

La genitorialità vista e sostenuta dal pediatra di famiglia



Danielle Rollier

Pediatra di famiglia, già giudice onorario del Tribunale dei Minori di Torino

1. Perché il pediatra deve occuparsi della genitorialità?

La mission del pediatra, e in particolare quella del pediatra di famiglia, è quella di occuparsi della salute globale del bambino e quindi di accompagnare il bambino e la sua famiglia nel corso della crescita e dello sviluppo.

Lo sviluppo del bambino non è automatico. Avviene sempre e solo in seguito agli stimoli che riceve dall'ambiente, stimoli soprattutto interpersonali e sociali che provengono dal contesto nel quale cresce. Il bambino infatti fin dalla nascita è un essere relazionale: avverte il clima affettivo nel quale è immerso, è particolarmente attratto dai volti umani, è in grado di imitare le espressioni di chi gli sta di fronte in una sorta di protodialogo.

Nel neonato umano il primo periodo di sinaptogenesi, cioè di formazione dei collegamenti tra i neuroni nel cervello, avviene durante la gravidanza, ma il secondo, diversamente da tutti gli altri primati, avviene dopo la nascita, proprio quando si verifica l'incontro con l'ambiente e si realizzano i primi contatti sociali. Gli stimoli che il bambino riceve influenzano il numero, la direzione e la stabilità delle connessioni sinaptiche e favoriscono la creazione di quelle reti neuronali che sono alla base delle competenze del bambino. Dunque, le esperienze che il bambino fa e il tipo, la qualità e le modalità di relazione che sperimenta, interagendo con il suo patrimonio genetico e biologico, agiscono direttamente sullo sviluppo del suo cervello modellandolo e determinandone l'anatomia. La conoscenza della fisiologia dello sviluppo cerebrale del bambino, in partico-

lare della plasticità nei primi mesi e anni di vita, e dell'importanza delle interazioni con le figure di riferimento, rende ragione della necessità che il pediatra si occupi di genitorialità. Sono i genitori infatti quelli che offrono all'inizio della vita la maggior parte degli stimoli relazionali, emotivi, cognitivi ed educativi [1].

2. Quale genitorialità e quali bambini?

La concezione di infanzia è strettamente legata al momento storico e al contesto culturale in cui ci si colloca. Nell'evolversi delle società moderne l'individualità del singolo ha assunto un'importanza preminente. L'individuo e la sua centralità sono diventati valori distintivi della nostra società. Questo è avvenuto in tutte le espressioni delle società moderne e ha portato grandi cambiamenti in tutti i campi. Per quanto riguarda nello specifico l'infanzia, il cambiamento è stato rivoluzionario! I bambini sono apparsi prepotentemente sulla scena sociale. Prima erano considerati un momento dello sviluppo dell'uomo, oggetti di cure mirate a farli diventare adulti a immagine dell'adulto che si pensava avrebbero dovuto essere. Poi i bambini, da soggetti quasi invisibili, naturali, sono diventati individui, presenti e attivi, con una loro individualità e bisogni specifici. È evidente che questo bambino "nuovo" ha trasformato, in modo sostanziale, l'idea e il posto dell'infanzia, all'interno della famiglia e della società. Di questo cambiamento i pediatri si sono resi conto osservando il comportamento dei bambini in ambulatorio e parlando con le mamme, dal tipo di richieste che vengono

loro portate, dalle incertezze e preoccupazioni espresse [2].

Ne è conseguita una trasformazione inevitabile degli obiettivi che i genitori si pongono nell'"allevamento" del proprio figlio, attraverso un processo culturale, personale e sociale.

Figlio individuo che, proprio come soggetto, deve poter trovare un ambiente intorno a lui che gli permetta di svelare, sin dalla nascita, la propria personalità, le proprie capacità cognitive, relazionali e affettive e che permetta al suo cervello lo sviluppo massimo delle sue potenzialità.

Figlio che fin da neonato ha una sua vita affettiva, ha un suo percorso evolutivo individualizzato e contestualizzato.

Figlio non più visto come un essere immaturo a cui bisogna trasmettere regole in attesa della sua maturazione.

Figlio non più sottoposto a rigide regole di accudimento che ne sottolineano le caratteristiche di deficit e di immaturità, ma che, fiduciosi nelle sue competenze (immunitarie e di autoregolazione), viene assecondato nelle sue più o meno esplicite richieste. Dunque, per esempio, non più rigorose norme di asepsi, non più allattamento a orari rigidi, non più svezzamento con cibi "da bambino" e secondo modalità che prescindono dai desideri e dalle capacità del piccolo [3].

I genitori di oggi, però, sono subissati da messaggi spesso contraddittori, derivanti dalla coesistenza e mescolanza di modelli interpretativi ed educativi differenti, che provoca confusione e insicurezza: questi modelli finiscono per sovrapporsi e confondersi anche nella loro mente. Sotto

L'articolo, a firma di Danielle Rollier [La genitorialità vista e sostenuta dal pediatra di famiglia. *Minori e Giustizia*. 2014;3:68-83 Franco Angeli Editore], rappresenta bene il percorso sul tema genitorialità e pediatria compiuto negli anni dal gruppo ACPO, di cui Danielle Rollier è stata una delle anime fondamentali. Nel ringraziare la redazione di Quaderni ACP che ha accettato di pubblicarlo, pur se datato e già apparso sulla rivista giuridica *Minori e Giustizia* (che ne ha gentilmente concesso la ripubblicazione), vorremmo introdurlo con un brevissimo ricordo dell'autrice.

Una delle caratteristiche di Danielle in tutta la sua vita professionale e non professionale, è stata che "sapeva sempre da che parte stare": nei primi banchi del Consiglio Comunale quando si discuteva di medicina scolastica; mai in cattedra quando conduceva le riunioni di formazione con il personale dei servizi per l'infanzia; nel quartiere più popolare della città come sede del suo ambulatorio di pediatra di famiglia; accanto alla mamma al di qua della scrivania nel suo ambulatorio; accanto al lettino di ospedale del suo piccolino ricoverato; seduta al tavolo di cucina a prendere un caffè con la mamma e le nonne del piccolo febbricitante; su e giù per faticose scale per garantire a tutti i nuovi nati l'irrinunciabile prima visita a domicilio; poi, all'interno del Tribunale dei Minori, come giudice onorario dal momento in cui andò in pensione e ancora accanto a un piccino polimalformato come tutore. All'interno del nostro gruppo, ispiratrice e testimone concreto della fattibilità delle cose che andavamo ipotizzando; sempre in prima linea per rendere possibili contaminazioni con saperi diversi dal nostro; affettuosamente accanto ai giovani colleghi cui affidava i "suoi" bambini per le sostituzioni donando loro l'esempio di una professione vissuta con passione e ragionamento, ma soprattutto accanto a tutti noi come punto di riferimento per le valutazioni della sfera etica del nostro agire.

certi aspetti i genitori vedono, più di una volta, il bambino come un individuo, attenti ai suoi pensieri ed emozioni; sotto altri non sembrano molto cambiati rispetto a un tempo, possono mostrarsi iperprotettivi, talvolta iperpermissivi.

C'è comunque una grande variabilità tra genitore e genitore. E la cosa si complica ancora di più se pensiamo a quanti bambini oggi nascono da famiglie di origine straniera con culture diverse che si confrontano, a volte si permeano, a volte si urtano e confliggono.

La puericultura allora, diventa, almeno per alcuni pediatri più attenti alle trasformazioni culturali sul modo di concepire il bambino, e pur tra molte contraddizioni, una puericultura individualizzata e contestualizzata, basata sulla capacità del bambino di autoregolarsi, sull'osservazione, sull'ascolto, sull'accettazione dei suoi diritti, sul rispetto dei suoi ritmi e sul riconoscimento della genitorialità adeguata dei suoi genitori.

L'essere genitori, con questi presupposti, è un'enorme responsabilità. I genitori, nella loro relazione con il bambino, nelle modalità con cui la agiscono, nei loro comportamenti, nelle esperienze che gli permettono di fare, plasmano lo sviluppo neuro-psicologico del bambino e influiscono nel suo stare bene o stare male. Possono fare salute o al contrario possono, in modo in genere inconsapevole, danneggiare il bambino. I genitori spesso si trovano spaesati, incer-

ti, pieni di dubbi. Non hanno più punti di riferimento certi o modelli a cui riferirsi: i nonni, la tradizione, la religione, le abitudini, i cosiddetti saperi comuni, hanno perso molto del loro valore normativo.

“Devo proteggerlo o lasciargli spazio e autonomia?”

“Devo aiutarlo a svelare il suo sé, e rivalutare le sue competenze, ma come faccio allora a educarlo, a dargli dei valori? Quali e quante regole? Quale autorità?”

Il pediatra, in questo contesto può diventare un attore importante nel sostenere la costruzione di una genitorialità in trasformazione in quanto sempre più spesso gli viene richiesto aiuto da genitori in difficoltà.

Il genitore infatti si rivolge al pediatra considerato “sapere esperto” non solo rispetto a malattie e relative cure ma rispetto a tutti i bisogni del bambino. Sapere esperto, che si antepone ai saperi comuni, e vince, perché è l'espressione di un sapere legittimato dalla società e dalla cultura dominante. Spesso anche dalla scienza, per le evidenze dimostrabili. Legittimazione che talvolta diventa una sovra legittimazione. Ogni problemino è qualcosa che richiede il parere dell'esperto (“devo mettere la maglietta di lana o di cotone?!”). Non è esente da colpe, rispetto a questa deriva, la stessa pediatria che ha letteralmente espropriato la madre dalla cura del bambino, medicalizzando (“affari di dottori”) la gravidanza, il parto, la puericultura, la crescita.

Persino i ritmi di vita o la scelta dei giocattoli. Tutto è diventato atto medico.

3. Ruolo del pediatra

Ogni cambiamento nell'idea e nella rappresentazione dell'infanzia porta a un adeguamento del modello educativo. Questo riguarda tutta la società con le sue istituzioni, riguarda la scuola e gli insegnanti, gli operatori socio-sanitari e i rapporti familiari inevitabilmente intrecciati tra educazione e affetto.

E il pediatra?

Anche il pediatra, come individuo sociale e come professionista della salute, è inevitabilmente coinvolto dal cambiamento della rappresentazione dell'infanzia. Il nuovo modo di considerare l'infanzia crea sconcerto e pone nuove sfide al lavoro quotidiano del pediatra, alla sua preparazione, all'aggiornamento professionale, alla aumentata necessità di lavoro in rete con tutte le altre figure professionali che si occupano di infanzia. Il pediatra deve pertanto riflettere su sé stesso, sul suo modo di essere persona e professionista. Il suo ruolo, una volta apparentemente così chiaro, subisce trasformazioni profonde che non possono ridursi a un passivo adattamento alla realtà che cambia. Non bastano più gli strumenti della sua classica formazione professionale, ma è necessaria una cultura allargata che consenta una presa di coscienza e uno sforzo di collaborazione con gli altri individui coinvolti, in primis



Dal cibo spazzatura al cibo ultra-processato

“Siamo quello che mangiamo”: Feuerbach era ben consapevole dello stretto legame tra alimentazione e salute. Se agli albori della nostra specie il rischio poteva essere quello della denutrizione, oggi in gran parte del pianeta è presente un'epidemia di sovralimentazione che ha condotto all'enorme diffusione di malattie non trasmissibili come obesità, cardiopatie ischemiche, diabete, ictus, cancro e sindrome metabolica. Sono stati coniati diversi termini per definire i cibi pericolosi per la salute umana: *junk food*, *convenience food*, *toxic food*, *frankenstein food*, *unhealthy food*. Recentemente la ricerca si è interessata ai cibi ultra-processati (*ultra-processed food*): formulazioni di sostanze alimentari spesso modificate da processi chimici e poi assemblate, utilizzando aromi, coloranti, emulsionanti e altri prodotti additivi, in bevande e prodotti alimentari iperpalatabili pronti al consumo [1]. Un recente RCT ha rilevato che, in 20 adulti sottoposti per 4 settimane a due tipi di alimentazione, una dieta con cibi ultra-processati ha portato a un più elevato intake energetico ($p = 0,0001$) e a un aumento di peso ($p = 0,009$) a differenza della dieta con cibi non processati [2]. E sui grandi numeri? Uno studio prospettico francese, French NutriNet-Santé, ha seguito per oltre 5 anni 105.159 adulti rilevando che un incremento del 10% del consumo di cibi ultra-processati era associato a un aumento di rischio del 10% per malattie cerebro-vascolari [3]. Un altro studio prospettico ha seguito 19.899 adulti per 14 anni evidenziando un'associazione dose-risposta tra consumo di cibi ultra-processati e tutte le cause di mortalità: un più elevato consumo di cibi ultra-processati (> 4 porzioni/die), rispetto all'assunzione di < 2 porzioni/die, era indipendentemente associato a un aumento del 62% di rischio di mortalità, e ogni porzione di alimento ultra-processato in più incrementava il rischio del 18% [4]. Ambedue gli studi sono osservazionali e, anche se sono stati condotti con una rigorosa metodologia (risultati corretti per confondenti, analisi di sottogruppo, analisi di sensibilità), non permettono di trarre definitive conclusioni riguardo a una chiara relazione di causa-effetto tra cibi ultra-processati e malattie non trasmissibili. Tuttavia, con questi dati in mano, gli scienziati dovrebbero iniziare a indagare i possibili meccanismi degli alimenti industriali sul nostro corpo e i politici dovrebbero sostenere con maggiore vigore le politiche verso la disponibilità, l'accessibilità e l'economicità degli alimenti non processati.

Costantino Panza

- 1 Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr.* 2019 Apr;22(5):936-41.
- 2 Hall KD, Ayuketah A, Brychta R, et al. Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. *Cell Metab.* 2019 Jul 2;30(1):67-77.e3.
- 3 Srour B, Fezeu LK, Kesse-Guyot E, et al. Ultra-processed food intake and risk of cardiovascular disease: prospective cohort study (NutriNet-Santé). *BMJ.* 2019 May 29;365:l1451.
- 4 Rico-Campà A, Martínez-González MA, Alvarez-Alvarez I, et al. Association between consumption of ultra-processed foods and all cause mortality: SUN prospective cohort study. *BMJ.* 2019 May 29;365:l1949.

i genitori. È un cambiamento sostanziale: cambia all'interno della società il rapporto medico-paziente, e, nel caso del pediatra, cambia il rapporto tra medico e famiglia e specialmente tra medico e bambino. Bambino che, ascoltato e rispettato, può diventare un interlocutore attivo del medico, responsabile, in una certa misura, della sua salute.

È possibile? Sì, se il pediatra è disponibile a ridefinire il suo ruolo, ed è consapevole che la trasformazione nella relazione medico paziente richiede un cambiamento del "potere" che ha sempre caratterizzato questo rapporto. È vero che il medico, qualsiasi posizione tenga, paternalista/direttivo, paternalista/liberale o semplicemente *liberale*, esercita, in un modo o nell'altro, un potere e riesce quasi sempre a orientare le scelte del paziente. L'ampliamento dell'ambito di influenza del pediatra nel campo della "educazione" pone in primo piano la necessità di una riflessione sull'esercizio di questo potere, che è comunque un potere socialmente costruito, diversamente espresso a seconda del momento storico e culturale di cui si fa parte. Questo non vuol dire abdicare al ruolo tradizionale di medico che fa la diagnosi, imposta la terapia e verifica la guarigione, ma essere capaci di vedere la salute e la malattia inseriti in un contesto che abbraccia nel contempo la unicità di quel bambino, di quella famiglia, della storia che li ha formati e che li rende unici all'interno della società di cui sono espressione.

4. Scelta di campo

Siamo convinti che questa consapevolezza presuppone, a monte, una scelta.

Scelta che parte dal rendersi conto che anche il pediatra è espressione della società in cui vive. Conosce la realtà non solo attraverso le sue conoscenze scientifiche, i suoi studi e i suoi protocolli, ma anche attraverso le sue personali categorie cognitive, relazionali ed emotive. Il pediatra è cioè portatore di una sua storia, personale e familiare, di sue convinzioni e di suoi valori. Questi ovviamente condizionano il suo modo di agire. Nella quotidianità, in modo non sempre consapevole, il pediatra fa, continuamente, una serie di scelte di campo che rendono molto personale il suo modo di lavorare: sceglie, per esempio, di essere più negoziatore o più autoritario, più o meno neutrale. Propone un suo particolare modello di salute, e del suo ruolo, e un certo tipo di rappresentazione di famiglia e di bambino. Scelte valoriali che mettono insieme l'essere e il dover essere in un continuo gioco tra pediatra e paziente, che a sua volta porta le sue istanze valoriali e le sue convinzioni.

5. Pediatria di base

Dal 2005 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha costituito la Commissione sui Determinanti Sociali della salute con l'obiettivo di promuovere tutti gli interventi che portano a ridurre le disuguaglianze sociali alla base delle disuguaglianze della salute.

Il sostegno alla genitorialità è appunto fra questi. Gli interventi che sostengono le relazioni genitoriali aiutano lo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino con effetti positivi sulla sua salute e sul suo benessere. Sono tanto più efficaci quanto più sono precoci (ricordiamo il tempo di sviluppo delle sinapsi!) e hanno un ritorno economico molto più alto dell'investimento richiesto. Riducono infatti la criminalità, gli abusi, i maltrattamenti, le gravidanze delle adolescenti, l'abbandono scolastico. Questo significa risparmio, oltre che miglioramento della qualità della vita e del benessere del singolo bambino e dell'intera collettività [4].

In Italia (e solo in Italia, unico Paese al mondo) dal 1979 esiste la pediatria di famiglia. Questa, almeno nelle intenzioni, si pone come obiettivo la presa in carico globale del bambino.

La obbligatorietà del SSN (Sistema Sanitario Nazionale) e il riconoscimento che ogni bambino ha diritto all'assistenza pediatrica individuale, pongono le basi necessarie, anche se non sufficienti, al superamento delle disuguaglianze sociali, che minano il diritto alla salute sancito dalla Costituzione (art. 32).

In questo contesto l'intervento della pediatria su tutti i bambini, sin dalla gravidanza e dalla nascita, attraverso il sostegno alla genitorialità e la promozione della salute, può diventare un potente fattore di equità sociale [5].

Gli strumenti più importanti che la pediatria di base utilizza nel sostegno alla genitorialità, sono sostanzialmente interventi di promozione della salute, in particolare attraverso l'utilizzo dei Bilanci di Salute (BdS) e l'instaurazione di un rapporto che favorisca l'*empowerment* dei genitori e ne contenga la delega.

I Bilanci di Salute (BdS) sono momenti di incontro/ascolto/confronto tra genitori e il pediatra che, al di fuori di qualsiasi condizione di malattia, fanno il punto dello stato di salute attuale del bambino e si confrontano sulle strategie più efficaci per favorire il mantenimento/recupero della salute per quel bambino durante la successiva fase di crescita. Il concetto di BdS differisce sostanzialmente dal concetto di visita pediatrica finalizzata a una diagnosi di malattia. Nei BdS il ruolo richiesto ai genitori è molto più attivo e determinante; l'ascol-

to e il confronto tra genitori e pediatra sostanziale; la prescrizione di comportamenti "adeguati" molto temperata dalla costruzione condivisa di un percorso di salute personalizzato.

Al fine di non generare diseguità legate al livello socioculturale della famiglia, il SSN ha introdotto uno schema di massima di BdS nelle età più significative per intercettare eventuali deviazioni nello sviluppo del bambino e proporre anticipazioni sugli stadi successivi, in modo tale da accompagnare ogni famiglia sul suo percorso di salute. Per quanto attiene alla Regione Piemonte i BdS dovrebbero essere registrati sull'Agenda della salute del bambino in modo da documentare il percorso intrapreso e i traguardi raggiunti.

6. Nella realtà cosa succede?

Fin dal momento della sua istituzione la pediatria di base ha delineato un obiettivo socioculturale molto significativo assumendo anche la denominazione di "pediatria di famiglia", il che implica operare vedendo il bambino e contemporaneamente i suoi genitori, nella consapevolezza di come non si possa perseguire la miglior salute possibile del bambino prescindendo dal suo contesto familiare. La missione della pediatria è diventata dunque "essere insieme alla famiglia nella cura al bambino durante tutta la sua crescita". Essere insieme quindi ridimensionare il ruolo di giudice e prescrittore per diventare collaboratore dei genitori e il loro bambino.

Il pediatra, nel suo ruolo di pediatra di base, può essere un eccezionale e capillare sistema di sostegno alla genitorialità, fin dall'inizio del rapporto con la famiglia, per esempio a partire dalla rappresentazione del bambino e della mamma che propone concretamente ai genitori. Quindi può aiutare i genitori a:

- riconoscere il bambino, fin dal momento della nascita e dei primi mesi di vita, come persona con la quale entrare in un rapporto rispettoso della sua unicità e con la quale stabilire una comunicazione non stereotipata e uguale per tutti;
- riconoscere al bambino competenze fin dalla nascita, per esempio facendo vedere come da subito il neonato interagisce con i suoi genitori, scambia sguardi di relazione seguendo con lo sguardo; come il lattante è capace di autoregolare la sua fame e la sua sazietà, come è capace di esprimere i suoi bisogni all'interno di una relazione di sostegno e di amore;
- riconoscere alla mamma il ruolo di "esperto del suo bambino" con la quale è possibile confrontarsi su un piano di parità.

L'obiettivo è però nei fatti, realizzato in maniera disomogenea. La situazione contingente del SSN è tale per cui il numero di bambini in carico al singolo pediatra di famiglia è spesso talmente elevato da rendere impossibile dedicare a ogni famiglia il tempo necessario per realizzare quella collaborazione e quel sostegno che sarebbero auspicabili. Mancano ancora, nella formazione curriculare del pediatra, conoscenze etiche, sociologiche, psicologiche, antropologiche e di competenza nel *counseling* che sarebbero necessarie alla realizzazione di una pediatria che collabori con i nuovi genitori nella cura del nuovo bambino.

Il ruolo di sostenitore della genitorialità allora può correre il rischio di scivolare in quello del giudice della genitorialità adeguata attraverso l'introduzione di modelli di riferimento che, tra l'altro, possono non coincidere tra genitori e pediatri.

Il pediatra può avere aspettative superiori alla realtà circa l'adeguamento dei genitori reali al modello teorico da lui accreditato, proprio in quanto gli giunge da parte dei genitori una inconsapevole domanda di essere promossi come "buoni genitori".

In altre parole, da una parte il pediatra, legittimato dalla società e dalla scienza, ritiene di sapere come dovrebbe essere un genitore perfetto, e si inserisce inevitabilmente nei modelli di vita delle persone, mentre dall'altra i genitori, anche se portatori di altri modelli, spesso discordanti da quelli del medi-

co, richiedono e si aspettano comunque dal medico, in quanto sapere esperto, la patente di buon genitore.

Il pediatra, peraltro, come altri professionisti che si occupano d'infanzia, può trovarsi in dubbio tra l'accettare le abitudini di una famiglia anche quando è in parte disfunzionale o proteggere il bambino che, in quella famiglia, sembra correre rischi per la sua salute. Accettare comunque e tutelare l'autonomia della famiglia o proteggere la salute e i diritti del bambino? Fino a che punto può spingersi l'ingerenza dei saperi esperti nella vita della famiglia? Il pediatra, se non interviene, può correre il rischio di venir meno al suo ruolo di garante della salute del bambino?

Il problema è aperto e necessita di ulteriore riflessione.

Sempre, ma soprattutto quando la distanza tra le idee del pediatra e quelle dei genitori (per esempio rispetto alle vaccinazioni) è elevata, il pediatra dovrebbe avere la capacità di distinguere tra i messaggi che a tutt'oggi hanno solide basi scientifiche e quelli che appartengono all'area grigia, nella quale prevalgono le idee personali. Il pediatra, in questo caso, in scienza e coscienza, dovrebbe offrire le indicazioni di promozione della salute in modo dialettico, non invasivo, non prescrittivo, aperto alle situazioni e motivazioni che modificano la *compliance* della famiglia; e la famiglia, sviluppando un rapporto di fiducia con il pediatra, dovrebbe poter esporre liberamente il suo punto di vista. Quindi

entrare in punta di piedi in una famiglia, con la tranquillità e la sicurezza che richiede il ruolo di professionista della salute, ma anche con il rispetto e l'ascolto dell'altro.

Concludendo, il sapere medico-scientifico del pediatra, costruito all'interno della dimensione socioculturale in cui egli è immerso, permea le sue capacità cliniche di diagnosi e cura, ma nello stesso tempo, all'interno della relazione con la famiglia e il bambino, gli permette di calibrare e negoziare ogni volta il proprio sapere e il proprio essere, in base alla sua esperienza e alla possibilità della famiglia e/o del bambino; e gli consente, quindi, di comprendere ed elaborare la proposta di sostegno e di cura considerata ideale per lui.

Il riconoscimento reciproco delle competenze di cui ognuno è portatore non può che favorire e sostenere lo sviluppo di una genitorialità adeguata nei genitori e la soddisfazione professionale nel pediatra.

1. Lavelli M. Intersoggettività. Origini e primi sviluppi. Cortina, 2007.
2. Favretto AR, Zaltron F. Mamma non mi sento tanto bene. La salute e la malattia nei saperi e nelle pratiche infantili. Donzelli, 2013.
3. Piermarini L. Io mi svezzo da solo. Dialoghi sullo svezzamento. Bonomi, 2008.
4. Tamburlini G. Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: razionale, evidenze e buone pratiche. *Medico e Bambino* 2014;4:232-8.
5. Biasini G. Investire nei primi 1000 giorni di vita. Relazione al XXIV Convegno Nazionale ACP, Torino 13 ottobre 2012.



Ibuprofene e/o paracetamolo per la febbre? Il punto della situazione

La percentuale di pediatri che utilizza ibuprofene e paracetamolo simultaneamente o alternatamente in corso di febbre è consistente in Italia (12%), ma lo è in misura molto maggiore in Svizzera (65%), USA (50%), Turchia (91%) e Spagna (69%). Tuttavia non sembra esserci evidenza che la somministrazione combinata/alternata dei due farmaci sia superiore alla monoterapia in termini di efficacia nel ridurre il malessere considerando, soprattutto, il possibile incremento di effetti collaterali. L'associazione dei due farmaci potrebbe aumentare i rischi di tossicità renale ed epatica ed esporre il bambino all'eventualità di errori nella somministrazione (sovradosaggio) da parte dei genitori. Tutto questo, spesso, per contenere la preoccupazione di pediatri e genitori nei confronti della febbre (*fever phobia*); talora sono questi ultimi che, autonomamente, decidono per l'associazione. Il differente meccanismo d'azione dei due farmaci parrebbe fornire un razionale per il loro uso combinato; la Cochrane del 2013 [1] aveva verificato una modesta superiorità dell'associazione solo in termini di riduzione della febbre (non del malessere) e scarse evidenze riguardo al profilo di sicurezza. La maggior parte delle linee guida internazionali (Canada, Italia, Nuova Zelanda, Sudafrica) sconsiglia l'uso combinato, mentre altre (UK-NICE, Australia, USA) lo ritengono accettabile in casi selezionati di fronte a un malessere che non risponde alla monoterapia. Una metanalisi italiana [2] ha ora aggiornato lo stato dell'arte selezionando 9 RCT per un totale di oltre 2.000 pazienti tra 6 mesi e 14 anni di età trattati per febbre in regime di urgenza o ambulatoriale ospedaliero. La conclusione è che non ci sono, ancora una volta, evidenze sufficienti che giustifichino l'uso combinato/alternato dei due farmaci invece della monoterapia. L'associazione darebbe un beneficio statisticamente significativo (ma di incerto valore clinico) sul controllo della temperatura, mentre resta ancora in forse l'efficacia sul malessere, variabile adeguatamente valutata in soli due studi disponibili. Non sono stati osservati effetti avversi gravi e quelli lievi erano equamente distribuiti nelle due popolazioni.

In sintesi, a meno che il nostro obiettivo sia la riduzione della febbre a ogni costo (?), la monoterapia resta ancora la scelta più ragionevole nel trattamento del bambino febbrile. Come spesso accade, l'assenza di evidenze forti in un senso o nell'altro finisce con il lasciare spazio alle diverse sfumature interpretative delle linee guida e al giudizio clinico del singolo pediatra.

Enrico Valletta

- 1 Wong T, Stang AS, Ganshorn H, et al. Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 30;(10):CD009572.
- 2 Trippella G, Ciarcia M, de Martino M, Chiappini E. Prescribing Controversies: An Updated Review and Meta-Analysis on Combined/Alternating Use of Ibuprofen and Paracetamol in Febrile Children. *Front Pediatr*. 2019 Jun 5;7:217.