziativa, specialmente all'inizio, nei primi giorni o nelle prime settimane. Le madri possono ricordarglielo dolcemente appoggiandolo fra le mammelle, in modo che possa sentire l'odore della madre e del suo latte. Immaginate quando vi viene messo uno squisito piatto di lasagne sotto il naso... non mi dite che questo non vi stimola l'appetito! Se, nonostante la vicinanza e l'odore del latte, il neonato continua a dormire, il miglior intervento è il contatto pelle a pelle mettendo il neonato nudo (solo con il pannolino) fra le mammelle e ricordando di coprire la parte non a contatto pelle a pelle con un telo o una copertina.

La posizione

Molta attenzione viene data all'attacco, alla suzione e alla deglutizione, ma poca attenzione viene data a come il bambino arriverà in modo istintivo e naturale alla mammella. Durante i corsi di formazione gli operatori sanitari spesso chiedono con quale metodo possono dimostrare con chiarezza come posizionare un neonato al seno senza dover toccare la madre o il neonato. L'obiettivo è di semplificare la posizione per ottenere un buon attacco. Il consiglio è di fare la dimo-

Per corrispondenza:
Rosellina Cosentino
e-mail: r.cosentino@unicef.it

saper fare

strazione usando una bambola a mo' di specchio.

Istruzioni per ottenere una posizione naturale e istintiva: l'orologio

In questa dimostrazione guideremo il neonato alla mammella **destra** (figura 1)

1. prendere in braccio il neonato e posizionarlo fra le mammelle;
2. la mano **sinistra** della madre sostiene le spalle e le orecchie del neonato;
3. la mano **destra** della madre sostiene il sederino del neonato;
4. ora la madre aiuta il neonato a muoversi verso la mammella **destra**, facendolo scivolare e ruotare, ma mantenendolo sempre a stretto contatto; (figura 2)
5. il neonato arriverà con il naso di fronte al capezzolo della mamma e il mento del neonato poggerà alla parte inferiore dell'areola della mamma come per sollevare la mammella con il mento;
6. il sederino o le ginocchia del neonato saranno sotto il braccio sinistro della madre, al sicuro, come una "pochette";
7. se l'altra mammella (**sinistra**) è voluminosa, si può mettere il neonato al sicuro sotto di essa;
8. l'avambraccio **sinistro** della madre viene messo lungo la schiena del neonato, e la mano **sinistra** sostiene le spalle. Ora la mano **destra** della madre scivola via dal sederino; (figura 3)
9. l'indice **sinistro** ora si trova sull'orecchio sinistro del neonato, per sostenere la testa. Nota bene: è **molto importante** che la nuca e la testa possano muoversi liberamente;
10. la mano **destra** della madre guida la mammella e l'areola destra verso il labbro superiore del neonato e, appena il neonato sarà attaccato, la madre chiude la posizione mettendo il braccio **destro** sotto il corpo del neonato. (figura 4)

FIGURA 1



La mamma prende in braccio il neonato e lo posiziona fra le mammelle; la mano **sinistra** della madre sostiene le spalle e le orecchie del neonato, la mano **destra** della madre sostiene il bacino.

FIGURA 2



La mamma aiuta il neonato a muoversi verso la mammella **destra**, facendolo scivolare e ruotare, ma mantenendolo sempre a stretto contatto; il neonato arriverà con il naso di fronte al capezzolo e il mento del neonato poggerà alla parte inferiore dell'areola della mamma come per sollevare la mammella con il mento; il sederino o le ginocchia del neonato saranno sotto il braccio sinistro della madre come una 'pochette'.

FIGURA 3



L'avambraccio **sinistro** della madre viene messo lungo la schiena del neonato, e la mano **sinistra** sostiene le spalle. La mano **destra** della madre scivola via dal sederino, l'indice **sinistro** si trova sull'orecchio sinistro del neonato, per sostenere la testa. Nota bene: **è molto importante** che la nuca e la testa possano muoversi liberamente. La mano **destra** della madre guida la mammella e l'areola destra verso il labbro superiore del neonato.

FIGURA 4



Appena il neonato sarà attaccato, la madre chiude la posizione mettendo il braccio **destra** sotto il corpo del neonato.

Se si guiderà il neonato alla mammella sinistra, tutto il procedimento sarà, ovviamente, invertito.

Immaginate che il neonato sia la lancetta di un orologio che parte alle 12:30 e arriva alle 3:45 o alle 9:15.

A una donna cosa serve ricordare quando comincia ad allattare? Una borsa (pochette) e l'orologio!

I neonati hanno paura di cadere, come hanno paura del vuoto. Adottando questa posizione, in cui la madre tiene il corpicino stretto, avvolto sotto le sue mammelle e la sua ascella chiusa, gli garantirà sicurezza e stabilità. ♦

Bibliografia

- [1] Anderson GC, Moore E, Hepworth J, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. The Cochrane Library (ISSN 1464-780X).
- [2] Varendi H, Porter RH. Breast odour as the only maternal stimulus elicits crawling towards the odour source. *Acta Paediatr* 2001;90:372-5.
- [3] Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, et al. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatr* 2004;93:1640-5.
- [4] Christensson K, Siles C, Moreno L, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992;81:488-93.
- [5] ILCA (International Lactation Consultant Association) Statement: 2005.

Ringraziamenti

Laura Antinucci (IBCLC, Giarre), Mario Ceirulli (pediatra, IBCLC, Perugia), Sergio Conti Nibali (pediatra, Messina), Nina Santisi (psicologa, Messina), Romana Prosperi Porta (ostetrica-ginecologa, Pisa), la Task Force del Comitato Italiano per l'UNICEF (Christoph Baker, Leonardo Speri, Anna Gimma, Isabelle Menet, Laura Baldassarre, Laura Verderosa e Patrizia Cipriani) per il sostegno nel mio percorso e per avermi incoraggiata a scrivere questo articolo.

L'ipotesi della nonna

Costantino Panza

Pediatra di famiglia, Sant'Ilario d'Enza (RE)

Abstract

The Grandmother hypothesis

Evolutionary biology has identified menopause as a specific trait of the human species. The post-reproductive lifespan of women was selected over time as an adaptive trait for the care of infants. This article describes the anthropological theory regarding grandmothers (The Grandmother hypothesis) and discusses the implications of this theory on child rearing in the past, present and future.

Quaderni acp 2008; 15(6): 265-269

Key words Grandmother. Menopause. Infant care. Infanticide. Weaning

La biologia dell'evoluzione indica come carattere peculiare della specie umana la menopausa. Il periodo di vita post-riproduttivo della donna è stato selezionato come carattere adattativo per la cura dei bambini. Questo articolo descrive la teoria antropologica sulla nonna (GH) e, in base a questa, le implicazioni passate, presenti e future sull'allevamento dei bambini.

Parole chiave Nonna. Menopausa. Cura del bambino. Infanticidio. Diveszamento

La nonna non è un'ipotesi: è una certezza. Noi pediatri conosciamo le nonne: consigli, giudizi, suggerimenti sono sempre nei loro discorsi. In ambulatorio, sono prodighe di indicazioni e di dubbi sul nostro operato, protettive fino all'eccesso sui nipoti che accudiscono. Perché esiste la nonna? Nessun'altra specie animale contempla il periodo di vita femminile post-riproduttivo che invece esiste per la femmina della nostra specie. Perché durante la nostra permanenza nel Pleistocene [glossario, voce 1] è comparso la menopausa, cioè la brusca senescenza dell'apparato riproduttore femminile, esclusiva della specie umana nonostante la programmazione genetica per una lunga aspettativa di vita? [1]

In accordo con la teoria evolutiva della senescenza, non c'è processo di selezione per i viventi in epoca post-riproduttiva; infatti, non potendo generare prole in questo momento della vita, non possiamo favorire i geni "adatti" a una vecchiaia prolungata [2]. Inoltre, la definizione biologica di vita richiede necessariamente la capacità di riprodursi. Da questo punto di vista la donna in epoca post-menopausale non rientrerebbe in tale definizione, mentre le femmine di ogni altra specie di primati e di mammiferi possono procreare anche in vecchiaia, per la loro specie, avanzata. La

questione quindi è come la selezione naturale [glossario, voce 2] ha favorito la componente della storia della vita post-riproduttiva della donna e, soprattutto, perché. Non è questa una domanda trascurabile se consideriamo il fatto che nel 2030 l'aspettativa di vita per la donna in Occidente sarà di circa novant'anni, dieci in più rispetto all'uomo: la cosiddetta femminilizzazione dell'età. E che attualmente i due terzi della popolazione sopra i sessant'anni e i tre quarti sopra i settanta sono femmine: dimensioni difficilmente spiegabili con il caso.

L'ipotesi da percorrere dovrebbe considerare il periodo di vita post-menopausale come il risultato di una selezione naturale che abbia come obiettivo il miglioramento della fitness [glossario, voce 3] che favorisce un incremento dell'investimento materno sulla propria progenie. Infatti, una fertilità prolungata ha un elevato costo in termini di fitness in quanto comporta un aumento della mortalità fetale e infantile e un rischio elevato di mortalità materna [3]. Flo, la famosa scimpanzé protagonista di numerose copertine di *National Geographic*, monitorata durante tutta la vita nel suo ambiente naturale dalla primatologa Jane Goodall, morì quarantenne, in piena vecchiaia, poco tempo dopo la morte del suo ultimogenito di sei mesi. Dopo un mese

morì anche il suo penultimo figlio di otto anni, non più sostenuto dalle cure e dalla protezione materna. Dunque, per i primati, la possibilità di avere gravidanze in età avanzata non favorisce la fitness.

La questione da risolvere quindi è se la menopausa sia un adattamento evolutivo [glossario, voce 4] in favore di un prolungato investimento materno. Si potrebbe obiettare che questo periodo di maturità della donna è solo un effetto collaterale dell'aumento della lunghezza della vita negli ultimi millenni legato al fatto che tutti gli organi, e non solo le ovaie, invecchiano. Questa ipotesi che sconfeserebbe la teoria evolutiva [glossario, voce 5] in realtà non è sostenibile. Già l'uomo che abitava il Pleistocene superiore invecchiava similmente all'uomo moderno (nelle odierne popolazioni di cacciatori-raccoglitori, l'aspettativa di vita per un individuo già adulto arriva e supera anche i 70-80 anni). Inoltre, il brusco declino nel numero degli ovociti, circa a metà della vita, non è confrontabile con il lento invecchiamento degli altri organi umani.

L'ipotesi della nonna

L'osservazione degli antropologi presso una popolazione di cacciatori-raccoglitori, gli Hadza, in Tanzania, ha suggerito una risposta. In questa società tribale dove non si conoscono agricoltura e domesticazione degli animali, e che quindi viene comparata alla storia della specie umana delle ultime centinaia di migliaia di anni, le donne in epoca post-riproduttiva sono ottime raccoglitrici di cibo. La raccolta di cibo, come tuberi o radici, in quel territorio è molto impegnativa e i bambini non sono in grado di procurarsi il loro fabbisogno energetico giornaliero. Le mamme sono sempre in grado di rifornire i loro bambini di una dieta adeguata, eccetto quando devono accudire un nuovo nato fino al suo diveszamento. La mamma che allatta non è più in grado di dedicare il tempo necessario alla raccolta del cibo; l'intervento

Per corrispondenza:
Costantino Panza
e-mail: costpan@tin.it

della nonna materna è decisivo nel sostenere il nutrimento dei nipoti e della figlia stessa, favorendo in questo modo il successo riproduttivo della figlia e migliorando così la propria fitness inclusiva [glossario, voce 6]. La nonna è la migliore fornitrice di calorie per la famiglia. Queste osservazioni sono alla base della *Grandmother hypothesis* che ha ricevuto diverse conferme da ricerche su popolazioni storiche e contemporanee [4-7].

L'ambiente della savana africana, molto secco, è stato paragonato dai paleoclimatologi come sovrapponibile alle condizioni che l'uomo del basso Pleistocene doveva affrontare per la raccolta del cibo. Gli studi di paleoantropologia confortano ulteriormente questa ipotesi [8]. Le ricerche sul campo sono state supportate anche dall'analisi teorica del confronto tra le varie specie di mammiferi attraverso lo studio del ciclo vitale dei primati e dei mammiferi di grossa taglia e l'analisi dei cicli biologici e dei modelli di sviluppo della vita di ogni specie (definiti dalla *Life History Theory* e dall'analisi dell'invarianza del "modello di Charnov") [9].

Sulla base di questi modelli di studio è stato provato che, in accordo con la *Grandmother hypothesis*, lo studio comparato con le altre specie di primati giustificava: 1) la nostra potenziale longevità, molto prolungata rispetto a tutti gli altri primati; 2) la nostra maturità in età avanzata a differenza di tutti gli altri mammiferi; 3) la menopausa all'inizio della seconda metà della vita; 4) un divezzamento più precoce rispetto agli altri mammiferi, con la possibilità di procreare un nuovo figlio prima che il precedente figlio possa essere in grado di nutrirsi da solo, con un conseguente aumento di durata del periodo fertile.

La nonna e il divezzamento

Il momento del divezzamento è più precoce nella specie umana, verso il terzo anno di età (*tabella 1*), rispetto agli altri primati. Se l'ipotesi della nonna è corretta, le donne in età fertile potrebbero avere più bambini, diversamente da quello che ci dovremmo aspettare se ci confrontassimo con gli altri mammiferi. Nello scimpanzé che vive circa 40-45 anni, il cucciolo viene divezzato non prima del sesto anno di età, mentre l'orango si stacca dal seno materno

GLOSSARIO

1. Pleistocene	Epoca geologica iniziata 1,64 milioni fa e terminata 10.000 anni fa, durante la quale ha avuto luogo quasi tutta l'evoluzione umana.
2. Selezione naturale	Processo mediante il quale, negli organismi appartenenti a una popolazione, la frequenza delle forme meglio adattate all'ambiente aumenta rispetto a quella delle forme meno adatte, nell'arco di un certo numero di generazioni.
3. Fitness	Successo riproduttivo relativo (compresa la capacità di sopravvivenza) di un gruppo di geni rispetto ad altri. La fitness si misura attraverso il successo riproduttivo, cioè dal numero medio di figli in grado, a loro volta, di riprodursi.
4. Adattamento	Tratto biologico che si è evoluto attraverso la selezione naturale o la selezione sessuale per promuovere la sopravvivenza o la riproduzione.
5. Evoluzione	Linea di modificazioni genetiche cumulative dovute alla selezione naturale, alla selezione sessuale e a eventi casuali.
6. Fitness inclusiva	È la fitness di un individuo più le fitness degli individui affini, ponderate secondo il grado di affinità, ovvero l'inclusione di geni presenti nella figliolanza o nei genitori nelle successive generazioni. La fitness inclusiva considera non solo il successo riproduttivo del singolo individuo ma anche l'influenza che egli può avere sul successo riproduttivo dei suoi parenti diversi dai discendenti diretti.
7. Cultura	L'accumulo globale di conoscenze e di innovazioni, derivante dalla somma di contributi individuali trasmessi, tramite la capacità di comunicazione, attraverso le generazioni e diffuse al nostro gruppo sociale, che influenza e cambia continuamente la nostra vita.

TABELLA 1: VALORI MEDI PER ALCUNE VARIABILI DELLA "LIFE HISTORY", PER LA SPECIE UMANA*

	Periodo medio di vita adulta	Età alla maturità	Età al divezzamento
Orango	17,9	14,3	6
Gorilla	13,9	9,3	3
Scimpanzé	17,9	13	4,8
Uomo	32,9	17,3	2,8

* Il periodo medio di vita adulta è stato calcolato in riferimento all'età più anziana tra la popolazione primitiva dei Kung (88 anni) e quella degli Ache (77 anni). [modificato da: *Proc Natl Acad Sci Usa* 1998 (95): 1336-1339].

TABELLA 2: DIVEZZAMENTO NELLA SPECIE HOMO SAPIENS*

In accordo con il peso di una donna adulta	dai 2,8 ai 3,7 anni
In accordo con il raggiungimento di un terzo del peso adulto	dai 4 ai 7 anni
In accordo con la durata della gestazione	4,5 anni
In accordo con l'età del primo concepimento	dai 3 anni
In accordo con il tempo di eruzione del primo molare permanente	5,5 - 6,5 anni

* Epoca del divezzamento valutata per la specie *Homo sapiens* in accordo con il modello di Charnov e la *Life History Theory*.

all'età di sette anni circa, rendendo la madre fertile solo dopo questo periodo. Questi confronti possono essere eseguiti sulla base della *Life History Theory* e del "modello di Charnov" che utilizza modelli matematici di invarianza per confrontare le varie fasi della vita nelle differenti specie di mammiferi e primati (tabella 2) [10-11]. Infatti, in tutte le popolazioni di cacciatori-raccoglitori e nella quasi totalità delle popolazioni tradizionali (quelle che non conoscono l'industrializzazione), normalmente il divezzamento avviene tra la fine del secondo e il quarto anno di età [12].

Nella specie umana, se dovessimo divezzare la prole dopo i sei anni di vita, come accade per lo scimpanzé, la madre avrebbe un periodo fertile ancor più ridotto, risultando altresì improponibile immaginare una gravidanza e un allevamento di un neonato in periodi più ravvicinati almeno nello scenario dell'evoluzione della nostra specie, il Pleistocene. La nascita di un bambino a distanza ravvicinata o prima del completo divezzamento del precedente figlio avrebbe portato sicuramente a un infanticidio del neonato da parte della madre [13]. La nonna contribuisce all'aumento della fertilità della figlia accelerando la crescita del lattante, favorendo così un suo più precoce divezzamento dal seno materno. Questo effetto può avvenire in due modi:

1. sostenendo l'alimentazione della figlia e del nipote, e quindi accelerando la crescita del bambino in modo da fargli raggiungere più velocemente la taglia necessaria per il divezzamento;
2. offrendo il cibo al bambino nel momento del divezzamento, quindi permettendogli di essere divezzato più velocemente [4].

La madre può, così, intraprendere una gravidanza più precoce. Questo effetto della nonna è stato misurato in alcune popolazioni, evidenziando il fatto che il beneficio si esprimeva proprio dal momento del divezzamento [14].

Altre ipotesi

Sono state proposte altre ipotesi per spiegare l'origine della nonna come un fondamentale momento adattativo della storia umana. Ma, al momento attuale, nessuna ha le conferme sul campo della *Grandmother hypothesis* [6]. Probabilmente alcune di queste ipotesi contengo-

no elementi che permetteranno in futuro di completare il puzzle della longevità umana e della prolungata infanzia nel contesto dell'evoluzione. È ancora da comprendere il ruolo del maschio, padre o nonno, sul benessere e la sopravvivenza della propria discendenza. Lo scarso investimento paterno nell'impegno verso la propria prole, in termini di accudimento e di rifornimento del cibo, attualmente viene rivalutato in base alle odierne conoscenze sull'elevato consumo di carne nella nostra specie durante il Pleistocene, sottolineando l'importanza della caccia per l'alimentazione (*Embodied capital hypothesis*) [15]. Anche la madre può migliorare la propria fitness investendo più tempo ed energia nel prolungato periodo di crescita della propria prole a condizione di avere un periodo di vita post-riproduttivo. Può anche essere valutato l'apporto delle altre donne sia fertili, sia in post-menopausa o, se sterili, chiamate "allomadri", nel sostegno ai bambini del gruppo (*Cooperative breeding hypothesis*). Probabilmente l'allevamento della prole in forma collaborativa fra più donne è stato il primordiale modello di accudimento dell'infanzia prima della comparsa evolutiva della nonna [16].

La *Grandmother hypothesis* ha come punto fermo che la nonna materna possa stare vicino alla propria figlia. Nelle attuali popolazioni il modello preminente tuttavia è la patrilocalità, dove la donna segue il marito distaccandosi dai suoi parenti. È stato ritenuto fino a poco tempo fa che anche durante il Pleistocene questo fosse il modello consueto di comportamento. Attualmente si ritiene invece che la matrilocalità sia stata un elemento costitutivo delle prime strutture sociali, e che la patrilocalità sia intervenuta (e intervenga tutt'ora) solo quando l'ambiente abbia reso necessario l'accumulo di risorse, così come avvenne durante la rivoluzione del Neolitico a causa della nuova economia basata sull'agricoltura e l'allevamento [17].

La nonna creata dai bambini

Si può dire, dunque, con sufficiente sicurezza che la nonna è stata creata dai bambini. La loro crescita con il protratto bisogno di accudimento ha fatto sì che la selezione naturale si adoperasse a investire sulla nonna, ovvero sulla precoce

senescenza delle ovaie rispetto agli altri organi. La specie umana ha così potuto accudire più intensamente e in modo più prolungato i propri cuccioli, in quanto la nostra infanzia, a differenza degli altri mammiferi di grossa taglia e degli altri primati, è molto più estesa. La mancanza di una infanzia protratta nella specie *Homo sapiens* non avrebbe mai portato alla "nascita" della nonna, ossia all'adattamento evolutivo di una parte fondamentale della nostra storia della vita.

La nonna paterna

Il mito e lo stereotipo sulla suocera indiscreta e impertinente hanno una base biologica. Mentre la nonna materna si impegna a sostenere la figlia e il nipote, con cui condivide una consistente fetta del suo patrimonio genetico migliorando così la fitness inclusiva, la nonna paterna, "la suocera", non ha la sicurezza che il nipote sia figlio del proprio figlio [18]. La nonna paterna rischia di investire le energie sul nipote sostenendo in realtà il patrimonio genetico di un altro padre, riducendo perciò la propria fitness inclusiva, non essendo garantita sulla discendenza del nipote. La monogamia nella specie umana difficilmente è rigorosa e l'adulterio risulta essere frequente [19]. L'incertezza della paternità è dovuta al fatto che l'uomo pratica coito in luoghi nascosti, a differenza delle altre specie di mammiferi. Inoltre la donna, a differenza degli altri primati, dove i genitali femminili diventano in questo periodo estremamente visibili, non fa riconoscere il suo periodo fertile e il maschio non sa mai quando il coito incontra il periodo fertile della donna. La nonna paterna, non avendo quindi "garanzie" sul patrimonio genetico del nipote, potrebbe ragionevolmente favorire il figlio senza sostenere la nuova famiglia [6].

A conferma di questa ipotesi vi sono studi demografici che riconoscono un effetto positivo sulla sopravvivenza dei nipoti in presenza della nonna materna, mentre questo effetto è sostenuto dalla nonna paterna con minore frequenza [7-14]. Addirittura, in alcune situazioni ambientali, la nonna paterna può avere un effetto negativo sulla sopravvivenza dei nipoti [7]. In un interessante studio si sono comparate due etnie in India, ed è stato verificato che, mentre in una popolazione, a carattere preminentemente

matrilocale, l'effetto protettivo sulla prole si realizzava attraverso la nonna materna, nell'altra, rigidamente patrilocale, erano le cure della nonna paterna a portare beneficio alla prole. Questo effetto è possibile perché la nuora rimane rigidamente controllata, ai limiti della segregazione, rendendo così possibile la certezza sulla paternità della discendenza [20].

La nonna e l'infanticidio

La nonna protegge dall'infanticidio. Immaginiamo uno scenario "primitivo": se il compagno viene a mancare per anzianità o incidente di caccia, la vedova sceglie un nuovo partner non solo per migliorare le possibilità di sostentamento proprie e dei figli, ma anche per avere nuovi figli. Il nuovo partner tuttavia tenderà a preferire i propri figli, favorendo così la propria fitness, ignorando o, più raramente, uccidendo deliberatamente i figli adottivi. Con l'avvento della menopausa questa situazione diventa meno probabile. La ridotta vita fertile della donna fa sì che questa si impegni per lungo tempo per la propria prole (migliorando così anche la sua fitness) mentre la possibilità di "seconde nozze" per procreare risulta poco accessibile, con la conseguenza che i figli sono più salvaguardati rispetto la presenza del genitore adottivo [21]. Che il nuovo compagno tenda a sopprimere i figli adottivi è una certezza per molte specie animali e purtroppo anche il genere umano conferma questa tendenza a un investimento parentale selettivo sulla propria progenie [22-23]. È stato altresì riconosciuto che i figli adottivi hanno un rischio aumentato di morte per incidente fino al quarto anno di età (da 20 a 80 volte) rispetto ai figli naturali o ai figli conviventi con la sola madre [24-26]. Morte per omicidio da parte del genitore adottivo (*fatal child abuse*), evento non frequente nelle risultanze forensi, ma sempre presente, o morte per mancanza di vigilanza (*neglect*) soprattutto entro i primi tre o quattro anni di vita, il risultato non cambia [25-27]. Questo contesto sembra non essere presente in alcune società di cacciatori-raccoglitori come i Kung, dove il bambino rimane quasi sempre attaccato (letteralmente) alla madre nei primi tre anni di vita, e quindi, dopo il divezzamento dal seno materno, viene accolto

nel gruppo dei bambini a giocare, sempre sotto una discreta ma sempre presente vigilanza del padre biologico o di un nonno. In questa popolazione i nonni sono considerati come fonte di vita [13], anche perché, prima dell'invenzione della scrittura, gli anziani sono stati i preziosi depositari del sapere e della cultura [glossario, voce 7], elementi indispensabili per la sopravvivenza in un habitat molto impegnativo [28]. In altre popolazioni tribali, come gli Ache, tuttavia la mancanza del padre produce un forte rischio per la prole. Il confronto tra 67 bambini cresciuti dalla madre insieme al padre adottivo, dopo che era morto il padre biologico, e 171 bambini cresciuti dai genitori biologici evidenziò che il 43% dei bambini adottivi morì entro i 15 anni rispetto al 19% dei bambini che vivevano con i genitori naturali [23]. Bisogna ricordare anche che in questa specifica popolazione la donna non è in grado di produrre un surplus di calorie da offrire alla propria discendenza; inoltre, la carne è una parte molto importante della dieta degli Ache, cosicché il contributo delle donne anziane è poco rilevante rispetto ai cacciatori [29]. Per questo motivo le donne molto anziane spesso sono uccise dagli uomini della tribù, perché non più utili [30].

Un apparentemente curioso corollario all'ipotesi che la menopausa protegga dall'infanticidio è che l'inizio della menopausa in realtà sembra cambiare a seconda delle condizioni sociali della donna. Infatti, un anticipo dell'inizio della menopausa è stato descritto se la donna ha un compagno anziano o che non la mantiene, se è povera, oppure se il marito ha relazioni extraconiugali [31]. Infine, è necessario ricordare l'attuale importanza della presenza dei nonni nella nostra società come fattore protettivo nelle situazioni a rischio di abuso familiare [32].

Il futuro della nonna

La biologia evolutiva ha selezionato la nonna come adattamento vincente per la nostra specie. Questo processo ha fatto diventare l'uomo così come lo conosciamo noi: un'infanzia prolungata, un impegnativo periodo di apprendimento; con la necessità di rifornire di molte calorie un cucciolo molto esigente in quanto dotato

di un cervello estremamente dispendioso in termini energetici, a differenza di tutti gli altri mammiferi. La natura ha scelto come strategia di successo la nonna. Questo processo, iniziato culturalmente nel Pleistocene e quindi definito geneticamente, oggi non viene più riconosciuto dalla nostra cultura. La donna è assorbita dai moderni modelli di economia e di lavoro, dove la competizione richiede di lavorare sempre più ore, e spesso si deve procrastinare sempre di più la gravidanza a causa delle esigenze del moderno mercato del lavoro, spostando la gestazione in periodi dove, nelle società tradizionali e "primitive", iniziava a rendersi disponibile come nonna, mentre la gravidanza in più giovane età, oltre a essere più sicura per la salute della donna e del nascituro, avrebbe favorito il supporto dei propri genitori [6]. Nella nostra società, inoltre, il continuo innalzarsi dell'età pensionabile riduce le possibilità per i nonni di rendersi disponibili per l'accudimento diretto dei nipoti.

In questo contesto, i bambini sono attualmente indirizzati verso uno speciale sistema di affidamento attraverso diversi tipi di agenzie educative (asili nido, scuole dell'infanzia), di cui non vi è traccia alcuna nella storia biologica della nostra specie.

Nonni e nipoti

Le attuali condizioni di prolungamento della vita e l'aumentato costo della "tecnologia sanitaria" portano oggi a un elevato impegno economico dello stato sociale verso gli anziani. Le spese per la salute e l'assistenza sociale degli anziani ammontano a oltre il 67% del totale della spesa sociale media europea, mentre le spese sociali a favore della famiglia e dell'infanzia sono solo il 7,7%. In Italia, rispetto agli altri Paesi europei, la spesa sociale rivolta agli anziani e la spesa sanitaria sono ancora più elevate rispetto alle risorse economiche dedicate all'età infantile, ammontando a un 86,7% rispetto al 4,4% devoluto alla famiglia e ai bambini [33].

Il contrasto rispetto alle scelte che la natura ha effettuato per noi è netto. La nonna è stata creata da un processo raffinatissimo, l'evoluzione, per sostenere il bambino, mentre per il futuro si può ritenere che il bambino sarà necessario perché sosterrà con il suo lavoro l'economia

sociale e sanitaria rivolta agli anziani. Nella società di oggi spesso i nonni aiutano i figli nell'allevamento dei nipoti, non più raccogliendo tuberi o cacciando come nel Pleistocene, ma sostenendo economicamente, con la loro pensione, i bisogni della famiglia. Tuttavia, la prospettata riduzione delle pensioni, associata alle aumentate esigenze sanitarie e sociali per la terza età, favoriranno nei nonni il consumo in proprio delle risorse economiche, riducendo in questo modo la loro disponibilità in sostegno ai nipoti. Oggi quindi stiamo per assistere a un capovolgimento delle prospettive culturali della nostra specie, di cui la società e la politica non sono consapevoli fino in fondo. La nonna sopravvivrà o diventerà un sottoprodotto della moderna economia capitalistica? Anche la nonna, così come altre specie viventi, è a rischio di estinzione "culturale"?

La nonna e il pediatra

La nonna non è un sottoprodotto dell'evoluzione, ma una scelta vincente per la storia della nostra specie. Alleato prezioso per la crescita, il benessere e la sopravvivenza del bambino, la nonna è stata il motore intorno a cui ruotavano l'economia e la organizzazione familiare della società primitiva. Dalla nostra posizione privilegiata di pediatri possiamo comprendere e verificare pienamente, giorno dopo giorno, la sorprendente verità dell'"ipotesi della nonna".

Durante la visita a una nuova famiglia chiediamo quindi dei nonni paterni e materni, se abitano nei pressi dell'abitazione del nipote, delle loro possibilità e del loro impegno nei confronti della famiglia. Non sono curiosità, ma abilità professionali necessarie per una corretta conoscenza della famiglia. ♦

Bibliografia

- [1] Shaw LMA. Anthropology of the menopause. *International Congress Series* 2004;1271:396-9.
- [2] Williams GC. Pleiotropy, natural selection and the evolution of senescence. *Evolution* 1957;11:398-411.
- [3] Peccei SP. Menopause. Adaptation and Epiphenomenon. In: Voland E, Chasiotis A, Schiefen-hovel W. *Grandmotherhood*. Rutgers University Press, 2005.
- [4] Hawkes K, O'Connell JF, Blurton Jones NG et al. Grandmothering, menopause, and the evolution of human life histories. *Proc Natl Acad Sci USA* 1998; 95:1336-9.
- [5] Blurton Jones N, Hawkes K, O'Connell J. Older Hazda Men and Women as Helper. *Residence Data*. In: Hewlett BS, Lamb ME. *Hunter-Gatherer Childhoods. Evolutionary, Developmental & Cultural Perspectives*. Aldine Transaction. New Brunswick, 2005.
- [6] Voland E, Chasiotis A, Schiefen-hovel W. *Grandmotherhood*. In: Voland E, Chasiotis A, Schiefen-hovel W. *Grandmotherhood*. Rutgers University Press, 2005.
- [7] Sear R, Mace R. Who keeps children alive? A review of the effects of kin on child survival. *Evolution and Human Behavior* 2008;29:1-18.
- [8] Hawkes K. Grandmothers and the evolution of Human Longevity. *Am J Hum Biol* 2003;15:380-400.
- [9] Alvarez HP. Grandmother hypothesis and Primate Life History. *Am J Phy Anthropol* 2000; 113:435-50.
- [10] Kennedy GE. From the ape's dilemma to the weanling's dilemma: early weaning and its evolutionary context. *J Hum Evol* 2005;48:123-45.
- [11] Dettwyler KA. When to Wean: Biological versus Cultural Perspectives. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):712-3.
- [12] Sellen DW. Comparison of infant feeding patterns reported for nonindustrial populations with current recommendations. *J Nutr* 2001;131:2707-15.
- [13] Draper P. Social and Economic Constraints on Child Life among the Kung. In: Lee RB and DeVore I. *Kalahari Hunter-Gatherers. Studies of the !Kung and Their Neighbors*. Harvard University Press, 1998.
- [14] Lahdenperä M, Lummaa V, Helle S, et al. Fitness benefits of prolonged post-reproductive lifespan in women. *Nature* 2004;428:178-81.
- [15] Kaplan H, Hill K, Lancaster J, et al. A theory of human life history evolution: Diet, intelligence, and longevity. *Evol Anthropol* 2000;9:156-85.
- [16] Hrdy SB. Evolutionary Context of Human Development. *The Cooperative Breeding Model*. In: Carter CS, Ahnert L, Grossmann KE, et al. *Attachment and Bonding. The new Synthesis*. The MIT Press, Cambridge 2005.
- [17] Knight C, Power C. Grandmothers, Politics, and Getting Back to Science. In: Voland E, Chasiotis A, Schiefen-hovel W. *Grandmotherhood*. Rutgers University Press, 2005.
- [18] Voland E, Beise J. Mothers in Law and Stillbirth Mortality. In: *Grandmotherhood*. Voland E, Chasiotis A and Schiefen-hovel W (Eds). Rutgers University Press, 2005.
- [19] Schmitt DP. Fundamentals of Human Mating Strategies. In: Buss D. *The Handbook of Evolutionary Psychology* Hoboken. John Wiley & Sons. 2005.
- [20] Leonetti DL, Nath DC, Heman NS, et al. Kinship Organization and the Impact of Grandmothers on Reproductive Success among the Matrilineal Khasi and Patrilineal Bengali of Northeast India. In: Voland E, Chasiotis A, Schiefen-hovel W. *Grandmotherhood*. Rutgers University Press, 2005.
- [21] Turke PW. Hypothesis: Menopause Discourages Infanticide and Encourages Continued Investment by Agnates. *Evolution and Human Behavior* 1997;18:3-13.
- [22] Parmigiani S, vom Saal FS. *Infanticide & Parental Care*. Harwood Academic Publishers, 1994.
- [23] Daly M, Wilson M. *Spepparenthood and the evolved psychology of discriminative parental solicitude*. In: Parmigiani S, vom Saal FS. *Infanticide and Parental Care* editors (Eds). Chur, Switzerland, 1994.
- [24] Harris GT, Zoe Hilton N, Rice ME, et al. Children killed by genetic parents versus stepparents. *Evolution and Human Behavior* 2007;28:85-95.
- [25] Tooley GA, Karakis M, Stokes M, et al. Generalising the Cinderella Effect to unintentional childhood fatalities. *Evolution and Human Behavior* 2006;27:224-30.
- [26] Schnitzer PG, Ewigman BG. Child Deaths Resulting From Inflicted Injuries: Household Risk Factors and Perpetrator Characteristics. *Pediatrics* 2005;116:e687-93.
- [27] Cavanagh K, Emerson Dobash R, Dobash RP. The murder of children by fathers in the context of child abuse. *Child Abuse Negl* 2007;31:731-46.
- [28] Diamond J. *Il terzo scimpanzé*. Bollati Boringhieri, 1994.
- [29] Peccei JS. A critique of the Grandmother Hypotheses: Old and New *Am J Hum Biol* 2001; 13:434-52.
- [30] Hill K, Hurtado M. *Aché life history: the Ecology and Demography of a Foraging People*. Aldine de Gruyter, USA 1996.
- [31] Kuhle BX. An evolutionary perspective on the origin and ontogeny of menopause. *Maturitas* 2007;57:329-37.
- [32] Montecchi F. Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia. Prevenzione, rilevamento e trattamento. Franco Angeli editore, 2005.
- [33] Population and social conditions. *European Social Statistics – Social protection – Expenditure and receipts – Data 1997 – 2005* EUROSTAT. *Statistic in focus*. 46/2008. 07.05.2008. Disponibile in: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1090_30070682_1090_33076576&_dad=portal&_schema=PORTAL.

Libri: occasioni per una

Un difficile tema: l'adozione nei libri per ragazzi

La narrativa per ragazzi oggi comprende titoli che trattano tutti i temi di attualità, a volte con operazioni editoriali più di mercato che di qualità, altre con attenzione e fantasia. Alcuni titoli, usciti recentemente, affrontano con garbo il tema dell'adozione.

A.G.G.



Linda Ferri
Cucciolo dei miei sogni

Edizioni e/o 2004
pp. 52, euro 12

Commovente e suggestiva storia tra due cervi che vanno, per amore, alla ricerca di un figlio. L'autrice riesce a scrivere e illustrare una storia nella quale la coppia protagonista, guidata da un amore generoso e disinteressato, va alla ricerca di un cucciolo fino a incontrare una scimmietta orfana e ad amarla perché di questo ha bisogno. Se è difficile parlare ai bambini di adozione, è necessario farlo con bambini adottati, ma non sempre vengono le parole giuste per dirlo. Linda Ferri magicamente ci riesce. Le sue illustrazioni sono colorate e dolcissime, il testo poetico è particolarmente adatto ai più piccini e l'autrice riesce a parlare di come l'adozione comporti un incontro dove all'estraneità si può rispondere con il rispetto e l'affetto perché diventi condivisione.



Marie-Sophie Vermut
Ma chi ti credi di essere?

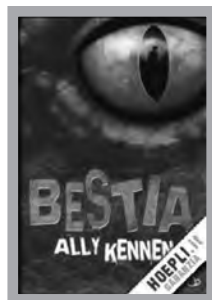
Giunti Junior, 2007
pp. 76, euro 6

Interessante questa collana della Giunti, con edizioni di vecchi titoli e nuove proposte come questa, consigliata per bam-

bini dagli 8 anni in su, che tratta un tema complesso come quello dell'adozione internazionale.

Il tono è spigliato e il racconto parte da due compagni di scuola che casualmente condividono, insieme ai loro genitori, un lungo viaggio in Vietnam per andare a prendere una sorellina. Il protagonista sa di essere un "bambino adottato": è evidente con due genitori biondi e lui tutto nero, mentre l'amico è figlio biologico dell'altra coppia.

Quest'ultima, non potendo avere altri figli per la stessa via, decide per l'adozione. La storia del viaggio è anche la storia del libro. Senza sentimentalismi, emergono problemi e difficoltà affrontati con tanta ironia. Il lieto fine è d'obbligo.



Ally Kennen
Bestia

Il Castoro edizioni, 2007
pp. 232, euro 15,50

Di tutte le esperienze genitoriali, l'affido è certamente molto difficile per genitori e bambini. Si tratta di accogliere bambini che hanno famiglie naturali fortemente problematiche alle spalle, per i quali non è possibile l'adozione ma solo l'accoglienza temporanea in una famiglia dove trascorrere un tempo in una situazione affettivamente sana, che può aiutarli a traghettare verso una maturità non troppo sofferta.

L'autrice, al suo primo romanzo, scrive la storia emozionante di un ragazzino in affido che cerca, a suo modo, di mantenere equilibrio e lucidità in una situazione apparentemente senza uscita.

Stephen, il protagonista, nasconde un segreto, la bestia appunto, che finisce per diventare metafora della sua crescita. Sono 230 pagine che si leggono d'un fiato e lasciano addosso l'idea che i giovani abbiano molte più risorse di quelle che noi adulti siamo disposti a riconoscere.

Anna Grazia Giulianelli

Leggere: salva dalla fame e trasforma una vita



Sam Savage
Firmino

Einaudi Stile Libero,
2008
pp. 180, euro 14

Firmino è l'espressione del disagio e del rischio sociale: madre crapulona ed etilista, fratelli delinquenti e dissipati, vita in un quartiere degradato, tanta fame e pochi soldi. Firmino, in questo bellissimo racconto, subisce l'effetto positivo dei buoni libri e diventa la voce di tutti quelli che considerano la lettura un prezioso cibo per l'anima: è sicuramente un grande spot pubblicitario per il progetto "Nati per Leggere". Dimenticavo di dire che Firmino è un topo, un po' sfigato ma ricco di fantasia e iniziativa. Comincia a cibarsi di libri per non morire di fame e un po' alla volta diventa un "vorace" lettore e si appassiona ai Classici della Letteratura di ogni tempo, con i quali si identifica, iniziando a confondere realtà, fantasia, sogni e desideri. La sua fortuna è di vivere in una tana in una vecchia e fornitissima libreria nella Boston degli anni Sessanta, e di avere perciò a disposizione migliaia e migliaia di libri da leggere e rileggere, imparandoli a memoria. Questo racconto, a tratti triste e malinconico ma talvolta divertente ed esilarante, è stato da molti associato alle magiche atmosfere dickensiane, ha stregato in breve tempo i lettori di tutto il mondo. Il libro è stato stampato negli Stati Uniti da una piccola casa editrice non profit in appena mille copie, ma il tam tam entusiastico dei lettori (vedrete anche voi, quando lo avrete letto!) ne ha decretato un meritatissimo soggetto. Umile derelitto e ostinato Firmino, ma anche il suo scrittore, Sam Savage, all'esordio: ex professore di filosofia, meccanico di biciclette, pescatore e carpentiere, condivide con il suo personaggio questa affer-

buona lettura

mazione di critica e di pubblico che dipende certamente dalla simpatia che suscita Firmino ma soprattutto dall'identificazione con il personaggio e la storia di tutti noi accaniti lettori e amanti della letteratura.

Fabrizio Fusco

La narrazione, strumento di comunicazione umana



Raimon Panikkar
Lo spirito della parola

Bollati Boringhieri,
2007
pp. 168, euro 10

La nostra vita e la nostra professione sono basate sulla parola parlata, scritta, ascoltata o pensata. Parola utilizzata, conosciuta, sfruttata ma, forse, mai riconosciuta pienamente. Raimon Panikkar è considerato uno dei più importanti pensatori contemporanei e in questi quattro brevi saggi rivolge il suo pensiero sulla "parola", non spiegandone l'origine o il significato, ma inquadrandola come essenza, vera e propria materia organica. Nato da madre spagnola e padre indiano, Panikkar ha sempre vissuto in armonia la religione cattolica e indù dei genitori. Sacerdote cattolico, teologo, filosofo e profondo conoscitore delle religioni orientali, l'autore ci introduce con quattro saggi ad alcune riflessioni sulla parola. Eccone alcune. Se il termine è definito da un segno, la parola è invece un simbolo che vive di vita propria. Un simbolo polisemico e polivalente, né soggettivo né puramente oggettivo, e che può significare cose differenti per differenti persone pur all'interno di un'unità. Ogni parola è un microcosmo – dice Panikkar – e porta con sé un universo che si libera rivelandosi come contenuto. La parola è la struttura ultima della realtà ed esiste solo quando c'è chi

la ascolta. Il concetto offre uno scambio di informazioni, appartiene al mondo della scienza. Mentre un concetto definisce, incornicia e delimita una descrizione, in altre parole dimostra, la parola invece mostra. La parola è narrazione, è un atto creativo di una nuova realtà, e il linguaggio della parola è più di uno strumento di comunicazione, è una forma di comunione umana. Il linguaggio dei concetti è quello della scienza, arte della terminologia precisa. Mentre la scienza non ha bisogno di parole ma solo di segni, il linguaggio delle parole è intimo della relazione, vera materia organica. Infatti le cose, come ha intuito il buddhismo, sono relazioni. La parola è "parola viva" solo quando abbraccia la cosa e gli interlocutori che in essa si relazionano. Questi sono solo alcuni spunti anche per una nostra riflessione sulla professione medica, in eterno equilibrio tra scienza e medicina narrativa, discipline che necessitano spesso di linguaggi e vocabolari ben differenti tra loro, ma anche di un diverso modo di relazionarsi con l'altro. Un libro piccolo ma ricco della meditazione e del pensiero dell'autore che infine ci introduce alla spiritualità della parola, momento inseparabile della natura umana. Imperdibile la postfazione di Giuseppe Jisò Forzani, breve quinto saggio che conclude il libro.

Costantino Panza

La storia di Gnugo zingaro saltimbanco



Gnugo De Bar, Luca Puggioli
Strada, patria sinta. Cento anni di storia nel racconto di un saltimbanco sinto

Fatatrac, 1998
pp. 52, euro 9,30
Per l'acquisto memo@comune.modena.it

Essere un buon medico è molto difficile, ma essere una buona persona lo è di più. Leggere buoni romanzi può contribuire a gettare luce su questa complessità.

Sheather J. BMJ Blog 1 maggio 2008

Uno zingaro saltimbanco, Gnugo De Bar, racconta la sua storia e quella della sua famiglia arrivata in Italia, a piedi, nel 1900.

Il libro che la raccoglie ci fa entrare nel mondo degli zingari sinti e dell'antica arte del circo, dove si mescolano fatica, tenacia e orgoglio, grandi abilità e coraggio. Sfilano sotto i nostri occhi tanti personaggi e le loro attività inusuali, dal nonno Jean contorsionista allo zio Rus equilibrista, dalle esibizioni nelle piazze con pochi attrezzi fino al primo circo con il tendone (*il sapitò*) e numeri sempre più sofisticati.

La storia dei De Bar si intreccia con la storia d'Italia, che li vedrà partecipi della resistenza, con il soprannome di "Leoni di Breda Solini" per le loro azioni audaci contro i tedeschi in quella zona del mantovano (oggi Rivarolo) e poi vittime delle leggi razziali, con la deportazione del nonno Jean in un campo di concentramento. Gli anni che Gnugo definisce i più belli della sua vita vanno dal 1950 al 1960.

Allora la gente era amica dei circensi e succedeva che, dopo lo spettacolo, "si facessero mangiate e bevute insieme agli spettatori". Poi iniziarono gli anni difficili, il pubblico calava, preferiva altri divertimenti, e gli incassi si ridussero al punto da costringere gli zingari a cercare altre attività. Diventarono perciò giostrai, cosa che permetteva loro di spostarsi e vivere in modo accettabile. Ma presto arrivarono le giostre dei *gagi* (noi che non siamo zingari), più ricche e attrezzate, che li spiazzarono. Quando negli anni '80 le Amministrazioni decisero di costruire i Campi sosta per gli zingari, anche i De Bar furono costretti ad andarci.

Nel Campo di via Baccelliera, un educatore del Comune di Modena (Luca Puggioli) ha incontrato il vecchio Gnugo e si è fatto raccontare la sua storia. L'ha trascritta nel modo più fedele possibile in questo libro, arricchendolo con fotografie e disegni particolarmente belli. Un libro che si legge e si guarda, che fa incontrare un popolo, una cultura e una storia che noi *gagi* conosciamo troppo poco.

Luisella Grandori



Si apre in Italia una importante riflessione sulla lettura e i libri nella Commissione Parlamentare per l'Infanzia. La fotografia che emerge dai dati italiani sulla lettura tra gli adolescenti è abbastanza nota a tutti. Profonde sono le differenze territoriali, altrettanto profonde le differenze relative alla diffusione delle biblioteche pubbliche; si spera quindi che da questi dati scaturisca, come si suole dire, una "presa in carico" del problema e un'azione incisiva sul nostro territorio.

In questo numero vi proponiamo inoltre i dati relativi ai libri venduti per la promozione di NpL in Italia: 136.000 e più libri non sono pochi. È bello pensare che tanti dei nostri bambini hanno nelle loro case una piccola biblioteca, specialmente nei contesti dove forse i libri non sarebbero mai entrati.

Nel frattempo, mentre NpL si rafforza ancora di più, in Abruzzo con una bella mostra fotografica, il Progetto prende avvio anche in Svizzera, diffondendosi oltre confine, dando vita a uno scambio di idee ed esperienze che sicuramente ci arricchirà. Il progetto svizzero è stato introdotto da Bibliomedia Svizzera italiana e Istituto svizzero Media e Ragazzi Ticino e Grigioni italiano TIGRI sulla scia di NpL in Italia. Vi invitiamo a visitare il sito: www.natiperleggere.ch.

Nasce invece in Toscana, a Campi Bisenzio, dall'incontro tra due esperienze di lettura e tra insegnanti e pediatri l'idea di coinvolgere ragazzi più grandi nella lettura ad alta voce per i più piccini, nelle sale di attesa dei pediatri. Un Progetto già iniziato in USA, ma che in Italia sta ancora muovendo i primi passi.

SM

NpL alla Commissione Bicamerale per l'infanzia

Il 29 gennaio 2008 Nati per Leggere è stato presentato al Seminario *Bambini, adolescenti e valore del libro*, promosso dalla Commissione Bicamerale per l'infanzia (della passata legislatura) con la collaborazione dell'Associazione Italiana Editori (AIE).

Obiettivo del seminario, che si inserisce in un programma di tre incontri su *Bambini, adolescenti e media*, è quello di descrivere il rapporto tra infanzia, adolescenza e lettura nel nostro Paese.

A questo scopo sono stati invitati componenti dell'editoria (il presidente dell'AIE Federico Motta, Marino Montanarini del Gruppo Giunti e Marzia Corraini delle Edizioni Corraini), scrittori per bambini e ragazzi (Roberto Piumini e Licia Troisi), esponenti di esperienze di promozione della lettura e della letteratura giovanile (Giovanna Malgaroli per Nati per Leggere, Nicola Galli Laforest dell'Associazione culturale Hamelin e Claudia Camicia del Gruppo di servizio per la letteratura giovanile), rappresentanti di bibliotecari e librai (Igino Poggiali dell'Istituzione Biblioteche di Roma e Silvana Sola del Consiglio direttivo dell'Associazione librai italiani - ALI) e la presidente del Coordinamento Genitori Democratici (CGD).

Gli interventi sono stati preceduti dalla relazione della senatrice Anna Serafini, presidente della Commissione Bicamerale per l'infanzia, seguita da quella di Federico Motta (AIE), e dai saluti dei sottosegretari Riccardo Franco Levi (sottosegretario di stato alla Presidenza del Consiglio con delega per l'informazione, la comunicazione e l'editoria), Danielle Gattegno Mazzonis (sottosegretario di stato per i beni e le attività culturali) e dal vice-ministro all'Istruzione Mariangela Bastico. Cristina Liverani (Doxa) e Adolfo Morrone (ISTAT) che hanno inquadrato dal punto di vista statistico la pratica della lettura in Italia.

La fotografia che ne è emersa mette in luce che:

- ▶ i bambini e i ragazzi fino ai 14 anni leggono nel tempo libero più della

media della popolazione complessiva, ma sono per lo più lettori deboli, ossia lettori al massimo di tre libri;

- ▶ 1.600.000 ragazzi tra i 6 e i 14 anni non ha contatto con i libri al di fuori dei libri di testo;
- ▶ chi legge partecipa e fruisce di tutte le altre attività culturali (televisione, videogiochi, pc, internet, sport, concerti...);
- ▶ i giovani che non leggono vivono in contesti familiari in cui non vengono dati loro alcuno stimolo e possibilità di leggere;
- ▶ la lettura è un fenomeno geograficamente connotato: da Nord a Sud la percentuale dei lettori tra i 6 e i 14 anni passa dal 71,3% della Valle d'Aosta al 30,8% della Campania.

Nella nota sotto riportiamo i dati relativi ai libri più letti nei progetti NpL.

Nati per Leggere è stato accolto con grande interesse in primo luogo dalla senatrice Serafini che, con Poggiali, ha auspicato che un'analogha sinergia possa essere messa in campo anche nei confronti degli adolescenti. Infatti nell'adolescenza la lettura, che come abbiamo visto è un fenomeno per lo più debole anche tra i ragazzi tra i 6 e i 14 anni, anziché consolidarsi si affievolisce ulteriormente.

Tutti gli operatori presenti hanno richiamato l'attenzione sulla necessità di investire in azioni trasversali di diffusione dei libri e dei servizi atti a promuoverne la lettura, attraverso una maggiore presenza di servizi bibliotecari e librerie in tutto il Paese e una campagna pubblicitaria che incida sull'immagine sociale della lettura e che raggiunga innanzitutto la televisione e il cinema.

Ci auguriamo che l'attuale Commissione parlamentare per l'infanzia, presieduta dalla on. Mussolini, non venga meno agli impegni presi dalla precedente per contribuire a dare anche al nostro Paese una strategia politica nazionale in grado di sostenere e promuovere la lettura che da più parti è stata definita fattore essenziale per lo sviluppo culturale, sociale ed economico del nostro Paese.

Giovanna Malgaroli

Nati

per Leggere

Abruzzo: concorso fotografico

Si è inaugurata presso il Salone d'ingresso dell'Ospedale "San Salvatore", di L'Aquila, la mostra "Leggere ai gambini è un gesto d'amore". È organizzata dall'Asl n. 4, dall'Associazione Culturale Pediatri di L'Aquila, dall'Arcidiocesi di L'Aquila, dall'Agenzia per la Promozione Culturale della Regione Abruzzo, dalla Federazione Sanitari e Pensionati di L'Aquila nell'ambito del progetto "Nati per Leggere a L'Aquila". La mostra costituisce la tappa finale del Concorso fotografico "Leggere ai bambini è un gesto d'amore", bandito tempo fa, e con il quale si è voluto stimolare la ricerca, in ambito locale, di quadri, immagini e quanto di iconografico ci fosse nella rappresentazione di scene dove la lettura quale "gesto d'amore" ne rappresentasse il nocciolo centrale.

Negli ultimi anni "Nati per Leggere a L'Aquila" ha trovato terreno fertile nelle varie realtà culturali, sociali e sanitarie. In particolare, grazie all'intervento del gruppo dei pediatri aquilani (le dott.sse. Vincenza Bontempo, Paola Faccia, Maria Graziani, Donatella Simongini, Teresa Gentile, Cecilia Raschiatore), assieme ad Antonello Sipari, responsabile della Biblioteca dell'Infanzia regionale.

Il cuore di NpL è amare la lettura attraverso un gesto d'amore: un adulto che legge una storia. Ogni bambino ha diritto a essere protetto non solo dalla malattia e dalla violenza ma anche dalla mancanza di adeguate occasioni di sviluppo affettivo e cognitivo.

Dal 1999 il Progetto ha l'obiettivo di promuovere la lettura ad alta voce ai bambini di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni.

Le attività e i progetti che hanno costituito l'ossatura centrale della programmazione di "Nati per Leggere a L'Aquila", hanno ruotato attorno a laboratori con alunni delle scuole d'infanzia e della scuola elementare attraverso l'organizzazione di incontri e percorsi di lettura presso la sala della Biblioteca dell'Infanzia, con la collaborazione dell'Associazione "L'UOVO", teatro stabile d'innovazione.

Il Concorso fotografico dal quale scaturisce la Mostra attuale ha preso l'avvio da una tela in olio rappresentante la Vergine Maria intenta alla lettura assieme a San Gioacchino e Sant'Anna, che si trova nella stanza attigua allo studio di Mons. Molinari, il quale, gentilmente, ne ha consentito la visione e, di conseguenza, ne ha stimolato l'idea di farne quasi un'icona del messaggio d'amore che si intende diffondere.

Toscana: due progetti a Campi Bisenzio (Fi)

Due insegnanti di scuola primaria del Circolo didattico di Campi Bisenzio si sono incontrate un giorno con una pediatra, Monica Pierattelli, con una proposta: "Che ne direbbe se portassimo nella sala d'attesa dell'ambulatorio storie scritte dai nostri alunni perché siano lette dai piccoli pazienti mentre aspettano la visita?".

Le insegnanti, Maria Rosa Bernardini e Gianna Pancani, già sapevano quale sarebbe stata la risposta, essendo a conoscenza dell'impegno nella promozione e diffusione a Campi Bisenzio del progetto "Nati per Leggere".

E così il progetto del Circolo Didattico "Libri a spasso – Regaliamo una lettura", attuato già da anni secondo diverse modalità operative, è arrivato quest'anno anche negli ambulatori pediatrici del Comune.

In questo progetto, non solo gli insegnanti leggono quotidianamente ai propri alunni, ma anche gli alunni stessi sono lettori per i compagni, per i piccoli dell'asilo nido, per gli alunni delle scuole dell'infanzia, per i nonni, per gli anziani di una residenza sanitaria assistita, nonché fruitori delle biblioteche scolastiche e di quella pubblica.

Con questa nuova iniziativa gli alunni sono anche diventati scrittori per i piccoli pazienti: le storie, le fiabe, i racconti da loro prodotti nel corso delle ordinarie attività didattiche sono usciti dalle loro aule scolastiche per essere "gustati" da tutti coloro che, di passaggio dagli ambulatori, avranno voglia di leggerli.

I testi degli alunni sono stati stampati, plastificati, raccolti e collocati nelle sale d'attesa, accompagnati da un manifesto

esplicativo, in uno spazio appositamente predisposto dai pediatri stessi.

Gli insegnanti e i pediatri pensano così di aver offerto ai bambini, alunni e allo stesso tempo pazienti, una motivazione concreta ed emotivamente significativa alla scrittura, oltre che alla lettura. Ritengono anche che per i bambini possa essere piacevole e gratificante ritrovare nell'ambulatorio qualcosa di proprio, o dei propri compagni, sicché l'ambulatorio possa essere sentito come un ambiente più familiare e l'attesa della visita sia vissuta più serenamente.

Tutti noi, pediatri e insegnanti, ci auguriamo che questa iniziativa sia compresa e apprezzata, soprattutto dai genitori, per poter aiutare i propri figli a sviluppare il gusto e il piacere di leggere.

Le insegnanti referenti del Progetto: *Maria Rosa Bernardini, Gianna Pancani.*

I pediatri di Campi Bisenzio: *Monica Pierattelli, Angela M. Pittari, Rosalba F. Fiore, Rossana Cecchi, Antonio Milanesi, Giuliana Cappellini.*

Svizzera: una lettera per noi

Il 22 aprile 2008 a Berna è stato ufficialmente presentato alla stampa il progetto svizzero NpL nelle tre lingue nazionali insieme al relativo sito Internet.

Ci ralleghiamo e desideriamo ringraziarvi per averci aiutato a esportare il Progetto nel nostro Paese. I vostri consigli, come vedete, sono stati di grande stimolo e sono "germogliati" nel migliore dei modi.

Ci farà piacere rimanere in stretto contatto con voi per continuare a scambiarci idee, iniziative, titoli ecc. Siamo contenti se ci segnalate per tempo eventuali vostri convegni regionali o nazionali. Stiamo preparando la nostra nuova guida con le bibliografie aggiornate. Non appena pronta, ve ne manderemo copia. In occasione della Fiera del libro di Bologna abbiamo potuto acquistare 2 copie della vostra nuova guida per genitori e futuri lettori, che abbiamo molto apprezzato. Vi ringrazio moltissimo. Vi auguriamo buon lavoro e un ulteriore successo per NpL.

*Antonella Castelli Media
e Ragazzi TIGRI*

I pannolini ecologici salvano l'ambiente e costano meno

Maria Edoarda Trillo

Pediatra, Direttore del Dipartimento Materno-Infantile, ASL Roma C, ACP Lazio

Parole chiave Igiene. Pannolino. Ecologia. Ambiente. Rifiuti

I pannolini usati nei primi 2-3 anni di vita di un bambino e di una bambina sono moltissimi. Nei primi mesi sono 7-8 ogni giorno, poi 5-6 e poi comunque diminuiscono fino a quando comincia l'uso del vasino: il tutto per circa 550.000 bambini che nascono ogni anno. Se li potessimo mettere tutti insieme, sarebbero una montagna di rifiuti perché tutti finiscono nei cassonetti e poi in quelle discariche o inceneritori che nessuno vuole vicino a casa.

I pannolini usa e getta usati comunemente sono di cellulosa, estratta quindi dagli alberi. È utilizzata molta acqua per fabbricarli: incidono quindi molto sull'utilizzo delle risorse ambientali. Il loro costo va dai 2000 ai 2500 euro in 3 anni.

E che facciamo allora? Facciamo a meno dei pannolini? Abbiamo un'alternativa più rispettosa dell'ambiente e che ci fa risparmiare senza tornare al vecchio *ciripà* di stoffa?

Davanti al banco del supermercato, in farmacia o nel negozio sotto casa la scelta è difficile. La pubblicità ci bombarda, i consigli degli amici ci confondono. Da maschi, da femmina, si mettono come mutandine, superassorbono, non irritano, "la pipì non c'è più", resta asciutto/a, li toglie con un gesto, fanno dormire, fanno giocare, fanno sentire grandi, costano poco, costano giusto.

In Austria e in Germania, che da molto tempo sono attente a ridurre il degrado ambientale, e ora anche in Italia, sono in commercio i pannolini ecologici: pannolini del tutto simili agli "usa e getta" ma che si lavano in lavatrice (*Greenpeace* in Germania ha calcolato che il consumo di acqua per lavarli è inferiore a quella utilizzata per produrre gli usa e getta comuni). Sono pannolini di cotone al 100% provenienti da coltivazioni biologiche, non sbiancati, con la stessa forma di quelli usa e getta e con chiusura a strappo. Sopra il pannolino si infila una mutandina in microfibra, composta da poliestere e poliuretano che, grazie alla sua natura, permette all'aria di passare ma

non all'acqua di fuoriuscire; inoltre tra sedere e pannolino viene messo un pre-pannolino ovvero un velo sottilissimo di cellulosa sbiancato all'ossigeno che consente di asportare le feci e gettarle nel water, e di essere lavato e comodamente riutilizzato nel caso sia sporco di pipì. Al cambio possono essere messi tutti in un secchio in attesa di averne una quantità idonea per un lavaggio in lavatrice a 60° oppure a bagno con mezzo bicchiere di bicarbonato. I pannolini lavabili possono essere regolati per adattarsi alla taglia del bambino/a. Questo li rende indiscutibilmente più economici: basterà acquistare i pannolini una sola volta (20-25 per poter programmare i lavaggi e di taglie diverse o a taglia unica regolabili con il velcro) e potrete usarli dalle prime settimane di vita fino al vasino. Poi li potrete tenere per un secondo figlio o per il bimbo di un'amica.

È un ritorno alla schiavitù delle faccende di casa, vissuta dalle nostre nonne e bisnonne? No, loro non avevano la lavatrice. Inoltre – questo è molto importante! – bambini e bambine ritroveranno una sensazione perduta: sentiranno il lieve fastidio di sentirsi bagnati e sarà più precoce il passaggio all'uso del vasino.

A chi non volesse proprio rinunciare a quelli usa e getta, si può ricordare che ne esistono in commercio di non sbiancati con il cloro, oppure biodegradabili fatti con materiale termoplastico a base di amido di mais (biodegradabile e compostabile) o con amido di grano. È così

inferiore l'impatto sul consumo delle risorse ambientali e sullo smaltimento dei rifiuti che alcune Regioni stanno dando dei buoni in denaro alle famiglie che fanno questa scelta: costa loro molto meno che smaltire i rifiuti!

Dove si trovano? È sempre maggiore la loro diffusione e così potete provare a ordinarli nella vostra farmacia o nel negozio di fiducia oppure potete acquistarli via internet; nella *tabella 1* riportiamo alcuni siti utili. Altro modo è rivolgersi ai Gruppi di Acquisto Solidale (GAS) della vostra zona (*vedi box*). ♦

TABELLA 1: SITI INTERNET PER L'ACQUISTO DI PANNOLINI ECOLOGICI LAVABILI*

- www.babynatura.it
- www.bimboenatura.it
- www.bellcomeilsole.it
- www.bottegadeibimbi.it
- www.ecobaby.it
- www.ecobimbi.com
- www.ipiccolissimi.it
- www.labottegadelaluna.it
- www.lotties.it
- www.mariluna.it
- www.natur-a.it
- www.newbabyberry.com
- www.nidodigrazia.it
- www.popolini.com

... o ecologici "usa e getta"

- www.moltexeco.it
- www.quibio.eu
- www.wip-srl.com

*Ci scusiamo se ne avessimo omessi

Box

I GAS, «Gruppi di acquisto solidale», sono formati da famiglie, singole persone e associazioni, che organizzano la spesa all'ingrosso saltando la distribuzione organizzata. La scelta si basa su prodotti biologici e certificati, rispettosi dell'ambiente e dei diritti dei lavoratori, da acquistare direttamente dal produttore. Obiettivo è accorciare la filiera e ottenere il miglior prezzo di mercato per alimenti vegetali e animali, prodotti per la pulizia e pannolini ecologici. Come si costituisce un GAS? Uno comincia a parlare dell'idea degli acquisti collettivi nel proprio giro di amici e, se ne trova di interessati, si forma il gruppo. Insieme ci si occupa di ricercare nella zona piccoli produttori rispettosi dell'uomo e dell'ambiente, di raccogliere gli ordini tra chi aderisce, di acquistare i prodotti e distribuirli... e si parte!

Un indirizzo internet utile per conoscere i GAS censiti nella vostra zona è il seguente: <http://www.retegas.org/index.php?module=pagesetter&tid=3>

Per corrispondenza:
 Maria Edoarda Trillo
 e-mail: mariaedoarda.trillo@virgilio.it

informazioni per genitori

Entre les murs de *La classe*

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Lo confesso: sono di parte. Pertanto, scriverò sul film *La classe* di Laurent Cantet, premiato a Cannes 2008 con la *Palma d'oro*, non come potrebbe fare uno spettatore qualsiasi, ma come uno che ha passato la sua vita *entre les murs* di un'aula. Con la logica conseguenza di una visione personalizzata, da seduta psicanalitica, giacché ho avuto la sensazione di trovarmi non all'interno di una sala cinematografica, ma nel salotto di casa e con un album di fotografie tra le mani. Lo sfoglio e, dai fotogrammi fissi, partono spezzoni di vita scolastica. Lo so: è un errore costringere gli amici a vedere fotografie con i nostri occhi e a pretendere che ne condividano i ricordi. Ma lo faccio lo stesso, perché è più forte di me e perché, in altre occasioni, sono stato io a sopportare i loro racconti di prime comunioni, nozze e gite. È così che, sfogliando le sequenze de *La classe*, non posso fare a meno di raccontare ad altri quello che io ho visto *dentro* le immagini e che, di certo, vedranno anche coloro che nella scuola ci vivono. Gli altri si accontentino pure di guardare dall'esterno, ma sappiano che la loro è una visione inevitabilmente approssimativa.

Tutto inizia con un libro autobiografico, scritto da François Bégaudeau, insegnante di Francese in una scuola media superiore di Parigi. Cantet (quello di *Verso il sud*) se ne impossessa e decide di realizzare il film. Non vuole attori professionisti e si rivolge agli stessi insegnanti e alunni che frequentano la scuola. Alla fine di un anno di incontri settimanali di recitazione, sceglie quelli più assidui. Tutti, professori e preside compresi, non devono fare altro che costruire autoritratti e interpretare se stessi. Ne viene fuori un film verità senza una sola sequenza inventata, una sola inquadratura che non richiami alla mente alunni, docenti, genitori realmente esistenti. La compressione del tempo e dello spazio fa sì che in due ore e otto minuti di proiezione venga riassunto un intero anno scolastico e che il liceo "Françoise Dolto" del ventesimo *arrondissement* di Parigi diventi una finestra aperta non solo sulla scuola francese, ma anche su quella italiana ed euro-

pea. Tutto quello che si vede in questo film, insomma, accade veramente nelle nostre scuole. Il cinema, una volta tanto, non ha preso la scuola come pretesto per narrare una sua storia; è stata la scuola che si è servita del cinema per narrare se stessa. È per questo che, invece del film, ho visto le scuole della mia carriera di insegnante, gli sfoghi di delusione dei colleghi, i consigli di classe con pareri discordi, i colloqui con i genitori, i consigli di disciplina, le chiacchiere di corridoio, il brindisi augurale alla collega incinta. Che i ragazzi del film si chiamassero Souleymane, Kohumba, Wei e Sandra e quelli dei miei ricordi Giulio, Francesco, Lucia e Naomi; che i primi provenissero dal Marocco, dal Mali, dal Giappone e dalla Cina, e i secondi da Olevano Romano e da Nettuno, dal centro di Roma e dai quartieri periferici di Primavalle, Ponte Mammolo e Tufello, è stato del tutto irrilevante. *La classe* racchiude tutte le classi, dove i bravi ragazzi e i seccioni, che gratificano il lavoro dei docenti, dividono lo stesso banco con coetanei indisciplinati, saccenti e maleducati che mettono a dura prova entusiasmo e voglia di insegnare. A differenza di tanti altri film sulla scuola, in questo *diario* di Bégaudeau-Cantet, sono del tutto assenti l'enfasi, la parodia, la drammatizzazione, la retorica. L'aula è solo il luogo dove si dà spazio al dialogo, si crede nella democrazia e si costruiscono individui, giorno dopo giorno e con pazienza infinita. È un errore quantificare il valore di un'ora di lezione facendo riferimento solo all'assistenza, alla preparazione delle lezioni e alla correzione dei compiti. Vanno valutati i successi e le sconfitte, il pericolo di perdere le staffe di fronte ai continui *perché* lanciati come provocatorie sfide, la delusione per le accuse vendicatrici e maliziose di alunne *sgallettate*, la tentazione di prendere a schiaffi il ragazzo dell'ultimo banco che non si toglie il cappellino, dà del *tu* al *prof* e diventa improvvisamente violento.

Mestiere amaro, quello del docente, che solo di rado dà la soddisfazione di vedere i frutti di quanto s'è seminato. E fa bene Carnet a non dirci chi ha vinto e chi ha perso alla fine dell'anno scolastico. L'unica sfida che propone è quella che si svolge all'interno del minuscolo cortile della scuola, con preside, docenti e alunni accomunati in una chiososa partita di

calcio. L'aula resta vuota e non sapremo mai chi è stato promosso o bocciato. Tutto è rimandato negli anni, quando sarà la vita a dare una risposta alla ragazzina che dice: "Professore, io non ho imparato nulla quest'anno, perché non capisco perché studiamo quello che studiamo".

Non è compito del cinema trovare le risposte ai conflitti e alle intolleranze che, all'interno di una classe come nella società, si scatenano per un nonnulla. Potrebbe, dovrebbe essere compito della scuola in simbiosi con la famiglia; ma dovremmo parlare di una scuola amata da tutti. Potrebbe, dovrebbe essere compito di chi governa; ma dovremmo parlare di politici e ministri che, prima di sproloquiare su un'istituzione allo sbando e da riformare, su docenti fannulloni pagati più di quanto non meritano, su tagli da operare per risanare il bilancio, abbiano, almeno per un'ora, messo piede dentro le mura di una classe composta da 25 scatenati adolescenti. ♦



La classe (Entre les murs)

Regia: Laurent Cantet

Con: François Bégaudeau, Nassim Amrabt, Laura Baquela, Cherif Bounaïdja Rachedi, Juliette Demaille, Dalla Doucoure, Arthur Fogel

Francia, 2008

Durata: 128'

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@alice.it

Efficacia della musica nei bambini oncologici

Laura Reali
Pediatra di famiglia, Roma

Abbiamo pubblicato sul numero 4 di *Quaderni acp*, a pagina 186, un articolo di introduzione alla musicoterapia. Ora proponiamo ai lettori la valutazione di un intervento musicale su bambini oncologici, utilizzando lo schema di valutazione Consort secondo quanto abbiamo pubblicato nel numero 3 di *Quaderni acp*, a pagina 120. L'articolo è di Sheri L. Robb, et al. (*Randomized controlled trial of the active music engagement intervention on children with cancer*). *Psycho-Oncology* (2007), pubblicato online in *Wiley InterScience* (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/pon.1301.

Abstract

The efficacy of music

This study regards the efficacy of music therapy for children with cancer in stressful environments as hospital wards. The intervention is based on the coping theory by which environmental factors influence the way children perceive and respond to stressful events. The active music engagement (AME) intervention has been specifically realized to encourage coping-related behaviours. Taking into consideration the methodological limits it is nevertheless a good quality study and we therefore think it useful to submit to our readers.

Quaderni acp 2008; 15(6): 276-278

Key words Cancer. Music therapy. Hospitalized children. Coping behavior

Questo è uno studio sull'efficacia della musicoterapia per bambini oncologici ricoverati in ambienti stressanti come l'ospedale, basato sulla teoria del coping, per cui l'ambiente influenza il modo in cui i bambini percepiscono e rispondono ad eventi stressanti. L'intervento di coinvolgimento musicale attivo (AME) esaminato è stato specificamente realizzato per favorire comportamenti correlati con il coping in questo tipo di bambini. Dal momento che lo studio in oggetto, pur con alcuni limiti metodologici, è di qualità piuttosto buona, ci sembra utile farlo conoscere ai nostri lettori.*

Parole chiave Tumore. Musicoterapia. Bambini ricoverati. Coping

Abbreviazioni

AME: coinvolgimento musicale attivo; **ML:** semplice ascolto di brani musicali; **ASB:** ascolto di nastri di storie da seguire su libri illustrati.

Obiettivo

In questo studio si vuole valutare l'effetto immediato di un intervento di musicoterapia AME che è stato sviluppato per favorire comportamenti di coping*, in pazienti oncologici di 4-7 anni ricoverati, rispetto a due condizioni di controllo, che prevedono una minore interattività: ML e ASB.

L'intervento AME è stato ideato partendo dalle teorie del coping [1]. È condotto da un terapeuta musicale specificamente formato, che mette al centro delle attività le azioni e le scelte proposte dal bambino, facendogli scegliere tra diversi materiali disponibili per fare musica dal vivo. I materiali sono: brani musicali per bambini, una chitarra a sei corde, vari strumenti ritmici a mano, libri musicali,

pupazzi e animali di plastica. Le attività sono suddivise in cinque categorie: canzoni di benvenuto, strumenti musicali ritmici, canzoni d'azione, canzoni illustrate su libri, canzoni di saluto. La prima e l'ultima sono attività fisse, le altre sono a scelta del bambino.

Nel controllo ML al bambino viene chiesto di ascoltare un CD di musica per bambini, realizzato appositamente per lo studio, con le stesse canzoni (stesso arrangiamento e stesse voci) usate per AME. Il bambino è libero di sedersi ad ascoltarlo oppure di fare qualsiasi altra attività. Il terapeuta musicale ha il compito di ascoltare i brani insieme al bambino e di rispondere alle sue richieste, senza guidare o indirizzare le sue attività (per esempio, se il bambino gli chiede qual-

cosa, il terapeuta può rispondere, ma non deve in alcun modo iniziare o stimolare una conversazione). Lo scopo è mettere l'intervento AME a confronto con uno stimolo pur sempre musicale, ma con minor livello di interattività.

Nel controllo ASB il terapeuta musicale presenta al paziente due libri di storie illustrate per bambini e gli chiede di sceglierne uno. Ogni libro ha un nastro audio accluso, che racconta le storie illustrate. Il terapeuta chiede al bambino di seguire la storia che ascolta dal nastro sulle figure del libro, lo aiuta e risponde alle sue richieste. Ha istruzioni precise di non usare particolari strategie aggiuntive, per attrarre la sua attenzione sul libro; ma anche di non interferire con quelle eventualmente messe in atto dai genitori, per incoraggiare il bambino stesso a interessarsi al libro.

Lo scopo è quello di mettere a confronto AME con uno stimolo uditivo non musicale, con basso livello di interattività.

Setting

Lo studio si svolge in sei ospedali pediatrici americani (Kansas City, Hershey, Cleveland, Iowa City, Indianapolis).

Disegno

RCT multicentrico, con assegnazione sequenziale, per avere lo stesso numero di partecipanti per ogni gruppo.

Campione in studio

83 pazienti oncologici in terapia (AME: 27 bambini; ML: 28; ASB: 28), reclutati al ricovero, previo consenso e assenso informato. Criteri di inclusione: età 4-7 anni, ricovero per cancro, prima lingua inglese. Criteri di esclusione: età mentale < 4 anni (secondo giudizio del medico), ricovero in terapia intensiva.

Intervento

Dopo la randomizzazione ciascun paziente reclutato viene esposto a una delle

Per corrispondenza:
Laura Reali
e-mail: laurareali@laurareali.it

musical-mente

tre condizioni: intervento AME, controllo ML, controllo ASB.

Le sedute durano 30 minuti e sono videoregistrate per facilitare la raccolta dei dati comportamentali, usando procedure di raccolta a tempi predefiniti. Sono gestite da 10 terapisti musicali (MT) diplomati, dipendenti degli ospedali, che hanno effettuato 8 ore di training specifico.

Outcome misurati

L'efficacia dell'intervento AME, rispetto alle due condizioni di controllo ASB e ML, viene valutata attraverso tre modalità di comportamenti dimostratisi correlate con il coping e misurate in studi precedenti:

PFA (*Positive Facial Affect*: Espressione Positiva del Viso); AE (*Active Engagement*: Coinvolgimento Attivo); IN (*Initiation*: Iniziativa).

PFA è un importante indicatore dell'umore, per valutare lo stress e la capacità di autocontrollo dei bambini. Quando il partecipante *sorride* o *ride* francamente, la sua espressione viene codificata come positiva, quando ha un'*espressione neutra* o *piatta*, come non positiva.

AE è un comportamento essenziale per apprendere strategie di coping positivo, allo scopo di fronteggiare l'impatto negativo dello stress del ricovero e del trattamento anti-cancro. Vengono codificate: *attività fisiche* (disegnare, fare puzzle, giocare con le bambole, suonare uno strumento, cantare, girare le pagine di un libro); *attività attentive* (fissare gli occhi su quanto viene presentato, per esempio da un adulto); *scelte* (cercare e prendere un gioco o chiederlo); *capacità di seguire le indicazioni* che vengono date.

IN è un indicatore del desiderio del bambino di esplorare il suo ambiente e di interagire con esso, una componente fondamentale dell'apprendimento. Vengono codificate: *iniziative verbali* (commenti o domande poste dal partecipante); *iniziative gestuali* (muoversi o rivolgersi verso un'altra persona o oggetto). Tali iniziative sono sempre prese dal partecipante e mai in risposta a stimoli di altre persone.

Le ipotesi

Le ipotesi sono tre: che l'intervento di coinvolgimento musicale attivo (AME) a paragone con l'ascolto passivo (ML) o con l'ascolto di nastri di storie da seguire su libri illustrati (ASB) abbia un mag-

giore effetto su: 1. espressione positiva del viso (PFA); 2. coinvolgimento attivo (AE); 3. attività di iniziativa (IN) dei partecipanti.

Osservatori indipendenti appositamente addestrati a questo tipo di valutazioni rivedono le sessioni videoregistrate e codificano la presenza/assenza di ciascuno dei tre comportamenti presi in esame, usando intervalli di tempo di osservazione predefiniti di 2 minuti. Gli otto intervalli di tempo risultanti sono materiale codificato negli stessi tempi per ciascun partecipante, così da rendere confrontabili le differenze di comportamento tramite punteggi.

È previsto un sistema di addestramento e di confronto di affidabilità inter-intra-osservatore. Per ciascuna condizione (AME, ASB, ML) è stata calcolata la frequenza media dei punteggi dei comportamenti correlati con il coping (PFA, AE, IN) per ciascun intervallo di tempo, così da esaminare tutte le modifiche del comportamento verificatesi nel tempo di osservazione. È stata calcolata anche la frequenza media combinata dei punteggi, così da confrontare gli outcome per ciascuna condizione.

Analisi statistica

Statistica descrittiva con analisi univariata per tutte le variabili e loro distribuzione, con aggiustamento per il sesso e per le misure al punto di partenza, effettuato separatamente per ogni outcome.

È stato usato ANCOVA per calcolare le medie aggiustate per ogni gruppo (AME, ML, ASB).

Follow up

La telecamera resta accesa per gli ultimi 5' in assenza del terapeuta musicale, per raccogliere dati di confronto sui comportamenti dei bambini dopo il termine della seduta.

Principali risultati

Ipotesi 1 e 2: confermate.

L'intervento AME ha prodotto la più alta frequenza media di punteggi per espressione positiva del viso (PFA) e coinvolgimento attivo (AE), seguito da ML e poi ASB per ogni intervallo di tempo, con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,0001$).

Ipotesi 3: non completamente confermata. L'intervento AME non ha avuto il maggiore effetto sulla capacità di iniziativa (IN). Invece ML ha mostrato la fre-

quenza più elevata di punteggi di iniziativa (IN) per ciascun intervallo di tempo, tranne che per l'intervallo 5, dove i punteggi di ML e AME sono risultati uguali. Però la differenza tra ML e AME è risultata significativa solo all'intervallo di tempo 1 ($p < 0,05$).

Conclusioni degli Autori

I risultati di questo studio sostengono l'ipotesi che l'uso di AME stimoli comportamenti atti a fronteggiare lo stress nei bambini di 4-7 anni, ricoverati per ricevere terapie oncologiche. L'intervento AME si è dimostrato il più efficace e può quindi essere usato per aiutare i bambini ricoverati ad apprendere e usare strategie di coping efficaci. ML non si è dimostrata così efficace come AME, ma comunque è risultata superiore ad ASB. A giudizio degli Autori, le frequenze di punteggi di iniziativa (IN), simili per i gruppi di AME e ML, sono un reperto curioso. Non si spiegano perché AME rispetto a ML produca, una frequenza più elevata di espressione positiva del viso (PFA) e di coinvolgimento attivo (AE), ma non di iniziativa (IN), e ritengono che per rispondere a questa domanda siano necessari ulteriori studi.

Commento

Il lavoro è interessante per la presentazione dello strumento AME; conferma i risultati di precedenti meta-analisi sull'efficacia degli interventi di musicoterapia, soprattutto se interattivi.

I risultati sono inoltre coerenti con la teoria motivazionale di Skinner e Wellborn, in base alla quale l'Autore principale di questo lavoro (S.L. Robb) ha ideato AME: il coinvolgimento attivo con l'ambiente e l'umore positivo sono elementi essenziali per lo sviluppo e l'uso di strategie di coping.

Molto apprezzabili le accurate descrizioni dell'intervento sperimentale, dei controlli, dei comportamenti correlati col coping e della valutazione statistica, che aiutano a capire come è stato condotto lo studio e come è stato possibile quantificare dati comportamentali in maniera oggettiva. Non altrettanto accuratamente descritti il movimento dei partecipanti attraverso i vari stadi dello studio (manca un diagramma di flusso), le date e i periodi di reclutamento, le caratteristiche

demografiche e cliniche iniziali di ciascun gruppo.

I limiti dello studio, riconosciuti dagli stessi Autori, anche se non spiegati, sono: la mancanza di misure della gravità dei sintomi dei partecipanti, la mancanza di informazioni sulle loro diagnosi, la mancanza di controllo sulla percentuale dei consensi/rifiuti di partecipare allo studio.

I primi due limiti potrebbero avere influenzato le dimensioni dell'effetto delle condizioni (AME, ML, ASB) e la robustezza dei risultati, perché rendono impossibile valutare se la risposta alla condizione di esposizione è influenzata dal tipo di malattia o dalla fase di trattamento.

La mancanza del monitoraggio del processo di consenso non ci consente di avere le percentuali e le ragioni di chi rifiutava di partecipare allo studio e non ci consente quindi di incrociare i rifiuti con le diagnosi, per valutare l'accettabilità dell'intervento AME in base al tipo di cancro e alla fase di trattamento. Aggiungerei anche che 87 partecipanti sembrano relativamente pochi a fronte di 6 ospedali coinvolti, ma non sappiamo nulla dei rifiuti, della durata del reclutamento e nemmeno dei costi, cioè della difficoltà di realizzare uno studio come questo.

A tratti viene anche il sospetto di un tentativo di sponsorizzazione dell'intervento AME, ideato per essere interattivo e posto a confronto con due condizioni meno interattive. La meno interattiva è certamente ASB: far vedere libri illustrati mentre si fa ascoltare la storia del libro da una voce registrata è una condizione del tutto passiva e assai lontana dalla situazione dialogica di NpL.

Condivisibili, anche se poco consequenziali ai risultati dello studio, le raccomandazioni che gli interventi di musicoterapia vengano fatti in futuro direttamente alle famiglie, così da renderle indipendenti dal musicoterapeuta, e che vengano esaminati gli effetti di AME nel lungo termine, per meglio valutarne l'efficacia nel tempo. ♦

Nota

[1] Per coping si intende quell'insieme di azioni cognitive e comportamenti che un soggetto mette in atto per cercare di fronteggiare l'impatto negativo di un evento stressante.

FIN DA PICCOLI

È in uscita il numero 1 del 2009 della Newsletter del CSB
L'invio è gratuito e può essere richiesto scrivendo la vostra mail a info@csbonlus.org
o chiamando il numero 040 3220447
o inviando un fax con il vostro indirizzo a 040 3224842

FIN DA PICCOLI

Aggiornamenti sulla letteratura in tema di
interventi nei primi anni di vita

Settembre-dicembre 2008 - Vol. 0 - numero 1 - pagg 1-13

FIN DA PICCOLI vuole promuovere la conoscenza della efficacia degli interventi precoci nei primi anni di vita per la salute e lo sviluppo dei bambini e che hanno poi conseguenze sulla qualità della vita dell'adulto.

Ci sono dati, infatti, che dimostrano che chi è favorito all'inizio della esistenza cumula questo vantaggio con altri nel corso della vita.

La conoscenza di questo particolare tema vuole essere ottenuta attraverso la diffusione di studi e ricerche comparsi nella letteratura internazionale.

FIN DA PICCOLI è diretto a operatori che a vario titolo si occupino di infanzia, ma anche ad amministratori locali e a tutti quelli che hanno a cuore la crescita e lo sviluppo dei bambini e in generale a quello della società.

Sommario

Gli interventi precoci: è possibile un'analisi economica
Lo stile educativo dei genitori e l'aggressività nei bambini
Stili genitoriali e problemi di comportamento dei bambini e preadolescenti
I programmi di aiuto alle famiglie: non solo soldi
Effetto distruttivo della televisione sul gioco infantile
Il documento della Commission on Social Determinants of Health

Comitato editoriale:
Giancarlo Biasini
Francesco Ciotti
Giorgio Tamburlini

Hanno collaborato a questo numero:
Giancarlo Biasini
Francesco Ciotti
Ilgino Gianì
Costantino Panza
Giovanni Simeone
Giorgio Tamburlini



FIN DA PICCOLI esce ogni 4 mesi.

Se si desidera riceverlo regolarmente scrivere a info@csbonlus.org o chiamare il n. 040 3220447 indicando di voler ricevere "FIN DA PICCOLI"



Centro per la Salute del Bambino - ONLUS
Formazione e ricerca per le cure alla Maternità,
all'Infanzia e all'Adolescenza

La Pediatria a confronto

Il 24 e 25 maggio 2008 si è tenuta a Roma la 2^a edizione del Convegno “La Pediatria a confronto”, con la partecipazione di FIMP, SIP, ACP, APOL Lazio. Oltre 500 partecipanti: era tempo che a Roma non si assisteva a una così nutrita partecipazione.

L'aspetto più rilevante emerso dal Convegno è stato il desiderio di confronto tra le diverse anime della pediatria laziale, segno questo di grande ricchezza, pur nelle rispettive particolarità. Molto interessante, anche se tradizionale, la sessione di apertura sul “dolore”, affrontato dai diversi punti di vista di ospedalieri, universitari e pediatri di famiglia. Ha fatto seguito una sessione decisamente più innovativa: cinque colleghi ospedalieri e pediatri di famiglia si sono messi in gioco (quasi tutti esordienti), illustrando cosa hanno cambiato di recente nella loro pratica quotidiana e perché. La discussione è stata molto animata e partecipata. A seguire, il punto di vista dello specializzando nella gestione del diabete.

Nel pomeriggio, i casi clinici, davvero ben presentati, hanno coinvolto l'intero auditorio fino alla fine. Nella seconda giornata il “pezzo forte” è stato la sessione sulle nuove strategie vaccinali, dove Bartolozzi e Grandori si sono confrontati sul vaccino anti-HPV. Pur essendo chiara a tutti la diversa opinione dei relatori, il tono delle presentazioni è stato molto corretto e la discussione che ne è seguita veramente animata e interessante, grazie anche alla eccellente moderazione del prof. Ugazio. È stata una buona occasione per chiarire la posizione dell'ACP, non certo contraria ai vaccini, quanto al metodo con cui vengono introdotti nella pratica quotidiana. Infine, efficacia e sicurezza dei cortisonici inalatori e della SLIT, illustrate con accuratezza dal dott. Pingitore e con passione dal dott. Miceli Sopo.

Come ACP ci siamo impegnati, nel panorama quanto mai ampio e variegato dell'Area Pediatrica Laziale, a cambiare lo stile dei congressi e a tenere aperta la via del dialogo, per uno scambio sempre costruttivo. Abbiamo avuto la netta impressione che in queste due edizioni la

sala sia stata sempre piena fino alla fine dei lavori e ci fa piacere pensare che una partecipazione così massiccia sia dovuta anche all'impostazione nuova, data dall'ACP. Il confronto tra punti di vista così diversi è stato complesso e a tratti faticoso, ma il risultato si può definire un successo: abbiamo toccato con mano quanto la Pediatria sia vivace, disposta all'incontro e all'innovazione.

Non potendo rinunciare a tutti gli sponsor, abbiamo richiesto un “congresso trasparente” e siamo in attesa della pubblicazione del bilancio.

Lucia Oliviero

Gestione condivisa del bambino con problemi assistenziali complessi

L'incontro, svoltosi a Bassano del Grappa il 7 giugno 2008, si colloca all'interno di un percorso di sensibilizzazione e informazione sulla gestione del bambino con patologia cronica, che l'Associazione ACP “Jacopo Da Ponte” ha avviato con i vari Servizi che operano all'interno della ASL, anche alla luce della proposta SIMGePeD di modello assistenziale per bambini e adolescenti con malattie genetiche e/o disabilità a elevata complessità assistenziale e per le loro famiglie.

Già da tempo, in collaborazione con il Dipartimento materno-infantile, esistono nella nostra realtà consulenze specialistiche con referenti specifici e modalità di accesso facilitato, ricavati all'interno degli Ambulatori Divisionali.

Il dialogo con i professionisti coinvolti non sempre però si realizza e la mancanza di comunicazione si ripercuote inevitabilmente sull'assistenza che presenta carenze e duplicazioni di interventi. La non ottimale conoscenza dei Servizi specialistici (organico, attività, programmi), che di fatto sono coinvolti e gestiscono diagnosi e follow-up del bambino con malattia cronica, e l'assenza di una “rete” che veda coinvolta in prima persona la figura del Pediatra di Famiglia si aggiungono ai problemi di gestione delle patologie complesse.

La preparazione della Tavola Rotonda è iniziata nei mesi precedenti invitando, all'interno dell'attività formativa della nostra ACP, i responsabili della Neuropsichiatria Infantile, della Disabilità e dell'Unità Operativa di Pediatria. È stato così possibile capire il lavoro e l'organizzazione dei Servizi con cui collaboriamo e concordare tutti sulla reale necessità di condividere un percorso comune per la gestione del bambino con patologia cronica.

All'incontro hanno partecipato, oltre ai pediatri di famiglia dell'ASL 3 di Bassano, il Direttore Sanitario e altri componenti la Dirigenza Aziendale, i rappresentanti delle Associazioni delle Famiglie e tutti gli specialisti delle UO ospedaliere e dei Servizi Territoriali, referenti per l'area pediatrica e interlocutori nella gestione del bambino con patologia cronica.

La Tavola Rotonda è stata un efficace momento di confronto tra i vari professionisti sul ruolo del pediatra di famiglia e sulle priorità ASL rispetto al bambino con patologia cronica, sulle risorse e le proposte di gestione e collaborazione dei servizi NPI, Disabilità e Fisiatria, sulle risposte della Pediatria ospedaliera rispetto alla malattia cronica, sulle difficoltà e sui bisogni delle Associazioni delle Famiglie. L'incontro si è concluso con la voglia di continuare il percorso, espressa da tutti gli operatori presenti, e con la condivisione di alcune proposte operative, da verificare a distanza di un anno: utilizzo dell'UVMD (Unità Valutativa Multidisciplinare Distrettuale) come momento di condivisione-proposta di una Cartella Informatica per la gestione pratica del programma assistenziale – corretto e puntuale utilizzo del Libretto Sanitario Regionale – attuazione della Dimissione Protetta (previo corso di formazione) – incontri di Formazione comuni ai vari specialisti/operatori – potenziamento di gruppi di auto-mutuoaiuto per le famiglie.

Mirella Finco, Patrizia Bonin

Ci si permetta di commentare: è un'ottima iniziativa che i gruppi regionali dell'ACP dovrebbero “copiare” (red).

I nuovi eletti nel Consiglio Direttivo

Nel Congresso Nazionale di Cagliari sono stati eletti nel Consiglio Direttivo: Francesco Ciotti, Mario Narducci, Stefano Gorini, Giuseppe Primavera.

Hanno terminato il loro mandato: Sandro Bianchi, Angelica Bonvino, Pino La Gamba e Francesco Morandi.

Il Direttivo è pertanto ora composto da: Gianna Patrucco, Laura Todesco, Lina di Maio, Michele Valente, Francesco Ciotti, Mario Narducci, Stefano Gorini, Giuseppe Primavera. Dei non eletti: Marina Macchiaiolo.

Auguri e buon lavoro ai nuovi, un grande ringraziamento agli uscenti.

Progetto ACP - Clinica Pediatrica di Monza: ruolo del pediatra nella conflittualità genitoriale

I genitori in conflitto sono una realtà frequente e i disagi che tali situazioni creano nei figli assumono varie forme, non ultima quella del disturbo somatico. Il pediatra di famiglia è spesso il primo professionista contattato e, come tale, potrebbe svolgere un ruolo importante sia nella prevenzione che nella diagnosi e cura dei disturbi provocati dalla separazione dei genitori. La formazione di base e permanente non prevede tuttavia un percorso specifico in questo senso. Da queste riflessioni è nata l'idea di mettere a confronto competenze diverse con l'obiettivo di offrire al pediatra elementi di conoscenza sia in campo giuridico che psicologico rispetto alle diverse situazioni legate al conflitto genitoriale: un progetto di sperimentazione e ricerca sull'efficacia della presenza di un pediatra più competente come parte attiva della rete di sostegno al bambino e ai genitori. L'intero percorso vede la collaborazione di ACP con la Clinica Pediatrica di Monza (prof. G. Maserà) e, per la sua valutazione, con il Laboratorio Materno-Infantile dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano. Sono previste la raccolta di casi e criticità inerenti all'argomento, due giornate di formazione e discussione (ottobre e

novembre 2008 – docenti F. Scaparro e A.M. Caruso); la successiva raccolta di tutti i casi ambulatoriali che arrivano all'attenzione di ciascun partecipante al corso (redatte secondo una griglia standard illustrata nelle giornate di formazione), l'analisi dei casi con report formale in un successivo incontro di valutazione e discussione collegiale dei risultati della ricerca.

Accordo di collaborazione fra ACP e Cochrane Vaccines Field

Seguendo il percorso iniziato da anni sui metodi di valutazione delle strategie vaccinali, l'ACP ha definito un accordo di collaborazione con la Cochrane Vaccines field, con l'auspicio che ne possa derivare un'ulteriore crescita professionale di tutta l'Associazione in questo ambito particolare che è spesso oggetto di controversie. Per cominciare, Tom Jefferson e Vittorio Demicheli (Cochrane Vaccines field italiana) hanno proposto di formare un gruppo di pediatri dell'ACP sulla metodologia Cochrane di estrazione e valutazione degli studi riguardanti le vaccinazioni. Come segnale visibile della nostra reciproca "alleanza", si può trovare nel sito dell'ACP il link che porta al sito "Attenti alle bufale", coordinato da Tom Jefferson, dove – al di là del tono scherzoso – si possono rilevare informazioni utili alla lettura critica della letteratura scientifica, esposte in modo semplice e accessibile anche ai meno esperti. Vi terremo informati sugli ulteriori sviluppi.

L'ACP sostiene Consumers International

L'ACP ha aderito alla "pubblicità che ingrassa" lanciata da Altroconsumo. L'obesità e il sovrappeso sono emergenze mondiali: per arginare il fenomeno è necessario un approccio multilaterale e internazionale. Per questo Altroconsumo sostiene la proposta di Consumers International (CI) – l'organizzazione mondiale dei consumatori di cui è membro – perché si adotti in sede OMS un Codice internazionale di autoregolamentazione sulla pubblicità di alimenti e

bevande destinati ai più piccoli. La finalità del Codice è quella di prevenire i danni alla salute e le conseguenze economiche e sociali legate al consumo di cibi ipercalorici e nello stesso tempo di promuovere il concetto di marketing responsabile. L'ACP ha aderito con il seguente messaggio: *"L'aumento del sovrappeso e dell'obesità nella nostra società richiede una visione globale al problema. Il pediatra non può più limitarsi ai fattori medici in senso stretto, ma deve tenere presente i determinanti distali, tra cui una scorretta pubblicità dei prodotti alimentari per l'infanzia"*.

Invitiamo tutti a firmare come "singoli" la petizione sul sito www.altroconsumo.it.

Criteri stringenti per avere il patrocinio dell'ACP

Per richiedere il patrocinio di manifestazioni scientifiche (congressi, convegni, simposi, seminari o comunque riunioni scientifiche) è necessario inviare una richiesta almeno 60 giorni prima dello svolgimento dell'evento. La domanda dovrà contenere la descrizione e le caratteristiche dell'evento, il programma dettagliato, i relatori e le relative qualifiche. La domanda sarà valutata in relazione agli obiettivi dell'attività (il programma non deve essere contrario alle finalità dell'Associazione), ai metodi didattici usati (validi e adatti al raggiungimento degli obiettivi dichiarati e al numero previsto dei partecipanti), alla verifica della presenza in aula dei partecipanti e alla verifica dell'apprendimento, oltre che alla consegna di eventuale materiale didattico. Inoltre, nell'evento da patrocinare, non devono essere presenti sezioni satellite gestite e curate da ditte farmaceutiche e/o ditte produttrici di latte e alimenti per l'infanzia. La richiesta deve essere correlata da una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi tra gli argomenti e gli eventuali sponsor. Nell'eventualità che l'evento venga sponsorizzato è necessaria una dichiarazione di non violazione del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei sostituti del latte materno OMS/UNICEF da parte degli sponsor. ♦

Milte vs IBFAN

Nell'ultimo numero di Quaderni (Quaderni acp 2008;4:192) abbiamo pubblicato la lettera di Paola Negri, vice-presidente di IBFAN-Italia che metteva in guardia i pediatri sui pericoli della campagna promozionale dei prodotti "Piùlatte" e "BestBreast". Dopo qualche giorno Ivano Bronzetti, Direttore Generale della Milte, ha inviato una lettera all'ACP e ad altre Società per stigmatizzare l'attività di IBFAN Italia (andando un po' al di là della semplice polemica sul caso in questione). L'ACP ha risposto a Bronzetti. Di seguito riportiamo le due lettere. Un unico commento: restiamo in attesa delle "evidenze" scientifiche che dovrebbero indurre alla prescrizione dei due prodotti purché siano "evidenti".

Lettera di Milte

Alla Società Italiana di Pediatria, Società Italiana di Neonatologia, Federazione Italiana Medici Pediatria, Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale, Associazione Culturale Pediatri, Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche.

Egregi Signori Presidenti, avremmo fatto volentieri a meno di tediarVi con questa nostra missiva, ma la comunicazione che avete ricevuto qualche tempo fa da tale IBFAN Italia impone una doverosa risposta. Ci scusiamo se solo ora prendiamo contatto con Voi, ma è da pochi giorni che siamo venuti a conoscenza, peraltro casualmente, dell'iniziativa dell'IBFAN, la quale si è ben guardata dal renderci edotti di un intervento che, per sua natura, dovrebbe invece consentire il rispetto delle più elementari regole del contraddittorio. Crediamo che leggendo la lettera dell'IBFAN, abbiate avuto anche Voi una precisa sensazione: tale associazione ci contesta iniziative promozionali a favore di due nostri prodotti, il galattagogo "Piùlatte", e l'integratore alimentare "BestBreast", che sono del tutto leciti in Italia come fuori dai confini nazionali. È pur vero che l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ha censurato un nostro messaggio pubblicitario, ma certo non ci ha vietato tout court di fare pubblicità e tantomeno di distribuire i nostri prodotti o farne promozione attraverso iniziative lecite: l'Autorità Garante è giudice della

pubblicità, non dei prodotti. Eppure nella lettera a Voi indirizzata dall'IBFAN iniziative come la presentazione di un prodotto a convegni, l'omaggio di campioni richiesti a consumatori, il contatto e l'informazione a operatori sanitari – tutte attività per le quali non esiste alcun divieto, né è mai intervenuta alcuna censura dall'Autorità Garante o da altro organo – vengono additate come tecniche riprovevoli per il fatto di avere ad oggetto i prodotti "Piùlatte" e "BestBreast".

Noi non conosciamo l'IBFAN e che cosa (o chi) spinga questa associazione – che si dichiara impegnata a sostenere la sicurezza dell'alimentazione infantile e il rispetto del codice dei sostituti del latte materno – a boicottare prodotti che non sono destinati ai bambini e non sono sostituti del latte materno, ma si ripropongono di aiutare la nutrice proprio nella fase di allattamento al seno e di migliorare e prolungare il più possibile quanto IBFAN sostiene di difendere. Sappiamo però che lo scorso inverno sul sito www.ibfan.org è stata diffusa la notizia secondo cui IBFAN Italia avrebbe richiesto il ritiro dal mercato dei nostri prodotti. Notizia completamente priva di fondamento, letteralmente inventata per ricevere pubblicità a favore dell'associazione a spese di Milte, e per il ritiro della quale abbiamo dovuto affidare la questione al nostro legale di fiducia.

Avrete anche notato che nella comunicazione a Voi inviata l'IBFAN non si sofferma sui nostri prodotti: li dichiara "inutili", ma nemmeno a Voi, competenti, fornisce argomenti motivati per provare un giudizio denigratorio o per consentirVi di esprimere un Vostro personale parere. Non entra nel merito dei lavori clinici svolti sui nostri prodotti o sulle opinioni, positive, espresse da decine di responsabili di reparti ospedalieri dove i prodotti vengono utilizzati. Anche questo fa parte dello stile IBFAN: lo scorso inverno, sempre sul sito www.ibfan.org, l'associazione aveva diffuso la notizia secondo cui il nostro prodotto "Piùlatte" era idoneo a minare la capacità delle donne di allattare al seno. E quale era la fonte scientifica da cui proveniva questo giudizio? Nessuna. A fronte della contestazione che affidammo, anche contro questa infondata e inaudita affermazione, al nostro legale, l'IBFAN non ha neanche provato a giustificare un giudizio gra-

tuitamente denigratorio e che ha diffuso privo di fondamento, in tutto il mondo. Noi, ripetiamo, non sappiamo chi sia l'IBFAN e che cosa (o chi) la muova. Desumiamo però sia dal loro comportamento che dagli eventi che la finalità di difesa dell'allattamento al seno che dichiarano, sia solo il frutto di una auto-proclamazione. Grazie comunque a tutti per la paziente attenzione. Cordiali saluti.

Ivano Bronzetti
Direttore Generale della Milte
Milano, 24 luglio 2008

Al direttore di Milte il 4 agosto è stata trasmessa la seguente risposta

Sig. Ivano Bronzetti, Direttore Generale Milte Italia e p.c. a SIP, SIN, FIMP, SIPPS, FNCO, IPASVI

In riferimento alla Sua lettera del 24 luglio 2008 vorremmo puntualizzare alcuni aspetti del problema che ci viene sottoposto. L'ACP ritiene che la salute dei bambini e delle loro famiglie debba essere una priorità e come tale vada difesa in tutte le circostanze, ivi comprese eventuali informazioni pubblicitarie ingannevoli. Per tale motivo l'ACP si pone sempre in atteggiamento "critico" rispetto a tutte le iniziative di marketing, avallando solo quelle basate su solide evidenze scientifiche. È questo, difatti, l'approccio che si sforza di perseguire Quaderni acp, la rivista dell'ACP.

L'ACP rispetta l'operato delle aziende produttrici di farmaci e di prodotti alimentari per l'infanzia; collabora, talvolta, con esse rispettando sempre il Codice di autoregolamentazione di cui l'Associazione si è dotata; nel sito www.acp.it potrà leggerne il contenuto. L'ACP ha più volte pubblicamente espresso vivo apprezzamento per l'attività che IBFAN Italia svolge per la difesa dell'allattamento da pratiche aggressive e scorrette. Non volendo scendere nel merito della vicenda che vede protagonisti la Milte Italia spa e l'IBFAN Italia, Le conferiamo che potremo suggerire e "sponsorizzare" l'uso dei prodotti oggetto della "diatriba" solo quando avremo a disposizione solide evidenze bibliografiche.

Intanto La salutiamo cordialmente

*Michele Gangemi, Presidente ACP
Sergio Conti Nibali, Responsabile della "Task Force per l'allattamento"*

La Carta dei Diritti dei bambini: più se ne parla e meglio è

Ho letto con molto piacere la presentazione della "Carta dei Diritti dei bambini e degli adolescenti" (Federica Zanetto, *Quaderni acp* 2008;15:234): più se ne parla, meglio è, anche se l'argomento non è nuovo ed esistono da tempo varie versioni di Carte per i bambini in ospedale. Dal 1988 (anno della sua stesura) i principi fondamentali della Carta di EACH (*European Association for Children in Hospital*), la presenza costante di un genitore, il ricovero solo in reparti pediatrici, il diritto al gioco e allo studio con personale adeguatamente preparato, sono stati riconosciuti e implementati gradualmente ma costantemente, anche grazie al loro inserimento nelle linee-guida della pediatria ospedaliera. A vent'anni di distanza dalla nascita della carta di EACH vorrei richiamare l'attenzione di tutti coloro che, a vario titolo, hanno a che fare con i bambini in ospedale (medici, infermieri, tecnici di laboratorio, animatori di gioco, insegnanti) su quanto resta ancora da fare.

► Consentire la presenza costante di un genitore durante terapie e procedure con o senza anestesia locale o sedazione; durante l'induzione dell'anestesia e subito dopo il risveglio; durante il coma o la semioscuola; in terapia intensiva neonatale.

► Adottare come prassi la prevenzione del dolore (non solo farmacologica) anche con tecniche di distrazione da apprendere con il gioco, e assicurare un'adeguata assistenza da parte di psicologi e servizi sociali.

► Contatti con i coetanei: le visite da parte di fratelli e amici non devono essere limitate secondo l'età del visitatore, ma in base alle condizioni del malato e allo stato di salute dei visitatori.

► Un ambiente che faciliti la guarigione, accogliente e attento anche alle specifiche esigenze dei bambini disabili (per esempio un esperto del linguaggio dei segni per pazienti o genitori sordi): l'accoglienza è un atteggiamento che non si limita al momento del ricovero, ma persiste durante tutta la degenza esprimendo, oltre che efficienza, anche empatia e

disponibilità ("Bene accogliere è già curare!").

► Informazione adeguata alla capacità di comprensione del bambino e dei genitori, fornita senza fretta in un ambiente tranquillo da personale capace di comunicare in modo facilmente comprensibile, consentendo anche al bambino di esprimere la sua opinione sul piano di cura. Non sempre il personale ospedaliero dispone di una formazione adeguata per comunicare e rispondere alle esigenze, anche emotive, del bambino ricoverato e della sua famiglia: occorre quindi ottimizzare il livello di preparazione soprattutto psicologica e di comunicazione di chi è a diretto contatto con i pazienti.

► Per i pazienti provenienti da culture diverse è necessario ricorrere ai mediatori linguistico-culturali che, conoscendo non solo la lingua ma soprattutto la cultura di provenienza e la loro comunicazione non verbale, facilitano la comprensione reciproca di consuetudini e norme spesso non condivise, soprattutto in materia di rapporti interpersonali. Per evitare i ricoveri impropri occorre creare un'efficiente rete di guardie mediche pediatriche sul territorio per consentire un primo screening che eviti un inutile ricorso al Pronto Soccorso, e sviluppare l'assistenza domiciliare integrata (ADI) per ridurre i ricoveri.

► EACH appoggia la ricerca clinica sui farmaci specifici per l'età pediatrica, purché il bambino e la sua famiglia siano stati adeguatamente informati e abbiano dato il loro consenso.

Per ulteriori informazioni sugli obiettivi e le attività di EACH vi invitiamo a visitare il nostro sito: www.each-for-sick-children.org.

Giuliana Filippazzi, coautore della Carta di EACH, Coordinatore di EACH (1997-2004)

L'illustrazione dei principi fondamentali della Carta di EACH apporta ulteriori elementi di riflessione e indicazioni per l'azione pratica. La consapevolezza su "quanto resta ancora da fare" e un approccio concreto ai bisogni primari del bambino in ospedale da parte delle diverse figure del mondo della cura non possono più rimanere circoscritti a occasionali specifiche esperienze.

FZ

ULSS 20 Verona
Dip. Materno-Infantile, Servizio di Pneumologia
ACP Associazione Culturale Pediatri
APCP Associazione Promozione Cultura Pediatrica

Alte e basse vie respiratorie Percorsi diagnostici Strategie riabilitative e terapeutiche DALLA TEORIA ALLA PRATICA

POLO OSPEDALIERO EST VERONESE
G. FRACASTORO - S. BONIFACIO (VR)

13 DICEMBRE 2008

Prima Sessione (ore 9,15-10,45)

Adenotonsillectomia

- Linee guida e ruolo del pediatra nella decisione di intervenire (Franco Raimo)
 - Quadri endoscopici indicativi di adenotonsillectomia (Giovanni De Rossi)
 - Russamento, OSAS, indicazioni chirurgiche: come e quando (Luana Nasetti)
 - Adenoidectomia e/o tonsillectomia: come e perché intervenire (Loredana Lombardi)
- Discussione

Seconda Sessione (ore 11-12)

Asma e sport

- Asma da sforzo: dal sospetto alla diagnosi alla terapia (Antonio Giovanni Dezio)
 - Bambino asmatico e attività sportiva: un percorso da condividere tra genitori, scuola, pediatra di famiglia e medico dello sport (Enrico Vittone)
- Discussione

Terza Sessione (ore 12-13,15)

Pneumologia, Allergologia, ORL A colloquio con il prof. Franco Panizon

- Casi clinici e problemi aperti
- Presentazione di casi clinici (Paolo Brutti - Ylenia Suzuki)

Quarta Sessione (ore 14,30-16)

Il pianeta della disabilità in pediatria

- La narrazione del paziente come strumento per l'alleanza terapeutica (Michele Gangemi)
- La risposta ai bisogni del bambino disabile (Emanuela Benassi - Marta Cornacchia)
- Disabilità e bisogni inevasi (Mauro Cinquetti)

Nel corso della sessione avverrà una breve proiezione di brani di concerti reallizzati dal complesso "Colori & Suoni" insieme a disabili della nostra ULSS

Discussione

Letture magistrali (ore 16-16,30)

- La "Pet Therapy" come strumento di riabilitazione (Gaspere Crimi)

Segreteria organizzativa: Everywhere s.r.l.
Vicolo Volto Cittadella, 8 - 37122 Verona
Tel. 045 8006786 - Fax 045 593487
E-mail: info@everywheretravel.it
www.everywheretravel.it

INDICE DELLE RUBRICHE

Acp news

Il bilancio del Convegno Argonauti 2007	1	44	Red
Rinnovo del Consiglio direttivo	1	44	Red
Le nostre "Informazioni per genitori"	1	44	Red
Lettera al Ministro Turco	1	44	Red
Al Convegno regionale ACP - Campania ricordo di Pasquale Causa	2	94	Red
Congresso Nazionale ACP 2008. Elezioni cariche direttive	3	141	Red
Un gruppo, un indice	3	141	Red
WONCA Italia. Pediatria di famiglia e Medicina generale	3	141	Red
L'ACP referente per la formazione in Valle d'Aosta	3	141	Red
I bilanci dei Congressi ACP	3	142	Red
Bilancio del Congresso Nazionale ACP 2007	5	237	Red
I nuovi eletti nel Consiglio Direttivo	6	280	Red
Progetto ACP - Clinica Pediatrica di Monza: ruolo del pediatra nella conflittualità genitoriale	6	280	Red
Accordo di collaborazione tra ACP e Cochrane Vaccines field	6	280	Red
L'ACP sostiene Consumers International	6	280	Red
Criteri stringenti per avere il patrocinio dell'ACP	6	280	Red

Aggiornamento avanzato

I progressi della genetica nella fibrosi cistica: le novità per il pediatra di famiglia	4	165	V. Galici, C. Braggion
---	---	-----	------------------------

Attualità

Lupi cattivi, agnelli consapevoli, pastori attenti	2	59	D. Chiuchì
--	---	----	------------

Caso che insegna (il)

Cefalea persistente e vomito ripetuto in una bambina obesa	5	207	L. de Seta, et al.
--	---	-----	--------------------

Congressi controllo

Trani: XIX Congresso Nazionale ACP	2	92	M. Gangemi
Abuso e maltrattamento: un lungo corso di formazione in Umbria	2	92	G. Biasini
Musica e infanzia all'abbazia di Pomposa	2	93	S. Gorini
La pandemia silenziosa	2	93	L. Todesco
Il poster INTERACT a Campobasso	2	93	S. Zarrilli
I determinanti della salute e le disuguaglianze sociali	3	138	M. Bonati
Società Europea di Pediatria Ambulatoriale: 18° Congresso	3	138	L. Reali
L'ansia cresce ma non fa crescere. Genitori, pediatri e la salute dei bambini	3	138	F. Zanetto
La mente musicale del bambino	3	139	S. Gorini
Tabiano XVI: "I nuovi bisogni" e politiche che danneggiano la salute	4	188	F. Zanetto
Immagini, parole, cura: modelli e metodi per educare alla complessità delle cure	4	188	A. Pirolo, F. Parizzi
Sui passi di Maria Bonino	4	189	F. Zanetto
Gli Argonauti IX. In viaggio per Itaca: ripartire dai bambini	5	234	I. Crupi
Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale	5	234	F. Zanetto
International Society of Drug Bulletins	5	234	M. Bonati
L'esperienza prenatale, tra neuroscienze, medicina, psicologia ed educazione	5	235	S. Gorini
"Nati per la Musica" a Busto Arsizio	5	235	F. Zanetto
La Pediatria a confronto	6	279	L. Oliviero
Gestione condivisa del bambino con problemi assistenziali complessi	6	279	M. Finco, P. Bonin

Editoriale

Malattie genetiche e disabilità a elevata complessità assistenziale	1	1	Red
La valutazione del sistema sanitario: necessità ed elusione	2	49	G. Biasini
La Coscienza Infelice e il medico del XXI secolo	3	97	E. Burgio
Relazione del Presidente al Congresso Nazionale di Cagliari	4	145	M. Gangemi
Responsabilizzare i cittadini: tassare o compensare?	5	193	G. Biasini
Santa Rita in Lombardia: cosa insegna?	5	194	Red
"FIN DA PICCOLI" una nuova iniziativa del CSB	5	195	G. Biasini
Dopo la sentenza dell'Antitrust, qualche pensiero e un augurio per il 2009	6	241	Red
Da Cagliari a Cesenatico	6	243	M. Gangemi

Esperienze

Concentrare i consultori familiari e differenziarne le attività	1	33	M. Farneti, O. Rossi
L'assistente sanitaria nell Percorso Nascita dei consultori familiari della Valle d'Aosta	1	35	Assistenti Sanitari
Nati per Leggere in ambulatorio	2	75	C. Panza
La sessualità degli adolescenti	5	210	O. Rossi
Il lutto per la morte di un figlio e il sostegno alla famiglia	6	249	P. R. Brunelli, et al.

Farmacipi

Contro la tosse è meglio il miele	2	85	A. Clavenna, F. Fortinguerra
Molte novità sui farmaci per bambini	3	131	A. Clavenna, F. Fortinguerra
Informazioni sui farmaci: novità in Europa e in America	4	181	A. Clavenna, F. Fortinguerra
La vicenda dell' Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)	5	224	M. Bonati
Paracetamolo e fenilefrina: aggiornamenti sulla sicurezza di impiego	6	259	A. Clavenna, F. Fortinguerra

Film

Rosso Malpelo: tra Verga e Scimeca	1	41	I. Spada
Da Rashomon a You Tube	2	88	I. Spada
Gli occhi verso il cielo: Il cacciatore di aquiloni di Marc Forster	3	140	I. Spada
I ragazzi di Gomorra	4	190	I. Spada
Non solo calcio in L'anno in cui i miei genitori andarono in vacanza	5	236	I. Spada
Entre les murs de La classe	6	275	I. Spada

Humanities

L'arte della Medicina. Le muse nei reparti di Medicina	5	202	D. Ofri
--	---	-----	---------

Il caso che insegna

Grave shock dopo una dose di cefaclor per os	1	30	F. Pannuti, et al.
--	---	----	--------------------

Info

Sit-in in difesa dell'allattamento	1	20	Red
Commissione parlamentare in difesa dell'allattamento materno	1	20	Red
"Ospedale Amico dei Bambini": siamo a 14	1	20	Red
Nasce l'Osservatorio nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza	1	20	Red
Povertà globale e riviste mediche	1	21	Red
Il caso Iraq	1	21	Red
Il caso Birmania	1	21	Red
Plasmon multata	1	21	Red
Guida per le famiglie veicolata dalla Plasmon	1	21	Red
Pubblicità trasparente	1	21	Red
Videogiochi: in Italia, nel 2006 spesi oltre 740 milioni	1	21	Red
Internet serve per promuovere salute?	2	68	Red
È nato AliBaBa	2	68	Red
Farmacie amiche del bambino	2	68	Red
Inaugurata a Milano la prima "culla per la vita"	2	68	Red
Nuove linee-guida per l'autismo	2	68	Red
WONCA Italia	2	68	Red
La farina di guar (yogurt, gelati, dolciumi ecc.) inquinata da diossina	2	69	Red
Finanziaria: no ai principi attivi	2	69	Red
Parlamento europeo: tre ore settimanali di sport	2	69	Red
Piano sanitario europeo senza soldi	2	69	Red
Statistiche di salute in Sudamerica	2	69	Red
Salute delle donne in Brasile	2	69	Red
Vaccinazione contro il papillomavirus: due morti sospette dopo somministrazione del vaccino Gardasil	3	118	Red
Linee di indirizzo nazionali sull'allattamento	3	118	Red
Congedi parentali: nuove norme	3	118	Red
La Bayer regala	3	118	Red
La carneficina dei minori	3	118	Red
La fiction medica: che passione!	3	119	Red
La devolution del sistema sanitario in UK	3	119	Red
In Inghilterra la pressione contro l'omeopatia è in crescita	3	119	Red
Nasce il Comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento al seno	4	150	Red
Sono 17 gli "Ospedali Amici dei Bambini"	4	150	Red
Ricoveri ospedalieri 2005	4	150	Red
L'esercito di Farmindustria	4	150	Red

WONCA Italia: Pediatra di famiglia e Medicina generale	4	150	Red		
Botulismo	4	150	Red		
Reggio Emilia: buono sconto per gli eco-pannolini	4	151	Red		
Rapporto <i>Save the Children</i> sulla salute materno-infantile	4	151	Red		
Vioux. La Merck paga i danni: 5 miliardi di dollari	4	151	Red		
Ospedale: cala il fatturato del pubblico; cresce quello del privato	5	200	Red		
Gli specializzandi in guardia da soli	5	200	Red		
Ministro, viceministro o sottosegretario?	5	200	Red		
Donne ai vertici delle Aziende sanitarie	5	200	Red		
Medici senza frontiere lancia un sito internet	5	200	Red		
Crollo del mercato dei farmaci	5	201	Red		
Health Literacy e disuguaglianze	5	201	Red		
La storia di Ama Sumani	5	201	Red		
La mente e la salute	5	201	Red		
Il figlio del soldato Kevian	5	201	Red		
L'acqua e la salute	5	201	Red		
I determinanti sociali della salute: chi sono costoro?	6	256	Red		
Asili-nido: pochi e deprofessionalizzati	6	256	Red		
Livelli essenziali delle prestazioni sociali: servizi prioritari per la prima infanzia	6	256	Red		
Spesa sanitaria 2006	6	256	Red		
Farmacia Amica dell'Allattamento Materno	6	256	Red		
UK: 2 milioni di sterline per il sostegno all'allattamento	6	257	Red		
Via libera allo screening metabolico del Veneto	6	257	Red		
Test genetici fai-da-te	6	257	Red		
Eco-comportamenti per i medici	6	257	Red		
Antibiotici nelle virosi? No grazie, dottore	6	257	Red		
Valutazioni periodiche per i medici inglesi	6	257	Red		
Informazioni per genitori					
Come preparare in casa il latte in polvere	1	40	S. Conti Nibali		
Informazioni per aiutare un bambino e un genitore. Da 0 a 5 anni	3	132	S. Manetti, A. Brunelli		
Informazioni per aiutare un genitore e un bambino da 0 a 5 anni	5	226	S. Manetti, A. Brunelli		
I pannolini ecologici salvano l'ambiente e costano meno	6	274	M. E. Trillo		
Leggere e fare					
Linee guida a confronto	1	26	R. Buzzetti		
Analisi con CONSORT di un RCT sui probiotici nella diarrea. Un esercizio	3	120	L. Reali		
Lettere					
Forum dei lettori sui consultori familiari	1	45	Red		
Malastampa	2	95	Red		
Concorsi e politica	2	95	E. Marri		
Ritornare al Progetto Obiettivo Materno-Infantile: per Consultori e altro	2	96	F. Ciotti		
La tetta di caucciù	3	143	A. Ceccacci		
Campioni omaggio: peggio per chi li invia	3	143	Red		
Il divorzamento e le (cattive?) abitudini dei genitori	3	144	L. Piermarini		
Numero di pediatri o numero di medici. Siamo stati corporativi?	4	191	G. Biasini		
IBFAN e campagna promozionale "PiùLatte" e "BestBreast"	4	192	S. Conti Nibali		
La vicenda FIMP - Antitrust: tanto tuonò che piovve	5	238	S. Conti Nibali, et al.		
Uno specializzando in dubbio	5	239	L. Reali		
Pochi pediatri? Ma davvero?	5	239	L. Reali, A. Brunelli		
Una mamma ringrazia	5	240	Barbara		
Milte vs IBFAN	6	281	M. Gangemi		
La Carta dei Diritti dei bambini: più se ne parla e meglio è	6	281	FZ		
Libri					
Diario di una paziente	1	38	G. Biasini		
Cattive acque	1	38	G. Biasini		
Il Re del Mercato	1	39	F. Zanetto		
I viaggi perduti. Suoni immagini e parole	1	39	M.F. Siracusano		
Un ospedale a misura di bambino	2	86	G. Biasini		
Il sopravvissuto	2	86	F. Fusco		
Attaccamento e costruzione evolutiva della mente	2	87	L. Rabbone		
L'eleganza del riccio	2	87	M. F. Siracusano		
Napoleon Champignon	3	134	A. G. Giulianelli		
L'Anatra, la Morte e il Tulipano	3	134	A. G. Giulianelli		
Bisognerà	3	134	A. G. Giulianelli		
La modista	3	135	M. Gangemi		
Dieci	3	135	F. Fusco		
La sovrana lettrice	4	182	S. Manetti		
Modi di morire	4	182	C. Panza		
Sono qui con te	4	182	A. Volta		
Lo zen di Palermo. Antropologia dell'esclusione	4	183	C. Panza		
Leggere il futuro	5	230	G. Biasini		
Armi, acciaio e malattie	5	230	C. Panza		
Mappe del tesoro	5	230	G. Biasini		
La solitudine dei numeri primi	5	231	F. Fusco		
Cucciolo dei miei sogni	6	270	A. G. Giulianelli		
Ma chi ti credi di essere?	6	270	A. G. Giulianelli		
Bestia	6	270	A. G. Giulianelli		
Firmino	6	270	F. Fusco		
Lo spirito della parola	6	271	C. Panza		
Strada, patria sinta	6	271	L. Grandori		
Musical-mente					
La musicoterapia in una prospettiva multidisciplinare	4	186	F. Suvini, et al.		
Efficacia della musica nei bambini oncologici	6	276	L. Reali		
Narrative medicine					
Il pediatra: vittima o complice?	4	175	M. Gangemi		
Storie di malattia. "Il capitale" di Piero Camporesi	5	204	G. Cerasoli		
Nati per Leggere					
Puglia	1	42	R. Cavallo		
Lombardia	1	42	P. Rogari		
Lazio	1	42	F. Melideo		
Il battesimo di Angelica	1	43	F. Luchino		
La musica delle parole	2	89	A. Del Gobbo		
Basilicata	3	136	N. D'Andrea		
Piemonte	3	137	L. Mangiarotti		
Napoli: Nati per Leggere in ospedale	4	184	S. Belluccio		
Emilia-Romagna. NpL a Santarcangelo di Romagna	4	185	S. Balestra		
Malise: ad Agnone, un libro per ogni neonato	4	185	Red		
Valle d'Aosta	5	232	M. Mazzella, L. Pomi		
Piemonte	5	232	P. Ganio Vecchioloni		
Puglia	5	233	PDF di Palagiano		
Seminario Nazionale a Lugo	5	233	Red		
NpL alla Commissione Bicamerale per l'infanzia	6	272	G. Malgaroli		
Abruzzo: concorso fotografico	6	273	Red		
Toscana: due progetti a Campi Bisenzio (Fi)	6	273	Red		
Svizzera: una lettera per noi	6	273	A. Castelli		
Occhio alla pelle					
Guardando il bambino vestito...	6	260	D. Falciatore		
Organizzazione sanitaria					
La Carta dei diritti del bambino/adolescente in ospedale: gli obiettivi disattesi	3	115	G. Filippazzi		
Osservatorio internazionale					
Lanciato dall'UNICEF IRC il Rapporto "Caring for Children Affected by HIV/AIDS"	1	22	Red		
Le caramelle di Ugo: un'esperienza in Uganda	1	23	E. Canidio		
Le relazioni tra medici e industria	2	70	A. Cattaneo		
E se arriva la pandemia?	2	72	T. Jefferson		
A proposito di vaccini pre-pandemici	4	152	F. Giovanetti		
Il bambino viaggiatore internazionale	5	228	A. Labruzzo		
Medici di domani che guardano lontano	5	228	A. Labruzzo		
Perunmondopossibile					
Inquinamento indoor e anemia, inquinamento atmosferico e asma	2	83	L. Todesco, G. Toffol		
Proposte					
Le linee-guida su faringotonsillite e otite media acuta della Regione Emilia-Romagna	2	76	S. Di Mario, et al.		
Può esistere una sindrome di Munchausen by doctors? O si tratta di una provocazione?	5	213	I. Marinelli		
Punto su (il)					
Relazione genitoriale e relazione terapeutica nell'ambulatorio del pediatra	2	78	F. Ciotti		
La malattia reumatica: una patologia dimenticata?	3	126	F. De Maddi, P. Siani		
Ricerca					
Sensibilità dei pediatri e delle infermiere alla prevenzione e terapia del dolore in ospedale	1	8	L. de Seta, et al.		
La preparazione casalinga del latte in polvere: si rispettano le regole di sicurezza?	1	15	C. Carletti, A. Cattaneo		
Le informazioni sull'allattamento al seno alle donne italiane e straniere in Toscana	2	50	M. Puglia, et al.		

La posizione nel sonno: confronto 2002-2005 nella Regione Emilia-Romagna	3	99	<i>L. Ronfani, et al.</i>	Un modo semplice per posizionare bene il neonato al seno	6	262	<i>R. Cosentino</i>
La prescrizione antibiotica sistemica nella pratica del pediatra di famiglia	3	106	<i>A. Nova, et al.</i>	Scenari			
Inquinamento ambientale e salute dei bambini.	4	147	<i>G. Toffol</i>	Gastroenterite acuta: è ancora indicata la "dieta in bianco"?	2	73	<i>E. Cama, et al.</i>
Conoscenze e bisogni di pediatri italiani	6	244	<i>L. Valenari, et al.</i>	Racecadotril e diarrea: un farmaco nuovo, efficace e utile?	4	171	<i>R. Ciambra, et al.</i>
Pratiche ospedaliere a confronto				Statistiche correnti			
Research letters				Rapporto annuale 2007 sulla situazione socio-sanitaria del Paese	3	124	<i>G. Cirillo</i>
Diagnostica immunoenzimatica della mononucleosi infettiva con test rapido	2	56	<i>G. Tamaro, et al.</i>	La relazione 2005-2006 sullo stato sanitario del Paese	4	159	<i>G. Cirillo</i>
Saggi				Ten stories			
L'ipotesi della nonna	6	265	<i>C. Panza</i>	Progressi nella cura e prevenzione della malaria: malattia mortale non più mortale	5	225	<i>S. Manetti</i>
Salute pubblica				L'influenza aviaria arretra, ma rimane la minaccia di una pandemia nell'uomo	6	255	<i>S. Manetti</i>
Un percorso di sorveglianza e gestione delle reazioni avverse ai vaccini	2	63	<i>L. Grandori, et al.</i>	Vaccinacipi			
Il degrado ambientale: ci sono compiti per i medici pratici?	3	112	<i>P. R. Krauss</i>	Vaccino contro il papillomavirus: cosa succede, cosa si dice, cosa dire	1	37	<i>L. Grandori</i>
Impianti di incenerimento e salute umana	5	196	<i>G. Primavera</i>	Meningococco: teniamolo d'occhio!	2	84	<i>L. Grandori</i>
Saper fare				E il morbillo come va?	3	130	<i>L. Grandori</i>
La promozione della lettura in famiglia nel contesto del sostegno della genitorialità	1	4	<i>P. Causa</i>	Vaccinare contro il rotavirus, ma siamo sicuri?	4	180	<i>L. Grandori</i>
Saper affrontare il ritardo mentale	4	177	<i>F. Ciotti</i>	I vaccini del futuro e il futuro delle vaccinazioni	5	223	<i>L. Grandori</i>
Lo svezzamento e oltre, secondo natura: gli attori, la posta in gioco, gli strumenti	5	216	<i>M. Iaia</i>	Antinfluenzale e antipapillomavirus, due vaccinazioni molto chiacchierate	6	258	<i>L. Grandori</i>
				Attaccamento			
INDICE ANALITICO				La promozione della lettura in famiglia nel contesto del sostegno della genitorialità	1	4	<i>P. Causa</i>
Abuso				Audit			
Lupi cattivi, agnelli consapevoli, pastori attenti	2	59	<i>D. Chiuchì</i>	La prescrizione antibiotica sistemica nella pratica del pediatra di famiglia	3	106	<i>A. Nova, et al.</i>
Può esistere una sindrome di Munchausen by doctors? O si tratta di una provocazione?	5	213	<i>I. Marinelli</i>	Autonomia			
Acetorphan				Lo svezzamento e oltre, secondo natura: gli attori, la posta in gioco, gli strumenti	5	216	<i>M. Iaia</i>
Racecadotril e diarrea: un farmaco nuovo, efficace e utile?	4	171	<i>R. Ciambra, et al.</i>	AVSI			
Adolescenza				Le caramelle di Ugo: un'esperienza in Uganda	1	23	<i>E. Canidio</i>
La sessualità degli adolescenti	5	210	<i>O. Rossi</i>	Big Pharma			
Advocacy				Le relazioni tra medici e industria	2	70	<i>A. Cattaneo</i>
Medici di domani che guardano lontano	5	228	<i>A. Labruto</i>	Biomonitoraggio			
AIFA				Impianti di incenerimento e salute umana	5	196	<i>G. Primavera</i>
La vicenda dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)	5	224	<i>M. Bonati</i>	Caffeina			
Alimentazione				Contro la tosse è meglio il miele	2	85	<i>A. Clavenna, F. Fortinguerra</i>
Lo svezzamento e oltre, secondo natura: gli attori, la posta in gioco, gli strumenti	5	216	<i>M. Iaia</i>	Cefaclor			
Allattamento				Grave shock dopo una dose di cefaclor per os	1	30	<i>F. Pannuti, et al.</i>
Informazioni sui farmaci: novità in Europa e in America	4	181	<i>A. Clavenna, F. Fortinguerra</i>	CFTR			
Pratiche ospedaliere a confronto	6	244	<i>L. Valenari, et al.</i>	I progressi della genetica nella fibrosi cistica: le novità per il pediatra di famiglia	4	165	<i>V. Galici, C. Braggion</i>
Allattamento al seno				Comunicazione			
Le informazioni sull'allattamento al seno alle donne italiane e straniere in Toscana	2	50	<i>M. Puglia, et al.</i>	La Carta dei diritti del bambino/adolescente in ospedale: gli obiettivi disattesi	3	115	<i>G. Filippazzi</i>
Informazioni per aiutare un genitore e un bambino da 0 a 5 anni	5	226	<i>S. Manetti, A. Brunelli</i>	La musicoterapia in una prospettiva multidisciplinare	4	186	<i>F. Suvini, et al.</i>
Un modo semplice per posizionare bene il neonato al seno	6	262	<i>R. Cosentino</i>	Condizioni socio-economiche			
Ambulatorio pediatrico				Rapporto annuale 2007 sulla situazione socio-sanitaria del Paese	3	124	<i>G. Cirillo</i>
Nati per Leggere in ambulatorio	2	75	<i>C. Panza</i>	Conflitti di interesse			
Ambiente				Le relazioni tra medici e industria	2	70	<i>A. Cattaneo</i>
Il degrado ambientale: ci sono compiti per i medici pratici?	3	112	<i>P. R. Krauss</i>	Dopo la sentenza dell'Antitrust, qualche pensiero e un augurio per il 2009	6	241	<i>Red</i>
La Carta dei diritti del bambino/adolescente in ospedale: gli obiettivi disattesi	3	115	<i>G. Filippazzi</i>	Congressi ACP			
I pannolini ecologici salvano l'ambiente e costano meno	6	274	<i>M. E. Trillò</i>	Relazione del Presidente al Congresso Nazionale di Cagliari	4	145	<i>M. Gangemi</i>
Anemia				Da Cagliari a Cesenatico	6	243	<i>M. Gangemi</i>
Inquinamento indoor e anemia, inquinamento atmosferico e asma	2	83	<i>L. Todesco, G. Toffol</i>	Consolabilità			
Antibiotici				Pratiche ospedaliere a confronto	6	244	<i>L. Valenari, et al.</i>
La prescrizione antibiotica sistemica nella pratica del pediatra di famiglia	3	106	<i>A. Nova, et al.</i>	CONSORT			
Asma				Analisi con CONSORT di un RCT sui probiotici nella diarrea. Un esercizio	3	120	<i>L. Reali</i>
Linee guida a confronto	1	26	<i>R. Buzzetti</i>	Consultori familiari			
Inquinamento indoor e anemia, inquinamento atmosferico e asma	2	83	<i>L. Todesco, G. Toffol</i>	Concentrare i consultori familiari e differenziarne le attività	1	33	<i>M. Farneti, O. Rossi</i>

L'assistente sanitaria nell Percorso Nascita dei consultori familiari della Valle d'Aosta	1	35	<i>Assistenti Sanitari</i>			
Contatto pelle a pelle						
Un modo semplice per posizionare bene il neonato al seno	6	262	<i>R. Cosentino</i>			
Contracezione						
La sessualità degli adolescenti	5	210	<i>O. Rossi</i>			
Coping						
Efficacia della musica nei bambini oncologici	6	276	<i>L. Reali</i>			
Counseling						
Il pediatra: vittima o complice?	4	175	<i>M. Gangemi</i>			
Crisi economica						
Responsabilizzare i cittadini: tassare o compensare?	5	193	<i>G. Biasini</i>			
Criteri di Jones						
La malattia reumatica: una patologia dimenticata?	3	126	<i>F. De Maddi, P. Siani</i>			
Cure primarie						
Il pediatra: vittima o complice?	4	175	<i>M. Gangemi</i>			
Diagnosi						
Saper affrontare il ritardo mentale	4	177	<i>F. Ciotti</i>			
Diagnostica immunoenzimatica						
Diagnostica immunoenzimatica della mononucleosi infettiva con test rapido	2	56	<i>G. Tamaro, et al.</i>			
Diarrea						
Gastroenterite acuta: è ancora indicata la "dieta in bianco"?	2	73	<i>E. Cama, et al.</i>			
Racecadotril e diarrea: un farmaco nuovo, efficace e utile?	4	171	<i>R. Ciambra, et al.</i>			
Dieta						
Gastroenterite acuta: è ancora indicata la "dieta in bianco"?	2	73	<i>E. Cama, et al.</i>			
Disabilità						
Malattie genetiche e disabilità a elevata complessità assistenziale	1	1	<i>Red</i>			
Distretto						
Malattie genetiche e disabilità a elevata complessità assistenziale	1	1	<i>Red</i>			
Disuguaglianze						
La valutazione del sistema sanitario: necessità ed elusione	2	49	<i>G. Biasini</i>			
Rapporto annuale 2007 sulla situazione socio-sanitaria del Paese	3	124	<i>G. Cirillo</i>			
Divezzamento						
Lo svezzamento secondo natura	5	216	<i>M. Iaia</i>			
L'ipotesi della nonna	6	265	<i>C. Panza</i>			
Dolore						
Sensibilità dei pediatri e delle infermiere alla prevenzione e terapia del dolore in ospedale	1	8	<i>L. de Seta, et al.</i>			
Ecocolor Doppler						
La malattia reumatica: una patologia dimenticata?	3	126	<i>F. De Maddi, P. Siani</i>			
Ecologia						
I pannolini ecologici salvano l'ambiente e costano meno	6	274	<i>M. E. Trillò</i>			
Educazione alla salute						
Il degrado ambientale: ci sono compiti per i medici pratici?	3	112	<i>P. R. Krauss</i>			
Effetti avversi						
Impianti di incenerimento e salute umana	5	196	<i>G. Primavera</i>			
EMEA						
Molte novità sui farmaci per bambini	3	131	<i>A. Clavenna, F. Fortinguerra</i>			
Enterobacter sakazakii						
La preparazione casalinga del latte in polvere: si rispettano le regole di sicurezza?	1	15	<i>C. Carletti, A. Cattaneo</i>			
Epidemie						
Vaccinare contro il rotavirus, ma siamo sicuri?	4	180	<i>L. Grandori</i>			
Epidemiologia						
E il morbillo come va?	3	130	<i>L. Grandori</i>			
Equità						
La valutazione del sistema sanitario: necessità ed elusione	2	49	<i>G. Biasini</i>			
Esameprazololo						
Molte novità sui farmaci per bambini	3	131	<i>A. Clavenna, F. Fortinguerra</i>			
Evidence based medicine						
Il pediatra: vittima o complice?	4	175	<i>M. Gangemi</i>			
Faringotonsillite						
Le linee-guida su faringotonsillite e otite media acuta della Regione Emilia-Romagna	2	76	<i>S. Di Mario, et al.</i>			
Farmacoeconomia						
La vicenda dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)	5	224	<i>M. Bonati</i>			
Farmacoepidemiologia						
Il pediatra: vittima o complice?	4	175	<i>M. Gangemi</i>			
Fattori di protezione						
Lupi cattivi, agnelli consapevoli, pastori attenti	2	59	<i>D. Chiuchiù</i>			
Fenilefrina						
Paracetamolo e fenilefrina: aggiornamenti sulla sicurezza di impiego	6	259	<i>A. Clavenna, F. Fortinguerra</i>			
Fibrosi cistica						
I progressi della genetica nella fibrosi cistica: le novità per il pediatra di famiglia	4	165	<i>V. Galici, C. Braggion</i>			
Formazione						
Medici di domani che guardano lontano	5	228	<i>A. Labruto</i>			
Galenici						
Informazioni sui farmaci: novità in Europa e in America	4	181	<i>A. Clavenna, F. Fortinguerra</i>			
Gastroenterite						
Gastroenterite acuta: è ancora indicata la "dieta in bianco"?	2	73	<i>E. Cama, et al.</i>			
Racecadotril e diarrea: un farmaco nuovo, efficace e utile?	4	171	<i>R. Ciambra, et al.</i>			
Gemelli						
Informazioni per aiutare un bambino e un genitore. Da 0 a 5 anni	3	1332	<i>S. Manetti, A. Brunelli</i>			
Genetica						
Malattie genetiche e disabilità a elevata complessità assistenziale	1	1	<i>Red</i>			
Genitori						
La promozione della lettura in famiglia nel contesto del sostegno della genitorialità	1	4	<i>P. Causa</i>			
La Carta dei diritti del bambino/adolescente in ospedale: gli obiettivi disattesi	3	115	<i>G. Filippazzi</i>			
Genitorialità						
Relazione genitoriale e relazione terapeutica nell'ambulatorio del pediatra	2	78	<i>F. Ciotti</i>			
Informazioni per aiutare un bambino e un genitore. Da 0 a 5 anni	3	132	<i>S. Manetti, A. Brunelli</i>			
Informazioni per aiutare un genitore e un bambino da 0 a 5 anni	5	226	<i>S. Manetti, A. Brunelli</i>			
Da Cagliari a Cesenatico	6	243	<i>M. Gangemi</i>			
GERD						
Molte novità sui farmaci per bambini	3	131	<i>A. Clavenna, F. Fortinguerra</i>			
GINA 2006						
Linee guida a confronto	1	26	<i>R. Buzzetti</i>			
Gravidanza						
Informazioni sui farmaci: novità in Europa e in America	4	181	<i>A. Clavenna, F. Fortinguerra</i>			
HSN1						
E se arriva la pandemia?						
A proposito di vaccini pre-pandemici	2	72	<i>T. Jefferson</i>			
HIV/AIDS						
Lanciato dall'UNICEF IRC il Rapporto "Caring for Children Affected by HIV/AIDS"	1	22	<i>Red</i>			
Igiene						
I pannolini ecologici salvano l'ambiente e costano meno	6	274	<i>M. E. Trillò</i>			
Inceneritori						
Inquinamento ambientale e salute dei bambini. Conoscenze e bisogni di pediatri italiani	4	147	<i>G. Toffol</i>			
Impianti di incenerimento e salute umana	5	196	<i>G. Primavera</i>			
Infanticidio						
L'ipotesi della nonna	6	265	<i>C. Panza</i>			

Informazioni sull'allattamento al seno

Le informazioni sull'allattamento al seno alle donne italiane e straniere in Toscana 2 50 *M. Puglia, et al.*

Inquinamento ambientale

Inquinamento indoor e anemia, inquinamento atmosferico e asma 2 83 *L. Todesco, G. Toffol*

Il degrado ambientale: ci sono compiti per i medici pratici? 3 112 *P. R. Krauss*

Inquinamento ambientale e salute dei bambini. Conoscenze e bisogni di pediatri italiani 4 147 *G. Toffol*

Internet

Lupi cattivi, agnelli consapevoli, pastori attenti 2 59 *D. Chiuchì*

Ipertensione intracranica

Cefalea persistente e vomito ripetuto in una bambina obesa 5 207 *L. de Seta, et al.*

Latte artificiale

La preparazione casalinga del latte in polvere: si rispettano le regole di sicurezza? 1 15 *C. Carletti, A. Cattaneo*

Letteratura e medicina

L'arte della Medicina. Le muse nei reparti di Medicina 5 202 *D. Ofri*

Storie di malattia. "Il capitale" di Piero Camporesi 5 204 *G. Cerasoli*

La vicenda dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) 5 224 *M. Bonati*

Letture

La promozione della lettura in famiglia nel contesto del sostegno della genitorialità 1 4 *P. Causa*

La musica delle parole 2 89 *A. Del Gobbo*

Life-skills

Lupi cattivi, agnelli consapevoli, pastori attenti 2 59 *D. Chiuchì*

Linee guida

Linee guida a confronto 1 26 *R. Buzzetti*

Le linee-guida su faringotonsillite e otite media acuta della Regione Emilia-Romagna 2 76 *S. Di Mario, et al.*

Linguaggio

La musica delle parole 2 89 *A. Del Gobbo*

Literacy

La musica delle parole 2 89 *A. Del Gobbo*

Lutto

Il lutto per la morte di un figlio e il sostegno alla famiglia 6 249 *P. R. Brunelli, et al.*

Malaria

Le caramelle di Ugo: un'esperienza in Uganda 1 23 *E. Canidio*

Malattia iatrogena

Può esistere una sindrome di Munchausen by doctors? O si tratta di una provocazione? 5 213 *I. Marinelli*

Malattia meningococcica

Meningococco: teniamolo d'occhio! 2 84 *L. Grandori*

Malattia reumatica

La malattia reumatica: una patologia dimenticata? 3 126 *F. De Maddi, P. Siani*

Materno-infantile (servizio)

L'assistente sanitaria nell Percorso Nascita dei consultori familiari della Valle d'Aosta 1 35 *Assistenti Sanitari*

Medici

La *Coscienza Infelice* e il medico del XXI secolo 3 97 *E. Burgio*

Medici e industria

Le relazioni tra medici e industria 2 70 *A. Cattaneo*

Medicina narrativa

Storie di malattia. "Il capitale" di Piero Camporesi 5 204 *G. Cerasoli*

Menopausa

L'ipotesi della nonna 6 265 *C. Panza*

MNI test

Diagnostica immunoenzimatica della mononucleosi infettiva con test rapido 2 56 *G. Tamaro, et al.*

Mononucleosi infettiva

Diagnostica immunoenzimatica della mononucleosi infettiva con test rapido 2 56 *G. Tamaro, et al.*

Morbillo

E il morbillo come va? 3 130 *L. Grandori*

Vaccinare contro il rotavirus, ma siamo sicuri? 4 180 *L. Grandori*

Munchausen by proxy

Può esistere una sindrome di Munchausen by doctors? O si tratta di una provocazione? 5 213 *I. Marinelli*

Musica

La musicoterapia in una prospettiva multidisciplinare 4 186 *F. Suvini, et al.*

Musicoterapia

La musicoterapia in una prospettiva multidisciplinare 4 186 *F. Suvini, et al.*

Efficacia della musica nei bambini oncologici 6 276 *L. Reali*

Narrative based medicine

Il pediatra: vittima o complice? 4 175 *M. Gangemi*

Nascita

Concentrare i consultori familiari e differenziarne le attività 1 33 *M. Farneti, O. Rossi*

Nati per Leggere

Nati per Leggere in ambulatorio 2 75 *C. Panza*

Neonato

Informazioni per aiutare un bambino e un genitore. Da 0 a 5 anni 3 132 *S. Manetti, A. Brunelli*

Nutrizione

Le caramelle di Ugo: un'esperienza in Uganda 1 23 *E. Canidio*

Obesità

Cefalea persistente e vomito ripetuto in una bambina obesa 5 207 *L. de Seta, et al.*

Dopo la sentenza dell'Antitrust, qualche pensiero e un augurio per il 2009 6 241 *Red*

Organizzazione sanitaria

Concentrare i consultori familiari e differenziarne le attività 1 33 *M. Farneti, O. Rossi*

Otite media acuta

Le linee-guida su faringotonsillite e otite media acuta della Regione Emilia-Romagna 2 76 *S. Di Mario, et al.*

Pandemia

E se arriva la pandemia? A proposito di vaccini pre-pandemici 2 72 *T. Jefferson*

Pannolini

I pannolini ecologici salvano l'ambiente e costano meno 6 274 *M. E. Trillò*

Paracetamolo

Paracetamolo e fenilefrina: aggiornamenti sulla sicurezza di impiego 6 259 *A. Clavenna, F. Fortinguerra*

Parto

Pratiche ospedaliere a confronto 6 244 *L. Valenari, et al.*

Patologia respiratoria

Inquinamento ambientale e salute dei bambini. Conoscenze e bisogni di pediatri italiani 4 147 *G. Toffol*

Pediatra

La promozione della lettura in famiglia nel contesto del sostegno della genitorialità 1 4 *P. Causa*

La prescrizione antibiotica sistemica nella pratica del pediatra di famiglia 3 106 *A. Nova, et al.*

La Carta dei diritti del bambino/adolescente in ospedale: gli obiettivi disattesi 3 115 *G. Filippazzi*

Inquinamento ambientale e salute dei bambini. Conoscenze e bisogni di pediatri italiani 4 147 *G. Toffol*

Pianto

Pratiche ospedaliere a confronto 6 244 *L. Valenari, et al.*

PIPs

Molte novità sui farmaci per bambini 3 131 *A. Clavenna, F. Fortinguerra*

Politica sanitaria

La relazione 2005-2006 sullo stato sanitario del Paese 4 159 *G. Cirillo*

La vicenda dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) 5 224 *M. Bonati*

Pornografia

Lupi cattivi, agnelli consapevoli, pastori attenti 2 59 *D. Chiuchì*

Pratica medica

L'arte della Medicina. Le muse nei reparti di Medicina 5 202 *D. Ofri*

Pratiche ospedaliere

Pratiche ospedaliere a confronto 6 244 *L. Valenari, et al.*

Preso in carico

Saper affrontare il ritardo mentale 4 177 *F. Ciotti*

Priorità

La relazione 2005-2006 sullo stato sanitario del Paese 4 159 G. Cirillo

Probiotici

Analisi con CONSORT di un RCT sui probiotici nella diarrea. Un esercizio 3 120 L. Reali

Procedure ospedaliere

Sensibilità dei pediatri e delle infermiere alla prevenzione e terapia del dolore in ospedale 1 8 L. de Seta, et al.

Programmazione sanitaria

La relazione 2005-2006 sullo stato sanitario del Paese 4 159 G. Cirillo

Pseudotumor cerebri

Cefalea persistente e vomito ripetuto in una bambina obesa 5 207 L. de Seta, et al.

Psoriasi

Guardando il bambino vestito... 6 260 D. Falciatore

Psoriasi inversa

Guardando il bambino vestito... 6 260 D. Falciatore

Pubblicità

Informazioni sui farmaci: novità in Europa e in America 4 181 A. Clavenna, F. Fortinguerra

Racecadotril

Racecadotril e diarrea: un farmaco nuovo, efficace e utile? 4 171 R. Ciambra, et al.

RCT

Analisi con CONSORT di un RCT sui probiotici nella diarrea. Un esercizio 3 120 L. Reali

Reazioni avverse

Grave shock dopo una dose di cefaclor per os 1 30 F. Pannuti, et al.

Un percorso di sorveglianza e gestione delle reazioni avverse ai vaccini 2 63 L. Grandori, et al.

Molte novità sui farmaci per bambini 3 131 A. Clavenna, F. Fortinguerra

Reti

Il lutto per la morte di un figlio e il sostegno alla famiglia 6 249 P. R. Brunelli, et al.

Rifiuti

Il degrado ambientale: ci sono compiti per i medici pratici? 3 112 P. R. Krauss

I pannolini ecologici salvano l'ambiente e costano meno 6 274 M. E. Trillò

Rischio ambientale

Il bambino viaggiatore internazionale 4 152 F. Giovanetti

Ritardo mentale

Saper affrontare il ritardo mentale 4 177 F. Ciotti

Salute

Rapporto annuale 2007 sulla situazione socio-sanitaria del Paese 3 124 G. Cirillo

La relazione 2005-2006 sullo stato sanitario del Paese 4 159 G. Cirillo

Scarsa crescita

Inquinamento indoor e anemia, inquinamento atmosferico e asma 2 83 L. Todesco, G. Toffol

Scienze umanistiche

L'arte della Medicina. Le muse nei reparti di Medicina 5 202 D. Ofri

Screening neonatale

I progressi della genetica nella fibrosi cistica: le novità per il pediatra di famiglia 4 165 V. Galici, C. Braggion

Self-help

La prescrizione antibiotica sistemica nella pratica del pediatra di famiglia 3 106 A. Nova, et al.

Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

La valutazione del sistema sanitario: necessità ed elusione 2 49 G. Biasini

Rapporto annuale 2007 sulla situazione socio-sanitaria del Paese 3 124 G. Cirillo

Responsabilizzare i cittadini: tassare o compensare? 5 193 G. Biasini

La vicenda dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) 5 224 M. Bonati

Sessualità

La sessualità degli adolescenti 5 210 O. Rossi

Shock

Grave shock dopo una dose di cefaclor per os 1 30 F. Pannuti, et al.

Sicurezza

Informazioni per aiutare un bambino e un genitore. Da 0 a 5 anni 3 1332 S. Manetti, A. Brunelli

SIDS

La posizione nel sonno: confronto 2002-2005 nella Regione Emilia-Romagna 3 99 L. Ronfani, et al.

SIGN/BTS 2005

Linee guida a confronto 1 26 R. Buzzetti

Sonno

Informazioni per aiutare un genitore e un bambino da 0 a 5 anni 5 226 S. Manetti, A. Brunelli

Sorveglianza

Un percorso di sorveglianza e gestione delle reazioni avverse ai vaccini 2 63 L. Grandori, et al.

Sostegno alla famiglia

Il lutto per la morte di un figlio e il sostegno alla famiglia 6 249 P. R. Brunelli, et al.

Sponsorizzazioni

Dopo la sentenza dell'Antitrust, qualche pensiero e un augurio per il 2009 6 241 Red

Stili di vita

Responsabilizzare i cittadini: tassare o compensare? 5 193 G. Biasini

Strange situation

Relazione genitoriale e relazione terapeutica nell'ambulatorio del pediatra 2 78 F. Ciotti

Stranieri

Le informazioni sull'allattamento al seno alle donne italiane e straniere in Toscana 2 50 M. Puglia, et al.

Strategie (vaccinali)

Vaccino contro il papillomavirus: cosa succede, cosa si dice, cosa dire 1 37 L. Grandori

Meningococco: teniamolo d'occhio! 2 84 L. Grandori

Sviluppo del bambino

La Coscienza Infelice e il medico del XXI secolo 3 97 E. Burgio

La musicoterapia in una prospettiva multidisciplinare 4 186 F. Suvini, et al.

Test rapidi

Diagnostica immunoenzimatica della mononucleosi infettiva con test rapido 2 56 G. Tamaro, et al.

Tosse

Contro la tosse è meglio il miele 2 85 A. Clavenna, F. Fortinguerra

Tropicamide

Paracetamolo e fenilefrina: aggiornamenti sulla sicurezza di impiego 6 259 A. Clavenna, F. Fortinguerra

Tumori cerebrali

Cefalea persistente e vomito ripetuto in una bambina obesa 5 207 L. de Seta, et al.

Unicef

Lanciato dall'UNICEF IRC il Rapporto "Caring for Children Affected by HIV/AIDS" 1 22 Red

Vaccini

Vaccino contro il papillomavirus: cosa succede, cosa si dice, cosa dire 1 37 L. Grandori

Un percorso di sorveglianza e gestione delle reazioni avverse ai vaccini 2 63 L. Grandori, et al.

E se arriva la pandemia? 2 72 T. Jefferson

A proposito di vaccini pre-pandemici 2 84 L. Grandori

Meningococco: teniamolo d'occhio! 3 130 L. Grandori

E il morbillo come va? 4 180 L. Grandori

Vaccinare contro il rotavirus, ma siamo sicuri? 5 223 L. Grandori

I vaccini del futuro e il futuro delle vaccinazioni 6 258 L. Grandori

Antinfluenzale e antipapillomavirus, due vaccinazioni molto chiacchierate

Valutazione

La valutazione del sistema sanitario: necessità ed elusione 2 49 G. Biasini

Analisi con CONSORT di un RCT sui probiotici nella diarrea. Un esercizio 3 120 L. Reali

Viaggi

Il bambino viaggiatore internazionale 4 152 F. Giovanetti

Visita ambulatoriale

Relazione genitoriale e relazione terapeutica nell'ambulatorio del pediatra 2 78 F. Ciotti

Visita il blog di Quaderni acp: <http://quaderniacpmews.blogspot.com/> o <http://www.quaderniacp.it>. Nel blog trovi news, curiosità inattese, appuntamenti, libri e molto altro ancora. Puoi lasciare un commento su ciò che trovi scritto o sul Blog stesso. Ti puoi iscrivere per ricevere gli aggiornamenti direttamente nella tua casella di posta elettronica. Altre cose le imparerai frequentandolo.

Quaderni acp

Il Blog

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della
Associazione **C**ulturale **P**ediatr

[Home](#) [La rivista](#) [News](#) [Appuntamenti](#) [Libri](#) [\[Login\]](#)

Ultime...

- [NATI PER LEGGERE in Veneto DA UN'IDEA ALLE BUONE PRATICHE](#)
- [Newsletter Pediatrica N.23](#)
- [La storia di Matteo e Alice, due "numeri primi gemelli"](#)
- [Quel tesoro che è il capitale sociale: dove sta nascosto in Italia?](#)
- [Leggere l'antropologia per capire meglio l'uomo](#)

martedì 18 novembre 2008



NATI PER LEGGERE in Veneto DA UN'IDEA ALLE BUONE PRATICHE



**Nati per
Leggere**
in Veneto

Il 3 dicembre 2008, con inizio alle ore 9.30 a Verona (Palazzo della Gran Guardia in Piazza Bra) si terrà un convegno regionale rivolto ai protagonisti del progetto Nati per Leggere cioè bibliotecari, pediatri, operatori sanitari ma aperto anche ad insegnanti, educatori e adulti interessati a capire quali sono gli obiettivi del progetto e quali le modalità più corrette per svilupparlo.

E' prevista una prima parte di riflessioni sul tema della lettura e sulle evidenze scientifiche della sua utilità (con un messaggio video della Prof.ssa Rita Levi Montalcini) cui seguirà una seconda sessione in cui verrà messo a fuoco il ruolo dei vari protagonisti del

progetto: bibliotecari, pediatri, mondo della scuola e contesto della famiglia.

La realizzazione dell'iniziativa nasce per volontà della Regione Veneto che aderisce al progetto e ne promuove lo sviluppo in collaborazione con AIB Veneto, è sostenuta dal Comune di Verona e supportata attivamente da ACP e CSB. La partecipazione è libera e gratuita e la registrazione va effettuata online al sito: www.comune.verona.it/bibliotecacivica

Il convegno è stato accreditato con 3 crediti formativi ECM per i medici partecipanti.

[Scarica il pieghevole](#)

[Scarica il comunicato stampa](#)

[Commenta questo post! \(0\)](#)

Categoria: [Appuntamenti](#), [Nati per Leggere](#) [Link a questo post](#)

sabato 15 novembre 2008



Newsletter Pediatrica N.23

Custom Search

Ultimo numero



Sottoscrivi il blog via mail

Argomenti e indice analitico

[5 x 1000 \(1\)](#)

[ACP \(1\)](#)

[Ambiente \(3\)](#)

[Annunci \(3\)](#)

[Appelli \(1\)](#)

[Appuntamenti \(7\)](#)

[Comunicato stampa \(8\)](#)

[Comunicazioni \(4\)](#)

[Concorso fotografico \(2\)](#)

[Congresso Nazionale ACP \(1\)](#)

[CSB \(5\)](#)

Editoriale

- 241 Dopo la sentenza dell'Antitrust, qualche pensiero e un augurio per il 2009
Red
- 243 Da Cagliari a Cesenatico
Michele Gangemi

Ricerca

- 244 Pratiche ospedaliere a confronto
Laura Valenari, Sabrina Bonichini, Leonardo Speri

Esperienze

- 249 Il lutto per la morte di un figlio e il sostegno alla famiglia
Pasqua R. Brunelli, Francesca Pasini, Emanuele Lisi

Tenstories

- 255 L'influenza aviaria arretra, ma rimane la minaccia di una pandemia nell'uomo
Stefania Manetti (a cura di)

Info

- 256 I determinanti sociali della salute: chi sono costoro?
- 256 Asili-nido: pochi e deprofessionalizzati
- 256 Livelli essenziali delle prestazioni sociali: servizi prioritari per la prima infanzia
- 256 Spesa sanitaria 2006
- 256 Farmacia Amica dell'Allattamento Materno
- 257 UK: 2 milioni di sterline per il sostegno all'allattamento
- 257 Via libera allo screening metabolico nel Veneto
- 257 Test genetici fai-da-te
- 257 Eco-comportamenti per i medici
- 257 Antibiotici nelle virosi? No grazie, dottore
- 257 Valutazioni periodiche per i medici inglesi

Vaccinacipi

- 258 Antinfluenzale e antipapillomavirus, due vaccinazioni molto chiacchierate
Luisella Grandori

Farmacipi

- 259 Paracetamolo e fenilefrina: aggiornamenti sulla sicurezza di impiego
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

Occhio alla pelle

- 260 Guardando il bambino vestito...
Danilo Falciatore

Saper fare

- 262 Un modo sepolce per posizionare bene il neonato al seno
Rosellina Cosentino

Saggi

- 265 L'ipotesi della nonna
Costantino Panza

Libri

- 270 Cucciolo dei miei sogni
di Linda Ferri
- 270 Ma chi ti credi di essere?
di Marie-Sophie Vermut
- 270 Bestia
di Ally Kennen
- 270 Firmino
di Sam Savage
- 271 Lo spirito della parola
di Raymond Panikkar
- 271 Strada, patria sinta
di Gnugo De Bar, Luca Puggioli

Nati per Leggere

- 272 NpL alla Commissione Bicamerale per l'infanzia
- 273 Abruzzo: concorso fotografico
- 273 Toscana: due progetti a Campi Bisenzio
- 273 Svizzera: una lettera per noi

Informazioni per genitori

- 274 I pannolini ecologici salvano l'ambiente e costano meno
Maria Edoarda Trillò

Film

- 275 Entre les murs de *La classe*
Italo Spada

Musical-mente

- 276 Efficacia della musica nei bambini oncologici
Laura Reali

Congressi controllo

- 279 La Pediatria a confronto
- 279 Gestione condivisa del bambino con problemi assistenziali complessi

Acp news

- 280 I nuovi eletti nel Consiglio Direttivo
- 280 Progetto ACP - Clinica Pediatrica di Monza: ruolo del pediatra nella conflittualità genitoriale
- 280 Accordo di collaborazione fra ACP e Cochrane Vaccines Field
- 280 L'ACP sostiene Consumers International
- 280 Criteri stringenti per avere il patrocinio dell'ACP

Lettere

- 281 Milte vs IBFAN
Ivano Bronzetti, Michele Gangemi, Sergio Conti Nibali
- 282 La Carta dei Diritti dei bambini: più se ne parla e meglio è
Giuliano Filippazzi
- 283 Indice delle rubriche (volume 15)
- 285 Indice analitico (volume 15)

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2009 è di 100 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. Per iscriversi la prima volta occorre inviare una richiesta (fax 0793027471 oppure e-mail: segreteria@acp.it) con cognome, nome, indirizzo e qualifica, e versare la quota come sopra indicato. Gli iscritti all'Associazione Culturale Pediatri hanno diritto a ricevere *Quaderni acp* e con apposita richiesta, la Newsletter bimestrale sulle novità in letteratura e la Newsletter online del CSB **FIN DA PICCOLI**. Hanno ancora diritto a uno sconto del 50% sulla quota di abbonamento a "Medico e Bambino" e di 25 euro sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP. Possono usufruire di numerose iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione, e altre materie dell'area pediatrica. Potranno partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri. Per una descrizione più completa si può visitare il sito www.acp.it.