



MATTIOLI 1885

ANNO II - NUMERO 4/2007 ISSN 1970-8165

# PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

4/2007



**LATTE ARTIFICIALE NEI PRIMI GIORNI DI VITA**

**DAL PEDIATRA ALL'INTERNISTA**

**IMPEDENZIOMETRIA INTRALUMINALE MULTICANALE**

**OLTRE LA PET-THERAPY**



# PEDIATRIA <sup>4/2007</sup> PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

## SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

### PRESIDENTE

Giuseppe Di Mauro

### PAST PRESIDENT

Giuseppe Chiumello

### VICE PRESIDENTI

Sergio Bernasconi  
Teresa De Toni

### CONSIGLIERI

Giuseppe Banderali  
Giacomo Biasucci  
Mirella Strambi  
Giovanna Weber

### SEGRETARIO

Paola Sgaramella

### TESORIERE

Nico Sciolla

### REVISORI DEI CONTI

Lorenzo Mariniello  
Leo Venturelli

## PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ

### DIRETTORE RESPONSABILE

Guido Brusoni

### DIRETTORE

Giuseppe Di Mauro

### COMITATO EDITORIALE

Giuseppe Di Mauro  
Giuseppe Chiumello  
Sergio Bernasconi  
Teresa De Toni  
Giuseppe Banderali  
Giacomo Biasucci  
Mirella Strambi  
Giovanna Weber  
Paola Sgaramella  
Nico Sciolla  
Lorenzo Mariniello  
Leo Venturelli

Registrazione Tribunale di Parma - N. 7/2005  
Finito di stampare Dicembre 2007

## EDITORIALE

- 3 *G. Di Mauro*  
Da Torino a Caserta

## APPROFONDIMENTI

- 4 *G. Collacciani*  
Conseguenze della somministrazione e/o prescrizione di latte artificiale nei primi giorni di vita sul proseguimento dell'allattamento al seno fino al sesto mese
- 7 *S. Bernasconi, G. Cremonini, L. Melandri, C. Volta*  
Dal pediatra all'internista: una fase di transizione da organizzare
- 13 *A.M. Magistà, D. Intini, F. Nicastro, C. De Ruvo, C. Fontana, G. De Caro, C. Cucco, N. Bucci, R. Francavilla*  
Una nuova frontiera nella diagnosi del reflusso gastroesofageo del bambino: l'Impedenziometria Intraluminale Multicanale
- 18 *E. Napoleone*  
Regolamento europeo. Sperimentazione dei farmaci per uso pediatrico
- 24 *B. Zaniboni, F. Novi*  
La Clown terapia. Un'esperienza in ospedale per vivere in positivo
- 26 *T. Di Giampietro*  
Fitoterapia: conosciamola meglio
- 29 *C. Buongiovanni, M. Sticco, O. D'Amico, A. Franzese*  
Prevenire l'obesità dei bambini: il ruolo del pediatra di base. Seconda parte
- 33 *A. Milazzo*  
Oltre la pet-therapy: quando un animale ... fa la differenza
- 39 *G. D'Onofrio, G. Di Mauro, L. Mariniello*  
Strategie ed azioni per migliorare la qualità delle cure: curare meglio con meno

## RUBRICHE

- LETTO PER VOI**
- 43 *S. Bernasconi*  
Infezioni e farmacoterapia pediatrica
- 45 *L. Venturelli*  
Il pediatra e la famiglia. Il counselling sistemico in pediatria



MATTIOLI 1885

SpA - Via Coduro 1/b  
Fidenza (PR)  
Tel. 0524 84547  
Fax 0524 84751

edit@mattioli1885.com  
www.mattioli1885.com

### EDITING

Valeria Ceci  
Natalie Cerioli  
Cecilia Mutti  
Anna Scotti

### MARKETING E PUBBLICITÀ

Massimo Radaelli  
Direttore Marketing e Sviluppo  
Luca Ranzato  
Marketing Manager  
Simone Agnello  
ECM - Formazione Continua  
Martine Brusini  
Segreteria Marketing

---

# DA TORINO A CASERTA

---

G. Di Mauro

*Presidente Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale*

---

Si è da poco concluso positivamente il Congresso Nazionale di Torino, dove hanno avuto ampia eco le tematiche relative alla prevenzione e alle problematiche sociali, e già è in cantiere il prossimo XX Congresso Nazionale che nel 2008 si terrà a Caserta dal 30 maggio al 2 giugno.

L'esperienza di Torino è stata estremamente interessante sia per gli argomenti clinici affrontati, dai disturbi respiratori all'endocrinologia, dalla nutrizione all'allergologia, per citarne solo alcuni, sia per l'ampio spazio dedicato alle complesse problematiche che emergono nell'universo che circonda il bambino. Sono stati affrontati i temi relativi alle vaccinazioni vecchie e nuove, agli screening nel primo anno di vita, all'alimentazione come prevenzione e alla nuova realtà sociale in cui il bambino si trova, in particolare la famiglia attuale, così diversa e più "difficile" rispetto a quella patriarcale di alcuni decenni fa.

Il Congresso di Caserta rappresenterà la continuazione naturale del discorso iniziato, soprattutto sulla famiglia e la prevenzione.

La SIPPS infatti, non solo a Caserta, ma anche nelle altre iniziative che saranno attuate nel corso dell'anno, vuole impegnarsi sempre di più sui temi del sociale, della prevenzione, della comunicazione e dell'ambien-

te, come è scritto nel suo DNA. Vuole essere, in modo dinamico, attenta all'evoluzione continua del contesto di vita del bambino per coglierne gli aspetti critici e potenziare quelli positivi.

Sarà dato uno spazio particolare all'ascolto della famiglia per evidenziarne i bisogni e le aspettative, per costruire insieme, nel modo migliore, un percorso di comunicazione rispondente alle necessità vere e percepite.

Tutto ciò richiederà un grande lavoro e un grande impegno ma, assieme al Direttivo, abbiamo deciso di affrontare queste sfide, nella convinzione che al pediatra non debba interessare professionalmente solo la patologia del bambino o la prevenzione tout court, ma anche tutto ciò che sta attorno a lui, che lo condiziona, che contribuisce o meno alla sua crescita e alla formazione della sua personalità.

Sono argomenti che solo superficialmente sembrano non coinvolgere il nostro lavoro quotidiano, ma più li approfondiamo, più ci rendiamo conto che nella presa in carico globale del bambino hanno un peso rilevante e determinante, soprattutto rispetto alle nuove tendenze della società e alla buona qualità della vita per lui. Quella attuale e quella futura, una volta diventato adulto.

---

# Conseguenze della somministrazione e/o prescrizione di *latte artificiale* nei primi giorni di vita sul proseguimento dell'allattamento al seno fino al sesto mese

---

Giuseppe Collacciani

*Pediatra di Famiglia*

*Consigliere SIPPS Abruzzo*

---

## Introduzione

Per favorire e incentivare l'allattamento al seno è stata condotta una ricerca nella Regione Abruzzo tendente ad individuare i fattori che favoriscono o inibiscono tale pratica. In particolare si è cercato di evidenziare le conseguenze della somministrazione prescrizione di latte artificiale alla dimissione.

## Riassunto

Il dr G. Monaco, responsabile del servizio epidemiologico ASL 11 Lombardia ha selezionato con metodologia random 30 Pediatri di famiglia nella Regione Abruzzo su un totale di 190 in modo tale che fossero un campione rappresentativo della realtà di questa regione ed i dati espressione della situazione regionale.

I pediatri hanno intervistato le mamme durante il 1° mese di vita. Era previsto un numero minimo di bambini di 280 su un totale di nascite previste di 10.274.

Sono stati reclutati 318 bambini. Una seconda intervista è stata effettuata alle madri degli stessi bambini sei mesi dopo.

Abbiamo ricercato i comportamenti

che influenzano in senso positivo o negativo l'allattamento al seno.

## Obiettivi

Con questa ricerca si è cercato di evidenziare le procedure che potessero influenzare in maniera positiva o negativa l'allattamento al seno e il suo proseguimento. Si è cercato in primo luogo di vedere cosa accade quando nel luogo di nascita viene effettuata la somministrazione e/o la prescrizione (s./p.) di latte artificiale (L.A.) e se ci sono differenze tra strutture pubbliche e non pubbliche. Si è analizzato se la s./p. di L.A. aumenta la quantità di consigli divergenti che le donne ricevono riguardo all'allattamento al seno. Si è valutato quale ruolo gioca il pediatra di famiglia in questo contesto. Si è verificato se i bambini allattati artificialmente hanno maggior numero di ricoveri rispetto a quelli allattati al seno.

1) Stabilire se una politica di s./p. di L.A. sia dannosa per l'allattamento al seno.

2) Identificare se una politica di s./p. di L.A. aumenti l'incidenza di problemi connessi con l'allattamento al seno e/o riduce la durata dell'allattamento al seno.

3) Identificare se una politica di s./p. di L.A. dopo la nascita aumenta la quantità di consigli divergenti che le donne ricevono riguardo all'allattamento al seno.

4) Identificare se una politica di s./p. di L.A. dopo la nascita aumenta i costi di assistenza post-natale, compresi i costi di allattamento artificiale.

5) Identificare se una politica di p. di L.A. dopo la nascita aumenta la quantità di consigli divergenti che le donne ricevono riguardo all'allattamento al seno.

6) Identificare se una politica di s./p. di L.A. dopo la nascita aumenta i costi di assistenza post-natale, compresi i costi di allattamento artificiale.

## Risultati

Il 63,3% delle donne ha dichiarato di aver allattato al seno dopo poche ore dalla nascita del bambino (in un analogo studio condotto a Sesto San Giovanni in Provincia di Milano la percentuale è di 79,7%).

Il 36,33% dei bambini è allattato al seno al sesto mese di vita.

È evidente come una più adeguata in-

# Allattamento al seno:

la 1<sup>a</sup>



L'inizio tempestivo  
e il proseguimento  
dell'allattamento esclusivo al seno  
per sei mesi possono

salvare più di **1**  
milione di bambini!



**WABA 2007**

## Obiettivi

- Sensibilizzare il mondo al potenziale di salvare di UN milione di bambini cominciando con UNA semplice azione: lasciare che il bambino poppi al seno già dalla prima ora
- Promuovere l'immediato contatto pelle-a-pelle tra mamma e bambino, e il proseguimento dell'allattamento al seno esclusivo per sei mesi
- Incoraggiare i ministri della salute e le altre autorità a includere l'inizio dell'allattamento al seno nella prima ora di vita come indicatore della medicina preventiva
- Far sì che le famiglie sappiano quanto è importante allattare entro la prima ora di vita per un bambino, così che siano sicuri di poterli dare questa opportunità
- Sostenere l'Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini (BFHI - Baby Friendly Hospital Initiative), recentemente aggiornata e rinnovata con iniziative collegate, tutte mirate ad un'alta integrazione nei servizi materno-infantili, che pone l'accento sull'inizio tempestivo dell'allattamento

## L'importanza della "prima ora"

Quando i bambini sani vengono messi in contatto pelle-a-pelle con l'addome e il torace della madre, immediatamente dopo la nascita, mostrano notevoli capacità. Sono attenti, possono "arrampicarsi", stimolati dal tocco dolce della madre, sulla sua pancia, raggiungendo il seno della madre.<sup>13</sup> Iniziano a toccare ed a massaggiare il seno. Questo primo tocco dolce della mano del bambino al seno, stimola nella madre il rilascio di ossitocina,<sup>9</sup> che innesca il flusso di latte, e aumenta il sentimento di amore verso il bambino. Allora il bambino annusa e lecca il capezzolo. Finalmente, il bambino si attacca al seno e poppa. Questa sequenza di eventi è necessaria per la sopravvivenza della razza umana.

Anche se molti autori descrivono questi comportamenti normali dei bambini,<sup>7,13</sup> scopriamo solo adesso l'importanza per una madre e il suo bambino sperimentare questa esperienza. Per la prima volta, i ricercatori hanno valutato l'effetto sul neonato della tempistica della prima poppata al seno sulla mortalità infantile – mostrando che la mortalità potrebbe essere minore se l'allattamento al seno viene iniziato subito fin dalla prima ora di vita.



## Allattamento ottimale

La *Strategia Globale per l'Alimentazione dei Neonati e dei Bambini* dell'OMS/UNICEF raccomanda l'allattamento materno esclusivo per i primi 6 mesi di vita, e quindi la continuazione dell'allattamento al seno con cibi complementari adeguati fino a 2 anni ed oltre. L'inizio normale dell'allattamento al seno nei primi minuti della prima ora di vita comincia col contatto pelle-a-pelle, ed aiuta la madre e il bambino a riuscire ad allattare al seno in maniera ottimale. Questa cosa è richiesta nel BFHI, precisamente nel Passo 4 dei 10 Passi per allattare con successo dell'OMS/UNICEF.

## Diritti dell'allattamento

La *Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza* riconosce che ogni bambino ha il diritto alla vita, e mira ad assicurare ad ogni neonato la sopravvivenza e lo sviluppo. L'allattamento al seno entro la prima ora di vita aiuta ad assicurare la sopravvivenza del neonato. Le donne hanno diritto di saperlo e di iniziare l'allattamento col sostegno di cui hanno bisogno.

*"Comincia alla nascita. La nostra prima azione dopo la nascita è di succhiare il... latte della mamma. È un atto di affetto, di compassione. Senza questa azione non possiamo sopravvivere. È chiaro. È questa la vita. È questa la realtà."*

*Dalai Lama e Howard C. Cutler, L'Arte della Felicità. (2001 Mondadori)*

formazione durante la gravidanza, una migliore assistenza ed un maggiore sostegno potrebbero ulteriormente migliorare i dati rilevati.

La prescrizione di latte artificiale ha riguardato il 77% delle donne intervistate ed ha influenzato negativamente l'allattamento al seno fino al sesto mese

La consegna di campioni di latte artificiale ha riguardato l'11% delle donne intervistate ed ha influenzato negativamente l'allattamento al seno fino al sesto mese

Pertanto è statisticamente significativa la correlazione tra prescrizione e/o somministrazione di latte artificiale alla dimissione e la riduzione dell'allattamento al seno.

La prescrizione di latte artificiale dopo la nascita ha ostacolato, secondo l'8,2% delle donne intervistate, l'allattamento al seno.

Risulta evidente che nel vissuto materno la sospensione dell'allattamento prima dei 6 mesi è legato solo in parte trascurabile ad esigenze e scelte personali (il lavoro è addotto come motivo da una sola donna o a malattia della madre (5,71%), mentre nella maggior parte dei casi viene riferita l'insufficiente produzione di latte materno (68,6%), l'assenza di latte materno 10,7%), che insieme a quasi tutte le altre cause indicate non sono vere controindicazioni all'allattamento e che potrebbero essere rimosse più efficacemente con un maggior sostegno psicologico e con semplici consigli pratici.

Le informazioni relative all'allattamento sono state ricevute principalmente dal pediatra di famiglia: 71,63%.

Nell'esperienza delle donne i parenti hanno favorito l'allattamento prolungato al seno nel 44,03% delle donne, il personale ospedaliero nel 53,46%, il pediatra di famiglia nel 74,84%, i libri e le riviste nel 49,69%.

L'allattamento al seno risulta protetti-

vo anche se non in modo statisticamente significativo nei confronti delle allergie ed in particolare nei confronti dell'allergia al latte vaccino

## Conclusioni

I dati ricavati da questo studio suggeriscono alcune riflessioni:

- 1) Le informazioni relative all'allattamento sono state ricevute principalmente dal pediatra di famiglia: 71,63%.
- 2) È documentato in maniera statisticamente significativa che:
  - a) La prescrizione di latte artificiale ha influenzato negativamente l'allattamento al seno fino al sesto mese.
  - b) La consegna di campioni di latte artificiale ha influenzato negativamente l'allattamento al seno fino al sesto mese.
  - c) L'allattamento al seno ha un ruolo protettivo statisticamente significativo nei confronti del ricovero in Ospedale.
- 3) Alcuni dati anche se non statisticamente significativi confermano alcune evidenze della nostra attività professionale:
  - a) La motivazione più frequente addotta dalla madre per la sospensione dell'allattamento prima dei 6 mesi è l'insufficiente produzione di latte materno (68,6%).
  - b) Chi partorisce nelle strutture non pubbliche ha meno probabilità di allattare al seno fino al sesto mese.
  - c) È positivo aver frequentato un corso di preparazione al parto.
  - d) Le donne che hanno accudito altri neonati allattano di più.
  - e) L'allattamento al seno già durante il ricovero favorisce l'allattamento al seno sino al sesto mese

f) L'allattamento al seno risulta protettivo anche nei confronti delle allergie ed in particolare nei confronti dell'allergia al latte vaccino.

Questo studio è stato realizzato con una spesa minima, ed è stato reso possibile grazie alla preziosa, gratuita collaborazione di 30 pediatri di famiglia della regione Abruzzo, cui va il mio ringraziamento.

## Bibliografia

1. Bergevin Y, Doughery C, Kramer Ms. Do infant formula samples shorten the duration of breast-feeding? *Lancet* 1983; 1: 1148-51.
2. Bliss MC, Wilkie J, Acredolo C, Berman S, Tebb KP. The effect of discharge pack formula and breast pumps on breastfeeding duration and choice of infant feeding method. *Birth* 1997; 24: 90-7.
3. Dungy CT, Christensen - Szalanski J, Losch M, Russell D. Effect of discharge samples on duration of breast-feeding. *Pediatrics* 1992;90: 233-7.
4. Dungy CI, Losch ME, Russell D, Romitti P, Dusdieker LB. Hospital infant formula discharge packages. Do they affect the duration of breast-feeding?. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151: 724-9.
5. Evans CJ, Lyons NB, Killien MG. The effect of infant formula samples on breast-feeding practices. *JOGNN* 1986; 15: 401-5.
6. Feinstein JM, Berkelhamer JE, Gruska ME, Wong CA, Carey AE. Factors related to early termination of breast-feeding in an urban population. *Pediatrics* 1986; 78: 210-5.
7. Frank DA, Wirst SJ, Sorenson JR, Heeren R. Duration of breast-feeding among low-income women: a randomised trial of the effects of commercial hospital discharge packs and hospital based telephone counselling. *Am J Dis Child* 1986; 140: 311.
8. Frank DA, Wirst SJ, Sorenson JR, Heeren R. Commercial hospital discharge packs and breast-feeding counselling: effects on infant-feeding practices in a randomised trial. *Pediatrics* 1987; 80: 845-54.
9. Neifert M, Gray J, Gary N, Camp B. Effect of two types of hospital feeding gift packs on duration of breast-feeding among adolescent mothers. *J Adolescent Health Care* 1988; 9: 411-3.
10. Snell B, Krantz M, Keeton R, Delgado K, Pekham C. The association of formula samples given at hospital discharge with the early duration of breastfeeding. *J Hum Lact* 1992; 8: 67-72.

---

# Dal pediatra all'internista: una fase di transizione da organizzare

---

S. Bernasconi, G. Cremonini, L. Melandri, C. Volta

*Clinica Pediatrica – Dipartimento dell'Età Evolutiva – Università degli Studi – Parma*

---

La Società Americana di Medicina dell'adolescente ha definito la transizione come “un passaggio, programmato e finalizzato, di adolescenti e giovani adulti affetti da problemi fisici e medici di natura cronica da un sistema di cure centrato sul bambino ad uno orientato sull'adulto” (1).

Per comprendere meglio le problematiche che possono insorgere deve essere tenuto presente che questo passaggio è parte di una più ampia transizione dal bambino dipendente all'adulto indipendente e che, in tale fase, i pazienti vanno incontro ad una profonda modificazione, non solo clinica, ma anche culturale e sociale (2). Con il raggiungimento della maturità cambiano anche le necessità personali e cliniche dei giovani pazienti e diventa fondamentale ricevere cure mediche appropriate per l'età (3).

Il pediatra deve divenire parte attiva in questo processo (4) che, se compiuto in modo corretto ed efficiente, può condurre ad uno dei più significativi risultati ottenuti dai vari servizi sanitari pubblici (5).

L'interesse per la transizione e la necessità di approfondirne le problematiche nascono sostanzialmente da tre fattori:

a) l'evoluzione delle conoscenze mediche ha nettamente migliorato la prognosi di molte malattie croni-

che permettendo ad un sempre maggior numero di bambini affetti di raggiungere l'adolescenza e l'età adulta (6).

Per esempio, nel 1973 la sopravvivenza media per la fibrosi cistica era di 7 anni mentre oggi nei paesi economicamente più sviluppati metà dei pazienti raggiunge i 31 anni di età e negli Stati Uniti metà dei pazienti affetti ha raggiunto o superato i 21 anni (6). Ugualmente nel 1970 meno di un terzo dei pazienti con spina bifida raggiungeva l'età adulta mentre oggi questo traguardo viene raggiunto da oltre l'80% di questi pazienti (6).

I progressi compiuti sul piano clinico-assistenziale negli ultimi anni hanno portato a calcolare che oltre il 90% dei bambini che nascono con una malattia cronica e/o disabilitante o la sviluppano in seguito, ha oggi un'aspettativa di vita notevolmente aumentata rispetto al passato, stimata oltre i 20 anni d'età (7).

b) L'elevato numero di pazienti con malattie croniche destinato a raggiungere l'età adulta [è stato calcolato che il 20% dei bambini statunitensi soffre di una patologia cronica lieve, il 9% moderata e il 2% di una forma grave (8)] e la sempre maggiore attenzione posta sulla necessità di assicurare ai pazienti e alle loro famiglie non

solo cure appropriate, ma una qualità di vita accettabile, ha imposto nel tempo una riflessione sulle modalità di passaggio da organizzazioni sanitarie di tipo pediatrico ad altre gestite da medici dell'adulto (3). La transizione clinica è un processo multidimensionale e multidisciplinare, volto non solo ad occuparsi delle necessità cliniche nel passaggio dalla pediatria alla medicina specialistica dell'adulto, ma anche delle esigenze psicosociali, educative e professionali. Si tratta di un processo dinamico, incentrato sul paziente, che deve garantire continuità, coordinazione, flessibilità, sensibilità, secondo linee guida prestabilite, con attenzione alle esigenze individuali (9).

c) La strutturazione della fase di transizione non sembra essere ancora sufficientemente adeguata, come risulta anche da una nostra recente indagine, che evidenzia come il 50% dei medici coinvolti non si ritenga soddisfatto dei risultati raggiunti (8). Il problema non è soltanto italiano: conferme in proposito sono giunte anche da vari Autori statunitensi e britannici, che hanno sottolineato come non si sia ancora raggiunto un grado ottimale di organizzazione (3-5).

Partendo da queste considerazioni si è cercato in vari contesti di analizza-

re le motivazioni che rendono difficile il passaggio in modo da proporre modelli organizzativi adatti.

In sintesi gli ostacoli che rendono difficile la transizione possono manifestarsi a vari livelli.

Il team pediatrico può essere riluttante a trasferire un paziente con cui negli anni si sono venuti creando legami affettivi sempre più profondi. Tale atteggiamento può essere rafforzato da una non completa fiducia e/o conoscenza delle strutture e delle equipe internistiche che non si ritengono sufficientemente esperte soprattutto per determinate malattie (5, 10). Inoltre il pediatra può avere un evidente interesse scientifico a prolungare il periodo di follow up per acquisire tutta una serie di informazioni cliniche che gli permettano di analizzare criticamente il suo operato di tanti anni (10).

Molte resistenze possono provenire dall'adolescente o giovane adulto. Anche l'adolescente sano tende spesso a sfuggire ai controlli sanitari e se affetto da malattia cronica può temere di lasciare una struttura familiare, un centro magari frequentato dalla nascita per una struttura sconosciuta in cui può non avere un referente fisso; il giovane paziente può dubitare che i suoi bisogni globali vengano compresi e può trovarsi mescolato a un gran numero di persone anziane, in assenza anche dell'appoggio dei familiari che gli internisti tendono a coinvolgere molto meno intensamente rispetto a quanto venga fatto dai pediatri (10-11). La natura solidale del pediatra può permettere l'instaurarsi di un rapporto di dipendenza quasi genitoriale, rendendo ulteriormente problematico il distacco. Le paure del giovane paziente possono essere accentuate dal fatto che l'immagine di sé dei pazienti cronici è spesso di tipo infantile e dipendente (5).

La particolare vulnerabilità, tipica dell'età adolescenziale, potrà risultare accentuata nei pazienti con patologia cronica, nei quali la malattia può aver interferito con il processo di maturazione, crescita e sviluppo cognitivo fin dalla prima infanzia.

In aggiunta a questi aspetti riguardanti la sfera emotiva, anche l'assenteismo scolastico e la perdita di occasioni professionali e sociali possono ridurre la sicurezza in sé stessi, contribuendo a creare uno stato di potenziale isolamento sociale e relazionale. Anche il tipo di malattia può influire nel senso che la transizione può essere più facile per stati morbosi che il medico dell'adulto conosce e tratta da molto tempo (per esempio il diabete mellito), mentre può essere più difficile per malattie fino a pochi anni fa curate sostanzialmente soltanto dal pediatra (per esempio le malattie metaboliche), che possono comportare la creazione di strutture ad hoc per gli adulti, non sempre facilmente raggiungibili e disponibili (12).

È poi indubbio che la medicina dell'adulto è praticata in un ambiente dove ci si attende che il paziente sia completamente autonomo, diversamente dal modello pediatrico di assistenza, incentrato su una gestione della malattia più di tipo 'familiare'. Nella tabella 1 sono riassunte alcune delle più importanti differenze tra

servizi pediatrici e quelli dedicati all'adulto (13).

Perplessità possono infine venire dalla famiglia che non si sente più un interlocutore importante, per il medico, anche se spesso continua a rappresentare per il giovane malato un sostegno indispensabile (14). D'altro canto non è trascurabile il sentimento di esclusione riferito dai genitori all'atto di questo passaggio, in cui si riduce la necessità del loro coinvolgimento, fino a quel momento vitale, e subentra la presa di coscienza di un allontanamento (5).

Recenti studi hanno cercato inoltre di individuare le difficoltà e le mancanze nella gestione di questo passaggio specialistico dal pediatra al medico dell'adulto, che è spesso decretato più dal raggiungimento di una età cronologica che da effettivi indicatori di maturità o indipendenza.

Tra le carenze segnalate emerge la mancanza di comunicazione tra pediatri ed internisti/specialisti dell'adulto, unitamente alle rispettive differenze nella gestione e nel trattamento della patologia cronica. Questo sottintende essenzialmente l'assenza di linee guida condivise da entrambe le figure professionali coinvolte (8).

Dal nostro studio la problematica della comunicazione è poi emersa particolarmente in termini di "ritorno di informazioni" sul paziente:

**Tabella 1** - Differenze tra unità pediatriche e dell'adulto

Pediatriche	Adulto
Consultazione familiare	Consultazione individuale
Team multidisciplinare e supporto psicosociale	Supporto di team limitato
Meno pazienti	Grande numero di pazienti
Specifiche competenze per malattie rare	Scarsa esperienza in malattie rare
Liste di attesa più corte	Liste di attesa più lunghe
Sostegno da coetanei	Assenza di ambulatori per "giovani"
Assenza di ticket	Ticket sanitari



nella maggioranza dei casi viene inviata allo specialista dell'adulto una sintesi clinica sul malato da parte del pediatra, spesso seguita da una telefonata, mentre nel 30% dei casi non viene inversamente fornita al pediatra una relazione sul successivo andamento del paziente presso i servizi dell'adulto (8). Viene dunque a mancare un adeguato meccanismo di feed-back, che potrebbe fornire interessanti elementi anche di tipo formativo al pediatra di base.

Prendendo in considerazione questi ed altri fattori che possono rendere difficile la gestione di questa fase, sono comparsi in letteratura pediatrica differenti programmi di transizione, senza però che emergesse un modello unico e privilegiato (5).

In particolare è stata sottolineata l'importanza di sviluppare modelli chiari di comunicazione, di avere dei punti di riferimento sicuri (procedure standardizzate, ma flessibili) e di strutturare luoghi sanitari che facilitino tale passaggio.

Alcune raccomandazioni generali devono comunque essere tenute presenti nel tentativo di organizzare una propria modalità di trasferimento :

- 1) Tempo del trasferimento: non esiste una data fissa, anche se molti considerano i 18 anni oppure l'età in cui viene lasciata la scuola come età a cui fare riferimento in modo flessibile. Viene comunque ricordato da vari Autori che tale tempo è in funzione della maturità raggiunta dall'adolescente, che deve acquisire consapevolezza della propria malattia, autonomia nel trattamento della stessa, nonché responsabilità per il proprio stato di salute (5-10).
- 2) Periodo di preparazione e programma di educazione: è necessario iniziare molto precocemente, preferibilmente nella prima parte dell'adolescenza, un programma

educazionale specifico che tenda a "far comprendere la natura della malattia, il razionale del trattamento, la causa dei sintomi e a far riconoscere un eventuale peggioramento e le misure per contrastarlo oltre che le modalità per chiedere l'aiuto del personale sanitario e per orientarsi nel sistema sanitario" (5). In questo contesto i pazienti devono essere in grado di gestire la propria terapia e di sviluppare una propria tempistica di transizione.

- 3) Processo coordinato di trasferimento: con la struttura degli adulti destinata a seguire il singolo paziente va coordinata un'azione congiunta (ambulatorio di transizione per esempio) che permetta una reciproca conoscenza e un passaggio coordinato di consegne tra le équipes mediche. Nei sistemi sanitari anglosassoni un ruolo importante in questo senso viene svolto dal personale infermieristico. E' stato dimostrato inoltre che sia l'incontro tra il paziente ed il futuro specialista prima della transizione clinica, che la presenza del pediatra durante la prima visita, presso la medicina dell'adulto, sembrano essere di notevole efficacia nel successo del trasferimento. Indubbiamente la vicinanza spaziale dei due servizi, in particolare all'interno dello stesso complesso ospedaliero, agevola la compliance al cambiamento (15).

Essenziale è il reperimento di una struttura che non solo garantisca l'esperienza specifica necessaria, ma che sia anche in grado di dare alla famiglia tutti i supporti amministrativi e sociali di cui necessita.

- 4) Coinvolgimento del pediatra di famiglia e/o del medico di base: in molte esperienze è stata segnalata la frequente assenza del pediatra

di base che dovrebbe essere al contrario intensamente coinvolto nell'intero processo. Il principale deficit in questo caso è rappresentato dalla ridotta comunicazione tra i medici specialisti delle strutture ospedaliere ed i pediatri di famiglia.

Il tipo di informazione ritardata o frammentaria, che spesso è riportata al medico di base può indubbiamente determinare influenze negative che tendono a ripercuotersi sul paziente, sulla continuità assistenziale, nonché sul personale rapporto di fiducia medico/paziente (16).

La comunicazione tra i due ambiti descritti dovrebbe realizzarsi in maniera ottimale a seguito di qualsiasi tipo di intervento assistenziale, dal ricovero del paziente presso la struttura ospedaliera per un evento acuto, al follow-up ambulatoriale per patologia cronica.

La relazione clinica scritta rappresenta il più comune metodo per documentare accertamenti diagnostici e procedure terapeutiche, realizzati dallo specialista, fornendo al medico di famiglia gli elementi necessari alla gestione del paziente anche al di fuori dell'ambito ospedaliero.

Questo tipo di relazione dovrà quindi essere caratterizzata da requisiti essenziali, che ne garantiscano la fruibilità da parte del medico e/o del pediatra di base.

Un recente studio di review statunitense della American Medical Association ha analizzato le principali problematiche legate alla comunicazione tra medici ospedalieri e medici di base, arrivando a stilare alcuni suggerimenti per il miglioramento nella stesura di tale relazione clinica, che dovrà essere inviata al medico di famiglia (via e-mail, via fax o al massimo per via postale) il giorno stesso della visita specialistica e/o della dimissione dalla struttura ospedaliera,

in quanto uno dei principali deficit rilevati dallo studio in questione riguardava proprio il ritardo nell'acquisizione delle informazioni relative al paziente (17). Secondo questo studio, le relazioni cliniche dovrebbero includere le informazioni schematizzate nella tabella 2.

Dal punto di vista organizzativo, inoltre, il miglioramento della comunicazione potrebbe realizzarsi anche attraverso la possibilità di creare un archivio tecnologico di facile consultazione, che contenga tutte le relazioni cliniche riguardanti il paziente, in modo da garantire l'accesso ad una storia clinica il più possibile completa ed aggiornata.

Il paziente dovrebbe infine conservare una copia di tale relazione e portarla con sé in occasione dei successivi controlli (17).

In generale, i numerosi autori che si sono occupati dell'argomento della comunicazione tra l'ambito ospedaliero specialistico e quello della medicina di base, hanno stressato il concetto della necessità di astrarsi dalle tradizionali pratiche di trasferimento di informazioni, che si basavano su un'idea univoca di comu-

nicazione, per arrivare ad un trasferimento più appropriato e di tipo binivoco (18).

Partendo dunque da queste considerazioni di carattere generale, può essere utile riassumere alcune esperienze di "transizione specialistica", ovvero riguardanti pazienti affetti da patologie croniche:

A) Un recente studio retrospettivo condotto nella nostra Clinica, riporta il successo di una procedura di transizione di adolescenti affetti da Diabete Mellito di tipo I.

Tale sistema si caratterizza per la graduale preparazione del paziente e dei genitori all'imminente cambiamento, attraverso precedenti contatti con lo specialista dell'adulto all'interno della medesima struttura ospedaliera. Tale procedura viene dunque anticipata alla famiglia, allo scopo di lasciare tempo sufficiente per familiarizzare con l'idea di presa in carico da parte di personale e contesti differenti rispetto agli abituali.

Nei due terzi dei pazienti sono risultati necessari almeno due-quattro colloqui in preparazione della transizione, mentre in altri casi l'iter si è rivelato più lungo, con un tempo

massimo di accettazione del passaggio pari a circa due anni (15).

Anche in accordo con altri recenti studi realizzati in Europa, la maggiore difficoltà di accettazione potrebbe derivare da un inadeguato controllo metabolico, unitamente ad una ridotta capacità di autogestione e consapevolezza di malattia (16).

L'abbandono del contesto clinico pediatrico prevede indubbiamente una maggiore responsabilizzazione del paziente, a fronte di una nuova tipologia di follow-up; il coinvolgimento parentale manterrà una centralità nella fase del passaggio e nei casi di ridotta compliance.

Quest'ultimo aspetto ha confermato la possibile differente percezione di pazienti e medici rispetto all'età prevista per una transizione adeguata di soggetti affetti da diabete: precedenti studi affermavano che i medici considerano appropriato un passaggio nel corso della prima adolescenza, mentre la maggioranza dei pazienti percepisce come ideale un'età intorno ai 20 anni. Questo trend è stato dunque confermato dallo studio in questione, nonché dalle linee guida stilate dalla Società Italiana di Diabetologia (19).

B) Per quanto riguarda adolescenti affetti da nefropatia cronica, essi devono necessariamente relazionarsi con farmaci e complesse procedure terapeutiche per preservare il loro stato di salute con un esiguo margine d'errore. Sottrarsi ad un trattamento può significare danno irreversibile o addirittura decesso.

Cause importanti di danno renale in età pediatrica includono malformazioni urologiche congenite, richiedenti in certi casi una complessa chirurgia ricostruttiva e disordini/disturbi ereditari, come rene policistico, patologie queste che necessitano di cure interdisciplinari continue costituite da figure quali nefrologi, urolo-

**Tabella 2** - Informazioni essenziali da includere nella relazione clinica

- Diagnosi primaria e secondaria
- Storia clinica e reperti obiettivi rilevati
- (in caso di ricovero) Periodo di ricovero, terapie somministrate e breve diario clinico
- Risultati di procedure diagnostiche e test di laboratorio
- Raccomandazioni inerenti ulteriori consulenze specialistiche necessarie
- Informazioni fornite al paziente e/o alla sua famiglia riguardanti lo stato di malattia
- Aggiornamento sulle presenti condizioni cliniche del paziente
- Piano terapeutico aggiornato, con eventuali motivazioni in caso di variazioni ed indicazioni relative alla prescrizione di nuovi farmaci
- Informazioni dettagliate inerenti a tempi e modalità di follow-up e test diagnostici da effettuare in tale regime
- Eventuali servizi socio-assistenziali attivati
- Nome e recapito del medico ospedaliero responsabile

gi, ginecologi, internisti, neurologi, gastroenterologi ed altri specialisti. L'impatto su un adolescente di un'Unità di Dialisi dell'adulto, o di una clinica di trapianti, in cui la maggioranza dei pazienti è rappresentata da soggetti più anziani e malati, potrebbe produrre reazioni di paura e rifiuto.

Gli adolescenti vengono a ritrovarsi in un contesto nel quale può essere minore la tolleranza nei confronti di una loro eventuale immaturità. Questi giovani pazienti giungono in strutture in cui sono attese autonomia, puntualità ed affidabilità; le visite sono di breve durata e la sopportazione del dolore è data per scontata.

Un recente studio svolto in Nord America ed Europa sulle modalità di transizione in Unità di Dialisi ha dimostrato un'impressionante mancanza di preparazione. **Al tempo del trasferimento molti adolescenti non si sono mostrati capaci di indipendenza per quanto concerneva semplici mansioni, volte ad ottenere compliance terapeutica (20).**

C) Per quanto riguarda la gestione della transizione per le principali patologie di interesse reumatologico, recentemente è stato descritto il modello di Vancouver.

È stata costituita una clinica specialistica per giovani adulti, dedicata a pazienti maggiori di 18 anni per facilitare il processo di transizione e garantire l'appropriata continuità nell'assistenza.

Questo rappresenta un esempio assistenziale interdisciplinare, costituito da un team di infermieri specializzati, fisioterapisti, assistenti sociali e giovani medici specialisti, nel quale l'ambiente stesso garantisce un supporto mirato in questa fase destinata a concludersi intorno ai 22-24 anni.

I genitori dei pazienti sono invitati a seguire unicamente la prima visita presso il Centro e solo qualora i figli

siano d'accordo.

In questo caso specifico, il cambiamento del luogo fisico di assistenza rappresenta un vantaggio nell'incoraggiare l'autonomia del paziente (21).

D) Per quanto riguarda le cardiopatie congenite uno studio canadese del 2004 ha sostenuto che il passaggio allo specialista dell'adulto di pazienti a rischio debba avvenire prima dei venti anni, previa acquisita consapevolezza dell'importanza della profilassi antibiotica.

Il passaggio si è dimostrato positivo nei casi in cui all'interno della clinica cardiologica dell'adulto vi era una stretta collaborazione con i cardiocirurghi pediatrici (22).

E) Lo studio svolto nel 2002 presso la nostra Clinica, in merito al processo di transizione nel caso di endocrinopatie croniche, ha rilevato come età media di trasferimento i 18 anni.

Nel 47% dei casi la ragione del trasferimento era rappresentata da un personale convincimento dello specialista pediatra, nel 37% per ragioni di tipo amministrativo e nel 16% per volontà propria del paziente. Nella maggioranza dei casi è stata inviata allo specialista dell'adulto una relazione clinica del paziente da parte del pediatra, seguita da una telefonata, ma nel 30% non si ha avuto evidenza di un "report back" da parte dell'endocrinologo dell'adulto. La metà dei Centri coinvolti si è dichiarata soddisfatta, pur segnalando come deficit del sistema la mancanza di comunicazione, l'assenza di comuni linee guida e le differenze nella gestione del paziente (8).

F) Dalla valutazione di recenti articoli in merito alla gestione degli adolescenti disabili è stato possibile evidenziare il quadro attuale dei servizi per giovani con handicap fisici e mentali e sono emersi sia fattori di supporto che di ostacolo al processo di transizione (23).

Le barriere architettoniche limitano

indubbiamente il completo inserimento nella vita sociale e le strutture ed i supporti ambientali spesso rappresentano un vero e proprio "ponte" necessario tra giovane disabile e mondo dell'adulto. Risulta inoltre di fondamentale importanza la necessità di sviluppare abilità motorie e psicosociali con approcci individualizzati, nel contesto di tali strutture adeguate (24).

È stato recentemente presentato un progetto pilota canadese per facilitare la transizione di ragazzi disabili attraverso la costituzione di una CCB (Community Capacity Building). L'obiettivo è fornire a questi adolescenti la consapevolezza delle loro forze e capacità in un contesto protetto e attento alle loro esigenze (25).

L'attenzione è rivolta in particolare ad educazione sessuale, preparazione alla paternità/maternità con particolare riferimento a condizioni che possano richiedere consulenza genetica, nonché all'acquisizione di capacità professionali (terapia occupazionale) (26).

Tale processo di inserimento nel contesto sociale rappresenta la base per l'accettazione del proprio stato cronico di malattia, e del conseguente follow-up a lungo termine, consentendo una transizione maggiormente consapevole e rispondente ai bisogni.

In generale, qualsiasi sia il processo di transizione da realizzare, resta indubbio che l'obiettivo finale sia quello di far acquisire all'adolescente le competenze necessarie alla comprensione della sua condizione di giovane adulto e di malato cronico.

A questo proposito l'American Academy of Pediatrics, e nello specifico la Commission for Children with Special Health Care Needs, ha proposto un elenco di conoscenze che l'adolescente dovrebbe acquisire in fase di transizione (27). Tali raccomandazioni sono riassunte nella tabella 3.

In conclusione, appare oggi indispen-

**Tabella 3** - Conoscenze che l'adolescente deve acquisire in fase di transizione

1. Saper comprendere il funzionamento degli organi/apparati interessati dalla malattia ed essere in grado di spiegarla ad altri;
2. Essere capaci di riconoscere un eventuale peggioramento delle condizioni cliniche e il subentrare di complicanze (ulcere da decubito, infezioni delle vie urinarie, stipsi, contratture muscolari, etc.), essendo in grado di prevederle e prevenirle;
3. Conoscere il funzionamento di eventuali apparecchiature ed essere in grado di risolvere problemi relativi di piccola entità;
4. Conoscere i nomi dei farmaci, i loro effetti e le reazioni avverse, acquisendo piena autonomia nell'assunzione;
5. Sapersi occupare della propria igiene personale;
6. Riconoscere figure di riferimento e supporto alle quali rivolgersi in caso di problemi;
7. Essere consapevoli di come la propria condizione possa eventualmente influire sulla sessualità; essere informati su contraccezione, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e tematiche riproduttive (cicli mestruali, gravidanza, malattie genetiche);
8. Essere a conoscenza dei rischi connessi all'abuso di tabacco/droghe/alcool/cibo e delle loro possibili interazioni con i farmaci assunti; saper leggere i foglietti illustrativi;
9. Praticare regolarmente attività fisica

sabile che i vari "attori" che possono svolgere un ruolo nella fase della transizione (personale sanitario e amministrativo, società scientifiche, responsabili di strutture sanitarie, associazioni di genitori ecc) elaborino nelle varie realtà, in cui i pazienti si trovano a vivere dei percorsi, che da un lato facilitino il passaggio dall'organizzazione pediatrica a quella dell'adulto e che dall'altro garantiscano il completo soddisfacimento di quel concetto di "care" globale, che viene oggi considerato indispensabile per un'assistenza di elevata qualità.

## Bibliografia

1. Blum RW. Transition from child-centered to adult health care: systems for adolescents with chronic conditions. *J Adolesc Health* 1993; 14: 570-6.
2. Rosen DJ. Between two worlds: bridging the cultures of child health and adult medicine. *Adolesc Health* 1995; 17: 10-6.
3. Reiss J et al. Health care transition: desti-

- nation unknown. *Pediatrics* 2002; 110: 1307-14.
4. AAP. Transition of care provided for adolescents with special health care needs. *Pediatrics* 1996; 98: 1203-6.
5. Viner R. Transition from paediatric to adult care. Bridging the gap or passing the buck? *Arch Dis Child* 1999; 81: 271-178.
6. Gortmacher SL et al. Chronic Childhood disorders :prevalence and impact. *Pediatr Clin North Am* 1984; 31: 3-18.
7. Newacheck PW et al. Childhood chronic illness: prevalence, severity and impact. *Am J Public Health* 1992; 82: 364-71.
8. Volta C et al. Transition from pediatric to adult care in children with chronic endocrine diseases : a survey on the current modalities in Italy *J Endocrinol Invest* 2003; 26: 157-62.
9. Viner R et al. Young people's health : the need for action. *BMJ* 2006;332:435-6.
10. Dommergues JP et al. Transition from paediatric to adult care in severe chronic diseases in children. *Arch Pediatr* 2003; 10: 295-9.
11. Hauser E. Transitioning adolescence with sickle cell disease to adult centered care. *Pediatr Nurs* 1999; 25: 479-88.
12. Lee PJ. Growing older: the adult metabolic clinic. *J Inherit Metab Dis* 2002; 25: 252-60.
13. Watson AR. Problems and pitfalls of

transition from paediatric to adult renal care. *Pediatr Nephrol* 2005; 20: 113-7.

14. Schidlow DV et al. Life beyond pediatrics. Transition of chronically ill adolescents from pediatric to adult health care systems. *Med Clin North Am* 1990; 74: 1113-20.
15. Vanelli M et al. Effectiveness of an uninterrupted procedure to transfer adolescents with type I Diabetes from the Paediatric to the adult clinic held in the same hospital: eight year experience with the Parma protocol. *Diabetes Nutr Metab* 2004; 17: 304-8.
16. Kelly AM et al. Implementing transitions for youth with complex chronic conditions using the medical home model. *Pediatrics* 2002; 110: 1322-7
17. Kripalani S et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA* 2007; 297: 831-41.
18. Lee RG, Garvin T. Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Soc Sci Med* 2003; 56: 449-64.
19. Salardi S et al. Il passaggio dell'adolescente diabetico dal pediatra all'internista: I modi. *Prospettiva* 2000 II Workshop 1992; 18-26.
20. Bell L. Adolescent with renal disease in an adult world:meeting the challenge of transition of care. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 1-4.
21. Robertson L. When should young people with chronic rheumatic disease move from paediatric to adult-centred care? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2006; 20: 387-97.
22. Reid GJ et al. Prevalence and correlates of successful transfer from pediatric to adult health care among a cohort of young adults with complex congenital heart defects. *Pediatrics* 2004 113: 197-205.
23. Stewart D et al. A critical appraisal of literature reviews about the transition to adulthood for youth with disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr* 2006; 26: 5-24.
24. Stewart DA et al. A qualitative study of the transition to adulthood for youth with physical disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr* 2001; 21: 3-21.
25. Wynn K et al. Creating connections : a community capacity building project with parents and youth with disabilities in transition to adulthood. *Phys Occup Ther Pediatr* 2006; 26: 89-103.
26. Hallum A Disability and the transition to adulthood: issues for the disabled child, the family and the pediatrician. *Curr probl Pediatr* 1995; 25: 12-50.
27. American Academy of Pediatrics 2005. Retrieved from [www.medicalhomeinfo.org](http://www.medicalhomeinfo.org).

# Una nuova frontiera nella diagnosi del reflusso gastroesofageo del bambino: l'Impedenziometria Intraluminale Multicanale

A.M. Magistà, D. Intini, F. Nicastro, C. De Ruvo, C. Fontana, G. De Caro, C. Cucco, N. Bucci, R. Francavilla

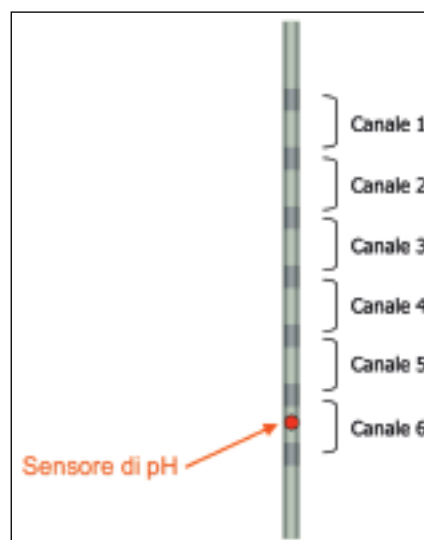
*Dipartimento di Biomedicina dell'Età Evolutiva, Clinica Pediatrica "B. Trambusti" – Policlinico, Bari – Italy*

La pHmetria esofagea è storicamente considerata l'indagine "gold standard" nella diagnosi della malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE). Attraverso la registrazione prolungata della concentrazione idrogenionica endoluminale, la metodica consente di quantificare l'esposizione al contenuto gastrico della mucosa esofagea, condizione questa implicata nella patogenesi della malattia. La scarsa correlazione tra l'esposizione all'acido dell'esofago e la sintomatologia lamentata da alcuni pazienti, l'alta prevalenza di MRGE non erosiva e la persistenza di sintomi in corso di trattamento con antisecretori in una porzione non trascurabile di soggetti hanno, più di recente, portato ad ipotizzare che il refluire in esofago di materiale a scarso o nullo contenuto acido o di gas possano svolgere un ruolo aggiuntivo nella genesi della patologia. All'impossibilità della pHmetria di rilevare reflussi non acidi o gassosi si aggiungono, peraltro, altri limiti quali la mancata definizione dell'estensione prossimale del materiale refluito e la differenziazione tra reflussi e deglutizioni acide. Considerando tali limitazioni, l'impedenziometria intraluminale multicanale (IIM), nata alla fine degli anni '80, si sta imponendo come indagine altamente sensibile nello studio del RGE.

## Principi metodologici

La metodica consente di rilevare il passaggio di un bolo in un organo cavo sfruttando il concetto di impedenza elettrica, ossia di resistenza che si oppone al flusso di una corrente alternata tra due elettrodi adiacenti quando del materiale è presente tra questi. La misurazione nel lume esofageo viene effettuata mediante un catetere in polivinile sottile e flessibile, introdotto per via trans-nasale che, nella variante pediatrica, presenta lungo il suo decorso 7 elettrodi metallici cilindrici che delimitano 6 segmenti di misurazione (canali di impedenza) (Fig. 1). Quando tra i due elettrodi, separati dal mezzo isolante (catetere), viene applicata una corrente alternata, il circuito che si crea tra questi è chiuso dal numero limitato di ioni presenti nella mucosa esofagea e nella porzione di lume circostante e la resistenza al passaggio della corrente si mantiene relativamente alta e stabile (fase 1, Fig. 2). L'ingresso di un bolo nel segmento di misurazione, generalmente preceduto da aria (fase 2), comporta un incremento del contenuto di ioni endoluminale e, quindi, della conducibilità elettrica, cui si associa una brusca caduta dell'impedenza (fase 3), che persiste bassa per tutto il tempo di permanenza del bolo (fase 4), per poi risalire in concomitanza

con la fuoriuscita del materiale e la simultanea contrazione muscolare (fase 5). Successivamente, la parete si rilassa e l'impedenza ritorna al valore iniziale (fase 6). Il pattern di conducibilità elettrica dei diversi mezzi ci consente di definire la composizione fisica del bolo (liquido, gassoso o misto) mentre l'utilizzo di più canali impedenziometrici collocati sequenzialmente sul singolo catetere consentirà sia di distinguere tra movimenti anterogradi (deglutizioni) e retrogradi (reflussi) che di definire l'altezza raggiunta dal materiale refluito. Poiché



**Fig. 1** - Schematizzazione di un catetere impedenziometrico caratterizzato da sette contatti metallici di impedenza che delimitano sei canali di impedenza

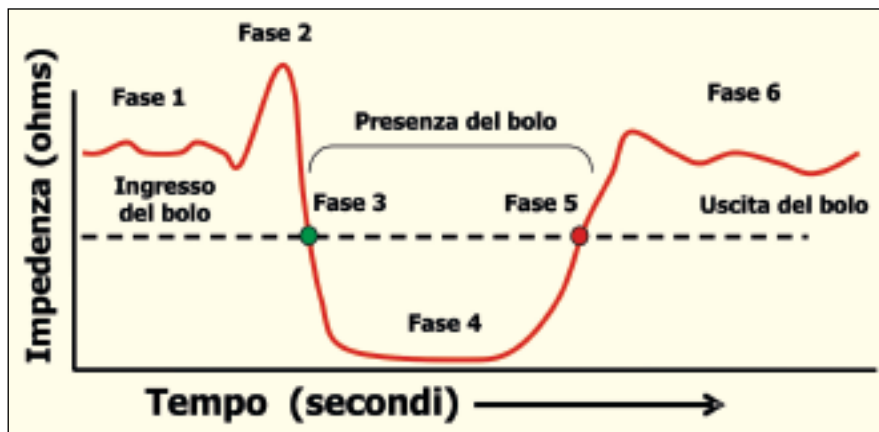


Fig. 2 - Comportamento dell'onda d'impedenza al passaggio di un bolo in un canale d'impedenza

l'IIM non fornisce informazioni sulla concentrazione idrogenionica del reflusso, i cateteri d'impedenza attualmente in uso sono provvisti di un elettrodo in antimONIO per la rilevazione del pH che, nella variante pediatrica, è posizionato a livello del canale impedenziometrico distale. Sulla base delle informazioni combinate, un reflusso rilevato all'impedenziometria potrà pertanto definirsi acido ( $\text{pH} < 4$ ), debolmente acido ( $\text{pH}$  compreso tra 4 e 7) e debolmente alcalino ( $\text{pH} > 7$ ) (1). I dati rilevati nel corso della registrazione vengono analizzati da un software, ma è comunque opportuno completare l'elaborazione con una analisi manuale.

### Il reflusso non acido: la dimensione del problema

La prevalenza dei reflussi non acidi in soggetti sani ed in pazienti affetti da MRGE è tuttora in fase di valutazione (2). È intuibile come questi

prevalgano in fase post-prandiale, dato l'effetto tampone degli alimenti sull'acidità gastrica ed in corso di trattamento con farmaci antisecretori. Per l'età pediatrica il problema assume una dimensione più ampia, dato il tipo e la modalità di alimentazione, essendo il latte un tampone dell'acidità gastrica.

I dati di normalità, oltre che nell'adulto (3), sono stati recentemente resi disponibili in una popolazione sana di 21 pretermine in assenza di sintomi suggestivi di MRGE; i risultati mostrano come i reflussi debolmente acidi giustifichino il 73% degli episodi totali (con una mediana di reflussi debolmente alcalini dello 0%) e sino al 94% dei reflussi rilevati durante il pasto latteo (4). E' verosimile che tali dati sovrastimino la reale dimensione del problema nella popolazione pediatrica complessiva, dati il tipo e la modalità di alimentazione dei soggetti in epoca neonatale rispetto alle età successive; secondo quanto confermato da diverse evidenze, il tempo

intercorso dal pasto precedente rappresenterebbe infatti uno dei principali fattori predittivi della natura non acida del reflusso (5). Non sono attualmente disponibili i valori di normalità nella popolazione pediatrica. Pur riconoscendo i limiti del confronto riportiamo la nostra esperienza, condotta sulla più vasta popolazione di soggetti pediatrici [105 pazienti; mediana di età 1,5 anni (range 0,2 mesi-15,9 anni)] riferiti per una sospetta MRGE; se la mediana dei reflussi non mostra significative differenze in soggetti di età inferiore o superiore ai 12 mesi (74 e 67 per registrazione rispettivamente), ciò che significativamente varia, in funzione inversa rispetto all'età, è la prevalenza dei reflussi debolmente acidi passando dal 57% nel primo anno di vita al 38% nelle epoche successive; sovrapponibile è invece nei due gruppi la prevalenza dei reflussi debolmente alcalini (1%). Riguardo al ruolo svolto dal pasto, per quanto i reflussi prevalgano in fase post-prandiale indipendentemente dall'età, giustificando in entrambi i gruppi circa i due terzi del numero totale di reflussi, in questa fase vi è una prevalenza significativamente superiore dei non acidi nel gruppo dei lattanti rispetto alle epoche successive, a conferma dell'effetto tampone svolto dal pasto latteo.

Ma se la popolazione pediatrica costituisce un campo di applicazione promettente dell'IIM, prevalentemente nelle prime epoche di vita, altrettanto lo è quella di soggetti con MRGE non responsivi al trattamento con antisecretori e sottoposti a rivalutazione strumentale in corso di terapia. Da uno studio multicentrico condotto su di una ampia popolazione di soggetti adulti con sintomatologia persistente in corso di trattamento con inibitori di pompa protonica, emerge un aumento drammatico della quota di reflussi non acidi rispetto a quanto ri-



I RISULTATI MOSTRANO COME I REFLUSSE DEBOLMENTE ACIDI GIUSTIFICHINO IL 73% DEGLI EPISODI TOTALI E SINO AL 94% DEI REFLUSSE RILEVATI DURANTE IL PASTO LATTEO

portato nella popolazione sana e che arriva a giustificare l'80% dei reflussi totali (6). Un'analoga valutazione, fatta su di un gruppo ristretto di pazienti pediatrici "on-therapy", documenta una prevalenza dei reflussi non acidi significativamente superiore rispetto a quanto riscontrato in un gruppo "off-therapy" omogeneo quanto ad età (66% vs. 43%) (7).

### **Il reflusso non acido nella genesi della MRGE**

Il refluire in esofago di materiale con pH compreso tra 4 e 7 è ipotizzabile che non possa intervenire nella genesi di un danno mucosale di tipo erosivo, data la mancata attivazione enzimatica della pepsina; è comunque plausibile che questo tipo di reflussi, insieme ai gassosi, possano giustificare una sintomatologia clinica, come si evince dalla percentuale non trascurabile di soggetti in trattamento con antisecretori con persistenza di sintomi in assenza di alcun danno mucosale. Nel su citato studio multicentrico, rispetto al totale dei soggetti adulti con sintomatologia persistente "on-therapy" ed associazione sintomatologica positiva [Sintom Index (SI) >50%], nel 78% dei casi questa riguardava reflussi non acidi che, pertanto, sarebbero sfuggiti alla pHmetria tradizionale; l'associazione era più frequente per i sintomi tipici quali la piroisi ed il rigurgito e per il dolore toracico (6). Simili considerazioni possono essere estese all'età pediatrica, come confermano i risultati di uno studio condotto su di una popolazione di soggetti con sintomi atipici (tosse cronica, desaturazioni, asma intrattabile, infezioni respiratorie recidivanti) non responsivi a terapia con antisecretori. In corso di trattamento, il ruolo svolto dal refluire di materiale non acido in esofago sem-

bra confermato dall'incremento statisticamente significativo del numero di pazienti con un SI >50% all'indagine combinata pH-IIM rispetto alla sola pHmetria; la natura non acida del reflusso si è inoltre rivelata essere il fattore maggiormente suggestivo dell'associazione (8).

### **Quali le informazioni aggiuntive offerte dalla IIM nello studio dei pazienti con sospetta MRGE?**

Non disponendo di valori normali in età pediatrica, l'informazione che la nuova metodica offre in merito ai reflussi non acidi è prevalentemente legata allo studio di una correlazione sintomatologica. I dati a riguardo sono contrastanti, soprattutto in funzione della popolazione studiata (on- o off-therapy) e dei sintomi indagati. In merito alla sintomatologia respiratoria, una elegante applicazione della pH-IIM nello studio di pazienti adulti con tosse cronica si ritrova in Sifrim (9). Nella popolazione in esame, l'autore ha individuato un gruppo di soggetti (25% circa) in cui il sintomo era chiaramente correlato ad un reflusso debolmente acido. Non sono risultati predittivi di una associazione né il pattern clinico del sintomo (frequenza, prevalenza della tosse nel corso delle ore notturne piuttosto che diurne) né la presenza di sintomi tipici della malattia; ne deriva, pertanto, lo scarso ruolo svolto dalla clinica nella selezione dei pazienti con sintomatologia respiratoria da sottoporre ad approfondimenti diagnostici nel sospetto di una MRGE. In età pediatrica, come riportato, Rosen descrive un gruppo di 28 soggetti pediatrici con sintomi respiratori con un RGE patologico documentato ad una precedente pHmetria ma con persistenza dei sintomi in corso di trattamento (8). L'IIM mostrava un incremento stati-

sticamente significativo del numero di pazienti con SI positivo rispetto alla sola indagine pHmetrica; la natura non acida del reflusso, inoltre, si è rivelata essere il fattore maggiormente suggestivo dell'associazione, seguito dalla minore età dei pazienti, dalla composizione liquida del materiale refluito e dalla estensione prossimale dello stesso. Per quanto in corso di terapia con antisecretori potrebbe esservi una "selezione" a favore dei reflussi non acidi, il loro ruolo nella genesi dei sintomi in soggetti off-therapy è riportato tanto nell'adulto (6) quanto in età pediatrica. In un gruppo di 34 lattanti, Condino documenta un guadagno significativo offerto dall'indagine combinata rispetto alla pHmetria tradizionale in merito al SI, per quanto questo sia notevolmente variabile in relazione ai sintomi studiati (dal 96% delle eruttazioni al 33% della tosse) (10). La stessa autrice, in un lavoro successivo condotto su 24 soggetti pediatrici con asma intrattabile, ugualmente documenta una bassa correlazione sintomatologica tra gli episodi di reflusso e la tosse (17% dei casi); nessuno dei fattori impedenziometrici descrittivi del reflusso (composizione chimica o fisica, altezza raggiunta dal materiale refluito) è inoltre risultato predittivo dell'associazione (5). Un limite di entrambi gli studi è comunque rappresentato dal fatto che i soggetti, per quanto "off-therapy", erano stati riferiti al Centro dopo aver fallito una terapia con antisecretori il che potrebbe apportare una selezione a favore dell'associazione tra sintomi e reflussi non acidi o escludere l'esistenza di una MRGE. La nostra esperienza, condotta su di una popolazione di 105 soggetti naive quanto a terapia, mostra un guadagno rilevante offerto dalla nuova metodica in merito ad una correlazione sintomatologia positiva, sia nello studio dei sintomi tipici (vomito, rigurgito, piroisi) che, prevalen-

temente, degli atipici (tosse) e riguarda tutte le fasce di età. Il guadagno della pH-IIM rispetto alla sola pHmetria si esprime sia in termini di mediana del SI (95% vs. 36% per i sintomi tipici e 67% vs. 17% per gli atipici) che del numero di pazienti con indice positivo (81% vs. 45% per i sintomi tipici e 69% vs. 19% per gli atipici). Oltre che nell'identificazione dei reflussi non acidi, la nuova metodica offre inoltre importanti informazioni in merito all'estensione prossimale del reflusso, alla composizione fisica del bolo ed alla clearance esofagea espressa dal bolus clearance time (BCT). Riguardo all'altezza raggiunta dal materiale refluito, questa sembrerebbe più frequentemente riguardare i canali prossimali, passando dal 90% del totale dei reflussi nei nati pretermine "sani" di Lopez-Alonso (4), al 79% dei lattanti ed al 69% dei bambini della nostra esperienza. Una spiegazione di questo potrebbe essere data dalla maggiore brevità delle vie aeree nei soggetti di età minore, ma forse anche da un maggior grado di distensione dello stomaco nei neonati e nei lattanti; questo fattore pare infatti influenzare l'altezza raggiunta dal reflusso, come dimostrato da una maggiore estensione prossimale del materiale refluito in fase post-prandiale (11). Studi condotti sull'adulto avrebbero, inoltre, documentato una diversa distribuzione in altezza in funzione della composizione chimica, con una minore estensione prossimale dei reflussi debolmente acidi rispetto agli acidi

(3). Riguardo alla composizione fisica del bolo, sembra esservi una prevalenza dei reflussi liquidi sia in soggetti adulti (3) che in età pediatrica (8) indipendentemente dall'età (51% dei lattanti e 49% delle epoche successive nella nostra esperienza). In merito al BCT, esprimendo questo il tempo di reale permanenza fisica del bolo in esofago, è risultato maggiormente predittivo della clearance esofagea rispetto all'acid clearance time (ACT) della pHmetria, che esprime invece la capacità dell'organo di ripulirsi dal materiale acido; dai dati di normali dell'adulto è emerso un rapporto ACT/BCT del 2,1 circa (3). La clearance esofagea è inoltre significativamente più rapida per i reflussi debolmente acidi rispetto a quelli con pH inferiore a 4, tanto nei soggetti adulti sani che, in misura maggiore, in quelli con MRGE (3,12).

Oltre che alla capacità di rilevare reflussi non acidi, il vantaggio diagnostico dell'IIM si estende alla capacità di rilevare reflussi acidi di breve durata (<5 sec) o rapidamente successivi (latenza tra i reflussi <10 sec) non rilevabili dalla pHmetria tradizionale e che complessivamente, nella nostra esperienza giustificano il 20% circa degli episodi acidi totali. Resta invece da definire il significato degli episodi rilevati dalla sola pHmetria; per quanto alcuni tra questi siano interpretabili come deglutizioni acide e pertanto come falsi positivi (40% dei reflussi rilevati dalla pHmetria, nella nostra casistica), è verosimile che per altri pos-

sa trattarsi di reflussi a segmento corto e che, pertanto, non soddisfano i criteri IIM di reflusso, ossia di una caduta di impedenza che interessi almeno due canali successivi. Ne deriva che, tuttora, non si dispone di un'indagine gold standard nella diagnosi di RGE; considerando pertanto le informazioni combinate pH-IIM, nella nostra casistica la sensibilità della pH-IIM risulta essere significativamente superiore rispetto alla pHmetria tradizionale, tanto nella rilevazione complessiva dei reflussi, acidi e non, (96% vs 40%) quanto, pur se in misura minore, nella rilevazione dei reflussi a pH inferiore a 4 (90% vs 80%).

### **E nei pazienti con ALTEs o con apnee della prematurità?**

Tra i sintomi atipici della MRGE, alcuni autori riportano le ALTEs (apparent life threatening events) e le apnee del pretermine (AOP); l'avvento della IIM è verosimile che possa apportare un contributo rilevante nello studio di queste associazioni sintomatologiche, essendo in queste popolazioni la pHmetria "cieca" per un periodo significativo del tempo di studio.

Wenzl ha per primo studiato l'associazione tra le ALTEs ed i reflussi ricorrendo ad una valutazione combinata polisonnografica e pH-impendenziometrica in una popolazione di 22 lattanti; una correlazione temporale sarebbe stata documentata nel 30% circa degli eventi sintomatologici e, degli episodi di reflusso associati, l'80% circa era non acido quindi non rilevabile con la pHmetria tradizionale (13). Rispetto alla durata complessiva dell'esame la frequenza delle apnee rilevata durante i reflussi era significativamente superiore rispetto a quella documentata nel periodo "reflux-free", concludendo per



**IL VANTAGGIO DIAGNOSTICO DELL'IIM SI ESTENDE ALLA CAPACITÀ DI RILEVARE REFLUSSE ACIDI DI BREVE DURATA O RAPIDAMENTE SUCCESSIVI NON RILEVABILI DALLA PHMETRIA TRADIZIONALE E CHE COMPLESSIVAMENTE GIUSTIFICANO IL 20% CIRCA DEGLI EPISODI ACIDI TOTALI.**



una associazione tra le due condizioni. In una valutazione più recentemente condotta, Mousa ha invece proposto un criterio di correlazione temporale tra RGE e apnee che tenga maggiormente conto della "variabilità inter-individuale" dell'associazione; nella sua esperienza l'autrice avrebbe in effetti documentato una relazione temporale scarsamente significativa tra apnee ed episodi di reflusso (15%), peraltro ugualmente rappresentati in funzione della composizione chimica (acidi nel 46% dei casi e non acidi nel restante 54%) (14). Nella nostra esperienza, condotta in un gruppo di 11 lattanti con ALTEs, non abbiamo ugualmente riportato alcuna correlazione significativa tra episodi di reflusso ed eventi cardiorespiratori rilevati alla polisonnografia suggestivi di ALTEs (apnee, ipopnee, desaturazioni, arousals, bradicardie e respiro periodico) (15). In merito all'associazione tra RGE ed AOP, nella nostra esperienza, condotta in un gruppo di 6 neonati pretermine omogeneo quanto a possibili fattori confondenti nella genesi delle AOP, abbiamo invece riportato una associazione tra reflussi non acidi ed episodi di apnee (16); l'estensione prossimale in faringe del materiale refluito non si è rilevato essere uno dei fattori predittivi dell'associazione, facendo ipotizzare meccanismi patogenetici diversi dalla microaspirazione. Per quanto i dati riportati in letteratura siano a tutt'oggi controversi, soprattutto in relazione ai criteri di selezione adottati, è comunque certo che l'avvento dell'indagine impedenziometrica ha apportato e potrà ulteriormente apportare un contributo rilevante nello studio di questa associazione sintomatologica, in una popolazione quale quella dei lattanti in cui l'acidità gastrica è tamponata per un periodo di tempo significativo.

## Conclusioni

L'avvento dell'indagine combinata pH-IIM ha offerto un contributo significativo nella rilevazione e caratterizzazione del RGE proponendosi così come una metodica altamente sensibile, prevalentemente nelle prime epoche di vita in cui la pHmetria è "cieca" per un periodo di tempo significativo. Non disponendo di valori normali in età pediatrica, l'informazione che la nuova metodica offre in merito ai reflussi non acidi è prevalentemente legata allo studio della correlazione sintomatologica. I dati in merito sono contrastanti, soprattutto in funzione della popolazione studiata (on- o off-therapy) e dei sintomi indagati, ma sono comunque concordi nel documentare la superiorità dell'indagine. Il potenziale ruolo svolto dai reflussi non acidi nella genesi dei sintomi dà pertanto un nuovo impulso alla ricerca di presidi terapeutici alternativi agli antisecretori nella gestione del paziente pediatrico con MRGE.

## Bibliografia

- Sifrim D, Castell D, Dent J, Kahrilas PJ. Gastro-esophageal reflux monitoring: review and consensus report on detection and definition of acid, non-acid, and gas reflux. *Gut* 2004;53:1024-31.
- Sifrim D. Acid, weakly acidic and non-acid gastroesophageal reflux: differences, prevalence and clinical relevance. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16:823-30.
- Shay S, Tutuian R, Sifrim D, et al. Twenty-four hour ambulatory simultaneous impedance and pH monitoring: a multicenter report of normal values from 60 healthy volunteers. *Am J Gastroenterol.* 2004 Jun;99(6): 1037-43.
- Lopez-Alonso M, Moya MJ, Cabo JA, et al. Twenty-four-hour esophageal impedance-pH monitoring in healthy preterm neonates: rate and characteristics of acid, weakly acidic, and weakly alkaline gastroesophageal reflux. *Pediatrics.* 2006 Aug;118(2):e299-308.
- Condino AAA, Sondheimer J, Pan Z, et al. Evaluation of gastroesophageal reflux in pediatric patients with asthma using impedance-pH monitoring. *J Pediatr* 2006; 149: 216-19.
- Mainie I, Tutuian R, Shay S, et al. Acid and non-acid reflux in patients with persistent symptoms despite acid suppressive therapy: a multicentre study using combined ambulatory impedance-pH monitoring. *Gut.* 2006 Oct;55(10):1398-402.
- Rosen R, Lord C, Nurko S. The sensitivity of multichannel intraluminal impedance and the pH probe in the evaluation of gastroesophageal reflux in children. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:167-72.
- Rosen R, Nurko S. The importance of multichannel intraluminal impedance in the evaluation of children with persistent respiratory symptoms. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:2452-58.
- Sifrim D, Dupont L, Blondeau K, et al. Weakly acid reflux in patients with chronic unexplained cough during 24 hour pressure, pH, and impedance monitoring. *Gut* 2005, 54:449-54.
- Condino AA, Sondheimer J, Pan Z, et al. Evaluation of infantile acid and nonacid gastroesophageal reflux using combined pH monitoring and impedance measurement. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;42:16-21.
- Cresi F, de Sanctis L, Savino F, et al. Relationship between gastro-oesophageal reflux and gastric activity in newborns assessed by combined intraluminal impedance, pH metry and epigastric impedance. *Neurogastroenterol Motil* 2006;18:361-68.
- Sifrim D, Vela M, Holloway R, et al. Clearance of acid and non acid gastroesophageal reflux during 24-hr ambulatory pH-impedance recordings. *Gastroenterology* 2001; 120: 3202.
- Wenzl TG, Schenke S, Peschgens T, et al. Association of apnea and non acid gastroesophageal reflux in infants: investigations with the intraluminal impedance technique. *Ped Pulmonol* 2001;31:144-49.
- Mousa H, Woodley FW, Metheny M, et al. testing the association between gastroesophageal reflux and apnea in infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;41:169-77.
- Francavilla R, Magistà AM, Rizzi D, et al. Temporal association between apparent life-threatening events and gastroesophageal reflux detected by multichannel intraluminal impedance. *Dis Liv Dis* 2006; 38(1): A11.
- Magistà AM, Indio F, Baldassarre M, et al. Multichannel intraluminal impedance to detect relationship between gastroesophageal reflux and apnea of prematurity. *Dig Liver Dis.* 2007;39(3):216-21.

---

# Regolamento europeo. Sperimentazione dei farmaci per uso pediatrico

---

E. Napoleone

*Responsabile Nazionale FIMP Ricerca e Sperimentazione Farmacologica, Vice Presidente SIPPS Molise*

---

Dal Bollettino d'Informazione sui Farmaci (AIFA) ANNO XII N°5-6 del 2005:

“La popolazione pediatrica è un gruppo vulnerabile che si differenzia dagli adulti per caratteristiche fisiologiche, psicologiche e di sviluppo. Questo rende particolarmente importante la ricerca di medicinali orientati in funzione dell'età e dello sviluppo. Ad oggi, oltre il 50% dei medicinali impiegati per il trattamento dei bambini in Europa non è stato studiato, né autorizzato per uso pediatrico. La salute e la qualità di vita dei bambini possono quindi subire le conseguenze della mancata sperimentazione e autorizzazione dei medicinali per tale uso. Ai piccoli pazienti, molto di frequente, vengono somministrati farmaci concepiti per gli adulti, semplicemente a dosi ridotte, senza considerare che l'organismo dei più piccoli li assorbe o li elimina in maniera diversa, o sviluppa effetti secondari particolari. I bambini hanno bisogno di composizioni farmaceutiche differenti da quelle per gli adulti, non soltanto per una tolleranza migliore, ma anche ai fini di una maggiore efficacia. Poche industrie farmaceutiche, tuttavia, producono medicinali specifici destinati ai bambini poiché gli studi clinici sono più difficili e i tempi per la loro messa a punto più lunghi. In questo contesto l'Unione Europea

ha deciso di dotarsi di mezzi efficaci per sostenere lo sviluppo dei medicinali pediatrici e colmare questa carenza nel settore della sanità pubblica. A questo proposito, il Consiglio Europeo con la Risoluzione del 14 dicembre 2000 ha invitato la Commissione Europea a presentare proposte sotto forma di incentivi, misure di regolamentazione o altre misure di sostegno in tema di ricerca clinica e sviluppo, affinché i medicinali nuovi e quelli commercializzati destinati alla popolazione pediatrica siano ad essa del tutto adeguati.

Tale proposta è direttamente correlata ai seguenti atti legislativi comunitari che disciplinano:

- il quadro regolamentare per i medicinali,
- l'istituzione dell'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA),
- la regolamentazione ed esecuzione della sperimentazione clinica nella Comunità,
- la designazione di medicinali orfani in ambito comunitario e incentivi volti a promuoverne lo sviluppo.

In tal modo si istituisce un quadro normativo specifico ed eventuali ulteriori disposizioni saranno adottate dalla Commissione sotto forma di linee-guida, previa consultazione degli Stati membri, dell'EMA e degli enti coinvolti.”

Il giorno 26 gennaio 2007 è stata approvata dalla C.E la Legge

n.1901: Regolamentazione europea sui medicinali per uso pediatrico.

I presupposti principali di tale Regolamento nascono dall'esigenza che, prima di essere immesso in commercio in uno o più Stati membri un medicinale per uso umano deve, in genere, essere sottoposto a studi approfonditi, comprese le prove precliniche e le sperimentazioni cliniche, al fine di garantire la sicurezza, l'elevata qualità e l'efficacia del suo impiego nella popolazione cui è destinato.

Molti dei medicinali attualmente impiegati nella popolazione pediatrica non sono stati studiati o autorizzati a tal fine. I problemi che risultano dalla mancanza di medicinali adatti per l'uso pediatrico includono rischi più elevati di reazioni avverse.

Il presente regolamento mira ad agevolare lo sviluppo e l'accessibilità di medicinali per uso pediatrico, a garantire che i medicinali utilizzati nella popolazione pediatrica siano oggetto di una ricerca etica di qualità elevata e di un'autorizzazione specifica per l'uso pediatrico, nonché a migliorare le informazioni disponibili sull'uso dei medicinali nelle diverse popolazioni pediatriche.

Tale obiettivo deve essere raggiunto con mezzi che non impediscono la libera circolazione dei medicinali sicuri all'interno della Comunità. L'i-

stituzione di un sistema di obblighi, premi ed incentivi si è dimostrato necessario per raggiungere tali obiettivi.

Qualsiasi preoccupazione per la sperimentazione nella popolazione pediatrica andrebbe controbilanciata dalle preoccupazioni etiche riguardanti la somministrazione di medicinali a una popolazione su cui non sono stati adeguatamente sperimentati.

È opportuno istituire un comitato scientifico, il comitato pediatrico, all'interno dell'Agenzia europea per i medicinali che disponga delle conoscenze e competenze necessarie nell'ambito dello sviluppo e della valutazione di tutti gli aspetti dei medicinali destinati alle popolazioni pediatriche. A tal fine il comitato pediatrico dovrebbe essere indipendente dall'industria farmaceutica. Detto comitato dovrebbe essere responsabile innanzitutto della valutazione scientifica e dell'approvazione dei piani d'indagine pediatrica e del relativo sistema di deroghe e differimenti; dovrebbe inoltre costituire un elemento chiave delle diverse misure di sostegno contenute nel presente regolamento.

Il piano d'indagine pediatrica dovrebbe includere dettagli sul calendario e sulle misure proposte per dimostrare la qualità, la sicurezza e l'efficacia del medicinale per la popolazione pediatrica. I piani d'indagine pediatrica andrebbero presentati, pertanto, nella fase iniziale dello sviluppo del prodotto, in modo da consentire l'esecuzione di studi nella popolazione pediatrica prima della presentazione delle domande di autorizzazione all'immissione in commercio.

Per i nuovi medicinali e per quelli autorizzati protetti da un brevetto o da un certificato protettivo complementare è necessario introdurre l'ob-

bligo di presentare i risultati degli studi effettuati in campo pediatrico, conformemente ad un piano d'indagine pediatrica approvato, oppure la prova di una deroga o un differimento ottenuti all'epoca della presentazione di una domanda di autorizzazione all'immissione in commercio oppure di una domanda riguardante una nuova indicazione terapeutica, forma farmaceutica o via di somministrazione.

È opportuno prevedere che la ricerca per i farmaci ad uso pediatrico non coperti da brevetto o da certificato protettivo complementare sia finanziata all'interno dei programmi comunitari per la ricerca.

Al fine di garantire che la ricerca pediatrica sia condotta unicamente per rispondere alle esigenze terapeutiche della popolazione pediatrica, è necessario istituire procedure che consentano all'Agenzia di derogare alla prescrizione per prodotti specifici o per classi o parti di classi di medicinali.

Garantire che la ricerca sia condotta solo in condizioni di sicurezza, rispondenti alle norme etiche, e che la prescrizione relativa ai dati pediatrici non sia motivo di ostacoli o ritardi per l'autorizzazione di medicinali destinati ad altre popolazioni.

Per incentivare gli sponsor che sviluppino medicinali per uso pediatrico l'Agenzia dovrebbe mettere a disposizione un servizio gratuito di consulenza scientifica.

Le autorità competenti dovrebbero verificare la conformità degli studi al piano d'indagine pediatrico approvato e la concessione di eventuali deroghe e differimenti. Includere nelle informazioni relative al prodotto i risultati degli studi in campo pediatrico, nonché informazioni sullo status dei piani d'indagine pediatrica, sulle deroghe e sui differimenti. Disporre che le etichette dei medicinali,

a cui è stata concessa un'indicazione pediatrica, esibiscano un simbolo scelto dalla Commissione su raccomandazione del comitato pediatrico. Istituire un nuovo tipo di autorizzazione all'immissione in commercio, ossia l'autorizzazione all'immissione in commercio per uso pediatrico, La domanda di autorizzazione all'immissione in commercio per uso pediatrico dovrebbe comprendere i dati relativi all'impiego del prodotto nella popolazione pediatrica raccolti conformemente al piano d'indagine pediatrica approvato.

Il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio dovrebbe essere obbligato a commercializzare il prodotto tenendo conto delle informazioni pediatriche entro due anni dalla data di approvazione dell'indicazione.

È opportuno istituire una procedura opzionale che renda possibile ottenere un unico parere, valido in tutta la Comunità, per quanto riguarda un medicinale autorizzato a livello nazionale, qualora i dati pediatrici raccolti conformemente ad un piano d'indagine pediatrica approvato facciano parte della domanda di autorizzazione all'immissione in commercio.

È indispensabile garantire che i meccanismi di farmacovigilanza siano adattati in modo da soddisfare i criteri specifici per la raccolta dei dati sulla sicurezza dell'uso nella popolazione pediatrica, inclusi i possibili effetti a lungo termine. Nell'interesse della salute pubblica, è necessario assicurare la costante disponibilità di medicinali autorizzati per indicazioni pediatriche sicuri ed efficaci, sviluppati a norma del presente regolamento.

Ai prodotti che rientrano nella prescrizione relativa alla presentazione di dati pediatrici bisognerebbe concedere un premio, consistente in una

proroga di sei mesi del certificato protettivo complementare.

È opportuno estendere il periodo di esclusiva di mercato per i medicinali orfani da dieci a dodici anni.

Al fine di garantire la trasparenza dei diversi provvedimenti a livello comunitario e nazionale, la Commissione dovrebbe compilare un elenco dettagliato di tutti gli incentivi disponibili, basandosi sulle informazioni fornite dagli Stati membri.

Per aumentare la disponibilità di informazioni sull'uso pediatrico dei medicinali ed evitare la duplicazione non necessaria di studi in campo pediatrico che non accrescono le conoscenze collettive, la banca dati europea di cui all'articolo 11 della direttiva 2001/20/CE dovrebbe includere un registro europeo della sperimentazione clinica dei medicinali ad uso pediatrico che comprenda tutti gli studi sui medicinali per uso pediatrico in corso, interrotti o completati, effettuati nella Comunità e in paesi terzi. Previa consultazione della Commissione, degli Stati membri e degli interessati, il comitato pediatrico dovrebbe istituire e aggiornare regolarmente un inventario delle esigenze terapeutiche della popolazione pediatrica. Le sperimentazioni cliniche nella popolazione pediatrica possono richiedere conoscenze specifiche, una metodologia particolare e, talvolta, strutture specifiche. Dovrebbero inoltre essere effettuate da ricercatori con una formazione appropriata. Una rete che colleghi tutte le iniziative ed i centri di studio nazionali e comunitari esistenti, allo scopo di potenziare le necessarie competenze a livello comunitario, e che tenga conto dei dati della Comunità e dei paesi terzi contribuirebbe a facilitare la cooperazione e ad evitare la duplicazione non necessaria degli studi. Tale rete dovrebbe

aiutare l'opera di rafforzamento delle basi dello Spazio europeo della ricerca nel contesto dei programmi quadro delle azioni comunitarie di ricerca, di sviluppo tecnologico e di dimostrazione, beneficiare la popolazione pediatrica e fungere da fonte di informazione e conoscenza per l'industria.

Vediamo in dettaglio quelli che sono gli articoli più importanti :

### **Oggetto e definizioni**

#### *Articolo 1*

Il presente regolamento istituisce le norme che disciplinano lo sviluppo di medicinali per uso umano al fine di rispondere alle esigenze terapeutiche specifiche della popolazione pediatrica, senza sottoporre la popolazione pediatrica a sperimentazioni cliniche o d'altro tipo non necessarie e conformemente alla direttiva 2001/20/CE.

#### *Articolo 2*

Oltre alle definizioni di cui all'articolo 1 della direttiva 2001/83/CE, ai fini del presente regolamento si applicano le seguenti definizioni:

- 1) «popolazione pediatrica»: la parte della popolazione dalla nascita ai diciotto anni;
- 2) «piano d'indagine pediatrica»: programma di ricerca e sviluppo che mira a garantire che siano generati i dati necessari per determinare le condizioni in cui un medicinale può essere autorizzato per uso pediatrico;
- 3) «medicinale autorizzato per un'indicazione pediatrica»: medicinale autorizzato per l'impiego in parte o in tutta la popolazione pediatrica e per il quale i dettagli dell'indicazione autorizzata sono specificati nel riassunto delle caratteristiche del prodotto redatto

conformemente all'articolo 11 della direttiva 2001/83/CE;

- 4) «autorizzazione all'immissione in commercio per uso pediatrico»: autorizzazione all'immissione in commercio concessa ad un medicinale per uso umano che non è protetto da un certificato protettivo complementare a norma del regolamento (CEE) n. 1768/92 o da un brevetto che può beneficiare di un certificato protettivo complementare e che copre esclusivamente le indicazioni terapeutiche importanti per l'uso nella popolazione pediatrica o in sue sottopopolazioni, incluse le indicazioni riguardanti il dosaggio appropriato, la forma farmaceutica o la via di somministrazione del prodotto.

### **CAPO 2**

#### **Comitato pediatrico**

#### *Articolo 3*

1. Entro il 26 luglio 2007 è istituito un comitato pediatrico all'interno dell'Agenzia europea per i medicinali istituita dal regolamento (CE) n. 726/2004 (di seguito «l'Agenzia»). Il comitato pediatrico è considerato istituito all'atto della nomina dei membri di cui all'articolo 4, paragrafo 1, lettere a) e b).

L'Agenzia assicura le funzioni di segretariato del comitato pediatrico e gli fornisce assistenza tecnica e scientifica.

2. Salvo disposizioni diverse del presente regolamento, al comitato pediatrico si applica il regolamento (CE) n. 726/2004.

3. Il direttore esecutivo dell'Agenzia coordina adeguatamente i lavori del comitato pediatrico e del comitato per i medicinali per uso umano, del comitato per i medicinali orfani, dei loro gruppi di lavoro e di qualsiasi altro gruppo consultivo scientifico.

L'Agenzia istituisce le procedure specifiche per eventuali consultazioni tra di essi.

#### Articolo 4

1. Il comitato pediatrico si compone dei seguenti membri:...
2. I membri del comitato pediatrico sono nominati per un periodo di tre anni rinnovabile.

#### Articolo 5

1. Nell'elaborazione dei pareri il comitato pediatrico si adopera al massimo per raggiungere un consenso scientifico.

#### Articolo 6

1. I compiti del comitato pediatrico includono:
  - a) la valutazione del contenuto di qualsiasi piano d'indagine pediatrica per un medicinale presentato conformemente al presente regolamento e l'espressione di un parere;
  - b) la valutazione delle deroghe e dei differimenti e l'espressione di un parere;
  - c) su richiesta del comitato per i medicinali per uso umano, di un'autorità competente o del richiedente, la valutazione della conformità della domanda di autorizzazione all'immissione in commercio al relativo piano d'indagine pediatrica approvato e l'espressione di un parere;
  - d) su richiesta del comitato per i medicinali per uso umano o di un'autorità competente, la valutazione dei dati generati conformemente ad un piano d'indagine pediatrica approvato e l'espressione di un parere sulla qualità, la sicurezza e l'efficacia del medicinale per l'uso nella popolazione pediatrica;
  - e) l'espressione di un parere sul contenuto e sul formato dei dati che vanno raccolti per l'indagine di cui all'articolo 42;

- f) il sostegno e la consulenza dell'Agenzia in relazione all'istituzione della rete europea di cui all'articolo 44;
  - g) l'assistenza scientifica per l'elaborazione dei documenti relativi alla realizzazione degli obiettivi del presente regolamento;
  - h) su richiesta del direttore esecutivo dell'Agenzia o della Commissione, l'offerta di consulenza su qualsiasi questione connessa ai medicinali per uso pediatrico;
  - i) istituzione di un inventario specifico delle esigenze di medicinali pediatrici e suo aggiornamento regolare, come indicato all'articolo 43;
  - j) consulenza all'Agenzia e alla Commissione in merito alla comunicazione delle modalità con cui viene condotta la ricerca nel campo della medicina pediatrica;
  - k) fare una raccomandazione alla Commissione sul simbolo di cui all'articolo 32, paragrafo 2.
2. Nell'esecuzione dei propri compiti il comitato pediatrico valuta se gli studi eventualmente proposti possano presumibilmente apportare un beneficio terapeutico significativo alla popolazione pediatrica e/o soddisfare un'esigenza terapeutica.

### **Prescrizioni relative all'autorizzazione all'immissione in commercio**

#### **CAPO 1**

#### **Prescrizioni generali**

#### **Deroghe**

#### Articolo 11

1. Una deroga alla presentazione delle informazioni di cui all'articolo 7, paragrafo 1, lettera a), può essere concessa per medicinali specifici o classi di medicinali, se esistono dati che dimostrano una delle situazioni seguenti:
  - a) il medicinale specifico o la classe di medicinali non offre probabilm-

- te una garanzia di efficacia o di sicurezza per parte o per l'insieme della popolazione pediatrica;
- b) la malattia o l'affezione a cui è destinato il medicinale specifico o la classe di medicinali si verifica solo nelle popolazioni adulte;
- c) il medicinale specifico non rappresenta un beneficio terapeutico significativo rispetto alle terapie esistenti per i pazienti pediatrici.

### **Piano d'indagine pediatrica**

#### **Sezione 1**

#### **Richieste di approvazione**

#### Articolo 15

1. Per le domande di autorizzazione all'immissione in commercio presentate conformemente alle disposizioni dell'articolo 7, paragrafo 1, lettere a) o d), dell'articolo 8 o dell'articolo 30 è necessario elaborare un piano d'indagine pediatrica da sottoporre all'Agenzia con una richiesta di approvazione.
2. Il piano d'indagine pediatrica specifica il calendario e le misure proposte per accertare la qualità, la sicurezza e l'efficacia del medicinale in tutte le sottopopolazioni pediatriche interessate.  
Esso descrive inoltre qualsiasi misura volta ad adattare la formulazione del medicinale in modo da rendere il suo impiego più accettabile, facile, sicuro o efficace per le diverse sottopopolazioni pediatriche.

#### **Differimenti**

#### Articolo 20

1. Contemporaneamente alla presentazione del piano di indagine pediatrica a norma dell'articolo 16, paragrafo 1, è possibile presentare una richiesta di differimento dell'avvio o del completamento di alcune o

di tutte le misure previste nel piano. Tale differimento deve essere giustificato da motivi scientifici, tecnici oppure attinenti alla salute pubblica.

### **Modificazione di un piano d'indagine pediatrica**

#### *Articolo 22*

Se il richiedente, successivamente all'approvazione del piano d'indagine pediatrica, incontra difficoltà di attuazione tali da rendere il piano non eseguibile o non più appropriato, questi può proporre modificazioni o presentare al comitato pediatrico una richiesta di differimento o deroga dettagliatamente motivata.

#### *Articolo 24*

Se nel corso della valutazione scientifica di una domanda di autorizzazione all'immissione in commercio valida, l'autorità competente conclude che gli studi non sono conformi al piano d'indagine pediatrica approvato, il prodotto non può beneficiare dei premi e degli incentivi di cui agli articoli 36, 37 e 38.

### **Autorizzazione all'immissione in commercio per uso pediatrico**

#### *Articolo 30*

1. La presentazione di una domanda di autorizzazione all'immissione in commercio per uso pediatrico non preclude in alcun modo il diritto di presentare una domanda di autorizzazione all'immissione in commercio per altre indicazioni.

2. Una domanda di autorizzazione all'immissione in commercio per uso pediatrico è corredata delle informazioni e dei documenti necessari per stabilire la qualità, la sicurezza e l'efficacia per la popolazione pediatrica, compresi i dati specifici necessari a

sostegno del dosaggio, della forma farmaceutica o della via di somministrazione appropriati del prodotto conformemente al piano d'indagine pediatrica approvato.

#### *Articolo 32*

1. Qualora ad un medicinale sia concessa l'autorizzazione all'immissione in commercio per un'indicazione pediatrica, l'etichetta riporta il simbolo approvato conformemente al paragrafo

2. Il foglietto illustrativo contiene una spiegazione del significato del simbolo.

3. Entro il 26 gennaio 2008, la Commissione sceglie un simbolo seguendo una raccomandazione del comitato pediatrico. La Commissione rende pubblico tale simbolo.

### **Prescrizioni relative alla fase successiva all'autorizzazione**

#### *Articolo 34*

1. Il richiedente, oltre alle ordinarie prescrizioni relative alla sorveglianza post-commercializzazione, indica in dettaglio le misure volte a garantire il monitoraggio dell'efficacia e delle possibili reazioni avverse all'uso pediatrico del medicinale nei casi seguenti:

a) domande di autorizzazione all'immissione in commercio che includono un'indicazione pediatrica;

b) domande di inclusione di un'indicazione pediatrica in un'autorizzazione all'immissione in commercio esistente;

c) domande di autorizzazione all'immissione in commercio per uso pediatrico.

2. Per eventuali preoccupazioni particolari, l'autorità competente può richiedere, come condizione per la concessione dell'autorizzazione al-

l'immissione in commercio, l'istituzione di un sistema di gestione dei rischi oppure l'esecuzione di studi specifici successivi alla commercializzazione e la presentazione dei relativi risultati. Il sistema di gestione dei rischi comprende un insieme di attività di farmacovigilanza ed interventi mirati ad identificare, prevenire o minimizzare i rischi connessi ai medicinali, inclusa la valutazione dell'efficacia di tali interventi.

### **Premi e incentivi**

#### *Articolo 36*

1. Qualora una domanda a norma degli articoli 7 o 8 includa i risultati di tutti gli studi effettuati conformemente al piano d'indagine pediatrica approvato, il titolare del brevetto o del certificato protettivo complementare ha diritto ad una proroga di sei mesi del periodo di cui all'articolo 13, paragrafi 1 e 2, del regolamento (CEE) n. 1768/92.

#### *Articolo 39*

1. Oltre ai premi e agli incentivi di cui agli articoli 36, 37 e 38, i medicinali per uso pediatrico possono beneficiare di incentivi forniti dalla Comunità o dagli Stati membri per sostenere la ricerca, lo sviluppo e la disponibilità dei medicinali per uso pediatrico.

#### *Articolo 40*

1. Nel bilancio della Comunità sono previsti fondi di ricerca concernenti medicinali pediatrici destinati a sostenere gli studi attinenti ai medicinali o alle sostanze attive non tutelati da un brevetto o da un certificato protettivo complementare.

2. Il finanziamento comunitario è concesso attraverso i programmi quadro delle azioni comunitarie di ricerca, di sviluppo tecnologico e di

dimostrazione o qualsiasi altra iniziativa comunitaria volta al finanziamento della ricerca.

## **Comunicazione e coordinamento**

### *Articolo 41*

1. La banca dati europea istituita dall'articolo 11 della direttiva 2001/20/CE include sperimentazioni cliniche effettuate in paesi terzi figuranti in un piano d'indagine pediatrica approvato, oltre alle sperimentazioni cliniche di cui agli articoli 1 e 2 di detta direttiva. Nel caso di simili sperimentazioni cliniche effettuate in paesi terzi, i dettagli elencati nell'articolo 11 della succitata direttiva sono inseriti nella banca dati dal destinatario della decisione dell'Agenzia su un piano d'indagine pediatrica approvato.

### *Articolo 43*

1. In base alla informazioni di cui all'articolo 42 e previa consultazione della Commissione, degli Stati membri e delle parti interessate, il comitato pediatrico istituisce un inventario delle esigenze terapeutiche, in particolare al fine di individuare le priorità per la ricerca.

L'Agenzia rende accessibile al pubblico tale inventario entro il 26 gennaio 2009 e lo aggiorna periodicamente.

2. Per l'istituzione dell'inventario delle esigenze terapeutiche si tiene conto della prevalenza delle affezioni nella popolazione pediatrica, della gravità di tali affezioni, della disponibilità e dell'adeguatezza dei trattamenti alternativi per tali affe-

zioni, incluse la loro efficacia e la natura delle reazioni avverse, di qualsiasi questione di sicurezza esclusivamente di natura pediatrica, nonché di qualsiasi dato derivante da studi condotti in paesi terzi.

### *Articolo 44*

1. L'Agenzia sviluppa, con il sostegno scientifico del comitato pediatrico, una rete europea delle reti nazionali ed europee esistenti, dei ricercatori e dei centri con competenze specifiche nell'esecuzione di studi nella popolazione pediatrica.

2. La rete europea mira, tra l'altro, a coordinare gli studi relativi ai medicinali per uso pediatrico, potenziare le competenze scientifiche e amministrative necessarie a livello europeo ed evitare l'inutile duplicazione degli studi e della sperimentazione nella popolazione pediatrica.

3. Entro il 26 gennaio 2008 il consiglio di amministrazione dell'Agenzia adotta, su proposta del direttore esecutivo e previa consultazione della Commissione, degli Stati membri e delle parti interessate, una strategia di attuazione per l'avvio e l'applicazione della rete europea. Tale rete deve, se del caso, essere compatibile con i lavori di rafforzamento delle basi dello Spazio europeo della ricerca nell'ambito del programma quadro delle azioni comunitarie di ricerca, di sviluppo tecnologico e di dimostrazione.

### *Articolo 49*

1. Senza pregiudizio del protocollo sui privilegi e sulle immunità delle Comunità europee, ogni Stato membro determina le sanzioni da ir-

rogare, in caso di violazione delle disposizioni del presente regolamento o delle misure di esecuzione adottate in forza del medesimo in relazione ai medicinali autorizzati mediante le procedure stabilite dalla direttiva 2001/83/CE, e adotta tutti i provvedimenti necessari per assicurarne l'applicazione.

Alla luce di quella che è la nuova Regolamentazione Europea sulla sperimentazione dei farmaci in pediatria della Legge n. 1901 del 26 gennaio 2007, si aprono nuovi orizzonti per la Pediatria (Art.44).

Dobbiamo essere pronti ad affrontare quella che definirei la "European pediatric challenge": ossia dobbiamo implementare e ramificare il più possibile la Rete dei Pediatri Ricercatori e costituire l'"Expertise" pediatrica finalizzata alla ricerca di Qualità.

Per ottenere questo però c'è necessità della collaborazione di tutti, in un lavoro di squadra che ci vedrà impegnati a saper far riconoscere all'Europa tutta, l'etica, la metodologia e la qualità della rete dei pediatri ricercatori.

Non più isolati nei nostri studi ma insieme saremo soggetti attivi nella produzione di prove di efficacia e di tollerabilità, nello sviluppo di conoscenze scientifiche che ci permetteranno di migliorare le nostre competenze professionali, organizzative e culturali. Sarà infatti merito di tutti se ai Pediatri italiani verrà riconosciuta quella "expertise" necessaria per il salto di qualità, per far sì che i nostri studi non siano più unicamente luoghi di applicazione del sapere, ma protagonisti di produzione scientifica.

---

# La Clown terapia

## Un'Esperienza in Ospedale per Vivere in Positivo

B. Zaniboni<sup>1</sup>, F. Novi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Infermiera, Dipartimento Igienico Organizzativo, Azienda Usl di Bologna, sede lavorativa: Ospedale Maggiore L.go B. Nigrisoli 2 40133 Bologna; e-mail: Barbara.Zaniboni@ausl.bo.it, <sup>2</sup>Collaboratore Amministrativo, Dipartimento Igienico Organizzativo, U.O. Accoglienza e Comunicazione, Azienda Usl di Bologna, sede lavorativa: Ospedale Maggiore L.go B. Nigrisoli 2 40133 Bologna, tel 0516478455; e-mail: Francesca.Novi@ausl.bo.it

---

La Clownterapia offre un supporto alla medicina tradizionale come parte integrante del percorso di cura.

L'obiettivo fondamentale è la persona e la capacità empatica di rapportarsi sviluppando nel volontario le sinergie comunicative in modo da entrare in sintonia con l'interiorità degli ospiti. Vivere in Positivo vuol dire partire da un atteggiamento positivo alla bellezza della vita e considerare ogni persona una ricchezza.

Questo è un approccio operativo fondamentale che si attua attraverso lo strumento gioioso e positivo del clown è teso a sviluppare nella persona la consapevolezza del proprio valore e la propria responsabilità rispetto alla guarigione o al miglioramento delle proprie condizioni di vita.

“Uniti per crescere insieme” è il motto dell'associazione VIP Italia. Il “crescere insieme” è la modalità con cui VIP Italia coinvolge i suoi volontari in un progetto e come lo stesso viene attuato: dalla formazione al tipo di rapporto che dovranno tenere con le persone a cui il servizio è rivolto.

I Clown sono gli strumenti che offrono speranza e forza per ritrovare momenti gioiosi e sereni.

Da ormai 4 anni all'interno della nostra Azienda un gruppo di clown di Bologna dell'associazione VIP Clown (Viviamo in Positivo) offrono il loro servizio di volontariato

nella giornata di sabato pomeriggio nei reparti di Chirurgia Pediatrica, Pronto Soccorso Pediatrico, Geriatria, Endocrinologia e Post-Acuti dell'Ospedale Maggiore e di Chirurgia Maxillo-facciale, Neurologia, Neurochirurgia Infantile e Post-acuti dell'Ospedale Bellaria.

Il volontario clown, con il suo camice colorato, il suo naso rosso, le sue parrucche dai colori sgargianti e soprattutto con il suo sorriso si propone di portare uno spiraglio di spensieratezza nei reparti.

Lo scopo dei volontari è quello di rendere l'ambiente più allegro e colorato cercando di creare un momento di svago e di divertimento al

fine di aiutare, anche solo per qualche momento, i degenti grandi e piccoli a sentirsi più a loro agio in ospedale.

Durante le loro visite i bambini ridono e vivono questo come un momento di festa.

La loro risata, l'attimo di spensieratezza che i bimbi vivono aiuta anche i genitori a ritrovare l'energia per sostenere i loro figli nel cammino verso la guarigione.

Nella vita quotidiana quando vediamo un clown ci viene spontaneo di sorridere, per cui ritrovare questa figura in un luogo come l'ospedale dove si vive a fianco di situazioni dolorose porta sicuramente attimi di







Bologna, 6-12-2002. Natale con i Clown. All'Ospedale Maggiore i bambini ricoverati con i loro parenti allestiscono l'albero insieme ai medici e agli infermieri. Archivio AUSL città di Bologna - foto Paolo Righi

conforto, sostegno e gioia alle persone in grande difficoltà.

Il volontario clown entra "in punta di piedi", chiede sempre al personale medico o infermieristico il permesso di poter svolgere la propria attività nel rispetto assoluto delle decisioni prese.

Dopo di che entrano nelle stanze armate di ciucci, papillon, palloncini, cravatte e parrucche colorate per intrattenere, supportare e sostenere degenti e familiari con momenti di svago e gioco.

L'ingresso nelle camere di degenza avviene utilizzando tecniche parti-

colari: suonando campanelli immaginari, aspettando di essere invitati ad entrare oppure entrando in maniera goffa facendo finta di incastrarsi nella porta coinvolgendo i più piccoli in una sorta di aiuto/gioco per liberarsi.

Non c'è nessun tipo di imposizione, viene chiesto il consenso alle persone anche utilizzando tecniche per capire se ben accolti, in caso di messaggio negativo si limitano a un sorriso e ad un breve saluto.

Un'esperienza vissuta: "Credo, e non parlo da operatore ma da mamma che si è trovata a dover affrontare il

ricovero della propria bimba, che la loro sia una attività complementare importante, ritengo che debba essere svolta, ampliata e supportata anche dagli organismi istituzionali.

Il ricovero di un figlio, di un congiunto, è un momento di grande tensione e di grande preoccupazione dove a volte si è obbligati a sorridere per non fare trapelare il dolore.

Incontrare tali persone, che sono lì per te, per far sorridere e divertire il tuo bambino e creare un momento di normalità aiuta a rendere più sopportabile questa evenienza così nuova e difficile come un ricovero ospedaliero."

Credendo fermamente nella importanza di quest'attività il gruppo HPH (Ospedali per la promozione della salute) Accoglienza che opera nella nostra azienda allo scopo di promuovere ed incentivare la cultura al corretto uso di servizi sanitari e dare visibilità a iniziative eccellenti, da quest'anno ha coinvolto nel proprio team di progetto i volontari di VIP-Clown che collaboreranno ai progetti del gruppo stesso.

Una delle prime iniziative è stata quella di estendere la loro presenza agli ospedali della provincia proprio per rafforzare gli aspetti relazionali di tipo amicale di sostegno psicologico per contribuire a creare un clima sereno e rassicurante.

*HPH Accoglienza Azienda USL di Bologna*

*Il team di progetto: Sonia Cavallin - Patrizia Farruggia - Francesca Raggi - Francesca Novi - Doriana Grazia - Mariarosaria Di Niro - Valerio Giorni - Barbara Zaniboni - Loredana Fauni - Alessandra Maccaferri - Mariagrazia Bedetti - Lucia Rubbi - Ivano Adversi - Clown Molla*

# Fitoterapia: conosciamola meglio

T. Di Giampietro

SIPPS Regionale Abruzzo

Impiegare le piante per curarsi è un istinto vecchio, come la storia dell'umanità, che si riflette anche nel comportamento degli animali.

Fitoterapia o terapia con le piante è la scienza che si occupa dell'impiego dei medicinali vegetali per la cura delle malattie umane.

La conoscenza delle piante medicinali e il loro impiego terapeutico in Occidente data più di 5.000 anni:

- Durante gli scavi di Nippur furono ritrovate tavolette di argilla Sumeriche, risalenti al 3.000 a.C., dove, incise con caratteri cuneiformi, erano raccolte ricette di formule per l'uso delle piante medicinali.
- A Ebla, in Siria, sono ritrovate migliaia di tavolette in molte delle quali, a caratteri cuneiformi, è descritta la medicina vegetale mesopotamica.
- Imothep, sacerdote dell'antico Egitto (costruttore della Piramide a gradoni di Saqqara) descrive centinaia di formule con piante medicinali; al 2.850 a.C. risale il

Papiro di Ebers ritrovato nei pressi di Luxor.

- Nel 1.300 a.C. in Grecia, Asclepio creò centri di cura in cui la musica, lo sport e le sue cure con le piante formavano un tutt'uno. L'Asclepianesimo divenne un importante ordine di guaritori di cui fece anche parte Ippocrate, il padre della Medicina, il quale, nel 400 a.C. descriveva la conoscenza di 100 piante. Nel 280 fu pubblicato il *Corpus Hippocraticum*
  - Nel 100 d.C. Dioscoride nella sua *Materia Medica* descrive più di 600 "semplici"
  - Nel 200 d.C. Galeno (medico dell'Imperatore Marco Aurelio) inizia la verifica sperimentale dell'attività terapeutica delle piante, dando il via alla ricerca farmaceutica.
- La fitoterapia moderna ha origine nel Rinascimento con le prime scuole mediche laiche e le prime Università:
- La Scuola Salernitana (XI-XIII sec.) è la prima nel suo genere e diviene famosa in tutto il mondo per i suoi maestri e per il suo orto

botanico. Aperta agli allievi di tutto il mondo, era ispirata alla verifica delle conoscenze scientifiche.

- Nel XII sec. Nasce l'Università di Montpellier, considerata l'erede della scuola Salernitana. Ne è illustre maestro lo spagnolo Arnaldo da Villanova (1240-1312) che è il primo a intuire che i principi attivi vengono ceduti dalle piante all'alcool durante la macerazione.
  - La badessa Ildegarda di von Bingen (XII sec.) scrive in Germania il primo trattato di fitoterapia.
  - Paracelso (1493-1541) raggruppa le piante in base a caratteristiche morfologiche definendo una sorta di "Similitudine delle Signature" (analisi comparativa di forma e colore di fiori, foglie, radici con forma e colore di organi e visceri del corpo umano). Hahnemann contrappose la legge di Similitudine alla dottrina delle Signature.
  - Lo stesso Leonardo da Vinci (1452-1519) studiò la botanica e la fisiologia vegetale e tentò di isolare i principi attivi di alcune piante.
- Col progredire delle conoscenze chimiche e la messa a punto di apparecchiature adatte alle ricerche qualitative si va verso una maggiore verifica scientifica.
- In particolare lo svedese Carlo Linneo (1707-1778), viene considerato il padre della Botanica Sistemica per la sua opera di clas-



FITOTERAPIA O TERAPIA CON LE PIANTE È LA SCIENZA CHE SI OCCUPA DELL'IMPIEGO DEI MEDICAMENTI VEGETALI PER LA CURA DELLE MALATTIE UMANE.

- sificazione delle piante.
- Henry Leclerc (1870-1955) che visse ed esercitò a Parigi, introdusse nel vocabolario scientifico il termine Fitoterapia e pubblicò numerosissimi studi sul periodico francese *La Presse Medicale*, leader in campo medico e nel libro "*Lineamenti di fitoterapia*", divenuto un classico.
  - Pol Henry, medico belga, negli anni 50 mette a punto lo studio e la sperimentazione dei gemmoderivati.

Queste tecniche terapeutiche dominarono la scena fino ad epoche recenti.

Dopo la II guerra mondiale la tecnologia ebbe un improvviso salto in avanti che anche la chimica di sintesi condivise. Pertanto fu incrementata la produzione dei farmaci di sintesi e i semplici medicamenti vegetali furono in gran parte dimenticati. L'indirizzo della ricerca era orientato alla comprensione sperimentale di azioni misurabili e definibili con certezza e i cui risultati fossero ripro-

ducibili in ogni momento con dosaggi calcolati in pesi dell'ordine di milligrammi.

Questa metodologia però, indicata per i farmaci chimici, permise la sopravvivenza delle sole piante medicinali "eroiche", ad azione forte, intensa e immediata (belladonna, digitale, strofantina) mentre si trovavano molte difficoltà con le piante medicinali ad azione mite (biancospino, valeriana, camomilla) e intermedia (iperico, arnica, liquirizia).

Da alcuni anni tuttavia, la terapia con le piante conosce un rinnovato fervore, come sembrano confermare i dati riportati dalla stampa sulle richieste del pubblico.

Dunque, dopo una indiscussa fede professata verso i prodotti di sintesi chimica, si prospetta un ritorno ai farmaci naturali, soprattutto vegetali, che senza alterazioni e manipolazioni, sono in grado di fornirci le sostanze chimiche che contengono in gran quantità.

Per spiegare questo fenomeno si possono avanzare due ipotesi princi-

pali: la prima che le droghe di sintesi, utili e in alcuni casi indispensabili, troppo spesso associano alla potenza un'aggressività seguita da effetti collaterali più o meno gravi, soprattutto se prescritte in dosi eccessive e per troppo lungo tempo.

La seconda è che, grazie ai nuovi strumenti di indagine, vengono date precisazioni e composizione dei costituenti vegetali per cui le proprietà, conosciute empiricamente per secoli, vengono oggi spiegate in maniera scientifica.

Dunque la Fitoterapia moderna non è un indirizzo terapeutico alternativo ma una farmacoterapia scientificamente fondata.

Agisce sul principio "dei contrari", in dosi "ponderali e ponderabili" e dunque essa è atossica e non iatrogena solo in condizioni d'uso estremamente rigorose.

La metodica terapeutica è basata sulla somministrazione di Fitocomplessi, insieme di Principi Attivi estratti mediante macerazione in solvente appropriato.

L'azione della droga non è mai collegabile a quella del solo costituente principale o di più di essi singolarmente considerati poiché l'interazione che si realizza fra di essi e con i costituenti "inerti" regola la biodisponibilità e quindi l'effetto terapeutico: tannoidi, pectine, mucillagini, agiscono come sostanze "ritardo" per il rilascio del principio attivo, mentre acidi minerali o organici salificano le basi alcaloidiche rendendole più solubili e disponibili all'azione terapeutica.

Questa è un'altra differenza fondamentale tra la fitoterapia e il farmaco chimico: quest'ultimo è costituito da un singolo principio attivo, sia esso una molecola di sintesi o isolata da un fitocomplesso, che ha lo scopo di colpire un preciso bersaglio, svi-



Fig. 1 - Ginko

luppando un effetto potente e rapido. Gli additivi sono farmacologicamente inerti (ma non allergenicamente!).

Il *fitocomplesso* è costituito da un insieme di sostanze, sia principi attivi che altre componenti che concorrono all'effetto globale con meccanismi di inibizione o facilitazione che attutiscono gli effetti lesivi o potenziano quelli troppo blandi della droga.

Per "*droga*" si intende quella parte della pianta (corteccia, radice, foglia o fiore) che possiede una determinata azione farmacologica e che contiene la maggiore concentrazione dei principi attivi responsabili di tale azione.

Il *Principio Attivo* è quella molecola che, prodotta dal metabolismo di un organismo vegetale, è dotata di attività farmacologica per cui, introdotta nell'organismo, è in grado di provocare delle modificazioni di una o più funzioni della cellula vivente che la rendono suscettibile di impiego terapeutico.

È importante quindi conoscere i costituenti, principali e secondari, della pianta medicinale che sono: carboidrati, glucosidi, oli essenziali, alcaloidi, antibiotici, vitamine, sali minerali, lipidi, resine, tannini.... la somma dei singoli componenti costituisce un meccanismo unitario che produce effetto terapeutico solo nella sua totalità.



Fig. 2 - Sambuco

La forma fitoterapica è molto importante perché da essa dipende la concentrazione dei principi attivi che un paziente può assorbire a livello intestinale e di cui può disporre ai fini dell'azione farmacologica.

Usando tecniche estrattive diverse si possono ottenere dalla stessa pianta fitopreparati che esplicano attività farmacologiche diverse. (es. *Ribes Nigrum* m. g. 1 DH e T.M.)

Il *Macerato Glicerinato* o *Gemmoderivato* si prepara mettendo a macerare in una miscela di acqua, glicerolo e alcool etilico le parti più giovani della pianta: gemme, semi e

germogli (giovani getti) allo stato fresco, per determinati periodi di tempo. Si fa riferimento alla Farmacopea Francese. Derivando dalle parti più giovani della pianta il *Gemmoderivato* è quello che, in assoluto, contiene la più alta concentrazione di fitocomplesso e pertanto quello che possiede la maggiore efficacia terapeutica sia in termini di potenza che di rapidità d'azione. La diluizione usata è la prima decimale Hahnemaniana (1DH): una parte del preparato di base viene diluito con 9 parti di una miscela contenente 50% glicerina, 30% alcool, 20% acqua.

L' *Olio Essenziale* è una miscela di sostanze organiche, per lo più volatili, con odore aromatico caratteristico. E' una preparazione altamente medicamentosa data la notevole concentrazione di fitocomplesso in esso contenuta, per cui 1 o 2 gocce sono spesso sufficienti per ottenere la risposta terapeutica, mentre dosi più alte divengono facilmente tossiche (epatotossicità...).



IL FITOCOMPLESSO È COSTITUITO DA UN INSIEME DI SOSTANZE, SIA PRINCIPI ATTIVI CHE ALTRE COMPONENTI CHE CONCORRONO ALL'EFFETTO GLOBALE CON MECCANISMI DI INIBIZIONE O FACILITAZIONE CHE ATTUTISCONO GLI EFFETTI LESIVI O POTENZIANO QUELLI TROPPO BLANDI DELLA DROGA.

# Prevenire l'obesità dei bambini: il ruolo del pediatra di base

## Seconda parte

C. Buongiovanni, M. Sticco, O. D'Amico, A. Franzese

Dipartimento di Pediatria, Università di Napoli Federico II

### La prevenzione e il pediatra di famiglia

È allarmante l'inizio sempre più precoce della Sindrome Metabolica in tenera età (un elegante "case report" di Weghuber, in Eur J Ped 2007, descrive un bambino affetto da obesità severa con segni cerebrali di sindrome metabolica già all'età di 2.5 anni) (1) e la prevalenza di obesità con un trend sempre più in crescita specie nelle regioni del Sud Italia. Questo impegna in modo stringente la più precoce e accanita possibile strategia preventiva.

Proseguiamo il discorso già iniziato nel numero 1 del 2007, cercando di delineare la parte che spetta al Pediatra di Famiglia (PdF) nel complesso scenario della Prevenzione dell'Obesità in età evolutiva.

Un problema preliminare è la consapevolezza del PdF:

- 1 - della "morbilità" dell'Obesità infantile;
- 2 - della necessità della sua Prevenzione;
- 3 - della centralità del suo ruolo del PdF in questo scenario.

Da questo nasce il ruolo cruciale del PdF che infatti è il primo a:

- 1 - ottenere la fiducia dei genitori del bambino quando è ancora un neonato;
- 2 - a intervenire sulla sua alimentazione e sullo stile di vita;

3 - a indirizzare i principi generali dell'allevamento del bambino.

*La fiducia-* il PdF incontra i piccoli pazienti e i loro genitori già dai primi giorni di vita pertanto ha l'onore e l'onere di affiancare subito le famiglie nel favorire e ottenere una crescita psico-fisica "sana" dei bambini. La continuità di relazione mira a instaurare, attraverso un'adeguata comunicazione, quel rapporto di fiducia e stima fondamentale per tutti gli scambi futuri.

Questa fiducia nel PdF è un elemento di incalcolabile valore in tutto quello che interverrà nella direzione di seguire lo sviluppo psico-fisico del bambino nella maniera migliore possibile. Nessuno è sicuramente in grado di stabilire l'entità dell'impatto di questa fiducia, purché entrambe le parti (genitori e PdF) siano disposti a crearla e mantenerla. È evidente che nessun medico avrà mai nella vita un ruolo così "personale" e ben spendibile per scopi preventivi come il PdF.

*Alimentazione e stile di vita-* il PdF indirizza tradizionalmente l'allattamen-

to e il divezzamento. In genere non si occupa dell'alimentazione successiva al primo anno di vita, né dell'esercizio fisico che il bambino svolge. La mentalità del passato è che ormai il bimbo è in grado di avere un'alimentazione spontaneamente guidata dal proprio equilibrio personale tra fame e sazietà e che può seguire senza problemi le buone regole di un'alimentazione adulta. Inoltre tutti i bimbi sono ritenuti come in continua e spontanea attività fisica (qualche volta si potrebbe pensare di intervenire per farli stare fermi!).

Bisogna riflettere che questi preconcetti non sono più veri e scontati nella società che ci ritroviamo oggi nel mondo occidentale.

*Principi generali dell'allevamento* - Da tutto quanto detto ne consegue che il PdF può avere un ruolo fondamentale anche nelle condotte generali che la famiglia tiene con il bambino. Condotte di ansia o di serenità, di sciattezza o di cura attenta, di delega o di impegno a tempo pieno. Egli può auto-



IL PdF INCONTRA I PICCOLI PAZIENTI E I LORO  
GENITORI GIÀ DAI PRIMI GIORNI DI VITA PERTANTO HA  
L'ONORE E L'ONERE DI AFFIANCARE SUBITO LE FAMIGLIE  
NEL FAVORIRE E OTTENERE UNA CRESCITA  
PSICO-FISICA "SANA" DEI BAMBINI

**Tabella 1** - Bilanci di salute: visite in età filtro

1°	15 – 30 giorni di vita
2°	2 – 3 mesi
3°	5 – 6 mesi
4°	10 – 12 mesi
5°	15 – 18 mesi
6°	24 – 36 mesi
7°	4 – 5 anni
8°	5 – 6 anni
9°	8 – 10 anni
10°	12 – 13 anni

revolmente affiancare i genitori nel difficile compito di accompagnare e favorire il miglior sviluppo psico-fisico del bambino, rispettandone e favorendone i diritti e il bisogno di autonomia. Non dimentichiamo che la Psicologia e la Pedagogia ci insegnano che l'impostazione dell'educazione e dell'apprendimento si fa subito, nelle prime epoche di vita, ben prima che intervenga la scuola o qualunque figura esterna alla famiglia.

## I mezzi della prevenzione del PdF

### *I bilanci di salute*

Nei punti nascita è fornito alle famiglie dei nuovi nati il Libretto Pediatrico Regionale su cui vengono registrate dal PdF visite in età-filtro chiamate Bilanci di Salute. Sono visite di controllo approfondite di cui la prima viene fatta in un'età compresa tra i 15 e i 30 g di vita del bambino e l'ultima tra i 12 e i 13 anni passando per le età intermedie. Ogni bilancio di salute contiene una specifica sezione riguardante l'alimentazione, anzi a partire dal 3° bilancio (tra i 5 e i 6 mesi di vita) esiste una voce specifica "promozione di un'alimentazione sana" a testimo-

nianza di quanto gli estensori del libretto abbiano ritenuto importante controllare presto lo stile alimentare. I PdF si sono resi conto che per i genitori ed in particolare per moltissime madri c'è sempre la paura che il proprio bambino mangi poco, specialmente in caso di allattamento materno il timore di non avere abbastanza latte è sempre dietro l'angolo (è forte l'equazione: non sono una buona madre se non sono in grado di nutrire mio figlio).

### *L'allattamento al seno*

Il PdF può rendersi facilmente conto dell'efficacia dell'allattamento materno semplicemente osservando una poppata. Può trarre utili informazioni su quanto la madre è tranquilla, quanto tempo tiene il piccolo al seno, se riesce a vivere questo momento come esclusivo e salutare per entrambi o lo carica di ansie e aspettative dalle quali trae spesso un giudizio sul fatto di essere una buona madre oppure no. Sta al pediatra rassicurare su tempi, modalità e finalità dell'allattamento materno invitando i genitori a capire quando il bambino è sazio e appagato con la semplice osservazione e insegnando che bastano pochi minuti di una valida suzione affinché il piccolo assuma tutto il latte di cui ha bisogno. Un pianto può essere espressione di un disagio personale diverso dalla fame come il caldo o il sentirsi bagnato o sporco o può dipendere dalla tensione addominale nelle coliche gassose tipiche delle prime età e che nulla hanno a che fare con l'eventuale inadeguatezza dell'allattamento al seno. Pesare il piccolo in studio a distanza ravvicinata (esempio ogni settimana per 2-3 volte) permette di rassicurare i genitori ed evitare inutili integrazioni di latte adattato spesso solo confondenti: questo è un primo intervento di prevenzione.

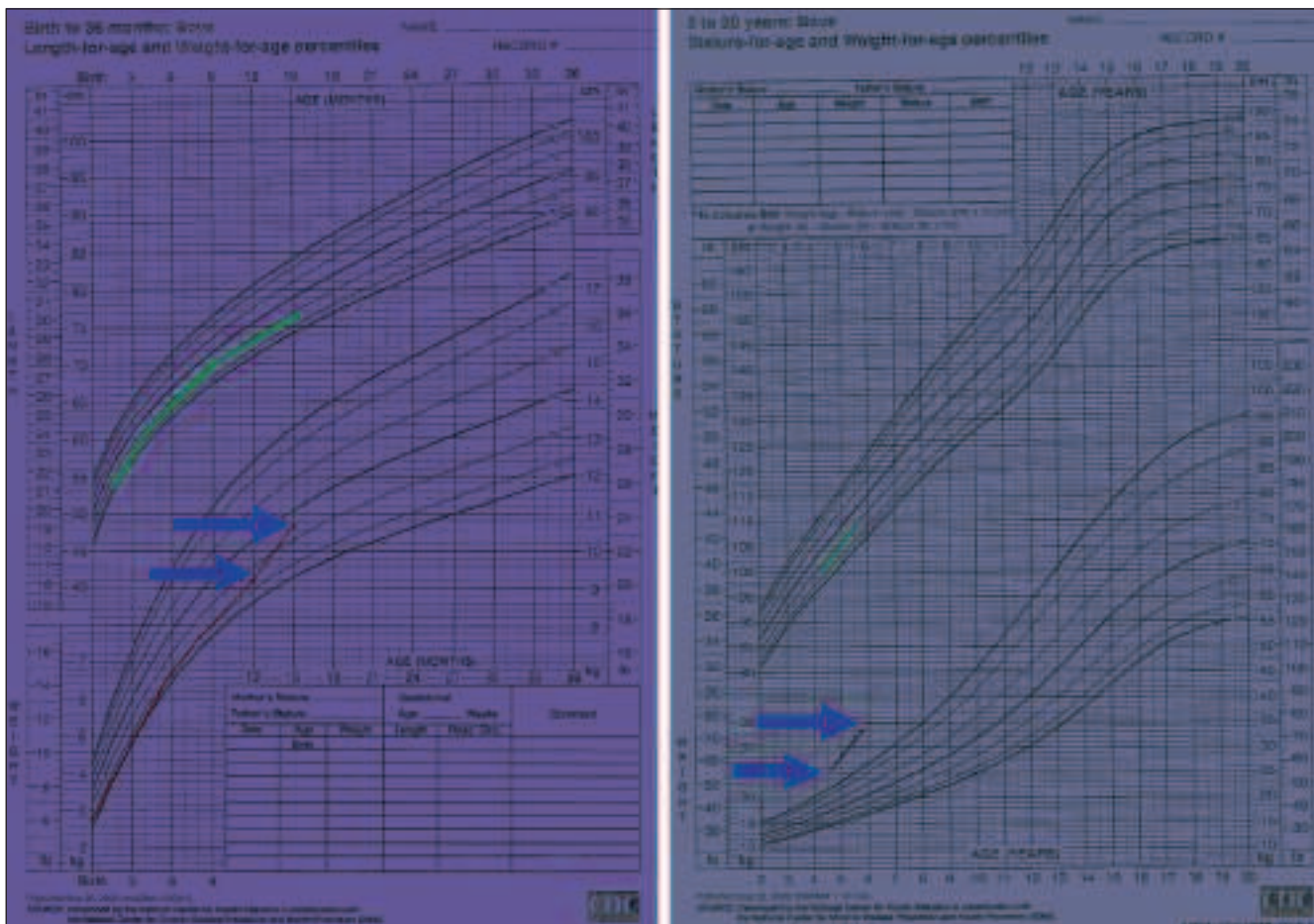
### *Il divezzamento*

Il momento del divezzamento rappresenta un'altra tappa importante poiché, se non vengono impartite indicazioni chiare sulla qualità e sulla quantità degli alimenti da somministrare, spesso i genitori preparano pappe sbilanciate con tendenza ad un apporto proteico e/o calorico maggiore (2, 3) del fabbisogno con una scarsa attenzione per l'uso delle verdure e un costante eccesso di latte e biscotti.

Spesso dopo il divezzamento la curva di crescita in peso di un lattante subisce una brusca impennata. In occasione di queste visite un supplemento di anamnesi alimentare permette di far emergere gli errori. Considerando che il fabbisogno calorico di un lattante di 6 mesi di vita è di 96 cal/Kg/die e che 110 cal/die in più (date da un cucchiaino di pastina e 100 g di latte in più al di) incrementano di 470 g/mese il peso corporeo del bambino.

Questa fase è di particolare efficacia poiché è più semplice fare piccoli cambiamenti nel regime alimentare piuttosto che grosse modifiche di tutto lo stile di vita. È utile dare suggerimenti sulla palatabilità dei cibi considerando che a 6 mesi di vita il lattante sviluppa il senso del gusto per le pietanze: pertanto, saggiare la pappa del bambino è buona norma. Le pappe non vanno addizionate di saccarosio né di sale da cucina. Devono essere saporite, ma già le verdure contengono i sali necessari al sapore. A proposito delle verdure, esse vanno introdotte fin dal primo momento del divezzamento, alternate e non mescolate in modo da abituare il bambino ai singoli gusti, abitudine che probabilmente continuerà per tutta la vita.

È importante ribadire un assoluto divieto per le pappe dolci e per i prodotti del commercio nutrizionalmente sbilanciati poiché ricchi di grassi



**Fig. 1** - Il caso di Mattia

(esempio: dessert a base di formaggi); così come bisogna scoraggiare l'uso dei succhi di frutta e di altre bevande zuccherate, cercando di orientare il bambino sempre verso la frutta fresca, che fornisce, oltre ai carboidrati, le fibre e quindi elementi di regolazione importanti del senso di sazietà.

#### *Dopo il primo anno*

Per fortuna il dialogo empatico insieme ad informazioni adeguate, scientificamente corrette ed impartite senza aggressività riescono spesso a correggere comportamenti inadeguati con risultati soddisfacenti quanto più precocemente si riesce a intervenire. Al contrario quando viene saltato qualche bilancio di salute, magari uno di quelli cruciali per il controllo della

crescita in peso, il PdF non di rado si trova con dispiacere di fronte a situazioni di sovrappeso o di obesità dove non è più sufficiente dare solo qualche consiglio ma sono necessari interventi più complessi sullo stile di vita del bambino e della intera famiglia.

È buona norma consegnare ai genitori un semplice schema alimentare con le quantità di alimenti da somministrare nella fascia di età che va da uno a tre anni in modo da evitare eccessi e squilibri dei nutrienti. Tutte le occasioni saranno buone per scoraggiare l'uso dei "fuori pasto" e delle bevande zuccherate e consigliare semplici trucchi per continuare a somministrare le verdure (un sandwich con lattuga, pomodoro e tonno può essere molto gradito come pasto veloce da un bambino).

#### *Quali bambini sorvegliare in modo speciale?*

Particolare attenzione meritano i bambini con familiarità per obesità, iperlipemia, diabete, malattie cardiovascolari precoci e disagio sociale, poiché essi sono a maggior rischio di cattiva alimentazione. In questi casi il PdF può chiedere incontri più frequenti con entrambi i genitori ed eventualmente chiedere l'appoggio dei Servizi Sociali.

Da ciò ci rendiamo conto come il PdF non può efficacemente operare da solo, bensì in rete con gli altri pediatri che operano sul territorio, con il personale dell'ASL di appartenenza (a partire dai dirigenti fino agli amministrativi), con i Servizi Sociali e i Consulenti in modo da creare una vera e

propria task force capace di prevenire e di arginare situazioni “difficili. Opportuna è anche l’organizzazione come Pediatria di Gruppo, dove ci si può dotare di salette per l’allattamento e per aerosolterapia, di un piccolo laboratorio e dove è possibile operare facilmente un valido scambio culturale tra i professionisti.

*È vero che il PdF non ha tempo sufficiente per l’obesità?(vedi sopra)*

Il problema “tempo” per il PdF non è trascurabile. L’unico modo per lavorare più serenamente e per offrire all’utente un servizio migliore è quello di limitare il proprio massimale di scelta oltre che di avere in studio la figura del “collaboratore” che smaltisce parte del lavoro non medico e consente al PdF di dedicare più tempo a situazioni particolari come i bambini obesi.

in strutture di secondo e/o terzo livello con la speranza che figure esterne accreditate riescano a incidere positivamente dove lui ha fallito.

#### *Un esempio pratico in ambulatorio*

Questa è la curva di crescita di Mattia, (Fig. 1) un bambino di circa 6 anni seguito dal PdF con controlli regolari fino ai 18 mesi di vita, poi rivisto direttamente a 4 anni e mezzo.

Come si può notare già tra i 12 e i 18 mesi la curva di crescita in peso (quella in lunghezza è sempre stata regolare) subiva un’impennata. Da un approfondimento dell’anamnesi alimentare la madre eccedeva nella somministrazione di latte e derivati e carboidrati. Nel bilancio di salute a 18 mesi sono stati segnalati questi squilibri ed è stata suggerita una più corretta alimentazione oltre all’invito ad incoraggiare il movimento libero del bambino. Per motivi legati a problemi fa-

#### *Intervento sullo stile di vita*

L’obesità deve essere sempre più considerata, in pazienti geneticamente suscettibili come una rottura dell’abile equilibrio tra alimentazione e comportamento. Da qui un nuovo compito per il pediatra di famiglia (come se non ne avesse già troppi!): raccomandare un sano e continuo esercizio fisico.

Non basta consigliare lo sport, bisogna effettuare un’accurata anamnesi sulle abitudini comportamentali del bambino, soprattutto valutare quanto tempo dedica alla TV ed ai videogiochi, e stressare con i genitori l’importanza della costante attività fisica. Già in altri Paesi europei si è capito come le abitudini di vita influiscano sullo sviluppo dell’obesità e i bambini affetti da tale patologia vengono coinvolti in progetti terapeutici nei quali grossa importanza rivestono l’attività sportiva e lo stile di vita, combinati ai consigli sulla nutrizione. È questo il futuro ruolo del Pediatra di Famiglia: controllare sempre di più lo stile di vita del bambino e dell’intera famiglia, consigliando l’attività fisica, magari anche con programmi concreti e con un rinforzo periodico (ad es. durante i bilanci di salute).



**È QUESTO IL FUTURO RUOLO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA: CONTROLLARE SEMPRE DI PIÙ LO STILE DI VITA DEL BAMBINO E DELL’INTERA FAMIGLIA, CONSIGLIANDO L’ATTIVITÀ FISICA, MAGARI ANCHE CON PROGRAMMI CONCRETI E CON UN RINFORZO PERIODICO**

*Quando “inviare” un bambino che diventa troppo “pesante”?*

Non sempre il pediatra di base riesce in questo intento nonostante le buone intenzioni, le più frequenti chiacchierate, gli incoraggiamenti e i rinforzi positivi in caso di successo; questo perché nonostante l’autorevolezza il pediatra di famiglia è visto un po’ come “complice” delle dinamiche familiari e quindi anche delle relative distorsioni. In questi casi è necessario inviare i propri pazienti

miliari, Mattia è stato rivisto dal proprio pediatra a 4 anni e mezzo quando presentava un quadro di grave obesità. Le cattive abitudini alimentari si erano perpetuate e complicate. L’intervento è consistito in una vera e propria dieta per obesità, incontri ravvicinati per il controllo del peso e per registrare le modifiche dell’alimentazione e dello stile di vita, ma tutto l’impegno del PdF non è servito a nulla come si vede dall’ulteriore incremento della curva di crescita in peso all’età di circa 6 anni.

#### **Bibliografia essenziale**

1. Weghuber D, Zaknun D, Nasel C, et al. Early cerebrovascular disease in a 2-year-old with extreme obesity and complete metabolic syndrome due to feeding of excessively high amounts of energy. *Eur J Pediatr.* 2007; 166: 37-41. Epub 2006 Aug 22.
2. Scaglioni S, Agostoni C, Notarsi RD, et al. Early macronutrient intake and overweight at five years of age. *Int J Obes relat, Metab Disord.* 2000; 24: 777-81.
3. Iughetti L, Bernasconi S, et al. L’obesità in età evolutiva, ed. Mc Graw-Hill 2005; 3: 57-60.



# Oltre la pet-therapy: quando un animale...fa la differenza

Angelo Milazzo

*Pediatra di famiglia*

“Felicità è un cucciolo caldo”, affermava una famosa massima di Charlie Brown, ed il buon Charles Schulz di ragione ne aveva da vendere.

In effetti, fin dall'antichità, gli animali soprattutto quelli da compagnia, hanno sempre rivestito un importante ruolo affettivo, e non di rado terapeutico. Questo rapporto solitamente “soft”, ma molto ricco e complesso, è stato progressivamente rivalutato nel corso degli ultimi decenni, trovando una strutturazione metodologica e persino veri e propri impieghi terapeutici, mirati verso specifiche patologie.

Il termine “pet therapy”, che avrebbe dovuto indicare: “la terapia delle coccole con piccoli animali”, è ormai diventato obsoleto ed estremamente limitativo. Pertanto, già a partire dagli anni ottanta, si sono affermate le denominazioni:

- attività assistita dagli animali (AAA);
- educazione assistita dagli animali (AAE);
- terapia assistita dagli animali (AAT) indicata anche, soprattutto nella letteratura neuropsichiatrica italiana, come: uso terapeutico degli animali da compagnia (UTAC).

Del resto la convinzione degli italiani riguardo agli effetti benefici degli animali da affezione viene attestata da questi semplici dati: circa 7 milioni di



**FIN DALL'ANTICHITÀ GLI ANIMALI, SOPRATTUTTO QUELLI DA COMPAGNIA, HANNO SEMPRE RIVESTITO UN IMPORTANTE RUOLO AFFETTIVO E NON DI RADO TERAPEUTICO**

cani, oltre 7 milioni di gatti; un terzo delle famiglie italiane possiede un qualche esemplare di animale domestico. Questa enorme realtà ha trovato riscontro anche a livello legislativo. È stato raggiunto un importante Accordo tra il Ministero della Salute e le Regioni il 6 Febbraio 2003, pubblicato sulla GURI n. 51/2003. Questo ha sancito tra l'altro che è necessario: “agevolare...il contatto tra le persone, anziani e bambini in particolare, ...con animale da compagnia o con animali comunque utilizzabili per la “pet therapy”....Rendere tutti i luoghi pubblici accessibili anche per i cani di accompagnamento per i disabili”. Principi analoghi erano stati peraltro affermati nel 1995 da una specifica Conferenza Internazionale, svoltasi a Ginevra. Molti Enti Pubblici hanno conseguentemente elaborato: normative, piani, progetti-obiettivo, albi professionali.

Pertanto, uno dei compiti anche del Pediatra di Famiglia è quello di favorire la convivenza con gli animali, tenendo conto anche dell'età del

bambino. Infatti, fino a 4-5 anni d'età il bambino vede gli animali come oggetti misteriosi da osservare ed esplorare; successivamente sviluppa verso di loro un sentimento di protezione e di accudimento, fino a considerarli come “figli” o “fratelli”.

Del resto la “Pet Therapy” fu elaborata negli anni 50 in America, ad opera del neuropsichiatra infantile Boris Le-





vinson, che notò come la presenza del proprio cane facilitasse enormemente le sedute con un bambino affetto da autismo. In Italia, fra le Istituzioni che per prime hanno realizzato studi ed esperienze con animali annoveriamo: l'Ospedale "Bambin Gesù", l'Ospedale "Meyer", l'Istituto Superiore di Sanità, l'Istituto Zooprofilattico dell'Abruzzo e Molise.

### **Fisiologia del rapporto con animali da affezione. Benefici.**

Ad eccezione delle situazioni di disagio, oppure di vera e propria patologia, la relazione con l'animale mette in moto dei meccanismi "fisiologici". In effetti, le controindicazioni che riguardano l'essere umano sono molto limitate: fobie e comportamenti aggressivi proprio nei confronti degli animali, allergie specifiche, immunodepressioni gravissime. La comunicazione uomo-animale si basa su una forma di linguaggio molto semplice, cadenzata, ripetitiva, rassicurante, fondamentalmente pre-verbale.

La stimolazione mentale si attua essenzialmente attraverso l'intrattenimento, il gioco, la rievocazione di ricordi. L'etologia degli ultimi decenni ha dimostrato le capacità di reciprocal mind reading tra la specie umana ed alcune specie di mammiferi.

Il contatto corporeo facilita la formazione della propria identità. La presenza di un animale costituisce spesso occasione di interazione con altre persone. L'attaccamento con l'animale risulta solitamente complementare a quello interumano. L'empatia e l'antroporfismo solitamente fanno parte di uno stato particolarmente favorevole all'interesse per tutto il mondo esterno.

I benefici sono conseguenti a tale rapporto, che è squisitamente "ecologico" e che può migliorare "la qualità della vita" (Barba, 1995; Heimlich, 2001).



Le mansioni operative di accudimento di un animale sviluppano l'autostima e la capacità di autonomia. L'utilizzo di comandi e strategie ben definite, facilita il coordinamento di comandi verbali, gesti, postura, mimica.

### **Attività assistite da animali.**

Sono interventi di tipo prettamente assistenziale, e/o educativo, e/o ricreativo, finalizzati al supporto od alla facilitazione di determinate funzioni od attività. Necessitano dell'utilizzo di animali che rispondano a determinati requisiti, spesso formati da operatori che abbiano sviluppato particolari professionalità. La grande maggioranza delle esperienze sono state realizzate con l'ausilio di cani. Pertanto, se non indicati specificamente, tutti i dati da me qui riportati sono riferiti ai più collaudati amici dell'uomo.

Su questi interventi, e soprattutto su quelli che riguardano le terapie vere e proprie, esiste una letteratura sterminata. Farò riferimento essenzialmente agli studi "quantificati" mediante: rilevazioni statistiche, batterie di test, indagini di laboratorio. I gruppi di soggetti oggetto di studio sono stati appaiati a campioni, comparabili per tipologia e che eventualmente hanno praticato terapie "clas-



siche” identiche, ma che non avevano ricevuto l’intervento dell’animale. Non è stato possibile realizzare studi in cieco *riguardanti i pazienti*, poiché l’utilizzo di un animale “placebo”, ovvero di un pupazzo più o meno animato, potrebbe “ingannare” esclusivamente bambini con grave ritardo mentale, o affetti da autismo, ed in pochissime altre situazioni. *Talvolta è stato realizzato il cieco a carico degli operatori, per mezzo dell’affidamento dell’elaborazione dei dati a personale che non aveva avuto nessuna notizia sugli interventi terapeutici effettuati.*

Gli esperti che utilizzano animali a livello delle scolaresche riportano che l’AAA serve a: combattere la solitudine, tenere occupati, responsabilizzare, stimolare l’esercizio fisico, infondere sicurezza.

L’uso di cani come assistenza, come accompagnamento o come supporto delle persone cieche o gravemente ipovedenti, rappresenta forse il più antico esempio di AAA. (Sanders, 2000). Recentemente, si sono estese anche le esperienze riguardanti soggetti con sordità o ipoacusie gravi (Hart, 1996).

L’effetto anti-stress dell’esposizione anche breve, rispetto a gruppi di controllo, è stato dimostrato mediante: tests, dosaggi dell’ormone epinefrina, la misurazione dei valori pressori, anche a livello dell’arteria polmonare (Gerhardt, 2000).

Effetti benefici, sia sui bambini ricoverati, sia sui loro familiari che li accudivano, ed anche sul personale di

assistenza, sono stati documentati in molti Ospedali (Fine, 2000). Sono stati riferiti sensazioni di rilassamento, e di diminuzione dell’ansia e della depressione. (Gerhardt, 2000) Effetti benefici sugli stati ipertensivi e nei disturbi funzionali del ritmo cardiaco sono stati ampiamente documentati.

Studi su soggetti con gli arti inferiori paralizzati che facevano uso di sedie a rotelle, hanno dimostrato effetti positivi su: tono dell’umore, accettazione sociale, performance negli

Bambini vittime di abuso o di incurie hanno migliorato le loro capacità nel prendersi cura di se stessi e degli animali.

Bambini con esperienze di divorzio dei genitori hanno riferito che i loro cani sono stati indispensabili nell’affrontare i loro problemi, nel 95% dei casi.

La regolarizzazione di abitudini di vita trova una ovvia spiegazione nel fatto che bambini ed animali hanno le stesse elementari esigenze: giocare, mangiare, dormire.



**GLI ESPERTI CHE UTILIZZANO ANIMALI A LIVELLO DELLE SCOLARESCHES RIPORTANO CHE L’ATTIVITÀ ASSISTITA DAGLI ANIMALI SERVE A: COMBATTERE LA SOLITUDINE, TENERE OCCUPATI, RESPONSABILIZZARE, STIMOLARE L’ESERCIZIO FISICO, INFONDERE SICUREZZA**

spostamenti (Eddy, 1998). La soddisfazione dei soggetti con varie disabilità sembra essere correlata anche alla soddisfazione del cane stesso che li aiuta (Lanea, 1998).

### **Terapie assistite da animali (AAT)**

Si intendono per AAT interventi mirati al raggiungimento di: funzioni fisiche, sociali, emotive e/o cogni-





tive, che siano alterate da patologie vere e proprie. Risultano necessarie l'individuazione di obiettivi specifici per ciascun destinatario e la valutazione dei progressi ottenuti. Tutto il processo deve essere documentato e valutato. L'animale deve essere stato opportunamente addestrato, e deve corrispondere ad esigenze di temperamento e di dimensioni, che lo rendano adatto al processo terapeutico. Nell'addestramento dell'animale da parte di istruttori qualificati deve essere particolarmente verificata l'obbedienza ai comandi. Sarebbero opportuni: coperture assicurative, nonché il consenso informato da parte dei genitori del paziente. Un veterinario deve escludere qualsiasi patologia trasmissibile e deve controllare lo stato di stress dell'animale. Il maltrattamento degli animali rappresenta infatti un reato anche penalmente perseguibile. L'istruttore dell'animale deve possedere particolari attestazioni della sua professionalità. Esistono brevetti e Corsi specifici, anche a livello universitario, o certificati da parte di Società internazionali, quali l'americana Delta (Delta Society, 1999). Un ruolo importante, soprattutto in campo pediatrico, viene svolto dal volontariato. Parecchie Regioni hanno emanato normative riguardanti queste attività, legate all'utilizzo degli animali.

La Rivista *Anthrozoos* è quella che, a livello internazionale, tratta maggiormente queste tematiche. Proprio nel numero di Settembre 2007 è stata realizzata una meta-analisi, con una revisione di oltre 250 studi, dei quali 49 sono stati giudicati rispondenti a criteri di evidenza scientifica (Nymer et Al.). L'AAT è stata ritenuta essere associata con risultati benefici "moderati" ma significativi, nel contribuire al miglioramento dei pazienti, in ben quattro settori della patologia umana: sintomi appartenenti alle sindromi autistiche, problemi comportamentali, stati emozionali, disturbi medici funzionali. Contrariamente alle aspettative, le caratteristiche dei partecipanti e degli studi effettuati non hanno rappresentato una variabile importante. L'AAT in tutti gli studi significativi è stata aggiunta ed abbinata alle terapie farmacologiche, fisiche o psicologiche che venivano effettuate nei gruppi appaiati. Pertanto l'AAT deve essere considerata una terapia "dolce", non "alternativa", ma complementare ed aggiuntiva rispetto alle terapie classiche.

L'intervento con gli animali in ospedale, oltre che una attività di assistenza, può, in certi casi, rappresen-

tare terapia di disturbi legati al ricovero, quali: ansia, depressione, disturbi del comportamento, del sonno, dell'appetito, nonché enuresi, stati dolorosi (Kaminski, 2002). Classiche sono ormai le esperienze nel controllo del dolore, ad esempio in occasioni di prelievi o di altre manovre (Sobo, 2006). Sono state registrate anche regolarizzazioni della frequenza cardiaca e respiratoria, sempre correlate ad un acquisito stato di minore ansietà. La frequenza iniziale degli approcci non deve però superare un accesso alla settimana, in modo da consentire un progressivo adattamento bambino-animale. Esperienze sono state realizzate persino in Reparti di Oncologia pediatrica, ovviamente evitando l'accesso nelle stanze sterili (Bouchard, 2004). Numerosi studi hanno riguardato bambini con problemi familiari traumatici e con disturbi dell'apprendimento. L'AAT è stata studiata come terapia aggiuntiva a quella ludica in bambini abusati sessualmente. Nel bambino autistico gli studi hanno ovviamente dato risultati particolarmente incoraggianti nelle forme ad alto funzionamento e nella sindrome di Asperger, anche se si è





Effetti terapeutici sono stati rilevati sui disturbi psichici presenti in adolescenti vittime di abuso sessuale, anche mediante l'utilizzo di gatti (Barker, 1995).

### Utilizzo di altre specie animali

Il gatto viene utilizzato per la sua indipendenza e facilità di accudimento, che lo rende particolarmente utile nel caso di persone sole e con difficoltà negli spostamenti.

Criceti e conigli hanno conosciuto negli ultimi anni un vero boom nella diffusione presso le famiglie. Rappresentano i veri "pet", particolarmente adatti per le "coccole".

Il cavallo è risultato particolarmente utile nella terapia di disturbi motori, neuromotori, e di postura, anche in soggetti Down. È necessario il supporto di personale specificamente addestrato. Inoltre viene utilizzato nei Disturbi: della comunicazione, dell'apprendimento, ansioso-depressivi, ed anche nell'ADHD.

Il delfino ha dimostrato effetti incredibili e persino commoventi nell'ambito delle AAT. Questo animale non si arrende mai nel tentare un ap-

tentato di fare interagire anche i soggetti più gravi (Redefer, 1989). Bambini con Disturbi pervasivi dello sviluppo sono stati studiati in "cieco", dividendoli in tre gruppi. Sono stati fatti interagire rispettivamente con: una palla, un cane di stoffa, un cane vero.

Risultati significativi sono stati documentati nei disturbi della lettura e del linguaggio (Kane, 2001), nonché nei disturbi dell'apprendimento, anche in soggetti affetti da sindrome di Down.

Studi sono stati effettuati nei Disturbi da stress post-traumatici, determinatesi in conseguenza degli eventi bellici, nella ex-Jugoslavia (Dawson, 2004).



proccio con l'uomo, anche quando viene respinto. I delfini restano sempre disponibili, e ciò li rende particolarmente utili con i bambini autistici e nelle forme gravi di depressione (Basil, 2005).

Pesci ed uccellini possono svolgere un ruolo essenzialmente "rilassante" Asini, capre e mucche vengono usati molto limitatamente, nell'ambito di strutture quali: fattorie, agriturismo, ecc.

### Bibliografia

1. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy 2003;51.
2. E. Natoli. Attività e terapie attuate con l'ausilio degli animali: quadro internazionale e stato dell'arte in Italia. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità 1997; 33: 267-2.
3. B. Barba. The positive influence of animals: animal-assisted therapy in acute care. Clinical Nurse Specialist 1995; 9: 199-2002.
4. K.-Heimlich. Animal-assisted therapy and the severely disabled child: a quantitative study. Journal of Rehabilitation 2001; 67: 48-54.
5. Sanders, R. Clinton. The impact of guide dogs on the identity of people with visual impairments. Anthrozoos. International Society for Anthrozoology. United Kingdom 2000; 13: 131-9.
6. L. Hart, R.L. Zasloff, A.M. Benfatto. The socializing role of hearing dogs. Applied Animal Behaviour Science April 1996; 47: 7-15.
7. Fine, H. Laubrey. Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice. Academic Press, Inc: San Diego, US 2000; 481
8. A. Fine. Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundation and guidelines for practice. San Diego Academic Press 2006.
9. Delta society. Standards of practice for animal-assisted activities and therapy. Renton WA; Delta Society 1999.
10. J. Eddy, L.A. Hart, R.P. Bolz. The effects of service dogs on social acknowledgments of people in wheelchairs. The Journal of Psychology 1998; 122: 39-45.

11. P. Gerhardt. Dogs that assist the disabled and comfort the sick *Washington Post* 2000; 9-10.
12. D.R. Lanea, J. Mc Nicholasb, G.M. Collisb. Dogs for the disabled:benefits to recipients and welfare of the dog. *Applied Behaviour Science*. August 1998; 59: 49-60.
13. Nimer, Janelle, Lundhal, Brad. Animal-assisted therapy: a meta-analysis. *Anthrozoos: a multidisciplinary Journal of the interactions of people and animals*. September 2007; 20: 225-38
14. E. Kane. Animals healing children. *Interactions* 200; 3, 19.
15. E. Sobo. Canine visitation (Pet-Therapy). *Journal of Holistic Nursing* 2006. 24; 1:51-7.
16. S. Barker, K. Dawson. The effects of animal-assisted therapy on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients. *Psychiatric Services* 1998; 49: 797-801.
17. L.A. Redefer, J.F. Goodman. Pet-facilitated therapy with autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1989; 19; 3: 461-7.
18. S. Dawson. Reflections on using an animal focused story-making method within war trauma therapy for children and young people. *The SCAS Journal* 2004; 16: 12-6.
19. F. Bouchard, M. Landry et Al. A pilot project in animal-assisted therapy in pediatric oncology. *Canadian Oncology Nursing Program* 2004; 14: 14-7.
20. M. Kaminsky et Al. The physical and emotional impact of child-life and pet therapy on hospitalized children *Children health care* 2002; 31: 321-35.
21. B.Basil, M. Mathews. Methodological concerns about animal facilitated therapy with dolphins. *British Medical Journal* 2005; 331: 1221-2.



# Strategie ed azioni per migliorare la qualità delle cure: curare meglio con meno

G. D'Onofrio<sup>1</sup>, G. Di Mauro<sup>2</sup>, L. Mariniello<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Direttore Sanitario ASL CE/2 Regione Campania

<sup>2</sup>Pediatra di famiglia, Presidente Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

<sup>3</sup>Pediatra di famiglia, Componente Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

Negli ultimi anni, in tutti i paesi occidentali si sta assistendo alla ristrutturazione dei modelli organizzativi sanitari in modo da rafforzare le cure primarie. Ciò per cercare di migliorare il rapporto costo/efficacia del sistema sanitario realizzando la migliore assistenza possibile in rapporto alle risorse disponibili. Dopo il 2000 si sta assistendo ad una, seppur lenta, evoluzione della Sanità in proiezione sociale, cioè non più il massimo delle cure per ciascun paziente, ma le migliori cure per ogni malato compatibilmente con risorse limitate che devono bastare per tutti (Giorgio Meneghelli).

Alla fine degli anni '90 la prescrizione farmaceutica raggiunge livelli da record. Il BMJ nel 1988 riporta che l'85% delle prescrizioni mediche non giova alla salute e il 30% è addirittura dannoso. Garattini afferma che il 50% dei farmaci in classe C in commercio in Italia non ha una dimostrata efficacia terapeutica.

Il progetto ARNO, che ha analizzato le ricette prescritte a bambini di età da 0 a 13 anni nel 2003 in 24

ASL italiane, ha evidenziato che l'84% delle prescrizioni sono antibatterici e antiasmatici. Gli antibatterici sono stati i più prescritti (63.8% delle prescrizioni) seguiti dai farmaci per l'apparato respiratorio (20.3% delle prescrizioni). Estremamente distanziate sono le prescrizioni per altre indicazioni. Lo stesso progetto ha evidenziato che il farmaco più prescritto nel 1° anno di vita era il beclometasone, prescrizione sicuramente impropria. Nelle età successive al primo posto risultava l'associazione amoxicillina-acido clavulanico, che superava nettamente l'amoxicillina rispetto a precedenti studi nonostante le indicazioni inverse delle linee guida. Eccessiva è risultata, in tale studio, la prescrizione di cefalosporine, claritromicina ed azitromicina, nonostante la letteratura consideri questi farmaci di seconda scelta e da riservare a situazioni particolari, poco frequenti in età pediatrica. Per quanto riguarda gli antiasmatici si è assistito in Italia, negli ultimi anni, a un iperconsumo che non ha riscontri internazionali.

Ma la progressiva riduzione delle risorse a fronte dell'aumento dei bisogni e all'aumento delle richieste "improprie", costringono ormai a un cambiamento inevitabile. Il medico è costretto, nell'espletare la propria professione, a fare i conti continuamente con le regole della Bioetica e con le regole dell'Economia. Oggi non è più possibile fare tutto ciò che si ritiene utile per i pazienti in base alla propria esperienza, ma occorre evitare gli sprechi seguendo le "prove di efficacia".

Un altro problema che occorre affrontare nel nostro Paese è l'alto numero di ospedalizzazione in età evolutiva, molto più elevato rispetto agli altri paesi dell'Europa e rispetto ai paesi del Nord America. Tale divario, secondo uno studio portato avanti dal Ministero della Sanità, dipende dal non corretto utilizzo del Pronto Soccorso ospedaliero tanto da far decidere l'introduzione di un ticket per gli accessi non seguiti da ricovero nella finanziaria del 2007. Di certo la situazione è migliorata negli ultimi anni, ma ancora molto resta da fare per raggiungere l'obiettivo di curare i bambini in ospedale solo allorquando l'assistenza di cui hanno bisogno non può essere fornita adeguatamente a domicilio.

È chiaro che i cambiamenti professionali sono sempre difficili da accettare. È stato dimostrato che per ottenere risultati sul campo sulla



**IL PROGETTO ARNO, CHE HA ANALIZZATO LE RICETTE PRESCRITTE A BAMBINI DI ETÀ DA 0 A 13 ANNI NEL 2003 IN 24 ASL ITALIANE, HA EVIDENZIATO CHE L'84% DELLE PRESCRIZIONI SONO ANTIBATTERICI E ANTIASMAATICI**

corretta prescrizione di farmaci e di esami di laboratorio e strumentali, inducendo il medico a fare costantemente una valutazione dei costi/benefici, costo/utilità, costo/efficacia e costo/efficienza, sono necessari meccanismi premianti per i medici. E' in tale contesto che il 12 maggio 2003 viene siglato nell'ASL CE/2 un accordo aziendale per la pediatria di famiglia che rende operativi molti punti previsti dal nuovo accordo nazionale, non ancora recepiti a livello regionale, adattandoli alle particolari esigenze di quel contesto territoriale. Tra l'altro viene attivata la Pediatria in associazione per aumentare la possibilità di accesso dei genitori alle prestazioni del pediatra di famiglia, di fornire un servizio migliore e al fine di ridurre gli accessi in Pronto Soccorso con conseguente riduzione dei ricoveri. Viene resa eseguibile la diagnostica di self-help prevista dal DPR 272/2000 all'allegato B al fine di migliorare l'efficienza, l'efficacia e la razionalità assistenziale. Infatti il self-help migliora la capacità di selezionare i casi da inviare al livello successivo, semplifica, a vantaggio degli utenti, i percorsi assistenziali, offre al pediatra di famiglia la possibilità di effettuare diagnosi precoci con terapie mirate. Vengono introdotti i bilanci di salute all'adolescente: uno tra 8 e 9 anni, uno tra i 10 e gli 11 anni e uno tra i 12 e i 14 anni. Tali bilanci di salute sono definiti con rapporto costo-beneficio estremamente favorevole, in grado di salvaguardare lo stato di salute in età evolutiva. Il pediatra di famiglia viene individuato come il professionista più idoneo ad intercettare precocemente, con lo strumento dei bilanci di salute, non solo i problemi di salute ma anche le problematiche di disagio e di deviazione così frequenti in tale epoca della vita.

La somma prevista per l'applicazione dei nuovi istituti, pari a euro 228.453, viene considerata corrisposta a titolo di anticipazione e si stabilisce che sarà recuperata in caso di non raggiungimento dell'obiettivo di riduzione del 5% sulla spesa farmaceutica, di diagnostica e di assistenza riabilitativa rispetto all'anno 2002. Tale obiettivo è stato largamente raggiunto.

A gennaio 2005, tenuto conto del successo ottenuto con il precedente, venne stipulato un nuovo contratto aziendale al fine di applicare localmente il nuovo contratto regionale. Si convenne di accettare tutte le domande per l'associazionismo e per il collaboratore di studio effettuate entro il 31 dicembre 2004 anche se eccedenti la quota regionale prevista. Al fine di rafforzare l'assistenza a livello territoriale fu concordato che tutte le associazioni potevano decidere di aumentare e coordinare l'orario di apertura degli ambulatori in modo da coprire, complessivamente, una fascia oraria massima ore 8-20 dal Lunedì al Venerdì. Per ogni ora eccedente lo standard minimo previsto dal contratto regionale (5 ore per 2 pediatri, 6 ore per 3 pediatri e 7

ore per 4 o più pediatri) si stabilì un incentivo di Euro 1.03 per assistito in carico per anno oltre a quanto previsto per la quota base.

Si decise anche di mantenere il precedente progetto salute infanzia riferito agli adolescenti.

Ovviamente a fronte di quanto ottenuto, considerato le ristrette risorse disponibili e il grave deficit in bilancio di tutte le ASL della regione e in particolare della nostra, si legò tale contratto a due obiettivi specifici:

- 1) riduzione del 10% degli accessi impropri al pronto soccorso da parte degli assistiti in carico ai colleghi in associazione rispetto al 2004;
- 2) contenimento della spesa netta farmaceutica aziendale indotta dai pediatri di famiglia di almeno il 5% rispetto alla spesa media regionale per lo stesso periodo;
- 3) partecipazione obbligatoria a 4 eventi formativi organizzati dalla FIMP in collaborazione con l'ASL su percorsi diagnostico-terapeutici sulle principali patologie di riscontro ambulatoriale.

Si convenne inoltre con la parte pubblica che a fine di ogni anno si

**Tabella 1** - Valori di riferimento ASL CE/2 per i pediatri di libera scelta e confronti con anno precedente

Indicatori	004	2005	Scostamenti %
Totale spesa	3.310.159	2.990.084	- 9,67
Totale pezzi	297.087	291.582	- 1,85
Totale ricette	191.970	192.133	0,08
Totale assistibili	63.927	63.927	0,00
Totale trattati	45.881	44.324	- 3,39
Rapporto trattati/assistibili	71.77	69.34	- 3,39
Costo medio ricetta	17.24	15.56	- 9,74
Costo medio pezzo	11.14	10.25	- 7,99
Costo medio assistibile	51.78	6.77	- 9,68
Costo medio trattato	72.15	67.46	- 6,50
Numero specialità	1.264	1.222	- 3,32
Numero sostanze	417	350	- 16,07

Elaborazione CINECA- Consorzio interuniversitario - Bologna



SSN REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CE/2 AREA COORDINAMENTO MATERNO INFANTILE Via Lingui, 54 AVERSA							
				AL DIRETTORE SANITARIO Dr. Gaetano D'Onofrio			
SUA SEDE							
OGGETTO: ACCESSI E RICOVERI ASL CE 2 ANNO 2005							
OSPEDALE	ACCESSI	RICOVERI	ACCESSI	RICOVERI	ETA' 0-6	ETA' 7-14	TOTALE 0-14
	2004	2004	2005	2005	2004-2005	2004-2005	2004-2005
<b>MOSCATI</b>	24879 Accessi Totali di cui 13683 ASL CE2	1377 (1008 effettivi +369, DH)	22030 Accessi Totali di cui 12156 ASL CE2	12601910 Ricoveri effettivi → 358 in DH)	14770 (2004) 14614 (2005)	7190 (2004) 6642 (2005)	21960 (2004) 21306 (2005)
<b>MELORIO</b>	5781 di cui 3801 ASLCE2	225	6674 di cui 3882 ASL CE2	177			
<b>PALASCIANO</b>	4442 di cui 1980 ASL CE 2	380	5233 di cui: 2050 ASL CE 2	339			
<b>SAN ROCCO</b>	4500 di cui 4275 ASL CE2	873	5432 di cui 3852 ASLCE2	858	729(04) 789(05)	143(04) 69(05)	862(04) 858(05)

	Scostamento % Accessi
<b>MOSCATI</b>	-11,45 globale
	-11,23 ASL CE2
<b>MELORIO</b>	+13,4 globale
	+2 ASL CE2
<b>PALASCIANO</b>	+15,1 globale
	+13,6 ASLCE2
<b>SAN ROCCO</b>	+17,16 globale
	-11 ASL CE2

sarebbe effettuata una verifica da completarsi non oltre Giugno dell'anno successivo e, in caso di mancato raggiungimento dei predetti obiettivi, le somme corrisposte al di là di quanto previsto dal contratto regionale, sarebbero state recuperate. Nei primi mesi del 2005, in collaborazione tra la Federazione Italiana dei Medici Pediatri (FIMP), l'ASL CE/2 e la Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS), furono organizzati quattro corsi residenziali di sviluppo professionale diretti a tutti i pediatri ambulatoriali, ospedalieri e dell'UOMI dell'ASL dal titolo: "Strategie ed azioni per migliorare la qualità delle cure: curare meglio con meno" con l'intervento di esperti docenti sugli argomenti scelti: "La gestione ed il controllo delle infezioni respiratorie in età pediatrica", "L'asma in età pediatrica", "Le infezioni delle vie urinarie nel bambino", "La diarrea acuta nel bambino".

In particolare si riportarono linee guida sugli argomenti scelti soffer-

mandosi sul corretto trattamento di quelle patologie, rimarcando in che modo curare meglio con meno conciliando il binomio Economia-Farmacaci. Alla prima verifica, dopo pochi mesi, si evidenziò un cambiamento sostanziale delle prescrizioni da parte dei pediatri dell'ASL con netto risparmio nella spesa farmaceutica per calo dell'effetto mix. Tale effetto consiste nello spostamento della prescrizione nell'ambito della stessa categoria terapeutica dalle molecole più costose, le nuove, a principi meno costosi, i vecchi.

La verifica effettuata a fine anno confrontando la spesa farmaceutica dell'anno 2005 con quella dell'anno precedente dimostrò il pieno raggiungimento degli obiettivi previsti. In particolare tale spesa si ridusse del 9,67%, a fronte del 5% previsto Tab. 1.

Gli accessi e i ricoveri risultavano ridotti nel 2005 rispetto al 2004 nell'ospedale Moscati, mentre risultavano aumentati negli altri ospedali dell'ASL nelle cui zone l'associazio-

nismo era meno diffuso (Fig. 1). Dopo l'approvazione, a dicembre 2005, del nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta, che ha voluto perseguire l'obiettivo di una progressiva valorizzazione del ruolo del Pediatra di libera scelta visto come parte essenziale dell'organizzazione complessiva delle cure primarie, in data 31 Maggio 2006, nell'ambito del Comitato ex art. 23, è stato riesaminato il ruolo del Pediatra di famiglia in particolare rispetto all'uso appropriato delle risorse nell'ambito dell'offerta delle prestazioni sanitarie. In tale sede fu definita la bozza per il nuovo contratto aziendale per l'anno 2006, che è divenuto esecutivo nel mese di settembre. I punti salienti previsti sono:

1) Introduzione dell'istituto della disponibilità telefonica, il cui fine è quello di migliorare la fruibilità delle prestazioni sanitarie primarie, agevolando i cittadini nell'accesso al servizio, in modo da ridurre il ricorso improprio al Pronto Soccorso e all'assistenza sanitaria di secondo livello. La disponibilità telefonica, aumentando la disponibilità nel settore delle cure primarie, concorre alla razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse. L'istituto della disponibilità telefonica è così articolato:

- L'adesione dei pediatri è facoltativa
- Il PdF s'impegna a garantire una disponibilità telefonica sino a massimo 6 ore giornaliere al di fuori dell'orario di studio, dal lunedì al venerdì, quando non è attiva la guardia medica.
- I medici identificano nell'ambito della loro forma associativa idonee modalità di sostituzione per garantire la disponibilità telefonica prevista in caso di assenza di uno o più componenti dell'associazione.
- In caso di sostituzione di un medico aderente a questa attività, il



L'ESPERIENZA, DELL'ASL CE/2 DIMOSTRA CHE UNA MIGLIORE ORGANIZZAZIONE COMPLESSIVA DELLE CURE PRIMARIE RAPPRESENTA LA CHIAVE PER RAZIONALIZZARE L'IMPIEGO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE DISPONIBILI PER LA SANITÀ PERMETTENDO DI RAGGIUNGERE L'AUSPICATO OBIETTIVO DI "CURARE MEGLIO CON MENO".

sostituito accetterà implicitamente la disponibilità telefonica.

- Ai pediatri che aderiscono in forma associata o singola alla seguente forma di attività integrativa d'assistenza, viene erogata una quota di € 0,10 per assistito in carico per ogni ora di disponibilità per mese.

2) Confermato il progetto salute infanzia previsto dal precedente contratto aziendale.

3) Possibilità per i pediatri ad associarsi sino ad un massimo dell'80% previo parere positivo del Comitato ex art. 23.

4) Incremento della quota prevista per l'associazionismo da 8 a 10 euro per assistito in carico per anno.

5) Incremento della percentuale di collaboratore di studio dall'attuale 50% dei pediatri al 55%.

I pediatri di famiglia dell'ASL CE/2 a fronte di questi incentivi proposti nella presente contrattazione aziendale si impegnano a realizzare i seguenti obiettivi:

- riduzione degli accessi impropri

(non seguiti da ricovero) al pronto soccorso di almeno il 5% rispetto all'anno 2004, durante i giorni feriali dalle 8.00 alle 20.00 relativi agli assistiti in carico ai pediatri di famiglia partecipanti alla pediatria in associazione e alla disponibilità telefonica;

- contenimento della spesa netta farmaceutica Aziendale indotta dai pediatri di libera scelta di almeno il 12% rispetto alla spesa del 2004;

- riduzione dell'assistenza specialistica esterna, compresa quella diagnostica, per immagini e di laboratorio di almeno il 7% rispetto alla spesa aziendale per l'anno 2004;

- riduzione dell'assistenza ospedaliera esterna dell'8% rispetto alla spesa aziendale per l'anno 2004;

- interventi mirati a prevenire e ridurre la percentuale degli obesi nell'infanzia promovendo corretti stili di vita nell'ottica di ridurre le complicanze ad essa correlate;

- promozione ed incentivazione delle vaccinazioni;

- promozione ed incentivazione del-

l'allattamento al seno;

- obbligatorietà a partecipare ad eventi formativi organizzati dalla FIMP in collaborazione con l'ASL al fine di ottimizzare le strategie previste dal contratto aziendale.

Si conviene che a fine anno, dopo verifica dell'azienda, in caso di mancato raggiungimento dei predetti obiettivi su base annuale, le somme corrisposte saranno recuperate in sei rate di pari importo.

L'esperienza avviata, da pochi anni, nell'ASL CE/2 dimostra che la razionalizzazione della spesa sanitaria è difficile da ottenere con sterili appelli alla ragionevolezza. Ottimi risultati, invece, possono essere ottenuti con meccanismi premianti per i medici, punto che non è mai stato sinora affrontato dal nostro SSN. Dunque sarebbe opportuno un cambio di rotta nella gestione della realtà sanitaria italiana, che dovrebbe seguire un'ottica aziendale in grado di ottimizzare, con vari interventi, l'impiego delle ridotte risorse disponibili.

L'esperienza, che si va sempre più consolidando, dell'ASL CE/2 dimostra che una migliore organizzazione complessiva delle cure primarie rappresenta la chiave per razionalizzare l'impiego delle risorse umane ed economiche disponibili per la Sanità permettendo di raggiungere l'auspicato obiettivo di "curare meglio con meno".

---

# Letto per Voi

S. Bernasconi

Clinica pediatrica - Dipartimento dell'età evolutiva - Università degli Studi, Parma

---

## **Infezioni e farmacoterapia pediatrica**

di G. Caramia

Le malattie infettive rappresentano una delle principali problematiche cliniche dell'età pediatrica e pertanto, la conoscenza approfondita ed aggiornata di terapia e prevenzione di tali patologie rappresenta un dovere per ogni medico. La difficoltà in tale campo deriva essenzialmente dalla sua complessità e dalla continua evoluzione delle conoscenze scientifiche, in un ambito nel quale la ricerca consente non solo l'identificazione di nuovi ceppi patogeni o di nuovi meccanismi di resistenza ai farmaci, ma anche lo sviluppo di innovativi presidi terapeutici.

In questo panorama si colloca la quarta edizione dell'opera di Giuseppe Caramia, Ermanno Ruffini e Vasilios Fanos "Infezioni e Farmacoterapia Pediatrica" della Biomedica Source Books, che nasce dall'esigenza di perfezionare ed aggiornare, alla luce delle più recenti conoscenze, il leggendario 'taccuino' che alberga nelle tasche del camice di ogni medico appassionato, che giorno dopo giorno riporta di suo pugno le conoscenze acquisite nel corso della formazione sul campo. Questo manuale, nella sua estrema praticità, si rivolge a medici e studenti di medicina che necessitano di uno strumento completo, di rapida consultazione.

Gli autori si prefiggono con successo l'ambizioso obiettivo di fornire un valido aiuto per giungere ad una scelta del farmaco antinfettivo ragionata e basata sui criteri della Evidence Based Medicine.

L'impostazione di una terapia dovrà infatti tener conto, come spiegato nella sezione introduttiva "Norme per una corretta scelta del farmaco e conduzione della terapia" delle evidenze a favore del farmaco di prima scelta e delle eventuali alternative, dell'agente patogeno identificato attraverso esami colturali e della valutazione clinica, alla luce delle ultimi studi della letteratura. Anche il dibattuto tema dell'applicazione di una determinata terapia in età infantile è trattato in questo testo attraverso l'analisi delle più recenti sperimentazioni, fornendo in tale modo uno strumento di studio che potrà sostituirsi ad una indaginata e lunga ricerca di altre fonti di aggiornamento.

La struttura del libro risulta funzionale a tali scopi; il testo è suddiviso in sette differenti sezioni. La prima di queste è dedicata ai "Farmaci antibatterici" ed esordisce con una parte introduttiva nella quale, attraverso tabelle di rapida consultazione, vengono classificati i differenti microrganismi e si identificano farmaci di prima scelta ed alternative terapeutiche. In questa sezione sono presenti inoltre altri due tipi di tabelle sinottiche: nella prima è riportata una classifica-

zione ulteriore di patologie suddivise per organi ed apparati, e relative terapie specifiche; nella seconda sono presenti le indicazioni per la durata dei diversi trattamenti. Seguono le schede relative alle diverse categorie di farmaci antibatterici, che riportano oltre a generalità, meccanismo e spettro d'azione, resistenza e caratteristiche farmacologiche, anche elementi di carattere clinico quali indicazioni, effetti indesiderati, interazioni e dosaggi. Utile inoltre risulta l'elenco dei principali nomi commerciali disponibili attualmente.

Per quanto concerne le successive sezioni, che prendono in esame "Farmaci Antimicotici", "Farmaci Antiparassitari" e "Farmaci Antivirali", l'organizzazione è sostanzialmente identica. Particolarmente completo ed aggiornato risulta essere il capitolo relativo all'Infezione da HIV, che si articola in numerose tabelle relative a specifici aspetti diagnostico-terapeutici, compresi i criteri per le eventuali variazioni della terapia antiretrovirale ed i regimi raccomandati in caso di insuccesso del trattamento farmacologico.

La quinta e la sesta parte prendono infine in esame le caratteristiche e le applicazioni di "Vaccini" ed "Immunoglobuline" nella pratica clinica; anche in questo caso numerose tavole schematiche consentono un orientamento generale introduttivo, prima di addentrarsi nello studio delle caratteri-

---

stiche dei singoli presidi terapeutici. Nell'ultima sezione, denominata "Tavole fuori testo", sono riportate ulteriori tabelle illustrative di alcuni aspetti della farmacoterapia che possono richiedere un interesse supplementare; oltre ad indicazioni sulla chemioprolifassi, vengono illustrate alcune caratteristiche specifiche relative a determinati farmaci, quali la possibile fotosensibilità, o il passag-

gio nel liquor, o ancora l'uso in corso di gravidanza ed allattamento.

La completezza del testo è notevole, le fonti eccellenti, la forma chiara e rapida nella fruizione.

Oltre ad uno strumento per la pratica clinica, gli autori hanno infine voluto fornire ulteriori spunti per l'approfondimento e lo studio, attraverso un elenco puntuale di libri, riviste e siti internet da consultare.

L'interesse del bambino rappresenta il punto di partenza e di arrivo di questo libro ed anche se, come recita la dedica iniziale: "*La vera gioia non deriva dalle ricchezze o dalla lode degli uomini, ma dal fare qualcosa che valga la pena*", non posso che portare agli autori il mio augurio per una ampia diffusione di quest'opera, lodando l'immane lavoro condotto.

---

# Letto per Voi

L. Venturelli

*Direttivo SIPPS*

---

## **Il pediatra e la famiglia. Il counselling in pediatria**

*di S. Quadrino*

La prima caratteristica che contraddistingue questo libro è quella di essere stato progettato per consentire al lettore modalità di uso diverse, a seconda dei suoi obiettivi, delle competenze che già possiede, degli interessi... e del tempo disponibile. Basta sfogiarlo per accorgersi che ogni capitolo permette di scegliere fra una lettura ordinata e completa, un veloce percorso attraverso esempi di sequenze comunicative, un approfondimento su casi specifici analizzati passo per passo. Per i più curiosi, la sezione "per saperne di più" offre riflessioni e ampliamenti sui concetti affrontati nel capitolo.

Il campo che Silvana Quadrino percorre insieme al lettore è quello della comunicazione quotidiana fra il pediatra e la famiglia con bambino, che di quella comunicazione è il vero interlocutore. Il metodo del counselling sistemico, che Quadrino propone ai pediatri in questo libro, si basa sulla capacità di tenere conto di un sistema famiglia che non si vede ma agisce in tutto ciò che ha a che fare con la salute del bambino: tenerne conto non sforzandosi di trasformarsi in terapeuti della famiglia, ma imparando ad utilizzare una modalità di comunicazione più con-

sapevole, che riduca il rischio di malintesi, conflitti inutili, contrapposizioni improduttive, e che dia al pediatra la possibilità di agire positivamente sullo sviluppo delle competenze genitoriali per la promozione della salute del bambino.

I primi due capitoli del libro forniscono le basi metodologiche di un intervento di comunicazione consapevole basato sull'ottica sistemica: a partire dai concetti, a molti ormai noti, della pragmatica della comunicazione umana, vengono proposte ed esemplificate modalità comunicative capaci di aumentare l'efficacia dell'interazione pediatra-genitore-bambino e di migliorare il livello di ascolto reciproco, senza che questo richieda mai di utilizzare tempi inconciliabili con i ritmi dell'attività del pediatra.

Il testo porta con gradualità il lettore a intravedere le possibilità di una conduzione dei colloqui più efficace e più equilibrata. Il timore, sempre presente quando a parlare di colloquio o di famiglia non è un pediatra ma uno psicologo, di essere trasportati in ambiti estranei o di essere obbligati ad addentrarsi nei meandri delle dinamiche della famiglia (o almeno a "capirle"), si dissolve fin dalle prime pagine. Come viene più volte ribadito, il contesto è e deve rimanere quello dello studio medico, e gli obiettivi devono restare le-

gati al mantenimento e alla promozione della salute del bambino. Semmai, l'invito che viene più volte ripetuto è di aumentare la consapevolezza degli obiettivi che il pediatra si pone in ogni fase della sua comunicazione, e di diventare capaci di esplicitarli in modo assertivo, segnalando anche in quali ambiti, invece, il pediatra non intende addentrarsi (problemi della coppia, scelte di vita ecc.)

Concetti che spesso rimangono un po' vaghi, come quello di ascolto attivo, di narrazione, di facilitazione, vengono accuratamente tradotti in sequenze di atti comunicativi tratte dall'esperienza quotidiana dei pediatri, illustrati e resi più fruibili da immagini in margine che indicano le sequenze consigliabili e quelle invece che comportano rischi di malintesi o di conflitti. Di particolare utilità pratica la parte dedicata alla scelta e alla formulazione delle domande, che fornisce al lettore esempi facilmente trasferibili nella sua attività di ogni giorno.

Nei capitoli seguenti l'autrice accompagna il pediatra nelle diverse fasi di vita del sistema famiglia con bambino, da "prima della nascita" all'adolescenza: ancora una volta l'obiettivo non è quello di approfondire i temi della psicologia dei cicli di vita, ma di fornire al pediatra gli strumenti per collocarsi in modo costruttivo all'in-

---

terno di quel sistema in evoluzione, per individuare obiettivi realistici, per fronteggiare i momenti più critici, per evitare le trappole di proposte relazionali rischiose. Lo strumento è sempre quello della competenza comunicativa, che capitolo dopo capi-

tolo il lettore si accorge di poter affinare, scoprendo a volte con sorpresa di poter modificare con relativa facilità vecchie abitudini consolidate, di poter introdurre piccoli ma fondamentali cambiamenti: una domanda in più, un segnale di accoglienza in-

vece di una brusca contrapposizione; la rinuncia a domande basate sul "perché", l'uso di segnali di positizzazione. Piccoli cambiamenti che possono tradursi in maggior benessere. Per il pediatra, non solo per i genitori e il bambino.