



Ministero della Salute

genitori più

prendiamoci più cura della loro vita



Materiale informativo per gli operatori

**7 AZIONI PER LA VITA
DEL TUO BAMBINO**



Ministero della Salute

7 AZIONI PER LA VITA DEL TUO BAMBINO

**Materiale informativo
per gli operatori**

genitori più
prendiamoci più cura della loro vita



Ufficio Promozione della Salute



REGIONE DEL VENETO



Ministero della Salute

Carissimi,

sono lieta di presentare questa campagna di informazione e di comunicazione che abbiamo chiamato “GenitoriPiù”.

I genitori come veri protagonisti della salute dei propri figli, fin dal concepimento e dai primi giorni di vita del bambino. È questo il messaggio principale della Campagna, promossa dal Ministero della Salute, realizzata in collaborazione con la Regione Veneto, la Federazione Italiana dei Medici Pediatri e l’Unicef.

Un messaggio basato sulla conoscenza di “Sette semplici azioni” che i genitori possono autonomamente attuare, di dimostrata efficacia per prevenire malattie, malformazioni, traumi, incidenti, obesità, infezioni, ma anche difficoltà cognitive e relazionali.

Su questa campagna abbiamo voluto investire perché la consideriamo molto importante, per i suoi contenuti, per la modalità della sua realizzazione e perché rappresenta uno strumento di promozione dell’empowerment delle persone che è valore essenziale del nostro sistema sanitario, pubblico e universalistico.

La consapevolezza e la partecipazione delle persone è infatti strumento e misura della qualità ed efficacia delle scelte di programmazione e di organizzazione dei servizi, è l’investimento più importante per la promozione della salute della popolazione.

Una campagna, quindi, specifica, su alcuni semplici obiettivi concreti, ma che assume anche una rilevanza più generale.

Infatti, fin dall’inizio del mio mandato come Ministro della Salute, ho inteso ribadire la centralità di questi temi, considerando la promozione della salute delle donne e dei bambini come una grande priorità strategica per la promozione della salute di tutta la popolazione.

Sono lieta quindi di rivolgermi a voi, operatori dei servizi, perché a voi è affidata la speciale relazione con i malati e gli utenti e perché siete voi, con la vostra professionalità e passione, il pilastro indispensabile per costruire una positiva alleanza tra istituzioni e società per il raggiungimento di sempre più importanti risultati per la tutela e la promozione della salute di tutti.

Livia Turco

Sommario

Perché un manuale?	pag. 7
Il progetto: rationale della campagna “GenitoriPiù”	pag. 9
Counselling ovvero una Comunicazione Efficace	pag. 17
1. Acido folico e prevenzione dei difetti del tubo neurale e di altre malformazioni congenite	pag. 21
2. Proteggere il bambino dall’esposizione al fumo di tabacco in gravidanza e dopo la nascita	pag. 33
3. Promuovere, proteggere e sostenere l’Allattamento materno	pag. 45
4. Posizione nel sonno e riduzione del rischio di morte improvvisa del lattante (SIDS)	pag. 65
5. Protezione del bambino durante il trasporto in automobile	pag. 77
6. Promuovere le Vaccinazioni	pag. 87
7. Promuovere la lettura ad alta voce ai bambini	pag. 109
Glossario dei termini epidemiologici	pag. 118
Elenco autori, revisori e gruppi di lavoro della Campagna	pag. 121

Perché un manuale?

Questo manuale è stato elaborato perché le comunicazioni degli operatori sociosanitari sui temi del progetto **“GenitoriPiù” – Campagna di promozione della salute nei primi anni di vita - Prevenzione attiva e vaccinazioni**” siano aggiornate, omogenee ed efficaci. Questo manuale vuole essere uno strumento di facilitazione e partecipazione per tutti gli operatori a contatto con i *futuri genitori* e i *neogenitori*.

Si tratta di una Campagna di comunicazione sociale che si propone di agire a 2 livelli:

- diffondere informazioni utilizzando i principali media;
- aumentare le capacità di promozione della salute da parte degli operatori dei servizi.

Si promuovono 7 azioni integrate di dimostrata efficacia su determinanti di salute e sui rischi prevalenti nei primi anni di vita.

Come è stato preparato il manuale?

I materiali prodotti e l’esperienza maturata nel progetto **“Sei più uno”**, (descritto successivamente), un progetto finalizzato di ricerca finanziato dal Ministero della Sanità, costituiscono la base del presente manuale.

Il materiale relativo alle specifiche azioni è stato rivisto e aggiornato dai maggiori esperti a livello nazionale.

Il manuale comprende una descrizione del progetto, una sintesi delle evidenze scientifiche in merito ai 7 interventi proposti e alcuni suggerimenti per una efficace comunicazione ai destinatari dell’intervento.

È stato strutturato in modo da consentire *diverse modalità di lettura*: ad una prima pagina limitata alle informazioni essenziali, segue un’informazione più esaustiva, adatta ad una consultazione più approfondita.

Gli aspetti comunicativi sono evidenziati nel paragrafo **“Il counselling in più”** che conclude ciascuno dei 7 capitoli^a. Il metodo di counselling a cui si fa riferimento è quello sviluppato negli ultimi quindici anni dall’Istituto CHANGE di Torino a cui è stata affidata questa parte del manuale^b.

A chi viene distribuito il manuale?

È prevista la distribuzione di questo materiale a tutti gli operatori ai quali viene chiesto di collaborare al progetto: pediatri di libera scelta, assistenti sanitari, medici e personale infermieristico dei servizi vaccinali, ostetriche e ginecologi territoriali, medici di medici-

^a L’uso della competenze di counselling in ambito pediatrico fa parte delle azioni sostenute dal Ministero all’interno delle raccomandazioni sul miglioramento della qualità della comunicazione in ambito sanitario.

^b Gangemi M, Quadri S, Il counselling in pediatria di famiglia, UTET Periodici. Quadri S, Il pediatra e la famiglia, il counselling sistemico in pediatria, Il Pensiero Scientifico editore.

na generale, pediatri e ginecologi ospedalieri, ostetriche e personale infermieristico dei punti nascita e tutto il personale dei consultori ed altri ancora.

Oltre al manuale viene messo a disposizione un semplice pieghevole per i genitori, studiato per facilitare la trasmissione dei messaggi e come promemoria, che è possibile consegnare o lasciare a disposizione negli ambulatori.

La campagna prevede un'attività valutativa a più livelli a cui gli operatori sono chiamati a contribuire.

Quali le attese?

Questa campagna richiede la partecipazione attiva e un'assunzione sempre maggiore di iniziativa e responsabilità da parte dei genitori sulla salute dei propri figli.

Altrettanto è chiamato a fare l'operatore che non è più soltanto un esecutore dei programmi, ma a cui viene richiesta maggiore competenza, capacità di iniziativa e la conseguente assunzione di responsabilità nel mantenere una coerenza nei contenuti e nello stile rispetto a quanto richiesto alle famiglie. Solo così sarà in grado di affrontare le diverse situazioni che di volta in volta si presenteranno, avvalendosi soprattutto degli strumenti di counselling.

IL PROGETTO

Razionale della campagna "GenitoriPiù"

Perché una campagna di promozione della salute nei primi anni di vita?

Esperienze pregresse indicano come tra gli strumenti di promozione alla salute occupino un posto di rilievo gli interventi di prevenzione primaria per affrontare quelle che attualmente rimangono le *principali cause di mortalità e morbosità nel primo anno di vita*: malformazioni congenite, prematurità, SIDS, incidenti, patologie infettive.

Molti di questi interventi utilizzano campagne di promozione della salute finalizzate a rinforzare o a proporre nuovi modelli comportamentali orientati alla prevenzione e a corretti stili di vita.

L'informazione non può esaurire il compito della sanità pubblica. È molto importante che le campagne mass-mediatiche siano di supporto a specifici programmi, anche per il ruolo determinante che assumono le competenze degli operatori nel sostenere poi concretamente quanto promosso. Promozione che va esercitata nel rispetto delle libertà individuali e della cultura dei diversi gruppi sociali.

Quale l'obiettivo?

La campagna concorre ad aumentare l'informazione e ad incrementare le competenze dei genitori perché le scelte di salute siano consapevoli ed effettivamente praticabili.

La capacità della popolazione di incidere in modo consapevole ed efficace sui propri stili di vita fin dal concepimento va di pari passo alle acquisizioni da parte dei futuri e neo genitori delle capacità di prendersi cura in modo complessivo dello sviluppo bio-psico-sociale del bambino, in altre parole di sviluppare pienamente la propria genitorialità.

La campagna GenitoriPiù va considerata anche un'occasione di sensibilizzazione della popolazione e degli operatori, di visibilità per gli altri programmi di prevenzione già in atto, in integrazione rispetto a quanto viene da questi già implementato circa le singole azioni promosse (sia come messaggi, sia come risposta organizzativa).

Il raggiungimento di ogni singolo obiettivo di salute risente infatti di un articolato e complesso insieme di variabili, di natura diversa, attinenti innanzitutto la tipologia dell'obiettivo stesso, le caratteristiche dei servizi, l'assetto quali-quantitativo dell'offerta, gli aspetti strutturali e gli aspetti relativi alla cultura organizzativa. Rispetto a tutto questo l'informazione di massa ha un ruolo in linea di massima complementare.

La complementarietà tiene conto del fatto che ogni singolo obiettivo di salute è già perseguito o perseguibile attraverso progetti specifici, alcuni ad alta rilevanza sia a livello internazionale, sia nazionale e locale, che richiedono parallele iniziative di informazione e di promozione di cambiamenti culturali.

Perché il nome "GenitoriPiù"?

Il nome "GenitoriPiù" vuole trasmettere al genitore i *valori* del progetto.

ESSERE "GENITORIPIÙ" vuol dire offrire ai propri figli più protezione, più salute, più sicurezza, più difese, più vita. Ma vuol dire anche essere genitori più aiutati dalle istituzioni, più consapevoli nelle scelte e quindi più sereni.

ESSERE GENITORIPIÙ vuol dire compiere una scelta partecipata diventando portatori di diritti e doveri: un genitore protagonista del benessere del proprio figlio.

Viene proposta attraverso un adeguato studio dei messaggi e degli atteggiamenti dei testimoni l'immagine di un *genitore "normale"*, che non può essere perfetto ma che dà il meglio di sé a fronte di un sistema sanitario impegnato ad offrire il meglio in termini di proposte di salute. Si cerca di evitare da un lato l'eccesso di idealizzazione delle capacità delle famiglie e dall'altro messaggi autoreferenziali da parte dell'istituzione e dei suoi operatori, che enfatizzando eccessivamente il proprio ruolo possono indurre passività e dipendenza.

Quale la sfida culturale?

L'invito ad una partecipazione attiva (empowerment) deriva da un lato dalla consapevolezza dei limiti di una modalità esclusivamente prescrittiva in un sistema sanitario evoluto, dall'altro dall'impossibilità di prescrivere comportamenti che poggiano sull'interiorizzazione da parte delle famiglie del compito di salute proposto.

Questa campagna rientra in un percorso per il passaggio in sanità da un sistema prescrittivo alla partecipazione consapevole. Questo in linea anche con il concetto di "fiducia", prima parola chiave del *"New Deal della Salute"* (26.06.06) del Ministro della Salute che auspica un *"cittadino come portatore di diritti e doveri, come protagonista del suo benessere, che ha il diritto alle prestazioni essenziali ma anche il dovere di partecipare attivamente ai programmi di prevenzione primaria e secondaria, che è compito del SSN attuare compiutamente e diffusamente"*.

Quali azioni?

Nell'ambito della promozione della salute perinatale e infantile, sono da tempo considerati come prioritari, in quanto di efficacia dimostrata e con effetti importanti sulla salute, interventi finalizzati alla promozione delle seguenti pratiche:

1. l'assunzione di adeguate quantità di acido folico nel periodo periconcezionale;
2. l'astensione dal fumo di sigaretta durante la gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino;
3. l'allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita;
4. la posizione supina nel sonno nel primo anno di vita;
5. l'utilizzo di appropriati mezzi di protezione del bambino negli spostamenti in automobile;
6. la promozione delle vaccinazioni;
7. la promozione della lettura ad alta voce ai bambini già dal primo anno di vita.

Sommariamente le sette azioni e il loro valore preventivo possono essere sintetizzati nella tabella seguente:

Comportamento	Protezione nei confronti di
1. Assunzione di acido folico	Spina bifida, anencefalia, labiopalatoschisi, malformazioni congenite cardiache, urinarie, degli arti ecc.
2.1 Astensione dal fumo, prenatale	Basso peso neonatale, prematurità, mortalità perinatale, SIDS
2.2 Astensione dal fumo, postnatale	Patologie delle prime vie respiratorie, SIDS
3. Allattamento materno	Infezioni gastrointestinali, infezioni delle prime vie respiratorie, SIDS, obesità, difficoltà cognitive e relazionali
4. Posizione supina del lattante	SIDS (Sindrome della morte in culla)
5. Utilizzo di mezzi di protezione in auto	Traumi da incidenti stradali
6. Vaccinazioni	Specifiche malattie infettive
7. Lettura ad alta voce	Difficoltà cognitive e relazionali, dislessia

Le azioni proposte vanno oltre al loro ruolo di fattori protettivi, perché in quanto “*determinanti di salute*” agiscono positivamente su molti indicatori di qualità della vita.

È per esempio il caso dell'aumentata “*literacy*”^c nei bambini che hanno fatto esperienza della lettura precoce o dei noti effetti dell'astensione dal fumo.

L'allattamento al seno in particolare presenta ulteriori effetti positivi nel medio e nel lungo periodo, sia per il bambino (minore incidenza di obesità e diabete, ipertensione,

^c *Literacy: insieme delle competenze relative alla lettura e alla scrittura che possono essere precocemente stimulate nei bambini in età prescolare e che ne faciliteranno successivamente l'autonoma capacità di lettura e scrittura.*

incidenti cardiovascolari e cancro, ridotto rischio di abuso, migliori performance intellettuali), che per la madre (migliore e più rapido recupero dopo il parto, ridotta incidenza di emorragie, depressione post-partum, nel lungo periodo riduzione del rischio di tumore al seno e di osteoporosi).

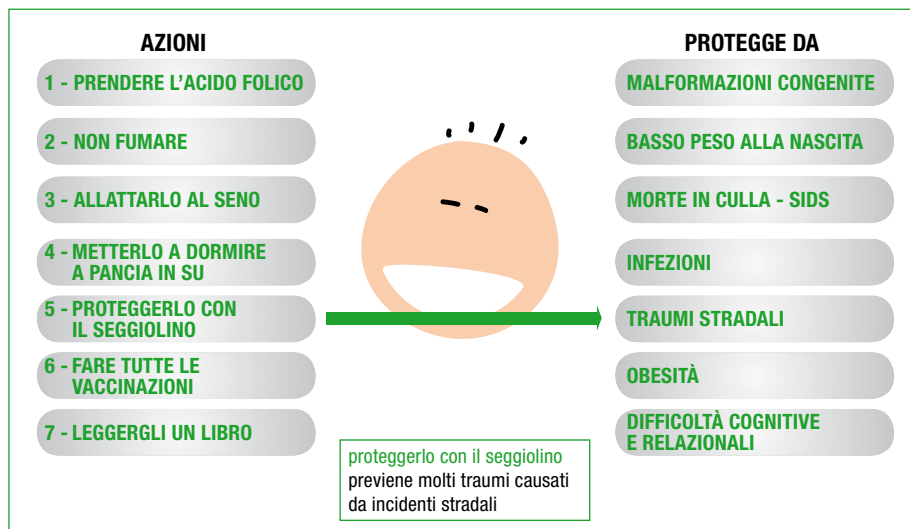
Perché 7 azioni insieme?

Tutte le 7 azioni hanno come denominatore comune la necessità che le famiglie diventino parte attiva e consapevole, in altre parole siano aiutate a diventare protagoniste (empowerment).

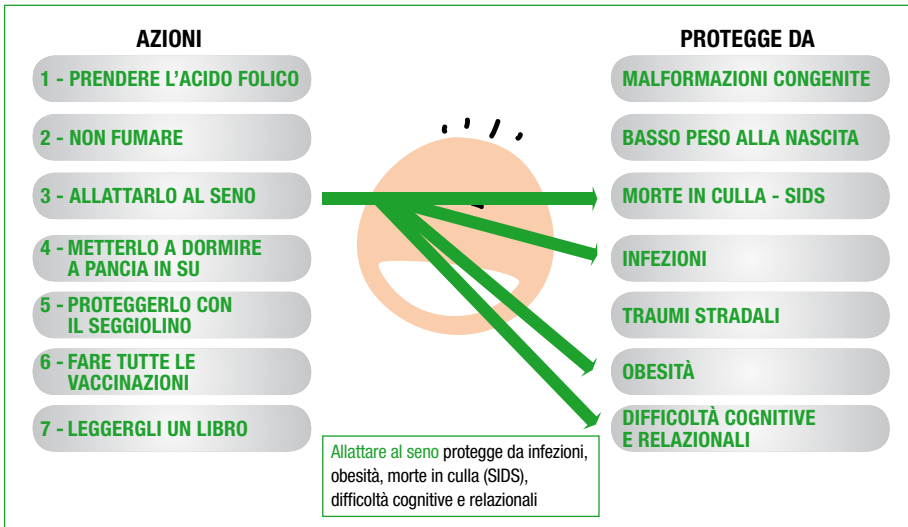
Inoltre, gli interventi che sono centrati sulla promozione simultanea di pratiche che tendono a ridurre i diversi fattori di rischio comportano effetti sinergici con un atteso miglior profilo costo/efficacia rispetto ad interventi finalizzati a modificare singoli fattori.

La letteratura scientifica disponibile sottolinea gli effetti positivi di questi comportamenti sulla salute infantile, mostrando:

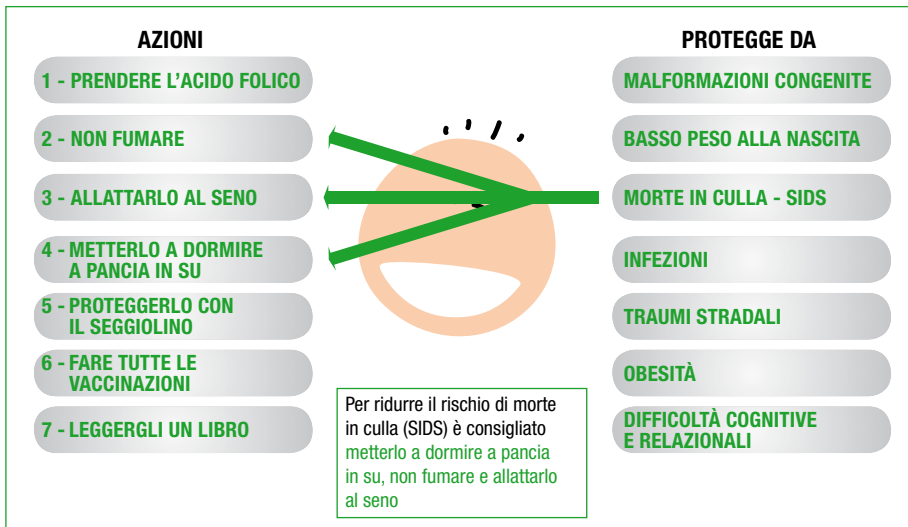
- l'efficacia diretta di un singolo comportamento su un singolo problema;



- l'efficacia di un singolo comportamento nella prevenzione di un più ampio spettro di problemi;



- l'efficacia cumulativa di diversi comportamenti che concorrono a prevenire un singolo problema.



Quale il ruolo degli operatori?

Ai fini del successo di iniziative di promozione della salute che richiedono un coinvolgimento attivo della popolazione, intervengono altri fattori tra i quali pesano in modo particolare la *convinzione e l'atteggiamento degli operatori sociosanitari*, che devono poter sia esercitare le loro attività che comunicare in modo coerente con l'approccio complessivo della campagna.

Sono auspiccate in questo senso azioni parallele finalizzate all'aumento delle capacità di counselling degli operatori (cui è dedicato un paragrafo del presente manuale), da perseguirsi attraverso specifiche progettualità.

Quale metodo?

Sul piano metodologico il progetto presuppone un *lavoro integrato di rete* (nella sanità e con gli altri soggetti coinvolti, i cosiddetti stakeholders), l'ottimizzazione delle risorse (una campagna - molte azioni) e il coinvolgimento della famiglia nella gestione della salute propria e dei propri figli (empowerment). Oltre agli effetti incrociati tra i diversi fattori protettivi, è questo assetto metodologico, teso a valorizzare capacità e competenze, a sostenere senza sostituirsi, che rappresenta il filo conduttore comune.

Per l'implementazione della rete il progetto ha previsto il coinvolgimento strategico di referenti provinciali dei *Pediatri di Famiglia* (azioni promosse sulla scorta della Convenzione in atto), dei *medici dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)* e degli *Addetti Stampa*, a livello di *area vasta*.

A cura di questi referenti sono stati organizzate *reti locali multiprofessionali*.

Quali riferimenti scientifici?

Sul piano scientifico il progetto fa riferimento a quanto sperimentato in modo sistematizzato sotto il nome di "**Sei più uno**" - *Sviluppo e valutazione di interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile*^d, Progetto di Ricerca Finalizzato finanziato dal Ministero della Sanità^e che ha coinvolto la Regione Basilicata (capofila del progetto), la Regione Friuli Venezia Giulia, la Regione Piemonte, la USSL 4 Alto Vicentino, l'Istituto di Pediatria dell'Università cattolica S. Cuore di Roma, il Centro per la Salute del Bambino - ONLUS di Trieste^f. Il progetto, il cui scopo era di valutare l'efficacia di una campagna di informazione ed educazione sanitaria rivolta ai neogenitori e alle giovani coppie, è stato effettuato dal 2000 al 2002.

^d P. Mastroiacovo, G. Tamburlini: "Sviluppo e valutazione di interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile" *Organizzazione sanitaria, Medico Bambino* 5/2000.

^e *Programmi speciali*" - Art. 12, comma 2, lett. b) d.lgs.502/92, anno 1999).

^f vedi <http://www.epicentro.iss.it/problemi/materno/sei+1.htm>, www.csbonlus.org/?CONTENT=SEIPIUONO.

Buona parte delle Azioni indicate, inoltre, sono da tempo parte del “Progetto Salute Infanzia” previsto nell’Accordo Collettivo Nazionale dei Pediatri di Famiglia (D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272)

Questi obiettivi di salute sono pienamente coerenti con le priorità del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (“promuovere campagne di informazione rivolte alle gestanti e alle puerpere, anche attraverso i corsi di preparazione al parto ed i servizi consultoriali, per la promozione dell’allattamento al seno, il corretto trasporto in auto del bambino, la prevenzione delle morti in culla del lattante, la promozione delle vaccinazioni e della lettura ad alta voce e promozione della Baby Friendly Hospital Initiative OMS/UNICEF”) e del Piano Nazionale per la Prevenzione 2005-2007 (rischio cardiovascolare, cancro, malattie prevenibili con vaccino, incidenti).

In particolare la promozione dell’allattamento al seno e l’astensione dal fumo, sono azioni rientranti nel documento programmatico del Ministero della Salute “Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari”, che prevede un intervento “multicomponenti” con attività di comunicazione e informazione per la salute.

La campagna Nazionale di comunicazione GenitoriPiù è inserita nel documento programmatico del Ministero della Salute “Verso un piano di azioni per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini” (08.03.’07)

Le stesse azioni vengono raccomandate in diversi documenti delle principali Organizzazioni Internazionali (OMS, UNICEF – Obiettivi del Millennio, Accademia Americana di Pediatria, ILCA - International Lactation Consultant Association - ecc.).

A cura di Leonardo Speri e Mara Brunelli

Il Counselling ovvero una Comunicazione Efficace

Nei capitoli successivi saranno ampiamente trattati i contenuti delle sette azioni.

Ora, perché questi contenuti possano essere trasformati in comunicazioni efficaci nei confronti dei genitori stimolando la riflessione e la condivisione, facilitando eventuali cambiamenti, è molto importante che il professionista perfezioni il suo stile comunicativo (vedi “*Counselling in più*” in ogni capitolo).

Le note che seguono forniscono alcuni spunti sugli elementi di base delle tecniche di comunicazione ispirate al *counselling sistemico*. Non pretendono di sostituirsi ad un percorso formativo, ma sono suggerimenti per gli operatori destinatari del libro affinché riscoprano le proprie capacità e le sviluppino al meglio per una comunicazione professionale consapevole ed efficace. Rimandiamo alla bibliografia essenziale per un eventuale approfondimento.

1. Cos'è il counselling

Il termine counselling viene spesso usato impropriamente in medicina con un significato che equivale a: *consiglio, informazione*. Si parla addirittura di counselling direttivo, che è in antitesi con la nostra definizione.

In questo contesto, quando parliamo di counselling, ci riferiamo ad un intervento comunicativo professionale che ha l'obiettivo di mobilitare le risorse e le capacità dei genitori e di facilitare le loro decisioni riguardanti la loro salute o quella dei loro figli, senza sostituirsi a loro e senza imporre comportamenti insostenibili. L'ottica sistemica porta a focalizzare l'attenzione sugli equilibri familiari e sulla relazione professionista-famiglia, sfumando la visione centrata prevalentemente sul professionista.

Questo significa che prima di “spiegare” cosa è meglio fare occorrerà conoscere cosa il genitore sa rispetto a quel determinato argomento e cosa già fa o progetta di fare. Partendo da queste informazioni sarà più semplice rendere efficaci i nostri messaggi perché potremo agganciarli all'esperienza del singolo, personalizzandoli.

Il messaggio, per creare un cambiamento, deve poter modificare le conoscenze (il “quadro cognitivo”) del genitore. Per fare questo occorre non provocare reazioni di rifiuto e/o difesa e quindi è necessario tenere conto dell'esperienza e delle risorse di quel particolare genitore. (Vedi tabella 1)

Tabella 1

Spazio informativo	Mamma (famiglia)	Operatore Sanitario
	<p>Quello che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ha osservato - sa o pensa di sapere 	<p>Quello che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pensa che la famiglia dovrebbe sapere (su quella questione specifica)
Spazio dei comportamenti	<p>Quello che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fa abitualmente - vorrebbe fare - pensa di poter fare - non vuole fare o pensa di non poter fare 	<p>Quello che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pensa che la famiglia dovrebbe fare

Nella pratica il Professionista parte spesso dallo spiegare quello che la famiglia dovrebbe fare senza esplorare il sistema che ha di fronte, si comporta cioè come se avesse di fronte un “paziente virtuale” per cui agisce sempre nello stesso modo e con scarse possibilità di successo. Questa è anche la grossa differenza tra la comunicazione di massa, destinata ad un target prestabilito e in qualche misura conosciuto, e la comunicazione col singolo che prevede la costruzione di una relazione sufficientemente significativa con quella specifica persona.

Le abilità di counselling ci permettono di personalizzare ed ottimizzare il messaggio in questione senza limitarci alla semplice emissione di un’informazione (processo unidirezionale), ma passando attraverso un ascolto attivo e uno scambio (processo bidirezionale).

2. La comunicazione nel contesto della promozione della salute

La comunicazione finalizzata alla promozione della salute presenta alcune differenze importanti rispetto a quella finalizzata alla cura.

In un contesto di cura il medico risponde ad una domanda (di diagnosi, di trattamento) espressa dal genitore, mentre in un contesto di promozione è il Sanitario che prende l’iniziativa di offrire qualcosa che non è stato richiesto.

È quindi particolarmente importante saper inserire i messaggi di prevenzione all’interno di una relazione genitore-professionista che permetta al genitore di sentirsi ascoltato, compreso, considerato e competente (*un genitore buono abbastanza*).

In ultima analisi si tratta di un vero intervento di *sostegno alla genitorialità*.

I passaggi comunicativi dovrebbero essere i seguenti:

- *Ascoltare in modo attivo* (accogliere le richieste del genitore, utilizzare le sue parole per proseguire nel colloquio, valorizzare le sue proposte e le azioni intraprese...).
- *Domandare prima di dire* (esplorare quali sono le conoscenze e le azioni già intraprese rispetto al messaggio proposto, quali i risultati, quali le difficoltà, i motivi degli eventuali insuccessi).

- *Sottolineare le competenze* (quello che fate va bene... si potrebbe anche ...).
- *Verificare con il genitore la comprensione del messaggio* e l'applicabilità nella sua realtà familiare ("pensa che quanto sino ad ora detto, sia per voi fattibile?").
- Essere disposti a *verificare insieme al genitore*, nel tempo, *l'avvenuta applicazione del messaggio*.

3. Caratteristiche dell'informazione

Se vogliamo che le informazioni date dal professionista siano ascoltate e non vengano rifiutate dovremo fare in modo che i messaggi non siano:

- troppo difficili;
- troppo lunghi;
- troppo lontani dalle convinzioni, abitudini e possibilità della famiglia.

Un messaggio quindi per poter essere efficace dovrebbe almeno essere:

- **Semplice:** diamo un'informazione alla volta. Nel caso di "GenitoriPiù", scegliamo in quali occasione è più utile introdurre un messaggio e trattiamo solo quello (es.: alla mamma in attesa non potremo parlare nella stessa occasione del fumo in gravidanza e dell'allattamento, ma dovremo scegliere qual è il messaggio che, nelle singole occasioni, sarà più funzionale trattare e concentrarci solo su quello).
- **Breve:** la capacità di ascolto, se il messaggio è troppo lungo, diminuisce e ne viene trattenuta solo una parte. Ricordiamo di ridurre sempre i messaggi in uscita (ciò che diciamo) favorendo i messaggi in entrata (dare spazio alle domande, alle osservazioni, ai dubbi di chi ci ascolta).
- **Concreto:** dobbiamo sempre fare in modo che alle indicazioni che diamo corrispondano delle azioni e dei comportamenti. Se questo non avviene, ciò che diciamo verrà dimenticato molto presto.
- **Compatibile:** se avremo utilizzato passaggi comunicativi che favoriscono l'esplorazione e la narrazione del genitore, avremo raccolto informazioni sull'universo cognitivo-comportamentale di quel particolare genitore e di quella famiglia e potremo facilmente verificare insieme a loro se i messaggi dati siano accettabili, compresi e se sia per loro possibile trasformarli in azioni e comportamenti nuovi.

4. In sintesi

- a. *Scelta del contesto (spazio e tempo) più favorevole all'ascolto (percorsi nascita, visite pediatriche filtro...).*
- b. *Trattare un argomento alla volta.*
- c. *Usare uno stile comunicativo di tipo interrogativo-esplorativo piuttosto che esplicativo-affermativo.*
- d. *Usare una terminologia semplice e messaggi brevi.*

- e. *Non proporre azioni “impossibili” per “quei” genitori.*
- f. *Cercare, insieme ai genitori, delle soluzioni intermedie che permettano di raggiungere l’obiettivo, qualora l’azione proposta non sia accettabile in prima battuta.*
- g. *Offrire momenti di verifica e discussione.*

A cura di Michele Gangemi, Patrizia Elli, Silvana Quadrino

Bibliografia essenziale

1. *Bert G, Quadrino S. L'arte di comunicare. Teoria e pratica del counselling sistemico. Torino: Edizioni Change 2005.*
2. *Gangemi M, Quadrino S. Il counselling in pediatria di famiglia. Milano: UTET 2000.*
3. *Quadrino S. Il pediatra e la famiglia. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2006.*
4. *Gangemi M, Elli P, Quadrino S. Il counselling vaccinale: dall'obbligo alla condivisione. Torino: Edizioni Change 2006.*
5. *Sclavi M. Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte. Milano: Bruno Mondatori 2003.*

1. Acido folico e prevenzione dei difetti del tubo neurale e di altre malformazioni congenite

Le malformazioni congenite colpiscono 1 su 30-50 nati. Due malformazioni gravi e comuni come i difetti del tubo neurale (DTN) e le cardiopatie congenite, da sole sono responsabili di circa la metà delle morti infantili da malformazioni congenite.

- Un apporto di acido folico più ampio di quello assunto con la normale alimentazione durante il periodo peri-concezionale, riduce sensibilmente il rischio di avere un bambino affetto da DTN (anencefalia e spina bifida).
- Un più ampio apporto di acido folico può ridurre anche il rischio di altre malformazioni congenite, in particolare alcune cardiopatie, labiopalatoschisi, difetti del tratto urinario, ipo/agenesie degli arti.

La supplementazione peri-concezionale con acido folico rappresenta quindi uno strumento importante per la prevenzione dei difetti congeniti.

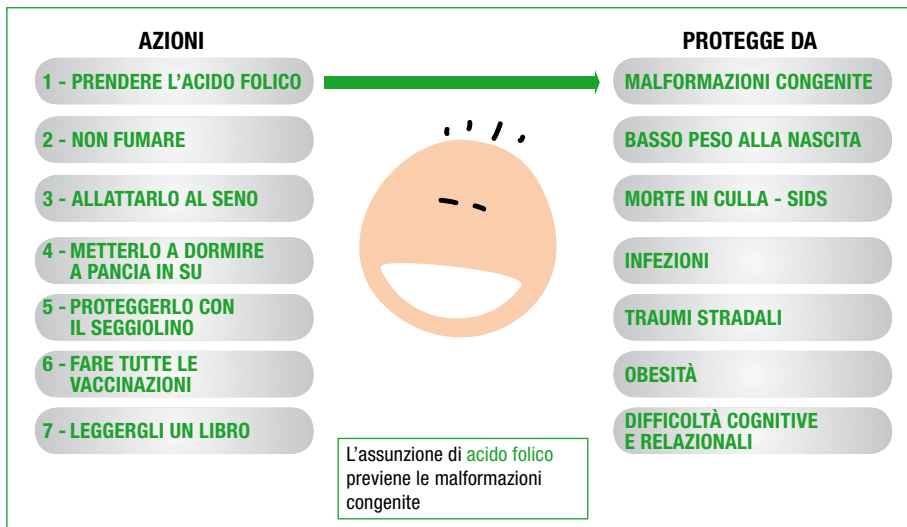
Raccomandazione

Tutte le donne in età fertile che non escludono la possibilità di una gravidanza, dal momento in cui la programmano o quando non ne escludono la possibilità oppure non usano metodi contraccettivi efficaci dovrebbero:

- assumere un supplemento vitaminico a base di acido folico (**0,4 mg al giorno**);
- seguire un'alimentazione ricca di frutta (es. arance, mandarini, clementine, succhi freschi di agrumi) e verdura fresca (es. spinaci, carciofi, indivia, bieta, broccoli, cavoli, fagioli).

È fondamentale che questa raccomandazione venga seguita anche per tutto il primo trimestre di gravidanza.

Tutti i futuri genitori dovrebbero ricevere queste informazioni all'interno di un percorso di Counselling preconcezionale.



Perché

Un buon numero di ricerche, seppure svolte in paesi diversi dall'Italia, e le esperienze di fortificazione obbligatoria degli alimenti più comuni (farina e cereali) condotte in Canada, Stati Uniti, Cile, Costa Rica e Sud-Africa, hanno dimostrato inequivocabilmente che un apporto di acido folico più ampio di quello assunto con la normale alimentazione durante il periodo peri-concezionale^a, riduce sensibilmente il rischio di avere un bambino affetto da anencefalia^b o spina bifida^c (denominati difetti del tubo neurale - DTN). Inoltre altre ricerche, seppure meno valide e definitive, dimostrano che un apporto di acido folico può ridurre anche il rischio di altre malformazioni congenite, in particolare alcune cardiopatie (soprattutto difetti interventricolari, tetralogia di Fallot, trasposizione dei grossi vasi), labiopalatoschisi, difetti del tratto urinario, ipo/agenesie degli arti.

^a Per **periodo peri-concezionale** si intende l'intero periodo prima del concepimento (almeno un mese prima) e il primo trimestre di gravidanza.

^b **Anencefalia**: malformazione congenita caratterizzata da parziale assenza della calotta cranica con esposizione all'esterno di parte del tessuto cerebrale. È incompatibile con la sopravvivenza ed è una causa comune di aborto terapeutico.

^c **Spina bifida**: malformazione caratterizzata da parziale assenza degli archi posteriori delle vertebre della colonna con esposizione all'esterno di meningi e tessuto midollare. È compatibile con una normale sopravvivenza dopo l'intervento neurochirurgico necessario, tuttavia è causa di disabilità permanente di grado variabile con difficoltà motoria agli arti inferiori e paralisi della vescica.

Quando e per quanto tempo

È noto che le malformazioni congenite si possono sviluppare durante il periodo di formazione degli organi (periodo dell'organogenesi che comprende le prime 8 settimane di sviluppo embrionale, calcolate dal giorno del concepimento, ovvero le prime 10 settimane di gestazione, calcolate dalla data dell'ultima mestruazione). In particolare anencefalia e spina bifida si possono determinare entro il 28° giorno dal concepimento (entro la fine della 4° settimana di sviluppo embrionale, ovvero entro la 6° settimana di età gestazionale). È per questo indispensabile che un maggior apporto di acido folico sia disponibile all'embrione sin dal momento del concepimento, nelle primissime settimane dell'organogenesi, e fino alla fine del primo trimestre. Poiché anche chi programma attivamente la gravidanza non può stabilire con precisione il giorno del concepimento, è necessario assumere più acido folico sin da quando la coppia decide di avere un figlio o non ne esclude attivamente la possibilità oppure non usa metodi contraccettivi efficaci.

Ciò significa che:

- non è efficace un maggiore apporto di acido folico per prevenire i DTN e altre malformazioni congenite se iniziato da quando la donna sa di essere incinta, o da quando esegue la prima visita ostetrica;
- chi programma attivamente la gravidanza dovrà assumere più acido folico con l'alimentazione e la supplementazione mediamente per 6 mesi prima del concepimento, e per tutto il primo trimestre di gravidanza;
- chi non programma attivamente la gravidanza e non mette in atto una contraccezione efficace dovrà seguire la raccomandazione per tempi probabilmente più lunghi.

Quanto e che cosa

La quantità di acido folico ottimale che ogni donna deve assumere ogni giorno nel periodo peri-concezionale è di 0,4 mg al giorno.

Tale dose non può essere ottenuta con sicurezza e con regolarità giornaliera attraverso la comune alimentazione (che apporta in media 0,2 mg al giorno ed è in grado di prevenire gli effetti carenziali quali l'anemia), e viene raggiunta difficilmente aumentando l'assunzione di alimenti ad elevato contenuto di acido folico (raccomandazione generale comunque importante per la salute della donna e del suo bambino).

Per questo motivo per sostenere in termini di salute pubblica un apporto sufficiente di acido folico vi sono due strade:

- a) raccomandare alle donne in età fertile di assumere un supplemento vitaminico a base di 0,4 mg di acido folico al giorno (SUPPLEMENTAZIONE)^d;

^d Questa scelta, per ora adottata nei paesi Europei, coinvolge solo le donne in età fertile, ma non riuscirà mai a raggiungere il 100% di esse. Infatti, anche dopo poderose campagne informative come quelle intraprese in Olanda, le percentuali di utilizzo della vitamina si attestano intorno al 50% (Van der Pal-de Bruin KM et al, 2000).

b) fortificare gli alimenti più comunemente utilizzati da una popolazione, come è stato deciso in molte nazioni tra le quali da diversi anni in Canada, Stati Uniti, Cile, Costa Rica e Sud Africa^e (FORTIFICAZIONE).

In Italia, come in altre nazioni, la supplementazione di 0,4 mg al giorno di acido folico è raccomandata per tutte le donne in età fertile. Abbiamo anche un vantaggio nel nostro paese, unico al mondo: la formulazione con 0,4 mg per compressa è in **fascia A** dal 2005, cioè a carico del SSN su prescrizione del medico, con la precisa indicazione: “*profilassi primaria dei difetti dello sviluppo del tubo neurale in donne in età fertile, che stanno pianificando una gravidanza*”. Questa opportunità consente ai medici italiani di avere un ruolo decisivo, rispetto ad altre nazioni, nella promozione della supplementazione peri-concezionale con acido folico e più in generale nella prevenzione delle malformazioni, anche attraverso l’offerta di un counselling pre-concezionale completo (§ tabella con decalogo a fine capitolo).

A chi

Tutte le donne in età fertile che non escludono la possibilità di una gravidanza devono avere un’alimentazione ricca di folati e assumere una supplementazione a base di acido folico. Questa raccomandazione andrà sostenuta ancor più nelle donne che utilizzano induttori dell’ovulazione, e quindi desiderano una gravidanza, e nelle donne fumatrici.

Ma attenzione, esiste un’eccezione!

Tutte le donne che hanno avuto una gravidanza esitata in una interruzione volontaria (IVG) terapeutica o in un nato con un DTN devono assumere un supplemento di acido folico al dosaggio di **5 mg al giorno**^f.

Inoltre, sulla base di una serie di considerazioni, meno robuste rispetto alla raccomandazione precedente, è utile che il dosaggio di 5 mg al giorno venga prescritto anche alle donne che:

- hanno o hanno avuto un familiare (nella propria famiglia o nella famiglia del partner) con un DTN;
- sono affette da epilessia, anche se non in trattamento con farmaci anticonvulsivanti;
- hanno avuto una gravidanza esitata in una IVG terapeutica o in un nato con una qualunque malformazione congenita;

^e Questa scelta assicura a tutte le donne in età fertile, quindi anche le più povere e meno informate, sia che programmino (circa il 50%) o meno la gravidanza, un apporto sufficiente di acido folico nel periodo peri-concezionale, ma lo fornisce anche al resto della popolazione (es.: bambini e anziani). Esiste un dibattito ancora non risolto perché a fronte di vantaggi, viene valutato un rischio potenziale per bambini e anziani legato alla sovraesposizione come ad eventuali effetti collaterali del farmaco ancora ipotetici e in studio.

^f Il dosaggio di 5 mg (al posto di 4 mg come suggerito dalle prove di efficacia) viene indicato perché in Italia non è disponibile una formulazione da 4 mg di acido folico per compressa. I prodotti a base di 5 mg per compressa per ora purtroppo non sono a carico del SSN per questa specifica indicazione.

- d) sono affette da diabete;
- e) sono affette da obesità;
- f) assumono, o hanno assunto in precedenza, quantità eccessive di bevande alcoliche.

Che cos' è l'acido folico e come agisce?

L'acido folico è un folato sintetico, che non si trova in natura. Appartiene, come tutti i folati⁹, al gruppo delle vitamine B e talvolta è indicato come vitamina B9. I folati sono presenti in un'ampia varietà di alimenti. Le fonti più ricche sono rappresentate dal fegato, dalle verdure a foglia larga verde scuro (spinaci, cime di rapa, lattuga), dai fagioli, dal germe di grano e dal lievito. Altre fonti sono il tuorlo d'uovo, le barbabietole, il succo d'arancia e il pane integrale. Solo circa la metà dei folati naturali viene assorbita e la maggior parte di quelli presenti negli alimenti è instabile: le verdure fresche in foglia conservate a temperatura ambiente, possono perdere fino al 70% del loro contenuto di folati in tre giorni, perdite considerevoli si verificano anche per diluizione nell'acqua di cottura (fino al 95%) e per esposizione al calore. Nonostante ciò, la normale alimentazione nella nostra popolazione copre usualmente il fabbisogno giornaliero di acido folico (0,2 mg). Teniamo presente che un maggior apporto di folati con l'alimentazione si ottiene già assumendo un paio di spremute di arancia al giorno.

Per essere sicuri di assumere almeno (non mediamente, ma come minimo) la quota aggiuntiva di 0,4 mg al giorno, la scelta migliore oggi in Italia è quella di seguire un'alimentazione ricca di folati e assumere un supplemento vitaminico a base di 0,4 mg al giorno di acido folico.

Quali sono le prove di efficacia che dimostrano la possibilità di ridurre il rischio dei DTN e di altre malformazioni congenite?

Negli anni '80 furono prodotti i primi studi osservazionali sull'efficacia dell'acido folico nella prevenzione primaria dei DTN. Gli studi erano concentrati sul rischio di ricorrenza (una gravidanza dopo un nato con DTN), piuttosto che sul rischio della prima occorrenza, per riuscire a ottenere un maggior numero di casi da analizzare con un minor numero di donne da studiare. Si ricorda, infatti, che l'incidenza nella popolazione (occorrenza) dei DTN è quantificabile intorno allo 0,1-0,2%; quella nelle coppie che hanno già avuto una gravidanza con DTN è del 2-3% (10-20 volte superiore).

⁹ I folati agiscono come cofattori di enzimi coinvolti nella sintesi del DNA e dell'RNA e, insieme alla vitamina B12, sono coinvolti nel ciclo della metilazione. I folati assumono una funzione coenzimatica dopo essere stati ridotti ad acido tetraidrofolico, che è la forma attiva di folato nell'organismo. La carenza lieve di folati può determinare soltanto un accumulo di omocisteina per mancanza diretta o indiretta di metiltetraidrofolato, senza alcun sintomo evidente. La carenza grave di folati determina un'anemia particolare detta macrocitica o megaloblastica.

Per i DTN le prove di efficacia più robuste e convincenti, prodotte negli anni '90^h e gli studi di confronto della prevalenza di DTN prima e dopo fortificazioneⁱ stimano una riduzione dei DTN pari al 50-70%.

Per quanto riguarda tutte le altre malformazioni gli studi sono numerosi. Quelli che riguardano specifiche malformazioni^j suggeriscono una riduzione del rischio:

- alcune cardiopatie congenite quali difetti interventricolari, tetralogia di Fallot, trasposizione dei grossi vasi, intorno al 30%;
- labioschisi con o senza palatoschisi, intorno al 35%;
- difetti del tratto urinario, intorno al 40%;
- difetti degli arti, intorno al 50%.

L'effetto preventivo dell'acido folico potrebbe dunque coinvolgere varie se non tutte le malformazioni^k.

Infine, particolarmente suggestivo è uno studio condotto in Ungheria che ha mostrato una sensibile riduzione della sindrome di Down nelle donne che avevano assunto prima del concepimento circa 6 mg al giorno di acido folico^l.

I dati di efficacia sono generalizzabili alla popolazione italiana?

L'efficacia dell'acido folico come intervento di prevenzione primaria è stata messa in evidenza da studi condotti in diversi paesi e non è ragionevole pensare che la popolazione italiana risponda in maniera diversa da queste popolazioni. Tuttavia vi è l'assunto errato che gli italiani assumano, con la normale alimentazione, una quantità di folati maggiore di altre popolazioni grazie alla dieta mediterranea.

La popolazione italiana inoltre ha una prevalenza leggermente più elevata di altre, del polimorfismo MTHFR C677T^m che comporta una maggiore sensibilità a carenze di folati, anche di lieve entità. Sia perché la dieta mediterranea non garantisce l'apporto desiderato e a maggior ragione vista la prevalenza del polimorfismo MTHFR C677T è assolutamente appropriato promuovere anche in Italia la supplementazione con acido folico alla dose di 0,4 mg/die.

^h MRC, 1991; Czeizel AE et al, 1992; Berry RJ et al, 1999.

ⁱ Eichholzer M et al, 2006.

^j Goh YI et al, 2006; Badovinac RL et al, 2007.

^k Come suggerito sia dallo studio randomizzato già citato condotto in Ungheria (Czeizel AE et al, 1994), sia da uno studio caso-controllo svolto ad Atlanta, negli USA (Botto LD et al, 2004).

^l Czeizel AE et al, 2005.

^m Tale polimorfismo, trasmesso come tratto autosomico recessivo, è presente allo stato omozigote nel 5-15% delle persone in varie popolazioni, ed è caratterizzato dalla termolabilità, cioè da una minore attività biologica. In Italia tale polimorfismo è leggermente più frequente che in altre popolazioni e il genotipo omozigote mutato ha una prevalenza variabile, con gradiente nord-sud, del 15-25%.

Quale riduzione dei DTN e di altre malformazioni possiamo attenderci in Italia?

Il tasso dei DTN in Italia è considerato “basso” in confronto ad altri paesi. Va tuttavia osservato che il tasso totale dei DTN in Italia, considerando anche le IVG, non è trascurabile (**DTN totali 0,65-0,75 ‰ⁿ: cioè circa 350-400 casi l'anno per 550.000 gravidanze/anno**).

La riduzione del tasso di DTN non può essere d'altra parte l'unico elemento da prendere in considerazione, ma bisogna anche tener conto di tutte le altre malformazioni che si ridurrebbero con una maggiore assunzione peri-concezionale di acido folico.

L'insieme degli studi disponibili suggerisce infatti una riduzione globale di tutte le malformazioni di circa il 10-20% che per l'Italia, considerando una prevalenza del 2% di malformazioni più gravi, si traduce in circa 1.200-2.400 casi l'anno.

Non dobbiamo dimenticare inoltre l'opportunità che viene offerta al medico nel sostenere un'alimentazione ricca di folati e nel prescrivere un supplemento a base di acido folico: introdurre la donna a un percorso di counselling pre-concezionale per la prevenzione dei difetti congeniti a tutto campo.

Perché l'acido folico riduce nella popolazione il rischio di malformazioni congenite?

Per quanto non si abbiano dati certi, molto probabilmente alcuni embrioni hanno un fabbisogno maggiore di acido folico per poter sviluppare regolarmente alcune strutture e tale necessità è determinata geneticamente dall'insieme dei geni che sono coinvolti nel codificare i vari enzimi che regolano il metabolismo dei folati. Di qui la necessità di raggiungere tendenzialmente l'intera popolazione interessata.

Ha senso valutare prima di una gravidanza le mutazioni dei geni coinvolti nel metabolismo dell'acido folico?

No. La scarsa comprensione che abbiamo del ruolo di questi geni nell'eziologia dei DTN o di altre malformazioni non rende ragionevole eseguire esami genetici di questo genere, anzi questi stessi esami potrebbero rendere meno efficace la raccomandazione di assumere più acido folico dando un senso di sicurezza non giustificato^o.

ⁿ Dato stimato dai Registri di malformazioni congenite del Nord-Est, Emilia Romagna, Toscana, Campania e Sicilia Orientale nel periodo 2000-2004, con correzione di sottototificazione soprattutto per le IVG terapeutiche.

^o Finnell RH et al, 2002.

Quale forma di acido folico?

L'acido folico si sintetizza facilmente e a costi molto bassi. È presente in diversi preparati vitaminici da solo o insieme ad altre vitamine e micronutrienti. Nel caso dei multivitaminici è importante che la formulazione contenga 0,4 mg di acido folico per compressa, appropriati dosaggi di altre vitamine e non contenga vitamina A preformata.

Sulla base di una attenta valutazione costi/benefici in merito all'impiego di questa vitamina, l'acido folico rappresenta senza dubbio la forma consigliabile per un utilizzo con finalità preventive nella popolazione sana^p.

Quali dosaggi sono consigliati?

La dimostrazione più convincente di efficacia del dosaggio di 0,4 mg al giorno deriva dallo studio svolto in Cina^q e rappresenta la conferma di diversi studi osservazionali.

Tuttavia, sono in atto alcuni studi per valutare se dosaggi superiori a 0,4 mg al giorno di acido folico siano correlati a un beneficio maggiore^r.

L'acido folico ha effetti collaterali?

La risposta a questa domanda va fornita tenendo separate le fasce della popolazione che possono beneficiare di un apporto di acido folico più ampio. Il dibattito sulla fortificazione sviluppatosi soprattutto in Europa^s riguarda gli effetti collaterali, ancora del tutto ipotetici ma non trascurabili in base al "principio di massima precauzione", su tutta la popolazione, in particolare quella sopra i 50 - 60 anni.

Se focalizziamo la risposta alla fascia di popolazione delle donne in età fertile, cui è rivolta la presente raccomandazione, l'unico effetto collaterale ipotizzato, ancora dibattuto e oggetto di studio, riguarda un incremento, seppure lieve, di gemelli dizigoti (gemelli non identici)^t.

Tale ipotesi non ha comunque minimamente influito sulle raccomandazioni e sulle politiche sanitarie di paesi economicamente sviluppati al pari dell'Italia.

^p Tutte le prove di efficacia prodotte a favore della riduzione del rischio di malformazioni congenite riguardano l'acido folico sintetico (acido pteroilglutammico - PteGlu). L'acido folinico (5-formil-THF) è un immediato precursore del 5,10-metilene-THF. La somministrazione orale di acido folinico aggira le tappe di deconiugazione e riduzione necessarie per l'attivazione dell'acido folico.

^q Berry RJ et al, 1999.

^r In uno studio randomizzato svolto in Ungheria sono stati utilizzati 0,8 mg di acido folico al giorno, in quello sulla ricorrenza ne sono stati utilizzati 4 mg al giorno (e questo dosaggio è quello tuttora raccomandato nelle donne a rischio); inoltre è stata osservata una relazione inversa tra folatemia e rischio di DTN (Wald NJ et al, 2001).

^s Wald NJ et al, 2007.

^t Lo studio principale che suggerisce questo incremento (Kallen B, 2004) non è stato confermato, ed è stato sottoposto alla critica di non aver valutato con attenzione la presenza di possibili fattori confondenti come le tecniche di procreazione assistita. Anche una recente meta-analisi (Muggli EE et al, 2007) suggerisce come l'aumento di gemelli dizigoti rappresenti un'ipotesi che va meglio valutata e che, se esistente, si esprimerebbe comunque in termini di un incremento molto modesto.

Si ipotizzano altri benefici dell'acido folico in ambito materno-infantile?

Studi sperimentali e clinici recenti hanno suggerito come l'omocisteina, aminoacido che aumenta in presenza di carenze anche lievi di folati, possa rivestire un ruolo importante nell'insorgenza di alcune complicanze della gravidanza^u: aborto spontaneo ricorrente, ritardo di crescita intrauterina, pre-eclampsia e distacco di placenta. Gli studi mostrano costantemente un rischio aumentato di patologie del 2° e 3° trimestre di gravidanza in donne con iperomocisteinemia^v. Sul versante pediatrico una revisione sistematica suggerisce un effetto protettivo dell'assunzione di multivitaminici in epoca peri-concezionale sull'insorgenza di alcune neoplasie infantili, quali le leucemie, alcuni tumori cerebrali e in particolare il neuroblastoma.

Tabella. RACCOMANDAZIONI PER LE DONNE/COPPIE

1. Chiedi informazioni al tuo medico
2. Assumi acido folico
3. Non fumare e non bere alcolici
4. Controlla il tuo peso corporeo
5. Verifica le tue vaccinazioni
6. Verifica le malattie genetiche in famiglia
7. Controlla la tua malattia cronica
8. Verifica eventuali malattie a trasmissione sessuale
9. Controlla alcune infezioni
10. Attenzione ai farmaci

Redatto da ICBD - Alessandra Lisi, International Centre On Birth Defects

*A cura di Renata Bortolus e Pierpaolo Mastroiacovo
Revisori: Giovan Battista Ascone e Domenica Taruscio*

^u È possibile, in alcuni casi, ipotizzare un meccanismo patogenetico comune mediato dall'incremento dell'omocisteina che, attraverso la presenza di un danno vascolare, con effetti nel distretto placentare, possa compromettere l'esito della gravidanza.

^v Mentre le evidenze sulle malformazioni sono robuste, in questo ambito appare comunque indispensabile che la ricerca si sviluppi ulteriormente.

Il counselling in più

Per rendere più efficaci le informazioni e le indicazioni sull'assunzione di acido folico è necessario tenere conto del fatto che:

- a. per accettare di assumere un farmaco per periodi lunghi è necessaria una forte motivazione;
- b. accettare di assumere un farmaco in assenza di sintomi, con un obiettivo non di cura e guarigione ma di prevenzione, risulta ancora più difficile, specie se il trattamento deve prolungarsi per un periodo non definibile;
- c. la motivazione basata sulla protezione della salute del nascituro è meno forte nella fase in cui la gravidanza non è iniziata, specie se non c'è ancora un preciso desiderio di avere un figlio;
- d. esistono convinzioni condivise e validate dalle voci popolari che collocano i farmaci nella categoria del “*non naturale*”, contrapposta a quella del “*naturale che fa bene*”: questo può costituire un ulteriore fattore di abbassamento della motivazione a medio e lungo termine.

Affinché il messaggio del professionista abbia effetto a livello motivazionale è indispensabile che le indicazioni e le informazioni generali vengano trasformate in messaggi comprensibili e utilizzabili da parte di quella specifica donna, di quella specifica coppia. Le informazioni riportate nelle pagine precedenti dovranno perciò essere tradotte in sequenze comunicative brevi e comprensibili, selezionate e utilizzate con gradualità.

Il messaggio centrale, quello che il professionista utilizzerà come elemento portante del suo messaggio educativo è:

tutte le donne in età fertile che non escludono la possibilità di una gravidanza devono avere un'alimentazione ricca di folati e assumere una supplementazione a base di acido folico.

Per avviare un intervento informativo-educativo sull'assunzione di acido folico è utile che il professionista:

1. Introduca il suo intervento facendo riferimento alla situazione specifica della paziente:
Es. *Nel suo caso, il fatto che lei non escluda una gravidanza, anche se non ha ancora veramente deciso di avere un bambino...*
oppure *siccome avete iniziato un trattamento per la fecondazione assistita...*
oppure *dal momento che lei fuma e non esclude di poter restare incinta...*;
2. Espliciti subito il suo obiettivo:
... *ritengo molto importante parlarle di alcuni semplici comportamenti che sono in grado di ridurre i rischi di malformazione per il bambino;*
3. Verifichi con la paziente, in modo non puramente formale ma empatico e coinvolgente, la possibilità di condividere quell'obiettivo:
In questo momento, pensare alla salute di un bambino che non c'è ancora e che non sa se arriverà può essere difficile per lei?

4. Raccolga le informazioni e le conoscenze che la paziente può avere già ricevuto sul tema “comportamenti favorevoli alla salute del nascituro”, per evitare che le informazioni che darà vengano confuse con altre meno corrette.

È un argomento su cui ha già delle informazioni, di cui ha già parlato con qualcuno? Ricorda quelle che l'hanno convinta di più?

5. Scelga alcune informazioni *essenziali* per completare, ed eventualmente correggere le informazioni che la paziente gli presenta (iniziando SEMPRE dalle informazioni corrette, che verranno convalidate, e solo dopo passando a quelle da completare e infine da correggere/smentire):

Bene, vedo che un po' di cose le sa già: è vero che è consigliabile smettere di fumare, e ridurre o meglio ancora abolire gli alcolici. Su un punto invece vorrei soffermarmi di più: che la cosa migliore sia fare controlli frequenti durante la gravidanza non è del tutto vero.

Quello di cui volevo parlarle è un intervento preventivo, da iniziare subito, e basato semplicemente sull'uso di un supplemento vitaminico a base di acido folico, e su un'alimentazione ricca di frutta, agrumi specialmente, e di verdura fresca.

6. Verifichi quello che la paziente sa già sull'argomento, e le potenziali difficoltà che immagina di poter incontrare dovendo assumere un farmaco per tempi lunghi:

Ne aveva già sentito parlare?...

Pensando di fare quello che le propongo – si tratta di prendere una compressa al giorno con le modalità che poi le spiegherò – immagina che ci possano essere delle difficoltà per lei, conoscendosi e valutando quello che le succede di solito in situazioni come questa?

7. Utilizzi il proprio ruolo professionale e alcune informazioni supplementari per rafforzare la prescrizione, evitando di eccedere in dati informativi o nella descrizione di possibili rischi.

L'aggiunta di informazioni avverrà gradualmente, da domande e richieste di precisazioni che la paziente verrà invitata e incoraggiata a fare:

Io ci tengo a dirle che è una cosa che vale la pena di fare. I dati che abbiamo ci confermano che è un trattamento privo di effetti collaterali e che riduce effettivamente il numero di malformazioni e rischi per il bambino. Poi, se vuole, ci sono altre informazioni che posso darle, perché lei sia più sicura e soprattutto riesca a mantenere l'abitudine di prendere l'acido folico fino al terzo mese dal concepimento. Ha idea di cosa le servirebbe sapere oltre a quello che le ho detto?

Un intervento condotto in questo modo permette al professionista di adeguare il suo intervento informativo a ciò che la paziente vuole sapere ed è in grado di utilizzare. Gli permette inoltre di avere un quadro più preciso di cosa facilita e cosa ostacola, in quella persona, l'adesione al trattamento proposto. Questo lo aiuterà a proseguire il suo intervento di affiancamento e di sostegno della motivazione in modo personalizzato e con maggiori probabilità di successo.

Silvana Quadrino Istituto CHANGE www.counselling.it

Riferimenti bibliografici

- *Badovinac RL, Werler MM, Williams PL, Kelsey KT, Hayes C. Folic acid-containing supplement consumption during pregnancy and risk for oral clefts: a meta-analysis. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2007, 79: 8-15.
- *Berry RJ, Li Z, Erickson JD, Li S, Moore CA, Wang H, Mulinare J, Zhao P, Wong LC, Gindler J, Hong S, Correa A, for the China-US Collaborative Project for Neural Tube Defect Prevention. Prevention of neural-tube defects with folic acid in China. N Engl J Med* 1999, 341: 1485-90.
- *Botto LD, Olney RS, Erickson JD. Vitamin supplements and the risk for congenital anomalies other than neural tube defects. Am J Med Genet* 2004, 125: 12-21.
- *Charles DH, Ness AR, Campbell D, Smith GD, Whitley E, Hall MH. Folic acid supplements in pregnancy and birth outcome: re-analysis of a large randomised controlled trial and update of Cochrane review. Paediatr Perinat epidemiol* 2005, 19: 112-24.
- *Czeizel AE, Puho E. Maternal use of nutritional supplements during the first month of pregnancy and decreased risk of Down's syndrome: case-control study. Nutrition* 2005, 21: 698-704.
- *Czeizel AE, Dudas I, Metneki J. Pregnancy outcomes in a randomised controlled trial of periconceptional multivitamin supplementation. Final report. Arch Gynecol Obstet* 1994, 255: 131-9.
- *Czeizel AE, Dudas I. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. N Engl J Med* 1992, 327: 1832-5.
- *Eichholzer M, Tonz O, Zimmermann R. Folic acid: a public-health challenge. Lancet* 2006, 367: 1352-61.
- *Finnell RH, Shaw GM, Lammer EJ, Volcik KA. Does prenatal screening for 5,10-methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) mutations in high-risk neural tube defect pregnancies make sense? Genet Test* 2002, 6: 47-52.
- *Goh YI, Bollano E, Einarson TR, Koren G. Prenatal Multivitamin Supplementation and Rates of Pediatric Cancers: A Meta-Analysis. Clin Pharmacol Ther* 2007, 81: 685-91.
- *Goh YI, Bollano E, Einarson TR, Koren G. Prenatal Multivitamin Supplementation and Rates of Congenital Anomalies: A Meta-Analysis. J Obstet Gynaecol Can* 2006, 28: 680-9.
- *Kallen B. Use of folic acid supplementation and risk for dizygotic twinning. Early Hum Dev* 2004, 80: 143-51.
- *MRC Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: results of the MRC Vitamin Study. Lancet* 1991, 338: 131-7.
- *Muggli EE, Halliday JL. Folic acid and risk of twinning: a systematic review of the recent literature, July 1994 to July 2006. MJA* 2007, 186: 243-8.
- *Van der Pal-de Bruin KM, de Walle HE, Jeeninga W, de Rover C, Cornel MC, de Jong-van den Berg LT, Schouten J, Brand R, Buitendijk SE. The Dutch 'Folic Acid Campaign' – have the goals been achieved? Paediatr Perinat Epidemiol* 2000, 14: 111-7.
- *Wald NJ, Oakley GP, Hubner RA, Houlston RD, Muir KR. Should folic acid fortification be mandatory? BMJ* 2007, 334: 1252-3.
- *Wald NJ, Law MR, Morris JK, Wald DS. Quantifying the effect of folic acid. Lancet* 2001, 358: 2069-73.

Link utili: www.cdc.gov; www.marchofdimes.com; www.motherisk.org; www.iss.it/cnmr; www.asbi.info; www.spinabifidaveneto.it

2. Proteggere il bambino dall'esposizione al fumo di tabacco in gravidanza e dopo la nascita

L'esposizione al fumo di tabacco causa lungo tutto il percorso nascita numerosi problemi, che possono essere distinti in effetti fetali, perinatali ed effetti post-natali.

- L'esposizione prenatale ai prodotti da fumo di tabacco aumenta il rischio di aborto spontaneo, di mortalità perinatale e soprattutto di basso peso alla nascita.
- Esiste una forte associazione tra esposizione al fumo e Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS).
- È stata dimostrata un'associazione tra esposizione al fumo e malattie respiratorie in particolare nel primo anno di vita. Simili evidenze esistono per l'otite media e la riacutizzazione dell'asma.

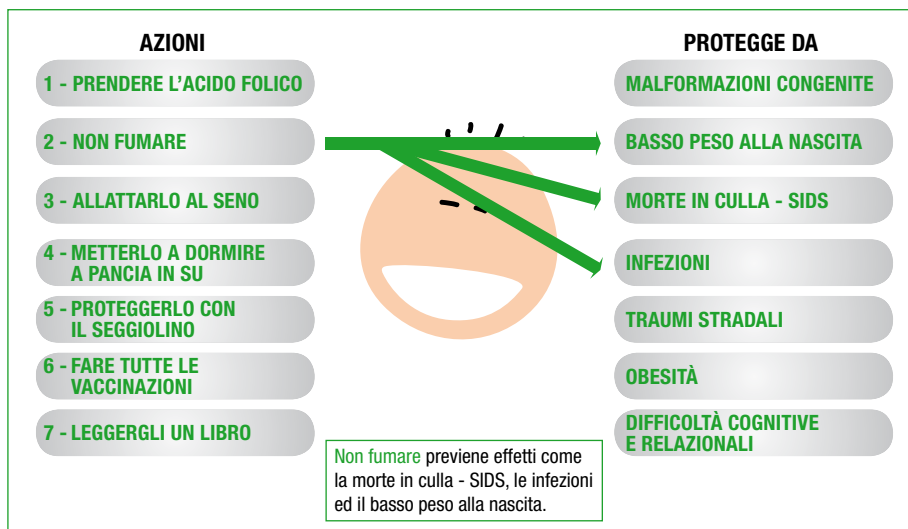
Raccomandazioni

Ai genitori:

- non fumare, in particolare in gravidanza e durante l'allattamento al seno;
- non esporre la donna in gravidanza al fumo passivo;
- non fumare in casa e nei luoghi dove si è assieme ai bambini;
- non fumare in auto, mai quando si trasportano dei bambini;
- chiedere a chiunque frequenti la casa di astenersi dal fumare (utile un piccolo cartello: *Non fumare per favore. Ci sono bambini*);
- non portare i bambini in ambienti dove si fuma;
- esercitare vigilanza affinché non si fumi nei luoghi frequentati dai bambini (strutture ludiche, educative, ambulatori, ecc.).

Agli operatori sanitari:

- Informare correttamente i genitori sui rischi derivanti dal fumo di tabacco per la loro salute e per quella del loro bambino.
- Esercitare vigilanza e pressioni affinché non si fumi nei luoghi frequentati dai bambini e venga rispettato il divieto.
- Ovviamente: dare il buon esempio.



L'esposizione al fumo di tabacco causa lungo tutto il percorso nascita numerosi problemi, che possono essere distinti in effetti fetali, perinatali ed effetti post-natali. Particolare rilevanza riveste l'esposizione al fumo passivo (FP) cui i bambini vanno incontro a casa propria, o in altri luoghi dove si fumi. L'inalazione passiva del fumo di tabacco è conosciuta anche come "fumo involontario" oppure "fumo ambientale". Sono stati identificati più di 4000 composti nel fumo di tabacco. Almeno 42 di questi sono classificati come cancerogeni negli animali di laboratorio, e come dimostrati o sospetti cancerogeni per l'uomo³.

1. Effetti fetali e perinatali

Il fumo è associato ad effetti negativi sulla capacità riproduttiva, che interessano sia la fertilità femminile che quella maschile (riduzione della quantità e qualità dello sperma)^{1,2}. È stato inoltre associato alla gravidanza ectopica e ad aumentata abortività (aumento del rischio tra 5 e 70% rispetto alle non fumatrici)².

Il fumo attivo delle madri provoca una significativa riduzione nella crescita intrauterina, con conseguente nascita di bambini con peso basso per l'età gestazionale. La riduzione del peso è approssimativamente del 10%³. Per le madri che fumano pesantemente durante tutta la gravidanza è stato calcolato sulla base di 23 studi, un aumento di quasi due volte del rischio

^a Due metodi vengono usati per stimare l'esposizione al FP: il primo è indiretto e prende in considerazione le abitudini al fumo delle persone in luoghi con presenza di bambini, come ad esempio a casa, raccogliendo dati tramite questionario o check-list. Il secondo prevede la misurazione dei componenti del FP o dei suoi metaboliti. In particolare, la cotinina, un metabolita della nicotina, può essere misurato nel sangue, nel siero, nell'urina, nella saliva o nei capelli. Il livello della cotinina aumenta con l'aumento dell'esposizione al FP.

di basso peso alla nascita (<2500 grammi)⁴. Le madri che smettono di fumare nell'ultimo trimestre hanno un rischio sempre aumentato, ma minore rispetto a quelle che fumano durante tutta la gravidanza. Il consumo di caffeina e di alcool, noti fattori causali di ritardo di crescita intrauterina, hanno effetti sinergici con il fumo materno durante la gravidanza⁵.

L'esposizione di donne gravide al FP, di solito proveniente dal fumo del compagno o di altro familiare, è stata investigata solo in un limitato numero di studi. In alcuni, ma non in tutti, è stata osservata una riduzione significativa nel peso medio alla nascita, o un incremento del rischio di avere un bambino di basso peso, con un effetto minore rispetto alle madri direttamente fumatrici.

Il rischio di mortalità perinatale per figli di madri fumatrici è dal 20 al 40% più alto di quello di bambini di madri non fumatrici, per tutte le categorie di peso⁶.

Per quanto riguarda le malformazioni congenite, i risultati di alcuni studi che riportavano una associazione in particolare con le labiopalatoschisi non sono stati confermati da studi più recenti⁷.

Tabella 1. Meta-analisi degli studi sugli effetti fetali e perinatali da esposizione al fumo

Studi effettuati	Esiti considerati	Effetti*	Note
Di Franza & Lew (1995)	Basso peso	RR=1,82 (1,67-1,97)	23 studi
	Mortalità perinatale (inclusa natimortalità)	RR=1,26 (1,19-1,34) OR=1,23 (1,21-1,41)	23 studi 2 studi
	Aborto	RR=1,24 (1,19-1,30) OR=1,32 (1,18-1,48)	7 studi 6 studi

*Tra parentesi intervalli di confidenza al 95%. RR: Rischio Relativo; OR: Odds Ratio (vedi glossario).

2. Effetti post-natali

Il contributo della esposizione post-natale al FP rispetto a quella prenatale, per quanto riguarda gli effetti avversi sulla salute osservati dopo la nascita, è di difficile stima, per la difficoltà di separare le due esposizioni, che abitualmente si sovrappongono nello stesso soggetto. Quindi, negli studi dove sono stati fatti dei tentativi di ottenere queste informazioni, sono state considerate madri che hanno smesso di fumare in gravidanza ma hanno ripreso dopo la nascita del bambino.

2.1 SIDS

La SIDS è definita come un decesso improvviso senza causa apparente durante i primi 12 mesi di vita. L'associazione tra il fumo materno e la SIDS è fermamente stabilita: c'è un incremento di 2-3 volte del rischio di SIDS in fumatrici prima della nascita con un minore effetto nelle fumatrici solo dopo la nascita. Tuttavia, anche qui distinguere l'importanza di ciascuna delle due esposizioni è abbastanza difficile in quanto c'è generalmente un'alta

correlazione tra fumo durante e dopo la nascita, come dimostrano meta-analisi degli anni '90^{6,8}. Il dato è confermato da meta-analisi e studi recenti (§ capitolo 4° - SIDS).

2.2 Malattie respiratorie, inclusa l'asma

I bambini esposti al FP sono destinati a soffrire di malattie respiratorie (bronchiti, polmoniti, tosse e dispnea) e ad essere ospedalizzati più dei bambini non esposti. C'è evidenza di una relazione dose-risposta tra esposizione al fumo dei genitori e malattie respiratorie nell'infanzia; il rischio aumenta da 1,5 a 2,5 volte^{9,10}. È stato dimostrato che le malattie respiratorie nel primo anno di vita aumentano anche se la madre fuma solo dopo e non durante la gravidanza¹¹. L'esistenza di un chiaro rapporto dose-risposta depone a favore di una associazione causale tra esposizione al FP dei bambini e malattie e sintomi respiratori¹². Il rischio aggiuntivo evidenziato nelle case dove altra gente fuma oltre alla madre, suggerisce inoltre che l'esposizione post-natale sia responsabile degli effetti più di quella prenatale¹³. L'esposizione al FP concorre ad incrementare la mortalità infantile e non solo la morbosità⁹.

Numerosi studi suggeriscono che l'esposizione al FP causa compromissione nelle funzioni polmonari e aumento nella ipersensibilità bronchiale nei bambini in età scolare¹². Le meta-analisi degli studi effettuati sugli effetti del FP su incidenza e severità dell'asma hanno dimostrato che il fumo materno è associato ad un incremento della prevalenza dell'asma nei bambini dei primi anni di vita^{9,12,13,16}.

Molti studi dimostrano un aumento significativo del rischio di riacutizzazione dell'asma in seguito a esposizione al fumo passivo (co-fattore scatenante).

Tabella 3. Studi relativi all'associazione tra malattie respiratorie e fumo

Studi effettuati	Esiti considerati	Effetti*	Note
Di Franza & Robert (1996)	Prevalenza di asma Incidenza di tosse Infezioni respiratorie Lievi	OR=1,46 (1,14-2,85) RR=1,43 (1,13-1,56) RR=1,36 (1,26-1,46) OR=2,50 (1,86-3,36) RR=1,46 (1,33-1,60)	Bambini di tutte le età Età tra 6 e 19 anni Età <5 anni
Margolis et al. (1997)	Incidenza di infezioni respiratorie leggere	RR=1,5 (1,1-2,0) RR=2,2 (1,3-3,8)	≤10 sigarette al giorno >10 sigarette al giorno
Cook & Strachan (1998)	Prevalenza di asma Prevalenza di dispnea Prevalenza di tosse Prevalenza di flogosi bronchiale Prevalenza di "mancanza di respiro"	OR=1,21 (1,10-1,34) OR=1,24 (1,17-1,31) OR=1,40 (1,27-1,53) OR=1,35 (1,13-1,62) OR=1,31 (1,08-1,59)	Il fumo materno ha un maggiore effetto di quello paterno; entrambe le associazioni sono significative, ma chiaro effetto dose-risposta. Bambini in età scolare
Strachan & Cook (1998)	Prevalenza di asma Idem solo per madri fumatrici	OR=1,37 (1,15-1,64) OR=1,59 (1,27-1,99)	Neonati, caso-controllo Effetto non significativo per padri

*Tra parentesi intervalli di confidenza al 95%

2.3 Malattie dell'orecchio medio e adenotonsillectomia

C'è evidenza di aumento sia pure lieve di otite ricorrente e di otite media sierosa in bambini esposti al fumo di tabacco, specialmente in quelli minori di 5 anni^{9,14}.

I limitati dati disponibili suggeriscono che il ricorso all'adenoidectomia e la tonsillectomia è fino a 2 volte più frequenti in bambini esposti al FP rispetto a quelli non esposti^{9,14}.

Tabella 4. Meta-analisi degli studi sull'associazione tra fumo, otite media e adenotonsillectomia

Studi effettuati	Esiti considerati	Effetti*
Di Franza & Robert (1996)	Tutte le malattie dell'orecchiomedio Tonsillectomia e adenoidectomia; solo 2 studi inclusi	OR=1,58 (1,11-2,24) RR=1,19 (1,10-1,35) OR=2,06 (1,42-2,99)
Strachan & Cook (1998)	Otite media ricorrente Otite media sierosa Adenoidectomia, tonsillectomia o adenotonsillectomia	OR=1,48 (1,08-2,04) OR=1,38 (1,23-1,55) OR=2,07 (1,82-2,35)

*tra parentesi intervalli di confidenza al 95%

2.4 Cancro

Alcune evidenze suggeriscono che l'esposizione ai prodotti di fumo da tabacco possono portare un aumento del rischio di cancro nei bambini^{17,18,19}. L'insieme di tali evidenze suggerisce che l'esposizione al FP possa esistere un nesso causale con lo sviluppo di tumori nei bambini.

3. Efficacia dell'intervento di educazione sanitaria in gravidanza

Gli operatori sanitari possono avere un ruolo importante nel far ridurre o smettere di fumare i propri pazienti. Questo vale soprattutto per le donne in gravidanza o con bambini piccoli.

Alcuni dati in Italia:

- 1 bambino su 2 ha almeno un genitore fumatore;
- il 70% delle donne fumatrici cessa di fumare durante la gravidanza;
- circa il 70% riprende a fumare dopo il parto;
- il numero delle fumatrici sia tra le giovani donne fumatrici, sia tra le donne che avviano una gravidanza è in aumento, circa il 20% fuma (ISTAT 2007).

Da questi dati risulta evidente l'importanza di aiutare le donne in gravidanza a smettere di fumare e, soprattutto, a stabilizzare lo stato di astinenza oltre il parto, per il rispetto della salute propria e del bambino come i dati, le attuali conoscenze scientifiche e le

indicazioni del Piano Sanitario Nazionale segnalano da tempo.

Fortunatamente quello della nascita di un bambino è un momento molto favorevole per il cambiamento comportamentale: i genitori e i parenti sono totalmente rivolti verso il benessere del neonato.

È stato calcolato che ogni 12 donne in gravidanza che ricevono il messaggio sui possibili danni del fumo di sigaretta per la salute del feto e del bambino 1 (una) smette di fumare. Tale risultato non è affatto trascurabile, specie se considerato in un'ottica di salute pubblica.

La gravidanza è dunque un momento favorevole per il *counselling sul fumo*. Anche una breve comunicazione del medico nel contesto delle informazioni che vengono date sulla salute del bambino può avere una grande efficacia. Programmi mirati come “*Mamme Libere dal Fumo*” aumentano le possibilità di successo.

4. “Mamme libere dal fumo”: programma nazionale di counselling ostetrico

Il programma nazionale di counselling ostetrico “*Mamme libere dal fumo*”^b, ha lo scopo di favorire l'intervento standardizzato del personale ostetrico per il sostegno motivazionale alla disassuefazione ed il successivo follow-up delle donne fumatrici e delle loro famiglie, con particolare riferimento al periodo gestazionale e puerperale.

Tra il personale sanitario, studi sperimentali hanno dimostrato l'efficacia degli interventi condotti in particolare dai medici di medicina generale e tra il personale non medico, dalle ostetriche e dal personale infermieristico. L'*ostetrica* risulta essere un operatore privilegiato nel processo di counselling anti-fumo con donne, sia per la vasta gamma di prestazioni che eroga a favore della popolazione femminile, sia perché si rivolge a donne di tutte le età, sia perché, nel caso della gravidanza, si rivolge a donne che hanno già una naturale predisposizione a smettere di fumare.

Il personale ostetrico (come quello infermieristico) risulta particolarmente indicato per condurre interventi di counselling standardizzato in quanto:

- gode di stima e considerazione;
- garantisce vicinanza all'assistito (che lo sente meno distante o più raggiungibile di un clinico);
- fornisce maggior contatto (anche di tipo fisico);

^b La **Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori** e la **Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche**, valorizzando l'esperienza concreta maturata a Treviso nel 2001 tra LILT, Collegio Ostetriche e ASL provinciali, hanno unito il loro impegno e la loro rispettiva esperienza nel campo della prevenzione del tabagismo e dell'assistenza alla donna per offrire un aiuto concreto ed efficace alle donne (Accordo del 10 luglio 2002). Dal 2007 il progetto è divenuto parte delle iniziative del **Centro Controllo Malattie (CCM) del Ministero della Salute**, con l'obiettivo di diffondere e sostenere l'attività di counselling ostetrico in tutta Italia. Tale vasto movimento ha già interessato anche l'**International Network Women Against Tobacco (INWAT) – Europe** che ha inteso fornire il proprio patrocinio all'iniziativa preventiva e ne segue gli sviluppi.

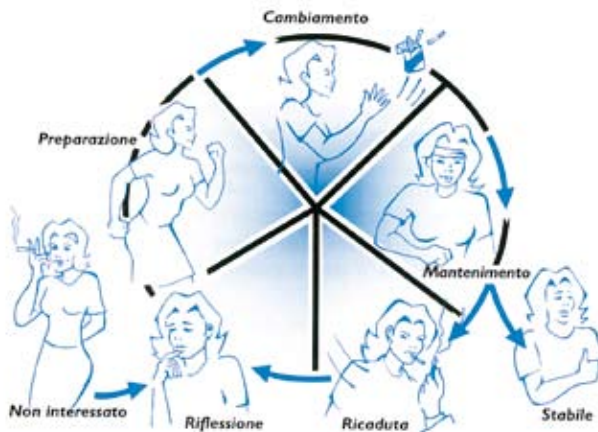
- è in genere più flessibile;
- raggiunge pressoché tutte le donne in gravidanza (circa 550.000 ogni anno) e, tramite loro, i nuclei familiari (almeno 1.5-2 milioni di persone all'anno, quasi la metà dei quali fumatori o esposti a fumo passivo).

Si tratta di effettuare un *counselling breve* (fino a 5-10 minuti), cioè *un'azione strutturata a sostegno del cambiamento comportamentale* da parte di personale sanitario adeguatamente preparato, relativamente facile da apprendere, di basso costo e di grande efficacia (*raccomandazione di grado A*).

L'intervento di counselling antitabagico proposto (*desunto dal modello 5A^c*) consiste essenzialmente in:

- identificare i fumatori e lo stadio motivazionale secondo Prochaska – Di Clemente (§ figura 5);
- favorire l'avvio della riflessione con coloro che non vogliono smettere di fumare;
- sostenere il soggetto fumatore che è pronto a smettere di fumare;
- evidenziare i vantaggi correlati all'abolizione del fumo;
- personalizzare il colloquio con il singolo soggetto;
- aiutare il paziente ad identificare possibili strategie per smettere di fumare;
- mantenere i contatti e garantire il follow-up.

Figura 5. Ciclo di Prochaska – Di Clemente



^c In altre parole, utilizzando una regola mnemonica della letteratura anglosassone, le 5 "A":

- **Ask about the use** (chiedere informazioni in merito all'abitudine tabagica: è fumatore? Quanto fuma?);
- **Advise to quit** (raccomandare di smettere);
- **Assess willingness** (indagare in merito alla volontà di smettere);
- **Assist** (fornire aiuto, sostenere le fasi dell'abbandono dell'abitudine);
- **Arrange follow up** (concordare le modalità di follow-up).

Come descritto nella guida al counselling del progetto MLF, l'intervento professionale dell'ostetrica si attua in 6 fasi:

1. **Creazione di un ambulatorio libero dal fumo (fase 1)** identificato da **poster e locandina**;
2. Dopo l'**identificazione delle donne fumatrici** e del grado di motivazione (**fase 2**) si personalizza l'attività di **sostegno attivo** solo con le pazienti pronte (**fase 3**) con definizione assieme alla paziente di una **data precisa per smettere di fumare (fase 4)**, suggerendo alcune **strategie** per fronteggiare il desiderio di riprendere a fumare e distribuendo valido **materiale informativo e di supporto (fase 5): opuscolo informativo per le famiglie, bindello** tipo il "Non disturbare" come "reminder" per richiamare il rispetto almeno della cameretta del neonato da parte dei fumatori eventualmente presenti in casa, **bavaglino** con la scritta "Nato libero dal fumo"
3. **Sostegno e follow-up (fase 6)** da parte dello stesso operatore con invio laddove necessario o richiesto ad un secondo livello se disponibile.

Il programma aggiunge enfasi all'importanza di trasformare il "setting" ove si svolge l'attività di counselling in un ambiente libero dal fumo, a partire dalla coerenza comportamentale degli operatori e dal coinvolgimento dei Dirigenti Responsabili di U.O chiamati a condividere e sostenere le attività.

Questo progetto offre un grande contributo per la promozione della salute nel nostro Paese su di un tema, quello del tabagismo, che continua a rappresentare la più grave epidemia in atto.

È pertanto essenziale far capire che, ancor più importante dei doni e dei complimenti, è il rispetto della salute del bambino, a partire dal non fumare in sua presenza o, meglio ancora, smettendo di fumare.

A cura di Luca Sbrogiò e Giorgio Tamburlini

Revisori: Daniela Galeone e Elizabeth Tamang

Il counselling in più

Il programma nazionale di counselling ostetrico “*Mamme libere dal fumo*” deve essere sostenuto e rafforzato, come altri interventi analoghi, con l’uso di tecniche di counselling da parte di tutti i professionisti sanitari che entrano in contatto con donne in età fertile, con donne e coppie in attesa di un figlio e in generale con coppie genitoriali.

Bisogna ricordare che:

- ogni professionista sanitario è un referente informativo a cui vengono attribuiti prestigio e credibilità per tutto ciò che riguarda l’informazione sulla salute;
- i messaggi informativi che il professionista invia sono costituiti sia da ciò che dice sia da ciò che NON dice: NON parlare di astensione dal fumo rischia di tradursi in un messaggio di svalorizzazione dell’intervento educativo volto a promuoverla;
- un messaggio educativo, specie se mira a ridurre comportamenti consolidati e legati al piacere, ha maggiori possibilità di essere accolto e tradotto in comportamenti durevoli se ripetuto con regolarità, confermato da professionisti diversi ed accompagnato dalla positivizzazione dei risultati raggiunti;
- il rischio di ricaduta, previsto dallo schema di Prochaska, deve poter essere intercettato da professionisti diversi che entrano in contatto con la donna o la coppia fumatrice (o ex fumatrice) in momenti ed in contesti differenti (pediatra, medico di medicina generale, infermiere ecc.).

Ciascuno di questi professionisti dovrà inserire il richiamo all’astensione dal fumo all’interno del proprio intervento, adeguandolo alla situazione e al contesto dell’intervento stesso.

Si tratta concretamente di:

1. Introdurre sempre il tema dell’astensione dal fumo nel colloquio con la donna o con la coppia;
Es: Poi, oltre alle cose che ci siamo detti, c’è naturalmente il discorso dell’astensione dal fumo che probabilmente avete già affrontato con altri professionisti già durante la gravidanza.
2. Raccogliere qualche dato sulle informazioni già ricevute;
Delle cose che vi hanno già detto qualcosa in particolare vi aveva colpiti, vi aveva convinti a evitare di fumare?
3. Raccogliere qualche informazione sulla situazione attuale evitando modalità inquisitive o giudicanti: puntare soprattutto sul riconoscimento della difficoltà del comportamento richiesto;
A partire dalle vostre abitudini precedenti è stato difficile per voi smettere? Ci siete riusciti per un po’? E in questo momento riuscite a mantenere l’abitudine di non fumare o è diventato troppo difficile?
4. Positivizzare gli eventuali risultati raggiunti;
È comunque un grosso risultato, per persone che erano abituate a fumare, riuscire a smettere durante la gravidanza.
5. Facilitare l’individuazione delle modalità utilizzate nella fase di cambiamento-mantenimento;

Sicuramente avete utilizzato delle modalità vostre che vi hanno permesso di farcela: secondo voi su cosa avete puntato, quali sono i vostri punti di forza?

6. Ribadire l'obiettivo educativo del professionista, aggiungendo qualche informazione che riprenda quelle ricordate dalla paziente alla fase 3 e incoraggiando a chiedere altre informazioni;

Io sono convinto che, specie se si è già riusciti a smettere per un po', è importante trovare il modo di mantenere questo comportamento: quello che lei ricordava prima, il fatto di sapere che il fumo aumenta la possibilità di disturbi respiratori per il bambino, e che rende comunque meno sano l'ambiente in cui vive il bambino, e in cui vivete anche voi, può già essere utile per cercare di non riprendere (o per provare di nuovo a smettere). Ci sono altre informazioni che potrebbero esservi utili in questo momento?

Silvana Quadrino Istituto CHANGE www.counselling.it

Bibliografia essenziale

1. Kulikauskas V, Blaustein D, Ablin JR. Cigarette smoking and its possible effects on sperm. *Am Fertil Soc* 1985; 44:526-528.
2. Tuomaa TE. The adverse effects of tobacco smoking on reproduction and health. A review from the literature. *Nutr Health* 1995; 10:105-20.
3. Charlton A. Children and passive smoking. A review. *J Fam Pract* 1994; 38:267-77.
4. DiFranza RJ, Robert AL. Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people. *Pediatrics* 1996; 97:560-568.
5. Olsen et al. Does maternal tobacco smoking modify the effect of alcohol on fetal growth? *Public Health* 1991; 81:69-73.
6. DiFranza RJ, Lew AR. Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *Fam Pract* 1995; 40:385-394.
7. Werler MM, Lammer EJ, Rosenberg L, Mitchell AA. Maternal cigarette smoking during pregnancy in relation to oral clefts. *Am J Epidemiol* 1990; 132:926-32.
8. Anderson HR, Cook DG. Health effects of passive smoking. 2. Passive smoking and sudden infant death syndrome: Review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1998; 53:1003-1009.
9. Di Franza RJ, Robert AL. Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people. *Pediatrics* 1996; 97:560-68.
10. Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking. 7. Parental smoking, bronchial reactivity and peak flow variability in children. *Thorax* 1998; 53:295-301.
11. Jedrychowski W, Flak E. Maternal smoking during pregnancy and postnatal exposure to environmental tobacco smoke as predisposition factors to acute respiratory infections. *Environ Health Perspect* 1997; 105:302-306.
12. Cook DG, Strachan DP, Carey IM. Health effects of passive smoking. 9. Parental smoking and spirometric indices in children. *Thorax* 1998; 53:884-893.
13. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 6. Parental smoking and childhood asthma: Longitudinal and case-control studies. *Thorax* 1998; 53:204-212.
14. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 4. Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. *Thorax* 1998; 53:50-56.
15. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 5. Parental smoking and allergic sensitization in children. *Thorax* 1998; 53:117-123.
16. Margolis PA, Keyes LL, Greenberg RA, et al. Urinary cotinine and parent history (questionnaire) as indicators of passive smoking and predictors of lower respiratory illness in infants. *Pediatr Pulmonol* 1997; 23:417-423.
17. Tredaniel J, Boffetta P, Little J, et al. Exposure to passive smoking during pregnancy and childhood, and cancer risk: the epidemiological evidence. *Paediatr Perinatal Epidemiol* 1994; 233-255.
18. Thornton AJ, Lee PN. Parental smoking and risk of childhood cancer: a review of the evidence. *Indoor Built Environ* 1998; 7:65-86.
19. Thornton AJ, Lee PN. Parental smoking and sudden infant death syndrome: a review of the evidence. *Indoor Built Environ* 1998; 7:87-97.

Bibliografia Del Programma MLF

1. Samet JM, Yoon SY. "Women and the Tobacco Epidemic Challenges for the 21th Century", The World Health Organization, 2001, <http://tobacco.who.int/page.cfm?pid=71>.
2. Women's health, <http://tobacco.who.int/page.cfm?pid=49>.
3. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health, <http://tobacco.who.int/page.cfm?pid=50>.
4. British Medical Association, "Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health", 2004.
5. Lumley J, Oliver S, Waters E. "Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy" - (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software.
6. Klerman LV, Rooks JP. "A simple, effective method that midwives can use to help pregnant women stop smoking", J Nurse-Midwifwry 1999; 118-123.
7. Moner SE, "Smoking and pregnancy". In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada, 1994; 26-36.
8. Sbrogiò L, Rossato Villanova MT, (a cura di), Mamme libere dal fumo. Guida al counselling ostetrico - Roma, 2003.
9. Benowitz N. Nicotine replacement therapy during pregnancy, JAMA 1991; 266(22): 1033-1941.
10. Fiore MC, Bailey WC, C SJ et al. "Reating tabacco Use and Dependance. Clinical Practice Guideline, US Department of Health and Human Services, Public Health Service. AHRQ Publication N°00-032, June 2000.
11. "Helping pregnant women quit smoking: progress and directions", Nicotine & Tobacco Research, Volume 6, Supplement 2 (April 2004).

3. Promuovere, proteggere e sostenere l'Allattamento materno

L'allattamento materno è l'espressione di una meravigliosa potenzialità della donna che va oltre l'aspetto nutrizionale. È il modo naturale per alimentare il lattante ed il bambino, non ha bisogno perciò di evidenze scientifiche sui suoi benefici per essere promosso¹.

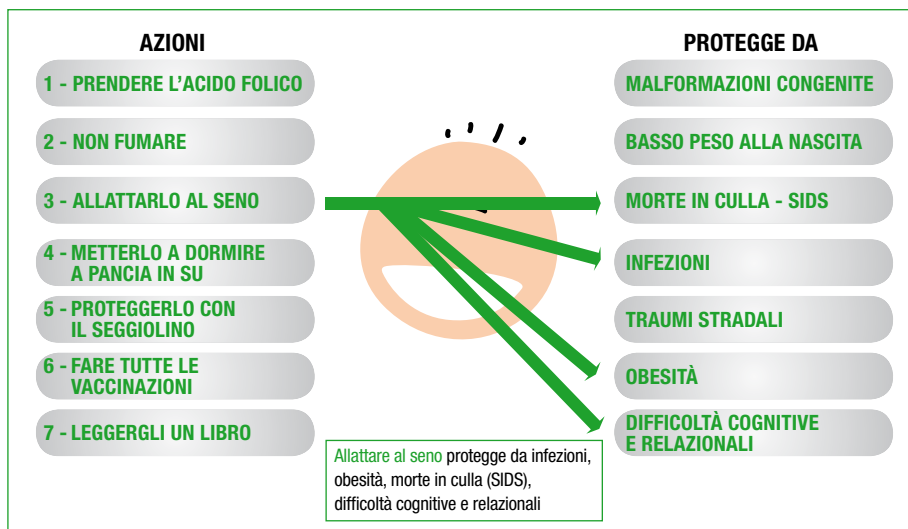
Perché è importante l'allattamento materno?

- L'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi assicura una crescita, uno sviluppo psicofisico ed una salute ottimali;
- Dopo i sei mesi, l'allattamento al seno, con l'aggiunta di alimenti complementari appropriati, continua a contribuire alla crescita, allo sviluppo ed alla salute del lattante e del bambino;
- Il mancato avvio e la cessazione precoce dell'allattamento materno hanno importanti ed avverse conseguenze sanitarie, sociali ed economiche per le donne, i bambini, la comunità e l'ambiente;
- Bassi indici di allattamento materno comportano maggiori spese per i sistemi sanitari e possono contribuire ad aumentare le disuguaglianze in salute;

Raccomandazioni

Gli operatori sanitari svolgono un ruolo cruciale nel proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento materno e dovrebbero:

- promuovere con il maggior impegno possibile l'allattamento al seno esclusivo;
- assicurare alla donna la migliore informazione possibile, già in epoca prenatale, in modo che possa decidere in maniera consapevole riguardo all'alimentazione del proprio bambino;
- dare appoggio e consigli pratici alle donne che allattano e attivarsi per acquisire le necessarie conoscenze, competenze e abilità di counselling;
- fare in modo che i servizi in cui lavorano, ospedale compreso, siano organizzati per favorire l'allattamento al seno e vi vengano evitate pratiche che lo scoraggiano;
- promuovere l'allattamento al seno come una parte normale della vita di tutti i giorni, incoraggiandone anche un supporto sociale e familiare;
- favorire la creazione di gruppi di supporto ai quali indirizzare le famiglie.



L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda che i bambini siano allattati al seno in maniera esclusiva fino al compimento del 6° mese di vita e che il latte materno rimanga il latte di prima scelta anche dopo l'introduzione di alimenti complementari fino a due anni di vita ed oltre, e comunque finché madre e bambino lo desiderino.²

1. Quale strategia per la promozione dell'allattamento materno?

Fino alla pubblicazione del documento "Alimentazione dei Lattanti e dei Bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea"¹, da cui è desunta la maggior parte di questo capitolo³, la promozione dell'allattamento materno aveva messo tra i suoi punti cardine l'informazione sui vantaggi dell'allattamento al seno (AS) per la salute del bambino, della donna e della società. In effetti i benefici conosciuti, studiati e supportati da evidenze molto robuste, sono numerosi, e molti altri probabilmente rimangono inesplorati. Potremmo dire oggi che l'allattamento materno è "fuori concorso" e non potrebbe essere diversamente se consideriamo che l'allattamento al seno esclusivo non è tanto il "metodo ideale"³ bensì "la norma e il modello di riferimento rispetto al quale tutti i metodi alternativi di alimentazione devono essere misurati in termini di crescita, salute, sviluppo, e qualsiasi altro esito a breve o lungo termine", come di recente affermato dalla Accademia Americana di Pediatria⁴.

L'informazione sui vantaggi dell'allattamento materno rimane tuttavia ancora presente tra le raccomandazioni di molti programmi come la Baby Friendly Hospital Initiative del-

^a Alcuni passaggi sono riportati integralmente altri riassunti. I contenuti sono sostenuti da una ricca bibliografia alla quale si rimanda. Si ringrazia Adriano Cattaneo per la collaborazione prestata.

l'OMS/UNICEF^b che richiede che le madri vengano informate sul fatto che l'allattamento materno:

1. rafforza e consolida il legame del neonato con la madre (bonding);
2. fornisce al neonato un'alimentazione completa (benefici nutrizionali);
3. protegge il neonato dalle infezioni, anche grazie al ruolo svolto dal colostro; (immunizzazione)
4. porta comprovati benefici alla salute della madre.

Dal punto di vista della salute pubblica tra i tanti aspetti di rilievo troviamo per i bambini una importante diminuzione delle infezioni gastrointestinali e delle prime vie respiratorie, della SIDS, dell'obesità, con ricadute nel lungo periodo su diabete e problemi cardiovascolari e alcuni tipi di tumore una volta adulti e infine, delle difficoltà cognitive e relazionali; per le madri un migliore e più rapido recupero dopo il parto con una riduzione del rischio di emorragie, una ridotta incidenza di depressione post-partum, e nel lungo periodo, una riduzione del rischio di tumore al seno e all'utero e di osteoporosi.

Promuovere l'allattamento materno ha inoltre vantaggi economici per le famiglie (i costi del latte formulato), per il sistema sanitario (riduzioni significativa di ricoveri e ricorsi a cure specialistiche) e anche per l'ambiente (consumi energetici ed incidenza antiecológica del ciclo produttivo e di consumo del latte in polvere)⁵.

Promuovere l'allattamento al seno infine ha influenze ancora più ampie: incide sulla vita quotidiana, l'organizzazione sociale, la qualità delle relazioni, la gestione del tempo e dei ruoli sessuali per tutto il percorso nascita ed oltre. In questo senso è ritenuto un indicatore formidabile della qualità della vita e della attenzione della comunità al proprio futuro, secondo la World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) *“un indicatore del progresso reale della salute di tutte le comunità, localmente e globalmente”*⁶

L'importanza dell'allattamento materno è tale da essere espressamente indicato dall'UNICEF come un diritto nell'art 24 della *Convenzione per i Diritti per l'Infanzia* del 1989⁷. Tuttavia è riduttivo pensarlo come un semplice evento nutrizionale e pensare al latte materno come un “diritto” del bambino, trasformando questo atto naturale in un “dovere” per la madre.

L'allattamento materno è un atto complesso, risultante di una serie di determinanti ed è un diritto della “coppia” madre – bambino, interdipendenza sottolineata continuamente anche dall'UNICEF.

Promuovere l'allattamento materno esclusivo significa innanzitutto cercare di garantire alla donna, anche attraverso il partner, l'intero nucleo familiare e le persone intorno a loro, la possibilità di esprimere la totalità delle sue potenzialità generative e di accudimento, capacità intese in senso biologico, psicologico e sociale in modo indivisibile, come peraltro richiede una visione “olistica” dell'essere umano e della sua salute.

Allo stesso modo sostenere l'allattamento materno esclusivo significa riconoscere al neonato competenze fondamentali e consentirgli di costruire con la propria madre un

^b Programma “Ospedali Amici dei Bambini” per l'allattamento materno, § cap.3.

modello di nutrizione unico, originale, non standardizzabile, specifico della loro relazione, e in assenza di eventi patologici, il più appropriato.

L'allattamento al seno può essere ritenuto il proseguimento naturale della gravidanza durante la quale la madre ha protetto e nutrito il suo bambino; per un buon avvio dell'allattamento è fondamentale il rispetto del delicatissimo equilibrio tra domanda ed offerta che si crea da subito grazie al contatto pelle-a-pelle, alle suzioni da parte del neonato ed alla risposta dell'intero organismo materno.

In condizioni fisiologiche non è necessario nient'altro, anzi, ogni supplementazione altera questa autoregolazione ed è per questo che va perseguito l'obiettivo di un avvio ed un mantenimento fino al sesto mese compiuto di un allattamento al seno esclusivo (per la tipizzazione § tabella) che massimizza ogni vantaggio.

Tabella: Tipizzazione dell'Allattamento secondo le indicazioni OMS⁹

Categoria	Il bambino deve prendere:	Il bambino può prendere:	Il bambino non può prendere:
AS esclusivo	Latte materno (LM), compreso LM spremuto (LMS) o da balia (LMB)	Gocce, sciroppi (vitamine, minerali, farmaci)	Nient'altro
AS predominante	LM, compreso LMS o LMB, come fonte predominante di nutrienti	Liquidi non nutritivi (acqua, the, tisane, succhi di frutta non zuccherati, soluzioni reidratanti orali), gocce, sciroppi	Nient'altro (in particolare, latte non umano, liquidi nutritivi)
Alimentazione complementare	LM più alimenti solidi o semi-solidi o latte non umano	Qualsiasi alimento o liquido, compreso latte non umano	
Non AS	non prende LM	Qualsiasi alimento o liquido, compreso latte non umano	LM, compreso LMS o LMB

Tra i principali ostacoli si segnalano infatti routine mediche avverse o inappropriate, scarsa competenza nel sostegno da parte degli operatori e delle famiglie, marketing scorretto dei sostituti del latte materno. Si aggiungono poi condizioni sociali sfavorevoli, in particolare lavorative. (§ *Dichiarazione degli Innocenti*)⁹

L'attenzione degli operatori, per cominciare, va rivolta pertanto alla rimozione degli ostacoli che in primis l'organizzazione sanitaria frappone ad un buon avvio e ad un efficace proseguimento dell'allattamento materno esclusivo.

La pratica dell'allattamento materno oggi deve essere fortemente protetta, incoraggiata e supportata. In questo senso il ruolo degli operatori sanitari è cruciale, ma richiede una specifica e approfondita formazione teorica e pratica sull'argomento. Alcune indicazioni

di base^c peraltro contribuiscono a creare nel sistema sanitario un terreno culturale favorevole e a fornire informazioni omogenee e corrette alle mamme e alle loro famiglie dal concepimento alla nascita e per i primi anni di vita ed essere già di grande aiuto.

2. Cosa si può fare

Le azioni da attuare a favore dell'allattamento materno sono molte¹⁰ e si distribuiscono lungo tutto il percorso nascita^d.

Secondo la collocazione del proprio servizio o della propria attività nel percorso nascita, ogni operatore dovrebbe conoscere le informazioni da trasmettere più pertinenti e approfondire le azioni più appropriate da mettere in atto, assumendo al momento dell'intervento l'atteggiamento più consono rispetto alle caratteristiche personali delle mamme e alla fase del percorso.

In qualsiasi momento è tuttavia importante ricordare che:

- il compito degli operatori è quello di “garantire che le informazioni fornite e le azioni intraprese siano sorrette dalle migliori evidenze disponibili e siano indipendenti da interessi commerciali, per aiutare i genitori a prendere una decisione informata. Dopo che una decisione è stata presa, gli operatori devono rispettarla, offrendo alla madre tutto l'aiuto competente di cui ha bisogno per metterla in pratica”¹;
- ostacoli geografici, economici, linguistici e culturali contribuiscono a diminuire l'accessibilità ai servizi esistenti. Ciò può richiedere l'offerta attiva di servizi specifici, adattati ai bisogni della popolazione più vulnerabile;
- le donne con bisogni speciali (primipare, immigranti, adolescenti, madri che allevano i figli da sole, madri con storia di difficoltà o insuccesso dell'allattamento, donne con gravidanze multiple) devono ricevere assistenza e sostegno appropriati;
- tutti gli operatori inoltre dovrebbero conoscere e promuovere la piena attuazione del “Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno” dell'OMS/UNICEF e le pertinenti successive risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità, proteggendo le mamme e le loro famiglie dal marketing e dalla purtroppo diffusa disinformazione sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini.

^c I requisiti minimi di una formazione di base per tutti gli operatori a contatto con gestanti, puerpere e neonati sono contenuti nel Corso Internazionale UNICEF/OMS “Promozione e Pratica dell'Allattamento al Seno. Corso per operatori sanitari”. “Breastfeeding Management and Promotion in a Baby Friendly Hospital, New York, 1993 e nei suoi successivi aggiornamenti (in via di pubblicazione).

^d Inteso sempre in senso esteso dal concepimento ai primi anni di vita.

Tabella Il Codice sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno¹¹ in breve^e:

Nessuna pubblicità al pubblico	No regali o campioni agli operatori sanitari
No campioni gratuiti alle mamme	No alla vendita sottocosto alle strutture sanitarie
No scritte/foto idealizzanti l'alimentazione artificiale incluse foto di bambini sui prodotto	

2.1 Prima del concepimento

Generalmente i genitori hanno già un orientamento sul tipo di nutrizione per il loro futuro bambino prima della gravidanza o lo maturano nelle prime settimane.

Questo orientamento è spesso influenzato da convinzioni stereotipate, che possono essere errate ma che fanno parte di un pensiero socialmente condiviso e sono frutto di un ventaglio di messaggi, spesso contraddittori, che dipendono dalle tradizioni di puericultura della famiglia e della comunità, ma anche dal mercato e dalle forme di pubblicizzazione dei sostituti del latte materno.

Il primo sforzo è pertanto quello di “rappresentare in pubblico l'allattamento al seno come il modo naturale di alimentare i lattanti ed i bambini, e creare un ambiente tale da far considerare l'allattamento al seno come la scelta normale, facile e preferibile per la grande maggioranza dei genitori”¹.

Questo può e deve essere fatto in tutte le occasioni appropriate di promozione della salute e in particolare nel corso di contatti individuali o di gruppo tra futuri genitori ed operatori sanitari e sociali ben addestrati, informando i futuri genitori della fatto che:

- pressoché tutte le madri adeguatamente informate e sostenute sono in grado di allattare al seno senza particolari preparazioni;
- le situazioni nelle quali l'allattamento al seno non è raccomandato o possibile sono rarissime (*alcune malattie infettive trasmissibili, importanti patologie della mammella*)¹ sfatando all'occorrenza eventuali false credenze sulle controindicazioni (ad es. perdita di capelli, miopia, ecc.)¹² o su presunte inadeguatezze morfologiche (dimensioni del seno, capezzoli rientranti, ecc.);
- l'uso di alcune sostanze (come per es. tabacco, alcool, sostanze stupefacenti), dal momento che attraversano la placenta e sono presenti nel latte materno comportano dei rischi per il feto ed il neonato. Il loro uso dev'essere sospeso o ridotto al minimo, indicando percorsi appropriati di counselling.

A completamento del messaggio, oltre al rispetto del Codice Internazionale, è molto importante prestare attenzione alle immagini relative alla nutrizione dei lattanti, per la loro efficacia anche sub-liminale, di cui il biberon, che ha soppiantato il seno nella simbologia della alimentazione a questa età, è l'esempio più significativo.

^e *La protezione dell'allattamento al seno costituisce una azione rilevante, spesso avversata, soprattutto in caso di conflitti di interesse, o sottovalutata. Il monitoraggio delle violazioni e la promozione della cultura del Codice è affidata dall'OMS e dall'UNICEF all'IBFAN (International Baby Food Network). Per approfondimenti www.ibfanitalia.org.*

2.2 In gravidanza

Nel percorso nascita dovrebbero essere introdotte informazioni e occasioni di riflessione sull'allattamento materno sia nel momento di gruppo (corsi di preparazione alla nascita, incontri tra genitori, visite guidate alle strutture, ecc), che individuali (consulenze ostetrico-ginecologiche, controlli ecotomografici, ecc.) predisposti nei vari territori secondo l'organizzazione locale.

È importante che gli operatori assumano un atteggiamento di partenza coerente con il dato dimostrato che la maggioranza delle donne desidera allattare¹³, e non partendo dal presupposto opposto, e agiscano pertanto nel senso di un rinforzo positivo.

Nei vari momenti, coinvolgendo ove possibile i padri, i nonni e le altre persone influenti indicate dalla futura madre, già in gravidanza vanno fornite o rinforzate le seguenti informazioni che ogni operatore è invitato ad approfondire:

- durata ottimale dell'allattamento al seno esclusivo (sei mesi compiuti) e continuato con adeguata alimentazione complementare;
- fisiologia della lattazione, comprese le principali informazioni sui segni di corretta posizione e attacco e di suzione efficace, sui primi "segni di fame" e sulla variabilità della frequenza e della durata delle poppate connesse con "l'allattamento a richiesta";
- pratiche che favoriscono il naturale avvio ed il consolidamento dell'allattamento al seno (I "10 passi" OMS/UNICEF);
- prevenzione e soluzione dei problemi più frequenti con l'allattamento (ragadi, ingorgo mammario, mastite, ecc.);
- metodi per la spremitura, la raccolta e conservazione del latte materno;
- rischi di una decisione di ricorrere all'alimentazione artificiale a fronte dei riconosciuti benefici dell'allattamento al seno¹;
- pericoli relativi all'uso di tabacco e indicazione di percorsi per smettere o ridurre l'uso al minimo, con l'invito in ogni caso a non rinunciare all'allattamento e a proteggere il bambino dal fumo passivo;
- pericoli relativi all'uso dell'alcool per lo sviluppo del feto e per il neonato e l'allattamento al seno, con l'invito a sconsigliarlo in caso di consumo cronico, e a ricordare, nel caso di un futuro consumo occasionale, che l'allattamento deve essere evitato nelle due ore successive;
- importanza di una dieta nutriente e bilanciata e i vantaggi di un'attività fisica regolare in gravidanza e durante l'allattamento;
- compatibilità di tutti i seni ed i capezzoli, di qualsiasi forma e misura, con un efficace allattamento al seno, una volta che posizione ed attacco sono impostati correttamente;
- informazioni mirate a donne con problemi particolari (storia clinica di chirurgia, di malattie del seno, o con precedenti esperienze di difficoltà con l'allattamento).

Particolare attenzione anche in tutta questa fase dovrà essere rivolta alle modalità della comunicazione con le future mamme, sostenendo il sentimento più o meno consapevole, ma sempre presente, che l'allattamento costituisce una ricchezza, una grande opportunità e una fonte di gratificazione. Questa competenza naturale non va in alcun modo scoraggiata e/o ostacolata, e nel contempo vanno evitati atteggiamenti inutilmente colpevolizzanti o di eccessiva responsabilizzazione, enfatizzando la riuscita come una performance che dipende dalla volontà e dall'impegno della donna.

2.3 Alla nascita

La nascita è un momento straordinario, carico di tensioni, elementi dolorosi ed emozioni positive ed esprime tutta la meravigliosa capacità della natura di ricreare continuamente la vita, aspetti che vanno tenuti costantemente presenti, anche se tutto quello che riguarda parto e primo puerperio avviene oggi, nel nostro paese, quasi sempre in ospedale.

Le mamme e i neonati hanno normalmente tutte le competenze necessarie perché questi momenti si svolgano nel migliore dei modi.

Di conseguenza in questa parte del percorso nascita, in qualsiasi ambiente in cui la donna decida di partorire, l'attività informativa lascia più spazio ad attività concrete, tese alla rimozione degli ostacoli affinché parto e primi momenti di vita si svolgano nel modo più naturale, garantendo nel contempo sostegno e vigilanza perché tutto avvenga nella massima sicurezza e con la maggior serenità possibile.

Sono pertanto da ricercare modalità di parto più confortevoli e vicine alle esigenze delle donne¹⁴ ed un conseguente contenimento dei tagli cesarei, la cui appropriatezza, secondo l'OMS si attesta intorno al 10-15%, a fronte del 37% ed oltre registrato nel 2004 in Italia, dato attualmente in crescita¹⁵.

Pur riguardando un lasso di tempo relativamente breve le raccomandazioni al momento della nascita e durante la degenza sono molte, fortemente interconnesse e di grande rilevanza per l'avvio e il consolidamento dell'allattamento materno.

Al centro di tutto c'è senz'altro la continuità del contatto tra la madre e il neonato, che è importante indipendentemente dal tipo di alimentazione, naturale o artificiale, perché promuove il vincolo affettivo e facilita la colonizzazione del neonato con i microrganismi materni (*contatto pelle a pelle, il cosiddetto "skin-to-skin"*).¹

Il momento del contatto pelle a pelle tra la madre e il neonato costituisce una splendida occasione per incoraggiare attivamente l'allattamento al seno ed è il momento più adatto per suggerirlo con la giusta sensibilità nel caso in cui i genitori non si siano ancora orientati sul tipo di nutrizione.

Durante il primo contatto pelle a pelle il neonato esplora attivamente il corpo della madre e guidato dall'olfatto riesce a raggiungere il capezzolo e ad attaccarsi. Un evento a cui gli operatori *dovrebbero* "assistere intervenendo indirettamente per lo stretto necessario"¹, usando una tecnica *hands-off*⁹ 16-17 e lasciando mamma e neonato insieme finché lo desiderino. Tecnica, la *hands-off*, che è sempre raccomandata anche nelle successive poppate durante le quali gli operatori dovrebbero osservare posizione ed attacco per valutare i segni di suzione efficace ed il buon inizio dell'allattamento al seno; solo in

¹ *Il neonato dev'essere asciugato e messo nudo in contatto pelle a pelle sul petto e l'addome della madre immediatamente dopo il parto, o quanto prima possibile, coperto con un telo o un panno asciutto e caldo. Questo contatto pelle a pelle deve poi durare quanto più a lungo possibile, idealmente per almeno un paio d'ore o fino al completamento della prima poppata. Tutte le routine neonatali che non siano salvavita, (bagnetto pesata, ecc.) devono essere posticipate per consentire il completamento della prima poppata. (18,19)*

⁹ *La tecnica hands-off comporta che l'operatore usi solo dei consigli verbali per far sì che la madre trovi la posizione e l'attacco giusti per sé e per il neonato, senza farlo al posto loro.*

caso di difficoltà un operatore competente dovrebbe dolcemente incoraggiare la madre a migliorare la sua posizione e/o quella del neonato e a correggere l'attacco. Quando si usano metodi di analgesia (*parto vaginale o cesareo in epidurale*), le madri e i neonati potrebbero aver bisogno di un sostegno aggiuntivo e di maggior tempo per iniziare l'allattamento^h. Prima di offrire l'analgesia farmacologica, le madri dovrebbero essere pienamente informate dei possibili effetti sull'inizio dell'allattamento. Metodi alternativi e non farmacologici per alleviare il dolore nel travaglio di parto dovrebbero essere resi disponibili. Particolare cura dovrà infine essere garantita in caso di parto cesareo in anestesia generale.

2.4 I primi giorni

Nei primi giorni di vita del bambino, di solito in ospedale, le mamme, soprattutto se non hanno avuto adeguato sostegno e informazioni prima del parto, possono essere preoccupate, stanche, incerte sulle propria capacità di prendersi cura del loro bambino.

Gli operatori che assistono mamma e neonato pertanto dovrebbero essere empatici e dedicare loro tempoⁱ nell'attuare le seguenti indicazioni, fortemente raccomandate:

- incoraggiare le mamme a tenere il neonato nella stessa stanza 24 ore al giorno (in una culla separata, nella stessa stanza della madre - *Rooming-in*)¹⁶. Nel caso di richiesta di condivisione del letto con il neonato (*Bedding-in*), i genitori vanno informati delle precauzioni necessarie per la riduzione del rischio di SIDS (§ Cap SIDS);
- mostrare alle madri come riconoscere i primi “segni di fame” del neonato^j e come rispondervi aiutandole a trovare la posizione e l'attacco corretto e a riconoscere una poppata efficace^k. La posizione e l'attacco inadeguati del bambino sono le principali cause di problemi al seno, sia ad insorgenza precoce che tardiva (dolore durante la suzione, ragadi, ingorgo, mastite) e di scarsa assunzione di latte da parte del bambino;
- spiegare l'importanza dell'“allattamento a richiesta”, regolato dal neonato sia nella

^h *Vi sono prove crescenti che l'analgesia indotta farmacologicamente durante il travaglio di parto possa interferire con la ricerca spontanea del seno e con il comportamento del neonato durante le prime fasi dell'allattamento. Sembra però che l'analgesia epidurale non incida sui tassi di allattamento alla dimissione e a 6-8 settimane. (vedi bibliografia cit. in 1)*

ⁱ *È tra l'altro dimostrato che un supporto insufficiente o inadeguato da parte del personale sanitario costituisce un ostacolo all'allattamento al seno.*

^j *Aumento dell'allerta e dell'attività, rapidi movimenti degli occhi, movimenti della bocca e del collo, mani portate alla bocca, movimenti e suoni di suzione, suoni o singhiozzi sommessi, agitazione ed irritabilità (il pianto è un segno molto tardivo di fame), i segni cioè che è pronto a mangiare.*

^k *Il neonato è attaccato correttamente quando: l'intero corpo del bambino è di fronte e stretto alla madre; il corpo e la testa del bambino sono in asse; la sua bocca è ben aperta e prende oltre al capezzolo anche parte dell'areola, il labbro inferiore è rovesciato in fuori; si vede più areola libera sopra la bocca del bambino che sotto (il piccolo deve succhiare anche parte dell'areola e non solo il capezzolo, i dotti mammari sono leggermente spremuti dal movimento della lingua); il mento del neonato tocca il seno mentre il naso lo sfiora o non lo tocca; vi sono lente e profonde suzioni dopo qualche minuto di suzioni più rapide, ritmi dettati dal variare della composizione del latte (più liquido e dissetante a inizio poppata, più denso e nutritivo verso la fine). La mamma normalmente non prova dolore quando l'attacco è adeguato²⁸.*

durata che nella frequenza (all'inizio può essere perfettamente normale per un lattante cercare il seno fino a 12 o più volte nelle 24 ore) e i casi in cui va offerta attivamente il seno^l; le poppate frequenti sono normali ed aiutano a stabilire e mantenere una buona produzione di latte;

- spiegare il calo di peso fisiologico (< 10%) e la successiva ripresa; indicare i segni di una sufficiente assunzione di latte quando l'allattamento al seno è esclusivo^{m 16}, evitando, a meno di valide ragioni mediche, la somministrazione di supplementi (acqua, soluzione glucosata, camomilla, tè o latte di formula) che influenzano negativamente il consolidamento dell'allattamento esclusivo;
- esplorare le conoscenze già in possesso della madre, acquisite prima del parto (§ 2.2) ed eventualmente riprenderle e rinforzarle supportando la neomamma nell'esperienza diretta dei primi approcci con il suo bambino;
- spiegare che un neonato sano a termine non ha bisogno di usare il succhiotto (ciuccio). Dal momento che non ci sono ad oggi evidenze che questo comporti dei benefici nel 1° mese di vita^{20,21} il succhiotto può essere introdotto successivamente ad allattamento al seno consolidato, per ridurre il rischio di SIDS con le attenzioni suggerite (§ cap SIDS);
- conoscere i protocolli validati per sostenere l'allattamento esclusivo nei casi di ittero^{22,23} e ipoglicemia^{24,25};
- mostrare la tecnica della spremitura del latte (manuale o con il tiralatte) in modo da poterla utilizzare autonomamente in caso di necessità (ad esempio comparsa di ingorgo) o qualora si presenti la necessità.

È molto importante che al momento della dimissione dall'ospedale ci sia una speciale attenzione all'avvio di un allattamento efficace e che sia successivamente garantito un sostegno continuo da parte di operatori dell'ospedale o del territorio, di qualificati consulenti in allattamento al seno, di *peer counsellors* (*mamme consulenti formate per un sostegno mamma-mamma*) o da gruppi di sostegno mamma a mamma, secondo le circostanze¹⁶. Quasi tutti gli ostacoli che si incontrano in questa prima fase possono essere superati con relativa facilità. I problemi più difficili devono però essere riferiti ad una consulente per l'allattamento o ad un operatore formato e con competenze riconosciute per il sostegno dell'allattamento.

In caso di scelta per l'alimentazione artificiale ogni informazione va fornita individualmente e, oltre agli svantaggi in termini di salute, va ricordato che il latte in polvere non è un prodotto sterile e che fra le varie precauzioni è importante ricostituirlo in dosi corrette e utilizzando acqua a non meno di 70° e che non deve essere conservato. Anche il latte pronto all'uso, che è sterile, incorre in contaminazione una volta aperto. In ogni caso va osservata una rigorosa igiene¹.

^l Quando il seno è troppo pieno o il bambino dorme troppo²⁸.

^m Se il bambino urina tanto da bagnare 6 pannolini al giorno, evacua feci quasi liquide e giallastre almeno 3 volte al giorno per le prime 3 settimane (e almeno una volta ogni 3-4 giorni in seguito) e mostra di star bene sta assumendo una giusta quantità di latte²⁸.

2.5 Il primo mese

Tutte le madri e i neonati dovrebbero essere visitati a domicilio nel primo periodo; durante queste visite se necessario, l'operatore o la *peer counsellor* dovrebbero osservare la poppata per accertare che attacco e posizione siano corretti, confermare una buona assunzione di latte e rassicurare la madre sul buon lavoro che sta facendo per aumentare l'autostima. Le madri che percepiscono il pianto e la richiesta di poppate frequenti da parte del lattante come segno di un'insufficienza di latte materno hanno bisogno di spiegazioni, rassicurazioni e sostegno.

La doppia pesata (prima dopo la poppata) va scoraggiata perché l'assunzione di latte non è mai lineare e in questo senso può aumentare l'ansia ed indurre supplementazioni inappropriate con conseguenze sulla produzione di latte. Variazioni episodiche della frequenza delle poppate sono normali.

Sono ora disponibili dati sull'aumento di peso nelle prime settimane di un neonato allattato esclusivamente al seno: in base ai nuovi standard di crescita dell'OMS un lattante di quest'età dovrebbe aumentare in media di 200 g a settimana (le femmine un po' meno dei maschi), anche se la crescita va valutata globalmente caso per casoⁿ.

Si deve consigliare alle madri una dieta bilanciata e nutriente, senza che sia necessario evitare specifici alimenti. La quantità di liquidi ingeriti non influisce sulla lattazione e si deve semplicemente consigliare alle madri di bere a sufficienza per soddisfare la sete.

Particolare attenzione va riservata fin d'ora alle madri che devono riprendere un'attività lavorativa, informandole sui loro diritti e su come e dove ricevere supporto.

2.6 Da uno a sei mesi

Se l'allattamento esclusivo è saldamente avviato, non c'è bisogno di intervenire con altri liquidi o alimenti. Alle madri bisogna consigliare di controllare la crescita, per esempio nei bilanci di salute mensili e di continuare con l'allattamento a libera domanda.

Attorno ai sei mesi, la maggioranza dei bambini mostra interesse per altri alimenti (cioè per alimenti solidi) oltre al latte materno. Ammesso che il bambino sia in buona salute, ai genitori si deve consigliare di osservare il comportamento dei figli e di rispondervi in maniera appropriata (cioè di non forzare mai il lattante a mangiare).

2.7 Dopo i sei mesi

Pur considerando che vi sono variazioni nei bisogni dei singoli bambini, il latte materno da solo non è sufficiente a soddisfare tutte le esigenze nutrizionali dei bambini dopo i sei mesi. Degli alimenti complementari sono generalmente necessari a partire da quest'età, aggiunti in modo graduale al latte materno²⁷.

Dando per scontato che sono le madri a dover decidere quanto a lungo desiderano allattare, è importante offrir loro tutto il sostegno e l'aiuto di cui hanno bisogno per continuare

ⁿ *Le nuove curve di crescita, comprese molte pubblicazioni attinenti il progetto, un software per l'analisi di dati individuali e di popolazione, e un manuale di formazione per l'uso delle nuove curve, sono scaricabili gratuitamente dal sito dell'Oms all'indirizzo <http://www.who.int/childgrowth/en/index.html>²⁶.*

con l'allattamento al seno fino a due anni ed oltre, come consigliano l'OMS, l'UNICEF e la maggioranza delle politiche e delle raccomandazioni nazionali e professionali^{2,4,28,29}.

Iniziare troppo presto l'alimentazione complementare non è consigliabile perché il latte materno può essere sostituito da liquidi e alimenti di minore qualità che potrebbero non avere la densità di nutrienti ed energia necessaria alle esigenze del lattante; dare altri liquidi ed alimenti può inoltre far diminuire la produzione di latte materno. I lattanti non sono ancora in grado di digerire alcuni alimenti, in particolare il latte vaccino non va introdotto prima di 1 anno di vita. L'esposizione precoce ad alcuni cibi può scatenare allergie. Le madri anticipano il ritorno del periodo fertile perché la riduzione delle poppate riduce la durata della soppressione dell'ovulazione.

Ritardare troppo a lungo l'introduzione di alimenti complementari non è consigliabile perché il latte materno da solo potrebbe non fornire abbastanza energia e nutrienti, con conseguente rallentamento della crescita e denutrizione. Il latte materno da solo potrebbe non soddisfare le crescenti esigenze di alcuni micronutrienti, soprattutto ferro e zinco.

Potrebbero esservi effetti avversi sullo sviluppo ottimale delle capacità motorie della bocca, come la capacità di masticare, e sulla facilità ad accettare nuovi sapori e cibi di diversa consistenza.

3. I progetti OMS/UNICEF per gli ospedali e la comunità

Il percorso dell'OMS e dell'UNICEF per la promozione dell'allattamento materno dura ormai da decenni. Alla politica di protezione culminata con la promulgazione del *Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno*¹ del 1981^o, si sono aggiunti la promozione attiva ed il sostegno che ancor oggi fanno validamente riferimento al documento congiunto di Ginevra del 1989 *“L'allattamento al seno: promozione, protezione e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità”*³⁰. Questi due importanti documenti sono parte integrante dei contenuti dell'Iniziativa Ospedali Amici dei Bambini (**Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI**)

Lanciata nel 1992 a San Diego da UNICEF e OMS la BFHI vuole assicurare che tutti gli ospedali accolgano nel migliore modo possibile i neonati e divengano centri di sostegno per l'allattamento al seno. Per diventare *“Ospedale Amico dei Bambini”*, un ospedale deve applicare i *“10 passi”*³¹ contenuti nella dichiarazione di Ginevra (vedi tabella). La verifica è molto dettagliata e basata su osservazioni dirette, esame della documentazione e interviste alle madri ed al personale ed è curata dal Comitato Italiano per l'UNICEF^o.

^o Ribadita nel tempo con le successive risoluzioni dell'Assemblea Mondiale di Sanità in particolare le n. 39.28-1986, 47.5-1994, 49.15-1996, 54.2-2001 e 55.25-2002 che ne sono parte integrante.

^o <http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/216>.

Tabella 1. Livelli di evidenza e gradi di raccomandazione per i 10 Passi dell'Iniziativa Ospedale Amico del Bambino³².

Passo	Evidenza	Raccomandazione
1. Definire un Protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario	1++	A
2. Preparare tutto il personale sanitario per mettere in pratica il Protocollo	1++	A
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e delle corrette modalità dell'allattamento materno	1++	A
4. Aiutare le madri affinché inizino ad allattare al seno entro mezz'ora dal parto (contatto pelle-a-pelle/skin-to-skin)	1	A
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la produzione del latte, anche nel caso di separazione dai neonati	1++	A
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne precisa prescrizione medica	1/2	A/B
7. Praticare il rooming-in, permettere cioè alla madre e al bambino di restare insieme 24 ore su 24 durante la degenza	1	A
8. Incoraggiare l'allattamento al seno tutte le volte che il neonato lo richiede	1++	A
9. Non utilizzare tettarelle per biberon o succhiotti durante il periodo di avvio dell'allattamento	2/3/4	C/D
10. Favorire la creazione di gruppi di sostegno per l'allattamento materno, e indirizzarvi le madri alla dimissione	1++	A

L'interesse per il progetto è crescente e prove scientifiche⁹ sempre più confortanti (§ tabella 1) permettono di indicare la BFHI come “spinta maggiore che ci sia mai stata, nella storia della sanità pubblica, per la promozione dell'allattamento al seno”³² Per questo i contenuti del programma “Ospedali amici dei bambini” sono inseriti tra le priorità del

⁹ Una utile rassegna è reperibile anche alla voce allattamento in Saperidoc – voce Allattamento http://www.saperidoc.it/area_12.html.

Piano Sanitario Nazionale vigente e del programma “Guadagnare Salute”.

Dal 2007 inoltre anche in Italia sono stati approntati gli strumenti per una iniziativa analoga nei servizi territoriali denominata “Comunità Amica dei Bambini per l’Allattamento Materno” (vedi tabella 2), dove è spiccata l’attenzione al sostegno della Genitorialità.^s

Tabella 2. 7 Passi per una” “Comunità Amica dei Bambini per l’Allattamento Materno”

1. Definire una politica aziendale per l’allattamento materno e farla conoscere a tutto il personale
2. Formare tutto il personale per attuare la politica aziendale
3. Informare tutte le donne in gravidanza e le loro famiglie sui benefici e sulla pratica dell’allattamento materno
4. Sostenere le madri nel proteggere l’avvio e il mantenimento dell’allattamento al seno
5. Promuovere l’allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi compiuti, l’introduzione di adeguati alimenti complementari oltre i 6 mesi e l’allattamento materno prolungato
6. Creare ambienti accoglienti per favorire la pratica dell’allattamento materno
7. Promuovere la collaborazione tra tutto il personale sanitario, i gruppi di sostegno e la comunità locale

A cura di *Leonardo Speri, Mara Brunelli*

Revisori:

Marica Bettinelli, Adriano Cattaneo, Rosellina Cosentino, Beatrice Dalla Barba

^r www.ministerosalute.it

^s Costruita sul modello della Gran Bretagna e del Canada, vede l’Italia tra i primi paesi assieme ad Argentina, Australia, Nuova Zelanda (§ www.unicef.it).

Il counselling in più

Il crescente impegno per la promozione dell'allattamento al seno in tutte le nazioni, non ha ancora dato i risultati sperati: i dati più recenti dicono che ancora troppe donne rinunciano ad allattare al seno fin dalle prime settimane e la percentuale di quelle che arrivano almeno al 6° mese è più bassa dell'attesa. I fattori sono molti e complessi.

Per quel che riguarda gli operatori si deve purtroppo segnalare che ancora in troppi contesti l'atteggiamento che assumono, la competenza specifica limitata, insieme all'organizzazione dei servizi non promuovono l'allattamento materno, anzi lo scoraggiano quando non lo ostacolano.

Nel promuovere l'allattamento tuttavia è molto importante individuare uno stile corretto per non ottenere effetti controproducenti.

Una volta che l'operatore e la struttura hanno creato le condizioni più favorevoli per un avvio dell'allattamento al seno esclusivo, la riflessione deve essere orientata a ciò che può frenare, a partire dai vincoli familiari, la messa in atto di questa pratica da parte delle mamme, soprattutto nella fase immediatamente seguente al parto e al ritorno a casa.

Le informazioni fornite nei corsi di preparazione alla nascita sono importanti, ma sarà l'esperienza diretta di rapporto con il proprio bambino a rendere più o meno desiderabile-possibile-praticabile l'allattamento al seno.

Anche dove l'allattamento viene promosso attivamente possiamo però raccogliere alcuni esempi di ostacoli e di difficoltà in qualche modo paradigmatici, segnalati da mamme che non hanno allattato, o che hanno allattato con fatica e sofferenza:

- una svalutazione generale delle difficoltà della madre, che rischia di produrre una inutile contrapposizione fra benessere materno e benessere del bambino, con effetti negativi per entrambi;
- un atteggiamento di colpevolizzazione da parte dei professionisti quando le cose non vanno subito nel migliore dei modi (difficoltà nell'attaccare il bambino, o per esempio se il latte è scarso, come se questo dipendesse dalla volontà della madre);
- la difficoltà nel modulare i protocolli di comportamento rispetto alla specificità delle diverse situazioni, con una conseguente rigidità nell'attuazione del percorso assistenziale;
- la scarsa attenzione dedicata ai problemi relativi al ritmo di vita, al lavoro, e alle abitudini della mamma che possono entrare in conflitto con il naturali bioritmi richiesti da un allattamento esclusivo, problemi che per essere risolti richiedono una comprensione e supporto attivo, soprattutto dei familiari.

Il rischio di contrapporre alla madre reale, con i suoi limiti, le sue difficoltà, le sue esigenze personali e il suo contesto di riferimento, una madre ideale proposta dai professionisti, che fa le cose giuste e sceglie sempre e solo per il bene del suo bambino è piuttosto alto, e può aiutare a comprendere, in alcuni casi, la sproporzione fra l'impegno dedicato alla promozione dell'allattamento al seno e gli effettivi risultati, aumentando il sentimento di frustrazione della madri ma anche degli operatori.

Il percorso nascita è caratterizzato poi da ansie diverse, specifiche del particolare momento (dalle preoccupazioni nelle diverse fasi della gravidanza, ai momenti molto intensi

del parto, alle angosce relative alla salute del bambino e alla crescita) che vanno ascoltate e mitigate prima di fornire informazioni o indicazioni di comportamento.

L'uso di abilità di counselling può essere utile:

- **In gravidanza**, per facilitare il passaggio dall'allattamento visto come problema teorico e ancora lontano dall'esperienza della mamma in attesa, all'allattamento come modalità di comportamento a cui cominciare a pensare in modo concreto. A questo scopo è necessario:
 - esplorare prioritariamente tutte le fonti di conoscenza della futura mamma e della famiglia sul tema allattamento: è provato che le esperienze di familiari, amiche e persone vicine in generale e le informazioni che ne derivano, hanno effetti più rilevanti di quelle provenienti dai professionisti;
 - introdurre ed integrare le informazioni necessarie sui vantaggi, benefici e bellezza dell'allattamento al seno, senza enfatizzarle: una eccessiva pressione sugli aspetti positivi abbassa la capacità di ascolto da parte di chi ha invece timori, dubbi o esperienze negative;
 - costruire con la mamma una mappa degli obiettivi desiderati, degli ostacoli immaginati e delle risorse utilizzabili, facendo attenzione a non svalutare mai nessuna delle difficoltà che vengono evocate;
 - aiutare la mamma a costruirsi una prima immagine concreta della situazione allattamento, incoraggiandola a individuare cosa non sa (perfezionamento delle informazioni), cosa vorrebbe evitare ecc.. In questa fase dovrebbero essere fornite anche informazioni pratiche su dove trovare sostegno.

- **Al momento del parto**, per segnalare attenzione anche per la mamma, e non solo per il bambino: tutte le pratiche di facilitazione del contatto fra mamma e bambino devono essere messe in atto tenendo conto dei **due** personaggi che in quel momento sono insieme per la prima volta. Questo significa parlare alla mamma di lei, e non solo del bambino, non parlare troppo, non interferire con consigli e neppure con eccessive positivizzazioni. Se le condizioni cliniche lo consentono, il ritmo della relazione deve essere deciso dalla mamma e l'operatore deve evitare separazioni troppo precoci e non richieste per pratiche routinarie rinviabili, come anche non insistere sulle procedure di fronte alle richieste di mamme orientate diversamente.

- **Nei primi giorni dopo il parto**, tutte le indicazioni e le informazioni devono essere date utilizzando le modalità del counselling, e in particolare:
 - non dare troppe informazioni alla volta;
 - separare gli aspetti specificamente informativi dalle indicazioni di comportamento;
 - completare sempre ogni informazione e ogni indicazione di comportamento con l'incoraggiamento a cercare cosa non è chiaro, o cosa può risultare difficile;
 - evitare ogni atteggiamento colpevolizzante.

Es. (intervento con una mamma in difficoltà, palesemente in ansia, con il neonato che piange e non si attacca).

Proviamo insieme a vedere cosa si può fare a questo punto: sembra proprio arrabbiato, per lui è più difficile attaccarsi e per la mamma anche... In queste situazioni è più facile entrare in crisi... Cos'è che la preoccupa di più?... È comprensibile che questa situazione la metta in ansia: vediamo insieme cosa possiamo fare - Adesso provo a dirle cosa fare, lei veda se tentando in questo modo si trova meglio. ... Ce la fa a provare ancora per un po'? Poi magari possiamo provare comunque a spremere il latte e a darglielo con il cucchiaino... [...].

Solo successivamente... *Volevo anche ripeterle qualcuna delle cose che ci siamo già dette: per esempio tutti i bambini danno dei segnali quando hanno fame, ancor prima di cominciare a piangere. Lei ha già visto qualche segnale da parte di Luca?*

- **Nel sostegno alla mamma dopo il ritorno a casa** Gli operatori che intervengono in questa fase dovranno essere attenti a individuare i fattori ostacolanti presenti nella situazione familiare e i fattori che favoriscono il mantenimento del comportamento o rendono possibile un intervento di rimotivazione. In particolare è utile verificare:
 - Eventuali ostacoli all'allattamento materno esclusivo;
 - Quali strumenti hanno a disposizione la mamma e la famiglia per superare questi ostacoli;
 - Quali comportamenti, modalità, azioni non sono ancora state apprese in modo sufficiente e richiedono un ulteriore intervento educativo;
 - Cosa può accrescere ulteriormente la motivazione a proseguire l'allattamento e cosa rischia di ostacolarla;
 - Quali aiuti concreti sono disponibili nel territorio, sia con riferimento a gruppi di mamme, per sostenere adeguatamente la mamma e suoi familiari, sia per quel che riguarda il rientro al lavoro.

Anche in questo caso, come poi al momento dell'introduzione dell'alimentazione complementare, la capacità di separare gli interventi informativi dagli interventi di promozione o apprendimento di comportamenti è essenziale per evitare una situazione di "predica", e per consentire al professionista di valutare la effettiva praticabilità dei comportamenti consigliati in una situazione di benessere per la madre e per il bambino, passando dall'attitudine a "spiegare" a quella del "farsi spiegare".

Silvana Quadrino Istituto CHANGE www.counselling.it

Bibliografia essenziale

1. *Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea* (<http://www.burlo.trieste.it/documenti/EUpolicy06it.pdf>) European Network for Public Health Nutrition: Networking, Monitoring, Intervention and Training (EU project contract N. SPC 2003320) for the development of Standard Recommendations for Infant and Young Child Feeding. http://www.burlo.trieste.it/?M_Rif=15/M_Id=99/M_Type=LEV3.
2. World Health Organization. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. World Health Organization, Geneva, 2003. http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/NUTRITION/gs_icyf.pdf.
3. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. *Breastfeeding and the use of human milk*. *Pediatrics* 1997;100:1035-9.
4. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. *Breastfeeding and the use of human milk*. *Pediatrics*, 2005;115:496-506.
5. Radford A. *The ecological impact of bottle feeding*. *Breastfeed Rev.* 1992.
6. World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) "Breastfeeding: The 1st Hour - Save ONE million babies!" – World Breastfeeding Week 2007, www.worldbreastfeedingweek.org.
7. United Nations General Assembly. *Convention on the Rights of the Child*. New York, 1989. <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>.
8. Cattaneo A. *Il monitoraggio dei tassi di allattamento al seno in Italia. Situazione attuale e proposte per il futuro*. in L. Speri "L'ospedale Amico dei Bambini" Masson, Milano 2004.
9. UNICEF/WHO. *Innocenti Declaration*. Florence, 1990. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm> UNICEF/WHO. *Innocenti Declaration 2005. On Infant and Young Child Feeding*. Florence, 2005 http://www.unicef-icdc.org/homepages/files/documents/f_5.pdf.
10. *EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004.
11. World Health Assembly. *International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes*. WHO, Geneva, 1981.
12. Riccardo Davanzo, Irene Bruno, *Salute della donna e lattazione* (*Medico e Bambino* 2003;22:105-113).
13. Michele Grandolfo, Serena Donati e Angela Giusti *Indagine Conoscitiva Sul Percorso Nascita, 2002 Aspetti Metodologici e Risultati Nazionali Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità* (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>).
14. AGENZIA per i SERVIZI SANITARI REGIONALI(ASSR) *Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico - Linee guida nazionali di riferimento* <http://www.assr.it/plg.htm>.
15. ISS Cedap 2004: *la fotografia del parto in Italia* <http://www.epicentro.iss.it/temi/materno/cedap04.asp>.
16. Renfrew MJ, Dyson L, Wallace L, D'Souza L, McCormick F, Spiby H. *The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding*. National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2005.
17. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. *Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families*. *Midwifery* 2002;18:87-101.
18. WHO. *Care in normal birth: a practical guide*. WHO, Geneva, 1996.
19. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltrusko I. *Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study*. *Acta Paediatr* 2002;91:1301-6.
20. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S et al. *Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial*. *JAMA* 2001;286:322-6.

21. Howard CR, Howard FM, Lanphear B et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511-8.
22. American Academy of Pediatrics. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297-316.
23. Gartner LM, Herschel M. Jaundice and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:389-99.
24. WHO. Hypoglycaemia of the newborn: review of the literature. WHO, Geneva, 1997.
25. Eidelman AI. Hypoglycemia and the breastfed neonate. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:377-87.
26. Cattaneo A., Le nuove curve di crescita dell'Oms: una riflessione http://www.epicentro.iss.it/temi/materno/curve_crescita.asp.
27. WHO. Complementary feeding: family foods for breastfed children. WHO, Geneva, 2000.
28. International Lactation Consultant Association. Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding. ILCA, USA, 2005 (in Italiano: http://www.ibclc.it/docs/Linee_Guida_ILCA_ITA.pdf).
29. Società Italiana di Neonatologia. Raccomandazioni sull'allattamento materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani. *Medico e Bambino* 2002;21:91-8.
30. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. WHO, Geneva, 1989.
31. WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. World Health Organization, Geneva, 1998.
32. Cattaneo A. Significato della Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) per la promozione dell'allattamento al seno: le prove d'efficacia, VR 3-4.10.2002 In L. Speri " L'ospedale Amico dei Bambini" Masson, Milano 2004.

Link utili: www.unicef.it, www.mami.org, www.illitalia.org, www.melograno.org, www.waba.org, www.aicpam.org

4. Posizione nel sonno e riduzione del rischio di morte improvvisa del lattante (SIDS)

La SIDS è la principale causa di mortalità nel primo anno di vita dopo il periodo neonatale.

È possibile ridurre il rischio con interventi semplici e di dimostrata efficacia:

- posizione supina (a pancia in su) durante il sonno;
- adeguatezza dell'“ambiente” in cui il bambino dorme;
- astensione dal fumo di sigaretta da parte dei genitori.

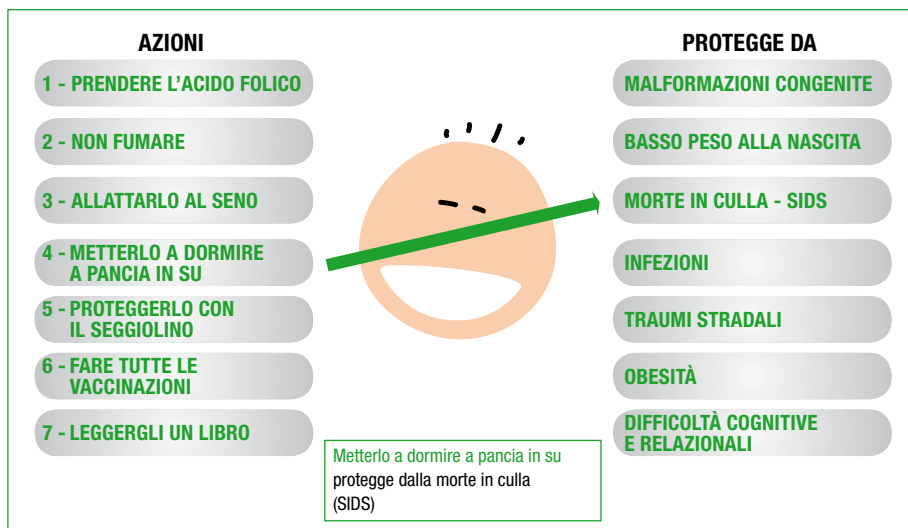
Raccomandazioni principali

Tutti i genitori dovrebbero essere informati sul fatto che:

- Il bambino dovrebbe essere messo a dormire in posizione supina (**a pancia in su**) sin dai primi giorni di vita. Questo è il principale messaggio da trasmettere ai genitori.
- Il bambino dovrebbe dormire in culla o nel lettino, meglio se nella stanza dei genitori.
- La donna in gravidanza dovrebbe astenersi dal fumo di sigaretta ed evitare di esporsi al fumo passivo. Dopo la nascita si dovrebbe evitare di fumare in casa.
- L'ambiente dove dorme il bambino non dovrebbe mai essere eccessivamente caldo (la temperatura ambientale dovrebbe essere mantenuta attorno ai 20 gradi). Da evitare anche l'eccesso di vestiti e di coperte.

Ulteriori raccomandazioni

- Il materasso dovrebbe essere della misura esatta della culla/lettino e non eccessivamente soffice. Va anche evitato di far dormire il bambino sopra divani, cuscini imbottiti, trapunte.
- Il bambino dovrebbe essere sistemato con i piedi che toccano il fondo della culla o del lettino in modo che non possa scivolare sotto le coperte; va evitato l'uso del cuscino.
- La condivisione del letto dei genitori, sarebbe da evitare se questi sono fumatori, o non in buone condizioni di vigilanza. Andrebbe evitata anche nelle prime settimane di vita del bambino. In caso di *scelta* da parte dei genitori per la condivisione del letto con il bambino, va loro raccomandato di rispettare tutte le altre condizioni “di protezione”. I genitori dovrebbero sempre evitare di dormire con il bambino sopra divani o poltrone.
- L'uso del succhiotto, raccomandato in alcuni paesi, può avere un effetto protettivo, in ogni caso va proposto dopo il mese di vita seguendo opportune precauzioni.



Per **SIDS (Sudden Infant Death Syndrome)** si intende la morte di un bambino di età <1 anno, improvvisa e inspiegabile anche dopo un'accurata valutazione del caso, comprendente l'esecuzione dell'autopsia, l'esame dello scenario in cui si è verificato il decesso, l'esame della storia clinica.

La SIDS rappresenta, nei paesi industrializzati, la prima causa di morte nell'età compresa tra 1 e 12 mesi: è infatti responsabile del 40% delle morti nel periodo post-neonatale. Il 90% dei bambini morti per SIDS non hanno compiuto 6 mesi di vita e la massima incidenza si registra tra 2 e 4 mesi di vita.

Non esistono in Italia dati nazionali affidabili sull'incidenza del fenomeno, mancando un sistema di rilevazione omogeneo. I dati disponibili da alcuni studi, realizzati in ambiti geografici molto diversi, danno un'incidenza estremamente variabile (dallo 0,2 allo 0,7 x 1000 nati vivi, circa 300 lattanti/anno) secondo la realtà considerata. Tali dati sono tuttavia poco attendibili poiché frutto di indagini retrospettive effettuate su certificati di morte la cui compilazione raramente è suffragata dal riscontro autoptico o comunque da autopsie correttamente eseguite.

1. Quali i fattori di rischio?

Diversi sono i fattori di rischio per SIDS suggeriti dagli studi effettuati sull'argomento¹. Va tuttavia sottolineato che solo per alcuni di questi fattori l'evidenza disponibile sull'associazione con la SIDS è forte e dimostrata in modo consistente da più studi. Inoltre, dal punto di vista pratico, è utile considerare quei fattori che sono facilmente modificabili. Se si considera sia la forza delle evidenze che la fattibilità dell'intervento, i fattori da prendere in considerazione sono^{2,3}:

- la posizione nel sonno;
- l'esposizione al fumo di sigaretta (pre e post natale);
- l'ambiente in cui dorme il bambino.

1.1 Quale la posizione corretta nel sonno?

La posizione nel sonno rappresenta il singolo fattore di rischio più forte su cui è possibile intervenire. Le evidenze della letteratura dimostrano che il rischio di morire per SIDS è maggiore nei bambini che vengono messi a dormire in posizione prona (pancia in giù) rispetto a quelli messi in posizione supina (rischio aumentato da 1,7 a 12,9 volte)^{4,5}. Anche la posizione di fianco è un fattore di rischio (rischio aumentato di circa 2 volte)⁶. Una recente revisione sistematica della letteratura con meta-analisi⁷ ha identificato 40 studi che analizzavano la relazione tra SIDS e posizione nel sonno. I risultati della meta-analisi confermano un maggior rischio (OR^a) cioè una maggiore probabilità di SIDS in caso di:

- 1) posizione prona rispetto a posizione supina (OR=4,46, IC^b 95% 2,98-6,68, 25 studi);
- 2) posizione prona rispetto a non prona (OR=4,15, IC 95% 3,27-5,26, 40 studi);
- 3) posizione sul fianco rispetto a supina (OR=1,36, IC 95% 1,03-1,8, 24 studi).

L'associazione causale tra posizione supina e riduzione del rischio di SIDS è confermata anche dal successo delle campagne di prevenzione attuate a partire dagli inizi degli anni 90 in molti paesi del mondo e incentrate sulla promozione della posizione supina per il sonno del bambino^{8,9}. Come si può vedere nella **tabella 1** la realizzazione delle campagne è stata accompagnata da drastiche riduzioni nell'incidenza di SIDS.

Tabella 1. Impatto sull'incidenza di SIDS delle campagne di prevenzione "Back to sleep" ("Dormire sul dorso") realizzate in alcuni paesi.

Paese	PRE intervento		POST intervento	
	Anno	Incidenza SIDS*	Anno	Incidenza SIDS*
Olanda	1984	1,2	2000	0,12
Inghilterra e Galles	anni 80	2-2,3	2000	0,4
Norvegia	1989	2,4	2000	0,4
Svezia	1991	1,1	1995	0,4
Danimarca	1990	1,6	1995	0,2
Spagna (Navarra)	85-93	1,3	1994	0,4
Tirolo	84-94	1,8	95-98	0,4
USA	1992	1,2	1998	0,8
Nuova Zelanda	87-88	4,3	91-93	2
Australia	1990	1,9	1995	0,8
Australia (Tasmania)	88-90	3,8	91-92	1,5

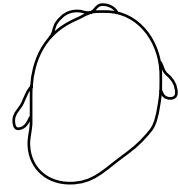
*per 1000 nati vivi

^a Odds Ratio o Rapporto Crociato, § glossario.

^b Intervallo di Confidenza, § glossario.

La posizione supina non risulta essere associata a particolari rischi di salute per il lattante. In particolare non aumenta il rischio di soffocamento secondario a rigurgito¹⁰ e non è associata ad un significativo ritardo dello sviluppo motorio (il modesto ritardo evidenziato a 6 mesi di vita nei bambini messi a dormire in posizione supina scompare completamente ai 18 mesi).¹¹

L'ansia che la posizione supina determini malformazioni non è suffragata allo stato attuale da evidenze. Le segnalazioni della cosiddetta "plagiocefalia" da posizione (testa obliqua, § figura) nei lattanti che dormono in posizione supina derivano da studi non controllati. In ogni caso il problema è evitabile variando la posizione della testa del bambino durante il sonno (ad esempio: una settimana a destra e una a sinistra) e utilizzando posizioni alternative a quella supina durante le ore di veglia.¹²



Per il sonno del lattante la posizione consigliata è pertanto quella supina, "a pancia in su".

Non è corretto invece raccomandare indifferentemente la posizione supina o quella laterale, come veniva fatto fino a pochi anni fa, anche perché il rischio che il bambino possa passare dalla posizione sul fianco a quella prona, pur variabile con l'età, è mediamente triplo rispetto a quello che possa passare dalla posizione supina a quella prona.

2.2 Fumo di sigaretta pre e post natale: quali effetti?

Una recente meta-analisi ha indagato la relazione tra fumo di sigaretta e SIDS.¹³ Sono stati identificati oltre 60 studi caso-controllo e di coorte. Il rischio relativo^c (RR) associato al fumo materno è risultato pari a 2,86 (IC 95% 2,77-2,95) prima delle campagne "dormire sul dorso" e a 3,93 (IC 95% 3,78-4,08) dopo. Aumento che si spiega perché col diminuire del fattore di rischio "posizione prona" ovviamente gli altri fattori assumono un peso maggiore.

Sette studi hanno consentito di valutare gli effetti del fumo dopo la gravidanza in quanto si riferiscono all'esposizione al solo fumo paterno; anche in questo caso è stato riscontrato un aumento del rischio (RR=1,49, IC 95% 1,25-1,77).

L'associazione tra fumo di sigaretta e SIDS è dunque ampiamente provata, tanto da far ritenere che questa pratica aumenti di 2 volte il rischio di SIDS. L'esposizione in utero risulta particolarmente pericolosa a causa dei complessi danneggiamenti di natura anatomo-fisiologica che essa può provocare sul feto, tanto da far prevedere che l'abolizione del fumo in gravidanza possa determinare una riduzione di oltre il 30% delle possibili morti per SIDS.

Con la riduzione del numero di bambini posti a dormire in posizione prona e di fianco dopo le campagne "Back to sleep", è ipotizzabile che il fumo di sigaretta diventi il fattore di rischio più importante di SIDS.¹⁴ L'indicazione di non fumare e non esporre il bambino al fumo passivo risulta pertanto ovvia.

^c § glossario.

2.3 Quali i fattori legati all'ambiente in cui il bambino dorme?

I principali aspetti emersi dall'analisi della letteratura relativi all'ambiente in cui il bambino dorme (stanza, culla)^{2,3,6,15-22} possono essere sintetizzati come segue:

- L'eccesso di calore legato sia a troppi vestiti e coperte sia ad un'alta temperatura nella stanza, aumenta il rischio di SIDS. L'associazione è particolarmente evidente nei bambini che dormono in posizione prona.
- L'uso di materassi eccessivamente morbidi è associato ad un aumento del rischio di SIDS. Lo stesso vale per altre superfici morbide sulle quali il bambino può venir messo a dormire (cuscini, trapunte).
- Fino al 2004 si riteneva che la condivisione del letto dei genitori fosse una pratica sicura salvo la presenza delle seguenti condizioni che aumentavano il rischio di SIDS:
 - 1) genitori fumatori;
 - 2) consumo di alcool da parte dei genitori o loro assunzione di farmaci che vadano ad alterare la capacità di risveglio;
 - 3) condizioni di sovraffollamento in casa;
 - 4) condizioni di stanchezza inusuali e tali da rendere difficile la risposta alle sollecitazioni del bambino^{17,18}.

Si raccomandava quindi di evitare la condivisione del letto in presenza di queste condizioni. Anche l'UNICEF (comitato UK per la Baby Friendly Hospital Initiative *per la promozione dell'allattamento al seno*) insieme alla Fondazione per lo Studio delle Morti Infantili (FSID-UK), aveva diramato delle raccomandazioni in questo senso che sono state revisionate nel giugno 2005.

Negli ultimi due anni sono stati pubblicati alcuni studi che hanno messo in dubbio la sicurezza della condivisione del letto con i genitori, tanto da portare ad una modificazione delle raccomandazioni dell'American Academy of Pediatrics (AAP)³; due studi in particolare hanno messo in evidenza un rischio aumentato di SIDS nei primi mesi di vita (sotto le 8-11 settimane) in caso di condivisione del letto con i genitori anche in assenza dei fattori di rischio sopra citati.

Secondo diversi studi il rischio di SIDS potrebbe essere sostanzialmente ridotto ponendo a dormire il bambino in posizione supina in una culla o lettino collocato nella stanza dove dormono i genitori, con coperte leggere¹⁹, evitando quindi la condivisione multipla del letto²⁰, della poltrona o del divano^{17,20,21}.

Dato che molti fattori concorrono ad aumentare il rischio di SIDS, l'informazione da fornire ai genitori deve tener conto del fatto che non esiste per la SIDS un'unica azione preventiva, ma che tutte portano il loro piccolo/grande contributo di protezione.

In sintesi l'“**ambiente di sonno ideale**” per il bambino nel primo periodo di vita sembra quindi essere la sua culla collocata nella stessa stanza dei genitori; la stanza non dovrebbe essere troppo calda (in linea di massima la temperatura dovrebbe aggirarsi intorno ai 20°); il bambino dovrebbe dormire sotto coperte leggere e non essere troppo vestito.

Il materasso dovrebbe essere sufficientemente rigido; inoltre, nel posto dove il bambino dorme, non dovrebbero esserci oggetti soffici quali cuscini, trapunte, piumini d'oca, paracolpi o giocattoli di peluche. Le coperte e le lenzuola dovrebbero essere ben rimboccate sotto il materasso ed i piedi del bambino dovrebbero toccare il fondo del lettino

o della culla per evitare che possa accidentalmente scivolare sotto le coperte (il sacco nanna può rappresentare una valida alternativa alle lenzuola ed alle coperte).

In caso di preferenza da parte dei genitori per la condivisione del letto con il bambino va raccomandato di rispettare tutte le altre condizioni “di protezione” ed evitare la presenza di altri familiari nel letto a parte i genitori, informandoli del piccolo aumento di rischio di SIDS per i bambini sotto i 3 mesi di vita, offrendo possibili alternative (ad esempio limitarla ai momenti di allattamento, spostando poi il bambino nella sua culla). Divani e poltrone andrebbero invece sempre evitati.

Studi epidemiologici sempre più numerosi dimostrano un **effetto protettivo del succhiotto** e per questo motivo in alcuni Paesi (USA, Olanda, Austria, Canada) è stata introdotta anche questa raccomandazione.

Se si decide di impiegarlo ciò deve avvenire osservando le seguenti precauzioni:

- introdurlo solo dopo il primo mese di vita per evitare ogni possibile interferenza con l'allattamento al seno;
- tenerlo sempre ben pulito;
- evitare di immergerlo in sostanze edulcoranti;
- se il bambino lo rifiuta non va forzato;
- se lo perde durante il sonno non è necessario reintrodurlo in bocca;
- cercare di sospenderlo dopo il primo anno di vita.

2. SIDS e QT lungo: quale relazione?

Uno studio italiano ha dimostrato un ruolo del prolungamento dell'intervallo QT dell'elettrocardiogramma nella patogenesi della SIDS (insorgenza di aritmie letali)²³. A seguito di tale dimostrazione è stata discussa la necessità di introdurre l'elettrocardiogramma da eseguire routinariamente come screening a tutti i nuovi nati. Per questo motivo è stata effettuata un'ampia raccolta di elettrocardiogrammi neonatali, dopo la terza settimana di vita, in numerosi centri italiani. I risultati di questa ricerca dovranno indirizzare sulla fattibilità e sull'utilità di tale screening. Allo stato attuale non abbiamo quindi chiare evidenze scientifiche a favore di tale pratica ed anche il rapporto costi benefici andrà precisato. Restano infatti aperti diversi problemi:

- stando ai dati del lavoro citato, il 50% dei bambini deceduti per SIDS avevano il test negativo (QT normale all'ECG); un'applicazione del test a tutti i nati comporterebbe quindi che la metà dei bambini candidati alla SIDS non verrebbero comunque scoperti;
- in caso invece di test positivo (allungamento del QT) solo 1 bambino su circa 70 rischierebbe veramente la SIDS, mentre gli altri sarebbero solo falsi positivi;
- il problema vero è comunque il tipo di trattamento da attuare nei bambini con test positivo: non esistono infatti a tutt'oggi, prove dell'efficacia e della sicurezza di trattamenti farmacologici proposti per la prevenzione della SIDS.

La recente **Legge n. 31 del 02.02.06** promuove da un lato una ricerca più incisiva e coordinata a livello nazionale e dall'altro il sostegno alle famiglie colpite e l'avvio di iniziative di formazione del personale e di prevenzione.

Alcuni dati sulla posizione in culla in Italia

Un'alta correlazione tra posizione in culla in ospedale e a casa è segnalata da un rilevamento del 2001 del Progetto "Sei più Uno" e da una ricerca su oltre 6.000 nati nel 2002 in Emilia Romagna. Al momento della ricerca nelle regioni interessate la posizione supina era di circa il 50% dei casi.

Alcuni dati provenienti dal progetto ICONA 2003²⁷ (raccolti nel 2° anno di vita) tuttavia evidenziano che la posizione supina viene mantenuta a livello nazionale intorno al **27%** soltanto, con differenze abbastanza importanti da regione e regione (*vedi tabella 2*).

Tabella 2. Distribuzione in percentuale della posizione in culla in alcune regioni italiane (ICONA 2003)

REGIONI	Posizione supina	Posizione di fianco	Posizione prona
Friuli Venezia Giulia	54%	30%	13%
Toscana	23%	62%	13%
Molise	12%	72%	11%
Sardegna	28%	62%	9%

Anche una recente ricerca (2004) che ha coinvolto 31 pediatri di Roma ha rilevato che solo il **28%** dei genitori intervistati adottano la posizione supina per il lattante durante il sonno. Risulta anche che l'adozione della posizione supina è fortemente dipendente dall'informazione ricevuta presso il Centro Nascita e dal modo in cui il neonato viene posto in culla in ospedale. Dalla stessa rilevazione i Centri Nascita risulterebbero fornire informazioni insufficienti sulla prevenzione della SIDS, spesso non completamente congrue con le raccomandazioni internazionali e talora incoerenti con il comportamento stesso adottato all'interno dei Centri Nascita. Anche i pediatri di famiglia che hanno partecipato allo studio sembrano non aver fornito sufficienti informazioni sull'argomento.

Il materiale divulgativo messo attualmente a disposizione dei genitori a livello nazionale è talora contraddittorio o non aggiornato.

A cura di Luca Ronfani

Revisori: Giovan Battista Ascone, Roberto Buzzetti, Ada Macchiarini, Raffaele Piumelli.

Il counselling in più

Il tema della posizione corretta del lattante è fra i più delicati da affrontare.

Le difficoltà sono legate sia al tipo di problema affrontato – si parla di uno dei rischi che maggiormente angosciano i genitori, quello di una morte improvvisa del bambino – che al tipo e al numero di informazioni e indicazioni comportamentali necessarie.

Parlare di rischio di morte in un momento in cui l'investimento emotivo dei genitori è tutto concentrato sulla vita e sul futuro del loro bambino è difficile. Inoltre dobbiamo tenere conto del fatto che:

- quando le informazioni e le indicazioni sono troppo sbilanciate nella direzione del rischio (quello che si definisce “terrorismo informativo”) il livello di ascolto tende ad abbassarsi, e il passaggio dell'informazione viene ostacolato dall'esigenza emotiva di “non pensare a queste cose”;
- i genitori particolarmente ansiosi possono viceversa sopravvalutare il rischio e eccedere in comportamenti di controllo, che sarà poi difficile ridurre e normalizzare quando il bambino sarà più grande.

A questo si aggiunge il fatto che:

- le indicazioni che si danno ai genitori sono piuttosto numerose, e riguardano aspetti comportamentali e decisionali diversi (non solo la **posizione** del bambino, ma il **luogo** in cui è meglio farlo dormire, la **temperatura** migliore, la qualità del materasso ecc.)
- alcune di queste informazioni sono in contraddizione con la cultura popolare o comunque con le abitudini condivise da gran parte delle mamme (e delle nonne!) italiane: ad esempio la raccomandazione di non coprire troppo il bambino, e di farlo dormire in ambienti che non superino i 20°.
- la memoria storica della generazione precedente (parliamo delle nonne, ma anche delle sorelle più grandi delle mamme attuali) ricorda indicazioni diametralmente opposte e in molte famiglie è vivo il ricordo di bambini che “sono guariti dalle coliche solo perché il pediatra ha consigliato la posizione a pancia in giù”.

La scelta di una strategia comunicativa diventa quindi indispensabile.

Si tratterà innanzitutto di **adattare** per quanto possibile le modalità di comunicazione alle caratteristiche dei genitori. Come? Semplicemente con una formula di introduzione del problema, che è sempre utile quando si affrontano argomenti delicati o drammatici:

Es. Pediatra: *Vorrei affrontare con voi un tema importante, di cui forse avete già sentito parlare la prevenzione di quella che si definisce “morte improvvisa del lattante”. Ci sono dei comportamenti che vi consiglierò di usare, ma prima mi servirebbe sapere una cosa: per come siete fatti voi, come genitori, vi serve di più che vi spieghi subito cosa è meglio fare per prevenire questo rischio, o avete bisogno di capire meglio di cosa si tratta, quanto è frequente... in realtà è un evento raro, ma ditemi voi cosa vi serve di più.*

Il modo di rispondere a questa domanda fornisce al pediatra i primi elementi per organizzare il suo intervento. Se i genitori vogliono saperne di più:

1. Chiederà per cominciare **cosa sanno già**, cosa hanno letto o sentito, in modo da completare o correggere informazioni imprecise o francamente errate;
2. Darà alcune semplici informazioni sull'incidenza dell'evento e sull'efficacia della po-

sizione corretta e delle altre misure protettive:

Es. Tanto perché abbiate un'idea, si è visto che il rischio di SIDS nei bambini messi a dormire a pancia in giù aumenta dalle 2 alle 13 volte circa rispetto a quelli messi a pancia in su... anche messi di fianco hanno un rischio aumentato, di ben due volte ... Vi dicono qualcosa questi dati? Volete che proviamo a capire ancora meglio?

3. Di fronte a ulteriori richieste di statistiche, dati, rassicurazioni, è preferibile contenere i genitori e passare alle indicazioni di comportamento, sottolineando che gran parte di esse, oltre ad essere importanti per prevenire un evento che è comunque molto raro, fanno parte della normale igiene di vita e andranno conservati anche in futuro: *Es. lo vi direi: è importante che siate informati su questo rischio, ma anche che sappiate e ricordiate che, come vi ho detto, non è un evento frequente. Molte delle indicazioni che adesso vi darò sono comunque utili per la salute complessiva del bambino, vi serviranno anche in seguito. Proviamo a passare a quello che dovete fare?*

Nel passare alle indicazioni di comportamento, è necessario evitare:

- di dare tutte le informazioni alla volta;
- di mescolare informazioni (*la posizione corretta ha l'effetto positivo di...*) e indicazioni di comportamento (*bisogna fare questo e questo*);
- di dare indicazioni di comportamento senza verificare le abitudini già acquisite, magari con i figli precedenti o con altri bambini della famiglia;
- di dare indicazioni di comportamento senza scegliere un ordine di priorità.

L'ordine di priorità non riguarda ovviamente le misure da adottare sempre e quelle meno importanti, ma la frequenza con cui quel comportamento compare nel corso della giornata: mettere il bimbo nella culla facendo attenzione a posizionarlo con correttezza è un comportamento che si ripete più volte nella giornata. L'occasione di farlo dormire su un divano o cuscini è in genere una situazione occasionale; va ricordata e affrontata, ma in una fase separata del colloquio educativo-informativo.

Il professionista dovrà quindi:

1. Raccogliere le informazioni che i genitori hanno già ricevuto:
Voi cosa avete già sentito dire su come mettere a dormire il bambino? Partiamo da lì, così poi ci facciamo un'idea più chiara insieme.
2. Riesaminare i comportamenti che sono già stati appresi e messi in atto:
E a partire da queste informazioni, e anche da esperienze che magari avevate già fatto, mi descrivete bene il modo che usate adesso, quando mettete a dormire il bambino?
3. Riordinare le fasi comportamentali che i genitori descrivono creando una serie di "zone" da rivedere insieme:
Allora, vediamo bene tutto quanto con ordine: ci sono le caratteristiche della culla, il materassino, le coperte: dovremo vedere insieme quali sono le caratteristiche più sicure. Poi c'è il luogo dove dorme il bambino, e anche questo lo vedremo insieme partendo da come è fatta la vostra casa e dalle vostre abitudini. E poi c'è la posizione vera e propria, che deve essere proprio mantenuta sempre nel modo giusto. Partiamo da questa, che è la più importante.

4. Per ognuna delle “zone” esplorate, partire sempre dal comportamento già utilizzato, **poi** segnalare l’esigenza di modificarlo se non è corretto, **quindi** fornire l’indicazione corretta e **infine** chiedere se immaginando di attuare quel comportamento riescono già a vedere possibili ostacoli, difficoltà ecc.(estendendo l’indagine anche al resto della famiglia):

Es: Mi descrivete cosa c’è nella culla: materassino, cuscini...?

Ecco, vedete, qui c’è già qualcosa da modificare, vediamolo insieme: il cuscino, anche se siamo abituati a vederlo usare, non è consigliabile: bisogna evitare di usarlo, e per alcuni genitori sembra proprio una cosa strana, difficile.

Io comincio a dirvelo: bisogna toglierlo. Voi, pensandoci, vedete della difficoltà a fare così? Potrebbero esserci dei problemi che ve lo rendono difficile, o che possono nascere con altri familiari?

5. Solo dopo avere esplorato e rivisto i comportamenti, chiedere se qualche informazione in più potrebbe aiutarli ad attuare i comportamenti indicati:

Provate a pensare se vi serve qualche dato, qualche informazione in più per capire meglio le cose che vi ho detto, o per spiegarle ad altri familiari?

In ogni caso, sarà necessario concludere con un riassunto “strategico”, che connetta il tema del rischio con quello dei comportamenti proposti in modo che gli aspetti costruttivi (comportamenti) prevalgano sugli aspetti preoccupanti (rischio di morte).

Es: Riassumendo:abbiamo parlato di un rischio che spaventa molto i genitori. Lo abbiamo fatto perché esiste il modo di prevenirlo efficacemente, allora meglio sapere che il rischio esiste anche se è molto basso, e poi impegnarsi nel comportarsi nel modo più adatto. Le cose che dovete ricordare, ve le ripeto, sono.....

Sarà importante verificare nel corso delle visite o incontri successivi se e quanto i comportamenti indicati vengono attuati, insistendo soprattutto su quelli che nel primo colloquio avevano suscitato qualche perplessità nei genitori. Questo va fatto evitando modalità di tipo interrogatorio – esame – ricerca di errori, ma sottolineando che, data l’importanza dell’argomento, riteniamo importante verificare se i comportamenti che avevamo indicato sono davvero sempre attuabili, se sono comparse difficoltà e come possono essere superate. Molte volte una nonna troppo difficile da contraddire può diventare occasione di comportamenti non sicuri senza che i genitori riescano a raccontarlo neppure a se stessi.

Silvana Quadrino Istituto CHANGE www.counselling.it

Bibliografia essenziale

1. Buzzetti R, Ronfani L. Evidenza sulla SIDS. *Medico e Bambino* 2000; 19:223-233.
2. American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant Sleep Position and SIDS. Changing concepts of Sudden Infant Death Syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics* 2000; 105:650-56.
3. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116:1245-55.
4. Dwyer T, Ponsonby A-L, Newman NM, Gibbons LE. Prospective cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. *Lancet*. 1991; 337:1244-1247.
5. Mitchell EA, Scragg RK, Stewart AW, et al. Results from the first year of the New Zealand cot death study. *N Z Med J* 1991; 104:71-76.
6. Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, et al. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. *Br Med J*. 1996; 313:191-195.
7. Gilbert R, Salanti G, Harden M, See S. Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002. *Int J Epidemiol* 2005;34(4):874-87.
8. Willinger M, Hoffman HJ, Hartford RB. Infant sleep position and risk for sudden infant death syndrome: report of meeting held January 13 and 14, 1994, National Institutes of Health, Bethesda. *Pediatrics* 1994; 93:814-9.
9. Creery D, Mikrogianakis A. Sudden infant death syndrome. *Clin Evid*. 2005 Jun;(13):434-43.
10. Hunt L, Fleming P, Golding J, the ALSPAC Study Team. Does the supine sleeping position have any adverse effects on the child? I. Health in the first 6 months. *Pediatrics* 1997; 100:1-9.
11. Dewey C, Fleming P, Golding J, the ALSPAC Study Team. Does the supine sleeping position have any adverse effects on the child? II. Development in the first 18 months. *Pediatrics* 1998; 101:1-5.
12. Hutchison BL, Hutchison LAD, Thompson JMD, Mitchell EA. Plagiocephaly and Brachycephaly in the First Two Years of Life: A Prospective Cohort Study. *Pediatrics* 2004;114:970-980.
13. Mitchell EA, Milerad J. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Rev Environ Health* 2006;21:81-103.
14. Donzelli A. Prevenzione della SIDS: occorre riformulare alcuni messaggi. *Medico e Bambino* 2002;21(9):589-594.
15. Ponsonby A-L, Dwyer T, Couper D, Cochrane J. Association between use of a quilt and sudden infant death syndrome: case-control study. *BMJ* 1998; 316:195-196.
16. Wilson CA, Taylor BJ, Laing RM, Williams SM, Mitchell EA, New Zealand Cot Death Study Group. Clothing and bedding and its relevance to sudden infant death syndrome: further results from the New Zealand Cot Death Study. *J Paediatr Child Health*.
17. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *BMJ* 1999; 319:1457-61.
18. Scragg R, Mitchell EA, Taylor BJ, et al. Bed sharing, smoking, and alcohol in the sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. *BMJ* 1993;307:1312-1318.
19. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363(9404):185-91.
20. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study. *J Pediatr* 2005;147:32-37.
21. Hauck FR, Herman SM, Donovan M, et al. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics* 2003;111:1207-14.

22. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, et al. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK. *Lancet* 2006;367:314-9.
23. Schwartz PJ, Stramba-Badiale M, Segantini A, et al. Prolongation of the QT interval and the sudden infant death syndrome. *N Engl J Med.* 1998; 338:1709-1714.
24. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
25. Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union (§ http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm).
26. F. Marolla -SIDS: studio sulle esperienze e le informazioni di 429 mamme al momento della prima visita con il pediatra di famiglia a Roma - *Quaderni Acp* – 2005;12(6):23.
27. <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/sintesi-icona.asp>.

5. Protezione del bambino durante il trasporto in automobile

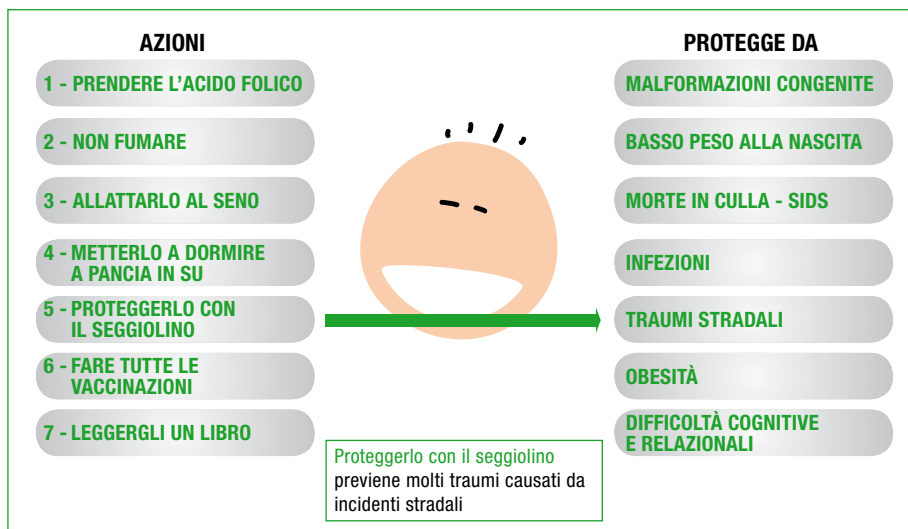
Gli incidenti sono la prima causa di morte nella classe di età 0-14 anni, escluso il periodo perinatale. In circa il 37% dei casi si tratta di incidenti stradali.

- L'utilizzo di dispositivi di protezione per il trasporto del bambino in automobile (seggiolini, navicelle e adattatori) può prevenire traumi e ridurre la mortalità in caso di incidente.
- Una percentuale elevata di automobilisti non li utilizza affatto o li utilizza in maniera non corretta.
- Gli operatori sanitari dovrebbero informare i genitori sull'importanza di utilizzare i dispositivi e sul loro corretto uso.

Raccomandazioni

I genitori dovrebbero essere informati sul fatto che:

- Per il trasporto dei bambini in auto è indicato l'utilizzo degli appositi dispositivi di ritenuta (seggiolini, navicelle o adattatori) fissati al sedile della macchina con le normali cinture di sicurezza.
- I dispositivi di ritenuta vanno utilizzati sin dai primi giorni di vita e anche per brevi tragitti.
- La loro sistemazione sul sedile posteriore (e in senso contrario alla marcia nei bambini con meno di un anno di vita) offre la massima protezione in caso di incidente.
- La scelta del dispositivo di ritenuta da utilizzare deve essere fatta in base al peso del bambino. È importante verificare che il dispositivo utilizzato sia omologato.
- È necessario che siano rispettate tutte le indicazioni per il montaggio riportate sul manuale di istruzione e che il bambino sia sempre allacciato, anche per brevi tragitti.
- Il seggiolino non va sistemato sul sedile anteriore in caso di presenza di airbag dal lato passeggero, a meno che questo non sia disattivato.
- La normale culla del bambino non deve essere utilizzata nemmeno per brevi tragitti anche se sistemata sul sedile posteriore e fissata con le cinture di sicurezza.
- Il trasporto sul sedile posteriore in braccio ad un adulto non protegge il bambino in caso di incidente ed è vietato dalla legge italiana.



1. Alcuni dati sul problema

Secondo le statistiche nel nostro Paese, ogni anno, più di 8000 bambini sotto i 13 anni sono coinvolti in incidenti stradali, con un tasso di mortalità molto elevato.

Dati europei evidenziano un uso non corretto del seggiolino: 90% di uso scorretto sotto i 6 mesi di vita, 60% circa tra i 7 mesi e i 2 anni, 90% tra 3 e 4 anni¹; dati confermati in una successiva ricerca in U.S.A. (94%)².

Per *l'Italia* sono disponibili pochi dati (ISTAT, Progetto 6+1) basati sulle dichiarazioni dei genitori. Dal momento che il 25% dei genitori ammette di non usare abitualmente il seggiolino, dato di per sé non buono, possiamo solo supporre che il restante 75% lo usi effettivamente, mentre non abbiamo dati sulla correttezza del suo eventuale utilizzo. La percentuale d'uso sembra comunque diminuire man mano che il bambino cresce.

Un dato disponibile della Regione Veneto è la prevalenza di passeggeri di età apparente inferiore agli 11 anni che utilizzano sistemi di ritenuta (seggiolini, cinture di sicurezza unitamente ai cuscini alza-bimbo) all'interno degli autoveicoli, che viene periodicamente stimata attraverso un'indagine su strada svolta nell'ambito del "Programma regionale di prevenzione dei traumi da traffico".

Nell'ultima rilevazione, condotta nell'*ottobre 2005*, è stata effettuata l'osservazione diretta, nei pressi di 92 siti di cui 22 supermercati e 70 scuole (8 asili nido, 22 scuole dell'infanzia, 40 scuole primarie) distribuiti in tutto il territorio regionale. Sono stati osservati in totale 4936 soggetti. Il 49,2% dei bambini risultano assicurati; il 44,7% privi di dispositivo di ritenuta; il restante 6,1% in braccio ad un adulto. Stratificando i dati per sito di rilevazione è emerso che sono assicurati: il 73,8% dei bambini dell'asilo nido; il 51,1% dei bambini delle scuole dell'infanzia; il 39,3% dei bambini delle scuole primarie.

Pur essendo entrato in vigore il nuovo Codice della Strada ("patente a punti", introdotta nel luglio del 2003), complessivamente *circa la metà dei bambini nel Veneto* continua a

viaggiare in modo *non sicuro* (senza dispositivi di ritenuta od in braccio ad un adulto).

I dati sottolineano alcune priorità sulle quali va data particolare attenzione.

L'utilizzo del mezzo di ritenuta è in generale insufficiente e peggiora in modo preoccupante con l'aumentare dell'età. Persistono false convinzioni come la presunta sicurezza del contenimento in braccio da parte dell'adulto (un bimbo di 10 Kg in un impatto a 50km/h acquista una forza pari a 200 Kg, impossibile per chiunque da trattenere). L'uso del seggiolino è comunque troppo spesso approssimativo o scorretto e va promosso indipendentemente dal fatto che essere seduti sul sedile posteriore sia risultato essere un fattore protettivo in caso di incidente automobilistico (OR 1,7; 95% IC 1,6-2)³.

2. Quali i problemi da affrontare?

Ci sono pertanto due problemi da affrontare: il mancato utilizzo da parte di molti automobilisti dei sistemi di ritenuta durante il trasporto dei bambini in auto e uno scorretto utilizzo degli stessi.

Tali comportamenti sono motivati dalla convinzione che il bambino stia scomodo sul seggiolino, dal presupposto che il trasporto sul sedile posteriore sia comunque sicuro, e dalla mancata percezione del rischio del trasporto quando si tratta di un bambino molto piccolo poiché il percorso è limitato e spesso cittadino⁴ e ritenuto a torto più sicuro.

3. Quali benefici nell'utilizzo dei mezzi di protezione?

Con il corretto uso dei meccanismi di protezione sarebbe possibile prevenire una quota importante di mortalità e morbosità legata al trasporto in auto.

È stato infatti stimato che:

1. il corretto utilizzo del seggiolino potrebbe ridurre il rischio di morte da incidente stradale del 69% sotto l'anno di vita e del 47% tra 1 e 4 anni⁵;
2. il 24% dei traumi non fatali in età pediatrica potrebbe essere prevenuto se tutti i bambini fossero correttamente allacciati⁶;
3. il rischio di trauma è 3 volte maggiore nei bambini 0-4 anni non correttamente allacciati rispetto a quelli correttamente allacciati e 5 volte maggiore nei bambini 0-11 anni non allacciati, seduti sul sedile anteriore rispetto a quelli seduti sul sedile posteriore⁷.

Questi dati sono stati recentemente confermati da un ampio studio trasversale realizzato negli Stati Uniti che ha messo in evidenza come i bambini (di età inferiore ai 16 anni) non allacciati e seduti sul sedile anteriore abbiano il rischio più alto di lesioni in caso di incidente stradale mentre quelli correttamente allacciati e posti sul sedile posteriore il rischio più basso. I bambini non correttamente allacciati hanno infatti un rischio doppio di lesioni rispetto ai bambini correttamente allacciati, mentre i bambini non allacciati affatto hanno un rischio di lesioni 3 volte maggiore.

Gli autori del lavoro concludono che l'utilizzo di sistemi di ritenuta appropriati per l'età e la loro sistemazione sul sedile posteriore dell'auto sono due fattori che agiscono sinergicamente per fornire la migliore protezione per il bambino in caso di incidente⁸.

4. Cosa dice la legge italiana?

Il trasporto dei bambini sui veicoli è contemporaneamente un tema di salute pubblica e di disciplina stradale ed è *regolato dall'articolo 172 del Codice della Strada* (“*Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta per bambini*”) che è stato modificato con l'entrata in vigore, dal 14 aprile 2006, del *Decreto Legislativo n. 150 del 13 marzo 2006*.

È possibile riassumere i cambiamenti introdotti dalla nuova norma applicando questa semplice regola: ogni volta che si occupa un posto a sedere su un veicolo dotato di cinture di sicurezza, è obbligatorio per tutti, conducente e passeggeri, utilizzarle e nel caso di trasporto di bambini (età inferiore ai 12 anni) è obbligatorio adottare i sistemi di ritenuta idonei (seggiolini o adattatori). L'articolo 172 modificato, prevede infatti che: “i bambini di altezza inferiore a 1,50 metri devono essere assicurati al sedile con un sistema di ritenuta per bambini, adeguato al loro peso, di tipo omologato...”.

Non è quindi più possibile trasportare sui sedili posteriori dell'auto bambini di età inferiore ai 3 anni in braccio ad un passeggero adulto, come invece prevedeva originariamente l'articolo. I dispositivi di ritenuta sono obbligatori per i bambini, dalla nascita fino al raggiungimento di 36 chili di peso: fino a 18 kg si possono usare solo i seggiolini, oltre questo peso si possono utilizzare sia i seggiolini che gli adattatori. Questi ultimi sono dei piccoli sedili che, sollevando il bambino, permettono di usare le cinture di sicurezza dell'auto che altrimenti non sarebbero adatte a proteggere adeguatamente persone alte meno di m. 1,50.

Secondo le nuove normative europee i dispositivi di ritenuta per il trasporto dei bambini in auto sono suddivisi in 5 gruppi (immagini e testo sono tratti dal sito web della Polizia di Stato):

	<p>Gruppo 0 → Bambini fino a 9 mesi o di peso inferiore ai 10 kg. Vanno montati <i>in senso contrario a quello di marcia</i> o in avanti se il bambino pesa almeno 6 kg.</p> <p>In questo gruppo sono comprese anche le “navicelle”, culle protette con cinghie proprie, da fissare con le cinture dell'automobile.</p>
	<p>Gruppo 0+ → Bambini fino a 13 kg. Hanno le stesse caratteristiche di quelli appartenenti al gruppo precedente, ma offrono una protezione maggiore alla testa ed alle gambe.</p>
	<p>Gruppo 1 → Bambini fino a 4 anni o di peso sup. ai 4 kg e non sup. a 18. Sono montati sul sedile posteriore <i>nel senso di marcia</i> e fissati con la cintura di sicurezza del veicolo.</p>
	<p>Gruppo 2 → Bambini fino a 6 anni o di peso compreso tra i 15 e i 25 kg. Cuscini con braccioli omologati (si usano le cinture del veicolo con l'aggiunta di un dispositivo di aggancio che si fissa nel punto in cui la cintura incrocia la spalla).</p>
	<p>Gruppo 3 → Bambini dai 6 ai 12 anni e di peso compreso tra 22 e 36 kg. Cuscini senza braccioli da utilizzare sui sedili posteriori dell'autovettura per aumentare, da seduto, la statura del bambino affinché possa fare uso delle normali cinture di sicurezza.</p>

Va inoltre ricordato che:

- per fissare i dispositivi di ritenuta si utilizzano quasi sempre le cinture di sicurezza del veicolo; è necessario che siano rispettate tutte indicazioni riportate sul manuale di istruzioni;
- lo schienale del seggiolino deve essere ben appoggiato al sedile della macchina e le cinture presenti sul dispositivo devono sempre essere allacciate, anche per brevi tragitti;
- se si decide di collocare il seggiolino sui sedili anteriori occorre fare attenzione al dispositivo air-bag: l'attivazione automatica di questa protezione, in caso d'urto, produce gravi effetti sul bambino. Se il dispositivo è presente occorre quindi disattivarlo temporaneamente in caso contrario il seggiolino va collocato sul sedile posteriore. La sistemazione a fianco del conducente è comunque sconsigliata perché in caso di tamponamento, indipendentemente dal verso in cui si trova sistemato, il bambino verrebbe sospinto in avanti con rischio di lesioni. **Il posto più adatto è il sedile posteriore.**
- Il seggiolino o l'adattatore devono essere omologati. I più recenti sono quelli appartenenti a uno dei 5 gruppi di dispositivi costruiti secondo l'ultima normativa europea che riportano sul contrassegno le sigle ECE R44-02 oppure ECE R44-03. Possono essere utilizzati comunque anche i dispositivi omologati secondo la precedente normativa che sono caratterizzati dalla semplice sigla ECE R44 (vedi a fianco un esempio di contrassegno).



Il mancato uso dei seggiolini o degli adattatori attualmente è punito con sanzioni amministrative e con la decurtazione di punti patente (al conducente a meno che a bordo del veicolo non siano presenti un genitore o chi esercita la patria potestà sul bimbo).

Per maggiori informazioni è possibile consultare le pagine web della Polizia di Stato dedicate all'argomento (http://www.poliziadistato.it/pds/stradale/bimbi_auto/index.htm).

5. Non solo auto

5.1 Per un trasporto sicuro in bicicletta

Il trasporto di bambini fino agli 8 anni è consentito ai soli maggiorenni con l'impiego di un apposito seggiolino (art. 182/5° in relazione all'art. 68/5° c.d.s.). Il seggiolino deve essere fissato in modo tale da garantire al conducente la libertà di manovra, di avere una buona visuale e di essere posto in modo da evitare sbilanciamenti del velocipede.

Seggiolino anteriore: consente il trasporto di bambini fino a 15 Kg di peso corporeo. Deve essere collocato tra il manubrio della bicicletta ed il conducente. Può essere fissato al telaio o al piantone o al manubrio della bicicletta (art. 377/5° lett. A regolamento C.d.S.)

Seggiolino posteriore: consente il trasporto dei bambini fino ad 8 anni di età oltre i 15 Kg di peso corporeo. Può essere fissato al telaio o al portapacchi della bicicletta. (art. 377/5° lett. B regolamento C.d.S.).

Come deve essere il seggiolino?

Il seggiolino per il velocipede deve essere composto da: sedile con schienale, braccioli (non più necessari per seggiolini posteriori dedicati a bambini di età superiore a 4 anni), sistema di fissaggio alla bicicletta e sistema di sicurezza del bambino (bretelle e struttura di protezione dei piedi). Il fissaggio previsto deve garantire l'ancoraggio del seggiolino alla bicicletta impedendone lo sganciamento accidentale.

Non deve superare la sagoma della bicicletta. (art. 225 regolamento C.d.S.)

5.2 Per un trasporto sicuro in ciclomotore

È consentito solo ai maggiorenni il trasporto di passeggero (quindi anche di un bambino) a patto che il ciclomotore sia debitamente omologato per il trasporto di un passeggero, e che il bimbo sia in grado di restare autonomamente in sella (non esistono ad oggi dispositivi, né omologazioni, di alcun genere per tenere un bimbo su ciclomotore come per le biciclette). L'art. 170/1° c.d.s dispone che il conducente deve avere libero uso della braccia, delle mani e delle gambe, restare seduto in posizione corretta e reggere il manubrio con entrambe le mani.

Quindi non si possono trasportare bimbi che hanno la necessità di essere "tenuti" dal conducente. Conducente e passeggero devono indossare casco protettivo omologato.

5.3 Per un trasporto sicuro in motociclo

È consentito il trasporto di un bambino su motociclo (cilindrata superiore a 125 cc) non esistendo alcun divieto in ordine all'età del passeggero (art. 170 c.d.s). Non è consentito il trasporto di bambino seduto anteriormente al conducente, in quanto con il suo corpo limiterebbe la libertà di manovra dello stesso (art. 170/1° c.d.s.).

Allo stato attuale non ci sono dati specifici sull'incidentalità di bambini trasportati su 2 ruote, ma è evidente che la responsabilità degli adulti deve essere estesa all'attenzione a tutti i bambini adottando regimi di guida corretti se si considera che oltre il 20% dei decessi per incidenti avviene per investimento di bambini pedoni e ciclisti.

La sanzione è uno strumento efficace di prevenzione, tuttavia il compito dell'operatore sanitario è di aiutare i genitori a riflettere sulla responsabilità che assumono quando trasportano il bambino, a superare automatismi, stereotipi o false convinzioni, come il fatto che le braccia materne siano sicure, e ad immedesimarsi nelle dimensioni del proprio bambino e nelle conseguenti condizioni di viaggio. L'uso dei sistemi di protezione si inquadra infatti in una più generale capacità di prendersi cura dei propri figli.

A cura di Luca Ronfani, Mara Brunelli

Revisori: Sandro Cinquetti, Simone Zevrain

Hanno collaborato: Giancarlo Marano, Tommasina Mancuso

Il counselling in più

L'uso di misure di protezione durante il trasporto del bambino in auto ed altri mezzi fa parte di quei comportamenti che sono quasi generalmente accettati a livello razionale, ma che nella realtà di vita quotidiana possono essere messi in pratica in modo discontinuo o non sufficiente.

L'atteggiamento mentale che sta alla base del comportamento a rischio in questi casi è del tipo " ...per una volta!": situazioni occasionali in cui il seggiolino non è disponibile (uso dell'auto di un parente, di un amico ecc.), momenti di emergenza, di fretta, di distrazione; percorsi brevi in cui il tempo necessario per collocare il bambino nel seggiolino sembra eccessivo.

L'intervento di counselling consiste in questo caso nel riprendere periodicamente, per esempio da parte del pediatra in occasione dei bilanci di salute, con tutti i genitori l'informazione sull'importanza di questa misura protettiva: l'obiettivo è quello di mantenere viva l'attenzione e di evitare che la percezione del rischio si riduca.

Il professionista può periodicamente:

1. Riprendere l'argomento della prevenzione degli incidenti in generale, proponendo ai genitori di dedicare qualche minuto a parlarne insieme:
Es: ho l'abitudine di parlare di tanto in tanto ai genitori di prevenzione degli incidenti, perché sono convinto che si può aumentare l'attenzione senza per questo diventare eccessivamente ansiosi.
2. Verificare quali sono le informazioni che quei genitori hanno raccolto, e soprattutto come le ricordano:
Penso soprattutto a misure semplici ma importantissime come l'uso del seggiolino in auto e nei trasporti in generale. A voi chi ne ha parlato prima di me? Proviamo a rivedere insieme le informazioni che avete già?
3. Completare ed eventualmente correggere le informazioni che i genitori riportano:
Es. C'è una cosa da aggiungere e da ricordare sempre: non bisogna mai tenere il bambino in braccio anche solo per tragitti brevi. Tenere il bambino in braccio durante il trasporto in automobile, infatti, non solo è vietato dalla legge italiana ma non lo protegge in alcun modo dai traumi da incidente. Questo perché, in caso di incidente, il peso del bambino acquisterebbe una forza tale da non consentire al genitore di trattenerlo.
4. Evidenziare e "normalizzare" le eventuali differenze fra i membri della famiglia circa l'attenzione alle misure di protezione:
Spesso in famiglia ci sono alcuni che sono sempre attenti a tutte le precauzioni, magari un po' noiosi, e altri un po' più "sportivi". In casa vostra com'è? Chi potrebbe fare un po' la parte del noioso e cercare di mantenere sempre l'attenzione di tutti a usare il seggiolino?
5. Tenere a disposizione dei genitori volantini informativi che riassumano le regole principali: questo è uno dei casi in cui il ricordo impreciso delle norme (*bisogna metterlo in direzione di marcia o no? Bisogna cambiare il seggiolino a seconda dell'età del bambino o del peso? Quale peso?*) può avere l'effetto di fare abbandonare

del tutto il comportamento, che finisce per essere percepito come “troppo difficile da ricordare”.

Il professionista sanitario ha la possibilità di utilizzare tecniche di counselling con l’obiettivo educativo generale di sviluppare e mantenere attivo un comportamento genitoriale di attenta vigilanza nei confronti degli incidenti, che contrariamente a quanto si teme non è l’anticamera del comportamento ansioso: la conoscenza precisa, rinforzata da un professionista, dei comportamenti sicuri, contribuisce invece a ridurre gli atteggiamenti ansiosi, che nascono da una percezione diffusa e non circostanziata dei pericoli esterni e dalla convinzione di non avere strumenti per controllarli.

Silvana Quadrino Istituto CHANGE www.counselling.it

Bibliografia essenziale

1. *Kostaridou S, Anastasea-Vlachou K, Sotiropoulou F, et al. Car transportation conditions of preschool children: use of children's car safety seats. Acta Paediatr 1997; 86:192-5.*
2. *Kohn M, Chausmer K, Flood MH. Anticipatory guidance about child safety seat misuse: lessons from safety seat „checkups“. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154:606-9.*
3. *Berg MD, Cook L, Corneli HM, et al. Effect of seating position and restraint use on injuries to children in motor vehicle crashes. Pediatrics 2000; 105:831-5.*
4. *L Sbrogiò, S Cinquetti. Programma regione Veneto - Prevenzione dei traumi da traffico- Campagna Regionale Cinture di sicurezza e seggiolini per bambini 2003-2004 <http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Stili+di+vita+e+salute/Traumi+da+traffico/>*
5. *National Center for Health Statistics. Health, United States, 1996-97. Hyattsville, MD: CDC, 1997. DHHS publication no. (PHS) 97-1232.*
6. *Ruta D, Beattie T, Narayan V. A prospective study of non-fatal childhood road traffic accidents: what can seat restraint achieve? J Public Health Med 1993; 15:88-92.*
7. *Petridou E, Skalkidou A, Lescohier I, et al. Car restraints and seating position for prevention of motor vehicle injuries in Greece. Arch Dis Child 1998; 78:335-9.*
8. *Durbin DR, Chen I, Smith R, et al. Effects of seating position and appropriate restraint use on the risk of injury to children in motor vehicle crashes. Pediatrics 2005;115:e305-9*

6. Promuovere le vaccinazioni

Le vaccinazioni sono uno degli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive e devono essere considerate altamente prioritarie per la salute dei bambini.

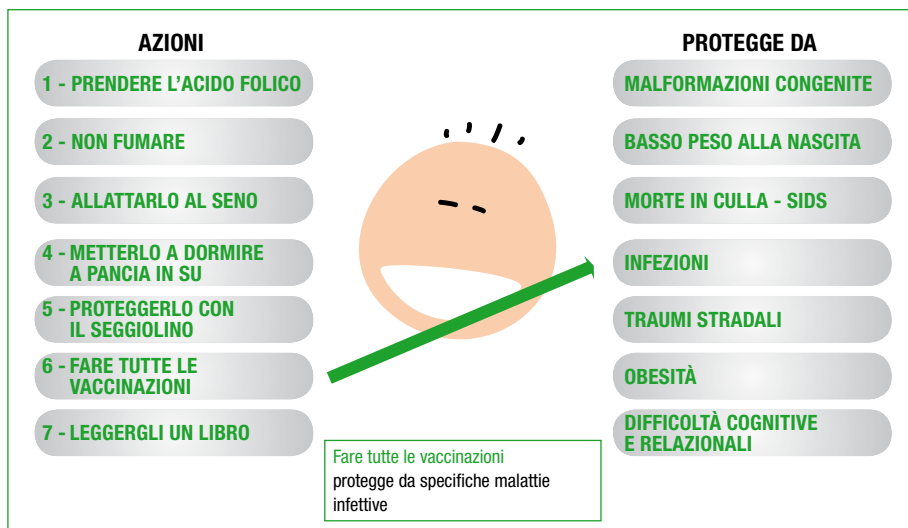
Perché sono importanti le vaccinazioni?

- Le malattie per le quali viene raccomandata la vaccinazione sono a rischio di gravi complicazioni e/o sequele.
- Spesso si tratta di malattie per le quali non esiste terapia (malattie virali) o che hanno una evoluzione rapida per cui anche la terapia adeguata non risulta efficace.
- I possibili effetti collaterali delle vaccinazioni sono di gran lunga meno frequenti e di minore entità rispetto alle possibili complicazioni della malattia evitata.

Raccomandazioni

Tutti i genitori dovrebbero essere informati:

- sulla pericolosità delle malattie prevenute con le vaccinazioni;
- sui rischi per la salute del proprio figlio derivanti dalla scelta di non vaccinarlo. Anche rinviare la vaccinazione per prendere più tempo per decidere significa esporre il proprio figlio al rischio di ammalarsi;
- sui benefici delle singole vaccinazioni;
- sui criteri per vaccinare in modi e tempi appropriati e sugli effetti collaterali delle singole vaccinazioni;
- sui rischi per la comunità in cui vivono, derivanti dalla scelta di non vaccinare il proprio figlio.



Come ricorda il Piano Nazionale Vaccini, uno dei fattori principali che determina il successo delle strategie vaccinali è rappresentato dalla *corretta informazione fornita dal personale sanitario* a contatto con gli utenti. Questo vale per tutte le vaccinazioni e in modo particolare per quelle attualmente raccomandate in tutta Italia (antimorbillo, parotite, rosolia, pertosse, emofilo B) o a livello regionale (varicella, meningococco e pneumococco) le cui coperture vaccinali sono ancora troppo basse. La motivazione addotta dai genitori per la non vaccinazione è molto spesso la mancanza di informazione¹.

L'informazione corretta ai genitori assume un particolare rilievo in questo momento in cui le numerosi voci contrarie alle vaccinazioni, se accolte, rischiano di comportare pesanti conseguenze in termini di morbosità e mortalità, in assenza di una adeguata e diffusa educazione sanitaria.

Informare per non abbassare la guardia

Uno dei punti cruciali della comunicazione con i genitori sulle vaccinazioni riguarda il rapporto rischio/beneficio: è più pericoloso fare la vaccinazione oppure rischiare di avere la malattia dalla quale ci si vuole proteggere? Invariabilmente il rischio di subire gli effetti della malattia è enormemente più elevato di quello di avere effetti collaterali legati ai vaccini utilizzati. Questo aspetto spesso non è conosciuto proprio per effetto delle vaccinazioni, che hanno reso molto rare le malattie prevenibili con i vaccini.

In qualche modo è lecito affermare che le vaccinazioni sono *vittime di se stesse*: infatti grazie all'elevata copertura vaccinale, sono scomparse o marcatamente ridotte le malattie. Per questo la popolazione e anche gli stessi operatori sanitari (soprattutto quelli più giovani) non hanno più presenti le gravi conseguenze delle epidemie che periodicamente colpivano la popolazione infantile. Per contro, l'elevata copertura fa sì che anche i rari

effetti collaterali delle vaccinazioni siano enfatizzati e considerati non tollerabili in una persona sana: ci si dimentica che una riduzione delle coperture vaccinali farebbe comparire entro pochi anni epidemie ora scomparse, come si è verificato in Russia circa 10 anni fa con la difterite, o più recentemente in una comunità olandese per la poliomielite.

Perché le coperture sono importanti?

Il mantenimento di elevati tassi di copertura è indispensabile: basta poco per perdere i benefici della cosiddetta “immunità di gregge” o “immunità collettiva”.

La percentuale di vaccinazioni di bambini non immuni deve essere tanto più elevata quanto più è contagiosa la malattia che si vuole prevenire.

La tabella seguente ci indica quanti bambini sani possono essere contagiati da un malato (*tasso di riproduzione*) per le diverse malattie e, di conseguenza, quanto deve essere elevata la copertura con la vaccinazione (*tasso critico di copertura vaccinale*) se vogliamo impedire che si diffonda il microrganismo responsabile della malattia; questa elevata copertura consente un secondo beneficio, quello di proteggere anche le persone che non possono essere vaccinate (es. coloro che sono colpiti da gravi deficit del sistema immunitario). L'immunità collettiva costituisce una sorta di “bonus” che non va sprecato.

Malattia	Tasso di riproduzione (R_0)	Tasso critico di copertura vaccinale(%)
Morbillo	15-17	92-95
Pertosse	15-17	92-95
Parotite	10-12	90-92
Rosolia	7-8	80-87
Difterite	5-6	80-85
Poliomielite	5-6	80-85

Inoltre è noto che le più diffuse malattie infettive generalmente sono più gravi quanto più elevata è l'età del malato. Una copertura inadeguata comporta un aumento dell'età media della comparsa della malattia poiché si accumulano nel tempo fasce di popolazione non immune e le epidemie compaiono ad intervalli di tempo maggiori. Questo fatto aumenta la probabilità di comparsa di gravi complicazioni nel decorso della malattia nella popolazione giovane e adulta.

Reazioni avverse costi/benefici

Il controllo rigoroso delle reazioni avverse costituisce un elemento fondamentale per la conoscenza del problema, per l'adozione di misure adeguate e infine per la corretta informazione alla popolazione, molto esposta ad allarmi ingiustificati.

L'attivazione di efficaci sistemi di sorveglianza e di consulenza pre-vaccinale sono strumenti a cui gli operatori dovrebbero poter sempre accedere.

L'operatore può così intervenire in fase preventiva sulla potenziale insorgenza di reazioni avverse e attraverso una consulenza di 2° livello consentire la copertura vaccinale di un maggior numero di persone, come mostrato da esperienze in proposito¹².

Proprio per la rilevanza che assumerebbe una diminuzione dei tassi di copertura e dato l'effetto psicologico derivante da percezioni distorte delle problematiche relative ai vaccini, è molto importante che l'insorgenza delle reazioni avverse venga rigorosamente segnalata e monitorata e la comunicazione con i genitori sull'argomento sia particolarmente curata.

Il caso Thiomersal: false credenze

Il Thiomersal non è dannoso, ma tanto ha spaventato che non è più utilizzato.

Il caso del Thiomersal è un esempio di come un'informazione allarmistica incida pesantemente sull'azione di salute pubblica.

Nel 1999 negli Stati Uniti e successivamente anche in Europa si diffuse il timore che i vaccini contenenti come conservante un composto organico del mercurio (etil-mercurio, detto Thiomersal o mertiolato) potessero causare danni sullo sviluppo neurologico o disturbi del comportamento del bambino, per accumulo.

L'OMS ha ripetutamente confermato l'innocuità dei vaccini contenenti Thiomersal, anche dopo studi epidemiologici indipendenti specifici, sottolineando che:

1. il tasso massimo raccomandato dalle autorità americane, da cui era partito l'equivoco, si riferiva al metil-mercurio (assunto prevalentemente per via alimentare) e non per l'etilmercurio, presente nei vaccini;
2. le due sostanze hanno farmacocinetica molto diversa: l'emivita dell'etilmercurio è molto più breve (meno di una settimana) rispetto al metilmercurio (un mese e mezzo); inoltre l'etilmercurio viene eliminato attivamente attraverso l'intestino, mentre è il metil-mercurio che tende ad accumularsi nell'organismo¹⁰.

L'OMS conclude che nessun elemento dimostra attualmente la tossicità del mercurio presente nei vaccini per il lattante, per i bambini o per gli adulti esposti al thiomersal e pertanto nessuna considerazione relativa alla sicurezza dei vaccini giustifica di modificare le pratiche vaccinali che riguardano i vaccini contenenti thiomersal. Nonostante queste rassicurazioni, le aziende produttrici dei vaccini non utilizzano più questa sostanza come conservante.

1. Il calendario vaccinale in Italia

Rafforzando l'impegno per la prevenzione in Italia, con il nuovo Piano Vaccini 2005-2007 è stato individuato un nuovo calendario vaccinale (vedi tabella nella pag. seguente) in cui tutte le vaccinazioni previste sono fortemente raccomandate, indipendentemente dai tradizionali obblighi di legge.

Il calendario comprende le vaccinazioni contro le seguenti malattie:

- tetano, difterite, poliomielite, epatite virale B (attualmente obbligatorie);
- pertosse, morbillo, parotite, rosolia, infezioni da emofilo B (fortemente raccomandate ed incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA).

A livello nazionale, le vaccinazioni anti-pneumococco e meningococco C sono fortemente raccomandate per i bambini con particolari condizioni di rischio (deficit della risposta immune), mentre la vaccinazione di tutti i bambini nei primi due anni di vita può venire decisa nelle singole regioni, in base alla valutazione dell'epidemiologia locale.

La vaccinazione antivaricella è fortemente raccomandata per gli adolescenti che non hanno ancora avuto la malattia. La vaccinazione di tutti i bambini nel secondo anno di vita può venire decisa nelle singole regioni, purchè si riesca a raggiungere l'80% almeno dei bambini.

Nella tabella viene presentato l'attuale calendario delle vaccinazioni in Italia, che costituisce la base per gli specifici calendari regionali.

Vaccino	Età												
	0-24 ore	3° mese ^a	4° mese	5° mese	6° mese	11° mese	13° mese	15° mese	24° mese	36° mese	5-6 anni	11-12 anni	14-15 anni
Difterite-Tetano-Pertosse		DTaP		DTaP			DTaP				DTaP		Tdap
Poliomielite		IPV		IPV			IPV				IPV		
Epatite B	HB ^b	HB		HB			HB						
Haemophilus influenzae b		Hib		Hib			Hib						
Morbillo-Parotite-Rosolia								MPR1 ^d				MPR2 ^e	
Pneumococco		PCV ^c											
Meningococco C		Men C ^f											
Varicella								Varicella ^g				Varicella ^h	

Legenda

DTaP: vaccinazione antidifterico-tetano-pertossica

Tdap: vaccino difto-tetano-pertossico acellulare per adulti

IPV: vaccino antipoliomielitico iniettabile – inattivato

HB: vaccino antiapatite B

Hib: vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae b

MPR: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia

PCV: vaccino pneumococcico coniugato eptavalente

Men C: vaccino meningococcico C coniugato

^a Per terzo mese di vita si intende il periodo che intercorre dal compimento del 61° giorno di vita fino al 90° giorno di vita, ovvero dal compimento della 8a settimana di vita fino alla 12a settimana di vita.

^b Nei nati da madre HBsAg positiva si somministrano contemporaneamente, entro 12-24 ore dalla nascita ed in siti separati, la prima dose di vaccino (HB) e una dose di immunoglobuline specifiche anti-epatite B (HBIG). Il ciclo va completato da una seconda dose a 4 settimane dalla prima, da una terza dose dopo il compimento dell'ottava settimana (può coincidere con la prima somministrazione del ciclo normale) e da una quarta dose all'11° mese (può coincidere con la 3a dose del ciclo normale).

^c Vaccino pneumococcico coniugato eptavalente: programmi di ricerca attiva e vaccinazione dei soggetti a rischio elevato; per gli altri soggetti vaccinazione in base a specifici programmi regionali.

^d È possibile la co-somministrazione al 13° mese della prima dose del vaccino MPR e della terza dose dei vaccini DTaP, IPV, HB e Hib.

^e MPR2: seconda dose ovvero dose di recupero (Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita - G. U. s. g. n. 297 – suppl. ord. N. 195 del 23/12/03).

^f Vaccino meningococcico C coniugato: programmi di ricerca attiva e vaccinazione dei soggetti a rischio elevato; per gli altri soggetti vaccinazione in base a specifici programmi regionali.

^g Varicella: limitatamente alle Regioni con programmi vaccinali specifici in grado di garantire coperture superiori all'80% (per evitare l'innalzamento dell'età di contagio).

^h Varicella: programmi di ricerca attiva e vaccinazione degli adolescenti con anamnesi negativa per varicella.

Fonte: Piano nazionale vaccini 2005-2007

Viene di seguito presentata una scheda sintetica per ogni vaccino, in cui si propone una modalità di presentazione del problema ai genitori basata sul rapporto rischio/benefici, evidenziando le motivazioni che rendono ancora importante vaccinare contro le seguenti malattie.

2. Difterite

Perché vaccinare ancora contro una malattia quasi scomparsa?

La difterite rimane a tutt'oggi una malattia molto pericolosa.

Le infezioni che decorrono in forma inapparente superano di gran lunga il numero dei casi clinici. Si tratta di una malattia batterica acuta, causata dalla liberazione di una tossina, in cui la lesione caratteristica è marcata da zone di membrane grigiastre. La tossina può causare miocardite con arresto cardiaco e insufficienza congestizia progressiva che inizia una settimana dopo l'esordio della malattia. Gli effetti tardivi includono le neuropatie che possono simulare la sindrome di Guillain-Barré.

Pur essendo una malattia causata da un germe non è stato dimostrato che una profilassi antibiotica sia in grado di prevenire la malattia⁴.

Nel 1990 è iniziata una enorme epidemia di difterite nella Federazione Russa con successiva propagazione a tutti i paesi della ex- URSS ed alla Mongolia.

I fattori che hanno contribuito sono stati:

- la mancata vaccinazione dei bambini per la preoccupazione circa effetti indesiderati, anche per la comparsa di movimenti di opinione pubblica contrari alla vaccinazione e in corrispondenza alla crisi del sistema sanitario per le precarie condizioni socioeconomiche. Questa epidemia è stata responsabile di oltre 150.000 casi notificati e di 5.000 morti tra il 1990 ed il 1997;
- l'aumentata suscettibilità tra gli adulti a causa della diminuzione di protezione della vaccinazione.

Nell'Ecuador si è avuta un'epidemia di difterite negli anni 1993-94 con circa 200 casi, la metà dei quali aveva un'età di 15 anni o oltre.

In tutte e due le epidemie il controllo è stato ottenuto tramite campagne di vaccinazione di massa.

Perché è importante che tutti rimangano vaccinati?

I tassi di letalità per la difterite sono del 5%-10% e si sono modificati ben poco nel corso degli ultimi 50 anni.

Studi sieroepidemiologici negli USA indicano che più del 40% degli adulti manca di livelli protettivi d'anti-tossina circolante; livelli decrescenti d'immunità sono stati osservati anche in Canada, in Australia ed in diversi paesi europei, tra cui l'Italia.

In Italia si stima che il tasso di vaccinati sia superiore al 95% nell'età infantile, ma che successivamente solo una parte della popolazione effettui i richiami. La protezione attiva deve essere mantenuta attraverso la somministrazione di richiami dopo il completamento della serie primaria e va ricordato che non è necessario ricominciare il ciclo in caso di ritardi nelle somministrazioni.

Quali sono le reazioni avverse al vaccino?

Le reazioni indesiderate sono rappresentate quasi esclusivamente da reazioni locali: rossore, dolore, gonfiore nella zona circostante il sito di iniezione. Queste compaiono più frequentemente negli adulti in seguito a richiami o riavvii del ciclo considerati oggi inappropriati. Poiché il vaccino contro la difterite viene invariabilmente somministrato associato ad altri, non è possibile sapere con precisione quali componenti del vaccino siano responsabili della reazione.

3. Tetano

Perché vaccinare ancora contro una malattia molto rara?

Il tetano è raro in realtà solo nelle popolazioni vaccinate e costituisce un pericolo costante ovunque.

È una malattia acuta, causata da una tossina prodotta dal bacillo omonimo, che cresce in condizioni anaerobiche nella sede di una ferita. La malattia è caratterizzata da contrazioni muscolari dolorose (inizialmente dei muscoli massetere e del collo, successivamente i muscoli del tronco). Seguono spasmi generalizzati, spesso indotti da stimoli sensoriali (es. luce, rumori). All'anamnesi può mancare la storia di una ferita o un'evidente porta d'ingresso. Il tasso di letalità è massimo nei bambini e negli anziani, e la prognosi è tanto più infausta quanto più breve è il periodo di incubazione, soprattutto se non sono disponibili adeguate cure in un reparto di terapia intensiva.

Il tetano è un'importante causa di morte in molti paesi dell'Asia, Africa e Sud America, dove il contatto con le feci animali è più facile e i programmi di vaccinazione sono inadeguati e dove è drammatico il tetano dei neonati. L'OMS stima che ogni anno muoiano 180.000 bambini per tetano neonatale e 30.000 donne per tetano puerperale, solo in Africa¹¹.

Nelle nazioni in cui la copertura vaccinale dei bambini è elevata, come in Italia, il tetano continua a causare circa 100 casi per anno, colpendo le persone non vaccinate. Si tratta soprattutto di donne anziane.

I rari casi osservati in bambini dimostrano la persistenza del pericolo in qualunque fascia di età e l'inconsistenza delle convinzioni di un'immunità naturale nei bambini. I casi recenti (2003-2006) segnalati a Cipro e in Piemonte riguardano bambini i cui genitori avevano rifiutato la vaccinazione.

Perché è importante che tutti siano vaccinati?

È una malattia che non può essere trasmessa direttamente da persona malata a persona non immune e quindi non esiste il beneficio derivante dalla cosiddetta "immunità collettiva" (o immunità di gregge). Ogni ferita, anche piccola, può rappresentare un rischio importante.

È quindi fondamentale educare la popolazione sulla necessità di un'immunizzazione individuale completa, sul rischio delle ferite da puntura e delle ferite chiuse particolarmente soggette ad essere complicate dal tetano, e sulla necessità della profilassi attiva dopo una ferita.

Quali sono le reazioni avverse al vaccino?

Le reazioni indesiderate sono rappresentate quasi esclusivamente dalle stesse reazioni locali riscontrate per la differite e sono correlate alla frequenza di somministrazione. Questo succede ancor di più con il tetano perché il vaccino può essere somministrato da strutture diverse dai servizi vaccinali (es. Pronto Soccorso, medico del lavoro), senza prima verificare se siano stati somministrati richiami negli ultimi anni e senza registrare le dosi somministrate.

4. Pertosse

Perché vaccinare contro la pertosse?

Nelle popolazioni non immunizzate la pertosse rappresenta una delle malattie con più alta letalità nei neonati e nei bambini piccoli.

Le complicazioni includono (in ordine di frequenza): polmonite (causa più comune di morte), atelettasia polmonare, crisi epilettiche, encefalopatia, perdita di peso, ernie e morte.

È una malattia batterica acuta tra le più contagiose, che ha un esordio insidioso con tosse stizzosa che diviene progressivamente parossistica, di solito entro 1-2 settimane e dura per 1-2 mesi o più. I parossismi sono caratterizzati da ripetuti accessi di tosse non intervallati da atti respiratori, seguiti da un caratteristico urlo, che terminano frequentemente con espulsione di muco chiaro tenace, spesso seguito da vomito.

È molto più contagiosa nello stadio catarrale precoce prima dell'insorgenza della tosse parossistica (prime due settimane).

Perché è importante che tutti i bambini siano vaccinati?

La vaccinazione abbassa significativamente il numero dei decessi. La grandissima maggioranza di morti si osserva in bambini d'età inferiore a 6 mesi, spesso in quelli troppo piccoli per avere completato il ciclo di vaccinazioni primario, del quale è particolarmente importante un avvio tempestivo (entro il 3° mese di vita). È doveroso informare la popolazione, in particolare i genitori di neonati e dei bambini che vengono inseriti negli asili nido o nei "baby parking", sui pericoli della pertosse e sui vantaggi di iniziare in tempo il ciclo vaccinale e di osservare strettamente la schedula vaccinale, evitando ritardi.

Casi di pertosse in adolescenti ed in adulti già vaccinati, meno evidenti e quindi sottovalutati, si verificano a causa di una riduzione nel tempo della capacità immunitaria; questi costituiscono una fonte di infezione per i bambini piccoli non vaccinati. Di qui l'inserimento nel calendario vaccinale di una dose di richiamo all'età di 14-15 anni, per prolungare l'efficacia della vaccinazione e ridurre il rischio che i bambini piccoli siano contagiati dagli stessi familiari.

La responsabilità verso la comunità e i più piccoli vale di gran lunga le enfatizzate e relativamente rare reazioni avverse al vaccino, alle quali viene data un'ampia pubblicità da coloro che per principio non accettano le vaccinazioni.

Quali sono le reazioni avverse al vaccino?

Le reazioni al vaccino acellulare, che ha sostituito il vaccino intero, sono molto meno gravi e frequenti. Le reazioni gravi (convulsioni febbrili, episodi di ipotonia-iporesponsività) hanno una incidenza inferiore a 1/5.000¹² e sono sempre a favorevole risoluzione e non rappresentano motivo di interruzione del ciclo vaccinale.

5. Poliomielite

Ha ancora senso vaccinare contro una malattia quasi scomparsa?

Sebbene la trasmissione del virus selvaggio sia probabilmente cessata nella maggior parte dei paesi industrializzati, i casi importati continuano a costituire un pericolo.

L'infezione da poliovirus rimane una patologia importante e si realizza nel tratto gastrointestinale con diffusione ai linfonodi regionali e, in una minoranza di casi, al sistema nervoso, dove i danni dipendono dalla localizzazione, portando alle note paralisi flaccide e in alcuni casi alla morte.

In assenza di vaccinazione, la poliomielite rimane principalmente una malattia dei neonati e dei bambini piccoli (80-90% dei casi ha un'età inferiore ai 3 anni).

La poliomielite sembra prossima all'eradicazione in tutto il mondo: alla fine del 2006 solo 4 paesi rimanevano ancora endemici (Afghanistan, India, Nigeria, Pakistan), con n°2002 casi manifesti, il 56% dei quali in Nigeria.

Nel continente europeo, l'ultima vasta epidemia si è verificata nel 1996 in Albania, da cui si è successivamente diffusa in Grecia ed ex-Jugoslavia. In Albania l'epidemia era attribuibile ad una carente organizzazione soprattutto nella conservazione del vaccino, mentre in Grecia ed ex-Jugoslavia la poliomielite si è diffusa tra gruppi di popolazione con scarsa copertura vaccinale. L'elevata copertura nei paesi circostanti e in Italia ha efficacemente arginato l'epidemia.

In precedenza (1992 -1993), si era verificata un'epidemia di poliomielite anche in Olanda, in un gruppo di popolazione che rifiuta le vaccinazioni per motivi religiosi. Il virus è stato trovato anche tra membri di un gruppo religioso affine in Canada, sebbene non si fossero presentati dei casi¹.

Perché è importante che tutti siano vaccinati?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità spera di ripetere anche per la poliomielite il risultato ottenuto per il vaiolo: vaccinando tutta la popolazione di tutti i continenti sarà possibile ottenere l'eradicazione della malattia, cioè l'eliminazione dei tre virus che provocano la malattia. Purtroppo in alcune popolazioni si manifesta ancora un'ostilità verso le vaccinazioni legata a motivi culturali connessi anche alla povertà o perché proposte in contesti di guerra (Afghanistan - Pakistan) che rendono difficile raggiungere tutti i bambini.

¹ Anche se molte forme di infezione da polio non sono clinicamente manifeste, l'assenza di polio paralitica è un buon indicatore del controllo dell'infezione.

Quali sono le reazioni avverse al vaccino?

Dal 2002 in Italia viene utilizzato solamente vaccino costituito da virus uccisi che ne fanno una delle vaccinazioni più tollerate: in sostanza non esistono effetti collaterali gravi dopo somministrazione di questo vaccino; anche le reazioni locali sono poco frequenti. Esiste il rischio teorico di ipersensibilità ad uno dei componenti del vaccino su cui vanno fatte le stesse considerazioni espresse per il tetano e la difterite con cui la somministrazione è normalmente associata.

6. Epatite B

Qual'è l'importanza di questa vaccinazione?

Prima viene contratto il virus più facile è la cronicizzazione e le complicanze di questa malattia.

La malattia si può presentare in varie forme di gravità, da inapparente a fulminante (tasso di letalità nei pazienti ospedalizzati circa l'1%). Le infezioni fulminanti da HVB si osservano anche in gravidanza e tra i neonati di madri infette. L'evoluzione dell'infezione cronica dipende dalla risposta immunologica del soggetto e i portatori cronici di HBsAg presentano un aumentato rischio di evoluzione in cirrosi e successivamente carcinoma epatocellulare. Il rischio di sviluppare un'epatite cronica dopo un'infezione acuta, varia in maniera inversamente proporzionale all'età.

L' HVB cronicizza:

- nel **90%** dei neonati infettatisi alla nascita;
- nel **20-50%** dei bambini infettatisi in un periodo compreso tra 1 e 5 anni di età;
- in circa **l'1-10%** dei bambini infettatisi dopo i 5 anni e negli adulti.

Da qui l'importanza di sottoporre tutte le donne in gravidanza al test per evidenziare la presenza di HBsAg, per somministrare le immunoglobuline e il vaccino specifico almeno ai neonati di madri portatrici del virus. Questa precauzione è ovviamente insufficiente per contrastare la diffusione del virus, per cui tutta la popolazione viene comunque sottoposta ad una vaccinazione a partire dai 2 mesi di vita. Questa vaccinazione è stata introdotta nel calendario vaccinale dal 1991 e nel 2003 è stata conclusa la misura transitoria della vaccinazione al 12° anno di età, che ha permesso la copertura praticamente di tutti i nati dopo il 1980.

L'OMS stima che il numero di individui colpito da questa infezione sia pari a 2 miliardi (inclusi 350 milioni di soggetti con infezioni croniche) e la mortalità di circa 1 milione. Nei paesi a bassa endemicità, come l'Italia, (prevalenza dell'HbsAg inferiore al 2%) la maggior parte delle infezioni colpiscono i giovani adulti, in particolare appartenenti a gruppi a rischio noti. Tuttavia anche in questi paesi un'alta proporzione di infezioni croniche può essere acquisita durante l'infanzia, dato che lo sviluppo dell'infezione cronica è età-dipendente.

Secondo l'OMS in tutti i paesi la vaccinazione di routine nell'infanzia deve costituire la strategia primaria per la prevenzione delle infezioni da EVB e un'elevata copertura rappresenta un'arma per ostacolare la diffusione della malattia, anche se in questo caso i tempi per l'eradicazione sono molto più lunghi proprio per l'esistenza dei portatori cronici, che sono una continua sorgente di infezione.

Il vaccino è sicuro?

È un vaccino contenente l'antigene di superficie del virus, ottenuto con la tecnologia del DNA ricombinante; l'HBsAg viene sintetizzato dal comune lievito del pane, è quindi un vaccino sicuro e ormai molto collaudato.

Studi recenti a cura del *Comitato Consultivo Mondiale sulla Sicurezza dei Vaccini (GACVS)* hanno confermato l'assenza di un rapporto causa-effetto tra il vaccino contro l'epatite B e la Sclerosi Multipla, non rilevando nessun aumento del rischio, ma solo una probabile coincidenza temporale tra la vaccinazione e la comparsa di alcuni casi di malattie demielizzanti, che aveva indotto il Ministero della Sanità francese nell'ottobre del 1998 a sospendere il programma di vaccinazione negli adolescenti¹⁰.

Ulteriori dati di ampi studi epidemiologici controllati escludono un'associazione fra il vaccino per l'epatite B e morte improvvisa del lattante (SIDS), diabete mellito, malattie demielinizzanti, sclerosi multipla⁴.

7. Morbillo

Perché tanta attenzione della Sanità Pubblica verso il morbillo?

Il morbillo è una malattia infettiva molto contagiosa, forse la più contagiosa in assoluto, spesso sottovalutata, per la quale non esiste terapia specifica e che ha un decorso più grave nei neonati e nei giovani-adulti rispetto ai bambini.

In media in Italia il 13% dei casi di morbillo richiedono un ricovero in ospedale.¹

La letalità media si aggira in Italia intorno ad 1 caso ogni 1000-2000.³

Il morbillo resta pertanto una patologia importante, per il rischio di gravi complicazioni in particolare neurologiche e perché potenzialmente letale, ma con l'aumentare delle coperture vaccinali e con la conseguente diminuzione dei casi si è affievolita la percezione della pericolosità, tanto da far apparire più rilevanti le complicazioni legate alla vaccinazione.²

La lotta al morbillo è una priorità dell'OMS e dell'UNICEF a livello mondiale e anche in Italia viene promossa con piani specifici, visto che l'obiettivo del 95%, soprattutto in alcune regioni, è ancora molto lontano. L'ultima importante epidemia registratasi in Italia (soprattutto Campania, Puglia, Molise, Calabria, Abruzzo) tra il 2002 e il 2003 ha riguardato oltre 100.000 bambini, con più di 5.000 ricoveri, 80 encefaliti e 4 decessi. La distribuzione geografica dei casi ha coinciso strettamente con quella della copertura vaccinale, più bassa nel Sud Italia¹⁵.

Perché è importante che tutti siano vaccinati?

Per questa malattia è doverosa e possibile l'eliminazione, come in Finlandia⁷, garantendo il rispetto della doppia somministrazione prevista in calendario (13-15 mesi, 5-6 anni) e valorizzando il più possibile il significato anche sociale di una scelta responsabile e informata da parte dei genitori. Proprio la mancata informazione è ritenuta responsabile del 50% dei casi della mancata vaccinazione¹. Offerta attiva e informazioni corrette sono prerequisiti per aumentare le alte coperture necessarie per interrompere la trasmissione del virus.

Infatti una circolazione del virus parzialmente controllata può far sì che molti adolescenti o giovani adulti restino suscettibili all'infezione con un conseguente aumento del rischio di svilupparla in età adulta, con tendenza a manifestazioni più gravi, quando peraltro può ancora essere contrastata con la vaccinazione.

Quali sono le reazioni avverse al vaccino?

Anche le reazioni avverse al vaccino, su cui tanto si è focalizzata la preoccupazione, vanno ridimensionate con dati rigorosi (vedi tabella).

Tabella. Complicazioni del morbillo a confronto con gli eventi avversi della vaccinazione

Possibili complicazioni della malattia	Possibili eventi avversi della vaccinazione
Mortalità: 1 ogni 1.000-2.000 casi di malattia	Mortalità osservata solo nell'immunocompromesso
Encefalite: 1 ogni 1.000-2.000 casi	Encefalite: <1 caso ogni 1.000.000 vaccinati, incidenza sovrapponibile a quanto osservato in assenza di vaccinazione
PESS*: 1 ogni 100.000 casi	–
Trombocitopenia: 1 ogni 3.000 casi	Trombocitopenia: 1 caso ogni 30.000 vaccinati
Altre complicazioni: Otite media nel 7-9% dei casi Polmonite nell'1-6% dei casi Diarrea nel 6% dei casi	Altre complicazioni: Febbre >39,4 nel 5-15% dei vaccinati Esantema transitorio nel 5% dei vaccinati Anafilassi: 1 ogni 1.000.000 di dosi

*PESS = panencefalite sclerosante subacuta

La vaccinazione antimorbillosa quindi, a fronte di eventi avversi di modesta entità (con l'eccezione del paziente immunocompromesso, peraltro riconoscibile precocemente molto prima della somministrazione del vaccino), permette di evitare al bambino le gravi complicazioni della malattia.

8. Rosolia

Perché vaccinare contro questa malattia?

Anche se è considerata una malattia di lieve entità, è una malattia molto pericolosa quando colpisce una donna in gravidanza.

La rosolia benché non sia grave può comportare complicazioni (*vedi tabella*); i danni più rilevanti tuttavia si riscontrano quando viene contratta in gravidanza: in misura diversa a seconda dell'età gestazionale e quindi dello stato di sviluppo del feto può determinare l'aborto o molto frequentemente la *Sindrome della Rosolia Congenita (CRS) o embriopatia rubeolica* (85% dei casi se contratta nel 1° trimestre di gravidanza) che può danneggiare seriamente il bambino.

La rosolia congenita è una grave malattia caratterizzata da sordità, ritardo mentale, cataratta ed altre affezioni degli occhi, malattie congenite del cuore, nonché da malattie del fegato e della milza. Inoltre un bambino con CRS può eliminare il virus per via urinaria per circa un anno e quindi essere fonte di infezione per altre donne non immuni.

Risulta pertanto evidente l'importanza di vaccinare contro la rosolia, obiettivo del "Programma nazionale di prevenzione del morbillo e della rosolia congenita" (2004) tutti i bambini dopo il compimento del 12° mese d'età, gli adolescenti e i giovani adulti non immuni, tutte le donne in età fertile, nelle quali l'immunità verso la rosolia non è certa. La vaccinazione contro la rosolia effettuata con due dosi, ha un'efficacia vicina al 100% e l'immunità dura tutta la vita.

La vaccinazione contro la rosolia è una priorità che sottolinea l'importanza di una azione individuale per il bene dell'intera collettività.

Tabella. Frequenza delle complicazioni della rosolia

Complicanze della rosolia	Frequenza nei casi
encefalite	1 su 5 - 6.000
trombocitopenia	1 su 3000
Sindrome da rosolia congenita	85% dei bambini se la madre si infetta nel 1° trimestre di gravidanza
morte	1 su 30.000

Quali sono le reazioni avverse al vaccino?

Oltre ai lievi effetti collaterali riscontrati nelle vaccinazioni contro il morbillo e la parotite a cui è associata, va registrato per il vaccino contro la rosolia la possibile comparsa di gonfiore e dolori articolari transitori (più frequente nelle donne adulte).

9. Parotite

Perché vaccinare contro una malattia non particolarmente grave?

Anche se quasi sempre benigna, la parotite è una malattia che talora può presentare gravi complicazioni.

È una malattia virale acuta caratterizzata da febbre, tumefazione e dolore di una o più ghiandole salivari, in genere la ghiandola parotide. La probabilità di complicazioni incrementa con l'aumentare dell'età. Può essere associata a orchite (di solito unilaterale) nel 20-30% dei soggetti maschi che hanno superato la pubertà. La parotite può causare deficit uditivi neuro - sensoriali sia nei bambini che negli adulti, spesso monolaterali. La pancreatite, di solito lieve, si presenta nel 4% dei casi; tuttavia non è stata confermata un'associazione con il diabete.

La meningite sintomatica si verifica in circa il 10% dei casi di parotite, che di solito guariscono senza complicazioni, sebbene molti richiedano l'ospedalizzazione. L'encefalite parotitica è rara (1-2/10.000 casi), ma può lasciare conseguenze permanenti quali paralisi, convulsioni e idrocefalo; il tasso di letalità per l'encefalite parotitica è di circa l'1%.

La parotite durante il 1° trimestre di gravidanza può determinare un aumento di aborti spontanei, ma non vi è evidenza che la parotite in gravidanza possa determinare malformazioni congenite.

La vaccinazione è raccomandata in associazione a morbillo e rosolia e anche per questa malattia è possibile, garantendo il rispetto della doppia somministrazione, l'eliminazione come in Finlandia (dal 1996 si sono avuti solo casi importati, 4 di parotite e 2 di rosolia)⁷.

Le reazioni avverse sono rare (vedi morbillo), con una frequenza di almeno 100 volte inferiore rispetto alle complicazioni dovute alla malattia, mentre l'efficacia del vaccino supera il 95%. Nel tempo infatti si è affinata la produzione di un vaccino con un dosaggio di antigeni sempre più equilibrato rispetto al rapporto efficacia/rischio di reazioni avverse.

10. Meningiti batteriche

Le meningiti suscitano molto allarme sociale: quali sono le meningiti per le quali disponiamo oggi di strumenti di contrasto?

Le vaccinazioni disponibili sono 3 e coprono la maggioranza delle meningiti batteriche.

I germi più frequentemente responsabili sono Haemophilus Influenzae B (HiB), pneumococco (Streptococcus Pneumoniae) e meningococco (Neisseria Meningitidis).

La meningite da Haemophilus Influenzae B (HiB), in passato era la più comune causa di meningite batterica nei bambini di età inferiore a 5 anni, in particolare nei primi 2 anni di età; attualmente è in gran parte eliminata, o molto ridotta, proprio per effetto dell'introduzione del vaccino (con una protezione vicino al 100%) nei vaccini combinati (oggi l'esavalente) e somministrato quindi alla quasi totalità dei nuovi nati.

La meningite da *Pneumococco*: gli pneumococchi sono spesso presenti nelle alte vie respiratorie delle persone sane, e lo stato di portatore è più comune nei bambini che negli adulti. Sono note più di 80 varianti di sierotipi capsulari: i 7 sierotipi contenuti nel vaccino pneumococcico coniugato sono quelli che causano in Italia il 70% circa delle meningiti nei bambini fino a 5 anni di età.

La malattia invasiva da pneumococco fortunatamente è una malattia poco frequente e colpisce prevalentemente neonati, persone anziane e alcuni gruppi ad alto rischio (soggetti asplenic ed ipogammaglobulinemici o con fattori predisponenti come lesioni della base cranica o infezioni delle prime vie respiratorie). Tuttavia la meningite pneumococcica può essere fulminante ed ha un alto tasso di letalità soprattutto nei bambini. Può verificarsi insieme alla batteriemia o originare da un altro focolaio (es. otite media o mastoidite).

La malattia invasiva da *Meningococco* è caratterizzata da una o più sindromi cliniche (batteriemia, sepsi o meningite, la più comune). In passato la letalità superava il 50%: la terapia antibiotica, la terapia intensiva e le migliorate terapie di supporto, hanno permesso la riduzione della mortalità, che tuttavia rimane alta, a livelli del 10 - 15%. Inoltre, circa il 20% di chi sopravvive alla malattia, presenterà esiti permanenti, quali ritardo mentale, perdita dell'udito, paralisi degli arti.

I neonati sono gli individui a maggior rischio di malattia meningococcica. I tassi di malattia diminuiscono dopo l'infanzia e tornano ad aumentare nell'adolescenza e nei giovani adulti. Il sovraffollamento, il fumo di tabacco attivo o passivo, le infezioni concomitanti del tratto respiratorio superiore, aumentano il rischio di malattia meningococcica.¹³ Anche per questo germe sono presenti più tipi: in Italia la quasi totalità dei casi di meningite batterica è causata dai tipi C (per il quale è disponibile il vaccino) e B.

Una categoria a rischio particolarmente elevato è rappresentata dalle persone splenectomizzate o con asplenia funzionale.

Perché è stata introdotta la vaccinazione contro alcune meningiti batteriche?

A fronte della relativa rarità dei casi la loro gravità impone un intervento, almeno sulle forme per le quali oggi sono disponibili i vaccini, anche in considerazione dell'efficacia dei vaccini oggi disponibili (quasi il 100% per i ceppi coperti) ed alla misura molto lieve delle reazioni avverse.

11. Varicella

Quali sono i rischi della varicella?

La varicella è una malattia che comporta sofferenza e in gravidanza può determinare complicanze su cui oggi l'attenzione è più alta.

La varicella è una malattia virale acuta sistemica, molto contagiosa, ad inizio brusco, con febbre e sintomi generali solitamente non gravi, con una eruzione cutanea tipica. Occasionalmente, soprattutto negli adulti, febbre e disturbi generali possono presentare un

quadro di particolare gravità. Negli adulti le complicazioni sono circa 20 volte maggiori che nel bambino (muore 1 adulto su 5.000). Le complicazioni più gravi della varicella sono la polmonite (virale o batterica), infezioni batteriche secondarie, complicazioni emorragiche ed encefalite. I bambini con leucemia acuta (inclusi quelli in remissione a seguito di chemioterapia) o affetti da uno stato di immunodepressione, presentano un maggiore rischio di contrarre forme di varicella disseminate, letali nel 5 -10% dei casi. I neonati che sviluppano la varicella tra i 5 e 10 giorni di età e quelli le cui madri sviluppano la malattia nel periodo perinatale (5 giorni prima o entro 2 giorni successivi al parto) sono ad aumentato rischio di sviluppare forme di varicella generalizzate gravi (opportune precauzioni vanno prese circa l'allattamento al seno).

L'infezione contratta nei primi tempi della gravidanza può essere associata alla Sindrome Congenita da Varicella (circa nell'1% dei casi che aumenta al 2% verso la 20° settimana), Un'infezione latente del virus della varicella nelle radici dei gangli dorsali, può riattivarsi a distanza di tempo, manifestandosi localmente sottoforma di Herpes Zooster caratterizzata da forti dolori e parestesie. Grazie alla vaccinazione ci si attende una progressiva diminuzione dell'incidenza dell'Herpes Zooster, visto il suo stretto legame con la varicella.

Quali i vantaggi della vaccinazione antivariella per la salute del bambino?

Studi effettuati durante l'utilizzo del vaccino hanno evidenziato una efficacia > 90% nella prevenzione delle malattie moderate-gravi, l'efficacia è compresa tra il 75% ed il 90% se si considerano tutte le manifestazioni di malattia, anche quelle più lievi. Nel caso in cui un bambino vaccinato manifesti la varicella, essa ha un decorso più lieve, con poche lesioni. Se somministrato entro 3 giorni dall'esposizione, il vaccino è in grado di prevenire la malattia o almeno di modificarla in maniera significativa.

Un ulteriore motivo per vaccinare percentuali elevate della popolazione è quello di proteggere gli individui ad alto rischio che non possono essere vaccinati, quali i neonati non immuni e i soggetti affetti da immunodeficienza, vaccinando soprattutto i conviventi e gli altri contatti stretti: infatti in queste persone a rischio la malattia si presenta spesso in forma molto grave.

Quali le reazioni da vaccino?

Gli eventi più frequenti sono rappresentati da febbre, rash (eruzione cutanea a rapida insorgenza, generalmente transitoria senza lasciare tracce) e arrossamento nella sede di iniezione. L'analisi dei dati conferma che la maggior parte delle eruzioni cutanee che compaiono entro 42 giorni dalla vaccinazione sono causate soprattutto dal virus selvaggio e non da quello del vaccino: i rash causati dal virus selvaggio compaiono in media dopo 8 giorni, mentre quelli causati dal virus vaccinale compaiono in media dopo 21 giorni dalla vaccinazione.

Da uno studio su alcune possibili complicanze da varicella e relativa vaccinazione è stato rilevato l'assenza di atassia cerebellare ed encefalite acuta post-vaccinica.¹⁴

Tabella. Risultati dello studio su 89.000 somministrazioni di vaccino contro la varicella in giovani adulti

Alcune possibili complicazioni gravi della varicella	Frequenza delle complicazioni nei casi di varicella	Frequenza delle complicazioni nei vaccinati
Atassia cerebellare acuta	circa 7 casi ogni 4.000 casi di varicella	0 su 89.000 vaccinati
Encefalite	circa 7 casi ogni 33.000 casi di varicella	0 su 89.000 vaccinati

12. I vaccini combinati

I vaccini combinati contengono nella stessa fiala iniettabile più antigeni. Hanno il vantaggio di permettere la riduzione del numero di somministrazioni per via parenterale nella stessa seduta, senza particolare aumento delle reazioni avverse, semplificando così le procedure di vaccinazione e migliorando l'accettabilità da parte dei genitori. Il vaccino anti morbillo-parotite-rosolia (MPR) o quello antidifterite-tetano-pertosse (DTP) sono esempi di vaccini trivalenti utilizzati ormai da diversi anni.

Sono in commercio vaccini con 3 o più componenti:

- **trivalente a virus vivi attenuati** (3 componenti):
morbillo, parotite, rosolia (MPR);
- **tetravalente a virus vivi attenuati** (4 componenti):
morbillo, parotite, rosolia, varicella (MPRV);
- **tetravalenti** (4 componenti):
difterite, tetano, pertosse acellulare (con 3 antigeni) e polio inattivato;
- **pentavalenti** (5 componenti):
 - 1) difterite, tetano, pertosse acellulare (con 2 antigeni), polio inattivato, emofilo B;
 - 2) difterite, tetano, pertosse acellulare (con 3 antigeni), polio inattivato, epatite B;
- **esavalenti** (6 componenti):
difterite, tetano, pertosse acellulare (con 2 o 3 antigeni), polio inattivato, emofilo B, epatite B.

Il vaccino esavalente comprende quindi tutti i 6 vaccini che vengono somministrati al 1° e 2° appuntamento vaccinale: a questo vaccino può essere associato il vaccino contro lo pneumococco.

La disponibilità delle varie combinazioni permette scelte appropriate secondo le esigenze sia del calendario che delle opzioni legate alle singole situazioni.

Maggiori informazioni sulle vaccinazioni possono inoltre essere reperite:

- sul sito Internet del Ministero della Salute **www.sanita.it/malinf** (sono disponibili a questo indirizzo anche materiali informativi per i genitori che possono essere stampati e distribuiti);
- sul sito Internet dell'Istituto Superiore di Sanità **www.iss.it**;
- sul sito di Epicentro, il portale di epidemiologia dell'ISS: **www.epicentro.iss.it**;
- sul sito del Network Italiano Vaccinazioni: **www.levaccinazioni.it**;
- sul sito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS o WHO) **www.who.int**;
- sul sito dei Centers for Diseases Control: **www.cdc.gov**;
- sui criteri per un'organizzazione appropriata di politiche vaccinali vedi anche gli "8 Passi di Prevenzione a Tutela della Salute dei Bambini" presentati dall'ACP (Associazione Culturale Pediatri) sito **http://www.acp.it/allegati/8_passi_2006.pdf**.

A cura di Giambattista Zivelonghi

Revisori: Marta Ciofi degli Atti, Maria Grazia Pompa, Antonio Ferro

Il counselling in più

L'uso di tecniche di counselling nell'intervento vaccinale si rivela necessario soprattutto:

- quando il professionista si trova di fronte a una franca oppositività all'intervento;
- quando il professionista si trova di fronte a una modificazione imprevista dell'atteggiamento dei genitori nei confronti della vaccinazione (rifiuto di proseguire le vaccinazioni, di far vaccinare il secondo figlio ecc.);
- quando le domande dei genitori (richiesta di ulteriori informazioni, dati, assicurazioni, avere prove che siano innocui, ecc.) rischiano di intrappolare il professionista in un colloquio troppo denso di informazioni e di fargli perdere di vista l'obiettivo di facilitare ai genitori una decisione positiva.

Nel caso specifico dell'intervento vaccinale l'aspetto informativo ha sia vantaggi che svantaggi: gran parte delle riserve e dei timori legati alle vaccinazioni si basano su informazioni raccolte dai genitori e attribuite a fonti attendibili. Tentare di modificare o smentire informazioni raccolte, accettate e condivise dai genitori con informazioni diverse fornite dal professionista si rivela quasi sempre difficile o impossibile.

D'altra parte il professionista non può, né deve, rinunciare a una parte importante del suo intervento, che consiste nel fornire informazioni corrette e scientificamente valide per promuovere comportamenti positivi.

L'obiettivo sarà essenzialmente quello di evitare l'irrigidimento di un clima di contrapposizione di idee, di principi, di conoscenze. Con il genitore oppositivo, dubbioso o insistente nel richiedere informazioni supplementari il professionista deve:

1. Accogliere, positivizzare e condividere il desiderio dei genitori di prendere decisioni ben meditate e sicure per il bambino:

es. Il fatto che abbiate tutti questi dubbi sui vaccini significa comunque una cosa importante: che non volete prendere decisioni non meditate, che cercate di scegliere consapevolmente, su questo io sono assolutamente d'accordo con voi e cercherò di aiutarvi nel modo migliore.

2. Raccogliere le informazioni che i genitori hanno già ricevuto o trovato, e collocarle in ordine di significatività per loro:

Proviamo a vedere, fra tutte le cose che avete letto e sentito dire, quelle che in questo momento vi sembra che pesino di più sulla vostra decisione.

3. Individuare insieme ai genitori i timori e le preoccupazioni che le informazioni che considerano più significative hanno prodotto:

Questo che avete letto e che mi state ripetendo che tipo di preoccupazioni ha prodotto per voi? Erano timori che avevate già o avete pensato per la prima volta a problemi di questo tipo?

4. Proporre ai genitori l'adesione a un patto di alleanza nella ricerca di una decisione valida:

Io ci tengo ad affiancarvi perché prendiate una decisione ben meditata, e soprattutto perché sappiate con certezza su cosa avete basato la vostra decisione. Ho bisogno però che mi diciate se siete d'accordo a valutare insieme a me le informazioni che

avete, a prendere in esame altre informazioni che io mi sento in dovere di darvi, a valutare insieme i rischi e i vantaggi.

Se i genitori rifiutano questa proposta, la posizione del professionista sarà comunque quella di ribadire in modo assertivo e professionale la propria convinzione sull'importanza dell'intervento vaccinale, e di mantenere aperta per il futuro la proposta di riprendere insieme la valutazione della situazione.

Nel caso invece che la proposta venga accettata, il professionista affiancherà i genitori nel confronto e nell'integrazione delle informazioni e nel fronteggiamento dei loro timori e delle loro preoccupazioni sui rischi, senza svalutarli ma ribadendo con regolarità, sicurezza e fermezza la propria posizione di professionista competente e attento alla salute dei bambini.

Il timore delle conseguenze di cui mi parlate può impedire un intervento che in realtà protegge il bambino da rischi più gravi: ma per voi genitori può essere difficile decidere a quale timore dar retta. Io vi posso mettere a disposizione la mia esperienza e la mia competenza, che mi fanno sostenere da sempre l'importanza delle vaccinazioni. Cosa potrebbe servirvi per superare i timori di effetti collaterali, o per valutare meglio il rischio di non vaccinare il vostro bambino?

La rinuncia a posizioni polemiche, svalutative o di contrapposizione ideologica è la sola che consente, ogni volta che questo è possibile, la realizzazione e il mantenimento di un rapporto di fiducia anche da parte dei genitori che nutrono dubbi o sospetti nei confronti dell'intervento vaccinale. Qualunque sia la decisione finale, è fondamentale che venga salvaguardata una relazione positiva della famiglia nei confronti del pediatra e di tutti i professionisti che si occupano della salute del loro bambino.

Silvana Quadrino Istituto CHANGE www.counselling.it

Bibliografia essenziale

1. Salmaso S, Rota MC, Ciofi degli Atti M, Tozzi AE, Kreidl P, and the ICONA Study Group. Infant immunization coverage in Italy: Estimates by simultaneous EPI cluster surveys of regions. *Bull WHO* 1999; 77:843-847.
2. Edwards KM. State mandates and childhood immunization. *JAMA* 2000; 284:3171-3.
3. Tozzi AE, Salmaso S, Greco D. Vaccini per l'infanzia. Istruzioni per l'uso. 2001, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
4. American Accademy of Pediatrics. Red Book. Rapporto del Comitato sulle Malattie Infettive – 27° edizione. CIS editore, 2006.
5. Patja A, Davidkin I, Kurki T, et al. Serious adverse events following measles-mumps-rubella vaccination during 14-years prospective follow up. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19:1127-1134.
6. Peltola H, Davidkin I, Valle M, et al. No measles in Finland. *Lancet* 1997; 350:1364-5.
7. Peltola H, Davidkin I, Paunio M, et al. Mumps and rubella eliminated from Finland. *JAMA* 2000; 284:2643-46.
8. Taylor B, Miller E, Farrington CP, et al. Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association. *Lancet* 1999; 353:2026-29.
9. Peltola H, Patja A, Leinikki P, et al. No evidence for measles, mumps, and rubella vaccine-associated inflammatory bowel disease or autism in a 14-year prospective study. *Lancet* 1998; 351:1327-28.
10. OMS – W.E.R n° 47, 22 nov. 2002
11. Communication for immunization campaigns for maternal and neonatal tetanus elimination; M. K. Boggs et al. 2006 UNICEF
12. Zanoni G, Lucchi I, Tridente G: 7ª Relazione sull'attività del "Canale Verde" e del Sistema di sorveglianza degli eventi avversi a vaccine nella Regione Veneto: dati relative al biennio 2003-034. Riepilogo 1992-2004.
13. American Public Health Association. D. L. Heymaaa: Manuale per il Controllo delle malattie Infettive; 18° edizione DEA editrice 2004.
14. CDC: Prevention of Varicella: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP); 22 /06/ 2007 – vol. 56 / No RR-4
15. Ciofi degli Atti ML, D'Argenio P, di Giorgio G, Grandori L, Filoni A Measles in Italy 2002: studies show correlation between vaccine coverage and incidence. *Eurosurveillance Weekly* 2002; 6: 49 021205.

7. Promuovere la lettura ad alta voce ai bambini

Leggere ad alta voce ai bambini è una pratica che rende più intensi i rapporti affettivi tra il genitore che legge o racconta ed il bambino che ascolta, favorisce lo sviluppo del linguaggio, arricchisce la memoria, stimola la fantasia; in sintesi accresce le capacità genitoriali ed è un forte stimolo cognitivo.

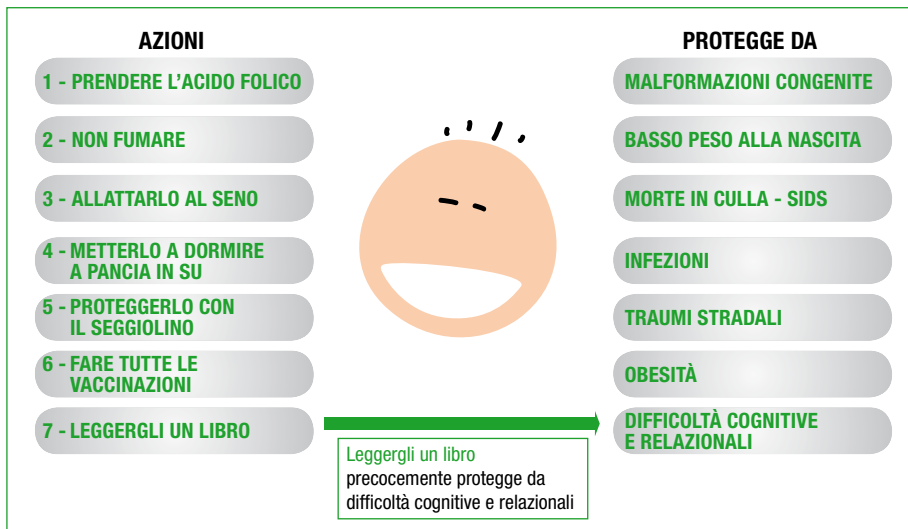
- La lettura precoce ad alta voce da parte dei genitori promuove la relazione genitori/figli e migliora lo sviluppo cognitivo del bambino.
- Gli operatori sanitari possono avere un ruolo importante nel promuovere la lettura ad alta voce all'interno della famiglia.
- Il racconto di fiabe e filastrocche contribuisce a creare un terreno favorevole alla lettura.

Raccomandazioni

In ogni occasione di contatto con genitori di bambini con più di 6 mesi di vita (bilanci di salute dal pediatra di famiglia, visite presso i consultori pediatrici, appuntamenti vaccinali, ecc), i genitori dovrebbero:

- Essere informati sull'importanza della lettura ad alta voce e del racconto di fiabe ai bambini e avere semplici informazioni su "come" e "quando" leggere ai bambini.
- Ricevere materiale informativo scritto di rinforzo al messaggio verbale.
- Dove possibile (per l'eventuale disponibilità di fondi ad hoc) ricevere in dono per il bambino un libro nuovo da portare a casa, adatto alla sua età.
- Essere consigliati a rivolgersi presso la biblioteca più vicina e ad iscrivere il bambino al servizio prestiti.
- In ogni caso ricevere informazioni sui titoli o le pubblicazioni più adatti.

Importante ricercare il raccordo con biblioteche, nidi e scuole per l'infanzia e con eventuali altre attività di promozione alla lettura organizzate localmente.



I dati disponibili ci dimostrano che nella realtà italiana si legge troppo poco ai bambini:

- In un campione di genitori di bambini con età compresa tra 6 mesi e 6 anni intervistati in 9 aree (5 nel Sud Italia, 1 nel Centro e 3 nel Nord), “l’attitudine alla lettura ad alta voce”^a in famiglia era presente mediamente nel 20% dei casi, con importanti differenze tra le aree del sud (10%), del centro (20%) e del nord Italia (30% circa)¹.
- Oltre il 50% dei bambini tra 6-10 anni non legge libri (ISTAT, 1997).

Esistono in letteratura evidenze sempre più convincenti che confermano quanto sia importante leggere ad alta voce ai bambini. La letteratura più recente dimostra inoltre che gli operatori sanitari possono avere un ruolo importante nella promozione di questa pratica.²

1. Perché leggere ai bambini?

Alcuni dati sperimentali dimostrano che la lettura in famiglia, routinaria (quasi tutti i giorni della settimana) e precoce (a partire già dai sei mesi di vita), favorisce:

- La crescita di una relazione intensamente affettiva tra adulto che legge e bambino che ascolta³, creando un rapporto di speciale intimità. Il bambino piccolo ha bisogno di affetto e tenerezza come di conoscenza. L’intimità che si crea, condividendo la lettura di un libro, rappresenta un terreno ideale per far crescere il suo amore per le parole e le storie, oltre che le sue capacità di comprendere meglio il mondo che sta dentro e fuori di lui. Questa esperienza motiva l’adulto ad approfondire la conoscenza dei libri,

^a L’“attitudine alla lettura ad alta voce” è stata definita attraverso uno score che sintetizza la risposta dei genitori ad alcune domande che riguardano sia le loro propensioni che la loro pratica reale.

a migliorare il modo di proporli, a mettere in gioco la propria fantasia e creatività e a creare nuove possibilità di incontro fra bambino e libro. Fa crescere l'adulto insieme al bambino.

- Lo sviluppo cognitivo del bambino: abilità cognitive, curiosità e sviluppo intellettuale sono fattori fortemente correlati ad esperienze di lettura mediate da adulti. Una lettura ad alta voce, eseguita in modo interattivo, può accrescere l'attenzione e la fantasia dei bambini^{4,5}.
- L'apprendimento della lettura e il successo nella lettura a scuola: molti studi hanno evidenziato una relazione tra contatto precoce dei bambini con la lettura ad alta voce da parte di un adulto e successo scolastico. I bambini iniziano a confrontarsi con il linguaggio scritto attraverso il contatto quotidiano con la lettura mediato dai loro genitori e da altri adulti. La qualità di queste esperienze precoci influisce sul loro linguaggio e sulla loro capacità di comprendere la lettura di un testo scritto all'ingresso a scuola⁶.
- Lo sviluppo del linguaggio verbale (con maggior effetto sulla componente recettiva)⁷.

La difficoltà a leggere e scrivere è un problema che colpisce soprattutto i bambini che appartengono a famiglie in condizioni socio economiche svantaggiate e contribuisce ad incrementare il ciclo della povertà. L'incapacità di leggere a scuola è causa di disagio che porta a frustrazione e riduzione dell'autostima e può contribuire ad aumentare il rischio di abbandono scolastico e di problemi di comportamento^{8,9}.

Le famiglie dove ci sono e si leggono libri dimostrano di sviluppare maggiori risorse umane e sociali. L'abitudine alla lettura in famiglia ai bambini piccoli può quindi essere considerata un'importante capacità genitoriale che accresce il "*capitale sociale*" della famiglia (cioè l'insieme delle relazioni sociali intra ed extrafamiliari) e fa crescere la relazione genitori/figli, essendo occasione di rapporto e di contatto anche fisico³. Il "*capitale sociale*" della famiglia può avere un impatto importante sul benessere e sullo sviluppo dei bambini, specie nelle famiglie con risorse finanziarie e di educazione ridotte⁸. Gli effetti positivi della lettura ad alta voce si verificano in misura maggiore in famiglie in condizioni socioeconomiche svantaggiate^{3,8,10}.

La cosiddetta "*literacy*" (insieme delle competenze e capacità intellettuali, relative in particolare alla lettura e alla scrittura che possono essere precocemente stimulate nei bambini in età prescolare e che faciliteranno successivamente la loro autonoma capacità di svilupparle) è fortemente associata alla salute ed è un indicatore riconosciuto come pre-condizione di benessere accanto alle condizioni socioeconomiche.

2. Perché gli operatori sanitari possono avere un ruolo importante nella promozione della lettura da alta voce

Già a 5 o 6 mesi di età i bambini mostrano interesse verso le immagini dei libri illustrati; in questo periodo di vita i genitori sono particolarmente recettivi verso le informazioni che riguardano lo sviluppo del bambino. Tutto questo permette un intervento precoce (già durante le visite di controllo e i bilanci di salute del primo anno di vita, gli appuntamenti

vaccinali, ecc.) per fornire consigli appropriati sulla promozione della lettura ad alta voce e del racconto ai bambini. Le possibili strategie che possono essere utilizzate sono le seguenti:

- Spiegare ai genitori l'importanza della lettura ad alta voce al bambino e dare semplici consigli su come e quando leggere al bambino (vedi *Tabella a fine capitolo*); il messaggio può essere rinforzato dalla consegna di materiale informativo scritto.
- Consegnare ai genitori un libro adatto all'età del bambino: questo intervento è risultato efficace specie nelle famiglie in condizioni economiche svantaggiate e con livello di istruzione più basso dove il principale ostacolo all'interesse per la lettura sembra essere proprio la mancanza dell'oggetto libro.
- Organizzare momenti di lettura ad alta voce effettuata da volontari nelle sale d'attesa dei consultori o degli ambulatori.

Diversi lavori pubblicati in letteratura dimostrano l'efficacia delle strategie citate^{2,8,10,12,13}.

I pediatri e più in generale tutti gli operatori sanitari che lavorano con bambini piccoli dispongono di opportunità particolari per incoraggiare i comportamenti che migliorano l'abilità dei bambini. I pediatri di famiglia visitano regolarmente i bambini durante i bilanci di salute ed assicurano continuità nelle cure al bambino. I genitori si rivolgono ai pediatri anche per informazioni e consigli su come promuovere lo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino¹¹.

Il lavoro di promozione della lettura ad alta voce svolto dai pediatri di famiglia e da altri operatori sanitari (ad esempio il personale dei consultori e quello degli ospedali) dovrebbe essere rinforzato dal coinvolgimento di altri gruppi professionali, quali i bibliotecari, gli insegnanti di asili nido e scuole materne e i gruppi di volontari.

Nelle biblioteche dovrebbe essere sollecitata la disponibilità di una sezione dedicata ai più piccoli. Sono in corso attività sperimentali di promozione della lettura ad alta voce anche presso alcuni servizi vaccinali con il coinvolgimento degli assistenti sanitari, degli insegnanti della scuola dell'infanzia e delle biblioteche locali.

Negli ultimi anni sono state avviate su scala nazionale due importanti iniziative di promozione della lettura ad alta voce:

- “**Nati per leggere**”, che nasce dalla collaborazione tra Associazione Culturale Pediatri e Associazione Italiana Biblioteche (www.natiperleggere.it);
- “**Leggere per crescere**”, promosso dalla GlaxoSmithKline in collaborazione con la FIMP (www.leggerepercrescere.it).

Entrambi i progetti mettono a disposizione materiali di formazione per operatori sanitari e bibliotecari sulla promozione della lettura ad alta voce e materiali informativi per i genitori su come e quando leggere al bambino.

Qualche consiglio utile

Quanto più piccolo sarà il bimbo tanto più semplici saranno i libri, di dimensioni e materiali adatti perché lui possa anche tenerli in mano e magari giocarci; con tanto colore, con grandi immagini e con poco testo per poter dare spazio alla fantasia del lettore che costruirà la storia e del bimbo che l'ascolterà. L'utilizzo del racconto o della filastrocca possono supplire alla scarsa capacità attentiva dei bambini più piccoli e preparare il terreno alla lettura che verrà.

Quanto più grande sarà il bambino tanto più i libri diventeranno interessanti e complessi. Potrà essere anche poco lo spazio dedicato ogni volta alla lettura, ma dovrà essere quotidiano e mantenuto nel tempo. Per dare l'idea dell'importanza della quotidianità l'operatore potrà eventualmente rifarsi all'igiene orale, come pratica breve ma quotidiana.

Sarà importante utilizzare dei momenti dedicati, esclusivi, preoccupandosi di evitare possibili distrazioni e disturbi (telefono, televisione...), scegliendo i momenti della giornata in cui il bimbo è più attivo, recettivo, motivato, ma anche quelli in cui il lettore è più disponibile e tranquillo: deve essere un piacere reciproco.

Non è necessario essere lettori esperti, basterà utilizzare il linguaggio di tutti i giorni.

Non si utilizzerà solo la voce ma anche gli sguardi, i gesti, i suoni.

Si lavorerà sulle figure e si inviterà il bambino a partecipare attivamente alla costruzione della storia.

La lettura potrà progressivamente rubare tempo ad una televisione che spesso propone prodotti preconfezionati che non lasciano spazio alla fantasia del bambino e non lo aiutano ad accrescere ed a sviluppare liberamente la sua immaginazione e creatività.

Tabella- Suggerimenti e informazioni ai genitori per la lettura ad alta voce

Leggere ad alta voce

Crea l'abitudine all'ascolto.
Accresce il desiderio di imparare a leggere.
É un'esperienza molto piacevole per l'adulto e il bambino.
Calma, rassicura e consola.
Rafforza il legame affettivo tra chi legge e chi ascolta.

Quando leggere con i vostri bambini

Potete riservare alla lettura un momento particolare della giornata (prima del sonnellino o della nanna, dopo i pasti) magari scegliendo dei momenti durante i quali siete entrambi più tranquilli.
Se il bambino si agita o è inquieto non insistete.
Approfittate dei momenti di attesa (durante un viaggio, dal medico, ecc.).
La lettura sarà di conforto al vostro bambino quando è malato.

Come condividere i libri con i vostri bambini

Scegliete un luogo confortevole dove sedervi.
Recitate o cantate le filastrocche del suo libro preferito.
Cercate di eliminare possibili fonti di distrazione (televisione, radio, stereo).
Tenete in mano il libro in modo che il vostro bambino possa vedere le pagine chiaramente.
Fategli indicare le figure.
Parlate delle figure e ripetete le parole di uso comune.
Leggete con partecipazione, create le voci dei personaggi e usate la mimica per raccontare la storia.
Variate il ritmo di lettura (più lento o più veloce).
Fategli domande: cosa pensi che succederà adesso?
Lasciate che il bambino faccia domande e cogliete l'occasione per parlare.
Lasciate scegliere i libri da leggere al vostro bambino.
Rileggetegli i suoi libri preferiti anche se lo chiede spesso.

E ricordate

Se voi amate la lettura il bambino lo sentirà e l'amerà anche lui.
Mettete a disposizione del vostro bambino quanti più libri possibile.
Prendete l'abitudine di frequentare con il vostro bambino la biblioteca.

A cura di Luca Ronfani

Revisori: Giancarlo Biasini, Giampiero Chiamenti, Michele Gangemi, Franco Raimo e Alessandra Sila

Il counselling in più

Affrontare con i genitori il tema della lettura è certamente importante e affascinante. Richiede però una certa dose di attenzione, come tutti gli interventi educativi che indicano un “dover essere” ideale che potrebbe essere distante da ciò che i genitori reali che abbiamo di fronte pensano di essere e di poter fare.

Pennac (D. Pennac, *Come un romanzo*, Feltrinelli) dice con grande acutezza: non si può dire a nessuno “devi leggere”, così come non si può dire a nessuno “devi amare”.

I libri, la lettura, sono parte della tradizione di ogni famiglia: possono essere presenti da sempre, apprezzati, amati, o essere considerati oggetti un po' estranei, o considerati “troppo lontani da noi”.

L'obiettivo del professionista che incoraggia a leggere libri ai bambini è proprio quello di modificare questa eventuale sensazione di estraneità, oltre che di incoraggiare chi non la prova, ad usare il più presto possibile la sua familiarità con i libri nella relazione con suo figlio.

Sono due realtà diverse, e vanno trattate diversamente.

Si tratterà quindi di:

1. Offrire l'indicazione “si può leggere ad alta voce ai bambini fin dai primi mesi” in modo non predicatorio, ma come una delle cose nuove che un genitore può sperimentare nella sua nuova esperienza con il suo nuovo bambino.

Es.: Adesso che avete cominciato da un po' a fare i genitori, a scoprire tutto quello che si può fare con un bambino piccolo, vedrete che ci sono esperienze bellissime a cui magari non si pensa. Per esempio, sapevate già che con un bimbo anche molto piccolo come il vostro si può cominciare a leggere libri, e che è una abitudine molto piacevole sia per voi che per lui?

2. Esplorare (in modo non giudicante!) l'atteggiamento dei genitori nei confronti della lettura.

Per voi la lettura è già una abitudine, o potrebbe diventare una cosa nuova sia per voi che per il bambino?

3. Positivizzare entrambe le possibilità: se i genitori rispondono di essere abituati a leggere, valorizzarlo come punto di partenza, se rispondono di no valorizzarlo come inizio di qualcosa di nuovo da sperimentare insieme al bambino.

Questo potrebbe proprio essere un aspetto importante: una abitudine che non avete ancora, che diventa una esperienza nuova per voi e per il bimbo.

4. Incoraggiare i genitori a fare domande su cosa significa leggere ad alta voce a un bambino piccolo.

Mentre vi dico: si può leggere un libro a un bimbo di sei mesi come il vostro, a voi vengono delle domande, delle curiosità sul come farlo, o su altro?

5. Adeguare le informazioni alle domande che fanno i genitori, e solo dopo aggiungere qualche informazione in più su questioni che non hanno aperto.

È interessante che abbiate delle curiosità su cosa leggere, quanto a lungo ecc.: la lettura non deve trasformarsi in un peso in più nella giornata: deve essere un'esperienza piacevole innanzitutto per voi, solo così lo diventa anche per il bambino. A me

sembra anche importante dirvi che oltre all'aspetto di piacere reciproco di cui stiamo già parlando ci sono anche effetti molto interessanti della lettura precoce sullo sviluppo delle capacità di ascolto e di apprendimento dei bambini. Vi interessa saperne qualcosa di più?

- 6- Chiedere ai genitori se hanno già in mente come procurarsi libri adatti al bambino, a chi chiedere ecc.: solo dopo è utile mettere a disposizione indicazioni ulteriori.

In sintesi, la base personale, familiare ed emotiva su cui si fonda l'atteggiamento di quei particolari genitori nei confronti della lettura deve essere evidenziata ed utilizzata dal professionista. Anche le differenze fra le abitudini del papà e quelle della mamma vanno trattate con attenzione per evitare di costruire involontariamente alleanze o preferenze con quello dei due più portato a leggere: meglio sottolineare l'importanza che i due genitori abbiano campi di azione diversi, valorizzare il fatto che uno farà più spesso una cosa e l'altro un'altra.

In questo modo l'incoraggiamento a leggere ai bambini non rischierà di trasformarsi nell'ennesima indicazione inattuabile o peggio in frustrazione e senso di colpa se, per i motivi più diversi, i genitori avranno il timore di non farlo bene, o di non farlo abbastanza.

Silvana Quadrino Istituto CHANGE www.counselling.it

Bibliografia essenziale

1. Ronfani L, Sila A, Malgaroli G. *La promozione della lettura ad alta voce in Italia. Quaderni ACP* 2006;5:187-194.
2. Causa P, Manetti S. *Evidenze degli effetti della promozione della lettura nelle cure primarie. Quaderni ACP* 2003; 6:42-46.
3. High PC, Hopmann M, LaGasse L, et al. *Child centered literacy orientation: a form of social capital? Pediatrics* 1999; 4:103.
4. Valentino Merletti R. *Leggere ad alta voce e raccontar storie: ben più di un passatempo. Quaderni ACP* 1999; 6:6-7.
5. Bus AG, van Ijzendoorn MH. *Mother-child interactions, attachment, and emergent literacy: a cross-sectional study. Child Dev* 1988; 59:1262-1272.
6. Scarborough H, Dobrich W, Hager M. *Preschool literacy experience and later reading achievement. J Learning Disabil* 1991; 24:508-511.
7. DeBaryshe BD. *Joint picture book reading correlates of early language skill. J Child Language* 1993; 20:455-461.
8. High P, Hopmann M, LaGasse L, Linn H. *Evaluation of a clinic-based program to promote book sharing and bedtime routines among low-income urban families with young children. Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998; 152:459-465.
9. Runyan DK, Hunter WM, Socolar RS, et al. *Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. Pediatrics* 1998; 101:12-18.
10. Golova N, Alario AJ, Vivier PM, et al. *Literacy promotion for Hispanic families in a primary care setting: a randomized, controlled trial. Pediatrics* 1999; 103:993-7.
11. Young KT, Davis K, Schoen C, Parker S. *Listening to parents. A national survey of parents with young children. Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152:255-62.
12. High PC, LaGasse L, Becker S, et al. *Literacy promotion in primary care pediatrics: can we make a difference? Pediatrics* 2000; 105:927-34.
13. Needlman RA, Freid L, Morley D, Taylor S, Zuckerman B. *Clinic-based intervention to promote literacy: a pilot study. Am J Dis Child* 1991;1345: 881-884.

Glossario dei termini epidemiologici^a

Analisi multivariata: valuta l'effetto di un **insieme di variabili** indipendenti (o predittive) su una variabile dipendente (o di outcome). Ad esempio: effetto della posizione nel sonno del lattante, del fumo di sigaretta prenatale, delle caratteristiche socioeconomiche della famiglia, del consumo di alcol da parte dei genitori, dell'allattamento al seno, ecc (variabili indipendenti) sulla mortalità per SIDS (variabile dipendente). Il principale vantaggio dell'analisi multivariata consiste nel poter apprezzare, simultaneamente e indipendentemente, gli effetti di tutte le variabili considerate, depurandoli delle reciproche interferenze. Inoltre è possibile valutare i diversi effetti di insiemi di variabili in grado di interferire tra loro (interazione) nel senso di sinergie positive o negative. Tra le tecniche di analisi multivariata più note ricordiamo quelle di **regressione (lineare, logistica)**.

Bias: nella scienza sperimentale e applicata sono fattori che intervengono nella verifica delle ipotesi. Possono essere d'origine culturale, cognitiva, percettiva, e, in particolare, tendere a confermare una certa previsione. Il bias può quindi considerarsi un errore sistematico.

Doppio cieco: situazione in cui medico e paziente sono all'oscuro del tipo di trattamento utilizzato, tra quelli alternativi.

Grado di raccomandazione (vedi anche Livello di Evidenza):

- A Almeno una meta-analisi, revisione sistematica o studio randomizzato di livello 1++ e direttamente applicabile alla popolazione bersaglio, oppure una revisione sistematica di studi randomizzati od un corpo di evidenze consistenti principalmente di studi di livello 1+ direttamente applicabili alla popolazione bersaglio che dimostrino una complessiva coerenza nei risultati.
- B Un corpo di evidenze che include studi di livello 2++ direttamente applicabili alla popolazione bersaglio che dimostrino una complessiva coerenza nei risultati, oppure evidenze estrapolate da studi di livello 1++ o 1+.
- C Un corpo di evidenze che include studi di livello 2+ direttamente applicabili alla popolazione bersaglio che dimostrino una complessiva coerenza nei risultati, oppure evidenze estrapolate da studi di livello 2++.
- D Evidenze di livello 3 o 4, oppure evidenze estrapolate da studi di livello 2+.

Incidenza di malattia (tasso): numero di **nuovi casi** di malattia in un determinato periodo di tempo (mese, anno, ecc) rapportato al numero di soggetti a rischio presenti in quel determinato periodo di tempo nell'area dello studio.

Intervallo di confidenza (IC): intervallo di valori, **calcolato dai dati del campione**, che con una certa probabilità (pari al livello di confidenza, di solito il 95%) permette di essere nel giusto affermando che il vero valore del parametro studiato (quello dell'intera popolazione da cui il campione in studio è tratto) è compreso all'interno dell'intervallo stesso. Ad esempio, se un lavoro che studia l'associazione tra fumo di sigaretta e SIDS, riporta un rischio relativo (vedi) di morte per SIDS nei figli di fumatrici in gravidanza pari a 2.98 con un intervallo di confidenza al 95% di 2.51-3.54, significa che vi è il 95% di probabilità che il valore vero dell'intera popolazione da cui è stato tratto il campione cada nell'intervallo compreso tra 2.51 e 3.54.

L'IC ci permette anche di valutare la significatività statistica dell'associazione. Se nell'intervallo è infatti compreso l'1 non vi è significatività statistica.

Livello di evidenza (vedi anche Grado di Raccomandazione):

- 1++ Meta-analisi di alta qualità, revisioni sistematiche di studi randomizzati, o studi randomizzati con bassissimo rischio di bias.
- 1+ Meta-analisi ben condotte, revisioni sistematiche di studi randomizzati, o studi randomizzati con basso rischio di bias (vedi).
- 1 Meta-analisi, revisioni sistematiche di studi randomizzati, o studi randomizzati con alto rischio di bias.
- 2++ Revisioni sistematiche di alta qualità di studi di coorte o caso-controllo, o studi di coorte o caso-controllo di alta qualità con bassissimo rischio di confounding e bias, o alta probabilità che l'associazione sia causale.
- 2+ Studi di coorte o caso-controllo ben condotti con basso rischio di confounding e bias, o moderata probabilità che l'associazione sia causale.
- 2 Studi di coorte o caso-controllo con alto rischio di confounding e bias, o significativa probabilità che l'associazione non sia causale.
- 3 Studi non analitici, per esempio descrizione di casi o serie di casi. Opinione di esperti.

Meta-analisi: approccio quantitativo per la combinazione sistematica dei risultati di ricerche precedenti, con lo scopo di giungere a delle conclusioni sintetiche sull'entità di un effetto clinico.

Odds ratio (OR) o rapporto crociato: rapporto tra odds (probabilità) di malattia dei trattati (o degli esposti) e odds di malattia dei non trattati (o dei non esposti). L'odds ratio approssima efficacemente il rischio relativo (vedi) nel caso di eventi rari. Come per il rischio relativo, un valore superiore a 1 indica un aumento di rischio legato al trattamento o all'esposizione, un valore inferiore a 1 ha il significato di un effetto benefico o protettivo. Un valore pari a 1 indica l'indifferenza tra i due trattamenti (o esposizioni).

Prevalenza: rapporto tra numero di **portatori** di una certa malattia o condizione ed il numero totale dei soggetti presenti nell'istante considerato.

Randomizzazione: assegnazione **casuale** dei pazienti di un trial ad uno dei bracci del trattamento (disegno parallelo), o ad una certa successione di trattamenti (disegno cross-over). La randomizzazione ha lo scopo di rendere tendenzialmente simili i gruppi per le loro caratteristiche, soprattutto per i fattori prognostici e di risposta alla terapia in esame, sia quelli noti e misurabili, che quelli ignoti e non valutabili. Essa permettere l'applicabilità dei modelli probabilistici, sui quali si regge dal punto di vista metodologico l'intero studio.

Regressione: vedi "Analisi multivariata".

Revisione sistematica: revisione della letteratura, incentrata su di un preciso quesito, che esamina e sintetizza in un unico articolo i lavori precedentemente prodotti sul quesito stesso, attraverso una ricerca delle fonti e relativa analisi dei risultati caratterizzati da un metodo esplicito e riproducibile. La valutazione finale è solitamente affidata alla meta-analisi (vedi).

Rischio o probabilità di malattia o incidenza cumulativa: numero di nuovi casi di malattia in un certo periodo di tempo, rapportato al numero di soggetti a rischio all'inizio del periodo (=malati/popolazione iniziale).

Rischio relativo (RR): rapporto tra la frequenza di evento sfavorevole (rischio) in due gruppi (trattati e non trattati, esposti e non esposti). Esprime la forza dell'associazione tra il trattamento (o l'esposizione) e la malattia. Un valore superiore a 1 indica un aumento di rischio legato al trattamento o all'espo-

sizione, un valore inferiore a 1 ha il significato di un effetto benefico o protettivo. Un valore pari a 1 indica l'indifferenza tra i due trattamenti (o esposizioni). Ad esempio, se in una pubblicazione che studia l'associazione tra fumo di sigaretta e SIDS, viene riportato un rischio relativo di morte per SIDS nei figli di fumatrici in gravidanza pari a 2.98, significa che il rischio di morire per SIDS nei figli di fumatrici in gravidanza è di circa 3 volte maggiore rispetto a quello nei figli di non fumatrici. Il RR viene di solito riportato insieme all'intervallo di confidenza relativo (vedi), che fornisce anche informazioni sulla significatività statistica dell'associazione.

Significatività statistica: probabilità che un'associazione non sia puramente casuale. Viene determinata attraverso test statistici (ad esempio, chi-quadrato, t di student). La soglia di probabilità (o **p**) viene stabilita a priori (convenzionalmente si sceglie lo 0,05 o 0,01 cioè il 5 o l'1 per cento). Per $p < 0,05$ o 0,01 un test viene considerato statisticamente significativo.

Studio sperimentale (trial): tipo di studio in cui il ricercatore oltre ad osservare gli eventi cerca di influenzarne la frequenza con un intervento attivo. Il classico studio sperimentale è il trial clinico randomizzato.

^a (§ progetto 6+1 – Materiale informativo per gli Operatori - tratto da: Buzzetti R, Mastroiacovo P. *Le prove di efficacia in pediatria*. UTET Periodici, 2000, e Cattaneo A. *Significato della Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) per la promozione dell'allattamento al seno: le prove d'efficacia*, VR 3-4.10.2002 In L. Speri "L'ospedale Amico dei Bambini" Masson, Milano 2004).

Elenco autori manuale GenitoriPiù

Renata Bortolus

Ginecologa, Servizio per la Promozione della Ricerca Clinica
Servizio Epidemiologico, ULSS 4 "Alto Vicentino" - Thiene (VI)
Dottorato in Scienze dell'Educazione e della Formazione continua, Università degli Studi di Verona

Mara Brunelli

Assistente Sanitaria, Ufficio Promozione della Salute ULSS 20, Verona

Patrizia Elli

Pediatra di Famiglia, Milano, formatore al Conselling Sistemico

Michele Gangemi

Pediatra di Famiglia, ULSS 20, Verona;
Formatore al Conselling Sistemico
Presidente SICIS (Società Italiana Counseling Sistemico), Presidente Nazionale ACP

Pierpaolo Mastroiacovo

Professore di Pediatria
Direttore ICBD (International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research) - Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects

Silvana Quadrino

Psicologa, Istituto Superiore al Counselling Sistemico, CHANGE, Torino

Luca Ronfani

Pediatra, Servizio di Epidemiologia e Biostatistica - IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Luca Sbrogiò

Igienista, Servizio Educazione e Promozione della Salute Az. ULSS9, Treviso,
Direttore Scientifico Progetto "Mamme Libere dal Fumo"

Leonardo Sperti

Psicologo, Responsabile del Ufficio Promozione della Salute ULSS 20, Verona
Coordinatore della Campagna GenitoriPiù
Coordinatore Iniziativa "Ospedali Amici dei Bambini – BFHI OMS/UNIFEF"
Comitato Italiano per l'UNICEF

Giorgio Tamburlini

Pediatra, Direttore Scientifico IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Massimo Valsecchi

Igienista, Direttore Dipartimento di Prevenzione ULSS 20, Verona

Giambattista Zivelonghi

Igienista, Responsabile Ufficio Profilassi Malattie Infettive, SISP, ULSS 20, Verona

REVISIONE A CURA DI:**Giovan Battista Ascone,**

Ginecologo, Direttore dell'Ufficio X, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
Ministero della Salute

Maria Enrica Bettinelli

Pediatra, Neonatologa, Consulente Professionale in allattamento materno (IBCLC), Coordinatrice del Gruppo di lavoro per la "Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno" dell'UNICEF Italia

Giancarlo Biasini

Pediatra - Coordinamento Nazionale Nati per Leggere - Presidente del Centro per la Salute del Bambino di Trieste, Direttore di Quaderni ACP

Roberto Buzzetti

Pediatra, Specialista in Statistica Medica, consulente presso CeVEAS di Modena (Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria)

Adriano Cattaneo

Epidemiologo, Responsabile dell'Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale - Centro Collaboratore dell'OMS per la Salute Materno Infantile, Istituto per l'Infanzia IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Giampiero Chiamenti

Pediatra di famiglia, ULSS 20 Verona
Segretario Sezione della FIMP della Regione Veneto

Sandro Cinquetti

Igienista - Direttore Sanitario ULSS 7 del Veneto, Pieve di Soligo (TV)

Marta Ciofi degli Atti

Pediatra, Direttore Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive CNESPS
Istituto Superiore di Sanità

Rosellina Cosentino

BSN, PHN in Salute Pubblica e Prevenzione, IBCLC - Consulente Professionale Allattamento Materno.
Coordinatore Nazionale della Valutazione "Ospedale Amico dei Bambini" (BFHI - OMS/UNICEF)

Dalla Barba Beatrice

Pediatra, Neonatologa, Responsabile dell' Assistenza Neonatale – Nido, Dipartimento di Pediatria, Azienda Ospedaliera di Padova, Clinica Pediatrica Università di Padova

Antonio Ferro

Igienista, Dirigente Servizio Sanità Pubblica e Screening
Direzione Regionale Prevenzione, Regione Veneto

Daniela Galeone

Medico, Direttore dell'Ufficio II° del Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione
Ministero della Salute

Ada Macchiarini

Presidente Associazione "SEMI PER LA SIDS"

Raffaele Piumelli

Pediatra, Neonatologo, Responsabile Centro Regionale SIDS,
Azienda Ospedaliera Universitaria Anna Meyer di Firenze

Maria Grazia Pompa

Medico, Direttore Ufficio V, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria,
Ministero della Salute

Franco Raimo

Pediatra di Famiglia, Direttivo Provinciale FIMP,
Presidente Associazione Promozione Cultura Pediatrica (APCP) Verona

Alessandra Sila

Educatrice, Centro per la Salute del Bambino, Trieste

Domenica Taruscio

Medico, Dirigente di Ricerca Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Elizabeth Tamang

Igienista, Servizio Sanità Pubblica e Screening Regione del Veneto, Direzione per la Prevenzione,
Presidente European Network for Smoking Prevention (ENSP)

Simone Zevrain

Igienista - Dipartimento di Prevenzione ULSS 7, Pieve di Soligo (TV)

In collaborazione con:**Giancarlo Marano**

Medico, Direttore dell'Ufficio II, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
Ministero della Salute

Tommasina Mancuso

Medico, Ufficio II, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
Ministero della Salute

Al progetto GenitoriPiù hanno collaborato nel Veneto:

- **una rete dei referenti provinciali:**

PROVINCIA	MEDICI SISP	MEDICI PLS	ADDETTI STAMPA
BELLUNO	Rosanna Mel	Giampaolo Risdonne	Andrea Ferrazzi
PADOVA	Lorena Gottardello	Sebastiana Blundo	Luisella Pierobon
ROVIGO	Luca Caffarra	Roberto Girardi	Rita Culati
TREVISO	Ester Chermaz	Sebastiano Rizza	Fabio Bruno
VENEZIA	Marco Flora	Maria Carla Ricci	M. Grazia Raffele
VERONA	Giambattista Zivelonghi	Silvia Zanini	Claudio Capitini
VICENZA	Francesca Russo	Bruno Ruffato	Antonia Basso

- **un gruppo di Coordinamento Regionale Veneto:**

Antonio Ferro Dirigente Servizio Sanità Pubblica e Screening Direzione Regionale Prevenzione

Leonardo Speri Responsabile Ufficio Promozione della Salute Dip. Prev. ULSS 20 Verona

Elisabeth Tamang Igienista, Servizio Sanità Pubblica e Screening Regione del Veneto, Direzione per la Prevenzione

Luca Sbrogiò Responsabile del Servizio Educazione e Promozione della Salute Az. ULSS 9 Treviso

Rosalba Trabalzini Direttore Responsabile e Scientifico del sito "Guida Genitori" www.guidagenitori.it

Valentina Bortolami Consulente Segreteria Sanità e Sociale, Regione Veneto

Giambattista Zivelonghi Igienista, Resp. Uff. Profilassi Malattie Infettive, SISP, ULSS 20 Verona

Rita Munizzi Presidente nazionale del Movimento Italiano Genitori (Moige)

Vincenzo Baldo Dip. di Med. Ambientale e Sanità Pubblica Università degli studi di Padova

Mara Brunelli Assistente Sanitaria, Ufficio Promozione della Salute Dip. Prev. ULSS 20 Verona

Claudio Capitini Capo Ufficio Stampa ULSS 20 Verona

Franco Raimo Pediatra di Famiglia, Direttivo Provinciale FIMP, ULSS 20 Verona

Serenella Cavallaro Segretaria Servizio Sanità Pubblica e Screening, Direzione Regionale Prevenzione

- **un gruppo di Referenti Tecnico Scientifici, per una supervisione e revisione scientifica della Campagna:**

Massimo Valsecchi Direttore Dipartimento di Prevenzione ULSS 20, Verona

Leonardo Speri Responsabile del SEPS ULSS 20, Verona

Mara Brunelli Assistente Sanitaria, Ufficio Promozione della Salute ULSS 20, Verona

Maria Scudellari Coordinatrice dei Consulenti Familiari dell'ULSS 20, Verona

Luca Ronfani Servizio di Epidemiologia e Biostatistica - IRCCS Burlo Garofolo Trieste

Luca Sbrogiò Responsabile del Servizio Educazione e Promozione della Salute Az. ULSS9 Treviso

Antonio Ferro Responsabile del Servizio Sanità Pubblica e Screening - Direzione della Prevenzione - Regione Veneto

Michele Gangemi Pediatra di Famiglia ULSS 20, Verona; Presidente SICIS (Società Italiana Counseling Sistemico), Presidente Nazionale ACP

Maurizio Bonati Laboratorio per la Salute Materno-Infantile - Istituto Mario Negri di Milano

Giampiero Chiamenti Pediatra di famiglia ULSS20, Verona, Segretario Regionale FIMP Veneto

Con la collaborazione di:

Ivana Gerotto Ostetrica, Presidente Regione Veneto FNCO

Giacomo Toffol Pediatra, Referente Veneto “Nati per Leggere”

Tiziano Maggino Ginecologo, Responsabile dell’U.O. di Ostetricia-Ginecologia, Mestre

• un gruppo di lavoro per la valutazione del Progetto:

Federica Michieletto Statistica, Servizio Sanità Pubblica e Screening Direzionale Regionale della Prevenzione

Stefano Campostrini Ordinario di Statistica Sociale, Dipartimento di Statistica Università Ca’ Foscari Venezia

Stefania Porchia Statistica, Sinode srl Padova

Luca Ronfani Pediatra, Servizio di Epidemiologia e Biostatistica - IRCCS Burlo Garofolo Trieste

Giorgia Faggian Statistica, Dipartimento di Statistica Università Ca’ Foscari Venezia

Laura Tagliapietra Statistica, Servizio Sanità Pubblica e Screening Direzione Regionale della Prevenzione

• un gruppo di lavoro che ha curato la realizzazione del manuale:

Leonardo Speri Responsabile dell’Ufficio Promozione della Salute ULSS 20, Verona

Mara Brunelli Assistente Sanitaria, Ufficio Promozione della Salute ULSS 20, Verona

Elena Perusi Collaboratrice, Ufficio Promozione della Salute ULSS 20, Verona

Claudio Capitini Capo Ufficio Stampa Ulss 20 Verona

Franco Raimo Pediatra libera scelta Ulss 20 Verona

Giambattista Zivelonghi Igienista, Responsabile Ufficio Profilassi Malattie Infettive, SISP - ULSS 20 Verona

Andrea Comin operatore tecnico Ulss 20 Verona

Paola Campara psicologa Ufficio Promozione della Salute ULSS 20, Verona

Lara Simeoni Collaboratrice, Ufficio Promozione della Salute ULSS 20, Verona

Progetto grafico della campagna:

Silvia Mazzocco e Andrea Bettoni

Testimonials della campagna:

Amanda Sandrelli, Blas Roca Rey

Hanno collaborato:

Paolo Biban, Francesca Lazzari, Lorenza Pastore, Silvana Manservisi, Giuseppina Napoletano,

Serenella Cavallaro, Anna Sandroni, Valentina Secondo, Flora Tolfo, Laura Meneghini, Massimo

Segneghi, Flavio De Togni

Si ringrazia:

Cristina Feltrin, Elena Verizzi

La Campagna Nazionale GenitoriPiù è coordinata da Leonardo Speri con la collaborazione di:

Claudio Capitini, Lara Simeoni, Elena Perusi, Sara Battistin, Ferdinanda Feltrin, Lorenza Pastore, Mara Brunelli, Stefania Porchia, Stefano Campostrini, Francesca Pozza, Silvia Milani

È stata attivata una rete di 12 Regioni:

REGIONI	RESPONSABILE REGIONALE	REFERENTE OPERATIVO	REFERENTE VALUTAZIONE*
VENETO	Mary Elizabeth Tamang	Mara Brunelli	Laura Tagliapietra
FRIULI VENEZIA GIULA	Giorgio Simon	Monica Masutti	Monica Masutti
VALLE D'AOSTA	Gabriella Furfaro	Mazzella Massimo	
PIEMONTE	Maria Maspoli	Maria Grazia Tomaciello, Giovanna Patrucco, Patrizia Brigoni	
ASL 2 MILANO	Acerbi Luigi	Acerbi Luigi	
EMILIA ROMAGNA	Paola Dalla Casa, Diana Tramonti,	Michela Bragliani	
ABRUZZO	Giampiero Di Cesare	Franca Pierdomenico, Manuela DiGiacomo	
UMBRIA	Maria Donata Giamo, Stefania Prandini	Corrado Rossetti	
MOLISE	Lina Adelina D'Alò	Gianni Borgia, Lucia Di Nunzio	Gianni Borgia
LAZIO	Amanda Vitagliano	Sara Farchi	
SARDEGNA	Giuseppe Sechi	Giuseppina Seddone	
PUGLIA	Cinzia Germinario	Silvio Tafuri	Silvio Tafuri
CALABRIA	Rubens Curia, Nicola D'Angelo	Mimma Mignuoli	

E inoltre:

ASL 2 MILANO	Acerbi Luigi	Acerbi Luigi	
--------------	--------------	--------------	--

* solo per le regioni che aderiscono alla valutazione approfondita

Referente del Progetto presso il Ministero della Salute:

Giovan Battista Ascone Direttore dell'Ufficio X, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

Hanno collaborato:

Alfredo D'Ari e Fiorella Carpinelli Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali

Questo manuale è un estratto del manuale per operatori redatto dalla Regione del Veneto per la Campagna GenitoriPiù.

Il testo è stato curato dall'Ufficio Promozionale della Salute del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 20 di Verona che ha coordinato la Campagna regionale e coordina la Campagna nazionale.

Il manuale è disponibile anche on-line al sito

www.genitoripiu.it

Stampato nel mese di aprile 2008
da Cierre Grafica - Verona
www.cierrenet.it

genit ri più

Campagna del Ministero della Salute
per la promozione della salute nei primi anni di vita



REGIONE
AUTONOMA
SARDEGNA



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA



Regione Emilia-Romagna

REGIONE EMILIA ROMAGNA



REGIONE
AUTONOMA
VALLE D'AOSTA



REGIONE
PUGLIA



REGIONE
CALABRIA



REGIONE
ABRUZZO



REGIONE
MOLISE



REGIONE
LAZIO



REGIONE
PIEMONTE



REGIONE
UMBRIA

con il patrocinio di:

ACP Associazione Culturale Pediatri

ASNAS Associazione Nazionale Assistenti Sanitari

FNCO Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche

IPASVI Federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia

SIGO Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

SIN Società Italiana di Neonatologia

SIP Società Italiana di Pediatria

SITI Società Italiana di Igiene

www.ministerosalute.it - www.genitoripiu.it

fimp Federazione italiana
Medici *Pediatri*

unicef 


Centro per
la Salute del Bambino
Prodotto e distribuito in Italia per il conto della Provincia di Bologna di Bologna



CHANGE 