

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 i fiori



maggio-giugno 2009 vol 16 n°3

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
May-June 2009; 16(3)

97 Editorial

The group's strength
Michele Gangemi

104 Research

In father's mind
*Alberto Pellai, Donata Dalessandro,
Paola Baggiani, et al.*

109 Research letters

Non-conventional nurses uniforms
in paediatric settings
Filippo Festini

111 Public health

The 2009 UNICEF Report State
of the World's Children
Laura Reali

113 Scenarios

Mario and his tonsillitis: is my attitude correct?
Maria Francesca Siracusano

117 Appraisals

Novel influenza virus: pandemic?
Luisella Grandori

118 Info

120 A window on the world

Improving Uganda's public health
through education
George William Pariyo

122 Update to practice

Thoracic ultrasonography in paediatrics:
a technique often neglected
Francesco Feletti, Greta Gardelli, Maurizio Mughetti

126 Appraisals

The UN Convention on disability rights
Giampiero Griffò

130 Vaccinacipi

A new protocol proposed by paediatrician
from Puglia (Italy)
Rosario Cavallo, Annamaria Moschetti

132 Farmacipi

Adverse reaction reporting is increasing
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

133 Tenstories

"At a fragile crossroads: Afghanistan and the
international community must pull together"
Stefania Manetti (a cura di)

134 Books

136 Informing parents

Selecting toys: suggestions for childrens' safety
Giacomo Toffol

137 Movies

138 Born to read

140 Meeting synopsis

142 Musical-mente

The "Born to Music" initiatives
Federica Zanetto, Stefano Gorini

143 Letters

Quaderni acp

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

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. / Fax 078 357401
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. 392 3838502, Fax 079 3027041
e-mail: ufficiisoci@acp.it

Stampa

Stilgraf
viale Angeloni 407, 47023 Cesena
Tel. 0547 610201
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 "Bimba tra i gigli",
Plinio Nomellini (1866-1943), olio su tela.
Firenze, collezione privata.

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

La forza del gruppo

Relazione al XXI Congresso nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri

Michele Gangemi
Presidente ACP

Parole chiave Associazione Culturale Pediatri. Relazione. Presidente

“Le associazioni rendono l'uomo più forte: mettono in risalto le doti migliori delle singole persone e danno la gioia – che raramente s'ha restando per proprio conto – di vedere quanta gente c'è onesta, brava, capace e per cui vale la pena di volere cose buone. Vivendo per proprio conto capita più spesso di vedere l'altra faccia della gente, quella per cui bisogna tener sempre la mano alla guardia della spada” (da: I. Calvino, *Il barone rampante*).

Non è facile cercare di riassumere il percorso fatto dall'ACP in questi sei anni senza ridurre il tutto a una semplice cronaca delle cose portate a termine e di quanto resta da fare.

Parto dal titolo, un richiamo alla forza del gruppo, e provo a sviluppare quello che caratterizza questo doppio mandato di presidenza nazionale.

Più ci penso e più mi convinco che è stata proprio la crescita del gruppo la caratteristica saliente di questi ultimi anni. Certo la presidenza di un pediatra di libera scelta proveniente dall'esperienza dei gruppi locali, ma iscrittosi all'ACP mentre lavorava in ospedale, ha facilitato la crescita collettiva. Ritengo da sottolineare, all'interno dell'ACP, il contributo della pediatria di famiglia che ha saputo confrontarsi con tutte le altre realtà pediatriche e con tutti gli operatori dell'infanzia. Il rischio, paventato da alcuni all'inizio della mia presidenza, di un appiattimento dell'Associazione alle problematiche del territorio si è rivelato del tutto infondato: le quattro priorità di intervento, individuate alla luce delle valutazioni presenti nel Rapporto sullo stato di salute di bambini e adolescenti in Italia e condivise in ambito associativo, dimostrano un'attenzione globale alla salute dell'infanzia, in linea con la storia e la tradizione dell'ACP.

Sicuramente mi è stato facile individuare il percorso giusto grazie al confronto con Pediatri con la P maiuscola, che non mi hanno risparmiato critiche costruttive, aiutandomi a crescere e a vedere i problemi in tutta la loro complessità. Di questo devo ringraziare tutti i componenti del Direttivo Nazionale succedutisi in questi sei anni, la redazione di *Quaderni acp*, le segreterie, i referenti regionali, i soci tutti. Penso che il punto di svolta di questa presidenza sia stato proprio la forza del gruppo e il mio unico merito quello di essere riuscito a porli in posizione di ascolto.

Ricordo le prime riunioni romane con i referenti dei gruppi locali ACP: in esse si percepiva netta la sensazione di un eccessivo distacco tra la base e il vertice. I gruppi stavano vivendo, pur con le diversità derivate dalla loro storia, un momento di “stanca fisiologica” e faticavano a ritrovarsi in ciò che il gruppo dirigente cercava di portare avanti. L'ascolto attivo delle criticità locali ha permesso di ripensare all'organizzazione dell'Associazione e di iniziare una serrata comunicazione al suo interno con il potenziamento della Segreteria. Ringrazio, a questo proposito, con affetto, Gianni Piras per la sua professionalità e disponibilità personale. Via via che il gruppo cresceva grazie alle relazioni interne, aumentava il bisogno di comunicare all'esterno quanto si stava facendo: dopo una ricerca non facile di un'addetta stampa, si è arrivati a Laura Tonon, subito dimostratasi all'altezza del compito.

Nel frattempo, anche alla luce del ruolo delle Regioni in Sanità, è stata istituita la figura del Referente Regionale ACP per favorire l'aggregazione tra i gruppi locali, il collegamento con il centro e la partecipazione ACP a iniziative istituzionali regionali in tema di salute infantile. Il livello regionale resta fondamentale per rendere visibile l'ACP e per allargare i gruppi locali che rischiano di andare in sofferenza per mancanza di ricambio ge-

nerazionale e per l'assenza di coinvolgimento di pediatri ospedalieri e universitari, oltre che di altre figure che si occupano dell'infanzia: la promozione di iniziative appropriate ed efficaci, inerenti alle priorità di intervento dell'ACP, non può prescindere da un approccio globale, a garanzia di risposte adeguate alla famiglia e alla società. La sofferenza della componente ospedaliera e universitaria in ambito associativo resta una criticità da affrontare anzitutto: credo che i gruppi locali e regionali debbano saper offrire occasioni di collaborazione e aggiornamento comune per suscitare un reale interesse all'ACP da parte degli ospedalieri e universitari. Grazie al lavoro di Gianna Patrucco e Carlo Corchia e con il contributo di altri neonatologi si sta, intanto, concretizzando un rilancio del gruppo di neonatologia ACP, a partire da alcuni progetti concreti.

I protocolli d'intesa siglati dall'ACP con UNICEF e ISDE, la partecipazione al Gruppo di lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, la presenza al tavolo tecnico interassociativo per il monitoraggio dell'iter legislativo sul pacchetto sicurezza, la collaborazione in corso di definizione con la FISH (Federazione Italiana Superamento Handicap), l'impegno in WONCA Italia (ACP, in quanto parte del comitato scientifico del primo workshop del gruppo italiano, è coinvolta nell'elaborazione di un documento di consenso su ruolo e competenze del pediatra di famiglia e del medico di medicina generale nel contesto familiare). A livello istituzionale, la presenza ACP nelle Commissioni del Ministero della Salute (ADHD, autismo, risk management, allattamento al seno, gestione del dolore nel bambino) è la concreta dimostrazione che non ci si può occupare di disuguaglianze nella salute del bambino, cronicità, salute mentale, sostegno alle famiglie, ambiente e salute infantile senza l'apertura, il confronto e la condivisione operativa con altre realtà.

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

editoriale

La linea politica dell'Associazione ha avuto molti apprezzamenti in tal senso, sia al suo interno che all'esterno, e ritengo sia cruciale continuare con interesse e attenzione il percorso intrapreso. I gruppi di lavoro attivi in ambito associativo, rispetto a ciascuna delle aree tematiche inerenti alla priorità di intervento ACP devono continuare ad approfondirne i contenuti e a confrontarsi reciprocamente sulle indicazioni per l'azione pratica.

“Nati per Leggere” e “Nati per la Musica” sono i fiori all'occhiello dell'ACP, grazie alla proficua collaborazione con il Centro per la Salute del Bambino e a un approccio di sistema che si è rivelato vincente in entrambe le iniziative e che sollecita una riflessione sulla mission e, in parte, sulla denominazione dell'ACP. L'identità del gruppo è, a mio parere, abbastanza forte per ipotizzare un cambiamento in linea con i bisogni veri dei bambini e delle loro famiglie e a garanzia di risposte efficaci. Credo che nessuno voglia limitarsi all'acuto banale e non si può pensare che cronicità, disuguaglianze e salute mentale possano essere affrontate senza un approccio di rete. Atul Gawande nel suo ultimo libro (*A. Gawande, Con cura*, Einaudi 2008 – vedi *Quaderni acp* 2/2009) invita i medici a non lamentarsi (la loro “tendenza spontanea è quella di abbandonarsi a una litania di lamentazioni”) e a cercare “ogni occasione di cambiamento (...) e soluzioni nuove”: il contesto rappresentato dall'ACP può aiutare i soci tutti a un cambiamento vero, senza snaturare la propria professionalità e in una crescita costante, resa possibile dalle relazioni e dal confronto con gli altri operatori che si occupano di infanzia.

Anche ricerca e formazione, i punti di forza dell'ACP, andranno allineate alle 4 priorità di intervento, certamente senza dimenticare la clinica, anche alla luce del ricambio generazionale. Una ricerca sulla cronicità non può più essere differita, anche come ambito in cui coinvolgere SIP, APeG (continuando il percorso intrapreso con il convegno “Il bambino con malattia cronica”, a Piacenza nel 2008) e FIMP. Ritengo inutile continuare a parlare di intese astratte, a scapito di una riflessione condivisa sui reali problemi della salute infantile, e della ricerca di

proposte di comune accordo. L'attuale dirigenza ha sempre ricercato un dialogo fattivo con SIP e FIMP, spesso non facile e sovente privo di risultati concreti. La strada verso una vera collaborazione va continuata e perseguita nei fatti e con un confronto sempre corretto. Purtroppo, in tema di strategie vaccinali, non è stato possibile raggiungere un accordo su aspetti di ordine metodologico inerenti al lavoro della Commissione interassociativa Vaccini nonostante la ricerca di tutte le possibili soluzioni. La riflessione sul delicato conflitto tra diritto del singolo e diritto della comunità, oltre che sugli aspetti etici delle scelte di prevenzione e delle azioni di sanità pubblica, è sempre stata una caratteristica dell'ACP, non sempre compresa appieno. Il corso che Luisella Grandori ha progettato nell'ambito della collaborazione con la Cochrane Vaccine Field, destinato ai soci ACP, è un'ulteriore conferma della costante volontà di favorire un approccio critico e non pregiudiziale alla letteratura. Si collocano da sempre, in tale direzione, la pubblicazione della Newsletter, la collaborazione alla sua stesura da parte dei gruppi di lettura ACP e la sua diffusione anche all'ambito ospedaliero e universitario, con il coinvolgimento delle Scuole di Specialità.

Questo rappresenta una prima risposta al problema del “ricambio” dei soci ACP, con l'acquisizione, nell'ultimo anno, di 200 nuovi soci, tra cui 70 specializzandi. *Quaderni acp* continua a rappresentare uno strumento costante per la crescita della vita associativa e il corso degli Scenaristi, realizzato nel 2006 e totalmente finanziato dall'ACP nazionale, ha costituito un ottimo investimento sia per la rivista che per alcuni gruppi locali. Il progetto di formazione “blended learning” (WEBM) ha preparato dei formatori molto avanzati che dovranno impegnarsi a lavorare nei loro gruppi locali, con possibili ulteriori ricadute formative estese ad altri contesti. La ricerca è in atto sia con alcune iniziative locali di grande interesse (si veda il lavoro di ACP Milano e provincia sugli antibiotici a partire dai dati ARNO), sia a livello nazionale con lo studio sulla gestione del testicolo ritenuto in collaborazione col Burlo Garofolo di Trieste. Particolare motivo di orgoglio è l'approvazione, da

parte dell'AIFA, con relativo finanziamento pubblico, della ricerca su corticosteroidi e wheezing virale che vede il coinvolgimento di 36 pediatri ACP. Il lavoro lungo e proficuo con l'Istituto Mario Negri ha dato i suoi frutti sia dal punto di vista della formazione alla ricerca che da quello dei risultati. Sono certo che i soci ne capiranno l'importanza e con il loro impegno ripagheranno il non essersi arresi alle lusinghe dell'industria farmaceutica. Ricordo in proposito, come peculiarità che caratterizza l'ACP nell'ambito della comunità scientifica, l'attenzione posta al conflitto d'interesse, tema ormai da riproporre in tutto l'ambito pediatrico.

Un altro passo significativo recentemente condotto è l'affiliazione dell'ACP alla ESSOP (Società Europea di Pediatria Sociale), accanto alla partecipazione, in ambito SEPA, alla ricerca retrospettiva sul management dell'asma nei vari Paesi europei. La prossima traduzione del sito ACP in lingua inglese faciliterà ulteriormente queste collaborazioni.

Nell'ottica di una crescita collegiale è stata inoltre ultimamente definita un'alleanza programmatica con la SISIP (Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche) che prevede anche la stesura di contributi per *Quaderni acp*.

Non posso chiudere senza ringraziare *Medico e Bambino*, per la rafforzata collaborazione, e *UPPA*, per la preziosa opera d'informazione ai genitori.

Fin qui i contenuti. Ora permettetemi di esprimere la mia soddisfazione personale per il clima costruttivo che si è instaurato grazie alla collaborazione di tutti voi. Continuerò a lavorare per l'ACP, anche in futuro, mettendo la mia esperienza a servizio del gruppo. Voglio infine ricordare il capillare lavoro preparatorio per le elezioni del nuovo Presidente, al quale vanno i miei più sinceri auguri. Mai come in questa occasione vi è stato un coinvolgimento della base che ha risposto con grande maturità e propositività.

Vi aspetto numerosi a Cesenatico per il saluto finale. Una grande Associazione si rende visibile anche con la partecipazione al Convegno nazionale che rappresenta un'importante occasione per condividere momenti culturali... e non solo! ♦

XXI CONGRESSO NAZIONALE ACP

Cesenatico (FC), 8-9-10 ottobre 2009, Colonia AGIP

I BAMBINI E IL DOTTORE

Giovedì 8 ottobre PRECONGRESSO dedicato ai 10 anni di "Nati per Leggere"

Ore 10,30-13

Sessione dedicata ai 10 anni di "Nati per Leggere" (1999-2009)
Modera: *M. Guerrini (Presidente AIB)*

Nascita e sviluppo di NpL

G. Tamburlini (ACP); G. Biasini (CSB)

L'attitudine alla lettura in famiglia in Italia

L. Ronfani (IRCCS Burlo Garofolo)

I progetti locali di "Nati per Leggere": rilevazione del 2008

G. Malgaroli (AIB)

Aggiornamento sul progetto "Reach Out and Read" in USA
e recenti evidenze scientifiche

B. Zuckerman (Boston, USA)

Presentazione dei libri in edizione speciale e della bibliografia
"Guida per genitori e futuri lettori"

N. Benati (AIB); A. Sila (CSB)

Presentazione del video "Nati per Leggere"

Giovedì 8 ottobre CONGRESSO NAZIONALE ACP

Ore 14-15 Aperitivo di benvenuto ai partecipanti

Ore 15 Apertura XXI congresso ACP. Saluti di benvenuto

Ore 15,30-18,30 NUOVE PROSPETTIVE IN TERAPIA

Modera: *G. Tamburlini (Trieste)*

Stato dell'arte e nuove prospettive nel trattamento della celiachia
(L. Greco, Napoli)

Nuove strategie nel trattamento del diabete infantile

(M. Pocecco, Cesena)

Nuove prospettive sull'impiego delle cellule staminali in pediatria

(A. Biondi, Monza)

Ore 18,30 Presentazione della mostra "Le colonie di vacanze per
bambini in Italia"

(V. Balducci, Bologna)

Venerdì 9 ottobre

Ore 9-11 RICERCA E SALUTE

Modera: *M. Bonati (Milano)*

Ricerca clinica e organizzativa in ambito perinatale
con l'utilizzo dei dati correnti

(D. Baronciani, Modena)

I pediatri sanno prescrivere gli antibiotici?

Una ricerca in pediatria di famiglia

(A. Nova, Monza)

Serve il beclometasone nella profilassi del wheezing virale.

Una proposta di ricerca

(A. Clavenna, Milano)

La gestione dell'asma persistente da parte

del pediatra ambulatoriale: un confronto europeo

(L. Reali, Roma)

La gestione del testicolo ritenuto:

confronto tra linee guida e pratica clinica

(F. Marchetti, Trieste)

Ore 11-13 TAVOLA ROTONDA

L'"età invisibile": fattori protettivi, fattori di rischio
e sensori del disagio nell'età fra 11 e 14 anni.

Introduce e modera: *F. Carugati (Bologna)*

Partecipano: *F. Mazzini (adolescentologo ASL Cesena)*

M. Gaggi (Servizi sociali, Comune di Cesena)

L. Giornelli (Insegnante, Cesenatico)

M. Campoli (Presidente Azione Cattolica)

Colazione di lavoro

Ore 14,30

Il protocollo d'intesa UNICEF-ACP

(L. Baldassarri, L. Speri, M. Gangemi)

Ore 15,30 Coffe-break

Ore 16-19 ASSEMBLEA DEI SOCI

Relazione del presidente. Elezione del presidente e di quattro
componenti il consiglio direttivo

Ore 21 Cena sociale

Proclamazione degli eletti.

Letture delle poesie segnalate nel concorso di poesia "I bambini
e il dottore" (Bando a pagina 121)

Sabato 10 ottobre

Ore 9-13 DIAGNOSTICA STRUMENTALE IN PEDIATRIA

Modera: *A. Biasini (Cesena)*

Gli esami di laboratorio dirimenti nella pratica clinica

(R.M. Dorizzi, Area Vasta Romagna)

Tecniche nuove in radiologia pediatrica

(P.P. Guastalla, Trieste)

Ore 11-13 GRUPPI DI LAVORO SUL SAPER FARE

Ad ogni gruppo parteciperà uno specializzando come discutant

Il self help dermatologico per il pediatra

(F. Arcangeli, Cesena; C. Geraci, Cesena)

Saper utilizzare il BMI e curve di crescita

per la valutazione dell'eccesso ponderale

(M. Iaia, Cesena; E. Gubellini, Cesena)

Neurologia pratica per il pediatra

(E. Del Giudice, Napoli; L. Iuliano, Napoli)

La salute orale del bambino

(M. Cagetti, Milano; A. Bezzi, Verona)

La gestione del dolore nel bambino

(L. De Seta, Napoli; M.T. Russo, Napoli)

Colazione di lavoro

Ore 14,30-18 COME SONO CAMBIATE LE CURE PER I BAMBINI
NEGLI ULTIMI 10 ANNI

Modera: *M. Gangemi (Verona)*

Come è cambiata la salute del bambino in una comunità negli
ultimi 10 anni

(M. Farneti, Cesena)

Come è cambiata la chirurgia pediatrica negli ultimi 10 anni

(G. Ricci Pettoni, Milano)

Come è cambiata la dermatologia pediatrica negli ultimi 10 anni

(F. Arcangeli, Cesena)

Come è cambiato l'utilizzo dei farmaci nei bambini negli ultimi 10 anni

(M. Bonati, Milano)

Come è cambiata la cultura ecologica dei pediatri negli ultimi 10
anni: conoscenze e interventi

(G. Toffol, Gruppo PUMP)

Ore 17,30 COSA ABBIAMO IMPARATO *(L. Piermarini, Terni)*

Ore 18 ARRIVEDERCI

Iscrizione al congresso: euro 250. Specializzandi: euro 50.

Iscrizione e due notti in hotel *** stelle, con prima colazione: euro 320.

Con supplemento singola: euro 340.

Programma accompagnatori:

Due notti in hotel *** stelle con prima colazione;

Visite guidate: "Cesenatico, Antico Porto di Mare";

Museo della Marineria di Cesenatico; "Cesena, città Malatestiana";

Euro 120,00.

Cena sociale: euro 40.

Info e Prenotazioni:

CESENATICO TURISMO.

Viale Roma, 112 - 47042 Cesenatico (FC) - Tel. 0547 673287

dott.ssa Sara Briganti

Numero Verde 800.556.900. info@cesenaticoturismo.com

Richiesto accreditamento ECM

Curriculum dei candidati alla Presidenza e al Consiglio direttivo dell'ACP

Elezioni alle cariche direttive: regolamento

Diritto al voto

I soci dell'Associazione iscritti da almeno un anno e in regola con il pagamento delle quote hanno diritto al voto.

Modalità di espressione del voto

Ogni iscritto riceverà per posta una scheda. Con questa scheda può votare: o in assemblea al Congresso Nazionale di Cesenatico (8-11 ottobre); oppure per posta.

- Chi sceglie il voto postale dovrà compilare la scheda che riceverà **entro il 31 luglio 2009** e dovrà rispedirla **entro il 25 settembre 2009** all'indirizzo segnato nella busta. Perché il voto sia anonimo, la scheda dovrà essere inserita in una busta senza nome, messa all'interno di un'altra busta in cui sarà indicato il mittente (non saranno valide le schede pervenute senza l'indicazione del mittente).
- Chi vota in assemblea potrà usare la scheda di cui è in possesso o richiederne una nuova.

Tutte le schede saranno scrutinate in sede di Congresso nazionale.

I voti da esprimere

Per la Presidenza si esprime un solo voto. Per il Consiglio direttivo un massimo di tre voti.

I candidati sono elencati qui sotto con un curriculum da loro stessi preparato.

Candidati alla Presidenza

SERGIO CONTI NIBALI. Nato il 12.09.1958

Istruzione e Formazione: Laurea a Messina nell'82; specializzazione a Messina in Pediatria e in Malattie dell'apparato digerente. Stage in Gastroenterologia pediatrica presso gli Ospedali Trousseau di Parigi e Fabiola di Brussel e in Fibrosi Cistica a Verona. Formazione in Epidemiologia Pediatrica - ISS; in Metodologia Epidemiologica per Pediatri - Bergamo; in Pedagogia medica - Palermo; in Formazione alla Ricerca in Pediatria di Base (Master Biennale) - IRFMN; in Evidence based Pediatrics - GIMBE; formatore OMS-Unicef per la promozione dell'allattamento.

Attività lavorative: Reparto di Gastroenterologia e Fibrosi cistica - Università di Messina fino al '92; dal '92 pediatra di famiglia a Messina.

Attività di ricerca: 155 pubblicazioni scientifiche delle quali 51 su Riviste internazionali.

Attività di advocacy: Membro della Commissione per la valutazione di progetti di utilità collettiva per il Comune di Messina ('94-'98). Componente del Comitato scientifico del Centro Servizi per il Volontariato di Messina ('02). Intervento alla III Commissione del Consiglio Comunale di Messina sull'impatto della costruzione del Ponte sullo Stretto sulla salute dei bambini e delle bambine di Messina ('03). Audizione presso la X Commissione del Consiglio Comunale di Messina per la modifica dello statuto comunale: proposta di emendamento su "Messina città educativa" ('04).

Attività svolte in ACP: Socio Fondatore dell'ACP dello Stretto ('91). Membro del Direttivo nazionale ('94-'97 e 2000-'03). Attuale Responsabile della Task Force per l'allattamento al seno.

Membro del Gruppo di lavoro operativo sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini - Ministero della Sanità ('04). Membro della Consulta nazionale tecnico-scientifica per l'iniziativa OMS-Unicef per la BFHI. Membro del Comitato Nazionale multisettoriale per l'allattamento materno ('08). Coordinatore delle Ricerche Nazionali in pediatria ambulatoriale sull'allattamento ('94) e sull'OMA (2000); membro del Comitato Editoriale di *Quaderni acp*.

Altre attività: Referee di *Medico e Bambino*. Membro del Comitato di Consulenza Scientifica de La Leche League Italia. Revisore, in rappresentanza della Sicilia, del documento "Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a Blueprint for action" per la Commissione Europea ('04). Membro, in rappresentanza della Sicilia, del Gruppo "Allattamento al seno" del Coordinamento Commissione Salute della Conferenza Stato-Regione.

PAOLO SIANI. Vive e lavora a Napoli, è sposato e ha 2 figli.

Attività professionale

Dal gennaio 2005 ricopre l'incarico di direttore di struttura complessa della UOC di Pediatria dell'AORN "A. Cardarelli" di Napoli che è dotata di 24 posti letto, 6 posti letto di day hospital per 95 pazienti talassemici e 4 posti letto per i day hospital specialistici. Inoltre dispone di un servizio di Pronto soccorso pediatrico H 24. La UOS Talassemia è stata accreditata nel 2007 come centro AIEOP.

Si occupa di disuguaglianze nella salute e ha realizzato programmi di intervento per i bambini e le famiglie a rischio psicosociale. Campi di interesse scientifico sono l'allergologia e la gastroenterologia.

Dal 2009 è entrato a far parte della scuola di specializzazione in pediatria presso l'Università Federico II di Napoli.

Ha attivato un processo di umanizzazione del reparto di pediatria che dirige con i progetti "Cioccolato in fiale", libro sui diritti del bambino in ospedale, e "È arrivato il re dottore" favola interattiva che viene raccontata lungo le pareti del reparto di pediatria.

Ha redatto in collaborazione con i medici e gli infermieri protocolli di reparto condivisi sulle più frequenti patologie pediatriche. È stata realizzata la cartella infermieristica.

L'attività clinico-assistenziale e scientifica della UOC Pediatria può essere scaricata dal sito: www.ospedalecardarelli.it nelle pagine della pediatria.

È coautore dei seguenti volumi editi a stampa:

1. I bambini a rischio sociale: generazioni a perdere o investimento sociale (ESI editore, 1996).
2. Una politica sanitaria per l'infanzia (Massa editore, 1998).

3. L'abuso e l'incuria verso l'infanzia (Fondazione Banco di Napoli per l'infanzia e l'adolescenza editore, 2007).

4. Disuguaglianze nell'infanzia e nell'adolescenza in Campania (Phoebus editore, 2007).

Attività in ACP

Dal 1996 al 1999 è stato consigliere nazionale dell'ACP, ha fatto parte dal 1998 al 2001 del consiglio direttivo del CSB sede di Napoli, dal 1995 fa parte del consiglio direttivo dell'ACP Campania.

Dal 2001 al 2004 è stato segretario regionale del gruppo ACP della Campania; dal 1998 al 2001 è stato consulente a titolo gratuito dell'Assessorato alla Dignità del Comune di Napoli per le problematiche infantili.

Dal 1994 fa parte del Comitato di redazione della rivista *Quaderni acp*, dal 2002 della redazione scientifica e del comitato internet aziendale dell'AORN A. Cardarelli.

È stato nominato componente della commissione scientifica del progetto adozione sociale della Regione Campania e della commissione regionale per la diagnosi e lo studio delle malattie infiammatorie croniche intestinali.

Altre attività: È presidente della fondazione Polis (che si occupa di beni confiscati e di sostegno ai familiari delle vittime innocenti della criminalità) della regione Campania.

Candidati al consiglio direttivo

CARLO CORCHIA

Laureato nel 1973, specializzato in Pediatria nel 1976, dal 1975 ha sempre lavorato come neonatologo, prima nell'Università di Napoli poi in quella di Sassari.

È stato Primario dell'U.O. di Neonatologia e TIN e Direttore del Dipartimento Materno-Infantile dell'Asl di Cosenza. Attualmente è responsabile dell'U.O. TIN-Immaturi dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma.

Principali interessi scientifici: epidemiologia perinatale, valutazione delle cure, e organizzazione e outcome dell'assistenza ai neonati ad alto rischio, in particolare quelli di peso molto basso. È autore di numerose pubblicazioni, anche su riviste internazionali peer reviewed. È stato segretario del gruppo di studio di epidemiologia pediatrica della SIP e membro del Direttivo nazionale della SIN. Da sempre è socio dell'ACP, e in passato ha curato la rubrica "Statistiche correnti" su *Quaderni acp*. È socio dell'European Society for Pediatric Research.

CHIARA GUIDONI

Laurea in Medicina e Chirurgia nel 1982. Specializzazione in Pediatria nel 1987.

Pediatra di Famiglia convenzionata con ASL TO3. Collegno (TO) da gennaio 1988.

Iscritta all'ACP dal 1993. Presidente dell'Associazione Culturale Pediatri dell'Ovest (Piemonte e Valle d'Aosta) dal 2003 al 2007, attualmente vicepresidente. Referente Regionale per il Piemonte nell'Associazione Culturale Pediatri dal 2005. Iscritta all'Albo degli Animatori di Formazione della Regione Piemonte dal 1998. Realizzazione di numerosi pacchetti formativi nell'ambito della formazione continua per la Pediatria di Famiglia nella Regione Piemonte.

TOMMASO MONTINI

Nato a Napoli nel 1959. È pediatra di famiglia all'ASL Napoli 1. Iscritto all'ACP già da specializzando, è entrato nel direttivo regionale della Campania dalla sua fondazione. Ha partecipato alla sua costituzione giuridica e ha contribuito alla organizzazione, alla segreteria scientifica e spesso anche alle presentazioni, di tutti gli eventi dell'ACP Campania.

Ha pubblicato due libri divulgativi di sostegno alla genitorialità: *Meno male che ci sono i bambini!*, ed. L'Isola dei ragazzi 2004. *Me lo dici in... bambinese?*, ed. Paoline 2009 in stampa. Ha una particolare sensibilità per il mondo della disabilità e della esclusione sociale in pediatria.

Ha collaborato alla stesura di un progetto per "nuovi percorsi assistenziali per la disabilità in età pediatrica" oggetto di un convegno ACP svoltosi a Meta di Sorrento nel 2005. Ha proposto uno studio sull'impatto della disabilità nello sviluppo dei fratelli di bambini con malattia cronica invalidante. Alla luce delle nuove teorie sull'attaccamento e sull'importanza delle cure prossimali nel primo anno di vita, ha proposto un tavolo di lavoro tra pediatri e associazioni giuridiche per promuovere, nei casi di bambini gravemente maltrattati, delle modifiche alle norme che regolano gli affidamenti. Modifiche che tengano conto della esigenza di dare rapidamente al bambino un riferimento stabile nel periodo in cui l'attaccamento è determinante per il corretto sviluppo del suo pattern di comportamento futuro.

MARIA FRANCESCA SIRACUSANO

È candidata dai gruppi ACP della Sicilia. Razza umana, genere femminile, nata in Sicilia, medico pediatra, pediatra di famiglia. Iscritta all'ACP, membro del Comitato di Redazione di *Quaderni acp*, responsabile della rubrica Scenari, socio fondatore del Centro per la Salute del Bambino.

ENRICO VALLETTA

Nato a Verona nel 1956, si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova nel 1981. Ha conseguito il Diploma di Specializzazione in Pediatria (Università di Verona) nel 1985, in Allergologia (Università di Padova) nel 1990 e in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (Università di Verona) nel 1998.

Dal 1986 al 1993 è stato Assistente a tempo pieno presso il Centro Regionale Veneto Fibrosi Cistica di Verona.

Dal 1993 a tutt'oggi è stato Aiuto e quindi Dirigente di primo livello, a tempo pieno, presso la Clinica Pediatrica dell'Università di Verona.

Dal 1999 è responsabile dell'attività di Gastroenterologia Pediatrica della Clinica Pediatrica di Verona. Dal 2005 gli è stato riconosciuto l'incarico di alta professionalità in Gastroenterologia Pediatrica. Dall'agosto 2008 è Responsabile della Struttura Semplice Funzionale "Gastroenterologia e Nutrizione Clinica" afferente alla Clinica Pediatrica.

È membro del Direttivo dell'Associazione Promozione Cultura Pediatrica (APCP) di Verona. Contribuisce, con il gruppo di Verona, all'iniziativa "Newsletter ACP". Tra gli interessi (oltre alla bicicletta e alla lettura), la formazione in Pediatria, gli argomenti di bioetica e il miglioramento della qualità in medicina.

Programmi dei Candidati

SERGIO CONTI NIBALI

Dalle alleanze al cambiamento

Rivedere (o avviare) patti di alleanza attraverso impegni comuni:

- con i pediatri extra-acp
- con gli altri operatori sanitari;
- con chi si occupa di salute infantile in senso lato, ivi comprese Associazioni di altre nazioni per ampliare sempre più gli orizzonti (es.: nei riguardi del problema dell'immigrazione, degli interventi di sostegno alla genitorialità, della promozione dell'allattamento al seno, della disabilità).

Tanto più si lavorerà in questa direzione tanto più sarà naturale/irrinunciabile cambiare la "p" dell'ACP; intesa non più solo come un'associazione di "categoria" e quindi di pediatri, ma come un'organizzazione che, approccandosi ai bisogni dei bambini e delle loro famiglie, pensa, riflette e si adopera per la "pediatria", ponendosi obiettivi e proponendo azioni comuni nell'ambito di un'area "pediatrica".

Innescare meccanismi di cambiamento in periferia (obiettivo primario):

- attraverso un coinvolgimento diretto dei pediatri nel loro setting assistenziale (prendendo spunto da esperienze precedenti, quali: la vigile attesa nell'OMA consolidata dalla ricerca multicentrica; il ruolo di sostegno all'allattamento seguito alla ricerca nazionale; l'utilizzo più attento dei farmaci dove è stato avviato un percorso di audit delle modalità prescrittive e di farmacovigilanza);
- mediante l'integrazione con le realtà locali che incrociano le fasce di popolazione bersaglio (modello virtuoso già sperimentato con Nati per Leggere).

Strategie di radicamento dei progetti nei territori

I progetti dovranno avere caratteristiche in comune, quali:

- coinvolgere le risorse territoriali sanitarie e non;
- prevedere un percorso di formazione/ricerca comune perché ogni iniziativa deve avere come presupposto la verifica del cambiamento; i percorsi di formazione devono essere il più possibile comuni mettendo insieme le diverse realtà del territorio (università - ospedale - territorio - risorse non sanitarie);
- prevedere per ciascuna iniziativa un responsabile di progetto che, ragionando in un'ottica complessiva, definirà: gli obiettivi da raggiun-

gere; le figure professionali da coinvolgere; i percorsi da seguire; i tempi e le modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi.

L'Ospedale e l'Università

La sensibilizzazione alle priorità dell'ACP di Ospedale e Università è sempre stato un obiettivo dell'Associazione, sebbene i risultati, sinora, siano stati inferiori alle attese. L'obiettivo verrà ancora di più perseguito:

- proponendo riflessioni e documenti programmatici agli organismi di rappresentanza dell'Università e dell'Ospedale sui temi che caratterizzano i programmi dell'Associazione;
- individuando le specificità che potranno essere di una macroarea o di una regione o di una singola provincia, privilegiando la realizzazione di "esempi-pilota" con almeno due esperienze (una al nord, l'altra al centro-sud);
- utilizzando strumenti e modelli formativi comuni che si sono dimostrati virtuosi in alcune realtà locali, come la collaborazione alla *Newsletter* del CSB; la sua lettura "collettiva", insieme a quella di *Fin da piccoli*, può rappresentare uno strumento di diffusione e condivisione di saperi.

Si punterà con decisione a un coinvolgimento degli Specializzandi nei percorsi formativi e, di conseguenza, nella vita associativa; sarà istituito un nuovo gruppo di lavoro dell'Associazione che si occuperà delle strategie di coinvolgimento dell'Università.

La "politica"

La condotta politica dell'Associazione sarà volta a perseguire:

- la giustizia sociale, denunciando i fattori sociali ed economici che mettono a rischio la salute infantile; un sistema sanitario equo, che dia accesso ai servizi essenziali a prescindere da disponibilità economica, nazionalità, status; un dibattito per un documento condiviso con gli organismi di rappresentanza dell'Università e dell'Ospedale e del Territorio di ri-organizzazione sanitaria dell'area pediatrica; una continua riflessione collegiale sul conflitto di interesse in medicina.

Quaderni acp

Le attività dell'Associazione dovranno continuare a trovare riscontro nella rivista, così come la discussione culturale tra i soci e in seno ai Gruppi. *Quaderni acp* deve consolidare la sua attività di informazione e formazione adeguandosi anche alle risorse tecnolo-

giche oggi comunemente utilizzate per rispondere in modo appropriato e soddisfacente alle esigenze dei lettori.

Organizzazione interna

Come si evince dall'organigramma (vedi box) su questo aspetto si punterà molto per una "ripartenza veloce". Una più strutturata organizzazione interna viene ritenuta indispensabile per l'attuazione del programma sin qui esposto. In sintesi la ri-organizzazione si basa su:

- potenziamento dei flussi informativi interni: i singoli soci dovranno essere i destinatari diretti delle informazioni; i coordinatori dei gruppi di lavoro e i referenti regionali prepareranno un rendiconto semestrale dell'attività;
- potenziamento dei flussi informativi verso l'esterno tramite il responsabile dell'Ufficio stampa che parteciperà a tutte le riunioni del Consiglio Direttivo, condividerà tutte le comunicazioni che arrivano al Presidente, condividerà tutte le comunicazioni centro-periferia e viceversa; parteciperà a tutte le riunioni di redazione di *Quaderni acp* (previo assenso del Direttore), e tramite il responsabile dell'Organizzazione informatica che riorganizzerà la struttura del sito ACP per attrarre i pediatri dell'ACP (e non solo), gli operatori sanitari che condividono progetti, i genitori; avvierà un percorso, insieme al comitato di redazione, per adeguare *Quaderni acp* alle esigenze di una rivista on-line; e riorganizzerà i flussi informativi centro-periferia.

Nuovi gruppi di lavoro

Per dare gambe al programma precedentemente esposto saranno istituiti gruppi di lavoro su: Codice etico di trasparenza, Organizzazione Sanitaria, Rapporti Istituzionali, Rapporti Internazionali, Specializzandi, Infermieri. Si unificeranno le Segreterie della Ricerca e della Formazione. Si modificherà la denominazione del gruppo da "Allattamento al seno" a "Nutrizione".

Risorse

Il piano di riorganizzazione e le strategie operative dell'Associazione dovranno tenere conto delle risorse disponibili; verrà posta particolare attenzione in tutti i settori a un utilizzo attento delle risorse (se necessario anche con un consulente esterno all'Associazione per gestione e approvigionamento), al fine di garantire la copertura economica delle attività dell'Associazione.

Box

Segreteria organizzativa: Segretario *Gianni Piras* (esterno), Tesoriere *Franco Dessi*, Responsabile dell'organizzazione informatica *Laura Tonon* (esterna), Informatico *Gianni Piras* (esterno), Ufficio Stampa *Laura Tonon* (esterna), Rapporti con i gruppi *Federica Zanetto / Laura Reali*, Rapporti istituzionali *Michele Gangemi*, Rapporti internazionali *Stefania Manetti*. **Gruppi di lavoro:** Codice etico di trasparenza *Annamaria Moschetti / Rosario Cavallo*, Formazione e Ricerca *Maria Francesca Siracusano / Antonio Clavenna*, Nutrizione *Maria Cristina Bessè / Lucio Piermarini*, Vaccinazioni *Luisella Grandori*, Università e Specializzandi *Giuseppe Magazzù / Peppe Lotta*, Ospedale *Luciano De Seta / Paolo Siani*, Neonatologia *Carlo Corchia*, Infermieri *Nicola D'Andrea*, Organizzazione Sanitaria *Paolo Tedeschi* (esterno)*. **Aree di priorità:** Salute mentale *Federica Zanetto / Angelo Spataro*, Disuguaglianza - Disabilità *Pino La Gamba / Tommaso Montini*, Sostegno alla genitorialità *Lina Di Maio / Stefania Manetti*, Ambiente *M. Edoarda Trillò / Giacomo Toffol*.

*Ricercatore in economia e management sanitario Scuola Superiore S. Anna-Pisa

alla presidenza dell'ACP

PAOLO SIANI

Il Consiglio direttivo dell'ACP Campania propone per la presidenza ACP Paolo Siani e ritiene che, per quanto riguarda la politica dell'ACP nei prossimi anni, il nuovo Presidente e il CD dovrebbero accettare la sfida di realizzare un programma ambizioso, i cui punti salienti di seguito indichiamo.

Il gruppo campano chiarisce anzitutto di non ritenere utile che il candidato presidente presenti, prima della elezione, una sua **squadra** ma piuttosto pensa che sia più utile che, una volta eletti Presidente e Consiglio Direttivo, vengano identificate altre figure professionali che aiutino Presidente e CD a realizzare programmi specifici. Il gruppo campano ritiene che l'ACP non debba essere presidentocentrica e che la vera squadra è rappresentata dal CD, eletto da tutti i soci, che dovrà avere maggiore visibilità e autonomia. I punti del programma sono i seguenti:

► Promuovere una maggiore presenza e partecipazione attiva dei colleghi **ospedalieri** all'interno dell'ACP. Per raggiungere questo obiettivo bisogna considerare che, rispetto ai pediatri di famiglia, gli ospedalieri hanno motivazioni diverse per aggiornarsi o seguire gruppi culturali. Su questo terreno specifico occorre cercare temi e campi di studio comuni, che tengano conto delle diverse esigenze. Benché in questi anni la pediatria ospedaliera sia entrata in una crisi profonda (grandi carichi di lavoro, organici sempre più esigui con scarsa o nulla possibilità di integrazione, scarsi rapporti con il territorio, poca gratificazione) lavorare insieme per riorganizzare la rete ospedaliera pediatrica e neonatale a livello regionale potrebbe costituire un elemento di stimolo per rilanciare la professionalità di tutti. Priorità assoluta rappresentano le cure intensive e semintensive e il ruolo del Pronto Soccorso pediatrico. Su questi temi è necessario uno sforzo e un contributo di tutta l'Associazione e bisognerà trovare collaborazione e convergenze anche con la SIP.

► Preparare **percorsi formativi condivisi** tra ospedalieri e pdf dovrà essere una delle future priorità formative. Questa metodologia di lavoro, che si richiama fortemente alla **formazione tra pari**, potrebbe rappresentare un modello alternativo di formazione libera e indipendente: non congressi ma riunioni a piccoli gruppi su specifici argomenti con accreditamento ECM.

La **Newsletter pediatrica**, che si è dimostrata uno strumento formidabile in questo ambito, andrebbe sempre più diffusa tra i gruppi ACP. Sul piano dell'innovazione formativa bisognerà continuare a sviluppare i percorsi di **formazione a distanza** (WEBM) con il coinvolgimento di tutta l'Associazione e diffondere in ogni gruppo ACP la metodologia di lavoro degli **scenari clinici**.

► Continuare e potenziare la collaborazione con gli **specializzandi** coinvolgendoli a livello locale nella realizzazione di incontri formativi, scenari clinici, realizzazione di linee guida.

► Migliorare la comunicazione dell'ACP con i **pdf** che devono trovare riferimenti culturali e possibilità di confronto che li aiuti a rompere la solitudine. Una parte del sito ACP potrebbe essere dedicata a quesiti clinici (creare un panel di esperti, per settore, che si impegna a dare risposte).

► Continuare il lavoro che la presidenza Gangemi ha iniziato con i **gruppi regionali** e promuovere ancor di più la loro presenza attiva all'interno dell'Associazione; invitare i gruppi in sede regionale a individuare le priorità di salute, organizzare convegni interregionali e cercare altre modalità di condivisione.

► Affrontare il problema della **continuità assistenziale**.

Dopo il fallimento del Dipartimento Materno-infantile, sul quale l'ACP aveva condotto un approfondimento culturale e organizzativo di grande rilievo, sarà necessario trovare uno strumento efficiente di **comunicazione fra ospedale e territorio** – ad esempio la semplice e poco costosa comunicazione via mail fino alla più complessa cartella clinica per gli ospedali su formato elettronico – per consentire di condividere esperienze, casistica clinica, problemi organizzativi tra i colleghi dei vari reparti ospedalieri e tra loro e i medici curanti, consentendo un accesso diretto alla documentazione a tutti.

► Sviluppare nuove ricerche su una delle 5 priorità acp: la **disabilità**. Occorre interagire con associazioni e promuovere interventi a livello locale e nazionale. Sarebbe utile che il nuovo presidente e il CD promuovessero un gruppo dedicato a questa problematica integrato con le Associazioni di volontariato.

► Collegarsi con le Associazioni dei **medici di medicina generale** e con le Associazioni di pediatria europee ed extraeu-

ropee dell'area delle cure primarie: il futuro della pediatria è anche questo, rapportarsi con altri contesti europei sulle varie tematiche socio-sanitarie.

► Continuare la strada aperta da Michele Gangemi nell'apertura verso le **Associazioni non pediatriche** in senso stretto (protocollo con UNICEF, ISDE, Caritas).

► Dare nuova linfa ai programmi di **umanizzazione** dei reparti di pediatria. Su questo tema bisogna sviluppare nuove idee con il coinvolgimento delle Associazioni del volontariato, degli operatori sanitari, di artisti.

► Incrementare e migliorare il rapporto con gli **infermieri pediatrici**, come Nicola D'Andrea aveva già iniziato a fare nel corso della sua presidenza anche con la partecipazione alla stesura delle linee guida.

► Promuovere l'**Editoria acp** e le riviste a noi vicine.

Le riviste acp: *Quaderni acp*, *M&B*, *UPPA*, la *Newsletter Pediatrica* (NP) dovrebbero promuoversi a vicenda. **Fin da Piccoli**, recente iniziativa del CSB, dovrebbe essere utilizzata con lo stesso schema della NP. Indispensabili ci appaiono riunioni congiunte dei direttori almeno due volte l'anno per discutere le linee editoriali, conservando ognuno la propria specificità. Sarebbe utile inviare le riviste a rotazione a tutti i reparti ospedalieri di pediatria e gli indici via mail.

► Il **sito dell'ACP** dovrebbe essere il fulcro della formazione per i pediatri. Nel sito dovrebbero essere presenti gli indici delle riviste, la formazione a distanza, la discussione di casi clinici, le slide delle relazioni presentate ai Congressi ACP, le attività dei vari gruppi.

► Migliorare ulteriormente l'**integrazione socio-sanitaria** e quindi il rapporto tra ASL, Comuni e Terzo settore.

► Cercare **finanziamenti** al di fuori dell'industria del farmaco per essere più autonomi e portare avanti ricerche sul territorio.

► Il presidente e il CD, dovrebbero essere in grado di dare all'ACP un **ruolo politico e culturale** che si manifesti in tutte le occasioni in cui occorre esprimersi pubblicamente in difesa dei bambini.

La versione integrale di questo programma, per la futura presidenza ACP, può essere scaricata dal sito www.acpcampania.it.

Nella mente dei padri

Uno studio per indagare le emozioni di un gruppo di padri partecipanti al Percorso Nascita di un Consultorio familiare

Alberto Pellai*, Donata Dalessandro**, Paola Baggiani**, Elisabetta Garzonio**, Alessandra Storaci**

*Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Milano; **Consultorio Familiare di Somma Lombardo

Abstract

In father's mind. A study aiming at inquiring into the emotions of a group of fathers-to-be attending prevention services of Consultorio Familiare

Objectives This paper presents the most recent data published internationally dealing with the importance of strengthening the father's role in the pre, peri and post-natal period and results from a study realized with fathers-to-be attending prevention services of Consultorio Familiare (CF) in the Health Welfare District of Varese.

Materials and methods A questionnaire with 30 multiple-choice questions was given to all the couples attending the CF in Somma Lombardo. Sample: 62 fathers-to-be completed the survey, representing 52% of the total population attending the CF in year 2007. Mean age of fathers in the sample is 34 ys, 75% in the sample completed secondary school and 95% was waiting for the birth of their first child.

Results Data have been analysed in relation with: a) information, b) behaviours, c) self-efficacy, d) emotions, e) experiences of solidarity and self-help among men and male friends. Data reveals that fathers are actively involved and want to play a primary role in occasion of the birth of their child, but, at the same time, have to face some emotional challenges that they are not able to share with their partner and male friends.

Conclusions It is necessary to sustain the father's role with ad hoc programs but right now these kind of actions are rare and scarcely provided by socio-sanitary services and agencies dealing with new parents.

Quaderni acp 2009; 16(3): 104-108

Key words Pregnancy. Fathers. Prevention

Obiettivo Questo articolo presenta i più recenti dati della letteratura scientifica relativi all'importanza del sostegno del ruolo paterno nel periodo pre, peri e post-natale e i dati di una ricerca effettuata con i padri frequentanti le attività di prevenzione offerte da un consultorio familiare della ASL di Varese.

Materiali e metodi Un questionario con 30 domande a scelta multipla è stato proposto ai padri di tutte le coppie di neogenitori che hanno richiesto o frequentato i servizi preventivi del Percorso Nascita offerti dal consultorio familiare di Somma Lombardo. Campione: 62 futuri padri, che rappresentano il 56% del campione totale di utenti del Consultorio nell'anno 2007, con età media di 34 anni. Il 75% del campione possiede un diploma superiore o di laurea e il 95% del campione risulta costituito da padri in attesa del proprio primo figlio.

Risultati I risultati analizzati vengono presentati in relazione a cinque aree semantiche: a) conoscenze, b) comportamenti, c) autoefficacia, d) emozioni, e) solidarietà e aiuto da parte di altri uomini. I dati mostrano come i padri siano concretamente coinvolti e desiderosi di giocare un ruolo attivo con il proprio bambino, ma allo stesso tempo rivelano alcuni disagi emotivi che non riescono a condividere né con la compagna né con i propri amici.

Conclusioni È necessario sostenere il ruolo genitoriale paterno con azioni ad hoc, al momento molto rare all'interno dei servizi sociosanitari a disposizione dei neo-genitori.

Parole chiave Gravidanza. Padri. Prevenzione

Introduzione

Sono pochissime le ricerche che hanno indagato il mondo emotivo dei padri nel periodo più precoce, quello che va dall'inizio della gravidanza al primo semestre

di vita del proprio figlio, dopo l'evento nascita. Ultimamente, però, nella letteratura scientifica si è cominciato a parlare di depressione post-partum dei padri [1]. Ci sono ricerche che attestano la preva-

lenza di depressione paterna nei neo padri intorno al 5%, fino addirittura ad indicare un 10% di neopadri con sintomi depressivi, all'interno di un campione di 5089 famiglie [2]. Quest'ultimo dato, in particolare, emerge all'interno di uno studio che è riuscito a fotografare come l'evento nascita sia in grado di modificare l'assetto emotivo paterno, lasciando presupporre un effetto – diretto e indiretto – sulle pratiche di accudimento e di interazione genitore-neonato. La stessa ricerca, inoltre, mostra come padri con sintomi depressivi interagiscano meno nei primi anni di vita con il proprio figlio, riducendo la quantità e la qualità di azioni quali quelle di gioco, canto, narrazione e lettura.

Ramchandani et al. hanno dimostrato in una ricerca che ha coinvolto 8431 neopadri studiati nei loro tratti depressivi grazie all'utilizzo della Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) somministrata all'ottava settimana di vita del figlio, che la depressione paterna nel periodo postnatale è associata con disturbi emotivi e comportamentali che il bambino manifesta all'età di 3 anni e mezzo, con particolare evidenza di disturbi della condotta nei figli maschi [3]. Questo studio perciò stabilisce che la depressione paterna, al pari di quella materna, potrebbe contribuire quale fattore di rischio alla genesi precoce di problemi comportamentali e di sviluppo emotivo nei bambini. Attualmente lo studio di Ramchandani è l'unico disponibile in grado di dimostrare su un campione così ampio l'effetto precoce che la depressione paterna produce quando compare in tempi molto vicini alla nascita del figlio.

Chi lavora con i neo-genitori (siano essi padri o madri), in particolare in occasione della nascita del primo figlio, si rende facilmente conto che spesso il loro mondo interno è connotato da una "fatica emotiva", che è molto difficile da rendere riconoscibile e oggettivabile. Ma se le donne hanno maggiori possibilità di

Per corrispondenza:

Alberto Pellai

e-mail: alberto.pellai@unimi.it

ricerca

chiedere aiuto, di parlare con altre donne e trovare parole per provare a riconoscere ed esprimere le emozioni che nascono dentro di loro, per gli uomini questo si rivela un compito molto arduo. Molti uomini mancano di un'alfabetizzazione emotiva, in grado di renderli capaci di riconoscere, accogliere e validare gli importanti cambiamenti intrapsichici che avvengono nel proprio mondo interno quando diventano padri. Sostenere la funzione paterna e i neo padri affinché sappiano interagire nel migliore dei modi con la propria compagna e con il figlio risulta attualmente una priorità sostenuta da più parti e in più linee-guida internazionali. Ciò può sperimentarsi promuovendo all'interno dei Percorsi Nascita proposti da molti consultori familiari (solitamente basati sull'offerta di corsi di preparazione al parto, ma sempre più frequentemente integrati da incontri con neo-mamme dopo l'evento nascita e sportelli di counselling consultabili nel primo semestre di vita del bambino) interventi specificamente pensati e mirati per i padri.

Insomma, la competenza paterna risulta essere uno dei fattori di protezione più importanti per garantire un sano sviluppo psicofisico a un nascituro. A questo proposito, tra l'altro, conviene riportare la definizione di competenza paterna fornita da M. Lamb [4], che l'ha descritta come una dimensione connotante il padre e caratterizzata da tre ben definite funzioni:

- l'accessibilità*, ovvero la presenza del padre e la sua disponibilità verso il figlio;
- il coinvolgimento*, ovvero il contatto diretto e misurabile attraverso le funzioni di gioco, come: lettura, coccole, uscite e qualsiasi azione associata al prendersi cura;
- la responsabilità*, ovvero la partecipazione in decisioni relative alla cura del bambino, come: accompagnamento alle visite mediche e ai bilanci di salute, oltre che espletamento di funzioni quali il cambio del pannolino, la scelta dei vestiti e i riti dell'addormentamento. Secondo Lamb migliore è il livello di accessibilità, coinvolgimento e responsabilità che un padre investe nella relazione con il figlio e migliori saranno gli "outcomes" di sviluppo e

crescita non solo nell'ambito dell'età evolutiva, ma anche a lungo termine rispetto alla propria vita adulta.

Del resto, l'importanza del padre nella vita di un figlio è stata di recente ribadita dall'American Academy of Pediatrics che ha dichiarato che un rilevante aspetto del lavoro del pediatra deve consistere nel rinforzare il ruolo degli uomini nella cura e nelle diverse fasi di sviluppo del proprio nascituro [5].

Sfortunatamente, le attuali politiche istituzionali in molti Paesi non supportano il coinvolgimento paterno nelle pratiche di cura e accudimento dei figli. In effetti, pratiche come l'indennizzo di paternità ai neopadri che decidono di stare a casa per un periodo di tempo dopo la nascita del figlio, oppure gruppi di auto-aiuto e di supporto per i neopadri restano soltanto un sogno auspicabile e, qualora esistenti, poco usufruito dai potenziali beneficiari.

Aiutare e sostenere il ruolo paterno nella relazione precoce con il proprio figlio rimane un obiettivo di sanità pubblica irrinunciabile e la ricerca dimostra che tanto più precoce e intensa è tale relazione, tanto migliori sono gli outcomes di salute per il bambino.

Proprio quest'anno è stata pubblicata la più importante metaanalisi finalizzata a scoprire cosa la ricerca ha definito rispetto alla funzione protettiva dei padri [6]. Essa è basata sulla revisione sistematica della letteratura scientifica fino al settembre 2007. Ha incluso tutti gli studi con un'analisi longitudinale basata sull'osservazione di misure seguenti ad almeno un anno dalla partecipazione e dalla presenza del padre e ha incluso 24 studi, provenienti da 16 diversi studi longitudinali coinvolgenti circa 22.300 individui.

Ne è emerso che il coinvolgimento paterno ha importanti ricadute sul modello di sviluppo di un figlio in quanto diminuisce i problemi comportamentali in adolescenza, migliora il funzionamento sociale/relazionale sia durante l'infanzia che l'adolescenza e garantisce un migliore successo scolastico. Inoltre, i maschi che beneficiano dalla presenza di un padre che co-abita con loro, manifestano un comportamento meno aggressivo. Ancora, un padre coinvolto riduce in modo significativo la prevalenza di problemi comportamentali nei primi anni di frequenza scolastica di un figlio rispetto a

ciò che succede a coloro che hanno padri meno coinvolti e consente di predire minor incidenza di comportamenti anti-sociali durante l'adolescenza sia per i maschi che per le femmine.

In Italia sono scarse le ricerche che hanno provato a descrivere cosa succede nel mondo dei padri in prossimità dell'evento nascita. Vale la pena citare lo studio di Volta et al. effettuato con 118 padri (età media 34 anni) dell'area di Reggio Emilia, che hanno risposto a domande sull'attesa del loro bambino/a e sulle emozioni che avevano sperimentato dopo la sua nascita [7]. Lo studio ha permesso di comprendere che i padri coinvolti nella ricerca:

- ▶ hanno complessivamente vissuto con serenità e tranquillità il periodo della gravidanza;
- ▶ ritengono che durante il parto la loro presenza possa essere utile alla moglie;
- ▶ non sono sicuri che anche per il neonato la loro presenza possa essere di qualche utilità;
- ▶ sono consapevoli che subito dopo la nascita il loro bambino avrà bisogno e desidererà essere preso in braccio anche da loro;
- ▶ sono consapevoli che la nascita del bambino porterà a una limitazione della loro libertà individuale;
- ▶ ritengono che la nascita non comporterà alcuna minaccia alla loro vita di coppia;
- ▶ concordano pienamente con l'affermazione che, per accudire un neonato in buona salute, non sia necessario l'intervento di personale esperto;
- ▶ alla domanda sul rispetto degli orari delle poppate le idee appaiono più confuse, anche se emerge la consapevolezza che gli orari rigidi non sono né utili né necessari;
- ▶ hanno la convinzione che l'intuito dei genitori è in grado di guidare le cure di cui il bambino ha bisogno.

Lo studio ha aiutato a comprendere il mondo profondo dei padri nel periodo perinatale.

In continuità con gli obiettivi di ricerca messi in evidenza dallo studio sopraccitato, si è implementata una ricerca simile nell'impianto, ma diversa rispetto allo strumento di indagine utilizzato, finaliz-

TABELLA 1: RISPOSTE FORNITE DAI PADRI DEL CAMPIONE

Domanda	Sono d'accordo	Non sono d'accordo	Non so
Un bambino alla nascita è incapace di vedere	60%	36%	4%
Prendere sempre in braccio un neonato che piange significa viziarlo	30%	70%	–
È meglio abituare un neonato a mangiare a orari fissi	38%	50%	12%
Dopo la nascita del proprio bambino è frequente che le mamme si sentano molto stanche per più giorni	95%	–	5%
Dopo la nascita del proprio bambino è frequente che le mamme si sentano molto tristi nei primi giorni	66%	15%	19%
Sono le mamme che si devono occupare dell'igiene del bambino	85%	15%	–
Un padre dopo la nascita di un figlio deve rimanere più tempo del solito a casa per aiutare la compagna	98%	–	2%
Un padre sa sempre come ci si prende cura del proprio bambino	30%	70%	5%
Una madre sa sempre come ci si prende cura del proprio bambino	40%	60%	–
Come papà, durante il parto, penso che sarò presente in sala parto	85%	5%	10%
Quando la mia compagna tornerà a casa dall'ospedale interromperò per qualche giorno l'attività lavorativa	80%	20%	–
Durante i mesi della gravidanza ho avuto problemi di sonno	20%	80%	–
Ho avuto spesso paura di non essere un buon padre per mio figlio	25%	75%	–
Ho provato un'intensa sensazione di paura o angoscia durante i mesi di gravidanza della mia compagna	20%	65%	15%
Ho parlato molto spesso con i miei amici maschi della mia imminente paternità	65%	35%	–
I miei amici maschi mi hanno sostenuto e aiutato a sentirmi più pronto nel diventare padre	45%	55%	–
I miei amici maschi mi hanno spesso fatto capire che la mia vita cambierà radicalmente dopo la nascita mio figlio	60%	40%	–

zata a descrivere cosa si verifica nel mondo emotivo degli uomini che stanno per diventare padri.

Materiali e metodi

La ricerca è stata strutturata sul modello degli studi basati sulla somministrazione di questionari a compilazione volontaria. Il questionario, strumento di indagine, è composto da 30 domande finalizzate a rilevare aspetti conoscitivi, aspetti attitudinali, aspetti emotivi, e comportamentali associati al periodo di attesa del proprio figlio. Le domande prevedevano una risposta a scelta multipla. Il questionario è stato proposto a tutte le coppie di futuri neo-genitori che hanno partecipato ai corsi di preparazione al parto nel corso dell'anno solare 2007 presso il Consultorio Familiare di Somma Lombardo (ASL di Varese). Nel caso i padri non fossero presenti ad alcun incontro è stato chiesto alle compagne di portare a casa il questionario e di farlo compilare così da riconsegnarlo all'incontro successivo. Proprio perché l'autocompilazione presupponeva quale pre-requisito un'adeguata comprensione della lingua italiana, la ricerca è stata effettuata solo con coppie composte da soggetti di madrelingua italiana.

I questionari sono stati compilati prima della nascita del neonato, sempre però nel bimestre precedente la data presunta del parto.

Descrizione del campione

Alla nostra ricerca hanno partecipato 62 futuri padri, che rappresentano il 56% dell'utenza complessiva che nell'anno solare di effettuazione dello studio ha preso parte ai corsi di preparazione al parto offerti dal Consultorio Familiare di Somma Lombardo. L'età media dei padri è risultata pari a 34 anni, il 75% del campione ha un diploma superiore o di laurea e il 95% del campione risulta costituito da padri in attesa del primo figlio. Il 55% del nostro campione ha partecipato a un solo incontro del corso di preparazione al parto (quello specificamente rivolto ai padri), il 35% ha partecipato a due o più incontri e il 10% invece non ha preso parte ad alcun incontro. Considerato il numero di padri appartenenti a questo campione si presenteranno i dati rilevati con le semplici distribuzioni percentuali.

Risultati

I risultati (*tabella 1*) vengono presentati con un'aggregazione per categoria semantica, differenziata su cinque aree:

- area della conoscenza: indagata con le domande tese a rilevare le conoscenze dei neo-padri;
- area comportamentale: indagata con le domande tese a rilevare i comportamenti messi in atto o che i padri presumono di mettere in atto alla nascita del proprio figlio;
- area attitudinale: indagata con domande tese a rilevare un senso di autoefficacia percepito dai padri;
- area emotiva: indagata con domande tese a rilevare lo stato emotivo associato alla condizione di paternità incipiente;
- area dell'auto-aiuto: indagata con domande tese a rilevare la relazione di aiuto interpersonale tra colleghi e amici di sesso maschile.

I dati salienti per ciascuna area vengono riportati nei successivi paragrafi.

1. Le conoscenze dei padri (area della conoscenza)

Molti padri non conoscono alcuni aspetti di rilevante importanza relativamente allo sviluppo del bambino. Il 60% del campione ritiene che alla nascita i neonati sono incapaci di vedere e non hanno alcuna sensazione visiva. Il 30% del

campione è convinto che prendere in braccio un bambino quando piange significa viziarlo e solo un padre su due dichiara che per il neonato è meglio poter usufruire di un allattamento a richiesta. Molto alta è invece la percentuale di padri che sa che la madre al ritorno a casa dal reparto di ostetricia potrà sentirsi fisicamente molto stanca (lo afferma il 95% dei padri del campione), ma rimane alta la percentuale di padri che ignora invece che la mamma potrebbe sentirsi anche molto triste, dato non conosciuto dal 30% dei soggetti indagati.

2. Cosa sanno fare o pensano di saper fare i nuovi padri (area comportamentale)

Nel nostro campione, l'85% dei neo-padri afferma che non sono solo le mamme a doversi occupare dell'igiene del bambino (cambio pannolino e bagnetto), percentuale che sale al 98% quando ai padri si domanda se sono consapevoli che un figlio li obbligherà a permanere per tempi molto più lunghi del solito in casa, dopo la sua nascita.

Interrogati rispetto al proprio livello di accordo in relazione all'affermazione: "Un padre sa sempre come ci si prende cura del proprio bambino" la maggioranza afferma di non dividerla, risultando affermativa la risposta del 30% soltanto dei padri. Circa il 40% di loro pensa invece che le madri sappiano sempre come ci si prende cura del proprio bambino. Il 65% dei padri afferma che per prendersi cura del proprio bambino la cosa più importante è affidarsi all'istinto paterno e materno, mentre la restante percentuale ritiene fondamentale l'eventuale aiuto di un esperto (25% delle risposte) oppure di un'altra donna che è già stata mamma (6%) o di libri scritti da specialisti (4%).

3. Il saper essere dei nuovi padri (area attitudinale)

La totalità dei padri è consapevole del fatto che dopo la nascita di un figlio, è necessario rimanere più tempo del solito a casa per aiutare la propria compagna, anche se solo un padre su due è consapevole che la nascita del figlio lo obbligherà a cambiare radicalmente il proprio modo di trascorrere il tempo libero.

Il 98% ha dichiarato di aver sperimentato soltanto felicità alla notizia della pro-

pria incipiente paternità. L'85% del campione ritiene che, se sarà possibile, assisterà al parto della propria compagna, e le due principali motivazioni addotte a sostegno di tale decisione sono il desiderio di sostenere la propria compagna e la voglia di sperimentare la gioia di veder nascere il proprio figlio.

L'80% dei padri prevede che, al ritorno a casa dal reparto di ostetricia, interromperà l'attività lavorativa per più giorni.

4. Le emozioni nascoste dei nuovi padri (area emotiva)

Il 20% dei padri dichiara di avere avuto problemi di sonno durante questi mesi di attesa, soprattutto perché ha dormito meno del solito e si è risvegliato prima al mattino. L'atteggiamento "ansioso" di alcuni neo-padri si evince abbastanza bene osservando le loro dichiarazioni di accordo all'affermazione "Ho avuto spesso paura di non essere un buon padre per mio figlio", condivisa da un padre su quattro del nostro campione. Il 65% del campione riferisce di non aver mai sperimentato un'intensa sensazione di paura o angoscia durante i mesi della gravidanza, esperienza invece condivisa dal 20% del nostro campione. È interessante notare come a questa domanda il 15% dei padri abbia affermato di non sapere cosa rispondere.

5. Essere padri in un mondo di uomini (area dell'auto-aiuto)

Due uomini su tre affermano di aver parlato frequentemente della propria imminente paternità con i propri amici.

Meno di un uomo su due si è sentito aiutato e sostenuto dai propri amici in questo momento della propria vita, e nel 60% dei casi gli amici maschi sembrano essere quelli che rispettano il clichè per cui "un uomo viene avvertito che la sua vita cambierà drasticamente dopo la nascita di un figlio" (non potrai più fare questo e quello...) tanto che più del 60% si dichiara d'accordo con l'affermazione: "Mi sono spesso sentito dire che dopo la nascita di mio figlio non avrò più tempo per me stesso".

Limiti dello studio

Lo studio prende in considerazione un campione ridotto di padri che ha aderito spontaneamente alla ricerca. Pur offrendo risposte di grande interesse per l'a-

nalisi e la conoscenza del mondo emotivo dei neo-padri, questo campione non può essere considerato rappresentativo del grande gruppo dei neo-padri.

D'altro canto, i risultati di questa ricerca potrebbero essere paragonati a quelli di una ricerca qualitativa svolta su un focus group di soggetti e finalizzata a fornire una prima "istantanea" dell'oggetto di studio, da confermare poi su campioni di più ampia numerosità.

Conclusioni

Presenti e coinvolti, i nuovi padri sono ancora in difficoltà nel riconoscere, validare e condividere con altri uomini e con la propria compagna i propri stati interni associati alla propria imminente esperienza genitoriale. È fondamentale aiutare gli uomini a conquistare una nuova consapevolezza emotiva, riconoscendo e dando parole alle molte emozioni che si affollano nel loro mondo intrapsichico quando si avvicinano allo status di padri. Occorre promuovere il loro sapere, saper fare e saper essere con azioni mirate, quali quella recentemente promossa dal Consultorio familiare di Somma Lombardo – anche in seguito ai risultati ottenuti con questo studio – che ha organizzato il "Cerchio dei padri", che si "connota" come un corso di preparazione all'evento nascita, organizzato, strutturato e gestito secondo la modalità dei gruppi di auto-aiuto. In ogni cerchio vengono invitati e messi a confronto padri appartenenti a tre diversi sottogruppi:

1. padri che lo stanno per diventare per la prima volta;
2. padri che lo sono diventati per la prima volta da poche settimane o mesi;
3. padri che lo stanno per diventare per la seconda o terza volta.

Proprio questa compresenza di uomini a diversi stadi del proprio "ruolo paterno" permette di facilitare lo scambio di esperienze, aspettative, idee ed emozioni che hanno differenti livelli di contenuto, elaborazione e sviluppo.

Nel cerchio i padri parlano di ciò che sentono e che provano in questo passaggio della loro vita. Le emozioni sono le protagoniste assolute di questo momento di scambio. La conduzione è affidata a

due esperti, una psicologa e un medico psicoterapeuta, entrambi genitori, che oltre a “fornire informazioni competenti e a fungere da contenitore emotivo”, ripropongono ai presenti il modello della coppia coniugale e genitoriale: uomo/donna e madre/padre, consentendo di muoversi sia con i pensieri che con le emozioni, nella teoria della mente dell'uno e dell'altro.

La struttura del corso prevede tre incontri a cadenza settimanale e un quarto dopo qualche mese dall'esperienza di coppia genitoriale, che viene attivato solo su richiesta esplicita dei padri ai quali si propone di rincontrarsi in coppia e di partecipare a un “grande cerchio di coppie genitoriali” al quale sono invitate anche le compagne.

Così come succede con il “Cerchio dei padri”, azioni rivolte al sostegno del ruolo genitoriale paterno sono da più parti invocate come estremamente necessarie anche per la prevenzione della depressione post-partum nella neo-mamma e devono vedere il pediatra coinvolto, direttamente o indirettamente, per garantire al nascituro le migliori condizioni di salute e di sviluppo psico-fisico. ♦

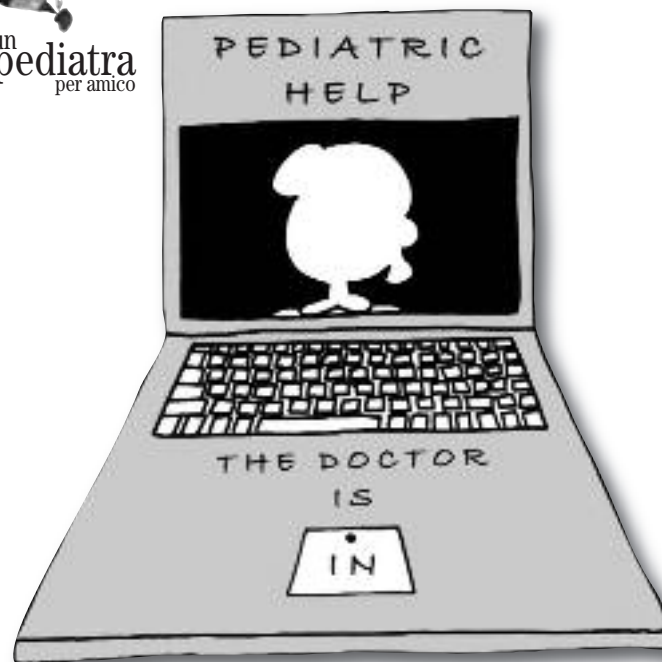
Gli Autori dichiarano di non aver alcun conflitto di interessi.

Bibliografia

- [1] Ballard C, Davies R. Postnatal depression in fathers. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:65-71.
 [2] Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics* 2006;118:659-68.
 [3] Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG and The ALSPAC study team (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet* 2005;365:2201-05.
 [4] Lamb M, Pleck J, Charnov E, et al. A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In: Lancaster J, Altman J, Rossi A, et al Editors. *Parenting across the lifespan: Biosocial perspectives*. New York Academic Press 1987:11-42.
 [5] Coleman WL, Garfield C and the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Fathers and Pediatricians: enhancing men's roles in the care and development of their children. *Pediatrics* 2004;113:1406-11.
 [6] Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies *Acta Pædiatrica*. 2008; 97:153-8.
 [7] Volta A, Bussolati N, Capuano C, et al. Paternità: un'indagine sulle emozioni dei nuovi padri. *Quaderni acp* 2006 13:146-9.



**Don't worry
be UPPA!**



Web anch'io. Perché no?

**Sei un pediatra e non hai un sito personale?
Registrati sul sito di UPPA
e con pochi passi sarai on line.**

**Oggi molte informazioni passano su internet. UPPA
ti offre la possibilità di farti un sito da mettere a di-
sposizione dei genitori dei tuoi piccoli pazienti.**

Vai su www.uppa.it e clicca su **Area pediatri.**

È un servizio gratuito a disposizione di tutti i pediatri.

L'uso di uniformi infermieristiche non convenzionali nei reparti pediatrici

Filippo Festini

Presidente della Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche, Pistoia

Abstract

Non-conventional nurses uniforms in paediatric settings

Background It has been suggested that non-conventional nurses uniforms in paediatric settings may contribute to lowering children's distrust towards healthcare providers and reduce fear. No study has so far analysed the effects in actual use of a non-conventional, other than the traditional type of uniform, on a paediatric hospitalised population.

Aims To test the impact of a multi-coloured non-conventional attire on a population of children admitted to a paediatric hospital. Design: Quasi-experimental before-after controlled study.

Methods Quasi-experimental study. We introduced multi-coloured nurses attire in 2 wards of a paediatric hospital. Using open questions and semantic differential scales (SDS), we evaluated the effects of this non conventional attire on a group of hospitalised children, compared to sex-and-age-matched controls interviewed before the introduction. Parents were also interviewed.

Results 112 hospitalised children and their parents ($n=112$) were studied. The percentage of positive words used by children to define their nurse was higher in children interviewed after the introduction of non-conventional uniforms (96.2% vs. 81.8%, $p=0.01$). Children's perception of nurses was significantly improved by the use of multi-coloured attire ("bad"- "good" SDS: $p=0.01$; "disagreeable"- "nice" SDS: $p=0.001$). Children's perceptions regarding hospital environment did not change. Parents' perception of nurses uniform adequacy to the role and capability to reassure resulted improved ($p<0.0001$, $p=0.0003$).

Conclusions Multi-coloured non-conventional attire were preferred by hospitalised children and their parents. Their introduction improved the perception children have of their nurses. Moreover, the coloured uniforms improve the parents perception in regards to the reliability of the nurse.

Quaderni acp 2009; 16(3): 109-110

Key words Nurse. Attire. Children

Obiettivo Testare l'impatto di una uniforme infermieristica non convenzionale su di una popolazione di bambini ricoverati in un ospedale pediatrico.

Materiali e metodi Studio quasi-sperimentale controllato "prima-dopo". Uniformi infermieristiche colorate non convenzionali sono state introdotte in 2 reparti di un ospedale pediatrico. L'impatto è stato misurato attraverso la somministrazione di questionari con risposte aperte e scale di differenziale semantico (SDS ai bambini e ai genitori).

Risultati Hanno partecipato 112 bambini e 112 genitori. La percentuale di parole con connotazione positiva utilizzate dai bambini per definire l'infermiera che li assisteva è risultata più alta nei bambini intervistati dopo l'introduzione delle uniformi non convenzionali (96,2% vs. 81,8%, $p=0,01$). La percezione dell'immagine dell'infermiera è risultata significativamente migliorata dall'uso di uniformi colorate (scala 'cattiva'- 'buona' $p=0,01$; scala 'antipatica'- 'simpatica' $p=0,001$). Nessuna differenza tra prima e dopo l'introduzione delle divise colorate è stata riscontrata per quanto riguarda la paura delle infermiere e la percezione dell'ambiente di cura. Le percezioni dei genitori riguardo all'adeguatezza dell'uniforme al ruolo dell'infermiere e riguardo alla capacità di rassicurare sono risultate migliorate con le uniformi non convenzionali. ($p<0,0001$ e $p=0,0003$).

Conclusioni Le uniformi non convenzionali sono state preferite da bambini e genitori. La loro introduzione ha migliorato la percezione che i bambini hanno delle infermiere e ha migliorato la percezione dei genitori dell'affidabilità delle infermiere. L'uso di uniformi colorate contribuisce a migliorare la relazione infermiere-bambino e può ridurre il disagio vissuto dal bambino ricoverato.

Parole chiave Infermiere. Uniforme. Bambini

Introduzione

Negli ultimi anni si è imposta l'esigenza di garantire al bambino ospedalizzato un'assistenza atraumatica, nella quale sia ridotto al minimo indispensabile il livello di stress fisico e psicologico. Una delle priorità degli infermieri dell'età evolutiva è dunque quella di ridurre il dolore, l'ansia e la paura del bambino.

L'uniforme rappresenta un elemento importante della comunicazione non verbale tra infermiere e bambino e potenzialmente può contribuire a rendere meno traumatiche le cure e l'assistenza. La letteratura scientifica non ha riservato molta attenzione a questo tema.

Alcuni autori suggeriscono che l'abbigliamento degli operatori sanitari può influenzare la paura dei bambini per l'ambiente ospedaliero [1-3]. Altri ritengono che le uniformi non convenzionali in pediatria possono contribuire a creare un ambiente disteso e a ridurre la diffidenza dei piccoli verso gli operatori [4-5]. Alcuni autori hanno inoltre ipotizzato un legame tra l'uniforme infermieristica e l'aspettativa che i pazienti nutrono verso l'infermiere [6-7]. Ciò che i bambini ospedalizzati si aspettano dall'infermiere che si prende cura di loro è che sia "carina", "gentile", "simpatica", "calma", "buona", "disponibile", che sia "divertente" e che giochi con loro [8].

Per quanto riguarda i genitori dei bambini ricoverati, essi si attendono che l'aspetto esteriore degli Infermieri comunichi disponibilità più che autorevolezza, e ritengono che dovrebbe contribuire a creare un'atmosfera tranquilla e rilassata [5].

Negli ultimi anni l'uso di uniformi infermieristiche colorate, o comunque non convenzionali, nei reparti pediatrici si è sempre più diffuso: eppure sono pochissime le ricerche che hanno portato prove sul reale impatto che tali uniformi hanno sui pazienti e i loro familiari. Due studi si sono limitati a indagare la preferenza di alcuni bambini per alcuni tipi di uniforme infermieristica, mostrati attra-

Per corrispondenza:
Filippo Festini
e-mail: presidenza@sisip.it

verso foto o immagini [2-9]. Un altro lavoro ha indagato il gradimento dei genitori di bambini ricoverati dopo l'introduzione di una uniforme non convenzionale in un reparto pediatrico [10]. Finora, dunque, non è stata condotta alcuna ricerca "sul campo", nei reparti di degenza, per verificare l'effettivo impatto di uniformi infermieristiche non convenzionali su bambini ospedalizzati. Si è deciso, pertanto, di condurre uno studio di questo genere, approfittando dell'occasione offerta dalla donazione a un ospedale pediatrico italiano di un certo quantitativo di uniformi infermieristiche variopinte non convenzionali, confezionate sulla base di disegni fatti da bambini [11].

Obiettivo dello studio

L'ipotesi che si voleva testare era se, in ambito pediatrico, l'utilizzo di uniformi non convenzionali potesse contribuire a creare un ambiente più amichevole per il bambino, a ridurre la diffidenza del bambino verso gli infermieri e a diminuirne la paura.

Materiali e metodi

Il disegno dello studio è stato di tipo quasi sperimentale controllato (prima-dopo). In una prima fase, durata un mese e mezzo, gli infermieri dei due reparti di studio hanno indossato durante la normale attività assistenziale la tradizionale uniforme a tinta unita celeste. Un campione accidentale di bambini da 6 a 16 anni (di madrelingua italiana), ricoverati in due reparti pediatrici, è stato sottoposto a una intervista con domande a risposta aperta e scale di differenziale semantico (SDS) per indagarne le percezioni riguardo agli infermieri e all'ambiente ospedaliero. La SDS è un particolare tipo di scala di atteggiamento che consiste in una serie di coppie di aggettivi, uno positivo e uno negativo, separati da una scala a 5 intervalli. Il soggetto è invitato ad associare l'oggetto o il concetto da indagare a ciascuna coppia, collocandosi sulla scala a intervalli [12]. Nella seconda fase di un mese e mezzo, gli infermieri hanno indossato durante l'assistenza le nuove uniformi variopinte non convenzionali (UIVN). L'intervista è stata somministrata a un campione di convenienza di bambini ricoverati, corrispondenti per età e sesso a quelli della prima fase.

Riguardo alla figura dell'infermiere sono state usate SDS continue a 5 punti con i seguenti estremi: cattivo(1)-buono(5), antipatico(1)-simpatico(5), noioso(1)-divertente(5), molto pauroso(1)-per niente pauroso(5).

Riguardo all'ospedale sono stati impiegati i seguenti estremi: brutto(1)-bello(5), noioso(1)-divertente(5), molto pauroso(1)-per niente pauroso(5). Tra le domande aperte, si chiedeva al bambino di dire una sola parola per descrivere le infermiere.

Altre SDS sono state sottoposte ai genitori di tutti i bambini reclutati, con riferimento alle uniformi in uso in quel momento.

Risultati

In totale sono stati intervistati 112 bambini, 56 prima dell'introduzione delle UIVN e 56 nel periodo successivo all'introduzione. In entrambi i periodi i bambini avevano un'età media di 10,2 anni ed erano per il 62,5% maschi. La media di durata della degenza e il numero medio di ricoveri precedenti non differivano nei due gruppi. Per quanto riguarda la parola libera usata per descrivere le infermiere, il 96,2% di bambini ricoverati dopo l'introduzione delle UIVN ha impiegato parole con connotazione positiva, contro l'81,8% di bambini della fase pre-introduzione ($p=0,01$). Per quanto riguarda le SDS usate per descrivere gli infermieri, le medie dei punteggi sono risultate più alte nei bambini assistiti da infermieri con UIVN solo per quanto riguarda le SDS "cattivo-buono" ($p=0,002$) e "antipatico-simpatico" ($p=0,02$), mentre non erano significative le differenze nelle SDS "noioso-divertente" e "molto pauroso - per niente pauroso". Anche i punteggi medi nelle tre SDS utilizzate per connotare l'ospedale non differivano tra il periodo precedente e quello successivo all'introduzione delle UIVN. Per quanto riguarda i genitori dei bambini, le medie dei punteggi SDS nel periodo successivo all'introduzione delle UIVN sono risultate più alte limitatamente alla "adeguatezza al ruolo" delle uniformi (inadeguata 1, adeguata 5), alla capacità di rassicurare il genitore (non rassicurante 1, rassicurante 5) e all'essere divertente (non divertente 1, divertente 5).

Discussione

Questo studio dimostra che l'utilizzo di uniformi variopinte non convenzionali, da parte degli infermieri, migliora in modo significativo la percezione che i bambini hanno dell'infermiere. Quest'effetto ha la potenzialità di migliorare la relazione bambino-infermiere e può quindi contribuire a ridurre il discomfort causato al bambino dal ricovero in ospedale. Tuttavia la sensazione di paura suscitata sui bambini dagli infermieri non è risultata diminuita in modo statisticamente significativo. Anche la percezione dell'ambiente di cura non è risultata modificata dall'introduzione delle uniformi non convenzionali. Per quanto riguarda l'impatto delle uniformi sui genitori, un risultato interessante è stato che le uniformi non convenzionali non hanno determinato una diminuzione dell'affidabilità percepita degli infermieri. Esse sono apparse ai genitori più adeguate al ruolo e maggiormente rassicuranti. ♦

Bibliografia

- [1] Dotton FJ, Mandelco B. Child and family communication. In: Potts NL, Mandelco B. Pediatric Nursing. Caring for children and their families. Delmar. Clifton Park NY 2002.
- [2] Meyer D. Children's responses to nursing attire. *Pediatr Nurs* 1992;18:157-60.
- [3] Hsu HM. Reducing fear in preschool children during clinical examinations. *Hu Li Za Zhi* 2004; 51:52-7.
- [4] Rushforth H. Uniforms: the debate revisited. *Paed Nurs* 1997;9:6-9.
- [5] Campbell S, O'Malley C, Watson D, Charwood J, Lowson SM. The image of the children's nurse: a study of the qualities required by families of children's nurses' uniform. *J Clin Nurs*. 2000; 9:71-82.
- [6] Skorupski V, Rea R. Patients' perceptions of today's nursing attire. *J Nurs Admin* 2006;36:393-401.
- [7] Sparrow S. An exploration of the role of the nurses' uniform through a period of non-uniform wear on an acute medical ward. *J Adv Nurs* 1991;16:116-22.
- [8] Pelander T, Leino-Kilpi H. Quality in paediatric nursing care: children's expectations. *Issues Comprehens Paed Nurs* 2004;27:139-51.
- [9] Livingston M. Nursing uniform preferences of parents and children in a paediatric setting. *Br J Nurs* 1995;4:390-5.
- [10] Randell H, Gray A. The role of the uniform. *Paed Nurs* 1995;7:16-9.
- [11] Festini F, Occhipinti V, Cocco M, et al. Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. *J Clin Nurs* 2008; Epub ahead of print Oct 13 2008.
- [12] Brace I. Questionnaire Design: How to Plan, Structure, and Write Survey Material. Kogan Page Publishers, 2004.

Il Rapporto UNICEF 2009 sulla Condizione dell'infanzia nel mondo

Laura Reali
Pediatra di famiglia, Roma

Abstract

The 2009 UNICEF Report State of the World's Children

The 2009 Annual UNICEF Report State of the World's Children, released in Rome on January 15, 2009 shows maternal and infant mortality rate differences between poorest countries and developed world. The health of infants is closely tied to that of their mothers, so to save children's lives, we need to address the health of their mothers. The reports concludes with some concrete solutions.

Quaderni acp 2009; 16(3): 111-112

Key words Maternal mortality. Infant mortality. Early marriages. Health care providers. Health services accessibility

Il Rapporto UNICEF 2009 sulla Condizione dell'Infanzia nel mondo è dedicato alla salute materna e neonatale. È stato presentato a Roma il 15 gennaio scorso. Il rapporto analizza numeri e cause della maggiore mortalità neonatale e materna dei Paesi meno sviluppati, rispetto ai Paesi industrializzati, e indica possibili soluzioni concrete.

Parole chiave Mortalità materna. Mortalità infantile. Matrimoni precoci. Operatori sanitari. Accesso ai servizi sanitari

Il Rapporto UNICEF 2009 sulla Condizione dell'Infanzia nel mondo è dedicato alla salute materna e neonatale. È stato presentato a Roma il 15 gennaio scorso.

Mortalità materna

Dal 1990 a oggi le complicanze da gravidanza e da parto hanno ucciso 10 milioni di donne. Il rischio di morte per gravidanza o parto per una donna che vive nei Paesi meno sviluppati è 300 volte maggiore rispetto a una donna che vive in un Paese industrializzato: nessun altro tasso di mortalità è così diseguale. Nel 2005 sono morte oltre 500.000 donne per la gravidanza o il parto, circa 70.000 di queste avevano tra i 15 e i 19 anni. Oltre il 99% di queste morti è avvenuto nei Paesi in via di sviluppo (Africa e Asia soprattutto), dove avere un figlio resta uno dei più gravi rischi per la salute delle donne. Mentre il tasso di mortalità materna dei Paesi industrializzati dal 1990 al 2005 è rimasto stabile (8:100.000 nati vivi), nei Paesi in via di sviluppo è salito a 450:100.000. L'Obiettivo di Sviluppo del Millennio n. 5 era "ridurre del 75% il tasso di mortalità materna entro il 2015". Per riuscirci il mondo dovrà ridurre del 70% la mortalità materna tra il 2005 e il 2015! I dieci Paesi con il più alto rischio di mortalità

materna sono Niger, Afghanistan, Sierra Leone, Ciad, Angola, Liberia, Somalia, Repubblica democratica del Congo, Guinea-Bissau e Mali. Il Niger è il Paese col più alto rischio di mortalità materna nel corso della vita (1: 7), quello col più basso è l'Irlanda (1: 47.600). La media nei Paesi in via di sviluppo è 1:76, rispetto a 1: 8000 nei Paesi industrializzati. Inoltre per ogni madre che muore, 20 sopravvivono con gravi conseguenze e malattie.

Mortalità neonatale

Nei Paesi meno sviluppati tra il 1980 e il 2000 la mortalità neonatale globale è diminuita del 25% e la mortalità infantile sotto i 5 anni del 33%; eppure un bambino nato in uno di questi Paesi (Liberia, Costa D'Avorio, Iraq, Afghanistan, Sierra Leone, Angola e Mali, Pakistan, Repubblica Centrafricana e Lesotho) ha ancora 14 volte maggiori probabilità di morire nei primi 28 gg. di vita, rispetto a un bambino nato in un Paese industrializzato. Infatti il tasso di mortalità neonatale dei Paesi industrializzati nel 2004 era del 3/1000, mentre nei dieci Paesi con i più alti tassi di mortalità neonatale era tra il 66 ed il 52/1000. Cinque dei dieci Paesi con la mortalità neonatale più elevata rientrano anche tra i dieci Paesi

con la mortalità materna più elevata nel corso della vita.

Le cause di mortalità neonatale e materna

L'86% delle morti neonatali nel mondo è causato da infezioni (sepsi/polmoniti, tetano e diarrea), seguono asfissia e nascita pretermine. Quasi la metà delle morti sotto i 5 anni si verifica nei primi 28 gg. di vita e i 3/4 nei primi 7 gg. I decessi neonatali (come i materni) si verificano quasi tutti nei Paesi a basso e medio reddito (98% nel 2004). Inoltre i bambini le cui madri muoiono entro le prime 6 settimane dal parto hanno maggiori probabilità di morire nei primi 2 anni di vita, rispetto a quelli le cui madri sopravvivono. Il 75% dei decessi materni è causato dalle complicanze che avvengono prima, durante e subito dopo il parto (emorragie, infezioni, aborti a rischio, eclampsia, parto chiuso). Sebbene il numero di decessi di bambini sotto i 5 anni si sia significativamente ridotto dal 1990 al 2007 (da 13 a 9,2 milioni), i decessi materni rimangono un problema irrisolto, sia per l'uso del matrimonio precoce, la cui incidenza in Asia e in Africa è vicina al 50% delle unioni complessive, sia per l'inefficienza globale dei sistemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo a basso reddito. Nel mondo, oltre 60 milioni di donne tra i 20 e i 24 anni si sono sposate prima dei 18 anni e le ragazze che partoriscono prima dei 15 anni hanno probabilità 5 volte maggiori di morire di parto rispetto a quelle che partoriscono dopo i 20 anni. Se poi una madre ha meno di 18 anni, la probabilità che il figlio muoia nel 1° anno di vita è maggiore del 60% rispetto a quella di un bambino nato da una madre con più di 19 anni. C'è inoltre una cronica carenza di personale sanitario: nei Paesi poveri una donna su tre non riceve alcuna assistenza sanitaria durante la gravidanza e tre su cinque partoriscono da sole, senza l'aiuto di un operatore qualificato. L'area Subsahariana ha meno di 2 operatori ogni 1000 abitanti, indi-

Per corrispondenza:
Laura Reali
e-mail: ellereali@gmail.com

ce minimo secondo l'OMS. L'Africa può contare solo sul 3% degli operatori sanitari del mondo e spende meno dell'1% del totale delle risorse globali dedicate alla salute, anche tenendo conto delle sovvenzioni dall'estero (OMS, 2006).

I fattori che influenzano la salute materna e neonatale: segni di progresso

Ci sono anche Paesi molto poveri che di recente hanno fatto passi da gigante nell'aumentare il tasso di sopravvivenza dell'infanzia. Niger e Malawi hanno quasi dimezzato il tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni, tra il 1990 e il 2007. In Indonesia, il tasso di mortalità sotto i cinque anni è sceso di 1/3 rispetto al 1990 e in Bangladesh è diminuito di oltre la metà.

Grandi progressi anche nella lotta contro l'Aids: nel 2007 su 1,5 milioni di donne gravide sieropositive, il 33% ha ricevuto un trattamento per evitare la trasmissione del virus al bambino, rispetto al 10% del 2005 e il numero di bambini sottoposti a trattamento anti-retrovirale è quasi triplicato (da 75.000 nel 2005 a 200.000 nel 2007). Ma non ci sono stati progressi analoghi nella salute delle madri, molto vulnerabili sia durante il parto sia nei primi giorni dopo la nascita. Eppure negli ultimi 10 anni si è verificato un incremento dell'assistenza qualificata al parto in tutto il mondo (tranne che in Africa sub-sahariana). Il 75% delle donne nei Paesi in via di sviluppo oggi riceve cure prenatali da personale qualificato almeno una volta durante la gravidanza. In Asia meridionale in particolare si è passati dal 46% del 1996 al 65% del 2005.

Le criticità

Il matrimonio precoce è uno dei principali fattori di mortalità materna, perché espone le spose-bambine ad abusi, violenze e impossibilità di proseguire gli studi o comunque di rendersi indipendenti. L'80% delle morti materne sarebbe evitabile se le donne avessero accesso ai servizi essenziali di maternità e di assistenza sanitaria di base. Operatori sanitari esperti con accesso ai farmaci essenziali a forniture e ad attrezzature, potrebbero prevenire gran parte di queste morti, assicurando cure adeguate. Purtroppo

non ci sono sufficienti operatori sanitari-medici, infermieri e ostetriche per assistere tutte le nascite nel mondo. Esclusa l'Europa, ne mancano 4,3 milioni.

Il 25% dei parti non assistiti si verifica in India, che è anche uno dei 10 Paesi al mondo nei quali si verifica il 66% del totale dei parti non assistiti da personale qualificato. Inoltre, anche all'interno di ciascun Paese, la probabilità di ricevere assistenza durante il parto varia notevolmente in relazione allo status sociale della donna e al fatto che viva in comunità rurali (20% dei parti con operatore esperto) o urbane (69%).

È stato valutato che un Paese dovrebbe avere in media 2,28 professionisti sanitari ogni 1000 abitanti per raggiungere una copertura adeguata del personale di assistenza al parto. Dei 57 Paesi al mondo che risultano sotto questa soglia, 36 si trovano in Africa Subsahariana. Nei Paesi in via di sviluppo, a eccezione dell'America Latina, più di 1/3 delle donne intervistate dichiara di non avere alcuna voce in capitolo e che i loro mariti decidono da soli per la loro assistenza sanitaria, questa percentuale sale al 70% in Mali, Burkina Faso, Nigeria e Malawi.

Le raccomandazioni

Dal rapporto emerge chiaramente la connessione tra la salute e la vita delle madri e dei loro neonati, tra povertà e mortalità, tra rispetto dei diritti della donna e i tassi di sopravvivenza di madre e bambino. È evidente che per salvare i bambini ci si deve occupare prima di tutto della salute delle loro madri.

Il rapporto analizza le cause, ma delinea anche le misure necessarie a contrastare questi fenomeni e le "buone pratiche" sperimentate in diverse parti del mondo, da adattare e replicare ovunque possibile. Per ridurre il tasso di mortalità infantile e materna, il rapporto raccomanda "servizi essenziali forniti attraverso sistemi sanitari integrati in una continuità di cure a domicilio, nelle comunità, nei servizi sul territorio e nell'assistenza di base. Questi sistemi, più efficaci di singoli interventi specifici verticali, richiedono un modello di assistenza sanitaria di base che includa tutte le fasi della salute materna, neonatale e dei bambini". Il vero problema è la grave carenza di servizi sanitari, effi-

caci laddove l'ambiente sociale non sostiene l'empowerment delle donne, la loro protezione e la loro istruzione. La maggiore carenza di operatori sanitari si registra in Asia, specie in India, Indonesia e Bangladesh, ma il maggior bisogno si riscontra nell'Africa Subsahariana, dove il numero di operatori sanitari dovrebbe aumentare del 140% per raggiungere una copertura sufficiente. Molte donne dei Paesi in via di sviluppo non hanno poi alcuna voce in capitolo riguardo ai loro bisogni di assistenza e questo certo non garantisce loro salute, empowerment e autonomia. Pur nella forte criticità dell'intero quadro, il segnale positivo è che negli ultimi dieci anni si è verificato un aumento dell'assistenza qualificata al parto in quasi tutte le regioni del mondo. "Ci auguriamo che da parte dei Governi stranieri e di quello italiano venga un impegno forte. Siamo lontani dagli obiettivi e abbiamo bisogno di gesti concreti. È imperativo creare un ambiente di sostegno adeguato per la salute della madre e del bambino", ha concluso Spadafora presidente UNICEF Italia.

Il Ministro per le pari opportunità ha commentato che "in molte parti del mondo le donne sono abusate e discriminate per il solo fatto di essere donne, quest'anno come presidente di turno del G8, l'Italia cercherà di fare quanto possibile per migliorare la gravidanza di queste donne in difficoltà.

Le morti per parto e di neonati sotto i 28 giorni di vita, per ignoranza, povertà, disinformazione e discriminazione provocano indignazione e dobbiamo assolutamente porvi rimedio. Il governo richiede una sinergia fra tutti gli operatori del settore, in Italia e all'estero, una piena collaborazione e impegno per creare ambienti adeguati, per assistere correttamente le donne e predisporre azioni di prevenzione nelle pratiche neonatali".

Forse il Ministro non è stato informato dal suo Governo della drastica riduzione, appena decisa per il 2009, dei già modesti aiuti che l'Italia destina ai Paesi in via di sviluppo. È stato infine proiettato il videoclip "Salute materna e neonatale", che ha reso in immagini alcune pratiche di empowerment delle donne, adottate con successo in alcuni Paesi dell'Africa. ♦

Mario e la sua tonsillite: la mia attitudine è corretta?

Maria Francesca Siracusano

Pediatra di famiglia Ausl 5, Messina

Con la collaborazione del "Gruppo scenari" di Quaderni acp, coordinato da Maria Francesca Siracusano e Antonio Clavenna

Abstract

Mario and his tonsillitis: is my attitude correct?

Is it correct to treat Mario's pharyngotonsillitis with antibiotics, and if so, can we consider amoxicillin as first choice? Searching for the best evidence based practice we have found two guidelines and two Systematic Reviews. The two guidelines suggest a wait and see approach, using amoxicillin if there is no spontaneous recovery. The Cochrane Systematic Review shows how antibiotic treatment has moderate clinical benefits. The Systematic Review gives doctors the opportunity to treat considering each patient's clinical situation. Both review consider amoxicillin as first choice in the absence of penicillin V.

Quaderni acp 2009; 16(3): 113-117

Keywords Pharyngitis. Tonsillitis. Amoxicillin. Cephalosporins

È corretto trattare la faringotonsillite di Mario con l'antibiotico e considerare l'amoxicillina l'antibiotico di prima scelta? La verifica della letteratura fatta per accertare il comportamento più corretto consente di valutare due linee guida e due Revisioni Sistematiche. Le linee guida consigliano di non utilizzare l'antibiotico in prima battuta ma solo nel caso in cui la faringotonsillite non evolva in guarigione spontanea e ci sia un peggioramento clinico, avendo cura di rassicurare i pazienti sulla evoluzione spontanea favorevole della malattia. La Revisione sistematica della Cochrane Library evidenzia che il trattamento antibiotico mostra un beneficio clinico modesto, e affida al medico il compito di valutare l'opportunità, a seconda della situazione clinica del paziente, e l'utilizzo della terapia antibiotica. Analizzando le due Revisioni Sistematiche, si può concludere che in caso di trattamento antibiotico della faringotonsillite, l'amoxicillina, in assenza di penicillina V orale, resta il farmaco di prima scelta.

Parole chiave Faringite. Tonsillite. Amoxicillina. Cefalosporina

Scenario clinico

La mamma di Mario telefona in ambulatorio lunedì mattina. Mario, 4 anni e 6 mesi, da sabato ha mal di gola, tanto da non potere inghiottire e da rifiutare di mangiare. Il rifiuto di mangiare è una costante del comportamento di Mario quando è ammalato, ed è una cosa che crea preoccupazione in sua mamma. Consiglio di non insistere e non prescrivono nulla. Martedì la madre porta il piccolo in ambulatorio, perché ora è comparsa la febbre e il mal di testa. All'esame obiettivo riscontro anche linfonodi sottomandibolari gonfi e dolenti. La madre mi chiede di farlo guarire in fretta perché hanno in programma una vacanza in montagna a cui la famiglia tiene tanto. Richiedo un esame emocromocitometrico allo scopo di avere qualche elemento per escludere le natura virale e il tampone faringeo per la ricerca dello strepto-

cocco β emolitico di gruppo A (SBEGA). Il tampone è positivo e l'emocromo compatibile con la faringotonsillite streptococcica.

Prescrivo amoxicillina 50 mg/kg/b.i.d. Sabato mattina, cioè dopo due giorni, ricevo una telefonata della madre che mi comunica che il bambino si è sfebbrato e che sono in procinto di partire per la tanto sospirata vacanza. In quei giorni, in una mailing-list tra pediatri, viene posto il quesito se si possa considerare l'amoxicillina l'antibiotico di prima scelta per la terapia della tonsillite da SBEGA, rispetto alle cefalosporine e in particolare al Cefaclor. Io stessa mi chiedo se il mio atteggiamento (richiesta di esame emocromocitometrico, del tampone faringeo e infine la somministrazione di antibiotico) è quello che avrei tenuto per tutti i bambini, o se l'ho fatto perché Mario è un bambino difficile e nella spe-

ranza di accorciare i tempi di malattia per una famiglia che aveva in programma una vacanza.

Decido quindi di interrogare la letteratura per verificare la validità del mio comportamento.

Background

La faringotonsillite acuta (FTA) è un'infezione di faringe e tonsille dovuta per lo più a virus, molto più raramente che a batteri. Durante il periodo invernale è una causa comune di ricorso all'ambulatorio pediatrico. La tonsillite da SBEGA è la sola forma che richiede un atteggiamento specifico da parte del pediatra, per due motivi: il primo perché è l'unica FTA il cui decorso clinico può essere modificato dalla terapia; il secondo perché può precedere una Malattia Reumatica (MR), evento sempre più raro in Europa ma pur sempre ipotizzabile [1]. La diagnosi basata su criteri clinici (criteri di Breeze) non è sufficiente per porre la diagnosi di tonsillite streptococcica e necessita di conferma batteriologica [1-2]. La letteratura anglosassone non usa il termine di faringotonsillite ma il termine di sore throat (letteralmente mal di gola) per tutte le faringotonsilliti. La linea guida prodotta dal gruppo di lavoro sulle linee guida per la prescrizione ambulatoriale degli antibiotici nelle infezioni pediatriche delle vie respiratorie, attesta che è dimostrato che la penicillina per via parenterale diminuisce l'incidenza della MR nelle epidemie di faringite streptococcica (evidenza di grado A, vedi in seguito) [3]. Non sono descritti ceppi resistenti. La penicillina rimane il farmaco di scelta, visto il suo spettro di azione ristretto, gli scarsi effetti collaterali e il basso costo.

La penicillina V può essere somministrata per os; in assenza di formulazioni pediatriche, una valida alternativa è l'amoxicillina 50 mg/kg in 2 volte/die. Con lo stesso dosaggio in un'unica somministrazione giornaliera (max 750 mg/die) si ottengono risultati sovrapponibili [3].

Per corrispondenza:
 Maria Francesca Siracusano
 e-mail: marsirac@tin.it

La prescrizione di antibiotici in Italia per il trattamento delle patologie acute delle prime vie aeree presenta delle peculiarità sia rispetto ai Paesi anglosassoni e agli altri Paesi europei. In Italia le cefalosporine trovano ancora ampio spazio nelle prescrizioni [455]. Inoltre solo in Italia viene prescritto il Cefaclor [5].

La domanda in tre parti

In un **bambino con faringotonsillite da SBEGA** [POPOLAZIONE] la **terapia antibiotica con amoxicillina** [INTERVENTO] rispetto alle **cefalosporine** [CONFRONTO] è **efficace nel prevenire le complicanze e accelerare la guarigione** [OUTCOME]?

Strategia di ricerca

Per effettuare la ricerca di letteratura secondaria sull'argomento abbiamo consultato *La Cochrane Library* per verificare se sono state prodotte revisioni sistematiche (SR) sull'argomento e abbiamo trovato un articolo pertinente [6].

Poi abbiamo consultato le principali banche dati delle linee guida e ne abbiamo selezionata una [7].

Su PUBMED con il termine *MeSH* "pharyngitis e tonsillitis" e con l'operatore OR abbiamo fatto la prima ricerca; la seconda con "amoxicillin" e "cephalosporins" e con l'operatore OR; mettendo insieme la prima e la seconda ricerca con # 1 AND 2 # e con i **LIMITS: Meta-analysis, Randomized Controlled Trial, e Practice Guideline** e la data di pubblicazione 2003 (data della pubblicazione del più recente RCT esaminato nella Revisione Cochrane).

Otteniamo 1 metanalisi, 9 linee guida, 8 RCTs, concernenti valutazione dell'uso di vari antibiotici sulla faringotonsillite. Analizzeremo solo gli articoli pertinenti al nostro quesito [6-8-9].

Risultati

La linea guida della Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), è interamente consultabile sul sito [7]. Le conclusioni sono sintetizzate in una sinossi di rapida consultazione (figura 1). Per la diagnosi la raccomandazione è di utilizzare l'esame colturale o il test rapido per confermare la diagnosi di infezione streptococcica. Per quanto riguarda il comportamento terapeutico, per l'uso dell'antibiotico, la raccomandazione è di

FIGURA 1: GUIDA ALLA DIAGNOSI E AL TRATTAMENTO DEL MAL DI GOLA ACUTO (SIGN)



FIGURA 2: GRADING DI RACCOMANDAZIONE (SIGN)

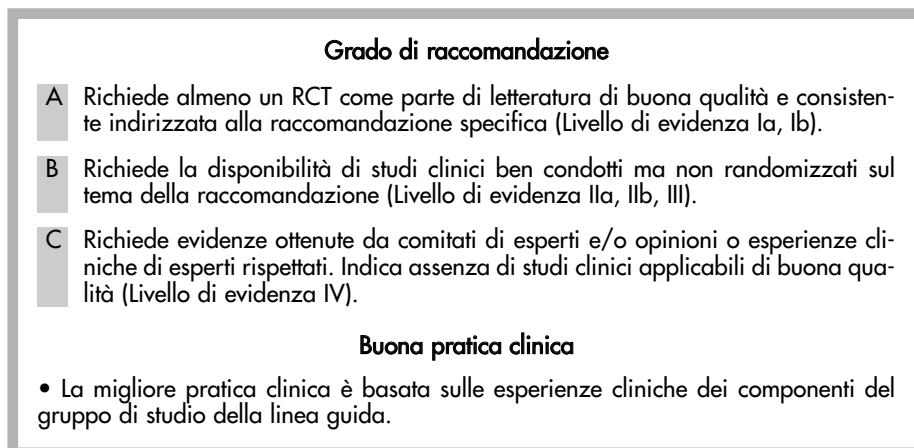


FIGURA 3: RACCOMANDAZIONI PER IL MANAGEMENT DELLA FTA (SUMMARY OF NICE GUIDANCE)

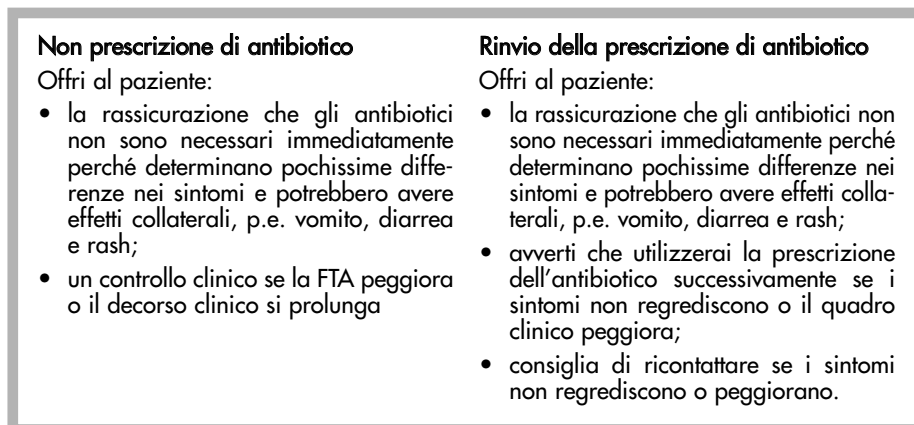


TABELLA 1: REVISIONI SISTEMATICHE SUL TRATTAMENTO DELLA FARINGOTONSILLITE

SR	Obiettivo	Strategia di ricerca	Criteri di selezione	Studi inclusi
Del Mar G. et al. [6]	Stabilire il beneficio degli antibiotici per il mal di gola	Cochrane Central Register of Controlled Trials Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) MEDLINE (Gen.1966-Mar. 2006) EMBASE (Gen.1990-Dic. 2005)	Trials che valutano l'efficacia di antibiotici rispetto al controllo su complicanze non suppurative, suppurative e alcuni sintomi (mal di gola, mal di testa e febbre)	27 studi (1951-2003) 12.835 pazienti arruolati (età 1-50 anni)
Casey JR, Pichichero EM. [8]	Stabilire l'efficacia del trattamento della FTA da SBEGA con cefalosporine versus penicilline	MEDLINE (1966-2000) EMBASE (1974-2000)	Trials con pazienti <18 anni con FTA e tampone positivo randomizzati ad uno dei due trattamenti e con tampone alla fine del trattamento	35 trials 7125 pazienti (media del Jadad score su tutti i trials 2,3 DS: 1,3-3,3; 31% dei trials ha un Jadad score >2)

TABELLA 2: RISULTATI DELLA REVISIONE SISTEMATICA DI G. DEL MAR [6]

Complicanze non suppurative	Complicanze suppurative	Sintomi al 3° giorno Mal di gola	Mal di testa	Febbre
Riduzione dell'insorgenza della MR 3 casi su 4 (RR* 0,27; IC 95%: 0,12-0,60) differenze NS per penicillina vs altri antibiotici	Riduzione dell'insorgenza di: OMA 3 casi su 4 (RR* 0,30; IC 95%: 0,05-0,47); Sinusite Acuta 2 casi su 4 (RR* 0,48; IC 95%: 0,08-2,76); Ascesso peritonsillare (RR* 0,15; IC 95%: 0,05-0,47).	RR* 0,68; IC 95%: 0,59-0,79	RR* 0,47; IC 95%: 0,38-0,58	RR* 0,71; IC 95%: 0,45-1,10

*RR = Rischio Relativo

grado A e B (vedi in *figura 2* il *grading delle raccomandazioni*) e consiglia di non usare gli antibiotici per alleviare i sintomi, per prevenire lo sviluppo della malattia reumatica, per la prevenzione di sovrainfezioni. La raccomandazione rispetto alle complicanze suppurative è di grado C (*figura 2*) ed è basata quindi su una evidenza minore. Infine l'ultimo punto (*figura 2*) la buona pratica consigliata è che spetta al medico valutare se intervenire o meno con l'antibiotico, guidato dalle condizioni cliniche e dalla conoscenza del paziente.

La linea guida di National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (*figura 3*), raccomanda di fornire ai pazienti tutti i chiarimenti circa il decorso benigno della faringotonsillite, e di non prescrivere immediatamente l'antibiotico

co vista la non influenza del trattamento sui sintomi e sul decorso clinico; consiglia di prescrivere il trattamento antibiotico solo in un secondo momento, dopo una nuova valutazione clinica se i sintomi non risolvono o peggiorano [9]. In *tabella 1* sono sintetizzati gli obiettivi e i metodi utilizzati dalle due revisioni sistematiche (RS) che abbiamo selezionato. La revisione di Del Mar analizza 27 studi che arruolano 12.835 pazienti (età 1-50 anni) [6-8]. Gli outcomes valutati dagli studi selezionati riguardano le complicanze non suppurative (malattia reumatica a distanza di due mesi dall'episodio di FTA; glomerulonefrite a un mese di distanza dall'FTA) e suppurative (otite media acuta, sinusite e ascesso peritonsillare) e la risoluzione dei sintomi (mal di gola, mal di testa e febbre). La RS

contiene 21 metanalisi. Come mostrano i risultati (*tabella 2*) l'antibiotico riduce l'insorgenza di MR in 3 casi su 4 senza differenze significative tra gli antibiotici utilizzati; riduce l'insorgenza di OMA in 3 casi su 4, di sinusite acuta nella metà dei casi e di ascesso tonsillare anche nella metà dei casi. Al terzo giorno di trattamento il mal di gola e la febbre risolvono in 3 casi su 4 mentre il mal di testa solo in meno della metà dei casi. L'NNT calcolato dall'Autore sulla risoluzione dei sintomi in terza giornata, solo sui pazienti positivi al tampone è di 3,7 (non sono riportati gli intervalli di confidenza). La metanalisi di Casey (*tabella 1*), ha come obiettivo di valutare gli RCTs che confrontano l'efficacia del trattamento della FTA con cefalosporine vs quello con penicilline sia in termini di

FIGURA 4: METANALISI SULL'EFFICACIA CLINICA DEL CEFACLOR VERSUS PENICILLINE

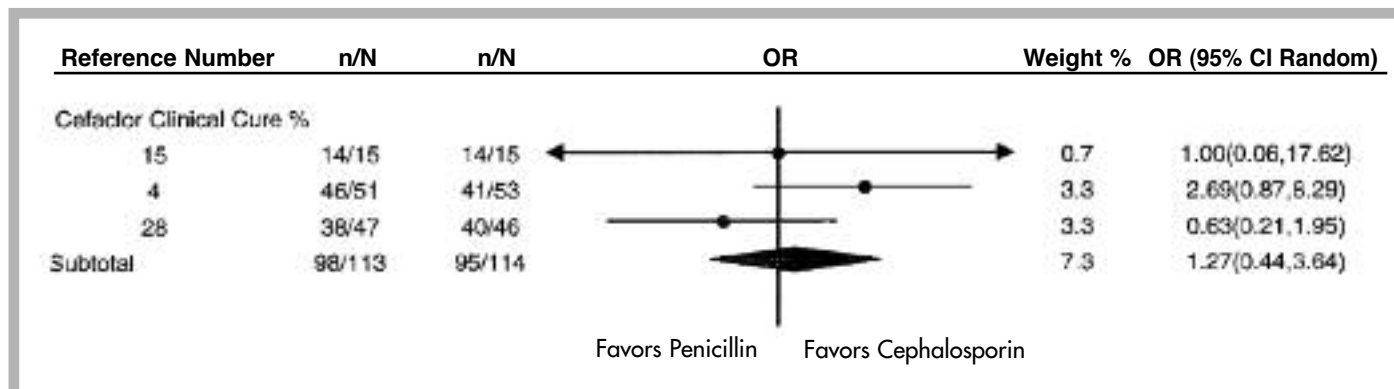


TABELLA 3: RISULTATI DELLA METANALISI DI CASEY JR

Guarigione clinica	N. Trials	N. Pazienti	OR	P
Tutti	30	6448	OR: 2,34 (IC 95%: 1,84-2,97)	P < 0,00001
Jadad Score >2	10	2301	OR: 1,82 (IC 95%: 1,03-3,21)	P < 0,04
Trials in doppio cieco	6	1432	OR 1,33 (IC 95%: 0,62-2,83)	P = 0,5

cura batteriologica che di guarigione clinica [8]. Gli Autori conducono la ricerca su MEDLINE e EMBASE, selezionano trials che arruolano pazienti di età inferiore ai 18 anni, con tampone positivo, trattati con gli antibiotici a confronto e includono 35 trials per un totale di 7125 pazienti, con un Jadad Score medio di 2,3 (tabella 1). Per l'outcome clinico, che è quello che stiamo considerando, gli Autori concludono per una superiore efficacia del trattamento con cefalosporine (tabella 3). Gli stessi Autori però ammettono che questa superiorità non è confermata se si esaminano gli articoli con Jadad Score di 2 o gli studi in doppio cieco (tabella 3). L'efficacia del cefaclor rispetto alla penicillina non è dimostrata (figura 4). La figura mostra il numero degli studi sul Cefaclor, i pazienti arruolati e i risultati positivi per penicillina o Cefaclor. Il diamante che mostra il totale dei risultati degli studi, rileva che la superiorità dell'efficacia del Cefaclor non è dimostrata.

Come già accennato nel paragrafo della ricerca bibliografica, gli studi pubblicati dopo il 2003 (data di pubblicazione dell'ultimo studio incluso nella metanalisi

di Del Mar) non sono stati inclusi in questo articolo perché confrontano l'efficacia di diverse cefalosporine, o di brevi cicli di terapia e perché si tratta di studi di "non inferiorità".

Commento

La letteratura che abbiamo analizzato mostra dei punti critici. Del Mar segnala che i trials selezionati sono datati e di bassa qualità metodologica; non vengono analizzati separatamente gli studi effettuati sui bambini rispetto a quelli sugli adulti, e suggerisce che nei Paesi sviluppati gli studi dovrebbero piuttosto essere indirizzati a predire quali pazienti possono giovare del trattamento antibiotico [6].

Anche la metanalisi di Casey seleziona alla fine soltanto 6 studi condotti in doppio cieco e di buona qualità metodologica [8]. In questi studi non c'è evidenza di efficacia delle cefalosporine rispetto alle penicilline nel trattamento della FTA.

Conclusioni

Possiamo concludere che per quanto riguarda la diagnosi, le linee guida raccomandano di confermare con il tampo-

ne faringeo o il test rapido il sospetto di FTA da SBEGA. Riguardo al quesito sulla terapia, la letteratura evidenzia che il trattamento antibiotico conferisce un beneficio clinico assoluto modesto in termini di tempi di guarigione e di prevenzione delle complicanze suppurative e non suppurative. L'amoxicillina, in assenza di penicillina V, per uso orale resta il farmaco di prima scelta, per efficacia, assenza di effetti collaterali e basso costo; il medico valuterà la necessità di prescrivere subito il trattamento antibiotico, di differirlo se i sintomi non regrediscono nei tempi dell'evoluzione naturale della malattia, o di non prescriberlo affatto. È importante che i pediatri spieghino ai genitori l'evoluzione favorevole delle faringotonsilliti, che guariscono spontaneamente in 4-6 giorni, e che la scelta di somministrare l'antibiotico può essere differita o evitata.

Il mio comportamento nei confronti di Mario mi sembra quindi rispettare le indicazioni: il tampone mi ha confermato l'infezione da SBEGA, l'emocromo compatibile con l'infezione batterica ha escluso il sospetto di FTA virali o la mononucleosi, la scelta dell'amoxicillina

Un nuovo virus influenzale. Sarà pandemico?

Luisella Grandori

Reponsabile prevenzione vaccinale ACP

è suffragata dai dati forniti dalla letteratura. ♦

Bibliografia

- [1] Leone V, Panizon F. Streptococco: tra il dire e il fare, ovvero sulla conflittualità tra le raccomandazioni ufficiali e la pratica quotidiana. *Medico e Bambino* 2002;21:377-82.
- [2] Breeze BB. A simple scorecard for the tentative diagnosis of streptococcal pharyngitis. *Am J Dis Child* 1977;131:514.
- [3] Gruppo di lavoro sulle linee guida per la prescrizione ambulatoriale degli antibiotici nelle infezioni pediatriche delle vie respiratorie, Bologna. Prescrizione ambulatoriale degli antibiotici nelle infezioni respiratorie. *Medico e Bambino* 2000; 19: 431-47.
- [4] Rosignoli A, Clavenna A, Bonati M. Antibiotic prescription and prevalence rate in outpatient paediatric population: analysis of surveys published during 2000-2005. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63: 1099-106.
- [5] Sturkenboom MCJM et al. Drug use in children: cohort study in three European countries *BMJ* 2008;337:a2245.
- [6] Del Mar C, Glasziou PP, Spinks A. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4.
- [7] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of sore throat and indications for tonsillectomy. www.show.scot.nhs.uk/sign/home.htm.
- [8] Casey JR, Pichichero ME. Meta-analysis of cephalosporin versus penicillin treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis in children. *Pediatrics* 2004;113:866-82.
- [9] Tan T, Little P, Stokes T. Guideline Development Group. Antibiotic prescribing for self limiting respiratory tract infections in primary care: summary of NICE guidance.

Un nuovo virus influenzale (A/H1N1) nato da un triplice riassortimento aviario, suino e umano, ha causato un primo focolaio epidemico in Messico nel mese di marzo, che si è poi diffuso in buona parte del mondo.

È stato chiamato in un primo tempo "virus dell'influenza suina" perché l'ipotesi più accreditata è che il riassortimento sia avvenuto nei maiali, forse favorito dagli enormi allevamenti intensivi. Ma ora il virus si trasmette tra gli esseri umani. Questa sua caratteristica, insieme alla capacità di diffondersi in diversi paesi, ha fatto salire l'allerta pandemica fino alla fase 5. La pandemia conclamata è la fase 6.

Il grande numero di decessi segnalati inizialmente in Messico, è stato ridimensionato anche se la situazione epidemiologica di quel territorio rimane poco nota. Negli altri paesi il decorso della malattia è risultato più lieve, ma l'evoluzione del virus e dell'epidemia rimangono imprevedibili. Su diversi siti web istituzionali si possono trovare informazioni utili e seguire l'andamento della situazione nazionale e internazionale monitorata quotidianamente grazie alla grande velocità di comunicazione consentita dalle nuove tecnologie.

È però verosimile che il numero dei casi sia fortemente sottostimato, visto che i sintomi sono aspecifici e possono essere anche molto lievi. Ciò rende difficile valutare la reale proporzione delle complicazioni e dei decessi. L'OMS ci informa che questa potrebbe essere una prima ondata a cui ne potrebbe seguire un'altra (più o meno grave della precedente) a distanza di mesi. Tanti governi – compreso il nostro – hanno annunciato la disponibilità di scorte di antivirali ai quali il virus è risultato suscettibile (Oseltamivir, Tamiflu e Zanamivir, Relenza) veicolando un messaggio indiretto di protezione certa. Ma la suscettibilità riscontrata in vitro è cosa diversa dall'efficacia clinica, non brillante neppure verso l'influenza stagionale, che andrà verificata sul campo.

In maggio l'EMA ha modificato le indicazioni per entrambi i prodotti ampliandone l'autorizzazione anche sotto l'anno di età e nelle donne gravide in base a una valutazione teorica di maggior beneficio rispetto al rischio. Anche questo andrà verificato. Sappiamo però che un uso esteso (o indiscriminato) degli antivirali potrebbe provocare resistenze, già riscontrate in altre circostanze, perciò sarà importante utilizzarli solo in situazioni selezionate. Diverse industrie farmaceutiche sono al lavoro per produrre un vaccino contro il nuovo H1N1, atteso nel giro di 5-6 mesi. L'assoluta novità del virus e il possibile utilizzo di nuove tecnologie, fanno sì che la reale efficacia e sicurezza del vaccino si potranno conoscere solo dopo l'introduzione su larga scala.

E noi cosa possiamo suggerire ora, alle famiglie dei nostri assistiti?

Che fortunatamente esistono interventi di provata efficacia nel prevenire la diffusione di tutte le infezioni respiratorie. Le misure igieniche e di "distanza sociale", che andranno caldamente consigliate sono:

- lavarsi spesso e accuratamente le mani con acqua e sapone;
- riparare la bocca e il naso quando si tossisce o si starnutisce (e dopo lavarsi le mani);
- evitare di toccarsi occhi, naso e bocca, facili vie di entrata del virus;
- rimanere in casa se si hanno sintomi influenzali;
- evitare luoghi affollati dove ci sono casi di malattia.

L'uso della mascherina è risultato efficace negli ambienti di assistenza sanitaria, mentre per altre circostanze l'efficacia non è stata stabilita. Al momento sono ancora molte le domande aperte su questo nuovo virus influenzale, sulla sua origine, sulla sua evoluzione, sulla nostra capacità di affrontarlo e soprattutto di chiederci, onestamente, quanto hanno influito sulla sua comparsa elementi incontrollabili e quanto condizioni create dall'uomo.

Per approfondire:

OMS <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html>

CDC europeo http://www.ecdc.europa.eu/en/Health_topics/novel_influenza_virus/2009_Outbreak/

Epicentro <http://www.epicentro.iss.it/>

CDC di Atlanta <http://www.cdc.gov/h1n1flu/>

Attentialebufale <http://www.attentialebufale.it/swineflu/>

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

info: notizie

OMS e crisi economica

Marc Danzon, direttore dell'OMS Europa, ha sottolineato le inevitabili conseguenze che la crisi economica potrebbe avere sulla salute. L'OMS ha istituito una task-force per seguire l'andamento della crisi e i suoi riflessi sulla salute. È abbastanza noto che la crisi economica, investendo la struttura sociale, può determinare un aumento della disoccupazione e che la disoccupazione è strettamente legata a un peggioramento della salute della popolazione. Si può facilmente prevedere che, a causa della crescente povertà e della disoccupazione, aumenteranno i problemi di salute mentale e diminuirà la possibilità della partecipazione delle famiglie alla spesa privata, che in Italia è pari a 24.000 milioni di euro. Coloro che non potranno più far fronte con i loro mezzi alla spesa privata, rivolgeranno le loro richieste ai servizi finanziati dallo Stato e diventeranno concorrenti di coloro che si sono sempre serviti solo dei servizi pubblici; concorrenti "pericolosi" in quanto più capaci di utilizzare i servizi, perché più dotati di "health literacy". La diffusione dei generici potrebbe essere uno strumento per ridurre la spesa sanitaria sia pubblica che privata come è successo in Thailandia nella crisi del 1997-98. Altri esempi, sempre per la crisi di quegli anni, vengono dal Messico e dalla Corea del Sud dove, in presenza di un aumento della disoccupazione, i Governi non ridussero la spesa sanitaria ma vararono un programma di incentivi di controlli sanitari e di vaccinazioni destinati alle famiglie povere. L'OMS conclude che "senza interventi immediati di giustizia sociale la crisi potrebbe avere effetti dirompenti e imprevedibili". Un meeting OMS (Ginevra, 19 gennaio 2009) ha sottolineato che è un errore tagliare le spese per i sistemi sanitari in relazione alla crisi economica. Gli investimenti in salute sono centrali per migliorare sia gli outcome di salute che le performance economiche dei Paesi che sono strettamente legati alla salute (Lancet 2009;373:272).

Rapporto sulla salute perinatale in Europa

L'Italia è il Paese con il maggior numero di parti con cesareo (37,8%). Il triste primato per la mortalità infantile tra i Paesi Ue spetta a due Stati baltici: Lettonia con il 9,4 per mille e Lituania con l'8,1. I dati più bassi riguardano Svezia e Norvegia

con il 3 per mille mentre l'Italia è al 4. Nell'Europa comunitaria, in media, 25 mila bambini nascono morti e altrettanti non raggiungono il primo anno di vita. Quaranta mila hanno gravi disabilità e 90 mila nascono con malformazioni congenite. Sono alcuni dati del "Rapporto sulla Salute Perinatale in Europa" pubblicato da Euro-Peristat, presentato a Roma lo scorso 10 dicembre. Il progetto Euro-Peristat è co-finanziato dal Programma della Sanità pubblica della Direzione generale della Commissione Europea. La ricerca ha elaborato i dati del 2004 utilizzando 30 indicatori chiave che sono stati raggruppati in 4 aree principali: salute feto-natale e infantile, salute materna, caratteristiche delle popolazioni e distribuzione dei fattori di rischio, servizi sanitari. L'indagine mostra uno spaccato dello stato di salute di mamme e bambini di 26 Paesi dell'Unione europea. Sui dati riguardanti la mortalità neonatale troviamo i numeri più alti ancora nei Paesi baltici con la Lettonia che arriva al 5,7 per mille seguita dalla Polonia con il 4,9 mentre il nostro Paese è al 2,8. Svezia e Norvegia, con il 2 per mille, hanno le statistiche più basse. In Italia, invece, la mortalità e nati-mortalità è del 3,7 per mille, mentre i dati più elevati li abbiamo in Lettonia con il 4,9. I Paesi con le statistiche più basse sono Slovacchia e Finlandia con il 2 per mille. La Grecia ha invece i numeri maggiori sui bambini con basso peso alla nascita (8,5%) seguita dall'Ungheria con l'8,3 mentre in Italia siamo al 6,7%. Le nascite pretermine, nel nostro Paese, raggiungono il 6,8% mentre le percentuali più alte sono nella Repubblica Ceca (12,2%) e le più basse in Finlandia (5,6%) e in Lituania (5,3%). L'Italia è anche nel gruppo dei sette Paesi nei quali le donne partoriscono oltre i 35 anni con percentuali che vanno tra il 19,3 e il 24,4% (<http://www.minori.it/down/pdf/european-perinatal-health-report.pdf>).

Il NICE si corregge

Il National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) aveva stabilito che quando il costo di un farmaco per QALY (Quality-Adjusted Life Year) superava il valore di 35.000 sterline non poteva essere fornito dall'NHS (l'equivalente del nostro Sistema Sanitario Nazionale). Il QALY è un indicatore di costo-utilità: misura il costo per ogni anno di vita guadagnato e tiene conto anche

della qualità della vita recuperata (si veda l'editoriale del numero 1 del 2009 di *Quaderni acp*). In gennaio il NICE ha riesaminato la questione offrendo ai pazienti con tumore renale la possibilità di superare la soglia delle 30.000 sterline se l'attesa di vita è inferiore a 24 mesi e se il farmaco consente un prolungamento dell'attesa di vita superiore a 3 mesi rispetto agli altri farmaci dispensati. L'estensione sarà definitiva se la popolazione target sarà composta da piccoli numeri (Lancet 2009;373:272).

Rapporto ISPRA sui pesticidi nelle acque italiane

Nelle acque italiane sono stati rinvenuti 131 pesticidi diversi. Lo ha reso noto l'Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale (ISPRA), che ha pubblicato i dati sul monitoraggio nazionale del 2006 dei residui di prodotti fitosanitari nelle acque. I dati mostrano "una contaminazione diffusa nelle acque superficiali dove è stata riscontrata nel 57,3% dei 1123 punti di monitoraggio, nel 36,6% dei casi con concentrazioni superiori ai limiti previsti dalla legge per le acque potabili". Nelle acque sotterranee, invece, "è risultato contaminato a diverso grado il 31,5% dei 2280 punti totali di rilevamento, con il superamento dei limiti di potabilità nel 10,3% dei casi". I dati 2006 "confermano e rendono più evidente uno stato di contaminazione già rilevato negli anni precedenti; per alcune delle sostanze la contaminazione è molto diffusa e interessa sia le acque superficiali, sia quelle sotterranee di diverse regioni e prefigura la necessità di interventi di mitigazione dell'impatto". Si ritrovano nelle acque "tutte le tipologie di sostanze, ma gli erbicidi sono quelle più comunemente rinvenute", fatto spiegabile "sia con la loro modalità di utilizzo, che può avvenire direttamente al suolo, sia con il periodo dei trattamenti, in genere concomitante con le precipitazioni meteoriche più intense, le quali, attraverso il ruscellamento e l'infiltrazione, ne determinano un trasporto più rapido nei corpi idrici superficiali e sotterranei".

Il benessere fa crescere la spesa sanitaria

Secondo uno studio della LUISS la variazione di 1 punto percentuale del PIL comporta un aumento della domanda di beni e servizi in ambito sanitario supe-

sulla salute

riore a 1 punto percentuale. In sostanza la domanda di beni e servizi per la salute cresce più della ricchezza. Le possibili spiegazioni sono che l'aumento del livello di istruzione comporta una maggiore attenzione alle condizioni di salute, che lo sviluppo economico comporta la disponibilità di innovazioni tecnologiche assai costose e che l'aumento della ricchezza produce un aumento percentuale della popolazione anziana con una maggiore spesa per le famiglie che per lo Stato. Ponendo a 100 il PIL nel 1980, oggi in Italia si è arrivati a 780 per il PIL e a 1200 per la spesa sanitaria (ISole24-ORESanità 20-26 gennaio 2009).

Mancati risparmi del SSN sui generici

In Italia alcuni farmaci generici hanno un costo superiore, anche fino a 10 volte, di quello di altri Paesi della UE. Per esempio una dose di amlodipina da 5 mg, farmaco ampiamente usato nella cura della ipertensione, costa in Germania 2 centesimi e in Italia 16 centesimi. Se le molecole generiche costassero in Italia come in Germania il SSN risparmierebbe 2 miliardi di euro all'anno. Visto che i prezzi industriali sono uguali in tutta la UE, è evidente che la differenza pagata dal SSN va a impinguare le casse della distribuzione intermedia (Il Sole24ORESanità 27 gennaio 2009).

Gradimento per il SSN

L'indagine Anaa-Swg sul gradimento degli italiani per il Servizio sanitario pubblico mostra forti differenze geografiche tra Nord (66%), Centro (46%) e Sud (41%). Un altro dato valutato è il giudizio di buona qualità del SSN: Nord (74%), Centro (41%), Sud (23%). Stanno peggio gli ospedali per i quali il giudizio di buona qualità è del 68% al Nord, del 35% al Centro e del 23% al Sud. Sia dal punto di vista del gradimento che della qualità il Centro è, dunque, più vicino al Sud che al Nord (ISole24ORESanità 20-26 gennaio 2009).

Facebook vietato alle madri che allattano

Secondo l'Academy of Breastfeeding Medicine è consigliabile che Facebook riveda la politica adottata di vietare la pubblicazione di fotografie che ritraggono madri nell'atto di allattare. Politica questa che vede nell'allattamento una funzione corporale da non espletare in

pubblico. Si tratta di un concetto fuorviante ormai superato nella società odierna, teso altresì a diffondere l'idea che il latte artificiale sia il nutrimento più idoneo per il neonato e il bambino, mentre è il latte materno a dover essere considerato tale. È ormai riconosciuto dall'intera comunità medica che l'allattamento materno è biologicamente unico e appropriato per la madre e per il bambino. Nel corso della storia, l'allattamento praticato in pubblico o in privato è sempre stato visto come un aspetto sano e naturale della quotidianità. Non a caso molte opere d'arte rinascimentale esaltano il tema della Vergine che allatta il Bambino. Tale è l'importanza del latte materno per la salute del bambino, della madre e dell'intera società che sono oltre 44 gli Stati ad aver definito una normativa a salvaguardia del diritto di ogni madre ad allattare in pubblico. Il Surgeon General's Blueprint for Action on Breastfeeding incoraggia "le immagini di allattamento al seno quale metodo più comune di nutrire i propri figli ovunque ci si trovi". Ivi compreso Facebook (MAMI).

Vaccini al mercurio

Non esiste alcun legame tra i vaccini con conservanti al mercurio e i ritardi dello sviluppo neuropsicologico nell'infanzia. È arrivato a questa conclusione uno studio epidemiologico pubblicato su *Pediatrics* (2009;123:475-82) e coordinato dai ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Università di Padova e l'Ospedale "Bambino Gesù" di Roma. La ricerca dimostra che il legame tra i vaccini contenenti tiomersale, somministrati nel corso dell'infanzia, e la comparsa di deficit neuropsicologici come autismo, tic motori, ritardo mentale, disturbi del linguaggio e deficit dell'attenzione da iperattività è, allo stato attuale, inconsistente. L'analisi è stata svolta su 1403 bambini italiani a 10 anni di distanza dalla vaccinazione antipertosse. I ricercatori, che hanno sottoposto a una serie di test i bambini, non hanno trovato alcuna differenza in base alla quantità di tiomersale assunta.

Medici fotografi

L'AMFI (Associazione Medici Fotografi italiani) è un'affiliata FIAF (Federazione Italiana Associazioni Fotografiche), nata nel 1994, il cui scopo è di contribuire alla diffusione e conoscenza, tra i medici, della fotografia in tutti i suoi aspetti tec-

nicici e culturali, organizza concorsi per i medici fotografi, mostre personali e collettive, cura edizioni di libri e cataloghi fotografici. Ciò al fine di promuovere l'immagine fotografica come mezzo di informazione ed educazione sanitaria. L'iscrizione alla associazione è gratuita. È sufficiente compilare il relativo modulo dopo essersi registrati sul sito raggiungibile all'indirizzo: www.amfi.it.

Dopo l'iscrizione è possibile non solo collaborare alle attività dell'Associazione, ma anche postare le proprie foto nella galleria fotografica.

Giorgio Tamburini presidente del CSB

Il 25 aprile u.s. si è riunita l'assemblea dei soci del Centro per la Salute del Bambino che ha esaminato l'attività del Centro durante l'anno 2008. L'assemblea ha sottolineato i decisivi contributi che il CSB dà ai progetti Nati per Leggere e Nati per la Musica. Su Nati per Leggere il CSB ha curato di recente la progettazione e la produzione di un CD di presentazione del Progetto. Sono state discusse le iniziative (corsi di formazione e pubblicazione della newsletter *Fin da Piccoli*, di cui è prevista una versione in inglese a cura della European Society for Social Pediatrics) dedicate alla promozione della genitorialità e degli interventi nei primi anni di vita che possono influire sulla salute del bambino e avere conseguenze sulla salute dell'adulto.

Prendendo occasione dalla pubblicazione, in volume, del corso di formazione organizzato dalla Provincia di Perugia con il supporto tecnico-scientifico del Centro, in tema di abuso ai minori, è stata sottolineata l'opportunità di rilanciare l'attività di formazione in tale ambito focalizzandola sulla prevenzione e la diagnosi precoce della violenza intrafamiliare. È stata inoltre sottolineata la necessità di sviluppare una iniziativa dedicata ai figli dei migranti. È stato approvato il bilancio consuntivo con la conferma dell'accordo di programma con l'ACP. È stato infine eletto presidente del CSB Giorgio Tamburini in sostituzione di Giancarlo Biasini giunto a fine mandato. Il presidente eletto inizierà il suo mandato il 1° giugno 2009. Rimane in carica per l'anno 2009 il consiglio direttivo eletto nell'assemblea dei soci di Verona e composto da M. Bonati, C. Di Francesco, M. Gangemi, S. Manetti, L. Peratoner, M.F. Siracusano. ♦

Migliorare la Sanità Pubblica Ugandese attraverso l'educazione

(intervento in occasione della inaugurazione del Permanent Centre of Education – PCE – Kampala, Uganda)

George William Pariyo

Makerere University, Institute of Public Health, Dept. of Health Policy

Abstract

Improving Uganda's public health through education

It is today internationally known that education is the first emergency. Education is fundamental for a nation's development and it regards all human activities but especially health. Dr. George William Pariyo from his practical experience in Uganda underscores this statement as an extremely crucial point of his work.

Quaderni acp 2009; 16(3): 120-121

Key words Health. Education. Uganda. Emergency

A livello internazionale è stato ormai acquisito come patrimonio culturale comune che la prima emergenza è l'educazione. L'educazione è un compito fondamentale per lo sviluppo dei popoli e riguarda tutti i settori dell'attività umana, e in modo molto significativo il settore della salute. Il dott. George William Pariyo sottolinea questo aspetto decisivo del lavoro di base in un Paese come l'Uganda, a partire dalla sua concreta esperienza.

Parole chiave Salute. Educazione. Uganda. Emergenza

L'educazione e la salute sono due temi legati tra loro in maniera inestricabile. È noto che i bambini che nascono da madri che hanno ricevuto un'educazione sopravvivono molto meglio rispetto a quelli nati da madri senza educazione. Infatti l'educazione, in particolare l'educazione femminile, è uno dei determinanti della salute più importanti, insieme ad altri aspetti di sviluppo socio-economico.

Tuttavia, quando parliamo di educazione e di Sanità Pubblica, assume un'importanza rilevante il paradigma di educazione come introduzione alla realtà totale. Se guardiamo all'origine della Sanità Pubblica stessa, possiamo risalire all'epoca di John Snow, conosciuto anche come padre dell'Epidemiologia, una delle discipline fondamentali per il miglioramento della Sanità Pubblica. John Snow notò che le persone che si ammalavano di colera prendevano l'acqua da una certa fonte. Al contrario, si scoprì che quelli che non avevano il colera usavano l'acqua di altre fonti rispetto a quel pozzo o che addirittura bevevano solo birra!

Un'altra figura importante nella Medicina, il francese Alexis Carrel, che ha vinto il premio Nobel per la Medicina, disse e io mi permetto di parafrasare come segue: "Poca osservazione e molto ragionamento portano all'errore, molta osservazione e poco ragionamento portano alla verità".

Noterete che per entrambe queste persone, il principio chiave del loro approccio, e prerequisito a una vera educazione, è l'osservazione della realtà, nella sua interezza, così com'è, senza pregiudizio o come diciamo nella Sanità Pubblica, senza preconcetti (distorsione), o cercando di minimizzare i preconcetti.

Tale sguardo nei confronti della realtà, che è all'origine della Sanità Pubblica, è strettamente legato al paradigma educativo di introduzione alla realtà totale. Persona educata è chi riesce a guardare la realtà nella totalità dei suoi fattori. Per essere bravi nella Sanità, bisogna essere persone con un approccio ai problemi della Sanità che sia attento alla totalità dei fattori.

Un professionista della Sanità, come un dottore o un'infermiera, che non prenda in considerazione la totalità dei fattori del paziente, ha più probabilità di sbagliare o di fare errori nella diagnosi delle condizioni del paziente. Col risultato di dare la medicina sbagliata che causa effetti collaterali molto seri o persino, nel peggiore dei casi, la morte.

I padri fondatori della Primary Health Care, ad Alma Ata, ritenevano che l'educazione fosse talmente fondamentale per migliorare la salute e la sanità che chiamarono uno degli otto elementi della Primary Health Care "educazione alla salute".

Per migliorare la sanità, non conta solo l'educazione formale. L'educazione, come introduzione alla realtà totale opera a livello individuale, familiare, della comunità, a livello nazionale e internazionale. Un individuo può imparare alcune pratiche personali di prevenzione come lavarsi le mani dopo essere stati in bagno.

Un padre educato non negherebbe ai propri figli l'opportunità di nutrirsi bene, per esempio, come succede in alcune culture, monopolizzando la carne!

I Lugbara (la mia gente), dicevano che il fegato mandava in putrefazione i denti dei bambini! In alcune tribù bantu, le donne non potevano mangiare le cavallette (ensenene)! Alle donne venivano proibite le uova in alcune culture, mentre le uova, come tutti sappiamo, non soltanto sono squisite, ma sono anche ricche di sostanze nutritive essenziali come le proteine e i minerali.

Sempre riguardo alla nutrizione, viene detto che il marasma (quando un bambino è smunto ed estremamente magro; per esempio si vedono dei bambini di 2 anni che sembrano dei vecchietti) è una malattia della povertà, ma il kwashiorkor (pancia gonfia, gambe gonfie, capelli castani, tra gli altri segni) è una malattia dell'ignoranza.

Una madre che ha ricevuto un'educazione su ciò che è bene per suo figlio, non farebbe alcune pratiche pericolose come l'estrazione dei cosiddetti "denti finti".

Una comunità può essere informata e apprezzare l'importanza di proteggere le proprie risorse d'acqua. L'educazione di una comunità, rispetto per esempio alla cultura dello smaltimento dei rifiuti in modo sicuro, sarebbe un grande passo avanti verso un miglioramento della Sanità e della salute. Una società educata in tal senso non vedrebbe buste di plastica (buveera) che intasano il nostro sistema fognario di Kampala.

Posso menzionare uno degli esempi più citati: il "successo" dell'Uganda nella

Per corrispondenza:
George William Pariyo
e-mail: gpaiyo@iph.ac.ug

osservatorio internazionale

lotta contro HIV/AIDS. Questo è stato possibile soprattutto attraverso un'educazione delle persone a una sessualità responsabile; su questo dobbiamo congratularci con il nostro Presidente, che ha sempre considerato la sessualità responsabile come risposta all'AIDS, anche di fronte all'opposizione nazionale e internazionale.

Su questi problemi i fatti parlano da soli, nonostante ci siano anche tra noi alcune persone, inclusi i miei colleghi della Sanità Pubblica, a cui piace interpretare solo le scoperte che sostengono i loro pre-concetti. Nel campo della sanità, in particolare sul tema AIDS, possiamo ricordarci le parole di Mark Twain: "Ci sono bugie, ci sono dannate bugie, e ci sono le statistiche!".

Una Nazione educata ai valori della solidarietà e dell'inclusione è meno portata ad accettare mali quali la guerra, con le conseguenze rischiose dal punto di vista della Sanità che provengono dalle ferite, o all'esposizione a malattie contagiose negli accampamenti profughi. Una comunità internazionale educata alla solidarietà umana promuoverebbe un'economia mondiale e un sistema commerciale più equi, e permetterebbe alle nazioni povere di vedere i propri prodotti valorizzati e di avere libero movimento e applicazione delle conoscenze scientifiche per risolvere i problemi legati alla salute.

Quindi, quando parliamo di educazione e sanità pubblica, troviamo che i due concetti sono correlati.

Vorrei evidenziare che la conoscenza tecno-scientifica da sola non basta. Anche se si avesse tutta la conoscenza tecnica per migliorare la Sanità, questo non farebbe sì che la Sanità fosse automaticamente migliorata.

La nostra società, oggi, è piena di questi esempi e i nostri giornali abbondano di storie di pazienti maltrattati nelle nostre strutture sanitarie.

Con i miei studenti di Medicina e Sanità Pubblica, io mi sforzo sempre di far passare il senso dei valori e della missione, necessari per lavorare nella Sanità Pubblica da professionisti. Un paziente non è solo un insieme di cellule e di sostanze biochimiche. Un paziente è prima di tutto una persona. Il valore e la dignità della persona sono più grandi di qualsiasi malattia o stato di salute. Un professionista della Sanità, che sia educato a questa coscienza, tratterà il proprio paziente con dignità e rispetto a prescindere da chi sia e dove si trovi tale paziente. La Sanità è considerata una delle professioni nobili e a volte viene ritenuta una professione di "cura" (del prendersi cura: PCE). C'è bisogno di reinserire la dimensione del "prendersi cura" all'interno del sistema sanitario. La maggior parte del lavoro svolto finora dal PCE è stata con gli insegnanti. Sono convinto che un'altra emergenza sia attuare un lavoro simile per educare i professionisti della Sanità e che il PCE possa dare un prezioso contributo al riguardo. ♦

XXI CONGRESSO NAZIONALE ACP

Cesenatico 8, 9, 10 ottobre 2009

Concorso per una poesia in dialetto su "I bambini e il dottore"

I partecipanti al Congresso sono invitati a partecipare a un originale concorso per una poesia in dialetto di qualsiasi regione o subregione italiana dal titolo "I bambini e il dottore".

Qui sotto, come esempio, trovate una poesia in dialetto romagnolo di Aldo Spallicci, poeta e pediatra, scritta nella prima metà del secolo XX. Le poesie vanno inviate entro il 15 settembre 2009 alla segreteria dell'ACP Romagna pafabe@libero.it

pfaberi@ausl-cesena.emr.it

I migliori componimenti verranno letti in occasione della cena sociale di venerdì 9 ottobre 2009.

E' dutor e i babin

"Benilda u j è e dutor!"

e è passared l'è dvinè mo' d fati
coma propi s'l l'avess vest compari
l'ombra dè cazador.

L'era è mostar dal fol;
I babin j era armest coma inciudè
E int è bur u s' sinteva barbutlè
solamanet è paròl.

Sota è lun ad petroli
è dutor u s'fa sora e maladin,
oh, l'è è faichet ch'l'ingranfa un por uslin
ch' l'ha ancora al bucaroli.

E' guerdà, è tasta, è scolta
L'urecia sora é cor. Lò da è gargòzz
I tira so un suspir, e pu un singiòzz.
I smola un a la volta.

Eco é barbon dlla fola
e ved arlurar int la cambra bura
di grend ècc spalanché par la paura
coma al bres int l' urola

Aldo Spallicci

Il dottore e i bambini

"Benilde c'è il dottore!"

E il passareto è diventato muto d'un tratto
come se avesse visto comparire
l'ombra del cacciatore.

Era il mostro delle favole;
I bambini erano rimasti come inchiodati
e nel buio di sentiva solamente
il borbottio del paiolo.

Sotto il lume a petrolio
il dottor si fa sopra il malatino:
oh, è il falchetto che ingraffia un povero uccellino
che ha ancora le boccarole. *

Guarda, tasta, ascolta
con l'orecchio sul cuore.
Loro dalla gola
traggono un sospiro e poi un singhiozzo
emettono uno alla volta.

Ecco il barbone della favola
vede rilucere nella camera buia
dei grandi occhi spalancati per la paura
come la brace sul focolare.

* Membrane agli angoli della bocca degli uccelli da nido.

L'Ecografia Toracica in Pediatria: una tecnica di indagine trascurata

Francesco Feletti*, Greta Gardelli**, Maurizio Mughetti**

*Scuola di Specializzazione in Radiodiagnostica, Università di Ferrara; **Unità Operativa di Radiologia, Ospedale M. Bufalini, Cesena

Abstract

Thoracic ultrasonography in paediatrics: a technique often neglected

Thoracic ultrasonography in paediatric care is a low cost, fast, safe, available and repeatable technique. It is useful for diagnostic purposes especially for doubtful x-rays in order to define their anatomical pertinence. Furthermore a differential diagnosis between inflammatory processes, pulmonary atelectasys and pleurisy is possible and thoracic ultrasonography is considered the first choice in the follow up of such conditions. In patients with cystic fibrosis it can reveal disease complications as pneumothorax. Thoracic ultrasonography is better than x-rays for ribs, sternum and clavicle fractures. Quaderni acp 2009; 16(3): 122-125

Key words Thoracic ultrasonography. Pleurisy. Pneumothorax. Pneumonia

Il basso costo, la disponibilità, la rapidità di esecuzione, la ripetibilità, oltre a ovvie ragioni radioprotezionistiche, impongono un maggiore interesse per l'ecografia toracica (ET) in campo pediatrico. L'ET è utile per chiarire la natura e la pertinenza anatomica di reperti radiografici dubbi, permettendo di distinguere tra focolai flogistici, atelettasie e versamenti pleurici: inoltre è la metodica di scelta per la valutazione longitudinale di queste condizioni. Nei pazienti affetti da fibrosi cistica può permettere di svelare eventuali complicanze, tra cui il pneumotorace. L'ET è anche più sensibile del radiogramma nell'identificare fratture costali, sternali e della clavicola.

Parole chiave Ecografia Toracica. Versamento pleurico. Pneumotorace. Polmoniti

Introduzione

Attualmente, per valutare la maggior parte delle condizioni cliniche che interessano il torace in età pediatrica, viene utilizzata la radiografia. Questa metodica presenta, tuttavia, dei limiti innegabili, legati principalmente alla impossibilità di chiarire la natura (liquida o solida) e la pertinenza anatomica (per esempio pleurica o parenchimale) di una radiopacità. La RM e la TC sono indagini di secondo livello che mal si prestano all'impiego di routine. L'ecografia toracica (ET) è stata applicata allo studio della patologia pleurica, dei consolidamenti parenchimali e, più recentemente, alla valutazione indiretta dell'interstizio polmonare; tuttavia non è ancora stata sufficientemente applicata in campo pediatrico. Peraltro la parete toracica sottile e il piccolo diametro del torace ne facilitano l'esecuzione e consentono di ottenere immagini di qualità elevata e il minore volume polmonare del bambino aumenta la probabilità che un'eventuale lesione entri in contatto con la pleura, requisito indispensabile per la visualizzazione ecografica. Infatti, data la completa riflessione degli ultrasuoni da parte dell'aria alveolare, sono studia-

bili ecograficamente solo i processi patologici a contatto con la pleura, sia direttamente che mediante l'interposizione di un mezzo sono-conduttore, come un versamento o un'area di consolidazione parenchimale. Questi limiti hanno ritardato l'applicazione dell'ecografia toracica che oggi viene riscoperta, anche grazie a una maggiore sensibilità in tema di radioprotezione. Il basso costo, la disponibilità, la rapidità di esecuzione e la ripetibilità suggeriscono una più diffusa applicazione di questa metodica (*tabella 1*).

Tecnica

Le dimensioni fisiche del torace del bambino permettono l'impiego di sonde ad alta frequenza (5-10 MHz) che, oltre a garantire una migliore definizione anatomica, sono piccole e maneggevoli e quindi particolarmente adatte a scansioni intercostali. Nei bambini più grandi e negli adolescenti è utile integrare l'utilizzo di una sonda lineare ad alta risoluzione con una settoriale da 3,5-5 MHz.

Uno studio completo del torace prevede la valutazione della parete toracica, della pleura e del polmone. Si procede con scansioni parallele e perpendicolari alle

coste sia nelle regioni anteriori, che in quelle laterali e posteriori del torace. Devono quindi essere condotte scansioni trans-sternali e para-sternali. Infine, posizionando la sonda in sede sottotifoidea e transdiaphragmatica, è possibile sfruttare la finestra acustica epatica per visualizzare eventuali lesioni juxtafreniche o paravertebrali. Il polmone normale riflette quasi completamente il fascio ultrasonoro a causa del salto di impedenza acustica che si verifica nel passaggio dai tessuti molli della parete toracica all'aria contenuta nel parenchima. I processi intrapolmonari possono essere rilevati ecograficamente solo quando raggiungano la pleura viscerale o attraverso l'eventuale finestra acustica rappresentata da un'area di parenchima consolidato o da un versamento pleurico. Nel neonato e nel lattante il timo rappresenta una via d'accesso ecografica aggiuntiva essendo particolarmente voluminoso in questa fase della vita. L'incompleta ossificazione dello sterno (i cui centri di ossificazione non si fondono fino all'anno di età) e il ridotto contenuto calcico delle coste permettono un ottimale passaggio degli ultrasuoni, rendendo particolarmente vantaggioso l'utilizzo di questa finestra acustica [1].

Aspetto ecografico normale

Al di sotto della cute l'ecografia permette di visualizzare il tessuto sottocutaneo e i piani muscolari della parete toracica. Le coste e lo sterno determinano una parziale riflessione e un imponente assorbimento del fascio ultrasonico, generando grossolani coni d'ombra posteriori. Nel complesso i due foglietti pleurici appaiono come un'unica immagine lineare iper-riflettente, genericamente chiamata "linea pleurica", in corrispondenza della quale, a ogni atto respiratorio, è visibile lo scorrimento della pleura viscerale lungo la parietale (Lung Sliding).

Il polmone normale, come accennato, non è visibile agli ultrasuoni; al di sotto della linea pleurica si generano le **linee A**: artefatti da riverberazione, ripetitivi, paralleli alla linea pleurica (*figura 1*). Invece in presenza di processi patologici che deter-

Per corrispondenza:

Francesco Feletti

e-mail: francesco.feletti@libero.it

saper fare

TABELLA 1: PRINCIPALI APPLICAZIONI DELL'ECOGRAFIA TORACICA

Parete toracica
- Neoplasie dei tessuti molli della parete toracica
- Ematoma
- Ascesso
- Linfadenopatie
- Fratture costali
- Osteomielite
Pleura
- Versamenti
- Pneumotorace
- Valutazione della dinamica diaframmatica
- Sinfisi pleurica congenita
Polmone
- Polmoniti
- Atelettasia
- Malformazione adenomatoide cistica congenita
- Sequestro polmonare
Mediastino
- Masse occupanti spazio del mediastino antero-superiore
- Versamento pericardico

minimo l'ispessimento dei setti interlobulari periferici, le linee A sono sostituite da altri artefatti chiamati **linee B** (figura 2). Si tratta di immagini iperecogene riferibili a fenomeni di Ring Down Artifact, perpendicolari alla linea pleurica dalla quale si dirigono in profondità con andamento lievemente divergente [2].

Timo

Sul radiogramma del torace, il timo normale può mimare una massa mediastinica, o una lesione dell'apice polmonare; viceversa un'atelettasia o una polmonite lobare superiore possono confondersi con un timo particolarmente voluminoso [1]. In questi casi l'ecografia può mostrare la diversa ecogenicità delle strutture ed evitare ulteriori indagini. All'ecografia il timo è facilmente visualizzabile, nell'infanzia, con approccio soprasternale, attraverso la fossetta giugulare (tecnica descritta da Goldberg nel 1971), parasternale o transternale [1-3]. Il timo ha margini lisci e regolari, struttura uniforme a fini echi stipati ed ecogenicità intermedia tra quella del fegato, della milza e della tiroide. Il color-Doppler mostra l'aspetto ipovascolare del timo normale.

Versamento pleurico

L'ecografia è in grado di individuare versamenti di 3-5 ml; inoltre permette di valutare meglio del radiogramma il reale

volume del versamento, distinguendolo da aree di consolidamento o di atelettasia eventualmente associate [4]. Per agevolare la visualizzazione ecografica di piccoli versamenti nel seno costofrenico posteriore, può essere utile far assumere al paziente una lieve obliquità, al fine di raccogliere su un lato gran parte del liquido e renderlo più facilmente dimostrabile. Il color-Doppler può evidenziare gli spostamenti (Fluid Color Sign) che piccole quantità di liquido subiscono con gli atti respiratori o con le vibrazioni prodotte dal ciclo cardiaco [5] (figura 3). I trasudati presentano invariabilmente aspetto anecogeno e modificano la propria disposizione spaziale con i cambiamenti di decubito. Gli essudati invece sono spesso ipocogeni, presentano materiale corpuscolato in sospensione e/o setti al proprio interno. Tuttavia un essudato, un emotorace o un empiema possono anche apparire completamente ecoprivi [6].

Pneumotorace

Il pneumotorace è un evento abbastanza raro in pediatria, ma può essere più frequente in malattie croniche come la mucoviscidosi [7]. Nel centro della fibrosi cistica dell'Ospedale "M. Bufalini" è stata sperimentata con successo la diagnosi ecografica di pneumotorace. Per questa ricerca deve essere valutata la

FIGURA 1: LINEE A. VEDI TESTO NELLA SEZIONE ASPETTO ECOGRAFICO



FIGURA 2: LINEA B. VEDI TESTO NELLA SEZIONE ASPETTO ECOGRAFICO



FIGURA 3: FOCOLAIO CONSOLIDATIVO CON BRONCOGRAMMA AEREO A DECORSO ARBORIFORME E VERSAMENTO PLEURICO CONSENSUALE

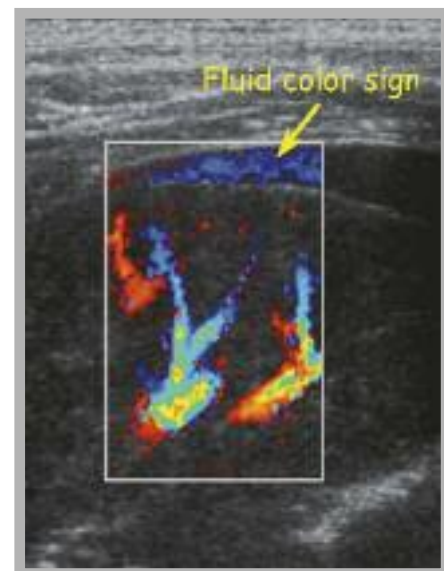
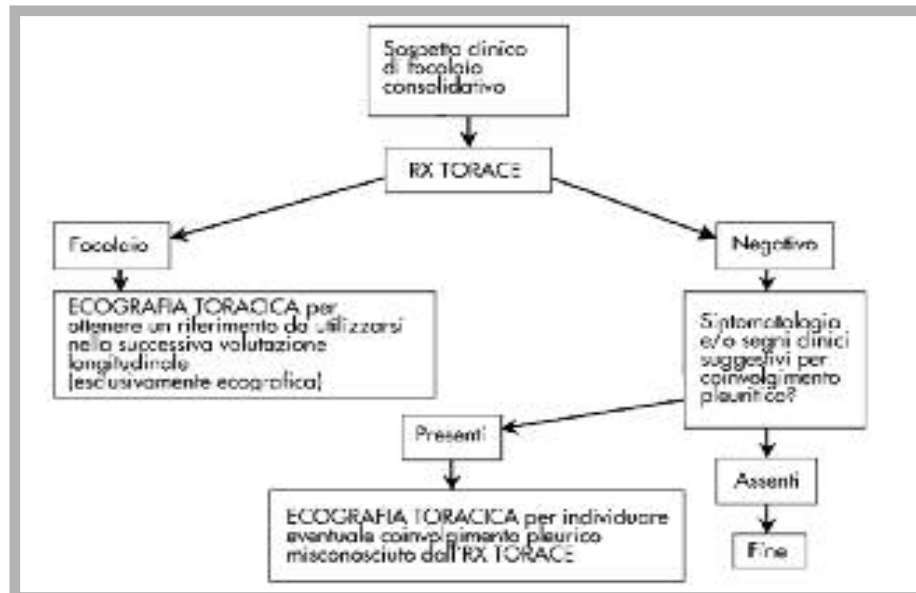


FIGURA 4: STESSO CASO DELLA FIGURA 3. IL COLOR DOPPLER CONFERMA LA DISPOSIZIONE ARBORIFORME DEI VASI ESCLUDENDO LA NATURA ATELETTASICA DELL'EPATIZZAZIONE. GLI ATTI RESPIRATORI DETERMINANO GLI SPOSTAMENTI NEL VERSAMENTO PLEURICO RESPONSABILI DEL "FLUID COLOR SIGN"



TABELLA 2: ALGORITMO DIAGNOSTICO PER LA DIAGNOSI DI FOCOLAIO CONSOLIDATIVO NEL PAZIENTE PEDIATRICO



Box

Federico, 13 mesi, ricoverato per l'insorgenza di febbre, disidratazione e difficoltà respiratorie. Il radiogramma non mostrava segni di lesioni pleuroparenchimali a focolaio in atto, i polmoni apparivano normoventilati (figura 5). L'ecografia toracica, invece, ha permesso di individuare addensamenti parenchimali multipli in sede subpleurica, interessanti l'emitorace destro, svelati mediante scansioni ecografiche trasversali (figura 6) e longitudinali (figura 7) condotte in corrispondenza della linea ascellare posteriore. È stato così possibile istituire una idonea terapia antibiotica.

FIGURA 5: VEDI TESTO IN BOX



FIGURA 6: VEDI TESTO IN BOX



FIGURA 7: VEDI TESTO IN BOX

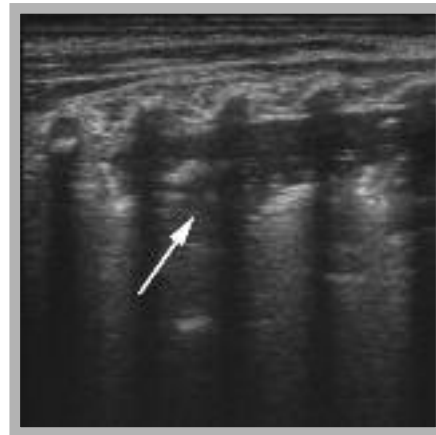
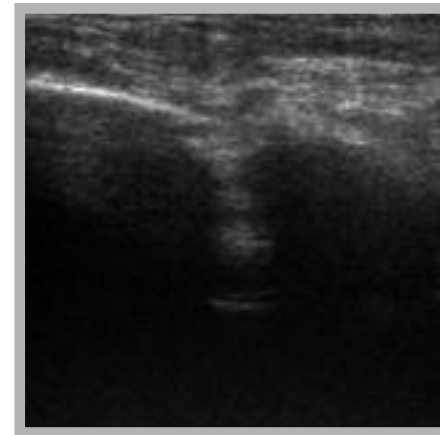


FIGURA 8: FRATTURA COSTALE



dinamica pleurica: la presenza del Lung Sliding (pag. 122) infatti esclude per definizione la presenza di un pneumotorace. Analogamente la visualizzazione di linee B o di un'area di consolidazione parenchimale escludono la presenza di un pneumotorace in quel preciso punto della parete toracica. Il Lung Sliding deve essere valutato in particolare sulle superfici antideclivi, in particolare in regione parasternale, con scansioni condotte dall'alto verso il basso, fino alla regione iuxtacardiaca, dove possono raccogliersi piccoli pneumotoraci. L'esame va comunque esteso a tutti i campi polmonari. La presenza del Lung Sliding permette di escludere il pneumotorace con un valore predittivo negativo del 100% [8]. L'abolizione del Lung Sliding può essere presente in altre condizioni che provocano la perdita del normale movimento di scorrimento pleurico: atelettasia, apnea, aderenze pleuriche patologiche, sinfisi pleurica congenita, ecc. Quindi è necessario ricercare il Lung Point che rappresenta un segno specifico di pneumotorace. I Lung Points sono i punti in cui il polmone, in parte collassato, entra in contatto con la parete toracica: dove cioè si osserva il passaggio dal pneumotorace (assenza di Lung Sliding), al polmone a parete (normale scorrimento pleurico).

Il Lung Point conferma la diagnosi di pneumotorace; tuttavia non ha grande sensibilità potendo mancare in caso di pneumotorace massivo: un polmone completamente collassato non entra infatti in contatto con la parete toracica in alcun punto. Quindi in assenza sia del Lung Sliding, che dei Lung Points, l'ecografia suggerisce l'esistenza di un pneumotorace massivo. Con questo approccio sono stati raggiunti valori di sensibilità e specificità del 100% [9-10-11].

Polmoniti

Quando un processo infettivo sostituisce il contenuto aereo alveolare con un essudato, il parenchima polmonare diventa ecopermeabile e assume un aspetto simile a quello di un organo parenchimatoso per la presenza delle numerose interfacce interstizio-alveolari. L'epatizzazione ha una conformazione casuale con margini irregolari, frastagliati e talora indistinti e può contenere piccole bolle d'aria iper-riflettenti e di aspetto lenticolare: una sorta di corrispettivo ecografico del segno dell'alveologramma aereo. Analogamente agli omonimi segni radiografici, i

broncogrammi aerei possono essere presenti sia nella polmonite che nell'atelettasia [12]. Appaiono come immagini nastriformi, riverberanti e ramificate: il loro aspetto ecografico ricorda quello delle vie biliari nell'aereobilia (figura 4).

Talvolta all'interno dei bronchi si vedono bolle aeree iper-riflettenti che si muovono in modo sincrono con gli atti respiratori (broncogramma aereo dinamico): si può escludere allora la natura atelettasica ostruttiva del consolidamento. Sia i vasi che eventuali broncogrammi aerei presentano un normale decorso arboriforme nella polmonite (figura 4), mentre nell'atelettasia assumono disposizione parallela, a causa della perdita di volume. Inoltre nei processi flogistici al color-Doppler si osserva un aumento diffuso della vascolarizzazione, fino al di sotto della linea pleurica. Questi aspetti sono utili per distinguere la polmonite dall'atelettasia. Nella polmonite interstiziale l'ET mostra numerose linee B e una linea pleurica ispessita, e di aspetto irregolare, con eventuali piccole aree ipoecogene di consolidazione subpleuriche [14]. L'ET presenta indubbi vantaggi nella valutazione longitudinale delle consolidazioni parenchimali in risposta alle terapie, anche se un limite può risiedere nella necessità di far eseguire allo stesso esaminatore i controlli, data la operatore-dipendenza della metodica. L'ET permette inoltre la diagnosi di pleurite con elevata sensibilità, certamente superiore a quella radiologica, mostrando irregolarità della linea pleurica, e piccole consolidazioni subpleuriche spesso associate a versamento pleurico, libero o localizzato, in quantità variabile [16]. Per questi motivi il nostro attuale protocollo diagnostico (tabella 2) per i focolai consolidativi nei pazienti pediatrici, prevede l'esecuzione preliminare di un radiogramma diretto del torace: se si identifica un focolaio si esegue l'ET di completamento per creare un precedente di riferimento al follow-up (solo ecografico). Nei pazienti in cui la radiografia è negativa, l'ET viene ugualmente condotta per escludere una pleurite, in caso di obiettività clinica e/o sintomatologia suggestiva (box a pag. 124).

Fratture

L'ecografia individua il doppio delle fratture costali rispetto alla radiologia tradizionale [15].

Le fratture costali, clavicolari, sternali e scapolari possono essere visualizzate

come interruzioni del segmento scheletrico con eventuali frammenti e/o slivellamento dei monconi (figura 8).

Le fratture possono essere accompagnate da ematomi della parete toracica, versamento pleurico, pneumotorace o contusioni del parenchima polmonare.

Conclusioni

L'ecografia toracica dovrebbe ricoprire un ruolo di maggiore importanza nella valutazione routinaria della patologia toracica in pediatria. Oltre ad affiancarsi al radiogramma del torace nella valutazione iniziale, l'ecografia toracica è utile nella valutazione longitudinale della patologia pediatrica più comune, con vantaggi radioprotezionistici e pratici.

Gli Autori dichiarano di non aver alcun conflitto di interesse.

Bibliografia

- [1] Kim OH, Kim WS, Kim MJ. US in the Diagnosis of Pediatric Chest Diseases. *Radiographics* 2000;20:653-71.
- [2] Lo Giudice V, Bruni A, Corcioni E, et al. Ultrasound in the evaluation of interstitial pneumonia. *Journal of Ultrasound* 2008;11:30-8.
- [3] Goldberg BB. Suprasternal Ultrasonography. *JAMA* 1971;15:245-50.
- [4] Grymiski J, Krakowka, Lypaciewicz G. The diagnosis of pleural effusion by ultrasonic and radiologic techniques *Chest* 1976 70:33-7.
- [5] Wu RG, Yang PC, Kuo SH, et al. "Fluid color" sign: a useful indicator for discrimination between pleural thickening and pleural effusion. *J Ultrasound Med* 1995;14:767-9.
- [6] Müller NL. Imaging of the pleura. *Radiology* 1993;186(2):297-309.
- [7] Hafen GM, Ukoumunne OC, Robinson PJ. Pneumothorax in cystic fibrosis: a retrospective case series. *Arch Dis Child* 2006;91(11):924-5.
- [8] Lichteinstein D, Menu Y. A Bedside Ultrasound Sign Ruling Out Pneumothorax in the Critically Ill: Lung Sliding. *Chest* 1995;108:1345-8.
- [9] Soldati G, Rossi M. Pneumotorace traumatico: diagnosi ecografica in urgenza. *Giornale Italiano di Ecografia* 2000; 3:269-73.
- [10] Rowan KR, Kirkpatrick AW, et al. Traumatic pneumothorax detection with thoracic US: correlation with chest radiography and CT-initial experience. *Radiology* 2002;225:210-4.
- [11] Knuudtson JL, Dort JM, Helmer SD, et al. Surgeon-Performed ultrasound for pneumothorax in the trauma suite. *J Trauma* 2004;35:527-30.
- [12] Copetti R, Cattarossi L. Diagnosi ecografica di polmonite nell'età pediatrica. *Radiol Med* 2008;113:190-8.
- [13] Gehmacher O, Kopf A, Scheier M. Can pleurisy be detected with ultrasound? *Ultraschall Med* 1997;18(5):214-9.
- [14] Bitschnau R, Gehmacher O, Kopf A. Ultrasound diagnosis of rib and sternal fracture *Ultraschall Med* 1997;18:158-61.
- [15] Mathis G, Blank W. *The Chest Wall in Chest Sonography*, Second Edition, Springer-Verlag Berlin Heidelberg Ed. 2008.

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite

Giampiero Griffo

Esecutivo mondiale di Disabled Peoples' International (DPI)

Abstract

The UN Convention on disability rights

The United Nations has set up an international human rights convention on the rights of disabled people that has recently been approved by Italian Parliament.

Quaderni acp 2009; 16(3): 126-128

Key words *Disability. UN Convention. Human rights*

Viene illustrata la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite approvata dal Parlamento italiano.

Parole chiave *Disabilità. Convenzione NU. Diritti*

Il 24 febbraio il Parlamento italiano ha ratificato la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità¹ delle Nazioni Unite² (NU). Molte le trasformazioni culturali, sociali, politiche e tecniche che il testo introduce. Si passa dalla lettura tradizionale dell'incapacità come problema individuale e medico alla presa d'atto che le persone con disabilità sono discriminate e senza pari opportunità per responsabilità della società; dalla condizione di essere considerati cittadini invisibili – in quanto esclusi dalla società – a quella di divenire persone titolari di diritti umani; dall'approccio basato sulle politiche dell'assistenza e della sanità a quello che rivendica politiche inclusive e di *mainstreaming*; dal venir considerati oggetti di decisioni prese da altri a diventare soggetti consapevoli che vogliono decidere della propria vita. Sono cambiamenti che fanno proprio il modello sociale della disabilità, basato sul rispetto dei diritti umani e che si sintetizzano nello slogan del movimento mondiale delle persone con disabilità "niente su di noi senza di noi". Si tratta di un terremoto culturale, sbocco di un processo multidecennale³ che avrà conseguenze non solo nel campo della disabilità. La nuova consapevolezza che questa è una condizione ordinaria che ogni essere umano vivrà nel corso della propria esistenza, impone alla società di tenerne conto in tutte le decisioni legate allo sviluppo e all'organizzazione sociale. Le persone con disabilità, dal tradizionale approccio basato sul riconoscimento dei bisogni, dipendenti spesso dalle risorse

economiche disponibili, vedono riconosciuti i loro diritti.

La Convenzione (C) cambierà nei prossimi decenni la qualità della vita di 650 milioni di persone con disabilità nel mondo: si calcola che circa il 60% dei più poveri del mondo siano persone con disabilità; sono circa 70 i Paesi che non hanno alcuna legislazione sulla materia. I dati delle NU sono impressionanti: nei Paesi con scarsità di risorse solo il 2% della popolazione con disabilità ha accesso a interventi e servizi; la frequenza in una scuola è negata al 98% dei bambini con disabilità; l'accesso al lavoro è appannaggio di meno del 10% della popolazione potenziale.

La ricca Europa

Se guardiamo ai dati del nostro continente, scopriamo che è ancora prevalente l'accesso negato ai diritti: l'accesso al lavoro, la fruibilità delle nuove tecnologie, l'accesso ai servizi di salute, ecc. Si sommano trattamenti fortemente discriminatori: più del 56% dei bambini con disabilità frequenta classi o scuole speciali in 25 dei Paesi membri (*Euridyce*, 2003); le differenze di trattamento e l'ineguaglianza di opportunità sono ancora la norma; l'istituzionalizzazione è ancora una politica importante degli Stati europei visto che 500.000 persone sono ancora segregate in 2.500 mega istituti⁴. In pratica le persone con disabilità europee non godono degli stessi diritti dei cittadini europei: libertà di movimento, tutela contro le discriminazioni, ecc.

La C vuole combattere proprio questi ostacoli, barriere e pregiudizi, con una nuova politica per le persone con disabilità, basata sulla tutela dei diritti umani, intervenendo in tutti i campi della vita. L'articolo 3 (*Principi generali*) supera la lettura dell'incapacità psico-fisica e pone al centro principi innovativi, validi per tutte le persone, ma spesso non applicati alle persone con disabilità: dignità, autonomia individuale, libertà di scelta, indipendenza delle persone; piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società; rispetto delle differenze e accettazione della disabilità come parte della diversità umana; eguaglianza di opportunità; accessibilità; eguaglianza tra uomini e donne. Per i bambini con disabilità, rispetto per l'evoluzione delle capacità e del diritto a preservare la loro identità⁵.

La C riconosce che le persone con disabilità sono discriminate e hanno mancanza di pari opportunità a causa dei trattamenti differenziati senza giustificazione, dei pregiudizi, degli ostacoli e delle barriere che la società pone. Nel preambolo⁶ si afferma che "la disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri"⁷.

I nuovi diritti

Per superare queste barriere la C interviene per garantire la progressiva inclusione sociale delle persone con disabilità, proibendo tutte le discriminazioni basate sulla disabilità⁸ e garantendo una eguale ed effettiva protezione legale contro le discriminazioni in ogni settore. Molti sono i campi previsti negli articoli della C dove i trattamenti diseguali, senza giustificazione, violano i diritti umani delle persone con disabilità. L'approccio nuovo della C si applica a tutte le persone con disabilità, impegnando gli Stati a trattamenti rispettosi dei diritti umani, anche per le persone che non possono rappresentarsi da sole (art. 12), e all'accesso a tutti i

Per corrispondenza:
Giampiero Griffo
e-mail: giambatman@tin.it

il punto su

diritti su base di eguaglianza e senza discriminazioni.

Un altro importante elemento innovativo si opera nel campo del concetto di riabilitazione e riabilitazione, da quello sulla salute (art. 25). È una rivoluzione culturale, che parte dall'idea che, proprio perché la disabilità è una relazione sociale, non una condizione soggettiva della persona (come sottolinea l'ICF), è necessario intervenire tenendo conto delle concrete condizioni di vita e di relazione. Le persone possono muoversi su sedia a rotelle, orientarsi con un cane guida, comunicare con il linguaggio dei segni e non avere disabilità, se il mondo con il quale interagisce tiene conto di queste caratteristiche. Non è un caso che la C sottolinei che le persone con disabilità rappresentano una delle possibili diversità umane. Perciò l'obiettivo dei trattamenti a cui sono sottoposte, è garantire il massimo livello di salute possibile, ma in un contesto in cui la salute non è l'assenza di malattie, bensì il benessere della persona. Piuttosto che perseguire una improbabile guarigione, va garantito alle persone il godimento dei diritti e delle libertà fondamentali. Inoltre al concetto tradizionale di *riabilitazione* venne aggiunto quello di *abilitazione*. Si riabilita se si recupera una funzionalità del corpo persa, si abilita quando si sviluppano nuove abilità, partendo dalle limitazioni funzionali della persona⁹. L'obiettivo non è più quello di guarire, bensì sostenere la vita indipendente e l'inclusione nella comunità (art. 19), garantendo la mobilità personale (art. 20).

È evidente che questa impostazione trasforma l'idea di presa in carico riabilitativa e sociale: la C infatti riconosce "l'eguale diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella comunità, in pari condizioni di scelta rispetto agli altri membri": a tale scopo gli stati firmatari "prenderanno misure efficaci e appropriate al fine di facilitare il pieno godimento (...) di tale diritto e la piena inclusione e partecipazione all'interno della comunità".

Per tutte le persone con disabilità, ma in particolare per le persone che hanno gravi dipendenze assistenziali e per quelle che non possono rappresentarsi da sole, si apre una trasformazione radicale della presa in carico: dalla tradizionale istituzionalizzazione si passa a sistemi sociali di sostegno al mantenimento nei luoghi di

vita e familiari, a forme di accoglienza a carattere familiare, a politiche e servizi di inclusione sociale. La C in sostanza afferma che più che riabilitare le persone bisogna riabilitare la società ad accogliere le persone con determinate caratteristiche. Particolare attenzione viene posta ai bambini con disabilità dall'art. 7¹⁰. Al contrario della Convenzione sui diritti del fanciullo del 1989, che relegava i bambini con disabilità a un solo articolo (il 23), ingenerando una visione separata e spesso medica della loro condizione, la nuova C ha una visione globale della tutela dei diritti umani dei minori con disabilità, che devono godere, in eguaglianza con gli altri bambini, di tutti i diritti e le libertà fondamentali. Inoltre con l'art. 6 (Donne con disabilità), viene prestata un'attenzione particolare alle bambine con disabilità, spesso soggette a multidiscriminazione sulla base della condizione di disabilità e del genere.

La scrittura dell'art. 24 (Educazione) è anche frutto dell'iniziativa italiana, che ha potuto valorizzare il modello scolastico totalmente inclusivo del nostro Paese, superando le tante resistenze di alcune associazioni (ciechi e sordi) sia di molti Paesi, anche della ricca Europa. Il riconoscimento del "diritto all'istruzione delle persone con disabilità" risulta importante soprattutto per i Paesi in cerca di sviluppo dove l'accesso alla scuola è praticamente inesistente; altrettanto importante, per una scuola "senza discriminazioni e su base di pari opportunità", è garantire "un sistema di istruzione inclusivo a tutti i livelli".

Anche gli obiettivi dell'educazione (e non dell'istruzione) risultano significativi: "(a) pieno sviluppo del potenziale umano, del senso di dignità e dell'autostima e al rafforzamento del rispetto dei diritti umani, delle libertà fondamentali e della diversità umana; (b) sviluppo, da parte delle persone con disabilità, della propria personalità, dei talenti e della creatività, come pure delle proprie abilità fisiche e mentali, sino alle loro massime potenzialità; (c) porre le persone con disabilità in condizione di partecipare effettivamente a una società libera".

Il ricorso ai tribunali

L'approccio basato sui diritti umani impegna i cittadini colpiti da discriminazioni a denunciarle attraverso il ricorso ai tribunali. È evidente che l'azione delle asso-

ciazioni di promozione e di tutela deve quindi affrontare due nuove sfide: da un lato rafforzare le capacità e gli strumenti culturali dei propri associati nel riconoscimento dei propri diritti (*empowerment*), e dall'altro costruire strumenti che sostengano le azioni di tutela legale che la C introduce. La C rafforza anche la legislazione non discriminatoria, che in Italia ha già vari precedenti (art. 3 della Costituzione, D. Legisl. 216/2003, legge 67/2006), chiarendone il vasto campo di applicazione.

L'Italia dovrà preparare nei prossimi due anni un rapporto sullo stato di applicazione della C, da sottoporre al Comitato internazionale dell'ONU, organismo di controllo della sua applicazione. Nella legge di ratifica italiana tale compito è affidato a un Osservatorio nazionale sulla disabilità: per la prima volta sarà obbligatorio monitorare le politiche indirizzate alle persone con disabilità.

L'impatto in Italia della C sarà importante. L'Italia è un paese ibrido, vi convivono infatti almeno due legislazioni con ottiche differenti: la legge n. 118/71 esprime un modello medico di approccio alla disabilità; la legge quadro n. 104/92 adotta un modello sociale più vicino al riconoscimento dei diritti umani. La C può stimolare in Italia un rinnovamento, nella direzione di superamento di una logica assistenziale verso una progressiva inclusione, realizzando servizi per tutti, con attenzione alle differenze individuali, qualunque ne sia la causa, e una maggiore attenzione alle politiche di *mainstreaming* in tutti gli ambiti. Risulta importante promuovere una formazione curriculare sul modello di disabilità basato sui diritti umani a livello universitario e nei corsi di aggiornamento, che dovrebbero investire tutti coloro che operano a vario titolo nella progettazione, nell'offerta di servizi, a contatto con gli utenti: la C lo sottolinea a più riprese¹¹. Anche per i pediatri andrà identificato un programma di formazione.

La C impegna gli Stati a coinvolgere le associazioni di persone con disabilità e dei loro familiari nella definizione delle politiche e nei processi di monitoraggio (art. 4 comma 3¹²). Nuove sfide si profilano per il movimento di liberazione delle persone con disabilità e delle loro famiglie in Italia. Come sappiamo da anni, non è una legge che, da sola, cambia la qualità

della vita, ma l'iniziativa continua di chi si impegna a promuovere e tutelare i diritti. I processi di inclusione sociale sono efficaci ed effettivi solo con la diretta partecipazione delle persone escluse e discriminate. Questo assegna un ruolo importante alle famiglie di minori con disabilità, a cui i pediatri dovranno sempre più fare riferimento, ma nello stesso tempo contribuire a orientare sulla base dei principi della C. Sempre più infatti vanno forniti "alle persone con disabilità i servizi sanitari di cui hanno necessità proprio in ragione delle loro disabilità, compresi i servizi di diagnosi precoce e di intervento d'urgenza, e i servizi destinati a ridurre al minimo e a prevenire ulteriori disabilità, segnatamente tra i minori e gli anziani" (art. 25). ♦

Note

¹ Il termine *persone con disabilità* è quello accettato a livello internazionale. Vedi "Le buone prassi nell'uso delle parole: le parole sono pietre" in "Le idee vincenti. Esempi di buone prassi nello sviluppo della cultura imprenditoriale e dell'accoglienza", Pesaro, progetto *Equal* Albergo via dei matti numero zero [2005].

² Approvata il 13 dicembre 2006 dall'assemblea generale ed entrata in vigore il 3 maggio 2008.

³ Il primo documento delle NU sulla disabilità è del 1971.

⁴ Nell'UE a 25 Stati il 56,7% degli studenti con disabilità è segregato in una classe o in una scuola speciale (vedi la pubblicazione dell'Agenzia Europea per lo Sviluppo dell'Istruzione per Studenti Disabili "L'Integrazione dei Disabili in Europa" (2003) pubblicata con il contributo di EURYDICE, la rete di informazione sull'istruzione in Europa. Sito web: www.european-agency.org). Una ricerca europea ha censito 500.000 persone con disabilità rinchiusi in 2.500 grandi istituti nei 25 Paesi membri (www.community-living.info).

⁵ Vedi il rapporto "Human Rights & Disability" (2002), commissionato dall'*United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights* di Geneva, realizzato dai professori G. Quinn, del *Research Centre on Human Rights and Disability* dell'Università di Galway, in Irlanda, e T. Degener.

⁶ Vedi Ministero della solidarietà sociale, La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Roma, Ministero della solidarietà sociale, 2007. Testo scaricabile dal sito www.solidarietasociale.gov.it.

⁷ WHO, ICF. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva, 2001 (la traduzione italiana è: OMS, ICF. Trento, 2002). Cfr il sito web: ww3.who.int/icfictemplate.cfm.

⁸ Art. 2 (Definizioni): "per 'discriminazione fondata sulla disabilità' si intende qualsivoglia distinzione, esclusione o restrizione sulla base della disabilità che abbia lo scopo o l'effetto di pregiudicare o annullare il riconoscimento, il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo. Essa include ogni forma di discriminazione, compreso il rifiuto di un accomodamento ragionevole".

⁹ Gli stati – recita la C (art. 26) – "organizzeranno, rafforzeranno ed estenderanno servizi e programmi complessivi per l'abilitazione e la riabilitazione, in particolare nelle aree della sanità, dell'occupazione, dell'istruzione e dei servizi sociali". I servizi e programmi devono aver "inizio nelle fasi più precoci possibili" e devono basarsi "su una valutazione multidisciplinare delle necessità e dei punti di forza dell'individuo"; devono infine sostenere "la partecipazione e l'inclusione nella comunità e in tutti gli aspetti della società", essere "volontari (...) e disponibili per le persone con disabilità in luoghi i più vicini possibile alle loro comunità di appartenenza".

¹⁰ Art. 7 (Minori con disabilità) – 1. Gli Stati adottano ogni misura necessaria a garantire il pieno godimento di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali da parte dei minori con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri minori. 2. In tutte le azioni concernenti i minori con disabilità, il superiore interesse del minore costituisce la considerazione preminente. 3. Gli Stati garantiscono ai minori con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri minori, il diritto di esprimere liberamente le proprie opinioni su tutte le questioni che li riguardano e le loro opinioni sono debitamente prese in considerazione, tenendo conto della loro età e grado di maturità, assicurando che sia fornita adeguata assistenza in relazione alla disabilità e all'età, allo scopo di realizzare tale diritto.

¹¹ Art. 4 (Obblighi generali) – comma 1 punto (i) "a promuovere la formazione di professionisti e di personale che lavora con persone con disabilità sui diritti riconosciuti nella presente C, così da fornire una migliore assistenza e migliori servizi garantiti da questi stessi diritti"; art. 8 (Accrescimento della consapevolezza), comma 2 punto (d) "promuovono programmi di formazione per accrescere la consapevolezza riguardo alle persone con disabilità e ai diritti delle persone con disabilità"; art. 9 (Accessibilità), comma 2 punto (c) "fornire una formazione relativa ai problemi di accesso con cui si confrontano le persone con disabilità a tutti gli interessati"; art. 13 (Accesso alla giustizia), comma 2. "Allo scopo di aiutare a garantire l'effettivo accesso delle persone con disabilità alla giustizia, gli Stati promuovono una formazione adeguata per coloro che operano nel campo dell'amministrazione della giustizia, comprese le forze di polizia e il personale penitenziario"; art. 25 (Salute), comma 2 punto (d) "richiedere agli specialisti sanitari di prestare alle persone con disabilità cure della medesima qualità di quelle fornite agli altri, in particolare ottenendo il consenso libero e informato della persona con disabilità coinvolta, accrescendo, tra l'altro, la conoscenza dei diritti umani, della dignità, dell'autonomia, e dei bisogni delle persone con disabilità attraverso la formazione e l'adozione di regole deontologiche nel campo della sanità pubblica e privata; art. 26 (Abilitazione e riabilitazione), comma 2. "Gli Stati promuovono lo sviluppo della formazione iniziale e permanente per i professionisti e per il personale che lavora nei servizi di abilitazione e riabilitazione".

¹² Comma 3. "Nell'elaborazione e nell'attuazione della legislazione e delle politiche da adottare per attuare la presente Convenzione, così come negli altri processi decisionali relativi a questioni concernenti le persone con disabilità, gli Stati Parti operano in stretta consultazione e coinvolgono attivamente le persone con disabilità, compresi i minori con disabilità, attraverso le loro organizzazioni rappresentative".

NO COMMENT

Giulia ha scritto:

la mia bimba è cresciuta nel primo mese di vita kg 1.700 con latte di mamma a richiesta.

Ora, complice un'acne neonatale importante (che si sa è normale e sparisce da sola ma viene ovvio a tutti dare la colpa al latte!), il pediatra mi ha detto che la bimba mangia troppo e dovrebbe diminuire.

Non avevo intenzione di attuare le indicazioni, però il dubbio si è già insinuato.

Esistono pediatri che sappiano rassicurare, anziché rendere più insicuri?

Chiara risponde:

Roba da matti. Se crescono poco prescrivono l'artificiale, se crescono troppo prescrivono l'artificiale.

"Devono" crescere tutti sul 50 percentile (ma hanno studiato l'abc della statistica???)

Varrebbe la pena stampare questi due post e farne un opuscolo da distribuire a tutti i pediatri italiani: parlano da soli!!!

leri sono stata dalla pediatra con Giulia (1 anno) che ha purtroppo la tonsillite e le ho chiesto per curiosità (volevo proprio sentire la risposta) se potevo già iniziare a darle del latte vaccino perchè vorrei pian pianino smettere di allattarla perchè sono stanca. Ha preso un foglio di carta e mi ha scritto:

50 gr di acqua + latte vaccino fresco intero + nidex 1 misurino ogni 100 gr di composto (acqua + latte).

Le ho chiesto che cos'è questo "nidex" e mi ha risposto che è un integratore, perchè aggiungendo l'acqua (serve per diminuire il colesterolo contenuto eccessivamente nel latte) devo integrare la perdita di proteine!!!

Ovviamente l'ho ringraziata e sicuramente non farò così. Voi cosa ne pensate? Voi come fate?

In ali_ba_ba@yahoo.com

VUOI FARE UN REGALO INTELLIGENTE?

Per una laurea... una specializzazione...
... un fidanzamento... un matrimonio...
... e chi più ne ha più ne metta.

Perché non regalare una iscrizione alla ACP?

Soci ordinari	€ 100,00
Specializzandi	€ 10,00
Infermiere/i	€ 30,00
Non medici	€ 30,00

Versa l'importo sul c/c postale n. 12109096 intestato a:
Associazione Culturale Pediatri - via Montiferru, 6, Narbolia (OR).
Indica cognome, nome, indirizzo e l'anno a cui si riferisce l'iscrizione
che stai donando.

Invia la notifica con cognome, nome, indirizzo e qualifica professionale di
chi riceve il regalo a segreteria@acp.it specificando il motivo del regalo
(laurea, specializzazione, matrimonio ecc.).

Il nuovo iscritto riceverà la seguente lettera del nostro presidente.



Al signor _____

Caro amico,

il Dr. _____ ti ha regalato l'iscrizione all'Associazione Culturale Pediatri (ACP) in occasione di...

L'Associazione, composta di pediatri e di cultori dei problemi del mondo infantile, punta molto sulla partecipazione attiva dei suoi iscritti e sono certo che anche tu potrai dare il tuo contributo nel prossimo futuro.

Colgo l'occasione per augurarti il miglior futuro possibile nella professione e nella vita sempre... all'interno dell'ACP!

Ti ricordo che l'iscrizione all'ACP dà diritto:

- a ricevere gratuitamente la rivista bimestrale *Quaderni acp*, un giornale non solo per pediatri
- a uno sconto di 20 euro sulla quota dell'abbonamento a *Medico e Bambino*
- a uno sconto sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP.

E poi ancora,

- a ricevere la *newsletter pediatrica*, strumento di aggiornamento per il pediatra di famiglia e ospedaliero, che fa parte di una convenzione stipulata tra l'ACP e il Centro per la Salute del Bambino (CSB) di Trieste;
- a partecipare a *corsi di apprendimento a distanza*, orientati alla soluzione di problemi dell'attività quotidiana attraverso il metodo EBM (tra essi, il progetto WEBM);
- a una serie di *pacchetti formativi* su vari argomenti quali la promozione della lettura ad alta voce, l'accostamento precoce al mondo dei suoni, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione, le vaccinazioni, lo sviluppo del bambino, l'ambiente e la salute, e altre materie che riguardano il mondo materno-infantile e che non sono solo per i medici;
- a ricevere la *newsletter "FIN DA PICCOLI"* che riporta le conoscenze sulla 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 e che è indirizzata a medici, amministratori, educatori.

Ma questo non basta e per una descrizione più completa delle numerose attività dell'Associazione ti invitiamo a visionare il sito www.acp.it, in cui sono riportati e aggiornati tutti i documenti e le iniziative ACP.

Quindi, benvenuto fra noi e buona ACP!

Il Presidente

Una proposta di protocollo alla Regione Puglia dall'ACP Puglia-Basilicata e Salento

Rosario Cavallo*, Annamaria Moschetti** (Referenti gruppi ACP Puglia, Basilicata e Salento)

*Pediatra di famiglia, Salice Salentino, Lecce; **Pediatra di famiglia, Palagianello, Taranto

La rubrica Vaccinacipì propone ai lettori la sintesi del documento prodotto dall'ACP Puglia Basilicata e Salento che fornisce un esempio di interazione con le Istituzioni locali che può essere ripreso da altri gruppi. Il testo integrale è accessibile nella sezione "vaccinazioni" di www.acp.it (L.G.).

Con l'obiettivo di migliorare lo standard dei Servizi di vaccinazione, i gruppi ACP Puglia-Basilicata e del Salento propongono una stretta collaborazione con la Commissione Regionale Vaccini della Regione Puglia proponendo alcuni punti di riflessione.

1. Mancato ritorno d'informazione: un buon funzionamento del sistema deve prevedere la conoscenza aggiornata del tasso di copertura per le singole vaccinazioni, la quantificazione e specificazione degli eventi avversi; la sorveglianza epidemiologica delle malattie prevenibili con le vaccinazioni stesse.

PROPOSTA: istituzione immediata, anche per posta elettronica, di un report indirizzato a tutti gli operatori (personale degli uffici di vaccinazione, PLS, MMG, Ospedali) con le informazioni disponibili. Perfezionamento del sistema di raccolta dati ove questo sia insufficiente.

2. Formazione continua e sua costante verifica: esiste una straordinaria variabilità di comportamenti con situazioni a "pelle di leopardo" sul territorio regionale in assenza di giustificazioni tecniche, spesso con danno o disagio per il cittadino. Per fare alcuni esempi: in alcune realtà la vaccinazione è eseguita solo previa visita presso il pediatra; ci sono frequenti rinvii immotivati per malattie banali; ritardi per prematuri; rifiuto di sottoporre a vaccinazione bambini in remissione per tumore o dopo brevi terapie cortisoniche; somministrazione non contemporanea di vaccini che si possono associare; inizio tardivo dei cicli vaccinali; richiesta del test di gravidanza prima della vaccinazione antirosolia delle adulte.

PROPOSTA: formulare organicamente (con una piccola guida cartacea o elettronica) le corrette procedure vaccinali e controllare la loro puntuale applicazione anche favorendo periodici incontri a livello distrettuale tra PLS, Ospedalieri e personale degli uffici di vaccinazione.

3. Mancata revisione di consuetudini derivate da vincoli burocratici non scientificamente validati, come nella gestione dei ritardi vaccinali con inutili ripetizioni di interi cicli vaccinali con disagio e danno dell'utente.

PROPOSTA: come sopra ma, come in altre Regioni, dare esplicito consenso con dispositivo regionale ad agire secondo le raccomandazioni internazionali e non secondo la circolare ministeriale, quando inadeguata.

4. Rispetto delle priorità

Sembra in grave sofferenza il programma contro la **rosolia congenita**. Non risulta essere in atto alcuna iniziativa indirizzata alle donne in età fertile, né alcuna iniziativa di recupero delle puerpere sieronegative da parte degli ostetrici e dei punti-nascita.

PROPOSTA: l'incidenza di donne sieronegative per rosolia in età fertile (>10% secondo dati preliminari di un nostro studio che proponiamo di estendere a tutta la Regione) potrebbe forse giustificare una campagna di catch-up anche in considerazione del suo probabile futuro aumento col sopraggiungere di coorti a bassa copertura vaccinale (condizione che produce l'innalzamento dell'età media di malattia).

Altro punto di sofferenza: i **vaccinabili difficili da raggiungere** (si conosce l'indice di dispersione? C'è un profilo del bambino che non si vaccina?).

PROPOSTA: perfezionare il sistema di anagrafe vaccinale e coinvolgere maggiormente servizi sociali e organi di volontariato.

Standardizzazione della **qualità del servizio**, dalla logistica strutturale alla informatizzazione all'accoglienza del bambino insieme alla mamma (principale analgesico naturale) alla disponibilità di validi presidi rianimatori; dall'attenzione alle barriere architettoniche al coinvolgimento di tutti gli operatori con chiare linee guida alla gestione degli inviti alla verifica periodica del grado di soddisfazione degli utenti.

PROPOSTA: utilizzo di appositi questionari rivolti a operatori e utenti.

Gestione delle **politiche vaccinali:** la vaccinazione antinfluenzale fatta da MMG e PLS è incentivata economicamente ma viene effettuata senza la verifica degli standard di sicurezza e della reale sussistenza dei fattori di rischio individuati. L'ampio margine di discrezionalità lasciato ai singoli medici determina difformità di comportamento e confusione nei cittadini: alcuni promuovono largamente la vaccinazione giungendo a vaccinare più del 50% degli assistiti; altri, attenendosi alle indicazioni, vaccinano solo i soggetti a rischio. A fronte di tutto ciò non è mai stato prodotto un report sui benefici ottenuti in termini di riduzione di mortalità, morbilità, consumo di farmaci ecc.

PROPOSTA: aprire un tavolo di discussione; in assenza di evidenza di risultati positivi e di un vantaggioso costo/beneficio si propone l'abolizione dell'incentivazione economica e il passaggio alla vaccinazione dei soli soggetti a rischio effettuata dai centri vaccinali lasciando ai soggetti "non a rischio" la facoltà di vaccinarsi privatamente. Questo renderebbe omogenea e razionale la strategia vaccinale, ne centralizzerebbe controllo e gestione recuperando risorse da reinvestire in aree a maggiore priorità.

Si continua a registrare una minore attenzione all'**antitetano** (circa 100 morti/anno in Italia, quasi sempre anziani) e all'**anti MPR** passata da una copertura del 90,2% (insufficiente) al termine della campagna straordinaria, all'88,8% (del tutto deludente) dell'anno successivo.

PROPOSTA: definire insieme i criteri che regolano le scelte di politica vaccinale al fine di ottimizzare gli interventi integrando le risorse umane e professionali disponibili.

Per ultimo, ma non ultimo, avanziamo qualche perplessità nei confronti della offerta attiva e gratuita del **vaccino anti-pneumococcico**, offerta che vedremmo secondaria rispetto ai tanti interventi più necessari che abbiamo su indicato. Motiviamo qui di seguito le perplessità:

Per corrispondenza:

Rosario Cavallo

e-mail: cavallo.rosario@alice.it

5. Spunti di riflessione sulla vaccinazione antipneumococcica

Il *N Engl J Med* ha pubblicato, di recente, uno studio sugli effetti del vaccino antipneumococcico eptavalente sulle meningiti (*NEJM* 2009; 360: 244-56) che dimostra un atteggiamento metodologico corretto del mondo accademico americano: prima di introdurre la vaccinazione, ha studiato la rilevanza locale delle patologie da pneumococco; ora studia gli effetti reali del vaccino dimostrando di voler “gestire” attivamente il problema. In Italia si è agito diversamente: nessuno studio prima trascurando quelli fatti come nel caso di quello dell’ISS in Puglia e Piemonte forse perché poco “conveniente” rispetto alle attese del mercato. Nessuno studio dopo; si continua a procedere alla “cieca” così come si era partiti.

Lo studio del *NEJM* considera i casi di meningite pneumococcica riscontrati dall’1/1/1998 al 31/12/2005 in 8 Stati degli USA, per una popolazione di oltre 18 milioni di persone. I ceppi isolati sono sierotipizzati e valutati in relazione alla penicillinosensibilità. Sono stati riscontrati in tutto 1379 casi; 369 in soggetti di meno di 18 anni e 1010 in soggetti di più di 18 anni. L’incidenza di meningite dal 1998-99 al 2004-05 è calata del 30,1%: da 1,13/100.000 a 0,79/100.000. Gli unici dati disponibili per un confronto con la situazione italiana sono quelli SIMI-ISS. Dall’1/1/1998 al 31/12/2005, in Italia sono stati contati 2051 casi di meningite pneumococcica, su una popolazione di circa 58 milioni di persone; l’incidenza passa da 237 casi del 1998 (0,43/100.000) a 273 del 2005 (0,46/100.000). Anche tenendo conto di una possibile sottosegnalazione negli anni iniziali (1998-1999), non si vedono cali di incidenza. Si potrà obiettare che in Italia la introduzione del Prevenar è stata più tardiva; ma estendendo l’osservazione al 2006 e 2007, troviamo rispettivamente 249 e 303 casi, con una incidenza nel 2007 di 0,50/100.000. Si dirà che essendoci stata una introduzione “a pelle di leopardo” il dato delle Regioni che hanno introdotto il vaccino tardi e/o con limitazioni di indicazione può aver inquinato il dato delle Regioni più

pronte all’offerta universale. Restrungendo l’osservazione alle 8 Regioni che al maggio 2006 offrivano il Prevenar a tutti i nuovi nati (Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Veneto, Valle d’Aosta), si passa da 82 casi nel 1998 e 101 nel 1999 a 98 nel 2005, 106 nel 2006 e 128 nel 2007. C’è un’ultima obiezione: la nota introduttiva ai dati ISS dice che “*per Haemophilus I. e Str. pneumoniae le informazioni su altre malattie invasive diverse dalla meningite, sono raccolte a livello nazionale dal 2007*”.

Nel conteggio totale 2007 sono notificate 303 meningiti + 116 “altre” patologie (il 28% delle 419 notifiche totali), ma la distinzione non è disponibile sui dati regionali. Decurtando il totale del 28%, da 128 casi passiamo a 94 (e i dati 2007 sono ancora parziali). L’attesa riduzione continua a non vedersi e non resta che una considerazione: il peso della malattia era in Italia molto più basso rispetto agli USA e l’uso del vaccino non ha determinato una sua riduzione.

Possiamo sperare che in Italia gli effetti si producano in ritardo; ma negli USA la riduzione delle meningiti si è vista subito: il *NEJM* riporta per il 2001 (un anno dopo l’inizio della vaccinazione) il 56% di casi in meno nei bambini di meno di 2 anni e il 54% in meno nei soggetti sopra i 65 anni. Passa poi a un approfondimento più analitico, considerando l’effetto del vaccino sui diversi sierotipi di pneumococco: le meningiti sostenute da ceppi contenuti nel vaccino presentano un calo da 0,66/100.000 a 0,18/100.000 (-73%), quelle da ceppi immunologicamente correlati da 0,14 a 0,10 (-32%).

Si vede invece un aumento dei casi di meningite da 0,32/100.000 a 0,51/100.000 (+60,5%) da sierotipi non correlati. In Italia tale fenomeno (rimpiazzo) dovuto alla pressione selettiva, facile da prevedere (era stato ampiamente previsto), è stato accanitamente negato anche da autorevolissimi esperti. L’aumento di questi casi è a carico soprattutto della fascia di età sotto i 2 anni: da 7 casi si passa a 29 con un incremento del +275%!

Resistenza alla penicillina: si è visto un calo dei ceppi resistenti dal 32%

del 1998 al 19,4% del 2003; nel 2005 si è però tornati al 30,1%, sempre grazie al fenomeno del rimpiazzo. Il 100% è sempre restato sensibile alla vancomicina. Su tutta questa parte del lavoro non è possibile fare alcun paragone con l’Italia. È ripetutamente stata promessa (in modo solenne!) l’istituzione di un sistema di sorveglianza dei ceppi; promessa fatta “obtorto collo” per non perdere la faccia davanti alla comunità scientifica internazionale che ritiene la sorveglianza un elemento di assoluta necessità. Col rischio di cadere nel ridicolo la promessa è sempre stata (solennemente!) disattesa. Oggi non ci sono dati disponibili. La conclusione degli Autori del *NEJM* indica una forte evidenza di vantaggio della vaccinazione eptavalente ma con seri timori legati alla selezione di nuovi ceppi patogeni e resistenti, non tutti compresi nei vaccini 10 e 13 valente di prossima commercializzazione. Conclusione condivisibile per il territorio a cui si riferisce e in cui si sorveglia tutto: incidenza della patologia, ceppi circolanti e resistenze. In Italia non si sapeva niente prima e si continua a non sapere niente, al punto che appare lecito chiedersi se la composizione del vaccino eptavalente sia adeguata rispetto all’epidemiologia dei sierotipi circolanti in Italia. È improrogabile l’adozione di quella sorveglianza attiva sempre promessa e mai realizzata senza la quale continueremo a ignorare l’epidemiologia dei ceppi nostrani.

PROPOSTA: rivedere il calendario vaccinale della Regione Puglia alla luce delle effettive necessità epidemiologiche del territorio e del rispetto delle priorità di intervento, priorità che devono tener conto delle risorse umane, strutturali, economiche, in modo da ottenere il massimo risultato di salute pubblica attraverso la razionalizzazione degli interventi.

Conclusione

L’ACP propone alla commissione vaccinale della Regione Puglia una collaborazione attiva strutturando un rapporto gratuito di cooperazione mettendo a disposizione risorse umane e scientifiche per ottimizzare le strategie vaccinali nel contesto territoriale pugliese. ♦

Aumentano le segnalazioni di reazioni avverse: solo una su dieci dai pediatri di famiglia

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

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

Parole chiave Reazioni avverse. Oxatomide. Antitosse. Atomoxetina. Metilfenidato. ADHD (Registro)

Reazioni avverse nei bambini nel 2008

Nel corso dell'anno 2008 la Rete Nazionale di Farmacovigilanza ha raccolto 2145 segnalazioni di reazioni avverse verificatesi nei bambini corrispondenti al 19% delle segnalazioni totali. Le reazioni avverse gravi hanno rappresentato il 16% delle segnalazioni, con una frequenza maggiore negli adolescenti (20%). Nella prima infanzia le segnalazioni hanno riguardato prevalentemente i maschi, mentre a partire dai 2 anni di età le segnalazioni riguardanti il sesso femminile sono risultate più numerose.

Il 52% delle reazioni avverse riguardava patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione (dato legato alle numerose segnalazioni riguardanti i vaccini) e il 34% patologie della cute e del tessuto sottocutaneo. I farmaci per cui è stato raccolto il maggior numero di segnalazioni sono amoxicillina + acido clavulanico (101 segnalazioni) segue l'amoxicillina (67). Si tratta, comunque, dei medicinali maggiormente prescritti in età pediatrica e il numero di segnalazioni non indica perciò un segnale d'allarme sulla loro sicurezza di impiego.

Nonostante il numero totale delle segnalazioni pediatriche sia aumentato nel periodo 2007-2008 (da 1894 a 2145), la percentuale di segnalazioni provenienti dai pediatri di libera scelta è scesa dal 13% all'11%.

(Segnalazione di sospette reazioni avverse in età pediatrica nel corso del 2008. http://www.bif-online.it/newsletter/numero_5.asp)

Oxatomide ed errori posologici

Una "nota informativa importante" è stata redatta dalla Prodotti Formenti in accordo con l'Agenzia Italiana del Far-

maco per informare i medici di alcuni casi di gravi reazioni avverse cardiache (allungamento dell'intervallo QT, tachicardia) e a carico del sistema nervoso centrale (sopore, afasia, disturbi del movimento) associate a errori posologici e sovradosaggio accidentale con le formulazioni orali liquide di oxatomide (Tinset) 2,5% e 0,25%.

Per evitare ulteriori casi di errori posologici, si è provveduto a modificare il foglietto illustrativo e il riassunto delle caratteristiche del prodotto, con l'inserimento di un *black box* contenente l'avvertenza del rischio di sovradosaggio e l'inserimento di tabelle esplicative della posologia del prodotto. Infine, è stata eliminata l'indicazione pediatrica dalla formulazione in compresse.

L'Agenzia Italiana del farmaco sottolinea l'importanza dell'informazione fornita dal medico e dal farmacista nel ridurre il rischio di errori e di sovradosaggio e invita gli operatori sanitari a spiegare accuratamente ai genitori la corretta posologia da utilizzare.

(Oxatomide: rischio di sovradosaggio nei bambini. BIF XV n. 6, 2008. http://www.agenziafarmaco.it/allegati/bif6_08_oxatomide.pdf)

Anche il Regno Unito controindica i farmaci per tosse e raffreddore

Sulla scia di quanto deciso dalle agenzie regolatorie di Italia, Stati Uniti e Canada, anche la *Medicines and Healthcare products Regulatory Agency* (MHRA) inglese ha controindicato l'uso dei prodotti anti-tosse e anti-raffreddore nei bambini di età inferiore a 6 anni, in quanto i rischi di effetti indesiderati sono maggiori dei possibili benefici (per altro non documentati).

Questi medicinali manterranno, invece, l'indicazione d'uso per i bambini di più di 6 anni di età; saranno, però, consigliati solo come trattamento di seconda scelta e la confezione dovrà riportare informazioni circa le avvertenze sul rischio di effetti indesiderati. La vendita sarà, infine, limitata alle sole farmacie.

(Children's over-the-counter cough and cold medicines: New advice. <http://www.mhra.gov.uk/Safetyinformation/Safetywarningsalertsandrecalls/Safetywarningsandmessagesformedicines/CON038908>)

I bambini con ADHD in terapia con psicofarmaci sono meno di quelli previsti

A partire da giugno 2007 è stato attivato il "Registro Nazionale dell'ADHD nell'età evolutiva" per il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali e per la valutazione degli effetti avversi dei due farmaci indicati per il trattamento della sindrome, atomoxetina e metilfenidato.

In 20 mesi di attività sono stati iscritti nel registro 1090 pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione di atomoxetina (639 pazienti pari al 57% dei registrati) o metilfenidato (451; 43%). Il 40% dei pazienti risiedono in Lombardia, Veneto o Sardegna e un quarto del totale risulta in carico a solo 3 degli 86 Centri di riferimento accreditati dalle Regioni e dalle Province autonome. Solo il 30% dei pazienti ha ricevuto una terapia psicofarmacologica associata a counseling e a una terapia cognitivo-comportamentale, come previsto dal protocollo del Registro e dalle linee guida nazionali e internazionali. Interventi di counseling sono stati effettuati nel 59% dei pazienti, di parent training nel 37% e di child training nel 25%. In 35 pazienti si sono verificati eventi avversi: 8 durante terapia con metilfenidato (1,8% dei casi) e 27 durante terapia con atomoxetina (4,2% dei casi). Per 12 dei 35 pazienti le reazioni sono state giudicate gravi (1 metilfenidato e 11 atomoxetina) ed è stata necessaria la sospensione della terapia. In 3 degli 11 casi in terapia con atomoxetina la reazione avversa è stata l'ideazione suicidaria.

Il Registro si è rivelato uno strumento utile per monitorare l'uso dei farmaci per la terapia dell'ADHD. La temuta (da alcuni) "epidemia" di prescrizioni di psicofarmaci ai bambini italiani con ADHD non si è verificata. Tuttavia, l'applicazione dell'intero percorso diagnostico e terapeutico è ancora ampiamente disattesa sull'intero territorio nazionale e rimanda alla necessità di attivare adeguate risorse (umane e organizzative) a livello locale, nell'ambito dei servizi sanitari e sociali preposti alla salute per l'età evolutiva.

(Pietro Panei, Maurizio Bonati. Comunicato Stampa: Molto meno di quelli previsti i bambini con ADHD in terapia con psicofarmaci; 17 aprile 2009, <http://www.marionegri.it>)

Per corrispondenza:
Antonio Clavenna
e-mail: clavenna@marionegri.it

10 Stories the world should hear more about



A una fragile svolta: l'Afghanistan e la comunità internazionale cercano di unire le forze

Rubrica a cura di Stefania Manetti

Dopo anni di distruzioni, guerre civili e sottosviluppo l'Afghanistan sta molto lentamente riemergendo, ma considerando gli avvenimenti recenti il cammino è ancora molto lungo. La comunità internazionale deve, in questo delicato momento, duplicare gli sforzi a sostegno del governo e del popolo afgano. È infatti di questi ultimi giorni la notizia che l'attivista per i diritti delle donne, Sitara Achkzai è stata uccisa a Kandahar. Almeno 200 donne hanno protestato alzando cartelli davanti a una moschea contro la legge che vieta loro di uscire di casa senza il permesso del marito e consente lo stupro all'interno del matrimonio. Lo scorso mese il Parlamento afgano per accontentare la minoranza sciita, aveva approvato una legge che obbliga le donne ad avere rapporti sessuali con il marito e vieta loro di cercare lavoro, istruirsi o farsi visitare da un medico, senza il permesso del coniuge. Il Fondo di Sviluppo delle Nazioni Unite per le Donne ha denunciato che la legge è in contrasto con la garanzia di parità e diritti tra sessi contenuta nella stessa costituzione afgana.

La Storia

Dopo circa sette anni dalla caduta dei Talebani e l'accordo di Bonn, più di sei milioni di bambini frequentano le scuole, il dato più alto nella storia di questa Nazione. La mortalità infantile e materna è in calo e circa l'80% della Nazione è provvista di servizi sanitari di base. Gli agricoltori afgani al momento contribuiscono al rifornimento del 95% delle necessità della Nazione. La Commissione Indipendente sui Diritti Umanitari dell'Afghanistan, nata dopo l'accordo di Bonn del 2001, è ora attiva nella promozione dei diritti umani in nove province. L'impegno della comunità internazionale verso questa Nazione è sottolineato dal fatto che al febbraio 2009 sono 41 le Nazioni che continuano a sostenere l'ISAF (International Security Assistance Force) con circa 56.000 persone.

Tuttavia si registrano segni di forti tensioni. In molte parti del Paese ci sono diverse segnalazioni a supporto di uno stato di sicurezza nazionale in via di miglioramento, in altre persistono atti di terrorismo e violenza che dal 2006 al 2007 sono aumentati del 20%. Ciò ha contribuito ad aumentare l'insicurezza della popolazione e a ridurre l'accesso degli aiuti umanitari nel Paese. Membri di agenzie dell'ONU, nazionali e internazionali, hanno subito attacchi, alcuni sono stati uccisi e negli ultimi anni numerosi episodi di violenza hanno provocato un aumento di vittime tra i civili.

Le province afgane, sedi di questi atti di violenza, hanno subito attacchi ai loro sistemi scolastici, molte scuole sono state forzatamente chiuse, negando in questi territori il diritto

alla istruzione. La discriminazione e gli atti di violenze nei confronti delle donne persistono e negli ultimi due anni se ne è registrato un aumento. L'incremento della produzione di oppio e eroina fa da carburante alle sommosse e si pone come forte minaccia contro la rinascita del Paese.

Il problema fondamentale è stabilire se le risorse economiche, incanalate verso le organizzazioni umanitarie, raggiungono i destinatari. L'altro problema in discussione riguarda le capacità, dell'attuale governo, nel portare a termine gli impegni presi a livello economico e politico. Gli episodi di tensione insorti tra le varie Nazioni, sostenitrici dell'ISAF, hanno rinforzato le posizioni di forze estremiste del Paese, contrarie alla presenza di quelle forze in Afghanistan.

La sfida è complessa, l'Afghanistan si trova in un momento critico. Il problema fondamentale, secondo Jean-Marie Guéhenno membro senior delle forze di pace dell'ONU, risiede nelle istituzioni governative definite "fragili e incapaci" e nella comunità internazionale che, nonostante la generosità e l'impegno, non si è mostrata "sufficientemente unita su questioni politiche chiave". Il governo afgano e il popolo, insieme alla comunità internazionale, dovrebbero adattare i loro approcci e unificarli in una sola direzione.

Il Contesto

L'Afghanistan è la quinta Nazione meno sviluppata del mondo, con gran parte della popolazione (24.500.000 abitanti) in povertà. Le sfide umanitarie per il 2008 includono una

enorme quantità di afgani che rientrano nel loro Paese insieme a una certa quantità di IDPs (Internally Displaced Peoples), persone sfollate all'interno del Paese stesso, l'insicurezza riguardante l'approvvigionamento di cibo, la povertà, la violenza e i disastri naturali ricorrenti.

Dopo i palestinesi, gli afgani sono la seconda popolazione più grande di rifugiati e di IDPs del mondo. 5 milioni di afgani sono rientrati nel loro Paese ma ce ne sono ancora 3 milioni in Pakistan e Iran. La Nazione è preda di disastri naturali e causati dall'uomo: carestie, alluvioni, nevicate importanti, slavine ed epidemie. I continui attacchi da parte dei Talebani e altri gruppi criminali, sul personale umanitario, hanno ridotto l'accesso verso alcune zone del Paese dove invece i bisogni sono maggiori.

Nel 2007 l'Afghanistan ha prodotto 8200 tonnellate di oppio (il 34% in più rispetto al 2006) circa il 93% del mercato mondiale. Con l'eccezione della Cina del 19° secolo, che contava una popolazione 15 volte maggiore rispetto all'Afghanistan di oggi, nessun'altra nazione al mondo ha mai prodotto una tale quantità di droga. Il reddito annuale derivante da tale mercato supera i 3 bilioni di dollari USA.

Per ulteriori informazioni

Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA): Stephanie Bunker, Spokesperson and Public Information Officer. Tel: +1 917 367 5126. Send an email <http://www.un.org/events/tenstories/07/contactus.asp?address=2> ♦

Ulteriori informazioni:

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

tenstories

Libri: occasioni per una

Le esperienze degli scrittori italiani per Medici Senza Frontiere



Alessandro Baricco, Stefano Benni, Gianrico Carofiglio, Mauro Cavacich, Sandrone Dazieri, Silvia Di Natale, Paolo Giordano, Antonio Pascale, Domenico Starnone.
Disegni di Giannelli
Mondi al limite

Feltrinelli, 2008
pp. 183, euro 14

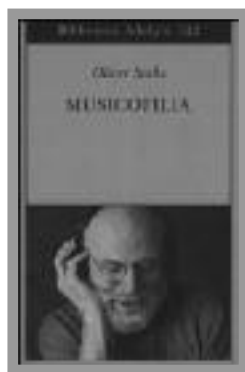
Sono nove storie di altrettanti scrittori italiani che hanno accettato l'invito di Medici Senza Frontiere (MSF) a condividere un'esperienza dell'organizzazione umanitaria per raccontarla. Konstantinos Moschochoritis, direttore generale MSF Italia, premette che la scelta dell'organizzazione è sempre stata quella di avere testimoni "che parlano sempre in prima persona, che mettono in gioco la propria sensibilità, le proprie emozioni", e non testimonial "che propongono una lezione altrui". Gli scrittori: Alessandro Baricco, Stefano Benni, Gianrico Carofiglio, Mauro Cavacich, Sandrone Dazieri, Silvia Di Natale, Paolo Giordano, Antonio Pascale, Domenico Starnone raccontano ognuno una storia e, attraverso il racconto, interventi medici in realtà al limite. Raccontano la lotta contro l'AIDS in Thailandia e Cambogia, il servizio per la salute mentale in Colombia, gli interventi chirurgici per urgenze ostetriche in Somalia dove tutte le donne subiscono l'infibulazione con conseguenze spesso catastrofiche durante i parti, gli interventi di emergenza in Pakistan, il servizio di prevenzione e cura dell'HIV/AIDS nella Repubblica Democratica del Congo, il servizio di Pronto Soccorso in una favela di Rio de Janeiro, i servizi di assistenza medica per stranieri sprovvisti di permesso di soggiorno nelle province di Napoli e Caserta. I racconti, scorrevoli, rendono partecipi di realtà drammatiche, di persone inserite in contesti sociali particolarmente difficili. Contesti sociali che non ci sono poi così estranei: Gianrico Carofiglio paragona la malavita colombiana alla mafia italiana e Antonio Pascale le regole malavitose della favela di Rio de Janeiro a quelle dei vicoli di

Napoli, infine l'ultima storia racconta un intervento di MSF in Campania: in qualche modo "i mondi al limite" sono più vicini di quello che possiamo pensare.

Laura Todesco

Marco Rapetti

Esseri umani, creature musicali



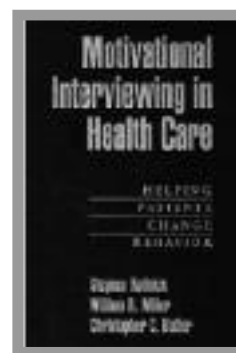
Oliver Sachs
Musicofilia

Adelphi, 2008
pp. 434, euro 23

"Una cultura superiore," scriveva Nietzsche nel 1877, "deve dare all'uomo un doppio cervello, qualcosa come due camere cerebrali, una per sentirci la scienza, un'altra per sentirci la non scienza...". Ed è proprio la scienza a confermarci sempre di più l'esistenza del "doppio cervello" intuito dal grande "musicofilosofo" tedesco: da un lato un emisfero cerebrale tendenzialmente analitico-linguistico, dall'altro un emisfero, per così dire, emozional-musicale. Ce ne parla Oliver Sachs nel suo decimo e ultimo libro, *Musicophilia, Tales of Music and the Brain* (2007), finalmente uscito in traduzione italiana (edizione Adelphi). "Noi esseri umani, come specie", ci conferma Sachs, "siamo creature musicali non meno che linguistiche. [...] Una tale inclinazione appare già nell'infanzia, è palese e fondamentale in tutte le culture e probabilmente risale agli albori della nostra specie. Questa 'musicofilia' è un dato di fatto della natura umana". Sachs non è soltanto uno dei più famosi neurologi contemporanei ma è anche psicologo, filosofo, letterato e musicista. Con la profonda leggerezza che caratterizza il suo stile, ci trasporta dunque negli oscuri meandri della mente musicale, aiutandoci a fare il quadro della ricerca attuale e ad avere una maggior consapevolezza del ruolo cruciale dell'educazione musicale, così trasandata sia nell'America di cui parla Sachs sia nell'Italia che tutti

conosciamo. Ma le implicazioni più folgoranti riguardano il ruolo della musica nel trattamento di numerose patologie psichiche e psico-fisiche.

Il colloquio motivazionale nuovo stile del medico



**Stephen Rollnick
William R. Miller
Christopher C. Butler**
Motivational interviewing in health care. Helping patients change behavior

The Guilford Press, 2008
pp. 204, \$ 34

La *motivational interviewing* (o colloquio motivazionale) è una disciplina medica comparsa all'inizio degli anni '80 del secolo scorso con lo scopo di migliorare e sostenere il cambiamento di pazienti alcolisti o con tossicodipendenze. La *motivational interviewing* non è definibile come una tecnica specifica ma piuttosto come uno stile del medico nella conduzione di una relazione clinica. La sua peculiarità è quella di considerare la relazione tra clinico e paziente paritetica, quindi di riconoscere e rispettare l'autonomia del paziente; infine comprendere le risorse e le motivazioni del paziente così come la fiducia in se stesso e le sue resistenze. Tutte queste caratteristiche sono la base fondamentale per favorire il cambiamento nella persona. La dimostrazione dell'efficacia del colloquio motivazionale è stata così importante che questo tipo di intervento si è andato diffondendo anche nel campo delle cure primarie, soprattutto per promuovere stili di vita salutistici, per contrastare i disordini dell'alimentazione come l'obesità e per favorire l'adesione alle terapie croniche. Attualmente viene proposto il suo utilizzo anche in ambito pediatrico (Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2004; 34:322). Questo breve manuale vuole facilitare la conoscenza di questo approccio clinico, indicando i principi che guidano la *motivational interviewing*,

buona lettura

fornendo esempi concreti, indicando le tecniche d'interazione come l'ascolto riflessivo, l'utilizzo di domande aperte, le basi per un comportamento empatico e così via. Non si troverà scritto il verbo "persuadere" o "convincere", assenti nel vocabolario del colloquio motivazionale, mentre si darà risalto al "pulling", cioè al tirar fuori piuttosto che "pushing", lo spingere. Una buona occasione per introdurci in una recente ma già affermata pratica clinica, come testimonia l'ampia bibliografia finale del libro dedicata agli studi clinici pubblicati sulla *motivational interviewing*.

Costantino Panza

Come aiutare un bambino che non dorme



Sara Letardi
Il mio bambino non mi dorme

Editore Bonomi 2008
pp. 232, euro 16,90

Mi ha scritto recentemente la mamma di Tommy: "Ho un bimbo di quasi quattro mesi e come la maggior parte delle neomamme ho il problema del sonno... come farlo addormentare da solo? È giusto lasciarlo piangere per due ore? Ormai è troppo tardi o troppo presto?". Questo libro di Sara Letardi sembra scritto proprio per questa mamma, per diversi motivi. Un primo motivo è senz'altro che l'autrice non è solo un'esperta studiosa della materia, ma anche una mamma che ha fatto esperienza vivendo i problemi affrontati dalla maggior parte dei genitori e che alla fine ha cercato e trovato le soluzioni che riteneva più giuste per i suoi bambini.

In questa ricerca personale è riuscita a documentarsi in modo approfondito e completo arrivando a significative riflessioni. Con questo libro la sua esperienza viene offerta ai genitori che desiderano conoscere il significato del sonno per un bambino piccolo e le importanti differenze che esistono tra il suo sonno e quello di noi adulti.

In particolare, sul problema della risposta ai richiami del bambino, e quindi su alcuni metodi che vengono da più parti proposti, Sara Letardi è molto chiara; già nella introduzione ci spiega: "Questo metodo non faceva per me, io volevo che mio figlio dormisse, non che piangesse" (e si riferisce al famoso metodo Ferber-Estivill che qui viene analizzato e contestato in maniera molto documentata). La proposta che l'autrice sviluppa è a nostro avviso acuta e convincente; essa sostiene che di fronte al problema del sonno occorre "adottare un approccio globale e integrato" e inventarsi soluzioni speciali dove "si può vincere solo se nessuno perde". Se il nostro bambino piange significa che qualcosa lo disturba, anche a lui non piace dormire male, quindi non è logico che pianga inutilmente, per farci un dispetto o per un vizio ("e se piange per vizio - osserva Sara Letardi - è per vizio di vivere"). Il problema alla fine è come riuscire ad aiutare il bambino che fatica ad addormentarsi o che presenta numerosi risvegli. Questo libro ha il grande pregio di non proporre un metodo, ma più semplicemente un programma. Quello che viene descritto nella seconda parte del libro è un programma che parte leggendo e analizzando il comportamento del bambino, del *nostro* bambino e non di un ipotetico ideale bambino. Da qui parte un percorso lento e graduale, che richiede ai genitori costanza e pazienza (come del resto dovrà avvenire lungo tutto il cammino dello sviluppo e della crescita). Potremmo allora parlare di "pedagogia del sonno", nel senso che occorre imparare a dormire ma occorre anche decidere cosa vogliamo che il sonno ci insegni. L'obiettivo è che il bambino impari a non piangere di notte? oppure che impari a contare sul nostro aiuto una volta che le sue capacità non riescono a sostenerlo? Sono numerosi gli studi di antropologia e di sociologia che dimostrano come il sonno solitario non favorisca l'indipendenza e l'autonomia, e come invece queste nascano dalla fiducia in se stessi e da una 'base sicura', inizialmente rappresentata dalla relazione positiva e rassicurante con i propri genitori. La strada indicata in questo libro, a nostro avviso, è valida ed efficace anche applicata ad altri temi della crescita e dello sviluppo; a un certo punto l'autrice sintetizza la propria esperienza di madre

Fondare biblioteche è come costruire granai pubblici, ammassare riserve contro un inverno dello spirito.

Marguerite Yourcenar

ricordandoci "che è il bambino a condurre il gioco, anche se siamo noi a indicare il percorso".

Come genitori dovremmo anche accettare con maggiore umiltà e disponibilità di considerare il punto di vista del bambino e rivivere così le emozioni della piccola Fabiana che un giorno disse ai suoi genitori: "Mi piace dormire nel lettone, così vi respiro".

Alessandro Volta

Un pediatra si racconta



Giuseppe Ponzi
Il dottore dei bambini

Filo Editore, 2009
pp. 166, euro 15

Un pediatra racconta la sua attività attraverso le storie dei bambini di cui si è preso cura. Il libro di Ponzi narra infatti cinque storie di pazienti con malattie croniche e impegnative, sia dal punto di vista clinico che psicologico. I bambini cambiano in corso di malattie e il pediatra cambia con loro. Cambia il suo approccio alla malattia, che viene influenzato dal rapporto che nasce con questi bambini. Il medico acquisisce una maggiore consapevolezza del suo ruolo presso le famiglie che vivono la malattia. Non è un ruolo che vive soltanto dell'impegno clinico, ma dell'impegno di farsene cura. L'empatia tra il medico e il paziente diventa un elemento costante del nuovo modo di avvicinarsi al bambino e alla sua famiglia, prendendo in considerazione sempre come tutti vivano la malattia, che cambia la vita di tutti tanto più in quanto cronica e impegnativa. Tutto questo ci viene raccontato da Ponzi, coinvolgendoci come pediatri e come lettori, e ci induce a esaminare quanto importante sia diventato nel nostro lavoro quotidiano un rapporto più empatico con i nostri pazienti. La descrizione del coraggio mostrato dai pazienti durante i momenti più difficili della malattia, e delle risorse che sono capaci di mettere in gioco i bambini malati e le loro famiglie, è un altro bello aspetto di questo libro.

red

La scelta dei giocattoli: alcuni consigli per la sicurezza dei bambini

Giacomo Toffol

Pediatra di famiglia. Asolo. Gruppo PUMP dell'ACP

Parole chiave Giocattolo. Inalazione. Ftalati. Piombo. Inquinamento acustico

Per i bambini ogni cosa è un giocattolo, dai tegami alle mollette del bucato. La loro fantasia e creatività permette di utilizzare, per giocare, ogni oggetto delle nostre case, dal più innocuo a quelli potenzialmente pericolosi. Quindi un primo pensiero va rivolto a quegli oggetti che, tradizionalmente, non vengono considerati giocattoli, ma che devono comunque, quando in casa c'è un bambino, essere riposti in luoghi a lui inaccessibili. Sarà bene quindi avere particolare attenzione per tutti gli oggetti taglienti, appuntiti o velenosi, che andranno custoditi in posti chiusi e irraggiungibili dai bambini.

Passando ad analizzare quegli oggetti che vengono invece costruiti con la funzione specifica di giochi, non possiamo illuderci che, essendo concepiti come tali e quindi essendo rivolti ai bambini, siano sempre assolutamente sicuri. Attraverso il gioco i bambini fanno le loro prime esperienze di vita, il gioco è un'attività importante per la loro crescita equilibrata. Per questo i giocattoli sono importanti ed è bene scegliere quelli adatti, facendo la massima attenzione negli acquisti. Dovremo sempre prestare attenzione, oltre all'età specifica del bambino, ad alcune caratteristiche che qui descriviamo brevemente. Ricordiamo innanzitutto che un bambino non userà mai il giocattolo solo per la funzione per cui è progettato. Lo trascinerà per casa, lo metterà in bocca, lo smonterà (a seconda dell'età) rendendo così a volte potenzialmente pericolosi anche degli oggetti apparentemente innocui. Sarà quindi bene sempre controllare la resistenza e la solidità degli oggetti che acquistiamo.

Nell'acquisto di un giocattolo dovremo inoltre tener presente la possibilità di quattro tipi di pericoli:

- ▶ la presenza di piccoli pezzi (anche in caso di rottura di un giocattolo) facilmente staccabili e a rischio di inalazione;
- ▶ la presenza di sostanze chimiche potenzialmente nocive per ingestione o contatto;
- ▶ l'emissione di rumori o suoni di intensità tale da causare possibili lesioni uditive;
- ▶ la presenza di componenti elettriche.

Rischio di soffocamento. Molti giocattoli sono composti da piccoli pezzi facilmente staccabili che i bambini possono mettere in bocca con il rischio di ingestione o, peggio, "inalazione". Abitualmente questi giochi portano la dicitura "non indicato per un'età inferiore ai 36 mesi", dizione che si può prestare a diverse interpretazioni, ma che deve essere intesa come un vero e proprio divieto. I giocattoli con questa indicazione, anche se apparentemente adatti proprio a tale fascia d'età NON devono essere acquistati.

Composti chimici pericolosi. Ancor oggi alcuni giocattoli possono contenere o essere trattati con sostanze pericolose. L'esempio classico è rappresentato dagli ftalati, famiglia di composti chimici usati nell'industria delle materie plastiche (per esempio il PVC) per migliorarne la flessibilità e la modellabilità. Anche se regolamentati da una normativa Europea del 2005 (Direttiva 2005/84/CE del 27 dicembre 2005) che ne limita l'uso nei giocattoli e negli articoli per l'infanzia, sono ancora presenti in percentuale pericolosa in alcuni giocattoli di importazione.

Altra sostanza tossica riscontrata anche ultimamente nelle vernici dei giocattoli è il piombo, metallo di cui sono noti da tempo gli effetti di tossicità a carico del sistema nervoso centrale. L'unica possibilità attuale per evitare questo rischio è quella di controllare l'esistenza, sull'etichetta dei giocattoli, dei requisiti che per legge dovrebbero garantire l'innocuità, soprattutto le indicazioni del produttore e l'etichetta CE, il marchio europeo da osservare con attenzione perché può essere contraffatto, per esempio tramite piccole modifiche del carattere con cui vengono scritte le lettere C ed E (esempio a fianco).

Saranno inoltre sempre da evitare giocattoli che riportino diciture tipo "da usare in presenza di adulti", "lavare le mani dopo l'uso", "non porre in contatto con gli occhi" e simili, che stanno a indicare la possibile tossicità dei prodotti.



Il rumore. Alcuni giocattoli possono emettere degli stimoli acustici di intensità troppo elevata e quindi pericolosa per i bambini. Studi clinici recenti basati sull'analisi di giocattoli comunemente acquisibili sul mercato americano ed europeo (armi giocattolo, riproduttori di dischi o musicassette, strumenti musicali, fischietti e sirene da bicicletta, imitazioni di elettrodomestici da adulti) hanno evidenziato livelli di energia sonora molto alti, variabili tra 81 e 126 dB a distanza di 2,5 cm dal gioco e tra 80 e 110 a distanza di 25 cm. Tali livelli risultano molto maggiori rispetto alla soglia di sicurezza per i rumori istantanei, sopra alla quale è elevato il rischio di avere delle lesioni uditive anche permanenti, che è pari a 90 dB.

Questi dati sono confermati anche dalle analisi provenienti da Rapex (struttura della comunità europea che monitorizza e controlla le situazioni rischiose nei prodotti non alimentari): circa il 6% delle segnalazioni relative a giocattoli è legato a una eccessiva rumorosità. Prima di acquistare giocattoli sonori dovremmo quindi accertarci del livello di rumore emesso, controllando le indicazioni del prodotto, ma anche provandolo, e confrontando l'intensità dei suoni emessi con quella di situazioni note (un livello di 90 dB corrisponde al rumore prodotto da una metropolitana o un treno in corsa).

I giocattoli elettrici. I giocattoli di questo tipo (piste elettriche, trenini, miniature di elettrodomestici quali ferri da stiro o piccoli forni...) devono avere due caratteristiche costruttive fondamentali: le parti elettriche ben isolate e meccanicamente protette, in modo da prevenire i rischi di scosse elettriche, ed essere costruiti in modo tale che nessuna parte, anche in condizioni di guasto, raggiunga temperature pericolose. Queste caratteristiche abitualmente sono garantite dalla presenza della sigla IMQ sulla confezione del gioco (esempio a fianco). ♦



Per corrispondenza:
Giacomo Toffol
e-mail: giacomo@giacomotoffol.191.it

informazioni per genitori

La vergogna dell'analfabeta in *The Reader* - A voce alta

Italo Spada

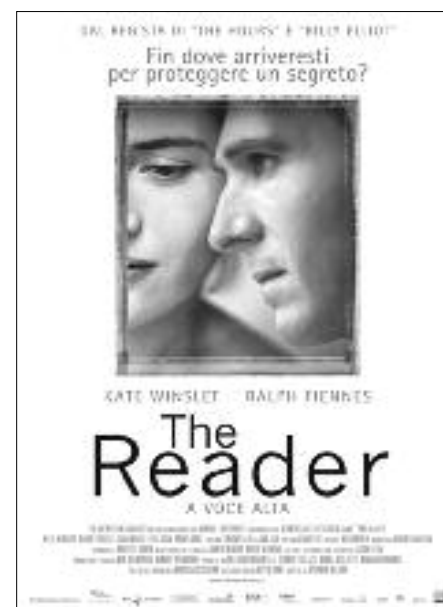
Comitato cinematografico dei ragazzi, Roma

Il film recensito in questo articolo ha un posto particolare nel cuore dei redattori di questa rivista, perché tratta dell'analfabetismo e di come possa rappresentare per un individuo la partecipazione consapevole e coerente agli atti della propria vita, e di come, se tali atti costituiscono un'onta sociale e civile, non si possa, per vergogna, farsene scudo per un riscatto sociale. E di come il riscatto dell'individuo possa invece avvenire grazie al contatto con i libri e alla lettura ad alta voce. Il progetto "Nati per Leggere", che questa rivista propugna in tutti i modi in cui una rivista può farlo, è una potente arma di promozione sociale, ma anche e soprattutto un grande dono d'amore reciproco tra chi legge e chi ascolta. (MFS)

Aver fatto parte dei kapò nei campi di sterminio e aver mandato ai forni crematori centinaia di vittime innocenti è più grave o meno grave di non saper leggere e scrivere? Evidentemente, la scala dei valori non è uguale per tutti se, nel film *The Reader* di Stephen Daldry, la protagonista Hanna, pur di non confessare pubblicamente il suo analfabetismo, sceglie di passare il resto della sua vita in carcere. Germania, primi anni Cinquanta. Il sedicenne liceale Michael Berg accusa un malore e si rifugia nell'androne di un condominio. Lo soccorre Hanna, una donna sulla trentina che lavora come bigliettaia di tram. È un incontro fatale. Quando Michael si riprende dalla scarlattina, cerca la sua soccorritrice per ringraziarla e, nonostante la differenza di età, ne resta affascinato. Inizia tra i due un rapporto di amore e sesso, in bilico tra il complesso di Edipo e la pedofilia. C'è dell'altro: Hanna ama farsi leggere a voce alta dal giovane amante interi libri, dall'*Odissea* di Omero a *La signora col cagnolino* di Cechov e a *Le avventure di Huckleberry Finn* di Twain. Ed è così che il loro rapporto diventa un insolito intrecciarsi di corpi e di capolavori letterari. Un giorno, però, l'idillio finisce bruscamente e Hanna scompare senza lasciare un solo bigliettino di spiegazione. Passano gli anni. Ritroviamo Michael

alla Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Berlino. Sta frequentando un seminario che prevede la partecipazione degli alunni in qualità di uditori a un processo contro alcune donne ex kapò ad Auschwitz, imputate della scelta dei detenuti più deboli e anziani da eliminare nei forni crematori. Tra esse, c'è anche Hanna, additata dalle altre come principale responsabile di quanto avveniva nel campo e autrice di ordini scritti. L'accusa non risponde al vero e per dimostrarne l'infondatezza basterebbe che Hanna confessasse il segreto che si porta dentro da sempre e che Michael, riandando indietro negli anni, riesce solo ora a scoprire: il suo analfabetismo. Ma la donna tace per vergogna e Michael trova giusto rispettarne la scelta. Tra i due sembra tutto finito, ma dopo diversi anni Michael riallaccia i rapporti spedendo in carcere un registratore e delle cassette sulle quali ha inciso a voce alta interi libri. È così che Hanna impara a leggere e a scrivere. Troppo tardi per acquistare la forza di ritornare nella società e per accettare che il suo amante-benefattore, ormai adulto, si prenda cura di lei. Tratto dal romanzo *A voce alta* di Bernhard Schlink, *The Reader* è qualcosa di più di una storia d'amore, o di un ennesimo film sull'Olocausto e sui turbamenti di un popolo dopo la fine della Seconda guerra mondiale. È una riflessione sull'importanza della lettura e, in tal senso, si riallaccia a *The Hours* che lo stesso regista diresse nel 2002. Anche in quel film, infatti, Stephen Daldry propose storie di persone che avevano in comune la passione per i libri. In questo *The Reader*, tuttavia, c'è una novità: a rimanere affascinata dalla lettura è una non-lettrice, una donna (una splendida Kate Winslet, premiata come migliore attrice agli Oscar 2009) che non sa leggere e che ritiene questa sua *defaillance* una colpa talmente grave da doverla tenere ostinatamente segreta. La scoperta del suo analfabetismo proietta – in Michael e nello spettatore – una luce diversa sull'intera vicenda. Hanna, che nella prima parte del film era apparsa come una virago assatanata di sesso, diventa, nella seconda parte, un'incolta che ha fame di sapere. Per un'analfabeta è angosciante vivere in una società fatta di menù, lettere, avvisi, segnali stradali. Si

rischia, come la protagonista del bel romanzo di Ruth Rendell *La morte non sa leggere* (anch'esso portato sul grande schermo due volte, da Ousama Rawi nel 1986 e da Claude Chabrol nel 1995 con il titolo *Il buio nella mente*) di diventare assassini. L'analfabeta kapò ha ucciso perché l'ignoranza l'ha resa insensibile e inconsapevole; la detenuta *istruita*, sperimentando su di sé ciò che scrisse Kafka, e cioè che *il libro diventa un'ascia per il mare ghiacciato che è dentro di noi*, prende coscienza degli errori commessi e non riesce più a sopravvivere. "Cosa hai imparato da tutto questo?", le viene chiesto un giorno in carcere. E lei: "Ho imparato a leggere". Non è una risposta superficiale per chi riflette sulle conseguenze della lettura. Leggere, infatti, significa amare e vivere. La vicenda, che incastra i tempi dell'ieri e dell'oggi, si conclude con una promessa che Michael padre fa alla figlia ormai grande, dopo averla portata al cimitero dove riposa Hanna: *Un giorno – le dice – ti racconterò. Probabilmente, dando ragione a Daniel Pennac, le racconterà che il tempo per leggere, come il tempo per amare, dilata il tempo per vivere.* ♦



The Reader - A voce alta (Der Vorleser)
Regia: Stephen Daldry
Con: Kate Winslet, Ralph Fiennes, David Kross, Lena Olin, Bruno Ganz.
USA, Germania, 2008
Durata: 123'

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



NpL: premio nazionale

Premio Nazionale "Nati per Leggere"

Il progetto "Nati per Leggere", avviato nel 1999 dall'iniziativa congiunta dell'Associazione Culturale Pediatri, del Centro per la Salute del Bambino e dell'Associazione Italiana Biblioteche, ha compiuto, nell'arco dei dieci anni di presenza in Italia, un lungo e produttivo cammino. Lo attestano i dati raccolti ed elaborati dal Coordinamento Nazionale NpL che indicano la crescita e la diffusione del Progetto su gran parte del territorio italiano e confermano la validità del mandato iniziale, la felice intuizione dell'approccio interdisciplinare e il conseguente impegno a lavorare insieme per raggiungere un obiettivo comune: quello del benessere del bambino e della sua crescita equilibrata sul piano fisico, cognitivo e relazionale. Che la lettura, e in particolare la lettura ad alta voce rivolta ai bambini fin dalla primissima infanzia all'interno delle relazioni per loro più significative, possa contribuire in modo determinante al raggiungimento di questo ambizioso obiettivo è dato ormai comprovato da estese ricerche condotte in più parti del mondo, ma tutt'altro che facile è convincere della bontà di questa "buona pratica" i genitori che ancora non vi si dedicano e in particolare quelli di bambini che proprio da questo semplice gesto quotidiano trarrebbero i maggiori vantaggi. Lavorare insieme per accrescere le competenze e la consapevolezza dei tanti necessari interlocutori (dai bibliotecari agli educatori e agli insegnanti, dai pediatri agli operatori sociali, agli editori, ai librai fino agli indispensabili finanziatori pubblici o privati del progetto) è compito complesso e delicato e dà buoni frutti solo a fronte dell'estendersi e del

consolidarsi di tutte le componenti necessarie.

I buoni, talvolta sorprendenti, risultati ottenuti in dieci anni di attività sono di buon auspicio e invitano a sottolineare la gratitudine verso tutti coloro che hanno creduto nella bontà del Progetto e hanno contribuito a farlo crescere. In questo spirito, la Regione Piemonte che ha sostenuto la diffusione di NpL sul proprio territorio fin dal 2001 si è resa promotrice dell'istituzione di un premio nazionale presentato nelle sue linee ufficiali alla XXII Fiera Internazionale del Libro di Torino (14-18 maggio 2009). Oltre che alla Regione Piemonte, l'istituzione del premio si deve al Gruppo di Coordinamento Nazionale NpL, alla città di Torino e alla Fondazione per il Libro, la Musica e la Cultura e con il patrocinio dell'IBBY Italia, un'organizzazione no-profit che promuove la comunicazione internazionale attraverso i libri per bambini, creando ovunque per l'infanzia l'opportunità di avere accesso a libri di alto livello letterario per bambini specialmente nei Paesi in via di sviluppo. Il premio si articola in cinque diverse sezioni e verrà conferito annualmente nel corso della Fiera Internazionale del libro, a partire dal 2010. I dettagli del bando di partecipazione sono pubblicati sul sito nazionale del Progetto (www.natiperleggere.it). In breve, l'articolazione del premio può essere così riassunta:

1. Premio *Nascere con i libri* (al miglior libro edito in Italia per bambini in età compresa fra 0 e 36 mesi);
2. Premio *Crescere con i libri* (al miglior libro edito in Italia per bambini in età compresa fra 3 e 6 anni);
3. Premio *Libri in cantiere* (al miglior progetto editoriale inedito in Italia e all'estero per bambini in età compresa fra 0 e 36 mesi);
4. Premio *Reti di libri* (assegnato al miglior progetto di promozione della lettura rivolto ai bambini in età compresa fra 0 e 5 anni sviluppato secondo le linee di "Nati per Leggere" e capace di coinvolgere il più ampio numero di soggetti attraverso un efficace e continuativo lavoro di rete);

Nati

5. Premio *Pasquale Causa* (assegnato al pediatra che aderendo al progetto "Nati per Leggere", promuova presso genitori e famiglie la pratica della lettura ad alta voce nel modo più efficace).

Come appare evidente, le prime tre sezioni del premio (e in particolare la I e la III) intendono valorizzare una produzione editoriale che in Italia, ma non solo, è oggetto di crescente attenzione e richiede competenze specifiche che non rientrano con altrettanta pregnanza nella produzione di libri destinati ad altre fasce di età. Alla qualità di testo e immagini si aggiungono infatti i criteri di sicurezza, di maneggevolezza, di capacità comunicativa sia rispetto al lettore-bebè cui sono indirizzati, sia rispetto all'adulto che si pone nel ruolo di mediatore. Il premio *Crescere con i libri* ripropone, in chiave nazionale l'omonimo premio promosso a partire dal 2005 dalla Città di Torino e si differenzia, nelle modalità di selezione, valutazione e premiazione dei libri (per bambini tra i 3 e i 6 anni) per la volontà di coinvolgere direttamente i bambini della scuola dell'infanzia, i loro insegnanti e i loro genitori.

Il premio *Reti di Libri*, come già sinteticamente indicato, coglie un aspetto cruciale del progetto NpL: l'invito esplicito a tradurre nella pratica operativa il proverbio africano che ha accompagnato, in Italia, la nascita dei primi progetti NpL: "Per allevare un bambino ci vuole un villaggio". Recentemente il medesimo proverbio ha fatto la sua comparsa nelle linee guida ai Servizi alla prima infanzia, stilate dall'IFLA (Federazione Internazionale Associazioni Bibliotecarie), l'organismo internazionale che rappresenta gli interessi dei servizi bibliotecari e informativi e dei loro utenti, a riprova della sua profonda saggezza e della necessità di far leva su azioni sempre più coordinate e corali per garantire la salvaguardia dei diritti dei bambini.

L'ultima sezione del premio è intitolata alla memoria di un pediatra napoletano, Pasquale Causa, prematuramente scomparso. Entusiasta e infaticabile promotore del progetto "Nati per Leggere", in contesti sociali particolarmente disagiati, Pasquale Causa ha lasciato una cospicua eredità di scritti e ricerche, materiali preziosi per quanti, oggi, intendono prose-

per Leggere

guire il suo lavoro, ma di lui, per quanti l'hanno conosciuto, rimarrà il ricordo di un medico coraggioso, fantasioso e davvero capace di leggere negli occhi dei suoi piccoli pazienti le radici profonde dei loro bisogni.

Rita Valentino Merletti

Lombardia

Dal 10 febbraio al 17 marzo 2009, in cinque biblioteche del Vimeratese (Bellusco, Busnago, Mezzago, Ornago e Vimercate), si è parlato di lettura e bambini e dell'opportunità di cominciare prestissimo, a leggere loro ad alta voce, addirittura a partire da quando il bambino è ancora nella pancia della mamma. Nelle serate previste, rivolte a genitori e operatori dell'infanzia, si sono alternate voci esperte in letteratura ed editoria per bambini su aspetti diversi ma strettamente correlati. Irina Gerosa, psicopedagogista responsabile del settore Cultura del Comune di Concorezzo, ha ricordato la straordinaria esperienza che la lettura condivisa del libro può procurare a entrambi.

Sono stati proposti e sperimentati con la voce di Fausto Galbiati della Biblioteca di Vimercate *Guarda che faccia!*, il primissimo libro che è possibile mettere in mano ai bambini già dai 6/7 mesi, *Faccia buffa*, alcuni primi libri per aiutare i bambini a riconoscersi nelle azioni quotidiane di cui anche loro hanno esperienza diretta (*Spotty e Milo e Caro papà*), due libri sull'enorme bisogno di affetto dei bambini (*Tutte le coccole del mondo e Indovina quanto bene ti voglio*), il divertentissimo *Le puzze dell'elefante* e l'altrettanto spassoso *Sono io il più forte*, il bell'albo *Io mi mangio la luna*, e infine, sul coraggio necessario ad affrontare la crescita, *Bravo piccolo orso* e *Zero baci per me*.

Rita Valentino Merletti ha sottolineato l'opportunità, suffragata da corpose evidenze scientifiche, di anticipare quanto prima la manipolazione/familiarizzazione con i libri, che devono essere presenti nelle case, oggetti usuali e facilmente disponibili alla stregua dei molti altri che circondano i bambini. Si colloca in tal senso il dono del libro entro il primo anno di vita, in atto nei cinque comuni di Bellusco, Busnago, Mezzago, Ornago e Sulbiate, attraverso la collabo-

razione dei pediatri di famiglia e in accordo con gli obiettivi di "Nati per Leggere".

"Scegliere un libro per bambini è un'operazione apparentemente semplice: che ci vuole? Una storia edificante, che insegni qualcosa, figure allegre e colorate... Semplice. Bene, direbbe Ursula Le Guin, avanti... leggetele. Salvo accorgersi che non tutti i libri funzionano, che alcuni vengono rifiutati, altri abbandonati, e si insinua la preoccupazione che il piacere della lettura, così, non si riesca a trasmettere... Vi sono libri che piacciono immediatamente, che non deludono mai, che i bimbi chiedono di ascoltare ancora e ancora... Quale prezioso segreto racchiudono?". Angela Dal Gobbo esperta di comunicazione visiva applicata all'albo illustrato per i più piccoli, ha cercato di individuarne le caratteristiche e di esplicitarle, attraverso alcuni esempi della produzione editoriale per i più piccoli: la magia di *Prosciutto e uova verdi*, l'atmosfera di attesa, sorpresa e meraviglia in... e un punto rosso, la narrazione di *Liberatemi* intrecciata in un "libro oggetto", gli schemi narrativi in cui sono chiari i protagonisti, il contesto, le azioni (*Il compleanno del signor Guglielmo; Che paura; I tre piccoli guffi*), e poi le parole e l'invito alle pause e al silenzio in *Giorno di neve* e in *Sera d'inverno*, e le composizioni poetiche della serie *Salmi per voce di bambino*.

E infine Bruno Tognolini, con un'intera serata colma di filastrocche, "tamburi potenti che vengono da lontano, da rispettare e conservare", dove "le parole si chiamano l'un l'altra e si tengono per mano".

Giovanna Malgaroli
Federica Zanetto

Palermo

Il 7 marzo 2009 si è svolto a Palermo, presso la Biblioteca dei Bambini e dei Ragazzi "le Balate", un incontro sul progetto "Nati per Leggere" promosso da "Cerchi di Vita", associazione di volontariato composta da madri che promuovono e sostengono la maternità, l'allattamento materno, la famiglia. Davanti a circa settanta attenti partecipanti, composti da genitori, operatori di asili nido, insegnanti di scuola dell'infanzia e pediatri, Monica Garraffa di "Cerchi di

Vita" ha introdotto il tema della lettura ad alta voce a partire dai 6 mesi, seguito da Giuseppe Primavera dell'ACP Trinacria che ha esposto le ragioni teoriche dell'intervento, motivandone gli effetti positivi dal punto di vista cognitivo e relazionale. Ha concluso Donatella Natoli, responsabile della Biblioteca, che ha invitato a riflettere sugli effetti negativi della deprivazione culturale e affettiva sulla psiche del bambino, sulla sua motivazione ad apprendere, sull'autostima e sulle possibili conseguenze dell'insuccesso scolastico, che quasi sempre perpetua il ciclo della povertà. La lettura ad alta voce va quindi considerata un fattore protettivo da favorire nel contesto del prendersi cura del bambino, come tale il messaggio deve arrivare soprattutto ai genitori, naturali trasmettitori di relazioni positive verso i bambini. Tra pochi giorni in Biblioteca inizierà un breve corso di formazione per aspiranti lettori, per incentivarli a leggere bene e a sviluppare strategie adeguate a bambini delle diverse fasce d'età. Palermo infatti, oltre a essere priva di biblioteche comunali di quartiere, è ancora priva di lettori volontari, che potrebbero trasmettere il piacere della lettura in asili e scuole materne, ambulatori di pediatria, ospedali. Donatella Natoli ha ricordato che la Biblioteca "le Balate" continua a lavorare da due anni nell'indifferenza dell'Amministrazione comunale, ricevendo donazioni di libri da parte di privati, come hanno fatto recentemente la Casa Editrice Sellerio e il Rotary Club. L'incontro ha riscosso molto interesse e parecchie iscrizioni al prossimo corso per lettori.

Beppe Primavera

Per l'Abruzzo

L'ACP Puglia e Basilicata a seguito del sisma in Abruzzo ha deciso, di concerto con i referenti locali ACP e NpL dell'Abruzzo, di devolvere parte delle proprie risorse per costruire delle tende-biblioteca per bambini fino a 13 anni. Le due tende-biblioteca verranno consegnate all'Assessore alla Cultura della provincia de L'Aquila e destinate alle due tendopoli dove sono dislocati i bambini. Per acquisire ulteriori informazioni potete contattare Anna Maria Moschetti, ACP Puglia e Basilicata: cetra4@alice.it.

congressi

Assistenza neonatale in Italia: luci e ombre

Il 18 settembre 2008 si è svolto a Roma un Convegno sullo stato dell'assistenza neonatale in Italia, cui hanno partecipato neonatologi, epidemiologi e politici. Agli interventi che hanno illustrato i numerosi problemi della neonatologia italiana, che pure è ai primi posti in Europa, è seguita una tavola rotonda in cui si sono confrontati esperti e politici. Le criticità più rilevanti riguardano i nati che richiedono assistenza intensiva, per peso neonatale molto basso e/o patologie maggiori o malformazioni congenite, e che rappresentano una popolazione non omogenea e con bisogni differenti, anche se molto piccola. E poi c'è la carenza di posti disponibili per i neonati a rischio in molte Regioni italiane, con conseguente necessità di trasferimenti e aumentato rischio di mortalità e gravi complicanze: nel Lazio il 37% dei nati a rischio viene trasferito per mancanza di posto, anche se nasce in centri dotati di assistenza adeguata. Costerà di più mantenere un adeguato numero di UTIN (unità di terapia intensiva neonatale) efficienti, o curare a vita le complicanze derivate dal trasporto? Se lo è chiesto M. De Curtis, neonatologo dell'Università "La Sapienza" di Roma, organizzatore del Convegno. D. Di Lallo, epidemiologo ASP Lazio ha ricordato che le UTIN italiane non sono distribuite in base al numero di nascite e questo aspetto, insieme alla disomogeneità delle loro caratteristiche qualitative, interferisce in maniera complessa con la qualità dell'assistenza. Il 14% dei centri nascita italiani ha >1500 parti l'anno e si trova soprattutto al Nord, mentre ben il 36% ha <500 parti l'anno. Secondo il POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile, 1998) il rapporto ideale UTIN/numero di parti dovrebbe essere 1/5000, ma sono molto pochi i Centri Nascita italiani con queste caratteristiche a tutt'oggi. Inoltre le Regioni che hanno il maggior numero di UTIN con elevato numero di assistiti/anno hanno anche la mortalità neonatale migliore (sono più "allenate"). Alcune proposte sono state illustrate dall'epidemiologo: tenere insieme Centro Nascita ostetrico e UTIN; istituire nuove UTIN solo dopo una rigorosa analisi costo-beneficio; prevedere sistemi di monitoraggio e di sorveglianza

per rimodellare le strutture in relazione all'evoluzione della situazione nascite. Secondo C. Fabris, presidente nazionale SIN, i problemi nell'assistenza neonatale e gli obiettivi sanitari prioritari per madre e bambino sono ben noti sin dagli anni '80: chiudere i centri nascita con meno di 500 nascite/anno; far nascere i bambini dove c'è rooming-in; organizzare una rete di Centri Nascita su base regionale o interregionale, con livelli di assistenza definiti non soltanto in base al numero di parti/anno. Sarebbe infatti ideale, potenziando le strutture già esistenti, avere nascite a rischio solo nei centri di 3° livello, quelli con >1500 parti/anno, dotati però anche di UTIN di livello assistenziale adeguato a tali neonati. Per i figli di genitori stranieri residenti in Italia (3.600.000 migranti residenti, MIGRANTES, 2008) esiste un peculiare rischio nascita, causato da una carente assistenza in gravidanza, piuttosto che da una carente assistenza neo/perinatale. Le donne extracomunitarie fanno meno controlli in gravidanza e hanno una qualità di vita spesso inadeguata. Ne sono causa: scarse informazioni sui servizi, diffidenza degli irregolari, differenze culturali, problemi previdenziali e di garanzia del posto di lavoro. Di fatto, anche se le donne extracomunitarie hanno un'età al parto di 10 anni inferiore rispetto alle italiane e partoriscono con taglio cesareo nel 35% dei casi, rispetto al 56% delle donne italiane, esse hanno anche una maggior incidenza di infezioni in gravidanza e un rischio doppio rispetto alle italiane di avere bambini di EG < 28 settimane. Questi bambini hanno anche un maggior rischio di ricovero in UTIN, un più alto rischio di patologia neonatale (es. MEN da incompatibilità Rh), di mortalità e di trasferimento. Il Decreto Sicurezza approvato dal Governo rischia di aggravare questo problema, come ha ricordato R. Lucchini, ricercatore all'Università "La Sapienza". Favorire l'assistenza in gravidanza e in epoca perinatale ai poveri e ai migranti è un modo concreto per ridurre costi sociali e sanitari.

Un problema di etica pubblica è stato sollevato da S. Semplici, eticista dell'Università di Tor Vergata: il denaro destinato alla Sanità italiana è il 7% del PIL, il più basso d'Europa e l'Italia da tempo non spende primariamente né per

la Sanità, né per la famiglia, né per l'infanzia. A fronte delle scarse risorse disponibili è difficile calibrare strutture assistenziali adeguate a questi piccoli pazienti e prevedere ricadute culturali, sociali e anche politiche, necessarie per realizzarle.

La tavola rotonda tra clinici e politici sulle possibili azioni da realizzare per migliorare l'assistenza neonatale in Italia dopo l'esposizione di criticità così rilevanti, è stata in realtà un vero "dialogo tra sordi". P. Binetti (PD) ha proposto di creare reti di competenze per affrontare problemi complessi come questo, usando i media per sollecitare la società civile. E. Baio Dossi (PD), che ha fatto stanziare 7 milioni di euro per le nuove UTIN dal precedente governo (fondi però mai erogati dal nuovo governo), ha chiesto aiuto ai neonatologi presenti perché vengano effettivamente chiusi i centri nascita con < 500 parti/anno, come approvato dal governo nel 2000. Quel provvedimento è rimasto lettera morta e, a giudicare dal rumoreggiare della sala alla proposta, tale rimarrà ancora per molto. R. Calabrò (PDL), cardiologo pediatra, ex assessore alla Sanità campana, dove ha riorganizzato le UTIN, ha avanzato proposte più concrete: afferma di credere in una politica di riorganizzazione e non di erogazione. Se i Punti Nascita sono in eccesso e le UTIN sono tutte sovra-occupate, o si riorganizzano o si chiudono: ciò presuppone un accordo forte con i sindacati e la concertazione. C. De Luca (PD), ex sottosegretario alle politiche sociali con delega per i migranti, ha sottolineato che il tema della integrazione è fondamentale, auspicando la definizione di protocolli di coordinamento tra servizi ospedalieri e servizi sociali. A tutte queste belle parole ha risposto C. Corchia, neonatologo del Bambin Gesù, richiamando l'aspetto etico della politica e sottolineando che il solidarismo è poco concreto. I deficit strutturali e di risorse umane vanno colmati con norme e azioni, avendo presenti i cardini per il miglioramento dell'assistenza neonatale e la riduzione degli esiti "sfavorevoli": agganciare la mancanza dei posti letto al volume di attività (che non è costituita solo dal numero di parti/anno), migliorare la specializzazione del personale, chiudere le UTIN a basso volume di attività e ottimizzare quelle ad alto volume.

controluce

E. Roccella ha concluso il Convegno rinnovando il suo impegno insieme a P. Binetti per un maggior numero di UTIN (ma quali??).

Laura Reali

Crescere insieme: accoglienza e integrazione dei minori stranieri in Italia

Nel 19° anniversario della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, la Commissione parlamentare per l'infanzia ha celebrato la "Giornata nazionale per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza", dedicata nel 2008 al tema dell'accoglienza e integrazione dei minori stranieri in Italia, non più Paese di immigrazione, ma di destinazione per i nuovi migranti. Una nutrita serie di interventi politici ne ha sottolineato in particolare alcuni aspetti: l'importanza della scuola e della famiglia per i minori stranieri, che debbono integrarsi, per diventare nuovi italiani (G. Fini); la necessità di ridiscutere la legge sulla cittadinanza, che riconosce lo status di cittadini ai bambini nati in Italia da genitori stranieri solo al raggiungimento della maggiore età (A.M. Serafini); la recente istituzione del Garante nazionale per l'infanzia (L. Allegrini); la legislazione italiana sull'infanzia, all'avanguardia nel mondo, comunque migliorabile, anche in base al nuovo Piano Nazionale Infanzia (PNI), punto di riferimento per tutte le politiche del settore (C. Giovanardi); il profondo divario tra Nord e Sud Italia, di cui anche le politiche per l'infanzia devono tenere conto, e il ruolo fondamentale di scuola e famiglia per la formazione e l'integrazione dei minori, accanto al diritto all'istruzione come prerequisito per l'acquisizione di una piena cittadinanza (M. Sacconi); la necessità di garantire una reale uguaglianza di opportunità e il rispetto della meritocrazia per tutti (V. Chiti); la priorità della tutela dei minori, nonostante i rischi connessi alla crisi economica attuale; l'innovatività del Decreto Legge Gelmini, che con le classi separate e il maestro prevalente, può rappresentare una risposta al problema della lingua (S. Berlusconi). L'integrazione dei minori stranieri, secondo il Governo, significa

assimilazione tout court dei nostri valori, attraverso scuola e famiglia.

Sono seguite le testimonianze degli operatori per i diritti dei minori. La Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza sono riferimenti essenziali per le politiche sull'infanzia, la concessione della cittadinanza italiana ai bambini che si stanno integrando nella nostra società e l'approvazione, con adeguata copertura finanziaria, del Piano nazionale dell'infanzia (che manca in Italia dal 2004) sono punti essenziali per V. Spadafora, presidente UNICEF Italia. L'istituzione del Garante nazionale per l'infanzia è un'ottima iniziativa, sempre che abbia gli strumenti concreti per essere efficace e che la scelta cada su una figura di alto profilo, indipendente e autonoma. C'è forte preoccupazione, espressa da UNICEF, per i tagli previsti ai fondi per la cooperazione italiana. Garantire un percorso di accoglienza lineare e sicuro ai minori migranti in Italia, attraverso il coordinamento tra i soggetti istituzionali, a vario titolo preposti a livello nazionale e locale, è prioritario anche per C. Tesauro, presidente di Save the Children Italia: il numero di posti di accoglienza deve essere commisurato alle reali esigenze del territorio, con un'appropriata procedura di pianificazione delle necessità in rapporto al numero di arrivi. Un monitoraggio effettuato da "Save the Children" nelle comunità di accoglienza della Sicilia negli ultimi mesi evidenzia che su 1117 minori stranieri non accompagnati, ospitati nelle comunità alloggio regionali, 333 sono fuggiti quasi subito dalle case-famiglia e solo per 181 di loro risulta aperta la tutela con nomina di un tutore.

Tra le principali motivazioni delle fughe (con aumentato rischio di sfruttamento e di inserimento dei minori nei circuiti illegali) sono da considerare: carente informazione legale sulle opportunità che la Legge italiana assicura ai minori migranti non accompagnati, scarso utilizzo della mediazione culturale, mancato avvio dei percorsi di tutela e del rilascio del permesso di soggiorno, condizioni inadeguate di accoglienza nelle strutture. Va previsto per questi ragazzi un maggiore impegno anche in termini di informazione, mediazione culturale e offerta concreta di prospettive di formazione e di lavoro. Non manca peraltro la preoccupazione

per i provvedimenti all'esame del Parlamento (es. Ddl. 733), che potrebbero pregiudicare i diritti del minore straniero. A. Neirotti (ANCI) ha richiesto le risorse necessarie agli enti locali per dare risposte adeguate ai bisogni di minori e famiglie. A. Zuccarello, preside della scuola "Daniele Manin" di Roma, ha infine testimoniato un concreto e felice esempio di interculturalità e di integrazione sul campo, insieme a una colorata rappresentanza di bambini delle elementari del suo Istituto, noto per la sua esperienza di integrazione scolastica e culturale dei minori immigrati e dei loro genitori.

Il ruolo dello sport, come filosofia di vita ispirata al rispetto dell'altro nella promozione dei diritti dei più piccoli, è stato ricordato da A. Rossi, campione olimpico di canoa.

Laura Reali

ERRATA CORRIGE

Nell'articolo di Maurizio Iaia "Early adiposity rebound": indicatore precoce di rischio per lo sviluppo di obesità e di complicanze metaboliche (Quaderni acp 2009;2:72-8) sono necessarie due correzioni.

1. Nella quart'ultima riga dell'abstract inglese la parola *consequence* va sostituita con *reason*.
2. Nella seconda colonna di pag. 73 (ottava riga) nella formula del BMI al denominatore va indicato "*m al quadrato*" invece di "*m*".

Ci scusiamo con l'autore e con i lettori.

Le iniziative di "Nati per la Musica"

Continuiamo in questo numero la presentazione di manifestazioni e iniziative inerenti al progetto "Nati per la Musica". I colleghi dei gruppi locali sono invitati a segnalarne altre a: redazione@quaderniacp.it.



Liguria

Il 24 gennaio 2009 si è tenuto a Genova il seminario "Crescere con la musica", realizzato grazie alla collaborazione tra il Comune di Genova e la Cooperativa Sociale Casa della Musica, nell'ambito di una serie di azioni rivolte all'infanzia in occasione del ventennale della Convenzione Internazionale sui Diritti del Fanciullo. Il programma della giornata, articolato in momenti pratici e teorici rivolti a educatori, musicisti, pediatri, genitori e bambini, ha proposto riflessioni sul senso e l'importanza dell'attività musicale nella primissima infanzia. La mattina, attraverso illustrazioni teoriche, video esemplificativi e momenti di interazione e dibattito con il pubblico, la Conferenza ha presentato lo stato della ricerca nell'ambito della primissima infanzia. Le diverse prospettive si sono riferite ai molti ambiti dello sviluppo del bambino: fisico, emozionale, psicologico e comunicazionale, in relazione al linguaggio espressivo e in particolare all'esperienza sonoro-musicale nella vita quotidiana del bambino. Sono intervenuti Beth Bolton (Temple University Philadelphia - US), Manuela Filippa (Università Valle D'Aosta), Andrea Masotti (musicista, presidente Casa della Musica) e Claudio Massola (responsabile per la Liguria del metodo "Musica in culla"). Tra le relazioni della mattinata si è tenuta la presentazione del progetto nazionale di Nati per la Musica. Nel pomeriggio i laboratori aperti alle famiglie hanno visto la partecipazione di piccolissimi raggruppati per età omogenea e loro genitori. I laboratori, visibili da tutti i partecipanti attraverso un collegamento audio-video, sono stati illustrati e commentati in tempo reale da Beth Bolton.

Cecilia Pizzorno

Puglia

Lunedì 26 gennaio si è avviato ufficialmente "Nati per la Musica" a Carmiano (Lecce) con la consegna del cd "MOZART for babies" alla prima neonata dell'anno 2009. Il Progetto si è concretizzato grazie alla sinergia fra la Biblioteca Comunale di Carmiano, il collega Lu-

ciano Merli, che è anche consigliere comunale, e la musicista Maria Luisa Petrelli. La Biblioteca, dotata di uno specifico settore dedicato a cd musicali, riconoscendo la validità del Progetto, ha deciso di concretizzarlo donando a ogni nuovo nato un cd con musiche per la prima infanzia, il depliant di NpM e una lettera di accompagnamento.

Pubblichiamo la prima lettera inviata:

«Cari genitori, vi inviamo, a nome di tutta l'Amministrazione Comunale, i migliori auguri per la nascita della piccola Irene. Cogliamo l'occasione per informarvi che numerosi studi scientifici hanno dimostrato che la musica ascoltata insieme ai genitori sin dai primi giorni di vita favorisce lo sviluppo cognitivo, predispone all'apprendimento del linguaggio musicale e armonizza il legame affettivo tra genitori e figli.

Il progetto "Nati per la Musica" (promosso dall'Associazione Culturale Pediatri, dal "Centro per la Salute del Bambino" e dalla "Società Italiana per l'Educazione Musicale") si propone di incentivare esperienze musicali ai bambini da 0 a 6 anni. La Biblioteca Comunale "Salvatore Paolo", riconoscendo la validità del Progetto, ha deciso di attuarlo. Per questo motivo troverete allegati alla presente un pieghevole con preziose informazioni su come accostare vostra figlia alla musica e il dono scelto per lei: il cd "MOZART for babies". In Biblioteca, inoltre, potrete prendere in prestito numerosi altri cd con musiche per la prima infanzia. Buon ascolto e tanti auguri».

Il Comune di Carmiano, che da oltre tre anni promuove "Nati per Leggere", è il primo Comune dell'Italia meridionale ad aver avviato anche il progetto "Nati per la Musica".

Complimenti vivissimi e un grazie da parte di tutto il Coordinamento di NpM!

SG

Veneto

Organizzato da ACP Asolo e in particolare dalle efficientissime pediatre Barbara Bologna, Paola Pasut e M. Luisa Zuccolo, in collaborazione con l'Istituto Musicale "F. Manzato", si è svolto a Treviso il

14 marzo il corso di formazione "Lo sviluppo della Musica e il bambino", rivolto a pediatri, operatori sanitari del settore materno-infantile, educatori di nidi e scuole dell'infanzia. Durante la mattinata, che ha visto la partecipazione di un pubblico numeroso e motivato, ben rappresentato dai pediatri della zona, i relatori hanno affrontato il tema da varie angolature, cogliendone gli aspetti essenziali e significativi. Giancarlo Biasini ha sottolineato l'importanza nei primi due anni di vita del bambino di interventi precoci che sfruttino le "finestre di opportunità" sia dal punto di vista relazionale che per porre le basi per apprendimenti efficaci: determinante in questa fase è l'ambiente familiare, scolastico e sociale. Il pediatra, dal canto suo, ha il compito di sensibilizzare le famiglie sull'importanza dell'approccio precoce del bambino alla musica, oltre che alla lettura. Federica Zanetto ha ricordato che non vi sono apprendimento e crescita armoniosa se non in un clima affettivamente positivo, in cui l'adulto si pone in costante posizione di ascolto nei confronti del bambino. Stefano Gorini, facendo riferimento alle recenti ricerche nell'ambito delle neuroscienze, ha quindi mostrato come lo stimolo sonoro-musicale sia di forte impulso per lo sviluppo cognitivo del bambino e come la musica sia in grado di influenzare numerose funzioni cerebrali. Parlando di neuroni specchio ha richiamato l'importanza dell'apprendimento per imitazione in età infantile. Sull'esperienza del canto nei primi anni di vita è infine intervenuta Johannella Tafuri, illustrando la ricerca da lei condotta nell'ambito del progetto *InCanto*: bambini sottoposti a stimoli musicali fin dagli ultimi mesi della vita intrauterina mostrano di sviluppare capacità di intonare molto più precocemente rispetto ai coetanei, e lo sviluppo di tale capacità avviene prima ancora che il bambino maturi l'apparato fonatorio.

Nello stesso giorno ha preso il via il laboratorio di Educazione Musicale per bambini da 0 a 3 anni "MUSICAINFASCE", condotto dal maestro Roberto Spremulli.

Maddalena Patella

Una task force per vaccinare i nomadi a 330 colpi al giorno

Caro Direttore,

il 25 febbraio scorso, un'agenzia di stampa annunciava che di lì a poco sarebbe iniziato un programma di vaccinazioni nei campi nomadi di Roma. Si parlava di una task force di volontari della Croce Rossa che avrebbe vaccinato in un'unica giornata 330 bambini entro i 15 anni di età, impiegando circa 200 persone suddivise in più turni. Il coordinamento scientifico era affidato al primario di un Ospedale romano e il coordinamento operativo ai volontari del soccorso di una zona della Città. La notizia mi ha lasciato molto perplessa. Vaccinare contro alcune malattie è indubbiamente utile, ma questa modalità da "squadre di pulizia e disinfestazione" non è condivisibile e neppure efficace. Questi modi non lo sono in generale, ma in particolare con gli zingari che sono diffidenti verso le vaccinazioni. L'informazione va data loro con calma, ascoltando i dubbi, rispettando la loro cultura e le loro idee, cercando di capire e di dire nel modo giusto. Per farlo, servono persone inserite nel contesto territoriale, come le assistenti sociali o sanitarie, gli educatori, i volontari. E tutti devono essere formati appositamente e scelti tra quelli più sensibili e intelligenti per affrontare con rispetto una cultura così diversa dalla nostra. Per interagire con loro occorrono tempo e pazienza, come con tutti e con tutto. Per esperienza personale, ricordo che a Modena ci vollero mesi di visite ai campi nomadi per incontrare i vari nuclei familiari, roulotte per roulotte, ascoltare, capire, dare risposte ai bisogni. Solo dopo riuscimmo a ottenere la loro fiducia, soprattutto per merito di un'assistente sanitaria fortemente motivata e capace che sapeva entrare in sintonia con loro. Ma ancora più importante fu il lavoro in rete con i servizi del Comune e le associazioni di volontariato che si prendevano cura degli zingari del campo, ciascuno per la sua competenza. Ci vollero mesi di lavoro assiduo, con presenze una o due volte a settimana, tutti insieme, per riuscire lentamente anche a vaccinare. Nel giro di un anno, passammo dal 20% di coperture fino a superare l'80%, ma non con le "squadre".

Oltre a tutto mi chiedo come verrà accolta questa iniziativa dagli zingari, dopo gli episodi recenti di intolleranza e vessazione nei confronti dei Rom e dei Sinti, che si sono verificati anche a Roma. Credo che sia ancora più difficile, in queste condizioni, stabilire un rapporto di fiducia e serenità. E poi che senso ha un'unica tornata di vaccinazioni, quando la maggior parte richiede la somministrazione di più dosi? Chi andrà a completare il ciclo? Chi raccoglierà l'informazione di eventuali sintomi avversi? Chi tranquillizzerà le mamme?

Trovo violento e becero un simile modo di agire, annunciato trionfalmente, in linea con lo stile pauroso di questo Governo. Sembra che non capiscano che hanno a che fare con delle persone.

Luisella Grandori

Grazie del commento, ma tieni presente che con le ronde si sa dove si comincia ma non dove si finisce.

Alla scoperta delle pre-malattie: missione redditizia

Caro Direttore,

giorni fa ho trovato nella cassetta della posta due riviste: *Quaderni acp* (gennaio-febbraio 2009) e *GdM* (Giornale del medico di famiglia) del febbraio 2009. Su *Quaderni* ho letto con interesse il forum sulla *Munchausen by doctors*, che mi ha spinto a rileggere l'articolo-provocazione di Italo Marinelli pubblicato in precedenza.

Sul secondo periodico c'è una intervista di Rosanna Feroldi al prof. Pietro Maggioni che si dimostra giustamente perplessa sulla eventualità di abbassare le soglie di sicurezza del colesterolo LDL per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, sulla base di un recente studio proveniente dagli USA. Nell'articolo si citano i valori ottimali indicati nelle linee guida (colesterolo LDL di 70 mg/dl e HDL di 40 mg/dl) rilevando nel contempo come questi valori si trovino solamente nell'1,4% della popolazione generale. La mia modesta considerazione è relativa al fatto che se questi valori "ottimali" vengono – come accade spesso nella pratica – considerati valori normali e indicati come patologici quelli che li sfiorano anche di poco, considerandoli addirittura bisognevoli di terapia con farmaci (vedi

il grande consumo di statine, di farmaci antipertensivi, ecc), allora quello che riferisce il collega Nunzio Colarocchio, riportando la frase di Aldous Uxley: "La medicina ha fatto così tanti progressi che oramai più nessuno è sano" non può certo considerarsi una semplice provocazione.

Italo Attisani

Due anni fa nel numero di gennaio-febbraio di Quaderni acp a pagina 31, il mio vecchio compagno di università Efram Marri mi chiedeva se io avessi la "Pre-ipertensione" che cominciava con 120 mm Hg di massima e con 80 di minima. Marri riportava l'abstract di un articolo (2006;354:1742-4) del NEJM (sic!) dal titolo "Pharmacotherapy for Pre-hipertension: Mission accomplished?". Aggiungeva che lui ce l'aveva la pre-ipertensione ma non era pre-occupato.

Qualche tempo dopo l'articolo sul NEJM, il New York Times (20 maggio 2006) fece qualche conto: se questo fattore di rischio dovesse essere corretto cominciando la terapia farmacologica dai valori indicati nell'articolo l'industria avrebbe guadagnato 74 milioni di dollari in più che iniziando la terapia dai valori corretti. Quindi è certo, caro Attisani, Huxley ha ragione e ha ragione Franco Panizon nell'editoriale di Medico e Bambino di marzo 2009 che è, a questo proposito veramente – come al solito – magistrale.

Individuare le pre-malattie comporta poi un costo per i Servizi Sanitari: tipico è il costo dello screening della mammella a fronte del quale molto incerti sono i benefici. Si è svolto recentemente in UK un dibattito molto teso attorno ai bugiardi impiegati per lo screening (http://screening.dk/folder_uk.pdf) ritenuti troppo ottimistici. I sostenitori della modifica ritengono che una donna deve sapere che può evitare di morire per tumore della mammella ogni 2000 screenate regolarmente per 10 anni. Ma allo stesso tempo, altre 10 donne sane possono essere senza bisogno trattate con mastectomia, quadrantectomia, radioterapia e (talora) chemioterapia. Altre 200 possono avere un falso allarme con qualche problema psicologico. Sulla base di questa discussione che ha avuto un risalto giornalistico, in Italia ignoto, attraverso il Times di Londra, l'UK Screening Programme rivedrà i depliant informativi.

Ma c'è un altro lato del problema: quando poi i farmaci servono per malattie vere può esserci qualcuno/qualcosa che li frena. Per esempio nelle recenti Raccomandazioni dell'American College of Rheumatology del 2008 sull'uso dei farmaci biologici nell'artrite reumatoide a pagina 768 si legge testualmente: "The use of an anti-TNF agent in combination with methotrexate was recommended if high disease activity was present for 3 months with features of both a poor prognosis and an absence of either barriers related to treatment cost and no insurance restrictions to accessing medical care". Come dire: vale la pena di usare subito gli anti TNF se l'attività della malattia è elevata, ma a patto che il paziente abbia una buona assicurazione sanitaria! (*Arthritis & Rheumatism* 2008; 59:762-74).

Gentile Direttore,

sono rimasto stupito nel leggere l'articolo "Esistono prove dell'efficacia dei plantari nel piede piatto", sul numero uno di *Quaderni acp* a pagina 26, soprattutto sul costo italiano veramente enorme del trattamento di una condizione "patologicamente inesistente". Se il *Nelson* nella sua 18ª edizione, pur dedicandovi un capitolo, dice che esso può interessare il 25% della popolazione, questo quasi esclude che si tratti di patologia e del resto lo stesso trattato esclude anche la necessità di una radiografia e afferma che non esistono dati circa problemi di lungo termine relativamente alla disabilità. Più o meno quanto dice il vostro articolo. Francamente pensavo si trattasse di un problema solo italiano o europeo (un mio collega francese mi dice che anche oltralpe il problema viene affrontato sia pure con grande tranquillità). La sorpresa è stata invece la presenza di letteratura (anche se come dicono gli Autori molto modesta) anche americana. Il *Nelson* si sbriga con la citazione di un lavoro di cinesi del 2001.

Renzo Isgrò

La lettera del collega Isgrò tratta dello stesso tipo di argomento di quella di Attisani e rientra nello stesso spirito del non volere mai essere sani e del costo che ciò comporta per la società. Lo scenario che abbiamo pubblicato sul numero di gennaio-febbraio scorso lo documenta con assoluta chiarezza.

FIN DA PICCOLI

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

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

Editoriale: La crisi economica: rischio e occasione	p. 2
Prevenire i disturbi del comportamento nell'infanzia e della condotta in adolescenza: è possibile	p. 3
L'allattamento al seno influisce sullo sviluppo cognitivo	p. 3
Gli interventi precoci in aree svantaggiate migliorano sia la genitorialità che il benessere dei bambini	p. 4
Attaccamento, sviluppo intellettuale e cure "matome". Una sperimentazione sull'animale	p. 5

Comitato editoriale:

Giancarlo Biasini
Francesco Ciotti
Giorgio Tamburini

Hanno collaborato a questo numero:

Giancarlo Biasini,
Francesco Ciotti,
Sergio Centi Nibali,
Patrizia Rogari.



FIN DA PICCOLI esce ogni 4 mesi.

Se si desidera riceverlo regolarmente scrivere a info@csbanlus.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 Infanzia, all'Infanzia e all'Adolescenza

Progetto grafico di Giulia Richter

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**ediatri

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

Ultime...

- [Un nuovo virus influenzale. Sarà pandemico?](#)
- [Com'è la scuola vista da un "somaro"?](#)
- [La pandemia di obesità: ma è colpa nostra?](#)
- [Allattamento al seno: rischi dalla pubblicità del latte artificiale](#)
- [Nasce un bambino? Nascono con lui due genitori](#)

martedì 19 maggio 2009



Un nuovo virus influenzale. Sarà pandemico?

Un nuovo virus influenzale (A/H1N1) nato da un triplice riassortimento aviario, suino e umano, ha causato un primo focolaio epidemico in Messico nel mese di marzo, che si è poi diffuso in buona parte del mondo. È stato chiamato in un primo tempo "virus dell'influenza suina" perché l'ipotesi più accreditata è che il riassortimento sia avvenuto nei maiali, forse favorito dagli enormi allevamenti intensivi. Ma ora il virus si trasmette tra gli esseri umani. Questa sua caratteristica, insieme alla capacità di diffondersi in diversi paesi, ha fatto salire l'allerta pandemica fino alla fase 5. La pandemia conclamata è la fase 6. Il grande numero di decessi segnalati inizialmente in Messico, è stato ridimensionato anche se la situazione epidemiologica di quel territorio rimane poco nota. Negli altri paesi il decorso della malattia è risultato più lieve, ma l'evoluzione del virus e dell'epidemia rimangono imprevedibili. Su diversi siti web istituzionali si possono trovare informazioni utili e seguire l'andamento della situazione nazionale e internazionale monitorata quotidianamente grazie alla grande velocità di comunicazione consentita dalle nuove tecnologie. È però verosimile che il numero dei casi sia fortemente sottostimato, visto che i sintomi sono aspecifici e possono essere anche molto lievi. Ciò rende difficile valutare la reale proporzione delle complicazioni e dei decessi. L'OMS ci informa che questa potrebbe essere una prima ondata a cui ne seguirà un'altra (più o meno grave della precedente) a distanza di mesi. Tanti governi - compreso il nostro - hanno annunciato la disponibilità di scorte di antivirali ai quali il virus è risultato suscettibile (Oseltamivir, Tamiflu e Zanamivir, Relenza) veicolando un messaggio indiretto di protezione certa. Ma la suscettibilità riscontrata in vitro è cosa diversa dall'efficacia clinica, non brillante neppure verso l'influenza stagionale, che andrà verificata sul campo. In maggio l'EMEA ha modificato le indicazioni per entrambi i prodotti ampliandone l'autorizzazione anche sotto l'anno di età e nelle donne gravide in base a una valutazione teorica di maggior beneficio rispetto al rischio. Anche questo andrà verificato. Sappiamo però che un uso esteso (o indiscriminato) degli antivirali potrebbe provocare resistenze, già riscontrate in altre circostanze, perciò sarà importante utilizzarli solo in situazioni selezionate. Diverse industrie farmaceutiche sono al lavoro per produrre un vaccino contro il nuovo H1N1, atteso nel giro di 5-6 mesi. L'assoluta novità del virus e il possibile utilizzo di nuove tecnologie, fanno sì che la reale efficacia e sicurezza del vaccino si potranno conoscere solo dopo l'introduzione su larga scala.

E noi cosa possiamo fare?

Fortunatamente esistono interventi di provata efficacia nel prevenire la diffusione di tutte le infezioni respiratorie, le misure igieniche e di "distanza sociale", che andranno caldamente consigliate:

Ultimo numero



Google Custom Search

Sottoscrivi il blog via mail

Argomenti e indice analitico

- [5 x 1000 \(1\)](#)
- [ACP \(1\)](#)
- [Ambiente \(4\)](#)
- [Annunci \(5\)](#)
- [Appelli \(1\)](#)
- [Appuntamenti \(6\)](#)
- [Comunicato stampa \(11\)](#)
- [Comunicazioni \(4\)](#)
- [Concorso fotografico \(3\)](#)
- [CSB \(5\)](#)
- [Diseguaglianze \(2\)](#)
- [Documenti \(2\)](#)
- [Farmaci \(3\)](#)
- [Info: notizie sulla salute \(123\)](#)
- [Inquinamento \(1\)](#)

Editoriale

- 97 La forza del gruppo
Michele Gangemi

Curriculum

- 100 Curriculum dei candidati alla Presidenza
e al consiglio direttivo dell'ACP

Programmi

- 102 Programmi dei candidati alla Presidenza dell'ACP

Ricerca

- 104 Nella mente dei padri
*Alberto Pellai, Donata Dalessandro,
Paola Baggiani, et al.*

Research letters

- 109 L'uso di uniformi infermieristiche
non convenzionali nei reparti pediatrici
Filippo Festini

Salute pubblica

- 111 Il rapporto UNICEF 2009
sulla Condizione dell'infanzia nel mondo
Laura Reali

Scenari

- 113 Mario e la sua tonsillite:
la mia attitudine è corretta?
Maria Francesca Siracusano

Il punto su

- 117 Un nuovo virus influenzale. Sarà pandemia?
Luisella Grandori

Info

- 118 OMS e crisi economica
118 Rapporto sulla salute perinatale in Europa
118 Il NICE si corregge
118 Rapporto ISPRA sui pesticidi nelle acque italiane
118 Il benessere fa crescere la spesa sanitaria
119 Mancati risparmi del SSN sui generici
119 Gradimento per il SSN
119 Facebook vietato alle madri che allattano
119 Vaccini al mercurio
119 Medici fotografi
119 Giorgio Tamburlini presidente del CSB

Osservatorio internazionale

- 120 Migliorare la Sanità Pubblica Ugandese
attraverso l'educazione
George William Pariyo

Saper fare

- 122 L'Ecografia Toracica in Pediatria:
una tecnica di indagine trascurata
*Francesco Feletti, Greta Gardelli,
Maurizio Mughetti*

Il punto su

- 126 La Convenzione sui diritti delle persone
con disabilità delle Nazioni Unite
Giampiero Griffo

Vaccinacipi

- 130 Una proposta di protocollo alla Regione Puglia
dall'ACP Puglia-Basilicata e Salento
Rosario Cavallo, Annamaria Moschetti

Farmacipi

- 132 Aumentano le segnalazioni di reazioni avverse:
solo una su dieci dai pediatri di famiglia
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

Tenstories

- 133 A una fragile svolta: l'Afghanistan e la comunità
internazionale cercano di unire le forze
Stefania Manetti (a cura di)

Libri

- 134 Mondì al limite
di Alessandro Baricco, et al.
134 Musicofilia
di Oliver Sachs
134 Motivational interviewing in health care.
Helping patients change behavior
*di Stephen Rollnick, William R. Miller,
Christopher C. Butler*
135 Il mio bambino non mi dorme
di Sara Letardi
135 Il dottore dei bambini
di Giuseppe Ponzi

Informazioni per genitori

- 136 La scelta dei giocattoli:
alcuni consigli per la sicurezza dei bambini
Giacomo Toffol

Film

- 137 La vergogna dell'analfabeta
in *The Reader - A voce alta*
Italo Spada

Nati per Leggere

- 138 NpL: premio nazionale
139 Lombardia
139 Palermo
139 Per l'Abruzzo

Congressi controllo

- 140 Assistenza neonatale in Italia: luci e ombre
141 Crescere insieme: accoglienza e integrazione
dei minori stranieri in Italia

Musical-mente

- 142 Le iniziative di "Nati per la Musica"
Federica Zanetto, Stefano Gorini (a cura di)

Lettere

- 143 Una task force per vaccinare i nomadi
a 330 colpi al giorno
Luisella Grandori
143 Alla scoperta delle pre-malattie: missione redditizia
Italo Attisani, Renzo Isgrò

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2009 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per gli infermieri e per i non sanitari. 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, dopo aver versato la quota come sopra indicato, occorre inviare una richiesta (fax 079 3027041 oppure e-mail: segreteria@acp.it) con cognome, nome, indirizzo e qualifica. Gli iscritti all'ACP hanno diritto di ricevere la rivista *Quaderni acp* e, con apposita richiesta all'indirizzo info@csbonlus.org, la Newsletter bimestrale *La sorveglianza della letteratura per il pediatra* e la Newsletter **FIN DA PICCOLI** del Centro per la Salute del Bambino. Hanno anche diritto a uno sconto sulla quota di abbonamento a *Medico e Bambino* e 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.