



*Ministero del Lavoro, della Salute  
e delle Politiche Sociali*

# genitori più

prendiamoci più cura della loro vita



**Materiale informativo per gli operatori**

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



AZIENDA ULSS 20 VERONA

**2009**



S.P.E.S.  
ULSS 20 - VR

dedicato a Ermete Ronchi, con gratitudine

*Un'istituzione non è un oggetto inanimato ma un sistema vivente dotato di una sua organizzazione.*

*È noto che alcune istituzioni rispetto ad altre godono di una maggiore salute, di un livello di maggior benessere organizzativo con vistosi esiti proprio sulla capacità di perseguire obiettivi sfidanti.*

*Si sa anche che questo esito non è casuale, ma frutto di un adeguato e costante processo trasformativo nel quale c'è ascolto e attenzione, coinvolgimento e investimento sul valore delle emozioni, ossia sulla qualità delle relazioni professionali in essere.*

*Un'istituzione in salute è un soggetto collettivo articolato e complesso che persegue obiettivi comuni, vive il suo tempo, si trasforma, apprende.*

*Lavoreremo insieme su casi e modelli di intervento volti a perseguire un cambiamento istituzionale, coniugando compito, affetti e qualità: buon lavoro a tutti noi e alle istituzioni in cui lavoriamo.*

*(dagli scritti di Ermete Ronchi - Psicossocioanalista)*





*Ministero del Lavoro della Salute  
e delle Politiche Sociali*

# 7 AZIONI PER LA VITA DEL TUO BAMBINO

## 2009

**Materiale informativo  
per gli operatori**

genitori più  
prendiamoci più cura della loro vita

a cura di:  
Leonardo Speri  
Mara Brunelli



REGIONE DEL VENETO



S.P.E.S.  
Dipartimento  
di Prevenzione  
ULSS 20 - VR





*Ministero del Lavoro della Salute  
e delle Politiche Sociali*

Cari amici,

mi è capitato spesso di parlare di alleanza terapeutica, cioè di quello specialissimo rapporto che si crea tra il paziente e il medico per ottenere la guarigione o il miglioramento del malato, o almeno per alleviarne le sofferenze. I progressi della scienza medica e un sistema sanitario fondato sul diritto alla salute hanno permesso un grande accrescimento del benessere degli italiani, ma in questo ambito alla base dei buoni risultati c'è sempre, credo, la relazione umana. La trama delle relazioni di cura include gli operatori sanitari, i malati e le famiglie. Senza l'apporto delle famiglie, senza una buona collaborazione e un efficace scambio di informazioni tra gli operatori del settore e i familiari dei pazienti, il sistema sanitario non potrebbe funzionare.

Questo è ancora più vero quando si affronta il tema della salute infantile. Sono i genitori che si occupano del benessere dei bambini, e la relazione tra un bimbo che deve ancora nascere e la mamma che lo porta in grembo è così intima che la salute dell'uno è affidata alla salute dell'altra. Per questo è fondamentale che i genitori sappiamo cosa si può fare per prevenire problemi di salute dei figli con gesti semplici, ma estremamente utili.

Il libro che presentiamo è uno strumento di lavoro indispensabile per chi si occupa di prevenzione e promozione della salute nei primi anni di vita.

Si tratta di una nuova edizione di un testo che ha fornito nel corso della campagna di informazione e di comunicazione del Ministero "GenitoriPiù" il materiale informativo per gli operatori, necessario per sostenere efficacemente e con indicazioni coerenti i messaggi indirizzati ai genitori.

Questa edizione riveduta raccoglie i frutti del lavoro svolto e degli aggiornamenti sulle più recenti evidenze scientifiche e dell'esperienza maturata nel corso dello svolgimento del progetto.

*"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 del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, realizzata in collaborazione con la Regione Veneto, la Federazione Italiana dei Medici Pediatri e l'Unicef e che ha visto coinvolte oltre al Veneto (Capofila), Piemonte, Valle D'Aosta, Emilia Romagna, Friuli V. G., Lazio, Liguria, Umbria, Abruzzo, Molise, Calabria, Puglia, Sardegna, assieme all'ASL di Milano e l'ASL Milano 2, ma che ha avuto risonanza in tutto il territorio nazionale.

Tutti gli attori del progetto, a partire dalle Istituzioni della Salute Nazionali e Regionali, in uno sforzo condiviso anche con le Società Scientifiche e Associazioni Professionali, hanno mostrato concretamente di essere "Uniti per i bambini", nel solco tracciato dalla

Convenzione per i Diritti dell'Infanzia di cui ricorre il XX Anniversario.

Un messaggio rivolto alle famiglie, destinato a promuovere l'espressione delle grandi risorse di cui sono portatrici, 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.

Accanto al messaggio anche strumenti per gli operatori: strumenti di promozione, strumenti per la formazione, strumenti per la valutazione.

Un lavoro integrato, concreto, ricco di indicazioni, redatto da esperti autorevoli, destinato a migliorare e a rendere omogenee le informazioni del nostro sistema sanitario nazionale e delle sue espressioni regionali.

Il Sottosegretario  
***On. Eugenia Roccella***



È per me un piacere presentare questa nuova edizione nazionale del “Materiale informativo per gli operatori” della Campagna GenitoriPiù, un Manuale destinato a migliorare la qualità dell’offerta dei Servizi che le Regioni garantiscono ai bambini ed alle loro famiglie per tutto l’arco del percorso nascita.

La Regione Veneto già si pone all’avanguardia nella promozione di azioni concrete per la salute materno infantile ed ha raggiunto in più di un settore livelli di eccellenza: l’estensione a tutto il territorio nazionale del progetto GenitoriPiù nato nella nostra Regione nel 2006 ne è conferma. Il Comitato Italiano per l’UNICEF ha rinnovato il suo patrocinio e sviluppato a livello Nazionale la collaborazione avviata con il Veneto, che ha le sue basi non solo su questo progetto, ma su una storica attenzione alla promozione e alla tutela più generale dei diritti del bambino all’interno dei quali si colloca il diritto alla salute, come testimonia anche l’importante protocollo di intesa sull’allattamento materno siglato con la nostra Regione già nel 2004.

Anche la collaborazione assicurata dalla Sezione Regionale Veneta della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) è stata allargata a livello nazionale. Gli elementi di novità introdotti dall’iniziativa GenitoriPiù, in particolare con la valorizzazione delle risorse delle famiglie e degli operatori, devono ora diventare operatività concreta e quotidiana.

È compito nostro e dei nostri operatori promuovere una famiglia consapevole dell’importanza di agire per la salute del bambino fin dal concepimento con l’assunzione per tempo di Acido Folico e attraverso l’astensione dal fumo in gravidanza, continuando poi a proteggerlo dal fumo passivo, offrendogli attraverso l’allattamento un formidabile capitale di salute e continuando ad avere cura di lui mettendolo nella corretta posizione in culla, garantendogli tutte le vaccinazioni, proteggendolo in casa e nel trasporto in auto e accompagnando la sua crescita con la lettura precoce ad alta voce.

Sono tutte azioni in cui non ci si può sostituire e che dipendono dalla capacità di iniziativa e quindi dalla sensibilità e dalla consapevolezza delle famiglie.

Questo comporta una contemporanea importante assunzione di responsabilità da parte dei Sistemi Sanitari Regionali e dei loro operatori, chiamati a dare il meglio ed offrire da un lato informazioni chiare, omogenee e basate su evidenze scientifiche, dall’altro a motivare, con uno stile comunicativo adeguato, i genitori a metterle in pratica.

Dare a tutto questo una prospettiva di “sistema”, accompagnare le attività con un monitoraggio costante ed una continua valutazione di efficacia è il compito che ci aspetta per il futuro, un compito per il quale questo testo può rappresentare un prezioso contributo.

L’Assessore alla Salute  
*Ing Sandro Sandri*







Carissimi,

è per me un grande piacere presentare questa nuova edizione del Manuale per gli Operatori dedicato alla Campagna “GenitoriPiù”, che l’Azienda ULSS 20 di Verona, ha l’onore di coordinare, su mandato della Regione Veneto e degli organismi nazionali.

La Campagna, avviata in via sperimentale nella Regione Veneto alla fine del 2006 e promossa a livello nazionale nel 2007 dall’allora Ministero della Salute, è stata realizzata in collaborazione con la Regione Veneto, la Federazione Italiana dei Medici Pediatri e l’UNICEF Italia che vede in questa iniziativa l’opportunità di valorizzare il diritto alla salute così come descritto nella Convenzione per i Diritti dell’Infanzia.

La Campagna ha come obiettivo primario quello di sensibilizzare la popolazione, in particolare i neo-genitori, sugli strumenti di promozione della salute del loro bambino. Si tratta di rendere i genitori più consapevoli delle loro importantissime risorse, in quanto principali attori nel quotidiano impegno per lo sviluppo sano e privo di rischi per la salute dei figli.

Altro obiettivo, non meno importante del precedente è quello di promuovere iniziative specifiche rivolte agli operatori socio-sanitari, che entrano in contatto con i neo-genitori e con i loro bisogni.

È necessaria infatti, un’attiva partecipazione di queste figure nella promozione della salute nei primi anni di vita; la loro consapevolezza e il loro empowerment, sono fondamentali strumenti per assicurare qualità ed efficacia in ambito di organizzazione sanitaria.

Gli operatori sanitari, infatti, costituiscono la chiave di volta della sinergia tra istituzioni e società, fondamento essenziale per il conseguimento di risultati concreti in ambito sanitario. Questo manuale è uno strumento importante, rigoroso e nel contempo semplice, che, nelle edizioni precedenti, quella Veneta quella Nazionale, nonché nelle numerose edizioni locali prodotte dalle varie Regioni che partecipano alla Campagna, ha già dimostrato la sua efficacia nel guidare le azioni degli operatori in tutta Italia.

I professionisti del Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute del Dipartimento di Prevenzione che hanno curato questo volume partecipano attivamente alla vita della nostra Azienda Sanitaria, condividono l’impegno a migliorare, conoscono le difficoltà e le opportunità che i processi di cambiamento portano con sé in sistemi così complessi come quelli sanitari. La soddisfazione dei risultati finora raggiunti sorreggono l’entusiasmo necessario per proseguire nel progetto e condividere gli apprendimenti e le indicazioni di metodo anche per altre nuove idee da tradurre in realtà.

Colgo infine l’occasione per ringraziare e complimentarmi con tutti coloro che con la loro quotidiana professionalità rendono possibile l’attuazione concreta dei principi di promozione della salute nella speranza di offrire a tutti i bambini pari dignità, pari possibilità d’accesso alle cure e pari opportunità di un futuro libero da malattia.

Il Direttore Generale  
**Maria Giuseppina Bonavina**



# Sommario

Perché un manuale? pag. 13

## **Il Progetto**

A. Razionale della Campagna “GenitoriPiù” pag. 15

B. L’esperienza della Campagna “GenitoriPiù” pag. 22

GenitoriPiù: un’emozione che diventa progetto pag. 28

GenitoriPiù: un utile sforzo titanico pag. 30

## **Nuove Famiglie e Nuovi Bambini... tra Bisogni e Diritti**

A. Uno sguardo internazionale (fuori dalla porta) pag. 34

B. Uno sguardo alla legislazione pag. 37

**La valutazione della Campagna GenitoriPiù** pag. 41

**Il Counselling ovvero una Comunicazione Efficace** pag. 45

## **Le 7 Azioni**

1. Acido folico e prevenzione dei difetti del tubo neurale e di altre malformazioni congenite pag. 51

2. Proteggere il bambino dall’esposizione al fumo di tabacco in gravidanza e dopo la nascita pag. 69

3. Promuovere, proteggere e sostenere l’allattamento materno pag. 87

4. Posizione nel sonno e riduzione del rischio di morte improvvisa del lattante (SIDS) pag. 117

5. Promuovere la Sicurezza pag. 137

6. Promuovere le vaccinazioni pag. 173

7. Promuovere la lettura ad alta voce ai bambini pag. 203

*Allegato 1 – Questionario Genitori* pag. 218

*Allegato 2 – Questionario Operatori* pag. 222

**Glossario** pag. 229

**Elenco autori, revisori e gruppi di lavoro della Campagna** pag. 232



## Perché un manuale?

In occasione della Campagna “GenitoriPiù” – Campagna di promozione della salute nei primi anni di vita – Prevenzione attiva e vaccinazioni”, come strumento di accompagnamento e approfondimento del percorso formativo, sono state elaborate due successive edizioni del materiale informativo per gli operatori, la prima per la Campagna in Veneto la seconda per la Campagna Nazionale, affinché le comunicazioni fossero aggiornate, omogenee ed efficaci.

Il manuale voleva e vuole essere uno strumento di facilitazione e partecipazione per tutti gli operatori a contatto con i *futuri genitori e i neogenitori*.

Il progetto “GenitoriPiù” fin dall’inizio si è caratterizzato come una Campagna di comunicazione sociale con un’azione a due livelli:

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

### Il nuovo manuale

La promozione integrata di 7 azioni, oggetto della Campagna, su determinanti di salute e sui rischi prevalenti nei primi anni di vita, richiedeva e richiede una costante attenzione alle migliori evidenze scientifiche disponibili sia per i contenuti che per le metodologie, come evidenziato dalle integrazioni apportate alla parte introduttiva.

La presente edizione del manuale costituisce un aggiornamento accurato di contenuti e metodi rispetto alle evidenze più recenti e raccoglie i frutti dell’esperienza maturata nel corso della Campagna. In particolare il testo, parallelamente alla crescita del progetto si è arricchito di:

- un allargamento del tema della sicurezza alla prevenzione degli incidenti domestici, a cui è stato riservato un nuovo capitolo;
- uno sguardo alle nuove sfide derivanti dai flussi migratori e dalla necessità di una maggiore attenzione agli aspetti multiculturali nelle politiche sulla salute materno-infantile;
- un primo resoconto sui dati raccolti nel percorso di valutazione che ha accompagnato tutta la Campagna, con l’inserimento di una “pillola” sullo stato dell’arte della promozione dei singoli determinanti e di una descrizione dell’impianto generale.

Questa riedizione del manuale viene pertanto offerta in chiusura del progetto come strumento utilizzabile per le ricadute a livello periferico e come base per un *work in progress* che ottimizzi gli esiti delle esperienze pregresse e i dati raccolti, sui quali basare e meglio mirare gli interventi futuri sia a livello nazionale che regionale.

### Come è stato preparato il manuale?

Il materiale di base deriva dall’esperienza maturata nel progetto “Sei più uno”, (descritto successivamente), un Progetto di Ricerca Finalizzato, finanziato dal Ministero della

Sanità, ha visto nel corso del tempo revisioni e aggiornamenti grazie al contributo dei maggiori esperti a livello nazionale.

L'edizione presente ha mantenuto l'ossatura della versione precedente con una descrizione più ampia del progetto, una sintesi delle evidenze scientifiche in merito ai 7 interventi proposti e alcuni suggerimenti per una efficace comunicazione ai destinatari dell'intervento, oltre alle integrazioni sopra segnalate. Dato il gradimento riscosso dalle precedenti edizioni è stata mantenuta la struttura già adottata per consentire *diverse modalità di lettura*: ad una prima pagina limitata alle informazioni essenziali, segue un'informazione più esaustiva, adatta ad una consultazione più approfondita. La consistenza del volume è significativamente aumentata, ma questa impostazione dovrebbe garantire un utilizzo altrettanto agevole.

Gli aspetti comunicativi rimangono evidenziati nel paragrafo *"Il counselling in più"* che conclude ciascuno dei 7 capitoli<sup>1</sup>. 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<sup>2</sup>.

## Quali i destinatari del manuale?

Questo materiale è offerto a tutti gli operatori attivi sulle tematiche del progetto: pediatri di libera scelta, assistenti sanitari, medici e personale infermieristico dei servizi vaccinali, ostetriche e ginecologi territoriali, medici di medicina generale, pediatri e ginecologi ospedalieri, ostetriche e personale infermieristico dei punti nascita, tutto il personale dei consultori ed altri ancora.

Il manuale accompagna il materiale messo a disposizione dalla Campagna GenitoriPiù riservando una cura particolare a mantenere omogeneità tra i vari livelli di informazione della popolazione e di informazione e formazione degli operatori.

## Quali le attese?

Il progetto ha particolarmente enfatizzato una partecipazione attiva e un'assunzione sempre maggiore di iniziativa e responsabilità da parte dei genitori sulla salute dei propri figli e rilancia in chiusura l'importanza di questa indicazione.

Altrettanto è stato ed è chiamato a fare l'operatore che non è più soltanto un esecutore dei programmi, ma a cui viene chiesta 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.

<sup>1</sup> *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.*

<sup>2</sup> *Gangemi M., Quadri S., Il counselling in pediatria di famiglia, UTET Periodici, 2000. Quadri S., Il pediatra e la famiglia. Il counselling sistemico in pediatria, Il Pensiero Scientifico editore, 2006.*

# IL PROGETTO

## A. 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 della 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. Promozione che va esercitata nel rispetto delle libertà individuali e della cultura dei diversi gruppi sociali.

L'informazione tuttavia 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.

La Campagna GenitoriPiù ha confermato questa impostazione: avviata come campagna mediatica è andata via via assumendo la connotazione di un vero e proprio programma di salute pubblica.

### Quale l'obiettivo?

Scopo della Campagna: concorrere 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 strut-



turali 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 di tutti i messaggi prodotti 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 dovrebbe infatti 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.

Se con la Carta di Ottawa<sup>3</sup> riteniamo che "la *Promozione della Salute* è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla" un processo che permette ad un individuo o un gruppo di diventare "capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte", allora il compito degli operatori è quello di creare occasioni e fornire sostegno per aumentare "le possibilità delle persone di fare scelte favorevoli alla salute" mettendo "in grado le persone di imparare durante tutta la vita, di prepararsi ad affrontare le sue diverse tappe", di aumentare "la capacità soggettiva di una persona di passare da uno squilibrio all'altro"<sup>4</sup>.

3 Carta di Ottawa per la Promozione della Salute - 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute 17-21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada.

4 Il concetto di salute può essere così rivisitato alla luce della Teoria della Complessità: "La salute è l'abito giornaliero della vita: è plurale e non singolare, in quanto ogni soggetto è unico e non ripetibile, è dina-

## 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. la prevenzione degli incidenti attraverso l'utilizzo di mezzi di protezione in auto e la promozione della sicurezza in casa;
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:

<i>Comportamento</i>	<i>Protezione nei confronti di</i>
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. Promuovere la sicurezza in auto e in casa	Traumi stradali e incidenti domestici
6. Vaccinazioni	Specifiche malattie infettive
7. Lettura ad alta voce	Difficoltà cognitive e relazionali, dislessia

*mica e non statica, è una produzione soggettiva e non un prodotto oggettivo, in quanto è ogni soggetto a costruire per se stesso la propria salute: quindi è il lavoro di produzione soggettiva che qualifica la salute, non il prodotto ottenuto". È in questo senso che potremmo definire la salute "la capacità soggettiva di una persona di passare da uno squilibrio all'altro", Buscema P.M., Squashing Theory. Modello a Reti Neurali per la Previsione dei Sistemi Complessi, Collana Semeion, Armando, Roma, 1994.*

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*”<sup>5</sup> 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, 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).

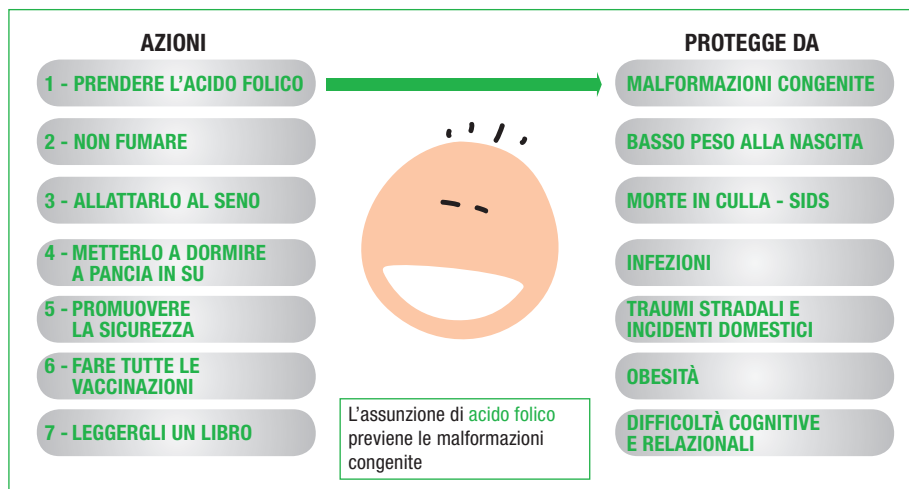
## Perché 7 azioni insieme?

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.

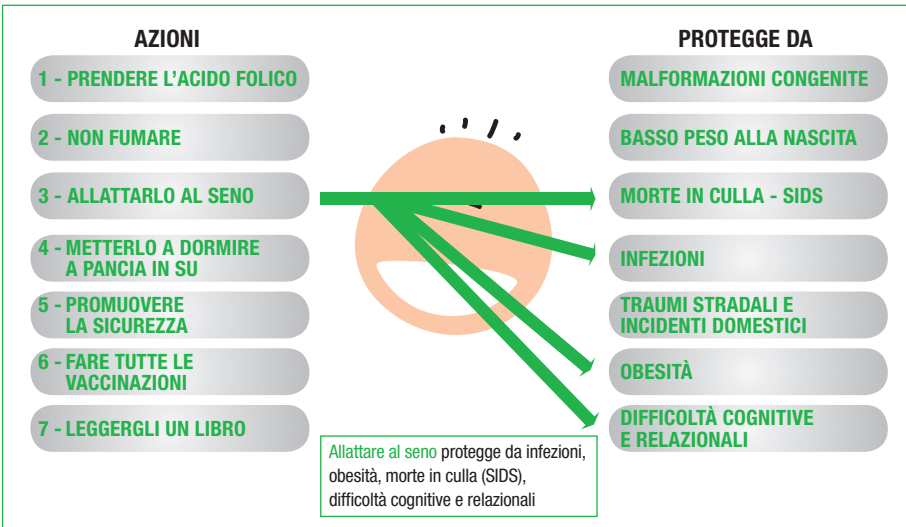
La letteratura scientifica disponibile sottolinea gli effetti positivi di questi comportamenti sulla salute infantile, mostrando:

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

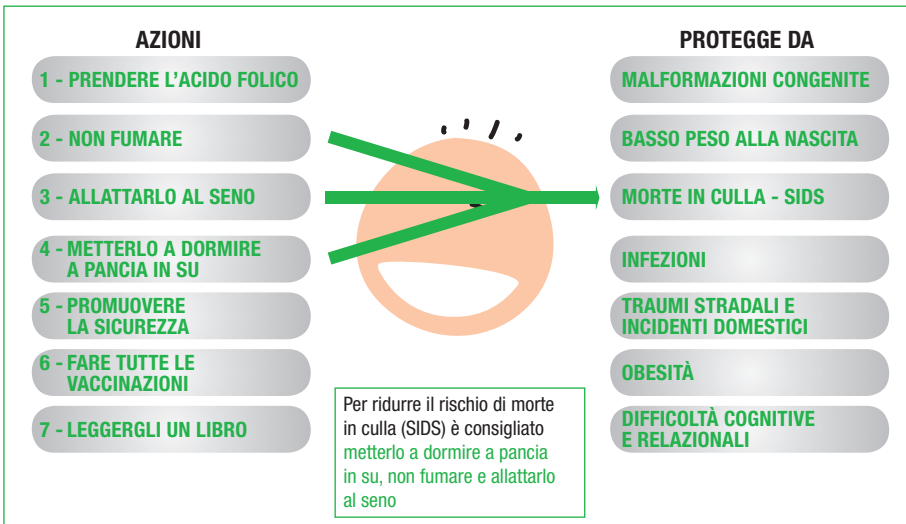


<sup>5</sup> *Literacy: insieme delle competenze relative alla lettura e alla scrittura che possono essere precocemente stimolate nei bambini in età prescolare e che ne faciliteranno successivamente l'autonoma capacità di lettura e scrittura.*

- 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 comunicare ed esercitare le loro attività 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, che rappresenta il filo conduttore comune: *sostenere senza sostituirsi*.

Questo profilo dovrebbe rappresentare una costante in tutti i livelli della cascata che va dal decisore istituzionale, ai responsabili dei servizi, agli operatori e alle famiglie. Sulla stessa lunghezza d'onda si pone il criterio di sussidiarietà che informa l'operatività a livello ministeriale verso le Regioni e a livello regionale verso le Aziende Sanitarie, con il risultato finale di una organizzazione di reti locali multiprofessionali capaci di costruire le risposte più adeguate alla specificità dei singoli territori.

## 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*<sup>6</sup>, Progetto di Ricerca Finalizzato finanziato dal Ministero della Sanità<sup>7</sup> 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<sup>8</sup>. 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.

6 P. Mastroiacovo, G. Tamburlini: “Sviluppo e valutazione di interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile”, *Organizzazione Sanitaria, Medico Bambino*, 5/2000.

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

8 <http://www.epicentro.iss.it/problemi/materno/sei+1.htm>, [www.csbonlus.org/?CONTENT=SEIPIUUNO](http://www.csbonlus.org/?CONTENT=SEIPIUUNO).

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 programma del Ministero della Salute “Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari”, di cui è partner, programma che prevede un intervento “multicomponenti” con attività di comunicazione e informazione per la salute.

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.), e sono riprese pressoché in tutti i piani programmatici a livello europeo, nazionale e regionale.

*A cura di Leonardo Speri e Mara Brunelli*

## B. L'Esperienza della Campagna "GenitoriPiù"

### Le Coordinate del progetto

Il Progetto "GenitoriPiù" è stato lanciato nel 2006 dalla Regione Veneto e coordinato dal Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 20 di Verona ([www.genitoripiu.it](http://www.genitoripiu.it)).

Nell'agosto 2007 (decreto n. 799 del 23-05-2007) è stato avviato come Progetto Nazionale per iniziativa del Ministero della Salute, anche per la sua riconosciuta innovatività. Dopo un primo consuntivo in occasione del Convegno di Verona il 25, 26 e 27 Giugno 2009, il Progetto si è concluso formalmente dopo 27 mesi di lavoro il 31.10.2009. Importanti attività di ricaduta sono ancora in atto in Veneto e in alcune altre regioni.

Il lavoro si è svolto su più piani, dalla **promozione** massmediatica rivolta alla popolazione con tutti gli strumenti disponibili, alla costruzione di **reti** (sia inter che intraregionali, ma anche interprofessionali), dalla **formazione** degli operatori alla **valutazione**, condotta quest'ultima dal Dipartimento di Statistica dell'Università Ca' Foscari di Venezia.

Viene qui di seguito presentato un bilancio del progetto distinto sulle quattro aree di lavoro individuate per orientare le attività, all'interno del quale oltre ad una breve descrizione dell'attività svolta viene presentata qualche considerazione sugli apprendimenti.

L'operatore interessato potrà approfondire le varie modalità di implementazione locale presso il sito del Progetto e presso la propria Regione, se aderente.

### Promozione

Il materiale prodotto e messo a disposizione a livello nazionale è stato rilevante:

- n. 9 spot TV (due complessivi e uno per ogni singola azione), e rispettive versioni radio, con il contributo degli attori/genitori Amanda Sandrelli e Blas Roca Rey;
- n. 1.200.000 brochure per le famiglie, pari ai nati di due anni in tutta Italia, distribuite sia nelle Regioni aderenti (625.500 copie), che in tutte le altre, che pur non applicando tutte le attività di progetto, si sono comunque impegnate nella distribuzione dei materiali (574.500 copie), col supporto anche dell'UNICEF;
- 14.200 poster distribuiti a cura della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) a tutti gli oltre 7.000 pediatri italiani; altri 7.200 a cura dell'UNICEF in altre sedi;
- matrice di un "Calendario delle Azioni" da inserire nei libretti pediatrici;
- tabellari per quotidiani e rotocalchi a diffusione locale e nazionale;
- redazionali per testate scientifiche e divulgative;
- sito WEB [www.genitoripiu.it](http://www.genitoripiu.it), contenente anche il materiale per gli operatori e pagine con domande frequenti (FAQ);

- spot animato multilingue (7 spot, uno per azione, con messaggio nelle 14 lingue straniere più parlate per un totale di 98 spot);
- brochure multilingue (n. 150.000, in 14 versioni).

La diffusione del messaggio attraverso i media, caratterizzata da disomogeneità probabilmente inevitabili, va considerata in un contesto che va oltre la distribuzione generica del materiale.

La positiva penetrazione del “Brand” *GenitoriPiù* e il ruolo svolto dalla re-interpretazione locale della Campagna da parte delle Regioni e dei loro operatori, spesso efficace e creativa, ricordano la necessità nelle campagne di marketing sociale di aver cura da un lato della semplicità, chiarezza e qualità dei messaggi, dall’altro di un’analisi approfondita degli spazi e dei filtri per raggiungere la popolazione interessata, e invitano ad utilizzare nuove idee e nuovi strumenti, come per esempio la *web-community*. La promozione nella popolazione necessita sempre in sanità pubblica della coerenza con l’effettiva offerta da parte dei servizi e con una omogeneità di intervento da parte degli operatori.

## Rete

La raccomandazione di “costruire reti”, non solo in sanità pubblica, rappresenta una indicazione tanto diffusa quanto a rischio di genericità. Nel corso della Campagna *GenitoriPiù* sono emerse in modo piuttosto sistematico oltre che la necessità, anche le opportunità e le difficoltà derivanti da un effettivo lavoro di rete, con indicazioni utili per gli operatori e decisori interessati.

La costruzione di una Rete delle Regioni, in un tempo relativamente breve, ha seguito un itinerario di crescita non-lineare, che ha mostrato a più livelli (nazionale, interregionale, intraregionale, ecc.) snodi di grande interesse. All’avvio attraverso il Tavolo Interregionale della Prevenzione che ha raccolto un primo gruppo di Regioni, è succeduta un’espansione e coinvolgimento di altri tavoli sopra/interregionali (Materno-Infantile, Allattamento, SIDS) e di altri gruppi di progetto, come “Passi”, Nati per Leggere, Pensiamoci Prima, Mamme Libere del Fumo, Guadagnare Salute<sup>9</sup>, che hanno senz’altro favorito parte delle adesioni, che alla fine hanno visto coinvolte 13 Regioni Italiane (Veneto – Capofila, Piemonte, Valle D’Aosta, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Umbria, Abruzzo, Molise, Calabria, Puglia, Sardegna), l’ASL di Milano e l’ASL Milano 2.

Sul piano della diffusione dei temi della Campagna, accanto al ruolo dei partner FIMP e Comitato Italiano per l’UNICEF (quest’ultimo attraverso la sua estesa e capillare rete locale), è stata registrata una particolare attenzione alle sinergie in ambito scientifico-culturale da parte dell’ACP, oltre che della SIN, della SIP e della SITI, anche al di là della concessione del patrocinio<sup>10</sup>.

Parallelamente alla costruzione di reti “istituzionali-operative”, la prima stesura e la revisione

<sup>9</sup> § link nei vari capitoli.

<sup>10</sup> § link a fine volume.



del presente Manuale per gli operatori è stata presa come occasione per tessere anche una rete “istituzionale-professionale” degli esperti sui singoli determinanti, coinvolti attivamente anche nella formazione. È stata così possibile, attraverso di loro, la valorizzazione delle progettualità convergenti come Pensiamoci Prima, Mamme Libere dal Fumo, Ospedali e Comunità Amiche dei Bambini per l’Allattamento (BFHI/BFCI OMS UNICEF), Nati Per Leggere, Leggere per Crescere o l’apertura ad altre come il progetto CCM sugli Incidenti Domestici<sup>11</sup>. Questa “tessitura” progressiva a livello nazionale ha facilitato una corrispondente tessitura di reti intraregionali tra servizi e operatori che in più di un caso hanno trovato la prima occasione di conoscenza reciproca e di dialogo, in particolare tra l’area della prevenzione e quella della salute materno-infantile: senz’altro uno dei risultati di processo più rilevanti e più segnalati dai partecipanti.

Questi due livelli istituzionali della rete (operativo e professionale) hanno permesso anche di mantenere una forte saldatura tra aspetti teorici (ricerca clinica, evidenze, raccomandazioni, ecc.) e loro traduzione pratica (filtri e tempi connessi, messaggi, metodologie comunicative, counselling, ecc.), un nesso fondamentale per la sostenibilità e l’efficacia dei singoli progetti.

Un ulteriore importante contributo, accanto a quello delle *reti formali*, è stato fornito dalle *reti informali* nate con GenitoriPiù: dal momento che l’incisività nell’implementazione dei progetti, in genere, è fortemente correlata con la motivazione professionale e personale degli operatori, oltre all’autorevolezza istituzionale delle strutture in cui operano i referenti, non appaiono trascurabili gli aspetti di conoscenza, fiducia e mutuo sostegno tra professionisti. Due livelli di un patrimonio di Rete che il progetto GenitoriPiù mette a disposizione.

Il lavoro di rete svolto mostra la necessità di superare l’attuale parcellizzazione delle politiche sulla salute materno-infantile, governate da tavoli paralleli centrati su singoli determinanti, per costruire invece uno spazio di pensiero e organizzativo comune su tematiche di fatto convergenti, per una visione più unitaria centrata sulle persone e sui loro bisogni.

## Formazione

Obiettivo della formazione avviata dalla Campagna GenitoriPiù era il trasferimento a livello periferico nel modo più tempestivo (rispetto agli eventi promozionali), più capillare e più omogeneo possibile di conoscenze e competenze sulle evidenze di efficacia delle 7 azioni, sull’implementazione (in particolare per la creazione di Reti locali) e la sensibilizzazione al counselling.

Il modello “a cascata”, è stato scelto per economizzare e impiegare al meglio le risorse umane interne delle strutture, valorizzandone le potenzialità professionali, creando empowerment e autonomia formativa decentrata. Particolare cura è stata riservata alla trasmissione ed al mantenimento di un filo conduttore legato allo spirito della Campagna, cioè la valorizzazione delle risorse della popolazione e un conseguente profilo meno autocentrato dell’operatore.

<sup>11</sup> Sinergie operative e nel percorso formativo sono state positivamente sperimentate in Veneto.

Obiettivi dichiarati della Formazione degli operatori:

- far acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti sui temi trattati da *GenitoriPiù* nonché sulle evidenze di efficacia degli interventi di prevenzione<sup>12</sup>;
- stimolare il miglioramento delle capacità relazionali e comunicative in tema di prevenzione e promozione della salute coerenti con lo spirito della Campagna, che promuove il passaggio “dalla prescrizione all’empowerment”;
- far acquisire strumenti e metodologie standardizzati e condivisi a livello nazionale per una programmazione e una valutazione di efficacia;
- promuovere la creazione di una rete di operatori.

La formazione centrale ha coinvolto circa 200 formatori nazionali in tre giornate: intrecciata con il percorso della Rete delle Regioni ha permesso la realizzazione locale di percorsi formativi in tutte le Regioni e ASL aderenti con uno coinvolgimento di oltre 10.000 operatori complessivi che hanno seguito moduli compresi da un minimo di 4 fino a 8 ore ed oltre, pressoché tutti accreditati ECM.

Ai fini della valutazione sono stati raccolti questionari di ingresso (oltre 6.000) i cui risultati vengono approfonditi nel presente manuale<sup>13</sup>.

Come indicazione di carattere generale risulta imprescindibile mantenere un nesso tra le attività di promozione e la parallela formazione degli operatori, garantendo un monitoraggio costante nel tempo di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti, per orientare la formazione permanente sui reali bisogni formativi. Va infine calibrata l’appropriatezza dell’intervento formativo rispetto al segmento di percorso nascita di volta in volta interessato, al ruolo del professionista e al bisogno presentato dall’utente in quella specifica tappa evolutiva.

Circa gli strumenti, il modello formativo si è mostrato ricco di potenzialità, con l’attenzione di ridurre al minimo nei vari passaggi della “cascata” gli elementi di distorsione/impovertimento, peraltro riscontrati solo occasionalmente. A sostegno di futuri sviluppi va segnalata la costruzione sperimentale da parte di alcune Regioni di percorsi formativi “FAD” o “Blended” su alcuni determinanti (Counselling Vaccinale, SIDS, Lettura ad Alta voce).

A questi eventi va aggiunto il Convegno del 25-26-27 Giugno 2009, “*GenitoriPiù: stato dell’arte. Un rilancio per il futuro?*” accreditato ECM, che ha visto oltre 200 partecipanti<sup>14</sup> e che ha rappresentato un fondamentale momento di analisi e condivisione in assetto formativo. Una parte è stata dedicata al ruolo della comunicazione nella promozione della salute con uno sguardo privilegiato all’aspetto etico della comunicazione a carattere sanitario rivolta alla popolazione e della divulgazione scientifica per gli operatori.

La prima edizione nazionale del manuale “Materiale informativo per gli operatori” è stata utilizzata e messa a disposizione in occasione delle tre giornate formative nazionali e diffusa in tutte le Regioni aderenti attraverso varie riedizione locali, nonché messa a di-

<sup>12</sup> I contenuti del precedente “Materiale informativo per gli operatori”, aggiornati ora in questo Manuale.

<sup>13</sup> § le parti dedicate alla valutazione.

<sup>14</sup> § [www.genitoripiu.it/convegni](http://www.genitoripiu.it/convegni).

sposizione on-line. Il manuale è stato riconosciuto di agevole utilizzo ed ha costituito un importante elemento su cui basare i contenuti dell'impianto formativo<sup>15</sup>.

## Valutazione

L'attività valutativa ha rappresentato un elemento di elevata qualità che ha accompagnato tutta la Campagna e che in fase conclusiva ha permesso, permette e, ancora, promette la massima capitalizzazione del lavoro svolto.

L'Università Ca' Foscari di Venezia – Dipartimento di Statistica e l'esperto in forza al progetto, hanno realizzato un articolato piano valutativo sia sul processo che sui risultati, corredando il tutto con report periodici e una costante interattività sia con lo staff centrale che con le Regioni. Un contributo articolato, al quale si rimanda per un'analisi dettagliata, è contenuto in queste pagine, sia sull'impianto generale, sia sui singoli argomenti, nelle "pillole di valutazione" inserite in ogni capitolo.

Va sottolineato in questa sede come il contributo portato abbia rappresentato un'indispensabile funzione terza rispetto all'operare dello staff e dei partecipanti, a cui potersi riferire per uno sguardo più obiettivo sulle attività intraprese, a partire dall'iniziale raccolta e restituzione di dati di scenario (ricostruzione del sistema organizzativo e delle iniziative già avviate nei diversi territori relativamente ai 7 determinanti).

Tra gli elementi di processo sottolineiamo solo l'emergere di una conoscenza molto diversificata sia nei genitori che negli operatori rispetto ai 7 determinanti, mostrando la forte differenza nelle risposte rispetto alla collocazione territoriale dell'intervistato (sia genitore che operatore), elemento che mette in evidenza come laddove siano stati sviluppati negli anni progetti orientati al benessere del bambino, le conoscenze e i successivi comportamenti corretti siano significativamente più diffusi.

I *Data Base* raccolti, per numerosità dei campioni, ricchezza dei campi e confrontabilità, costituiscono un patrimonio con potenzialità di indagine ed approfondimento davvero rilevanti, la cui rivisitazione in generale e "determinante per determinante" può guidare sia gli esperti/leaders dei progetti relativi alle 7 azioni sia i decisori delle Regioni.

## Conclusioni

Le indicazioni emerse sulle singole aree esaminate (Promozione, Rete, Formazione e Valutazione) possono solo in parte essere perseguite autonomamente e assumono più significato se inserite in un disegno complessivo ed integrato, peculiare del progetto *GenitoriPiù*. Le 7 azioni suggerite trovano senso se accompagnate dal tentativo di attuare una trasformazione nel sistema di relazioni genitori/operatori/servizi. L'oggetto della trasformazione nella promozione e produzione della salute infatti non può limitarsi al miglioramento

<sup>15</sup> Edizione originaria della Regione Veneto ha avuto una tiratura di 8.000 copie, la presente edizione ha raggiunto il n. 33.500.

dell'organizzazione dei servizi, dell'informazione degli operatori e degli stessi genitori: coinvolge soprattutto il sistema di relazioni tra di loro.

Il modello progettuale ha assunto inoltre come metodologia le parole chiave proposte dal Ministero, “*benchmarking*”, “*empowerment*”, “*tayloring*”, con obiettivi trasformativi in cui il risultato dovrebbe risiedere più nel “come” che nel “cosa”. Su questo “come” poggiano le diverse ed articolate architetture progettuali locali che, esperti dei propri territori e della propria popolazione, gli operatori delle diverse regioni sono stati chiamati a reinventare.

Prendersi cura di tutto questo e “*Sostenere senza sostituirsi*” è la filosofia che, dovrebbe guidare l'operatore nei confronti della famiglia ma anche l'istituzione di cura nei confronti dell'operatore in tutti i passaggi del progetto.

Non sono mancate criticità su cui poggiare ulteriori apprendimenti. Una tra queste: le lacune nell'individuazione dei problemi e nell'elaborazione di adeguate strategie per colmare le disuguaglianze in salute, con riflessioni aperte sul problema dei gruppi esclusi e sulle specificità delle popolazioni immigrate, alle quali sono state dedicate risorse ed attenzioni nella fase finale del progetto.

La raccomandazione conclusiva, dati i risultati raggiunti e le indicazioni ricavate e data la singolarità dell'essere umano nelle diverse fasi del *continuum* concepimento/nascita/sviluppo, è che i decisori, a tutti i livelli, dovrebbero impegnarsi all'apertura di una linea progettuale innovativa e permanente, specificatamente dedicata alla promozione della salute dal periodo pre-concezionale fino ai primi anni di vita.

*A cura di: Leonardo Speri, Lara Simeoni*

## GenitoriPiù: un'emozione che diventa progetto

Ogni progetto è sempre debitore di un “pensiero di gruppo”. Ogni “pensiero di gruppo” nasconde tra le pieghe del suo enunciato una “idea” del suo oggetto, debitrice di quel particolare momento storico. Ogni “idea” vive di “emozioni” a loro volta debtrici dell’incontro tra istanze diverse, quanto diversi sono i mondi reali e mentali delle persone che si incontrano tra loro. Ogni “progetto” è un figlio, prodotto di un incontro. L’oggetto del progetto GenitoriPiù sono i “figli”, le bambine e i bambini più piccoli. Ogni figlio è un “progetto”, la proiezione di un coppia, di un gruppo, di una comunità verso il futuro.

L’“idea” di GenitoriPiù è che di questo futuro si possa e ci si debba prendere cura. Le “emozioni” di cui vive questo progetto sono ancora forse da esplorare, ma sicuramente questa cura ci riguarda. La mancanza di progetti abita lo stesso arido terreno che provoca la mancanza di figli. La scarsa attitudine ad una visione del futuro e la voracità nel consumo del presente rendono una comunità sterile, incapace di progettare. La sterilità non è ovunque e allo stesso modo: si manifesta all’interno di singoli difficili microclimi, risparmiandone altri. Nel tempo della sterilità i figli e i progetti diventano molto, molto preziosi.

I figli in epoca di sterilità quindi non hanno prezzo, eppure rischiano di non contare niente. Talvolta sono soprattutto prodotti, immaginati così innaturalmente perfetti, da non poter includere le diversità, se non come difetti. Rimarranno, contemporaneamente, prodotti da consumare e consumatori, appetiti clienti di mercanti che fanno conto sulle ansie e sulla vanità delle madri e dei padri. Terra di conquista e di abbandono sono considerati di proprietà e non padroni di sé stessi e del proprio futuro. Quando inteneriscono vengono contesi, quando richiedono responsabilità, spesso vengono lasciati a se stessi e, se possibile, dimenticati. Sempre più precocemente fanno irruzione nella vita e si misurano con i rischi della fretta del nascere. Un imponente e spesso inappropriato dispiegamento tecnologico li accompagna. Questo dispiegamento di forze sembra irridere ai “modesti” mezzi di cui sono dotati i genitori: li lascerà ben presto soli e con il fardello di scoraggiati interrogativi sulle proprie capacità.

C'è un isomorfismo tra figlio e progetto<sup>16</sup>: anche i progetti in epoca di sterilità non hanno prezzo, eppure rischiano di non contare niente.

Sono anch'essi prodotti da consumare, buoni per un momento, rilevanti a breve scadenza, irrilevanti in proiezione futura.

I progetti sull'infanzia hanno un'appeal straordinario, quanto corto respiro. Sono spesso considerati, come i figli, "di proprietà" e non padroni di se stessi e aperti al mondo. Si alternano nell'avventura di venire contesi, e di essere lasciati a se stessi, magari dimenticati. Sono oggetto di consumo più che di investimento.

Ma i figli, ogni singolo figlio, sono soprattutto la testimonianza che il venire al mondo è incoercibile, e che la vita comunque si fa strada tenacemente: laddove una comunità si è inaridita può succedere che un'altra, piena di bisogni ma anche più fertile prenda il suo posto. Nel venire al mondo resuscitano le qualità migliori, richiamano in vita forze profonde, esigono un aver cura che talvolta può sembrare impraticabile, ma che sta sempre nelle possibilità di ogni madre e di ogni padre.

A questi genitori, a tutti i genitori, si rivolge il pensiero di un progetto concepito sui bisogni. La salute dei loro figli, il primo e il più imperioso dei loro pensieri, in realtà si sostiene ancora oggi, in tempi di grande dispiegamento tecnologico in alcune semplici cose, ma di grande valore.

La maggior parte di queste sta in un'attitudine alla cura che ogni singola famiglia, nella varietà delle sue forme attuali, ha nel bagaglio con cui affronta la vita.

I genitori hanno più competenze di quanto ci si aspetti: il compito dell'operatore della salute è di aiutare le madri per prime, i padri e chi sta intorno a loro a ritrovare coraggio e ritornare ad esprimere le proprie - tutt'altro che modeste - potenzialità.

Su queste conta GenitoriPiù per promuovere, prima ancora che la salute, la capacità degli individui di "produrre la propria salute".

Per attivare questa capacità bisogna "Sostenere senza sostituirsi" ed è indispensabile una rinuncia narcisistica: la crescita dell'altro viene accompagnata da un accudimento condiviso, che accetta di assoggettare il narcisismo del proprio fare ai bisogni dei genitori e dei loro figli.

Incontrare i fallimenti ed i successi come irrinunciabili "occasioni di apprendimento" diventa l'occasione per trasmettere ai figli un messaggio prezioso e nel contempo ridurre l'idealizzazione e la pretesa di successo e di una impossibile perfezione: imparare dai propri errori. Ma per far questo si passa attraverso una valutazione che prima di tutto "conferisce valore" e contrasta la svalutazione che viene dalla banalizzazione e dalla sciatteria.

Occorre avere e trasmettere coraggio e tenacia e saper vedere gli apprendimenti nella loro proiezione futura, per affrontare insieme, genitori e figli, le sfide del futuro.

*A cura di Leonardo Speri, Lara Simeoni*

<sup>16</sup> Speri L. "Reggi la corsa, del tuo meglio. La Pratica della Bellezza, tra angoscia e progetto" In: a cura di F. Natili e M. Tomè, *Il progetto della bellezza. La progettualità degli individui e delle istituzioni*, Guerini e Associati, Milano, 2006.

## GenitoriPiù, un utile sforzo titanico

### L'importanza degli interventi precoci per lo sviluppo del bambino

Le prime epoche della vita, a partire dallo sviluppo embrio-fetale ai primissimi anni di vita, sono cruciali per lo sviluppo del bambino nel suo insieme e dei suoi vari organi e apparati: dal sistema nervoso centrale a quello immunitario, respiratorio e gastrointestinale.

I primissimi anni di vita sono particolarmente importanti per lo sviluppo delle competenze del bambino e della sua capacità di acquisirne delle nuove, cosa che sappiamo dovuta al modellamento precocissimo delle basi neurobiologiche delle funzioni relative al linguaggio e più in generale alla vita di relazione. Le intuizioni sull'importanza degli eventi precoci sullo sviluppo del bambino di molti studiosi del secolo scorso, a partire dalla nostra Maria Montessori, hanno trovato conferma in studi recentissimi, sia di tipo neurobiologico, relativi ai tempi di sviluppo della rete neuronale, sia di tipo osservazionale, relativi alla capacità del feto, già a partire dalle 24-25 settimane, di rispondere a suoni e di compiere movimenti finalizzati, oppure del neonato di riconoscere all'olfatto ed alla vista il seno ed il viso materni, e di memorizzare suoni e parole.

La nostra stessa visione del mondo, più o meno fiduciosa e "facile" ai rapporti con il prossimo, oppure diffidente e "difficile", dipende, oltre che ovviamente dal patrimonio genetico, anche dalle modalità di attaccamento con la figura o le figure adulte di riferimento durante il primo anno di vita.

Di tutto quello che accade nelle prime epoche della vita siamo inoltre ormai in grado di misurare gli effetti a distanza, e cioè in età adulta, in termini di stato di salute generale, di funzionalità e di rischio cardiovascolare, metabolico e respiratorio, di rischio di tumori, di rischio di andare incontro a patologie autoimmuni e allergie. Lo stesso si può dire della nostra salute mentale, del rischio di sviluppare disturbi dell'umore, o semplicemente di avere un rapporto difficile con noi stessi e con il prossimo. Infine, in base a quanto sappiamo essere successo (o non successo) nei primissimi anni di vita, possiamo prevedere entro certi limiti il successo scolastico, l'avvenire lavorativo, il rischio di dipendenze, e così via.

### La prospettiva di un intervento precoce, tra genetica e ambiente

Tali precoci e importanti influenze di quanto accade nelle prime epoche della vita, aggiunte al fatto che un'altra buona fetta del nostro futuro sta scritta nei nostri geni, farebbero pensare in effetti che la nostra vita sia di fatto predeterminata, che il sapere moderno non faccia che confermare il concetto di *karma* orientale e che non ci resti che attendere di vedere quello che ci riserverà il destino. In realtà le cose stanno in un modo abbastanza diverso: è proprio grazie a quanto abbiamo appreso sulle precoci interazioni tra genetica e ambiente, che oggi sappiamo essere bilaterali e importanti ben oltre quanto si potesse

pensare solo pochi anni fa, che viene disegnato uno scenario che rimette il singolo bambino che cresce, come le nuove generazioni nel loro insieme, e noi che ne siamo i genitori e i responsabili, di fronte ad un ventaglio di possibilità e di potenzialità molto vasto. Questo ventaglio di possibilità è il prodotto delle predisposizioni (che si esprimono quindi in via probabilistica, e non deterministica) genetiche e delle interazioni possibili tra le basi genetiche ereditate e le esperienze e le esposizioni ambientali precoci e precocissime. Possiamo infatti immaginare il patrimonio genetico come una delle infinite possibili configurazioni di un terreno che dal monte porta a valle, con un'architettura di volta in volta diversa di avvallamenti e fenditure che tendono quindi a far prendere all'acqua specifiche direzioni, e l'influsso dell'ambiente come l'opera di un mitologico "titano"<sup>17</sup> che può modificare le pendenze, creare ostacoli e terrazzamenti e aprire nuovi sbocchi. La configurazione iniziale del terreno inevitabilmente pone dei limiti all'opera successiva, ma quest'ultima tuttavia può avere una influenza decisiva sul risultato ultimo, la direzione e il flusso dell'acqua verso valle, che nella metafora rappresenta lo sviluppo del bambino. Di queste due componenti, genetica e ambiente, la prima è ancora sostanzialmente immodificabile (ma siamo solo ai primi passi dell'ingegneria genetica) la seconda è invece malleabile, ma può richiedere fatica e comunque dipende da cosa muove l'animo del "titano". Infatti, l'opera del "titano" (che siamo noi, noi genitori, la famiglia, gli amici, la comunità, la scuola, la società intera) dipenderà dalle finalità del suo operare, ad esempio quella di farsi carico di chi verrà dopo di lui, o, al contrario, di perseguire qualche vantaggio immediato senza curarsi dei risultati a lungo termine. Ecco, il paradosso è che il "titano" dei giorni nostri, pur più ricco che mai di sapere tecnico, è pericolosamente miope rispetto al senso del suo lavoro, e non a caso ci sono stime fondate che le nuove generazioni possano essere le prime nella storia dell'uomo a conoscere condizioni di vita peggiori di quelle delle generazioni precedenti, a causa non solo del degrado ambientale ma anche, e forse soprattutto, di quello della coesione sociale.

## GenitoriPiù: un orizzonte di senso per gli sforzi della Comunità

Il senso di "GenitoriPiù", mettendo assieme la volontà, la sapienza e la capacità di professionisti della salute, di genitori, di educatori, di esperti di salute pubblica, di amministratori, è quello di far assumere al "titano" e ai suoi sforzi, sulla base delle migliori conoscenze, una visione di lungo termine, finalizzata a contribuire in qualche misura al miglior sviluppo fisico e mentale del bambino. Un disegno, quindi, frutto di pensiero comune e che, nel realizzarsi - poiché è impossibile che non ci siano errori e difficoltà di percorso e perché nel frattempo le conoscenze evolvono, l'esperienza ci presenta nuove possibilità - può anche acquistare nuove forme e magari anche nuove forze. È una bella storia, quella di "GenitoriPiù". È nato da un progetto di ricerca "finalizzato" del Ministero della Salute, di quelli che, per definizione, dovrebbero produrre conoscenze

<sup>17</sup> Nella mitologia greca i titani rappresentano divinità gigantesche che presiedono con la loro forza al governo di vari aspetti del mondo.



utili a migliorare lo stato di salute di gruppi di popolazione (ma non tutti ci riescono, anzi), riuscito ad andare in porto nonostante le difficoltà di mettere assieme istituzioni accademiche, centri di ricerca non profit, Amministrazioni Regionali, grazie da una buona dose di buona volontà oltre che a qualche felice intuizione. Il progetto naturalmente ha avuto una conclusione, ma il fatto stesso che sia riuscito a coinvolgere così tanti operatori e istituzioni, e si sia quindi fatto conoscere, ha fatto sì che altre persone di buona volontà (certo, ci sono stati gli Enti maggiori, quali il Ministero della Salute e la Regione Veneto, ma gli Enti operano felicemente attraverso le persone che ci credono) hanno ritenuto che il progetto si potesse rilanciare e riproporre, prima su base regionale poi su base nazionale, creando quello che, allo stato attuale, è uno dei maggiori interventi di prevenzione primaria mai realizzati nel nostro paese, con una mobilitazione di operatori, esperti, ma anche e soprattutto di genitori che ha pochi eguali in Europa, e che è conosciuto in altri paesi, che l'hanno ripreso e riproposto. Il lavoro fatto finora e l'incontro-bilancio di Verona del giugno 2009 ha consentito di aggiornare il materiale di formazione, lavoro di cui questo volume è il frutto, e soprattutto di valutare se lo sforzo portava a dei risultati. I risultati si sono visti dove si è lavorato di più e meglio, cosa più che ovvia, e che però significa che se il progetto è stato ben pensato e che se si lavora bene, i risultati arrivano. Teniamo conto che l'impresa, riprendendo la metafora precedente, era e resta "titanica". Si tratta di offrire ai nostri bambini qualche possibilità di salute e sviluppo in più di quelle che in molti casi avrebbero, si tratta di preoccuparsi delle generazioni che seguiranno lasciando loro la migliore eredità possibile. Dovrebbe essere cosa scontata ma così non pare sia: nonostante fior di economisti insistano sugli investimenti precoci, in educazione e in salute soprattutto, il mondo, sia quello ricco che quello che tenta di uscire dalla povertà, sembra infatti puntare sulla ricerca di benefici immediati. Qualcuno ha manifestato la preoccupazione che si voglia insegnare ai genitori "cosa fare", togliendo in questo modo loro autonomia. Francamente, c'è da ritenere che il pericolo sia oggi opposto, quello che la società lasci i genitori soli, senza mettere in comune conoscenze di cui pure oggi disponiamo in misura straordinariamente maggiore che in passato, senza tentare di restituirle sotto forma di nuove competenze e di nuove sicurezze. "GenitoriPiù" è infatti un progetto che, pur nella semplicità delle azioni raccomandate, mira ad un obiettivo che va oltre la proposizione di buone pratiche: quello di dare un contributo ai nuovi genitori per farli più consapevoli delle proprie potenzialità e di quelle dei propri bambini. Un obiettivo che meritava e merita di essere perseguito.

*A cura di Giorgio Tamburlini*

# NUOVE FAMIGLIE E NUOVI BAMBINI... TRA BISOGNI E DIRITTI

## Premessa<sup>18</sup>

### Un'apertura necessaria

Il problema delle disuguaglianze in salute ha attraversato tutto il progetto GenitoriPiù, con l'interrogativo di quanto impegno potesse essere riservato alle fasce di popolazione più fragili a fronte di un così consistente sforzo complessivo prodotto, sottolineando la difficoltà a "tenere incluso" un aspetto che nella percezione degli operatori richiedeva ben altre energie ed attenzioni.

I dati rilevabili attraverso la Campagna GenitoriPiù hanno registrato differenze significative sulle variabili "Istruzione" e "appartenenza territoriale" (Nord/Sud). Tuttavia nel corso del progetto è apparso chiaro agli operatori impegnati nelle varie regioni che la mancata attenzione alle disuguaglianze connesse con lo status di famiglia immigrata costituiva una lacuna, a cui si è iniziato a rispondere almeno dal punto di vista della produzione dei materiali (spot e brochure multilingue).

Una lacuna tanto più importante quanto è in aumento il fenomeno, con picchi molto alti in alcune aree.

Facilitare l'accesso ai servizi ed alle fonti di informazione diventa cruciale per raggiungere queste famiglie e per evitare ciò che viene da più parti segnalato, cioè di come programmi non sufficientemente attenti a questi aspetti rischiano di aumentare anziché diminuire le disuguaglianze, indurre atteggiamenti rinunciatari o prescrittivi da parte degli operatori, aumentando il *dis-empowerment* delle famiglie, già in difficoltà nel chiedere. Alcune condizioni di base trascendono la competenza squisitamente sanitaria e riguardano la cosiddetta *health literacy* da un lato e l'assetto normativo dall'altro più meno favorente, più in generale quindi il livello di integrazione, ma conoscere questi aspetti è almeno un modo per cominciare ed essere più consapevoli.

<sup>18</sup> Premessa a cura di L. Speri, L. Simeoni.

## A. Uno sguardo internazionale (fuori della porta)

### Gli immigrati in Italia: l'entità del fenomeno

Oggi in Italia un abitante su 14 è di origine straniera.

I nuovi cittadini e le nuove cittadine provenienti da altri Paesi e residenti in Italia erano 2.670.514 nel 2005 e sono risultati 3.891.295 alla fine del 2008, ma arrivano a circa 4.330.000 includendo anche le presenze regolari non ancora registrate in anagrafe. Incidono, quindi, tra il 6,5% (residenti) e il 7,2% (totale presenze regolari) sull'intera popolazione; i più giovani (minori e giovani fino ai 39 anni) sono il 10% di tutti i giovani.

La regolarizzazione di settembre 2009 di colf e badanti, ha coinvolto quasi 300 mila persone, l'Italia così oltrepassa abbondantemente i 4,5 milioni di presenze: siamo sulla scia della Spagna (oltre 5 milioni) e non tanto distanti dalla Germania (circa 7 milioni).

L'età media degli stranieri è di 31 anni, contro i 43 degli italiani.

I minori sono più di un quinto della popolazione straniera (862.453) e arrivano ad un sesto considerando i figli con un solo genitore straniero. I nuovi nati da entrambi i genitori stranieri (72.472) sono stati nel 2008 il 12,6% delle nascite totali registrate in Italia. Ad essi si aggiungono altri 40.000 minori venuti per ricongiungimento.

### Chi sono?

Prevalgono le presenze di origine europea (53,6%, per più della metà da Paesi comunitari). Seguono gli africani (22,4%), gli asiatici (15,8%) e gli americani (8,1%).

Le comunità più numerose sono i rumeni (800 mila, 53% donne), gli albanesi (440 mila, 45% donne), i marocchini (400 mila, 42% donne), i cinesi (170 mila, 48% donne) e gli ucraini (150 mila, 80% donne).

Questi cittadini, per la stragrande maggioranza, affrontano volontariamente il processo migratorio per motivazioni economiche e per cercare una vita migliore.

Diversa è la condizione dei migranti forzati, i rifugiati<sup>19</sup> e i richiedenti asilo<sup>20</sup>.

I rifugiati nel mondo sono più di 10 milioni e per l'80% si trovano nei paesi in via di sviluppo. Nell'Unione Europea sono in aumento. In Italia più di 30.000 persone hanno presentato domanda d'asilo e di protezione e sono l'116% in più rispetto al 2007.

<sup>19</sup> I **rifugiati** sono coloro che sono costretti a migrare perché hanno paura di persecuzioni per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un gruppo sociale, per le opinioni politiche, per la guerra o violazioni dei diritti umani.

<sup>20</sup> Il **richiedente asilo** è colui che fuori del proprio paese fa domanda d'asilo per il riconoscimento dello stato di rifugiato.

## Perché sono qui?

La crisi economica mondiale ha acuito l'ingiustizia nei rapporti politici e sociali tra le nazioni del Nord economicamente sviluppato e le nazioni povere del Sud del mondo e anche all'interno dei paesi ricchi, aumentando le aree di fragilità e di precarietà e le disuguaglianze in salute sia interne, sia verso i nuovi cittadini. La difficoltà ad inserirsi regolarmente nel mondo lavorativo, ad integrarsi in una società che sta diventando sempre meno accogliente e più paurosa nei confronti dell'altro/a, a trovare un alloggio decente, ad entrare in una scuola che valorizzi le differenze, aumenta la fragilità di persone già fragili.

Hanno lasciato la loro casa che, per quanto povera, era "loro", un luogo di affetti, di famiglia accogliente, ma non ne trovano un'altra se non dopo anni di duro lavoro precario e solitudine. *Dove vivono?* Nelle case, spesso (o quasi sempre) in coabitazione, nei quartieri, nei Centri di accoglienza, nei Centri di Permanenza Temporanea (CPT), nei "Centri di Accoglienza Richiedenti Asilo" (CARA).

## Quali strumenti per occuparci di loro?

Con loro lavorano prevalentemente operatori della Croce Rossa Italiana, del 3° settore e volontariato. I Mediatori Culturali sono impegnati a facilitare la comunicazione e la comprensione del Paese dove si trovano a vivere, perché la fruizione reale del diritto alla Salute spesso rimane sulla "*Carta di Soggiorno*".

Per la fruizione dei servizi offerti dal SSN sembra essere prioritaria la formazione di tutti questi operatori. A questo riguardo è fondamentale l'attivazione della Rete dei Servizi di 1° livello che è l'insieme integrato dei servizi alla persona, le attività e prestazioni volte a favorire il benessere di tutti coloro che si trovano in situazioni di bisogno socio sanitario: *primary health care* della Carta di Alma Ata.

La rete dei Servizi<sup>21</sup> è l'insieme integrato dei servizi alla persona che esce dal paradigma della cura (anamnesi, esame obiettivo, diagnosi e prognosi, cura) per assumere il modello della "**presa in carico globale**" della persona nel territorio e della unitarietà degli interventi; fa da guida e collante per gli interventi integrati in favore di soggetti con particolari necessità assistenziali. Si tratta di attivare quindi, di volta in volta, in maniera sistematica, un processo integrato di presa in carico dei bisogni sociosanitari tra i Servizi Sanitari nelle diverse professionalità. (Es. Punto Unico di Accesso-PUA per le malattie croniche o l'Offerta Attiva).

Mantenere un punto di vista globale, unitario, integrato è necessario anche quando il focus è sui più piccoli, per l'interdipendenza evidente che, soprattutto nel caso degli stranieri, ha il prendersi cura dell'intera famiglia e dell'intera comunità di migranti a cui questa fa riferimento.

<sup>21</sup> La rete dei Servizi è formata dalla Medicina di Base, la Pediatria di Famiglia, i Consultori Familiari, i Servizi Vaccinali, l'Assistenza Domiciliare Integrata, i Centri di Salute Mentale, i Servizi di Tutela della Salute Mentale e Handicap, i Servizi per le Dipendenze (Ser.T), i Servizi per gli Adolescenti, i Centri per l'Educazione Sanitaria, i Programmi di Screening, gli Ambulatori STP e la Mediazione Culturale, le Case del Parto, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, di Tutela dei Lavoratori e Lavoratrici, l'Assistenza Farmaceutica.

Fare rete nei Servizi Sanitari significa consentire al proprio interlocutore, soprattutto quello più fragile, di conoscere e quindi di fare domande in modo appropriato e agli operatori più indicati. L'operatore pertanto dovrà lui per primo:

- avere la mappa dei Servizi Sanitari e Sociali del territorio e delle figure professionali;
- riuscire ad individuare il proprio interlocutore;
- conoscere i rispettivi campi d'intervento, obiettivi e linee di attività;
- conoscere i rispettivi percorsi di prevenzione, di diagnosi e di cura;
- avere occasioni di incontro per definire le necessità assistenziali e le possibili soluzioni, definire un percorso comune e condiviso e indicatori per la valutazione;
- avere – infine – il riconoscimento istituzionale del percorso elaborato, sperimentarlo e metterlo a regime.

### La donna straniera cosa vuole dal Servizio Sanitario?

- Capire cosa le sta accadendo: ha perso la sua famiglia d'origine che, quando stava male, dava un senso al sintomo e spesso non trova nell'operatore sanitario un interlocutore comprensibile, che spieghi con parole semplici l'efficacia di un trattamento o il perché di un accertamento o di un'azione di prevenzione.
- Comunicazione efficace: vuole ricevere inviti e informazioni in una lingua a lei comprensibile, magari con l'aiuto di una mediatrice culturale o di un operatore sanitario preparato alla comunicazione.

### Ogni donna, italiana o straniera, vuole:

- Tempo per essere ascoltata.
- Facile accessibilità e flessibilità dell'organizzazione sanitaria che sia compatibile con la complessa organizzazione della sua giornata di vita lavorativa e familiare.
- Percorsi di prevenzione, assistenziali e diagnostici integrati e definiti: una volta che ha accettato di sottoporsi ad una azione di prevenzione, vuole poter accedere agevolmente al secondo livello diagnostico e sapere che fare rapidamente una volta scoperta una patologia.
- Che i servizi sanitari e gli operatori siano caratterizzati da efficienza e professionalità, gentilezza, empatia ed umanità.
- In poche parole le donne, italiane e straniere, vogliono le stesse cose: qualità alta degli interventi, stare bene con se stesse, con i bambini e la famiglia!

*A cura di Maria Edoarda Trillò*

### Bibliografia essenziale

1. *Immigrazione. Dossier Statistico 2009. XIX Rapporto.*
2. *The Alma Ata Declaration on primary health care, 6-12 settembre 1978, Alma Ata. URSS.*

## B. Uno sguardo alla legislazione

### Il diritto all'assistenza sanitaria del bambino straniero dopo il "Pacchetto Sicurezza"

Il profilo di salute degli stranieri in Italia è condizionato da molteplici fattori ed eventi tra gli altri ricordiamo: la possibilità di avvenuta esposizione nel Paese di provenienza a eventuali specifici fattori di rischio (ambientali, microbiologici, culturali/comportamentali); il percorso migratorio, a volte particolarmente logorante sul piano fisico e psicologico; infine al momento dell'arrivo nel Paese ospite, la capacità di accoglienza della società – condizionata e in parte anche condizionante lo status giuridico – e il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio-assistenziali.

Il bambino non sfugge, con i dovuti aggiustamenti, da queste dinamiche ed in particolare la tutela del bambino nato in Italia da genitori stranieri dipende dalle politiche di accoglienza ed integrazione.

Un approccio pluridimensionale alla promozione della salute dei bambini stranieri non può quindi, ignorare l'elemento della "permeabilità" dei servizi, come questione determinante per garantire percorsi di tutela sanitaria specifici nell'ambito di una più generale funzione di *advocacy* e di contrasto alle disegualianze da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Ci sembra essenziale, in un momento storico di diffuso ed acceso dibattito politico e sociale sull'immigrazione nel nostro paese, inquadrare l'aggiornamento normativo specifico sulla tutela sanitaria, nel più vasto tema dello sviluppo sociale e della salute globale, come indicato da diversi documenti europei.

Le politiche sanitarie per la tutela degli immigrati e dei rifugiati in Italia sono un patrimonio relativamente recente. Se ne comincia a parlare agli inizi del 1990 ma solo nel 1998 il tema viene affrontato compiutamente con la legge n. 40 (la cosiddetta "Turco Napolitano") poi confluita nel Testo Unico (TU) sull'immigrazione (*D. Lgs n. 286 del 25 luglio 1998*). Il regolamento d'attuazione di questa legge (*DPR n. 394 del 31 agosto 1999*) ed una Circolare del Ministero della Salute (*n. 5 del 24 marzo 2000*) completano l'impianto normativo coerente con il mandato costituzionale di garanzia di cure "... come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività..." (art. 32 della Carta Costituzionale).

L'articolo n. 34 del TU dal titolo "Assistenza per gli stranieri iscritti al SSN" contiene le norme per gli immigrati "regolarmente soggiornanti" sul territorio nazionale cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno; l'art. 35 dal titolo "Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN" affronta il tema di tutela sanitaria "a salvaguardia della salute individuale e collettiva" anche nei confronti di coloro "non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno", i cosiddetti irregolari e/o clandestini (Stranieri Temporaneamente Presenti – STP). L'art. 36, dal titolo "Ingresso e soggiorno per cure mediche", definisce le condizioni necessarie affinché un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Questi atti sanciscono definitivamente l'emersione del diritto alla salute e all'assistenza

sanitaria per i cittadini stranieri presenti nel territorio nazionale con l'obiettivo dichiarato di includere a pieno titolo i rifugiati e gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria, a parità di condizioni e pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al SSN, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure, è stato vietato, da parte delle strutture sanitarie, la segnalazione all'autorità di polizia della presenza di immigrati irregolarmente presenti che richiedono aiuto medico.

Quest'ultima scelta è stata confermata dall'esortazione dell'Assemblea del Parlamento Europeo, che, con la risoluzione n. 1.059 del 2006, invita ogni Stato ad *"eliminare qualunque obbligo riservato al personale sanitario ... di fare rapporto ai poteri pubblici della presenza di immigrati irregolari"*. In questo senso, l'Italia ha dal 1995 una specifica normativa di tutela (D. L. n. 489/95, alcune ordinanze ministeriali, poi consolidate nel citato D.Lgs.n. 286 del 1998 e in altre norme collegate) che è bene ribadire sempre nella sua assoluta validità, anche e soprattutto come strategia di sanità pubblica, oltre che come obbligo deontologico (vedi il recente, "Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità", 2007, della FNOMCeO).

Considerando questa impostazione, la proposta di abrogare il divieto di segnalazione contenuta nel cosiddetto *"Pacchetto Sicurezza"*, discusso a partire da ottobre 2008 non era coerente con le politiche di tutela ed assistenza vigenti e con una pianificazione nazionale sempre impostata con obiettivi "inclusivi". Grazie alla reazione unanime del mondo socio assistenziale (tutti gli ordini professionali, società scientifiche, enti locali, singoli operatori, società civile) la proposta è stata stralciata e quindi la norma è rimasta invariata. La vicenda purtroppo non si è conclusa, poiché l'approvazione finale della L. n. 94 del 15 luglio 2009 recante *"Disposizioni in materia di sicurezza pubblica"*, introduce nell'ordinamento italiano il reato di ingresso e soggiorno illegale, e pertanto obbliga, essendo reato perseguibile d'ufficio ai sensi di due articoli del codice penale (artt. 361 e 362), i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio alla denuncia. Anche se ciò non vale per la sanità proprio per la validità del divieto di segnalazione, questa situazione di "doppia norma" ha prodotto confusione e discrezionalità tra gli operatori e diffuso timore da parte degli immigrati. Per chiarire in modo inequivocabile l'approccio, 14 Regioni (Toscana, Piemonte, Puglia, Lazio, Umbria, Marche, Liguria, Campania, Valle d'Aosta, Veneto, Calabria, Emilia Romagna, Molise, Sicilia) ed una provincia autonoma (Alto Adige) hanno emanato circolari a sostegno del "divieto di segnalazione". A seguito di queste iniziative locali e della specifica richiesta della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (congiuntamente a Medici Senza Frontiere, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione) il Ministero dell'Interno - Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione, a firma del Prefetto Morcone, il 27 novembre 2009, ha

emanato una Circolare, la n.12, che ha fornito chiarimenti riguardo l'attualità del divieto di segnalazione alle autorità degli stranieri irregolarmente presenti nel territorio italiano che chiedono assistenza presso le strutture del SSN<sup>22</sup>.

Un'altro punto critico del "Pacchetto Sicurezza" è l'obbligo di esibire il permesso di soggiorno per tutti gli atti di stato civile, con il rischio di non poter fare la dichiarazione di nascita e riconoscere un figlio naturale da parte di genitori irregolarmente presenti. Anche in questo caso una Circolare del Ministero dell'Interno del 7 agosto 2009<sup>23</sup> chiarisce che non è richiesta l'esibizione del permesso di soggiorno ai fini della dichiarazione di nascita e del riconoscimento del figlio specificando che "...per lo svolgimento delle attività riguardanti le dichiarazioni di nascita e di riconoscimento di filiazione (registro di nascita dello stato civile) non devono essere esibiti documenti inerenti al soggiorno trattandosi di dichiarazioni rese, anche a tutela del minore, nell'interesse pubblico della certezza delle situazioni di fatto. L'atto di stato civile ha natura diversa e non assimilabile a quella dei provvedimenti menzionati nel citato art. 6 ...".

Il 2009 si chiude quindi con una normativa specifica (per l'accesso ai servizi sanitari) non modificata rispetto al passato, difesa con tenacia da operatori ed addetti ai lavori, ma con un clima politico-sociale che non ha ancora recepito importanti azioni a tutela dei diritti dei minori figli di stranieri, quali la proposta di estendere la durata dei permessi di soggiorno per gravidanza e poi eventualmente trasformarli in permessi di lavoro, di garantire a tutti i minori, indipendentemente dallo status giuridico, l'iscrizione al SSN o almeno il pediatra di libera scelta, di promuovere reali percorsi di cittadinanza per i bambini affinché vengano garantiti elementi di stabilità esistenziale necessari per una adeguata crescita psicologica. Tali azioni permetterebbero di attuare percorsi e processi di inclusione essenziali per il progresso di una società necessariamente multietnica.

*A cura di Salvatore Geraci*

## Bibliografia essenziale

- Geraci S., *Politiche sanitarie e immigrazione: crisi ed opportunità*. In *Immigrazione Dossier Statistico 2009. XIX Rapporto sull'immigrazione – Caritas/Migrantes. Idos, 2009; 223:228*.
- Marceca M., *La salute degli stranieri tra fatti, contraddizioni e cambiamenti*. In: *Fondazione ISMU – Iniziative e Studi sulla Multietnicità. "Tredicesimo rapporto sulle migrazioni 2007"*. Milano, FrancoAngeli, 2008; 149:164.
- Martino A., Geraci S., Marceca M., *Fenomeni migratori e disuguaglianze in salute. Un approccio ragionato alla letteratura internazionale come chiave per migliorare l'appropriatezza degli interventi italiani*. In *Atti IX Consensus Conference sull'immigrazione. VII Congresso nazionale SIMM. Palermo, 2006; 101:108*.

<sup>22</sup> [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it).

<sup>23</sup> [http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/Sicurezza\\_legge/circolare\\_anagrafe.pdf](http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/Sicurezza_legge/circolare_anagrafe.pdf).





# La valutazione della Campagna GenitoriPiù

Risultato, impatto, outcome in attività preventive e di promozione della salute sono, notoriamente, difficili se non impossibili da misurare. Spesso gli effetti di interventi fatti oggi raccolgono appieno risultati solo a distanza di anni. È legittima allora la domanda “Ha senso parlare di valutazione nella prevenzione?”

La risposta è certamente positiva in quanto molte sono, nonostante i noti limiti, le opportunità valutative e ricco è l’apporto informativo che la valutazione può offrire ad interventi preventivi e di promozione della salute. In particolare la valutazione di processo, in ogni caso risulta un fondamentale “accompagnamento” alla programmazione e alla gestione degli interventi e, come è stata nell’esperienza di GenitoriPiù, contribuisce anche all’efficacia degli stessi.

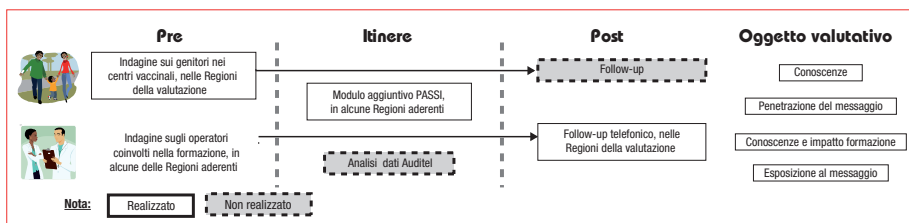
L’équipe valutativa del Dipartimento di Statistica dell’Università di Ca’ Foscari ha lavorato in stretto legame con il coordinamento del progetto GenitoriPiù sia nell’impostazione dell’impianto valutativo, sia nella condivisione dei primi risultati e nella discussione dell’impatto di questi sul progetto stesso. Questo stretto rapporto non solo ha consentito una valutazione più aderente alle esigenze del progetto, ma anche le ha consentito, di fatto, di svolgere una funzione di monitoraggio e di indirizzo dello stesso.

Sarebbe difficile sintetizzare qui il complesso impianto valutativo e tutti i risultati ottenuti con la concisione che un manuale richiede: in questa introduzione tentiamo di spiegare in sintesi l’impianto valutativo e poi, per ogni ambito di applicazione del progetto, presenteremo delle “pillole” valutative, proponendo i risultati più salienti delle diverse indagini valutative.

## Il disegno valutativo

Nel seguente schema troviamo in sintesi espresso il piano valutativo. Va evidenziato come, a causa delle note modifiche del progetto alcune parti non siano state fatte (analisi dati auditel – non sensata visto il mancato passaggio degli spot sulle reti nazionali) o

Figura 1. Il disegno valutativo di GenitoriPiù



risultino ancora da fare quali il follow-up sui genitori a un anno dalla fine del progetto (attività proposta a finanziamento, ma non ancora pianificata).

Alla difficoltà sinteticamente sopra annunciata della valutazione di interventi promozionali sulla salute, si è cercato di ovviare attraverso:

- una scomposizione dei possibili “effetti” previsti (ricercati), quali penetrazione del messaggio, aumento conoscenze, cambiamenti comportamentali;
- diversi strumenti di raccolta dati/informazioni per ciascuno di questi.

Le indagini valutative sono state realizzate con riferimento a diversi territori:

- tutte le regioni partecipanti al progetto hanno svolto l’indagine pre-formazione sugli operatori;
- le quattro regioni coinvolte specificatamente sul progetto valutativo (Friuli Venezia Giulia, Molise, Puglia e Veneto) assieme all’ASL di Milano hanno svolto l’indagine pre-campagna sui genitori e il follow-up sugli operatori;
- alcune regioni del sistema PASSI (Emilia Romagna, Friuli, Liguria, Umbria e Veneto) hanno poi acconsentito di introdurre alcune domande per valutare la penetrazione del messaggio nella popolazione generale e in quella target.

Va evidenziato come all’impianto quantitativo riportato nello schema si è aggiunta una valutazione qualitativa realizzata con i principali *stakeholders* del progetto e che ha visto, tra le diverse attività, in particolare una fruttuosa applicazione di una metodologia innovativa di rilevazione del giudizio di esperti (*Nominal Group Technique-NGT*) che ha offerto interessanti spunti interpretativi per comprendere il reale impatto di GenitoriPiù nelle diverse realtà territoriali, le sue potenzialità e i suoi limiti.

## Le “Pillole” di Valutazione

Nelle “pillole di valutazione” presenti alla fine di ogni specifico capitolo sui singoli determinanti, vengono riportati i risultati principali delle due indagini pre-progetto realizzate ad hoc su operatori (in tutte le regioni aderenti) e genitori (in alcune regioni – ASL aderenti al progetto valutativo).

Proporre i risultati di questa fase della valutazione nel presente manuale ha come obiettivo non solo quello di evidenziare le potenzialità della valutazione per chi in futuro vorrà applicarla ad attività connesse a GenitoriPiù, ma anche di fornire un utile punto di partenza per progettare campagne ed interventi. È fondamentale infatti capire da dove si parte, ma anche a quale popolazione ci stiamo rivolgendo, quale fasce risultino più deboli dal punto di vista conoscitivo o comportamentale, per adeguare al meglio la proposta comunicativa. Se non si facesse attenzione anche a questi ultimi aspetti infatti, come comprovato in letteratura, si rischierebbe di aumentare i differenziali di salute nella popolazione, anziché, come auspicabile, ridurli.

## L'Indagine sui Genitori



Le Regioni del Friuli Venezia Giulia, Molise, Puglia, Veneto e l'ASL di Milano hanno aderito alla fase di valutazione specifica della Campagna Genitori-Più.

In questi territori da settembre 2008 fino a dicembre 2008 è stata attivata una rilevazione ad hoc rivolta ai neo-genitori, utilizzando come momento di contatto la prima vaccinazione del bambino. Il questionario (§ all. 1 a pag. 218) è stato organizzato in 7 sezioni, una per ciascun determinante. All'interno di ciascuna sezione si è andati a rilevare quali fossero le conoscenze in possesso dei genitori sull'argomento trattato, gli atteggiamenti che essi hanno sul tema, i canali informativi attraverso i quali hanno ricevuto le informazioni in loro possesso sull'argomento e gli specifici comportamenti da loro tenuti per ciascuna tematica.

I questionari ritenuti validi e sui quali sono state fatte le elaborazioni sono **5.819**. Il questionario è stato compilato nell'81,0% dei casi dalla madre del bambino, l'età media della madre è di 33,4 anni, quella del padre di 35,4. L'85% dei rispondenti è formato da una coppia italiana, il restante 15% ha un genitore o entrambi stranieri.

L'età media dei bambini del campione è sotto i 3 mesi di vita.

## L'indagine sugli Operatori



La valutazione delle conoscenze e degli atteggiamenti relativi ai 7 determinanti di salute compresi nel Progetto e al counselling è stata realizzata tramite la somministrazione di un questionario (§ all. 2 a pag. 222) a tutti gli operatori che hanno partecipato ai corsi regionali realizzati nell'ambito di GenitoriPiù, **prima della realizzazione del corso**.

Complessivamente sono stati raccolti ed elaborati i dati di **5.961** questionari provenienti da tutti i territori coinvolti nel progetto GenitoriPiù.

Gli operatori coinvolti nella formazione sono prevalentemente donne (83,2%), le professioni più rappresentate sono nel 33% dei rispondenti Infermiera/puericultrice, nel 18,3% pediatra e nel 15,8% ostetrica; seguono assistenti sanitari 10,2% altri medici 9% (dato aggregato) e altre figure sanitarie 12,1%.

*A cura di: Stefano Campostrini e Stefania Porchia*



# 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 manuale 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. (§ tabella 1)

Tabella 1

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

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

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

## "PILLOLE" DI VALUTAZIONE

## Il Counselling

### Cosa sanno gli operatori prima della formazione GenitoriPiù

La tematica del counselling è stata, ovviamente, sondata solo in relazione agli operatori. Rispetto a questa tematica sono state poste 4 domande relative alla conoscenza. Attraverso l'analisi delle risposte emergono dei contenuti abbastanza consolidati ed altri ancora poco conosciuti (§ tabella 1).

**Tabella 1. % di risposte corrette (indicate tra parentesi) alle domande sul counselling, sul totale dei rispondenti che hanno ricevuto informazioni sul counselling**

Il Counselling è una pratica comunicativa centrata sull'abilità nel dare consigli efficaci. <i>(Falso)</i>	23,8%
Nel Counselling gli operatori devono passare dallo "spiegare" al "farsi spiegare". <i>(Vero)</i>	62,9%
Un professionista con abilità di Counselling aumenta i messaggi in entrata e diminuisce i messaggi in uscita. <i>(Vero)</i>	47,2%
Il Counselling sviluppa le risorse delle persone e quindi rappresenta una modalità per facilitare l' <i>empowerment</i> ed il sostegno alla genitorialità. <i>(Vero)</i>	86,9%

Come si vede l'elemento su cui ancora gli operatori non sembrano aver consolidato la conoscenza è relativo al ritenere, erroneamente il counselling, "una pratica comunicativa centrata sull'abilità nel dare consigli efficaci".

Complessivamente l'11,2% (n=479) degli operatori che hanno ricevuto informazioni risponde correttamente a tutte e 4 le domande sul counselling.

Questo dato, però, varia molto a seconda della ripartizione geografica e del ruolo professionale.

Nel primo caso, infatti, le percentuali sono del 13,7% al Nord, del 7,0% al Centro e del 4,9% al Sud e nelle Isole.

Nel secondo, invece, passiamo dal 16,0% dei Pediatri al 7,4% degli Infermieri.

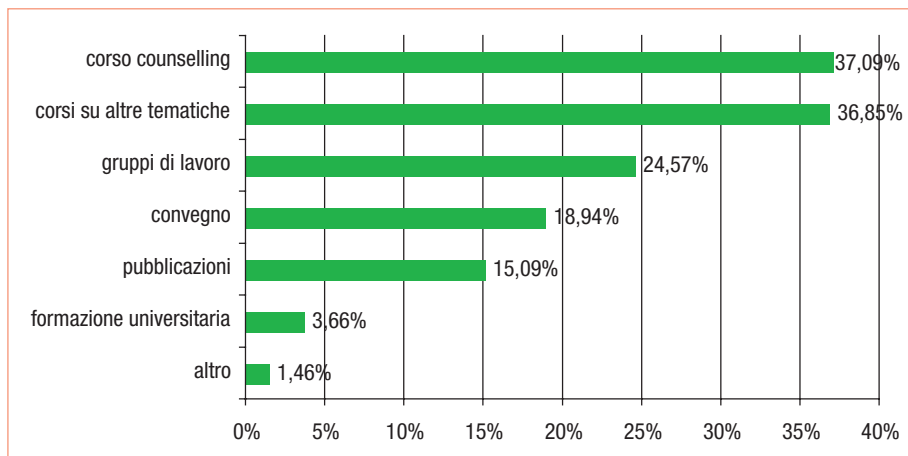
È stato anche chiesto agli operatori di indicare se avevano ricevuto informazioni sul counselling. A questa domanda il 66,8% (n=3979) degli operatori risponde positivamente, ad indicare come questa tematica si stia ormai diffondendo all'interno dell'ambiente sanitario.

Anche in questo caso, però, il dato varia molto a seconda della ripartizione geografica e del ruolo professionale.

Nel caso della ripartizione geografica, infatti, le percentuali sono del 71,5% al Nord, del 58,3% al Centro e del 57,4% al Sud e nelle Isole.

Nel caso del ruolo professionale, invece, passiamo dall'80,0% delle Ostetriche al 53,3% degli Infermieri.

Agli operatori che hanno ricevuto informazioni sul counselling è poi stato chiesto in che occasione le avessero ricevute, la distribuzione di frequenza delle risposte è riportata nel grafico seguente:



La maggior parte di chi ha avuto informazioni sul counselling, le ha ricevute all'interno di corsi specifici o su altre tematiche.

Facendo infine riferimento alla modalità "formazione universitaria" ci è sembrato interessante il risultato emerso dall'incrocio di questa modalità con l'età del rispondente, da cui emerge come le Università sembrano aver percepito l'importanza di questa tematica e abbiano cominciato a fornire sempre più informazioni al proposito già all'interno dei propri corsi.

**Tabella 2. % di operatori che dichiara di essere venuto a conoscenza del counselling attraverso dei corsi di formazione universitari, per età**

Età	< 24 anni (n=69)	25-34 (n=561)	35-44 (n=1581)	45-54 (n=2658)	55-64 (n=968)	> 65 anni (n=21)
%	40,4	17,7	3,2	1,4	0,6	0,0

*A cura di: Stefano Campostrini e Stefania Porchia*

# 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:

I futuri genitori dovrebbero essere informati sull'importanza che:

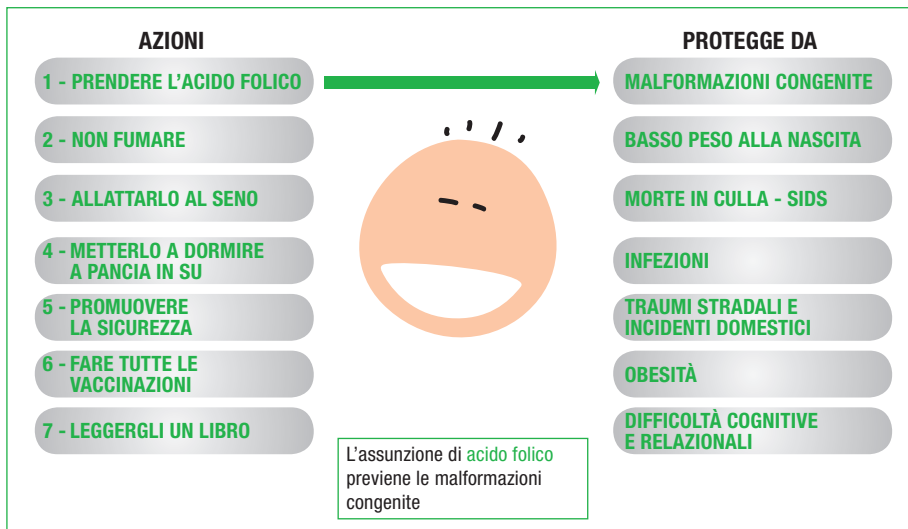
**tutte le donne in età fertile** che non escludono la possibilità di una gravidanza, dal momento in cui la programmano o quando non ne escludono la possibilità oppure non usano metodi contraccettivi efficaci:

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

Queste modalità non sono alternative, vanno eseguite entrambe.

È fondamentale che questa raccomandazione inizi prima del concepimento e venga seguita anche per tutto il primo trimestre di gravidanza.

È importante inserire queste raccomandazioni all'interno di una più ampia offerta di counseling preconcezionale ([www.pensiamociprima.net](http://www.pensiamociprima.net))



## Perché

Un buon numero di ricerche, seppure svolte in paesi diversi dall'Italia, e le esperienze di fortificazione<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>, riduce sensibilmente il rischio di avere un bambino affetto da anencefalia<sup>3</sup> o spina bifida<sup>4</sup> (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), la-biopalatoschisi, difetti del tratto urinario, ipo/agenesie degli arti.

- 1 Si parla di **fortificazione** quando l'acido folico viene addizionato ad alcune farine di uso comune, determinando così un aumento del consumo di questa vitamina in tutti i gruppi di popolazione.
- 2 Si ricorda che il **periodo peri-concezionale** è un periodo molto ampio che inizia dal momento in cui la donna desidera o non esclude la possibilità di una gravidanza, fino alla fine del terzo mese di gravidanza. La frequente indicazione che il periodo peri-concezionale è limitato a 1 mese prima e a 3 mesi dopo il concepimento è solo un'indicazione "operativa" utilizzata negli studi di valutazione dell'efficacia della supplementazione peri-concezionale per definire gli "esposti al trattamento".
- 3 **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.
- 4 **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, 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<sup>a</sup> settimana di sviluppo embrionale ovvero entro la 6<sup>a</sup> 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 un controllo efficace della fecondità, dovrà seguire la raccomandazione per un periodo probabilmente più lungo.

## 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 difficilmente aumentando l'assunzione di alimenti ad elevato contenuto di acido folico, raccomandazione generale 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, parallele e non alternative:

- a) raccomandare alle donne in età fertile di assumere un supplemento vitaminico a base di 0,4 mg di acido folico al giorno (SUPPLEMENTAZIONE)<sup>5</sup>;

<sup>5</sup> 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 (*Fortificazione*)<sup>6</sup>.

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 AF e, più in generale, nella prevenzione delle malformazioni, anche attraverso l’offerta di un counseling preconcezionale completo, che affronta tematiche legate agli stili di vita e alla salute della donna e della coppia, con l’obiettivo di individuare e ridurre i rischi in campo riproduttivo.

## 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 che non riescono in nessun modo a smettere di fumare prima dell’inizio della gravidanza.

## 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**<sup>7</sup>.

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,

<sup>6</sup> 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, sebbene ancora del tutto ipotetici.

<sup>7</sup> 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.

- c) hanno avuto una gravidanza esitata in una IVG terapeutica o in un nato con una qualunque malformazione congenita,
- d) sono affette da diabete,
- e) sono affette da obesità,
- f) assumono, o hanno assunto in precedenza, quantità eccessive di bevande alcoliche,
- g) non assicurano una perfetta *compliance* all'uso quotidiano di 0,4 mg.

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

L'acido folico (folacina o vitamina B9 o acido pteroilglutammico) è una vitamina idrosolubile del gruppo B. È un prodotto sintetico che non si trova in natura ed è il principale composto utilizzato nei prodotti multivitaminici e nella fortificazione di farine e cereali.

I *folati*<sup>8</sup> sono varie sostanze (derivati poligluttammici, folati ridotti e tetraidrofolati) presenti negli alimenti che contengono l'acido pteroilglutammico. Il 5-metil-tetraidrofolato (5-metil-THF) è la forma con la maggiore attività biologica ed è la molecola nella quale deve essere trasformato l'acido folico per svolgere la sua funzione biologica nell'organismo.

I folati sono presenti in un'ampia varietà di alimenti in quantità variabile per 100 g di alimento: elevata (100-300 mcg) nelle verdure a foglia larga verde scuro (ad es. asparagi, carciofi, broccoli, cavoli), nel fegato e rene; intermedia (44-99 mcg) nelle verdure (ad es. spinaci, bieta, rape rosse), nella frutta fresca (ad es. arance, mandarini, kiwi), nella frutta secca (ad es. mandorle e noci), nei formaggi (ad es. parmigiano, gorgonzola, taleggio), nei legumi (ad es. ceci e fagioli) e nelle uova. Il pane ha un contenuto moderato (20-39 mcg) di folati.

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.

<sup>8</sup> 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.



## 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) italiana dei DTN è quantificabile intorno allo 0,1%; quella nelle coppie che hanno già avuto una gravidanza con DTN è del 2-3% (circa 20-30 volte superiore).

Per i DTN le prove di efficacia più robuste e convincenti, prodotte negli anni '90<sup>9</sup> e gli studi di confronto della prevalenza di DTN prima e dopo fortificazione<sup>10</sup> 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<sup>11</sup> suggeriscono una riduzione del rischio di:

- 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<sup>12</sup>. Negli Stati Uniti alcuni anni fa è stata stimata una riduzione globale di tutte le malformazioni del 16%<sup>12</sup>.

Infine, particolarmente suggestivo, ma da confermare, 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<sup>13</sup>.

## 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 poli-

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

10 Eichholzer M et al, 2006.

11 Goh YI et al, 2006; Badovinac RL et al, 2007.

12 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).

13 Czeizel AE et al, 2005.

morfismo MTHFR C677T<sup>14</sup> 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.

## 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 1,00 ‰<sup>15</sup>: cioè circa 570 casi l'anno per 570.000 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 gioverebbero di 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 counseling pre-concezionale per la prevenzione dei difetti congeniti a tutto campo ([www.pensiamoci.prima.net](http://www.pensiamoci.prima.net)).

## 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.

<sup>14</sup> 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%.

<sup>15</sup> Dato stimato dai Registri di malformazioni congenite del Nord-Est, Emilia Romagna, Toscana, Campania e Sicilia Orientale nel periodo 2000-2004, con correzione di sottonotificazione soprattutto per le IVG terapeutiche.

## 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<sup>16</sup>.

## 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<sup>17</sup>.

## Quali dosaggi sono consigliati?

La dimostrazione più convincente di efficacia del dosaggio di 0,4 mg al giorno deriva dallo studio svolto in Cina<sup>18</sup> 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<sup>19</sup>.

## 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

<sup>16</sup> Finnell RH et al, 2002.

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> Berry RJ et al, 1999.

<sup>19</sup> 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).

sviluppatosi soprattutto in Europa<sup>20</sup> 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, e non ritenuto plausibile dagli esperti, riguarda un incremento, seppure lieve, di gemelli dizigoti (gemelli non identici)<sup>21</sup>.

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

## 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<sup>22</sup>: 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<sup>23</sup>. 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.

*1° edizione a cura di: Renata Bortolus, Pierpaolo Mastroiacovo*  
*Revisore: Giovan Battista Ascone, Domenica Taruscio*

*Aggiornamento a cura di: Renata Bortolus e Pierpaolo Mastroiacovo*

<sup>20</sup> Wald NJ et al, 2007.

<sup>21</sup> 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.

<sup>22</sup> 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.

<sup>23</sup> Mentre le evidenze sulle malformazioni sono robuste in questo ambito appare comunque indispensabile che la ricerca si sviluppi ulteriormente.



**PENSIAMOCI PRIMA.**  
CONSIGLI UTILI PER CHI  
DESIDERA AVERE UN BAMBINO.



## Promemoria per il Counseling Preconcezionale

### Stato di salute

Indice di massa corporea > 25

Indice di massa corporea < 18.5

Ipertensione

Diabete

Epilessia

Malattie della tiroide

Trombofilie, genetiche o acquisite

Infezioni dell'apparato genitale

Periodontiti

Stress, ansia, depressione

Altre malattie che prevedono controlli medici periodici e/o terapie continuative oppure hanno previsto ricoveri e/o interventi chirurgici

### Farmaci e terapie in corso

Farmaci assunti regolarmente

Farmaci assunti saltuariamente

### Gravidanze precedenti

Malattie genetiche o malformazioni

2 o più aborti spontanei

Prematurità

Basso peso alla nascita

Nati morti

### Rischi di malattie genetiche

Età della donna

Consanguineità / Parentela con il partner

Luogo di nascita della donna

Luogo di nascita del partner

Appartenenza a gruppi etnici a rischio (es Ebrei Ashkenazi)

Familiarità per: talassemia—emofilia—distrofia muscolare—fibrosi cistica — trombofilie — malattie metaboliche — malattie con ritardo mentale — difetti congeniti — altre malattie di eventuale origine genetica

### Partner

Attività lavorativa

Patologie gravi

Trattamenti mutageni

### Anamnesi malattie infettive/ vaccinazioni

Varicella

Rosolia

Epatite B

Influenza (valutando la stagionalità)

### Esami da prescrivere

Gruppo sanguigno \*

Fattore Rh (Test di Coombs)

Emocromo \*

Analisi Hb per beta-talassemia e Hb anomale \*

Test HIV \*

Test Lue \*

Pap Test

Toxoplasmosi

CMV

\* Anche per il partner

### Stili di vita

Assunzione Acido Folico / Vitamine

Alimentazione

Consumo bevande alcoliche

Attività lavorativa

Fumo

Sostanze stupefacenti, violenza domestica

Giardinaggio, lavori domestici



**INFORMAZIONI UTILI:**  
Stimolare le domande e consegnare alla coppia i materiali cartacei con le informazioni utili

[www.pensiamociprima.net](http://www.pensiamociprima.net)

## 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.

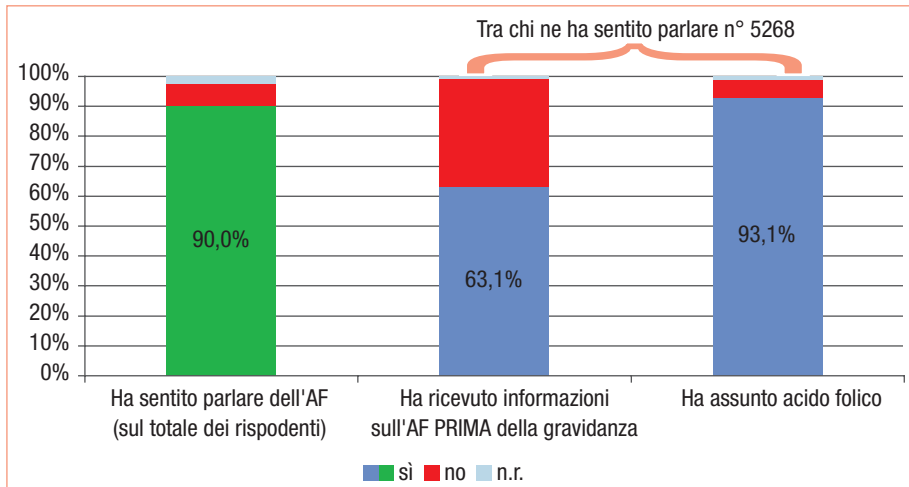
*Silvana Quadrino Istituto CHANGE [www.counselling.it](http://www.counselling.it)*

**"PILLOLE" DI VALUTAZIONE****1. Prendere l'Acido Folico**

I genitori sono complessivamente informati sull'Acido Folico (AF): circa il 90% ne ha sentito parlare e il 79,6% sa che l'assunzione corretta dell'acido folico può "Ridurre il rischio per il bambino di sviluppare difetti al tubo neurale, come la spina bifida", anche se meno del 20% sa che l'assunzione dell'acido folico può anche "Ridurre il rischio per il bambino di alcuni difetti cardiaci".

Dal grafico sottostante, che mette a confronto quante mamme hanno sentito parlare di AF, quante prima della gravidanza e quante hanno assunto AF, emerge come l'informazione sia arrivata in circa il 40% dei casi a gravidanza già iniziata, quindi l'assunzione dell'AF in queste donne non è potuta avvenire nel periodo consigliato. Del resto le informazioni sull'AF sono state date in circa il 72% dei casi presso l'ambulatorio ostetrico-ginecologico e solo nel 14% dei casi dal medico di famiglia.

**Grafico 1. Distribuzione % delle risposte alle domande: "Ha mai sentito parlare di acido folico?", "Ha ricevuto informazioni sull'importanza di assumere acido folico prima di rimanere incinta?", "La madre del bambino ha assunto acido folico?"**



Le domande che seguono sono domande chiave sull'assunzione corretta di acido folico riferite alla conoscenza del periodo corretto e all'effettiva assunzione nel periodo corretto delle neo-mamme, ovvero prima e nei primi 3 mesi della gravidanza.

Il grafico 2 mette a confronto le risposte alla domanda sulla conoscenza rispetto a quella sul comportamento effettivo della donna prima, durante e dopo la gravidanza.

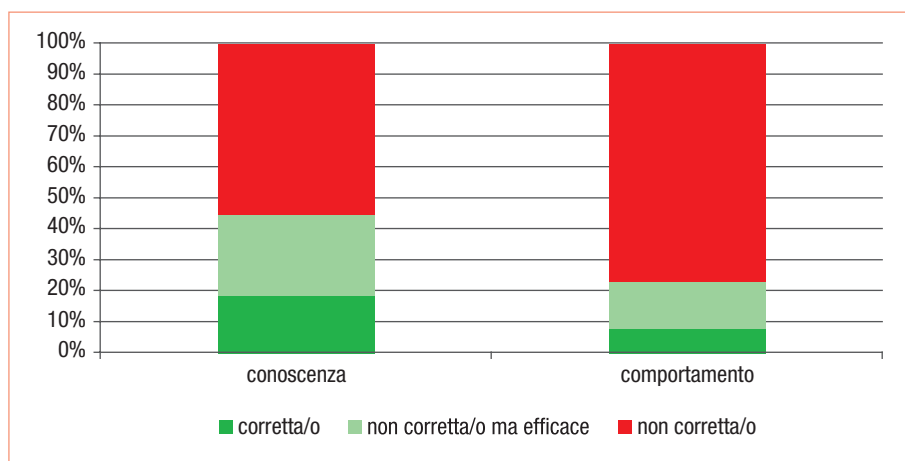
Le conoscenze e i comportamenti delle donne sono stati riclassificati rispetto alle tre seguenti categorie (§ tab. 1).



**Tabella 1. modalità di costruzione della variabile “periodo di assunzione dell’AF”**

<i>Conoscenze/ Comportamenti</i>	<i>Classificazione</i>
<i>Corretti</i>	<i>Prima della gravidanza e nei primi 3 mesi di gravidanza</i>
<i>Non corretti ma efficaci per la prevenzione delle malformazioni</i>	<i>Prima della gravidanza e durante tutta la gravidanza e (in alcuni casi) dopo la gravidanza</i>
<i>Non corretti per la prevenzione delle malformazioni</i>	<i>Durante la gravidanza e/o dopo</i>

**Grafico 2. Distribuzione percentuale delle due variabili “periodo di assunzione dell’AF” rispetto alla conoscenza e al comportamento concreto della mamma**



Considerando solo le risposte “rigorosamente” corrette abbiamo che il 19% delle donne conosce il periodo e che questa percentuale scende all’8% relativamente a chi ha effettivamente assunto AF in quel periodo. Le % salgono se si considerano anche i periodi non corretti ma efficaci come “prima e per tutta la gravidanza” o “prima, per tutta la gravidanza e dopo”. In questa seconda accezione oltre il 23% delle mamme ha messo in pratica un comportamento efficace per l’obiettivo di prevenzione.

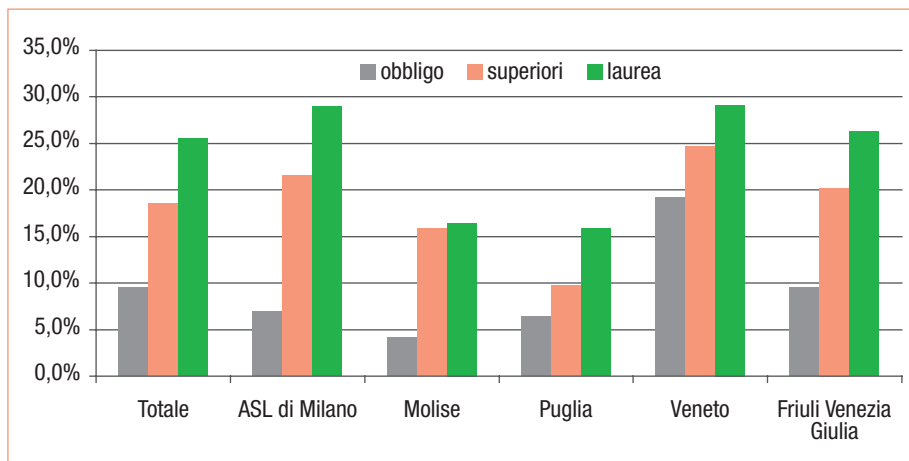
Da notare la discrepanza tra conoscenze e comportamenti che indica come, probabilmente, l’indicazione sull’assunzione di AF sia arrivata alle donne solo a gravidanza iniziata rendendo quindi tardivo il messaggio. Va quindi pensata una strategia di comunicazione attraverso canali che intercettino la donna prima del concepimento. Rimangono comunque dei grandi spazi di miglioramento rispetto a questo determinante di salute per il bambino.

Le variabili che maggiormente influenzano le conoscenze dei genitori sono la provenienza territoriale e il titolo di studio della madre.

Ad esempio, relativamente alla conoscenza sulla possibilità di ridurre il rischio di sviluppare difetti del tubo neurale nelle Regioni Molise e Puglia, risponde correttamente circa il 68% dei casi mentre negli altri territori considerati (Veneto, Friuli Venezia Giulia e ASL di Milano) questa percentuale sale a circa l'85%. Analogamente la conoscenza del periodo corretto di assunzione dell'AF passa dal quasi 10% della Puglia a poco meno del 25% del Veneto. Anche considerando tutti i comportamenti efficaci si registrano forti differenze territoriali: FVG 29,2%, Veneto 27,1%, ASL Milano 24,1%, Molise 14,1% e Puglia 13,8%.

Sappiamo però che la % di mamme con la sola scuola dell'obbligo è circa la metà in Veneto rispetto alla Puglia, quindi ci si può domandare se la correlazione individuata relativamente al territorio nasconde in realtà quella rispetto al titolo di studio. Il grafico che segue toglie questo dubbio mettendo in relazione la conoscenza del periodo corretto di assunzione dell'acido folico con il territorio di provenienza e il titolo di studio.

**Grafico 3. % di rispondenti che hanno risposto "prima della gravidanza e nei primi 3 mesi di gravidanza" alla domanda su "quando è consigliabile l'assunzione dell'AF" per regione di provenienza e titolo di studio della mamma**



Da notare come la progressione di conoscenza rispetto al titolo di studio sia la stessa all'interno delle regioni, ma come nel contempo si evidenzia una diversa proporzione di mamme con corretta conoscenza tra le diverse regioni a parità di titolo di studio.

È interessante sottolineare come nei territori dove la campagna o iniziative informative sono state avviate da più lungo tempo, ad es. in Veneto, si è riusciti su questo argomento ad alzare la % di conoscenza anche nelle mamme con titolo di studio più basso, superando anche quella delle laureate di Puglia e Molise.

## Cosa sanno gli operatori prima della formazione GenitoriPiù

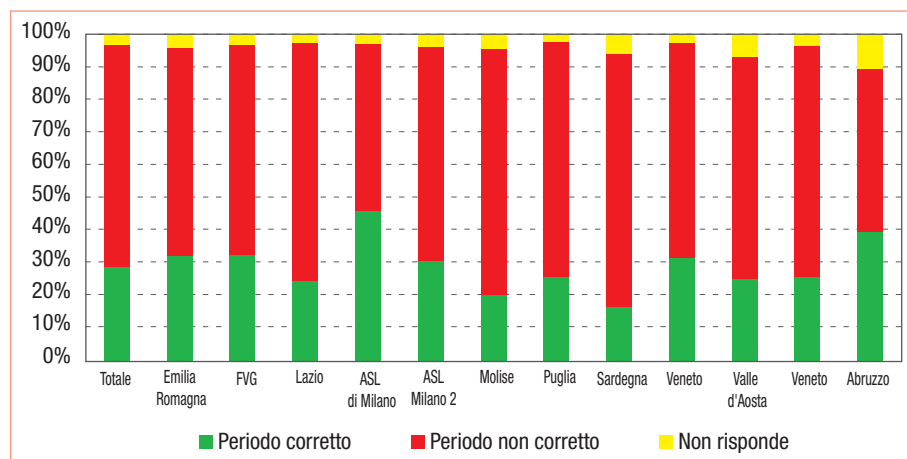
Mediamente i **5.961 operatori** che hanno compilato il questionario all'inizio della formazione, considerano estremamente importante che una donna assuma AF nel periodo periconcezionale, infatti la media assegnata all'importanza su una scala da 1 a 7 è 6,7, con differenze non significative per età, sesso o ruolo professionale dei rispondenti. C'è quindi una grande sensibilità negli operatori del percorso nascita verso l'assunzione dell'AF nelle donne. Alla domanda sul tipo di malformazione per cui esista la più elevata evidenza che l'assunzione ne riduca il rischio si ha la seguente distribuzione di frequenza (§ tab.2).

**Tabella 2. distribuzione % delle risposte degli operatori alla domanda "per quale malformazione esiste l'evidenza più elevata che l'assunzione di AF ne riduca il rischio"**

<b>Solo DTN</b>	<b>69,54%</b>	<b>DTN e altre malformazioni</b>	<b>12,73%</b>
<b>DTN e Cardiopatie</b>	<b>3,31%</b>	<b>Altre malformazioni, non DTN</b>	<b>10,11%</b>
<b>Non risponde</b>	<b>4,32%</b>		

Quindi oltre l'85% individua comunque la malformazione corretta (DTN) tra le risposte. Purtroppo questa sensibilità non si traduce direttamente in conoscenze corrette su questo determinante, infatti solo il 28,7% dei rispondenti indica il periodo corretto in cui una donna dovrebbe assumere l'AF, ovvero prima e durante i primi 3 mesi della gravidanza. La conoscenza del periodo corretto di assunzione dell'AF varia in maniera determinante da territorio a territorio passando dal 20% del Molise a quasi il 40% dell'Emilia Romagna.

**Grafico 4. Distribuzione % delle risposte corrette e non corrette alla domanda sul periodo di assunzione dell'AF secondo la regione di provenienza degli operatori**



Ricordiamo che questa è la fotografia delle conoscenze degli operatori coinvolti nel percorso nascita prima della partecipazione alla formazione; l'attesa è che queste conoscenze possano essere state successivamente incrementate grazie del percorso formativo. Altre variabili che influenzano la conoscenza corretta del periodo di assunzione dell'AF sono:

- **l'anzianità di servizio:** le conoscenze sull'AF sembrano essere più diffuse tra gli operatori con minore anzianità di servizio, sembra quindi una conoscenza "giovane", entrata da relativamente poco tempo nel percorso formativo, questa indicazione è confermata anche dalla correlazione negativa tra età e % di conoscenza;
- la **professione:** i più preparati (sempre comunque con percentuali che si assestano sotto il 35%) sono le ostetriche, i pediatri e le assistenti sanitarie;
- il **luogo di lavoro:** i più informati sono gli operatori del Consultorio, i meno informati sono quelli del Distretto con una differenza di 10 punti %.

### Come e dove promuovere l'assunzione corretta dell'AF?

*Continuare a promuovere la conoscenza in tutti gli operatori, puntando su quegli operatori sanitari che intercettano le donne prima della gravidanza, in particolare i Medici di Medicina Generale.*

*Pensare ad un messaggio in grado di raggiungere anche le mamme con minor titolo di studio, soprattutto nelle regioni meridionali.*

*A cura di: Stefano Campostrini e Stefania Porchia*

## 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](http://www.cdc.gov); [www.marchofdimes.com](http://www.marchofdimes.com); [www.motherisk.org](http://www.motherisk.org); [www.pensiamociprima.net](http://www.pensiamociprima.net); [www.folictrial.org](http://www.folictrial.org); [www.iss.it/cnmr](http://www.iss.it/cnmr); [www.gasbi.it](http://www.gasbi.it); [www.spinabifidaveneto.it](http://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

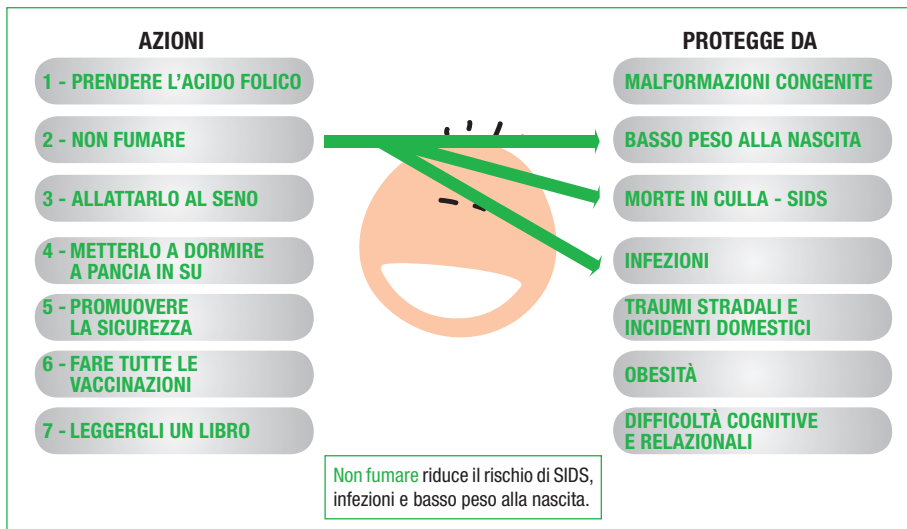
#### **Ai genitori:**

- 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.

È importante inserire queste raccomandazioni all'interno di una offerta di counselling antitabagico ([www.mammeliberedalfumo.org](http://www.mammeliberedalfumo.org))



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'uomo<sup>a</sup>.

## 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)<sup>1,2</sup>. È stato inoltre associato alla gravidanza ectopica e ad aumentata abortività (aumento del rischio tra 5 e 70% rispetto alle non fumatrici)<sup>2</sup>. Il fumo attivo delle madri provoca una significativa riduzione nella crescita intrauterina, con

<sup>a</sup> Due metodi vengono usati per stimare l'esposizione del soggetto 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. Vi è inoltre crescente interesse scientifico per la misurazione del particolato sottile (polveri sottili) quale indicatore di inquinamento ambientale da fumo di tabacco.

conseguente nascita di bambini con peso basso per l'età gestazionale. La riduzione del peso è approssimativamente del 10%<sup>3</sup>. 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 di basso peso alla nascita (<2500 grammi)<sup>4</sup>. 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 gravidanza<sup>5</sup>.

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 peso<sup>6</sup>.

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 recenti<sup>7</sup>.

**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 la relativa importanza 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<sup>6,8</sup>. 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<sup>9,10</sup>. È stato dimostrato che le malattie respiratorie nel primo anno di vita aumentano anche se la madre fuma solo dopo e non durante la gravidanza<sup>11</sup>. 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 respiratori<sup>12</sup>. 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 prenatale<sup>13</sup>. L'esposizione al FP concorre ad incrementare la mortalità infantile e non solo la morbosità<sup>9</sup>.

**Tabella 2. 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%

Numerosi studi suggeriscono che l'esposizione al FP causa compromissione nelle funzioni polmonari e aumento nella ipersensibilità bronchiale nei bambini in età scolare<sup>12</sup>. 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<sup>9,12,13,15,16</sup>.

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

### 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<sup>9,14</sup>.

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<sup>9,14</sup>.

#### Tabella 3. 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'orecchio medio 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<sup>17,18,19</sup>. L'insieme di tali evidenze suggerisce che l'esposizione al FP possa esistere un nesso causale con lo sviluppo di tumori nei bambini.

## 3. Il fumo passivo in ambienti confinati

Purtroppo risulta ancora diffusa l'abitudine di fumare anche all'interno degli autoveicoli, esponendo adulti e talvolta bambini ad alte concentrazioni di fumo passivo per tempi più o meno lunghi. A causa del piccolo volume, infatti, fumare negli abitacoli comporta l'esposizione a concentrazioni di inquinanti elevatissime, che rappresentano un rischio per la salute sia a breve (attacchi asmatici) che a lungo termine in caso di esposizioni continuative (in-

fiammazioni croniche, patologie cardiovascolari e neoplasie). Per questo la stessa OMS ha messo sotto la lente di ingrandimento questo problema, con l'invito ai decisori di normare il fumo in macchina, così come avviene per il luoghi pubblici e i posti di lavoro.

In assenza di dati osservazionali sulla prevalenza di fumatori in automobile, su iniziativa della Direzione Regionale per la Prevenzione, il Veneto ha effettuato una indagine specifica. Tale attività ha coinvolto la quasi totalità della regione (19/21 ASL) in un monitoraggio condotto presso i 2 principali incroci di 81 Comuni campione.

Sono stati oggetto del monitoraggio (svoltosi nell'ottobre 2008 in fasce orarie definite 7.30-9.30 e 17.00-19.00) 5.928 veicoli, di cui 89% automobili e 11% furgoni o camioncini con targa italiana (sono stati esclusi dalla rilevazione i veicoli con targa straniera, i mezzi pubblici o agricoli). Le vetture con fumatori all'interno sono risultate il 7%, di queste l'1% trasportava a bordo un bambino<sup>20</sup>. I dati raccolti, considerato che l'abitudine non determina una continuità dell'azione (l'osservatore potrebbe aver visto l'automobilista prima o dopo aver fumato) conferma e forse amplifica il dato riferito (dato raccolto mediante intervista telefonica) dell'11%<sup>21</sup>.

Si tenga conto che quando si accende una sigaretta in automobile, pur con finestrino aperto, le concentrazioni di polveri sottili (PM §glossario) subiscono un aumento considerevole, superando i valori limite fino ad arrivare a 36.5( $PM_1$ ), 46.4 ( $PM_{2.5}$ ) e 61.3 ( $PM_{10}$ )  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . Particelle così piccole sono capaci di raggiungere le ramificazioni più periferiche dell'albero bronchiale con il loro carico di sostanze tossiche. Va considerato inoltre che per l'outdoor la soglia di attenzione per il  $PM_{2.5}$  (ancora in via di definizione) dovrebbe essere 25  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  e per il  $PM_{10}$  è di 50  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . Quella di allarme (quando devono essere presi provvedimenti di limitazione del traffico per cercare di ridurre l'inquinamento) è di 75  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ : ci possiamo quindi rendere conto della gravità del rischio per la salute a causa dell'esposizione al fumo passivo in macchina<sup>22</sup>.

#### 4. 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 ([www.mammeliberedalfumo.org](http://www.mammeliberedalfumo.org)).

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

Il programma nazionale di counselling ostetrico “*Mamme libere dal fumo*”<sup>b</sup>, 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);
- è in genere più flessibile;

<sup>b</sup> *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.*

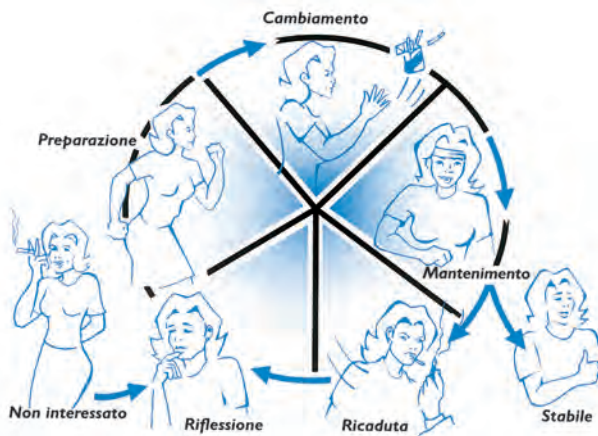
- raggiunge pressoché tutte le donne in gravidanza (circa 570.000 ogni anno) e tramite loro i nuclei familiari (almeno 1.5-2 milioni di persone all'anno, quasi la metà dei quali fumatori o esposti a fumo passivo).

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 delle 5A<sup>c</sup>*) consiste essenzialmente in:

- identificare i fumatori e lo stadio motivazionale secondo Prochaska – Di Clemente (§ figura 1);
- 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 1. Ciclo di Prochaska – Di Clemente**



<sup>c</sup> 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, 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". Va aggiunto che la conoscenza da parte dei genitori degli effetti nocivi del fumo passivo sul bambino, può rinforzare la loro capacità di imporre e rispettare il divieto di fumare in casa<sup>23</sup>.
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.*

*1° edizione a cura di Luca Sbrogiò e Giorgio Tamburlini  
Revisori: Daniela Galeone, Mary Elizabeth Tamang*

*Aggiornamento a cura di: Luca Sbrogiò, Francesca Allegri*

## 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?*

7. Cercare un punto di forza su cui impostare un nuovo intervento motivazionale, sottolineando l'impegno di affiancamento del professionista;

*Per lei e per suo marito cos'altro potrebbe essere utile per riuscire a non riprendere di fumare (o a riprovare a smettere)? In che modo pensa che io possa aiutarvi a farcela?*

Questo stile permette al professionista di evitare di utilizzare modalità spontanee non efficaci, che definiamo abitualmente “modalità barriera”: il rimprovero, il giudizio morale; (“ma come, ha ricominciato a fumare? Non lo sa che è dannoso per il bambino, oltre che per lei?”), l’inquisizione (“non avrà mica ricominciato a fumare, adesso che il bambino è nato?”) la minimizzazione (“ma insomma, non è poi così difficile, se ci era riuscita durante la gravidanza non vedo perché improvvisamente non ci riesce più...”); modalità che rischiano di accentuare una reazione motivazionale opposta, la reattanza psicologica<sup>1,2</sup>, e di ridurre ulteriormente l’adesione al comportamento richiesto.

*Silvana Quadrino Istituto CHANGE [www.counselling.it](http://www.counselling.it)*

1. Bert G., *Ma perché non fa quel che le ho detto?*, Edizioni CHANGE 2006.  
2. AM Miron, JW Brehm – (2006) *Reactance Theory – 40 Years Later*. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 1, 9-18.



"PILLOLE" DI VALUTAZIONE

## Astensione dal fumo, prenatale e postnatale

### Cosa sanno e come si comportano i genitori

Una notevole percentuale di genitori, pari all'82,4%, ha ricevuto informazioni da un operatore sanitario sull'importanza di astenersi dal fumo, in gravidanza e dopo il parto. Il canale informativo privilegiato sembra essere l'ambulatorio ostetrico-ginecologico dove le neo-mamme hanno avuto informazioni nel 58% dei casi, mentre il secondo canale informativo è il medico di famiglia, tramite il quale le mamme hanno avuto informazioni nel 24% dei casi.

Le implicazioni del fumo sul bambino sono abbastanza note anche se meno del 5% dei genitori le conosce in maniera approfondita, cioè risponde correttamente a tutte le domande poste (§ tab.1).

**Tabella 1. Distribuzione % delle risposte alla domanda "fumare in gravidanza può incidere su"**

Il fumo in gravidanza può incidere:	% risposte corrette
- Sull'insorgenza di alcune patologie delle vie respiratorie ( <i>Vero</i> )	75,0%
- Sull'insorgenza di gravi malformazioni del bambino ( <i>Falso</i> )	16,3%
- Sulla nascita prematura del bambino ( <i>Vero</i> )	52,7%
- Sul basso peso alla nascita del bambino ( <i>Vero</i> )	60,1%

Complessivamente, la maggior parte delle neo-mamme è "non fumatrice". Si rileva però che oltre un bambino su 4 ha la mamma che è attualmente fumatrice o lo è stata, come emerge dalla tabella 2.

**Tabella 2. Comportamenti-distribuzione % delle mamme secondo l'abitudine al fumo**

Fumatrici	Fumatrici che hanno sospeso e hanno ripreso a fumare dopo il parto	Fumatrici che hanno interrotto per la gravidanza	Non fumatrici
3,6%	2,8%	21,5%	72,1%

Tenendo conto che l'età media dei bambini è sotto i 3 mesi, si può ipotizzare che le donne che riprenderanno a fumare dopo la sospensione dovuta alla gravidanza saranno di più dell'attuale 2,8%, come dimostrato in molti altri studi.

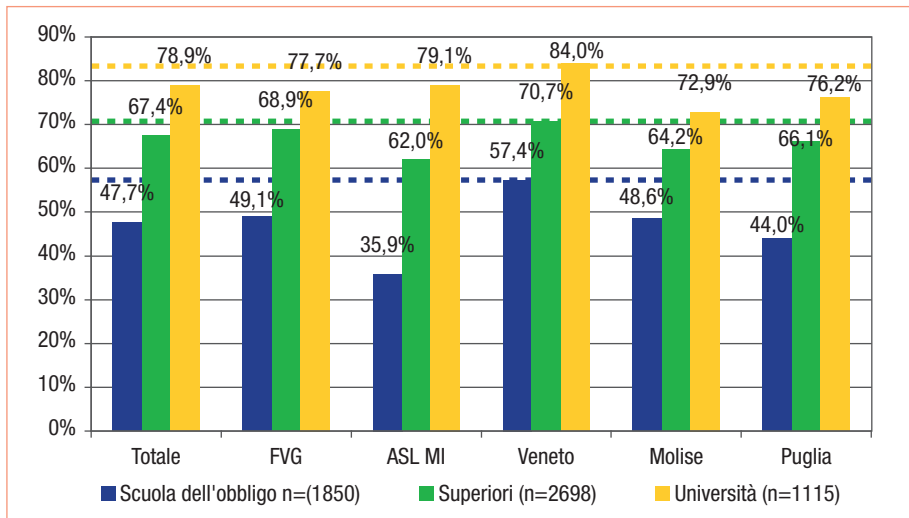
In ogni caso, il dato interessante, che conferma quanto emerso anche in altre ricerche, è che la gravidanza è una grande occasione che induce le donne ad allontanarsi dall'abitudine al fumo. Esce quindi rafforzata la raccomandazione di attivare azioni di supporto per quelle donne che smettono di fumare in occasione della gravidanza in modo che persistano in questa scelta salutare.

Anche l'abitudine al fumo risente del titolo di studio della mamma, dato che le non fumatrici fra le laureate sono l'80%, mentre sono il 68% circa fra le donne che hanno completato solamente la scuola dell'obbligo.

Per capire se il bambino vive in un ambiente libero dal fumo è interessante anche considerare il comportamento congiunto dei due genitori e verificare in che percentuale i bambini del nostro campione rischiano di essere esposti al fumo passivo, vivendo in un ambiente non libero dal fumo.

L'abitudine al fumo dei genitori varia da territorio a territorio ed è fortemente influenzata dal titolo di studio del padre che può essere considerata una buona variabile proxy (§ glossario) dello status sociale della famiglia. Il grafico sottostante mette in relazione la % di bambini che vivono in ambienti in cui né il padre né la madre fumano con il territorio di provenienza e il titolo di studio del padre.

**Grafico n. 1. % di famiglie in cui entrambi i genitori sono attualmente non fumatori per territorio di provenienza e titolo di studio del padre**



È facile vedere come la probabilità di trovarsi in un ambiente libero dal fumo per un bambino nato, ad esempio, nel Veneto con padre laureato è più che doppia rispetto ad un suo coetaneo nato nella città di Milano da padre con la scuola dell'obbligo.

Un altro dato che appare molto interessante è la correlazione rilevata tra abitudine al fumo della madre e modalità di alimentazione del bambino. Attraverso l'analisi alla risposta sul tipo di alimentazione seguita dal bambino nelle 24 ore precedenti la rilevazione, e a

parità di età dei bambini, si nota una netta differenza tra le madri attualmente non fumatrici e quelle fumatrici. Infatti tra le non fumatrici la percentuale di bambini alimentati con solo latte materno è intorno al 55%, mentre la stessa percentuale scende al 41% tra le mamme fumatrici che non hanno mai smesso di fumare. L'allattamento scende invece addirittura al 28% tra le donne che hanno smesso di fumare durante tutta la gravidanza, ma che hanno già ripreso a fumare. Sembra, pertanto, che il riprendere a fumare coincida con la cessazione dell'allattamento al seno: sostenere quindi le donne che hanno smesso di fumare in concomitanza della gravidanza avrebbe anche il benefico esito di prolungare l'allattamento materno e viceversa. Un rapporto causa effetto è difficile da dimostrare in considerazione delle scarse informazioni che hanno le mamme sull'opportunità di proseguire l'allattamento al seno anche in presenza dell'abitudine al fumo.

### Cosa sanno gli operatori prima della formazione GenitoriPiù

Agli operatori che hanno partecipato alla formazione sono state poste due domande relative alla conoscenza di alcune evidenze epidemiologiche e una domanda relativa alla possibilità di proteggere dalla SIDS evitando di fumare nella stanza in cui dorme il bambino. La tabella 3 riporta le percentuali di risposte corrette da cui si può dedurre che la quasi totalità dei rispondenti conosce la possibile relazione tra fumo nella stanza e SIDS.

**Tabella 3. Conoscenza - % di risposte corrette (indicata fra parentesi)**

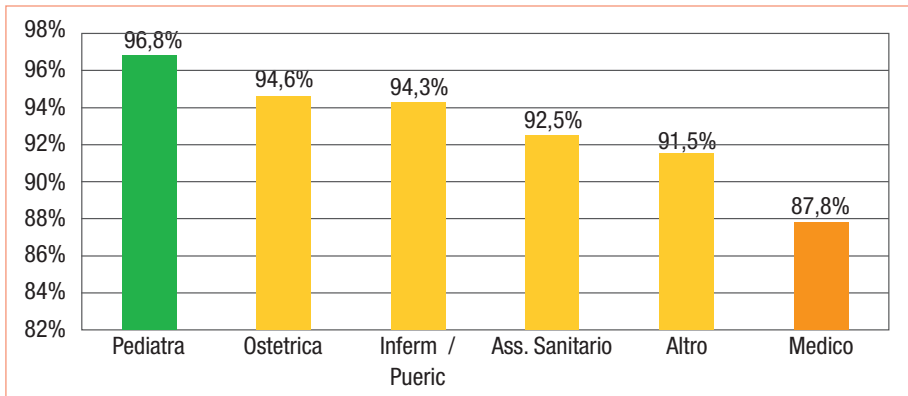
Qual è la % di donne fumatrici che smette di fumare in gravidanza? (70-80%)	36,1%
Delle donne che smettono di fumare in gravidanza quante riprendono dopo il parto? (2/3)	49,0%
Evitare di fumare nella stanza in cui il bambino dorme protegge dalla Sindrome della Morte Improvvisa? (Si)	90,8%

Il 17% (n=1015) degli operatori risponde correttamente a tutte e 3 le domande circa il fumo. Analizzando l'ultima domanda sulla conoscenza, si rilevano poi % di risposte corrette molto diversificate secondo la professione del rispondente, come dimostra il grafico 2. Alla domanda su quanto spesso l'operatore dà consigli si è avuta la seguente distribuzione delle risposte.

**Tabella 4. COMPORTAMENTI - con quale frequenza fornisce consigli sul fumo**

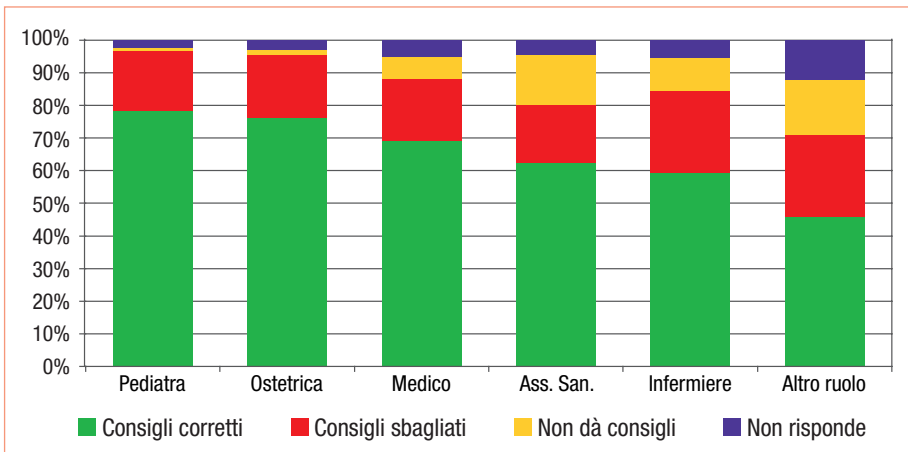
Sempre	Spesso	Raramente	Mai	N.R.
38,4%	34,0%	15,4%	7,5%	4,8%

**Grafico 2. % di risposte corrette alla domanda se non fumare nella stanza dove dorme il bambino è fattore di protezione dalla SIDS**



Inoltre è stato chiesto se l'operatore chiede alle madri e ai padri se fumano. Considerando congiuntamente le modalità di risposta "sempre" e "spesso", e trascurando invece le altre risposte, si ha la seguente distribuzione per ruolo professionale degli operatori (§ grafico 3).

**Grafico 3. Distribuzione per ruolo professionale degli operatori che chiedono alle madri e ai padri se fumano**



Si rileva quindi che le ostetriche e i pediatri sono gli operatori che maggiormente si informano sull'abitudine al fumo della madre e danno informazioni sulle conseguenze del fumo, mentre le altre figure professionali sono meno attente a questo aspetto. Risulta inoltre chiaro come attualmente l'attenzione degli operatori sia posta soprattutto sulle abitudini al fumo della madre e non della famiglia.

È stato anche chiesto agli operatori se, nel caso in cui la donna fumi, consiglino di smettere l'allattamento al seno, con il risultato che solo il 65,1% risponde correttamente "no".

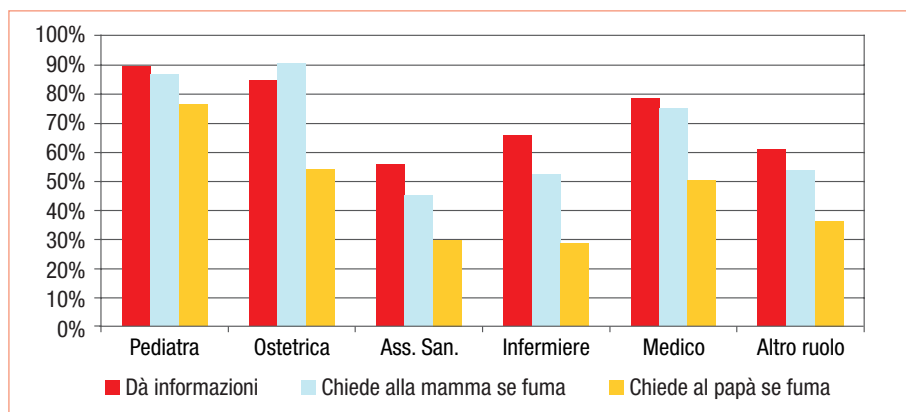
Si può a questo punto costruire un indicatore che tiene insieme le due informazioni: dà consigli e, sull'aspetto dell'allattamento, dà il consiglio corretto, con il seguente risultato:

**Tabella 5. COMPORTAMENTI - correttezza dei consigli forniti**

Corretti	Sbagliati	Non dà consigli	N.R.
65,1%	21,7%	8,0%	5,3%

Anche questa distribuzione è fortemente influenzata dal ruolo professionale come mostra il grafico 4.

**Grafico 4. Distribuzione per ruolo professionale degli operatori in base alla correttezza dei consigli forniti**



Nel caso del fumo le differenze territoriali sono meno evidenti e poco significative.

### Come e dove promuovere la conoscenza degli effetti del fumo e i corretti comportamenti?

*Il momento della gravidanza influenza fortemente le abitudini al fumo delle donne, è quindi un momento in cui le mamme vanno fortemente sostenute affinché la decisione di smettere diventi stabile. L'abitudine al fumo ha spesso un carattere "familiare", diffusa soprattutto nelle famiglie con titoli di studio più bassi. Vanno quindi individuati interventi che possano raggiungere anche queste fasce di popolazione.*

*Negli operatori va sostenuta la necessità di affrontare questo tema con i genitori fornendo le corrette informazioni, specialmente nelle ostetriche e nei pediatri, includendo nel target anche il padre.*

A cura di: Stefano Campostrini e Stefania Porchia

## Bibliografia

1. Kulikauskas V, Blaustein D, Ablin JR. Cigarette smoking and its possible effects on sperm. *Am Fertil Soc* 1985; 44:526-528.
2. Tuormaa 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.
20. Tagliapietra L., Michieletto F., Sbrogì L., Dati emersi dalla rilevazione sul fumo in auto nella Regione del Veneto, Treviso, 12 giugno 2009, in [http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/E54AF796-E805-46D0-A734-EEF8044FDE/0/Tagliapietra\\_120609.pdf](http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/E54AF796-E805-46D0-A734-EEF8044FDE/0/Tagliapietra_120609.pdf).
21. Il fumo in Italia (DOXA 2008) OSSFAD – Istituto Superiore di Sanità in <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/11%20fumo%20in%20Italia%202008.1212480126.pdf>.
22. Invernizzi G., Ruprecht A. A., Mazza R., De Marco C., Boffi R., L'entità dell'esposizione agli inquinanti da fumo di sigaretta in automobile: le implicazioni cliniche, Laboratorio di Ricerca sull'inquinamento da Fumo Passivo – Tobacco Control Unit, Istituto Nazionale dei Tumori/SIMG-Società Italiana di

Medicina Generale in [http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/DE581D33-BB23-4A85-91EA-9A2A15FDB465/0/Ruprecht\\_120609.pdf](http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/DE581D33-BB23-4A85-91EA-9A2A15FDB465/0/Ruprecht_120609.pdf).

23. Jonathan P. Winickoff, Joan Friebely, Susanne E. Tanski, Cheryl Sherroda, Georg E. Matt, Melbourne F. Hovell and Robert C. McMillen, Beliefs About the Health Effects of “Thirdhand” Smoke and Home Smoking Bans” *pubblicato online 29December 2008, PEDIATRICS Vol. 123 No. 1 January 2009, pp. e74-e79 (doi:10.1542/peds.2008-2184).*

## Riferimenti bibliografici del Programma MLF

1. Samet J. M., 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 L.V., Rooks J.P., “A simple, effective method that midwives can use to help pregnant women stop smoking”, *J Nurse-Midwifwry 1999; 118-123.*
7. Moner S.E., “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 M.T., (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 M.C., Bailey W.C., C S.J. et al., “*Reating tabacco Use and Dependence. 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).*

## Per eventuali approfondimenti consultare il sito della Regione Veneto

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona+Sanita/Prevenzione/Stili+di+vita+e+salute/Tabacco/FumoPassivo/>

<http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/1DAC845D-6A13-4703-903C-0FACE0D6491C/0/LedimensionideltabaccoinVeneto>

<http://www.mammeliberedalfumo.org>

## 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 promosso<sup>1</sup>.*

### Perché è importante l'allattamento materno?

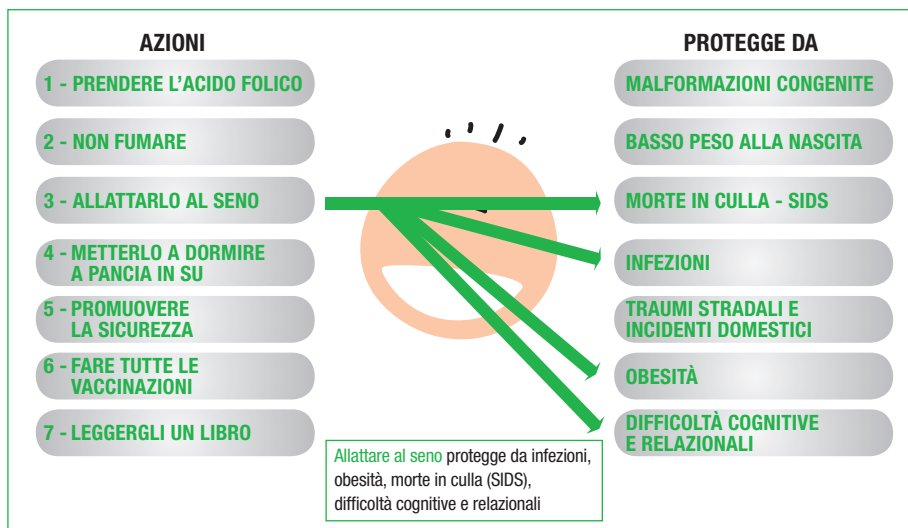
- L'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi assicura una crescita, uno sviluppo psicofisico ed una salute ottimali;
- Dopo i sei mesi, l'allattamento al seno, con l'aggiunta di alimenti complementari appropriati, continua a contribuire alla crescita, allo sviluppo ed alla salute del lattante 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 libera e 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.<sup>2</sup>

## 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"<sup>1</sup>, da cui è desunta la maggior parte di questo capitolo<sup>a</sup>, 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"<sup>3</sup> 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 Pediatria<sup>4</sup>.

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

<sup>a</sup> Alcuni passaggi sono riportati integralmente altri riassunti. I contenuti sono sostenuti da una ricca bibliografia alla quale si rimanda. Si ringrazia A. Cattaneo per la collaborazione prestata.

dell'OMS/UNICEF<sup>b</sup> 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)<sup>5</sup>.

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”*<sup>6</sup>

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 1989<sup>7</sup>, la cui applicazione in Italia viene costantemente monitorata<sup>8</sup>. 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, una 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

<sup>b</sup> 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 1) che massimizza ogni vantaggio.

**Tabella 1. Tipizzazione dell'Allattamento secondo le indicazioni OMS<sup>9</sup>**

Categoria	Il bambino DEVE prendere:	Il bambino PUÒ prendere:	Il bambino NON può prendere:
<b>Allattamento al seno esclusivo</b>	Latte materno (LM), compreso LM spremuto (LMS) o LM donato (LMD)	Gocce, sciroppi (vitamine, minerali, farmaci), soluzioni reidratanti orali	Nient'altro
<b>Allattamento al seno predominante</b>	LM, LMS o LMD come fonte predominante di nutrienti	Come sopra, più liquidi non nutritivi (acqua, soluzione glucosata, camomilla, tisane e succhi non zuccherati)	Nient'altro (in particolare latte non umano e liquidi nutritivi)
<b>Alimentazione complementare</b>	LM, LMS o LMD	Qualsiasi altro alimento o bevanda, compreso il latte non umano	
<b>Non allattamento</b>	Il bambino prende solo qualsiasi altro alimento o bevanda, compreso il latte non umano		

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*)<sup>10</sup>

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<sup>c</sup> peraltro contribuiscono a creare nel sistema sanitario un terreno culturale favo-

<sup>c</sup> 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: World Health Organization & UNICEF

revoles 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. Oggi in Italia disponiamo di importanti strumenti di intervento per il monitoraggio, la formazione e la promozione di buone pratiche, grazie all'istituzione del Comitato Nazionale per l'allattamento materno e la promulgazione di Linee di indirizzo specifiche<sup>e</sup>.

## 2. Cosa si può fare

Le azioni da attuare a favore dell'allattamento materno sono molte<sup>11</sup> e si distribuiscono lungo tutto il percorso nascita<sup>f</sup>.

Secondo la collocazione del proprio servizio o della propria attività nel percorso nascita, ogni operatore dovrebbe conoscere le informazioni più pertinenti da trasmettere 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”<sup>1</sup>, sostenendo quindi in modo appropriato le donne che liberamente decidono di non allattare al seno;
- 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<sup>g</sup>;
- le donne con bisogni speciali (primipare, immigrate, adolescenti, madri che alleveranno 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 Sostituiti del Latte Materno”

(2009). *BFHI section 3: Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital, a 20-hour course for maternity staff*. Geneva: World Health Organization and UNICEF. Retrieved May 30, 2009, [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594981\\_s3/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594981_s3/en/index.html) - disponibile in Italiano nel sito [www.unicef.it/ospedaliamici](http://www.unicef.it/ospedaliamici).

d Il Comitato Nazionale è stato istituito con Decreto 15/4/08 (pubblicato sulla G.U. 163 del 14-7-08) ed è operativo dall'aprile 2009.

e “Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno” (Conf. Stato Regioni Del. 20.12.2007 – GU n. 32 del 7-2-2008 – Suppl. Ordinario n.32).

Consultabile alla pagina [http://www.cittadinolex.kataweb.it/article\\_view.jsp?idArt=79695&idCat=40](http://www.cittadinolex.kataweb.it/article_view.jsp?idArt=79695&idCat=40)

f Inteso qui in senso esteso dal concepimento ai primi anni di vita.

g Materiale multilingue, validato per la promozione dell'allattamento è reperibile al sito: <http://www.babyfriendly.org.uk/page.asp?page=1>.

dell'OMS/UNICEF (§ tabella 2) 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. La normativa italiana in proposito, che recepisce buona parte del Codice, è stata aggiornata con il Decreto 9 aprile 2009, n. 82, "Regolamento concernente l'attuazione della direttiva 2006/141/CE per la parte riguardante gli alimenti per lattanti e gli alimenti di proseguimento destinati alla Comunità europea ed all'esportazione presso Paesi terzi"<sup>h</sup>.

**Tabella 2. Il Codice sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno** <sup>12</sup> *in breve*

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"<sup>i</sup>.

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*)<sup>j</sup>

<sup>h</sup> (09G0093) (G.U. Serie Generale n. 155 del 7 luglio 2009)", alla pagina <http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?aggiornamenti=&attoCompleto=si&id=29174&page=newsett&anno=null>.

<sup>i</sup> 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](http://www.ibfanitalia.org).

sfatando all'occorrenza eventuali false credenze sulle controindicazioni (ad es. perdita di capelli, miopia, ecc.)<sup>13</sup> o su presunte inadeguatezze morfologiche (dimensioni del seno, capezzoli rientranti, ecc.);

- l'uso di alcune sostanze (come per es. alcool, sostanze stupefacenti, ma anche alcune sostanze presenti nel tabacco), 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.

## 2.2 In gravidanza

Nel percorso nascita dovrebbero essere introdotte informazioni e occasioni di riflessione sull'allattamento materno sia nei 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 allattare<sup>14</sup> e si aspetta di essere sostenuta<sup>1</sup> e non partendo dal presupposto opposto, agendo 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 seno<sup>1</sup>;

*j* Una recente ricerca commissionata dalla Società Italiana di Pediatria all'ISPO, sottolinea come l'allattamento al seno venga considerato di grande valore sia dalle donne che allattano sia da quelle che non allattano e che tutte si attendano un sostegno dal partner, dai familiari e dagli operatori. (§ Navone C, Mannheimer R, Salvi E, Tuè P, Di Pietro P - Indagine nazionale della Società Italiana di Pediatria sulla promozione dell'allattamento materno del lattante. *Minerva Pediatr.* 2008 Oct;60(5):504-525).

- 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 ed ostacolata, e nel contempo vanno evitati atteggiamenti inutilmente colpevolizzanti o di eccessiva responsabilizzazione, enfatizzando erroneamente 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 straordinaria 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 donne<sup>15</sup> ed un conseguente contenimento dei tagli cesarei, la cui appropriatezza, secondo l'OMS si attesta intorno al 10-15%, a fronte del progressivo aumento registrato a livello nazionale negli ultimi anni<sup>k</sup> (38.39 % nel 2007)<sup>16</sup>.

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.

<sup>k</sup> La percentuale di Tagli Cesarei risulta del 37,7% nel 2004, 38,3% nel 2005, 38,36 nel 2006. L'intervallo di variazione nel 2007 è compreso tra il 23,31% della P. A. di Bolzano ed il 61,41% della Campania.



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"*).

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 in caso 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"<sup>1</sup>, usando una tecnica *hands-off*<sup>m17,18</sup> 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 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<sup>n</sup>. 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.

*l 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, (bagno pesato, ecc.) devono essere posticipate per consentire il completamento della prima poppata<sup>19,20</sup>.*

*m 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.*

*n 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 (§ bibliografia cit. in 1).*



Gli operatori che assistono mamma e neonato pertanto dovrebbero essere empatici e dedicare loro tempo<sup>o</sup> 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*)<sup>17</sup>. 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<sup>p</sup> e come rispondervi aiutandole a trovare la posizione e l’attacco corretto e a riconoscere una poppata efficace<sup>q</sup>. 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 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 offerto attivamente il seno<sup>r</sup>; 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, e indicare i segni di una sufficiente assunzione di latte quando l’allattamento al seno è esclusivo<sup>s</sup><sup>17</sup>, 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;

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

*p* 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.

*q* 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 adeguato<sup>29</sup>.

*r* Quando il seno è troppo pieno o il bambino dorme troppo<sup>29</sup>.

*s* Se il bambino bagna 6 o più pannolini al giorno con urina chiara e diluita, evacua feci quasi liquide e giallastre tra le 3 e le 8 volte al giorno per le prime 3-4 settimane (e almeno una volta ogni 3-4 giorni in seguito) e mostra di star bene, sta assumendo una giusta quantità di latte<sup>29</sup>.

- 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<sup>21,22</sup> 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<sup>23,24</sup> e ipoglicemia<sup>25,26</sup>;
- 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 circostanze<sup>17</sup>. 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 igiene<sup>1</sup>.

### 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 aumentarne 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 e 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 caso<sup>1</sup>.

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.

### 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 materno<sup>28</sup>.

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 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<sup>(2,4,29,30)</sup>.

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 un 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.

<sup>1</sup> 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><sup>27</sup>.

### 2.8 Allattamento al seno e lavoro della madre

Sulla base di tutte le evidenze a sostegno degli esiti in salute di un allattamento esclusivo per sei mesi e di un allattamento che prosegue dopo l'introduzione di un'alimentazione complementare, gli operatori sanitari dovrebbero mantenere una posizione chiara a favore dell'allattamento al seno, in particolare nei momenti in cui la madre potrebbe sperimentare delle difficoltà, come può capitare al rientro al lavoro.

La prima cosa su cui la donna che lavora deve essere informata è che è possibile, se si programma per tempo, conciliare l'allattamento materno con la ripresa lavorativa.

Allattare al seno dopo la ripresa del lavoro o in alcuni casi della scuola è sicuramente una sfida, ma altrettanto sicuramente una soddisfazione di cui le madri possono andare fiere.

Alcune madri riescono a farlo da sole, mentre altre sperimentano frustrazione, disappunto, di solito per scarso sostegno, mancanza di luoghi o strumenti per estrarre il latte, poco tempo, con conseguente riduzione della produzione di latte. I pediatri e gli operatori sanitari sono molto importanti nel sostenere le madri incoraggiandole a continuare ad allattare al seno e offrendo loro aiuto competente nel periodo di transizione che precede il ritorno al lavoro.

Nonostante il consenso sul fatto che l'allattamento materno apporti benefici per madri e bambini, negli Stati Uniti ad esempio, meno della metà delle madri che lavorano a tempo pieno allatta il proprio bambino in modo esclusivo. La ripresa del lavoro infatti interferisce con la durata dell'allattamento materno, come risulta dal fatto che se tra le madri impiegate part-time a tre mesi dopo la nascita la prevalenza dell'allattamento era solo di poco inferiore di quello delle madri casalinghe, la prevalenza era invece sostanzialmente ridotta nelle madri che riprendevano il lavoro full-time<sup>31</sup>.

Va detto che anche i datori di lavoro potrebbero beneficiare del sostegno fornito alle madri, rendendo possibile allattare o estrarre il latte nei luoghi di lavoro: l'assenteismo dei genitori è tre volte più alto nel gruppo dei bambini alimentati con latte artificiale rispetto a quelli alimentati al seno<sup>32,33</sup>. Le aziende che adottano un programma di sostegno per le donne che allattano sperimentano inoltre meno turnover e minori abbandoni di personale femminile esperto dopo il parto. Inoltre queste aziende sono gratificate da un più alto grado di soddisfazione, lealtà e motivazione delle lavoratrici<sup>34</sup>.

In considerazione della provata influenza favorevole nell'utilizzo dell'aspettativa prolungata, in particolare per il lavoro a tempo pieno e per lavori pesanti e/o precari, della pianificazione dell'allattamento e laddove è possibile della negoziazione con il datore di lavoro, gli operatori dovrebbero informare le madri sugli strumenti disponibili, incoraggiarle ad utilizzare l'aspettativa di maternità e appoggiare le iniziative a sostegno di un'aspettativa pagata anche per le categorie delle madri che non l'hanno<sup>35</sup>. Sono necessari comunque studi che valutino l'efficacia di diversi interventi a sostegno dell'allattamento al seno sul posto di lavoro<sup>36</sup>. La normativa italiana è una tra le più protettive a livello europeo, anche se spesso le donne non conoscono a fondo i loro diritti (es. permessi allattamento) e copre solo parzialmente, con livelli di garanzia differenti, alcune categorie di lavoratrici (es. libere professioniste, precari)<sup>u</sup>.

<sup>u</sup> § sito. MAMI [http://www.mami.org/altri\\_documenti/lavoro.html](http://www.mami.org/altri_documenti/lavoro.html) e sito INPS <http://www.inps.it/newportal/default.aspx?itemDir=4797>.

Gli operatori dovrebbero invitare la madre a familiarizzare prima del ritorno al lavoro con le modalità di estrazione e di conservazione del latte, in modo da raccoglierne una quantità sufficiente per essere tranquilla in caso di imprevisti (es. ritardi, impossibilità di togliersi il latte, aumento della fame del bambino). È utile che la madre, prima di affidare il bambino ad altre persone, cominci ad abituarlo ad utilizzare il biberon con il latte materno spremuto, cercando comunque di organizzarsi per garantirgli almeno un pasto al giorno direttamente al seno.

In alcuni paesi sono disponibili sul posto di lavoro spazi riservati per le madri che allattano, dove poter estrarre il latte e trovare programmi specifici di sostegno. La combinazione tra una poppata al seno sul posto di lavoro e la somministrazione di una con il latte spremuto è quella che assicura i migliori risultati<sup>32</sup>.

È importante che la madre sia consapevole del valore del sostegno e non esiti a chiedere aiuto alla famiglia e agli operatori, specie per il proseguimento dell'allattamento dopo la ripresa del lavoro.

L'operatore deve ricordare che anche i gruppi di supporto di madri o di donne lavoratrici che allattano offrono un sostegno efficace nel proseguimento dell'allattamento al seno e, dove possibile e opportuno, dovrebbero consigliarne la frequenza alle madri.

La madre deve inoltre essere incoraggiata a prendersi cura di sé e della propria alimentazione, rassicurandola comunque del risultato che otterrà: anche poco latte materno in più è sempre meglio della totale privazione di questo prezioso alimento.

### **2.9 Allattamento al seno in pubblico?**

Non esiste alcuna legge che impedisca di scoprire il seno in pubblico per allattare. Recenti episodi di cronaca tuttavia hanno messo in evidenza una certa intolleranza di alcuni nel lasciare che una madre allatti al seno il proprio bambino in pubblico (bar, musei, ecc.), con interventi, talvolta maleducati, di allontanamento e suscitando la vivace reazione di altre madri.

È difficile dire se si tratta di singoli episodi o la spia di un'intolleranza diffusa: sicuramente è necessaria una riflessione su come è considerato l'allattamento al seno nella nostra società e su quanto ci sia bisogno di interventi di sostegno da parte delle istituzioni<sup>37</sup>. Alcune donne vivono poco serenamente l'esperienza dell'allattamento e questo disagio sembra aumentare se la poppata avviene fuori dalle mura di casa.

Per la maggior parte delle persone l'allattamento in pubblico non desta stupore né scalpore, al massimo solo curiosità per un gesto divenuto raro da noi. Qualcuno invece si scandalizza e si domanda in modo più o meno esplicito se allattare in pubblico sia proprio necessario<sup>37</sup>. La maggior parte delle persone ha probabilmente un'idea di come viene alimentato un bambino con il latte artificiale e, prigioniera di un immaginario che associa la nutrizione infantile al biberon e agli orari, non riesce a rappresentarsi un funzionamento così diverso come quello dell'allattamento materno.

Ogni coppia mamma-bambino infatti sviluppa un proprio modo di allattare al seno: ogni bimbo ha un suo stile alimentare e diversi tempi di poppata al seno, in particolare non esiste un orario di poppata e quindi ogni luogo la deve poter ospitare.

v Cfr. *Allattamento al seno: dichiarazioni Sottosegretario Eugenia Roccella* in [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_comunicati\\_2404\\_testo.rtf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_comunicati_2404_testo.rtf).

L'allattare in pubblico ha un sicuro impatto sulla cultura dell'alimentazione infantile. Oggi è abbastanza raro vedere una donna che allatta al seno il proprio bambino in pubblico. Le generazioni nate dopo gli anni Settanta sono state poco esposte a immagini di donne che allattano come modello normale di alimentazione dei bambini. Arrivate alla loro prima gravidanza, molte donne non hanno mai tenuto un bambino piccolo tra le braccia e non hanno mai visto un'altra donna allattare. Per questo risulta importante fare incontrare madri in gravidanza con altre che stanno allattando o fare incontrare madri che allattano con le nuove generazioni durante incontri promossi per esempio dai consultori nelle scuole. In questo scenario gli operatori sanitari possono avere un ruolo strategico: possono modificare con informazioni corrette, basate sulle evidenze scientifiche, alcuni pregiudizi che riguardano l'allattamento al seno; possono favorire la creazione di ambienti accoglienti per le madri che allattano sia all'interno della propria struttura, sia in altri spazi frequentati da mamme e bambini (bar, asili nidi, farmacie, negozi, ecc.) in modo che allattare al seno risulti essere il modo normale con cui una madre alimenta il proprio bambino (§ passo 6 dell'Iniziativa UNICEF Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno). Un buon esempio riguarda le farmacie: è in atto dal 2007 un'interessante iniziativa ideata dall'Associazione "Il Melograno"<sup>w</sup> di Verona denominata "Farmacia Amica dell'Allattamento materno" (FAAM) che sulla base dell'importante ruolo dei farmacisti nella tutela e nel sostegno dell'allattamento materno, prevede una formazione dei farmacisti secondo criteri OMS-UNICEF, il rispetto del "Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno", e soprattutto una accoglienza di primo livello, integrata con la rete locale di supporto, con la possibilità delle mamme di utilizzare in farmacia spazi protetti. L'iniziativa<sup>x</sup> per la validità degli strumenti proposti ha ottenuto il patrocinio di IBFAN Italia, UNICEF Italia, ACP.

### 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*<sup>12</sup> del 1981<sup>y</sup>, si è aggiunta la promozione attiva ed il sostegno che ancor oggi fa 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"<sup>38</sup>. Questi due importanti documenti sono parte integrante dei contenuti dell'Iniziativa Internazionale Ospedali Amici dei Bambini (**Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI**).

w "IL MELOGRANO": Associazione Nazionale fra i Centri Informazione Maternità e Nascita associazione senza scopo di lucro, che dal 1981 si occupa di maternità, nascita e prima infanzia e che riunisce 14 centri che hanno sede in varie regioni d'Italia <http://www.melograno.org>.

x § [www.progettofaam.org](http://www.progettofaam.org).

y 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.

**Tabella 3. Livelli di evidenza e gradi di raccomandazione per i 10 Passi dell'Iniziativa Ospedale Amico del Bambino<sup>41</sup>.**

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

**Attualmente, secondo gli aggiornamenti OMS/UNICEF 2009:**

\* **il Passo 4 viene interpretato come:** Mettere i neonati a contatto pelle-a-pelle immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a riconoscere quando i loro bambini sono pronti all'allattamento, offrendo aiuto se necessario

\*\* **il Passo 10 viene interpretato come:** Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale



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 (§ tabella 3). Per diventare "Ospedale Amico dei Bambini", un ospedale deve applicare i "10 passi"<sup>39</sup> contenuti nella dichiarazione di Ginevra. 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<sup>z</sup>.

L'interesse per il progetto è crescente e prove scientifiche<sup>aa</sup> sempre più confortanti (§ tabella 3), nonché prese di posizione delle più autorevoli organizzazioni scientifiche<sup>40</sup> 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"<sup>41</sup>. Per questo i contenuti del programma "Ospedali amici dei bambini" sono inseriti tra le priorità del *Piano Sanitario Nazionale* vigente e del programma "Guadagnare Salute"<sup>ab</sup>, e sono inoltre uno degli obiettivi principali delle "Linee di Indirizzo Nazionali sulla Protezione, la Promozione e il Sostegno dell'Allattamento al Seno".

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" (§ tabella 4), dove è spiccata l'attenzione al sostegno della Genitorialità<sup>ac</sup>.

**Tabella 4. I 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

I due progetti "Ospedali Amici dei Bambini e Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno, dall'ottobre 2009 vengono promossi dall'UNICEF in modo integrato,

z § [www.unicef.it/ospedaliamic](http://www.unicef.it/ospedaliamic).

aa Una utile rassegna è reperibile anche alla voce allattamento in *Saperidoc* – voce Allattamento [http://www.saperidoc.it/area\\_12.html](http://www.saperidoc.it/area_12.html).

ab [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it).

ac Costruita sul modello della Gran Bretagna e del Canada, applicata anche in Argentina, Australia, Nuova Zelanda, Ghana, viene sperimentata dal 2007 anche in Italia in 18 aziende sanitarie, attraverso una collaborazione tra UNICEF – IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, ASL di Milano (§ [www.unicef.it](http://www.unicef.it)).



adottando per entrambi una sistema di valutazione che prevede un accompagnamento delle strutture interessate e tre momenti valutativi: sulla documentazione, sulla formazione del personale, e sul risultato finale con le mamme – (§ tabella 5).

**Tabella 5. il percorso BFHI/BFCI in Italia**



L'occasione di trovare un'integrazione tra i due progetti BFHI e BFCI è stata colta come una importante opportunità da alcune Aziende Sanitarie in Italia.

Nel Veneto l'Azienda ULSS 20 di Verona e l'ASL 3 di Bassano del Grappa hanno predisposto un piano di lavoro integrato per realizzare l'obiettivo del raggiungimento degli Standard richiesti sia per l'Ospedale (consolidando i primi due BFH Italiani) e il territorio.

Il modello di "Politica Aziendale Integrata per l'Allattamento" adottato dal Dipartimento Materno Infantile dell'ULSS 20 costituisce un interessante prototipo<sup>ad</sup>.

*1° edizione a cura di Leonardo Speri, Mara Brunelli*

*Revisori: Maria Enrica Bettinelli, Adriano Cattaneo, Rosellina Cosentino, Beatrice Dalla Barba*  
*Aggiornamento a cura di: Maria Enrica Bettinelli, Mara Brunelli, Elise Chapin, Elisa Pastorelli, Leonardo Speri*

*Revisori: Adriano Cattaneo, Rosellina Cosentino, Maria Ersilia Armeni*

<sup>ad</sup> Dipartimento Materno Infantile ULSS 20 – Direttore dott. Mauro Cinquetti - <http://www.ulss20.verona.it/ospedale.html>.

## 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](http://www.counselling.it)*

"PILLOLE" DI VALUTAZIONE

## Sostenere l'allattamento materno

### Cosa sanno e come si comportano i genitori

Oltre il 90% dei genitori dichiara di aver ricevuto informazioni sull'importanza dell'allattamento materno esclusivo. Il luogo dove i genitori dichiarano di aver ricevuto maggiori informazioni è l'ambulatorio ostetrico-ginecologico (circa il 42%) a seguire con circa il 39% il corso pre-parto e il punto nascita dell'ospedale. Questa percentuale si riduce però al 76% se si considerano i genitori che hanno ricevuto informazioni sulle "modalità migliori di allattamento al seno", queste informazioni vengono date nella maggior parte dei casi all'Ospedale/Punto Nascita (52%) e al corso pre-parto (41%).

Rispetto a ciò che i genitori sanno su alcuni aspetti dell'allattamento materno si riscontrano delle conoscenze consolidate, ma anche il persistere di alcune "zone d'ombra" come dimostra la tabella 1.

**Tabella 1. % risposte corrette sulle conoscenze dei genitori**

L'allattamento materno: (fra parentesi la risposta corretta)	% di risposte corrette
Può prevenire l'obesità del bambino. <i>(Vero)</i>	42,5%
Va smesso in caso di coliche del lattante. <i>(Falso)</i>	83,4%
Favorisce il "ritorno in forma" della madre. <i>(Vero)</i>	49,6%
Previene le patologie delle prime vie respiratorie del bambino. <i>(Vero)</i>	41,3%

% di genitori che rispondono correttamente a tutte le domande 14,3%

Relativamente alla durata dell'allattamento esclusivo al seno i genitori intervistati ritengono che in media una madre dovrebbe allattare in modo esclusivo fino a oltre i sette mesi e mezzo di vita, a fronte di una raccomandazione dell'OMS di 6 mesi, periodo conosciuto correttamente dal 42,3% (n=2462) degli intervistati.

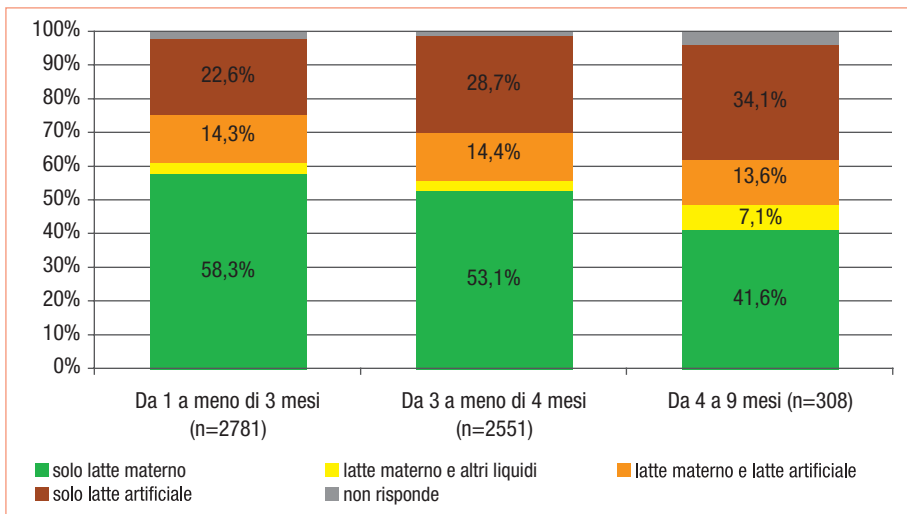
	Media	Mediana	n
Mesi di allattamento esclusivo	7,60	6	5223

In considerazione dell'alta numerosità di genitori che sostengono un allattamento al seno esclusivo per più di 6 mesi (33,3%, pari a n=1823), l'ipotesi che non vi sia una chiarezza sufficiente rispetto al concetto di allattamento esclusivo (§ tabella tipizzazione allattamento cap.3) una volta introdotta l'alimentazione complementare.

Altro elemento interessante risulta essere la modalità di alimentazione del bambino nelle ultime 24 ore dal rilevamento, tipizzata secondo i criteri OMS. Tenendo conto che le persone intervistate sono genitori di bambini per la maggior parte tra 1 e 3 mesi, questo indicatore dà uno spaccato attendibile sulla prevalenza dell'allattamento materno nella popolazione.

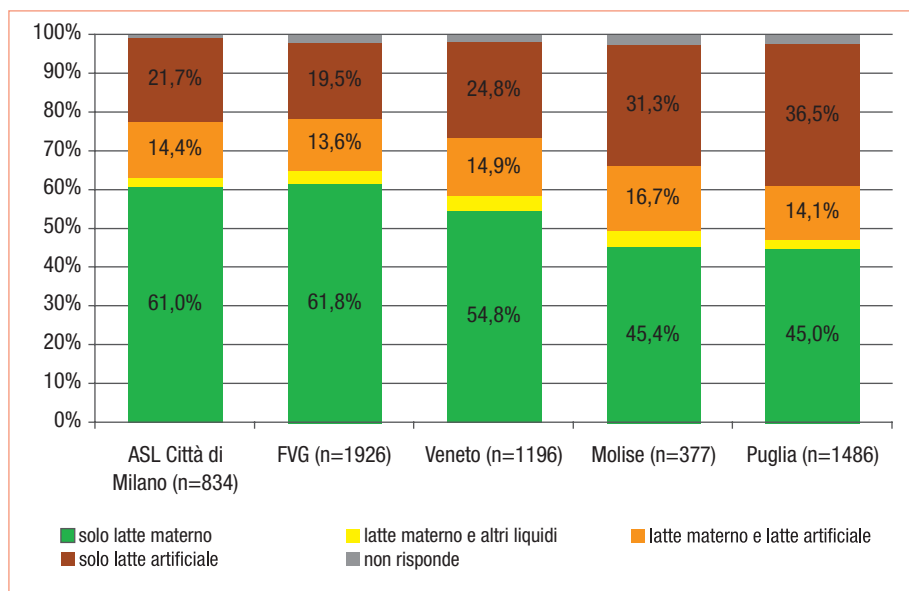
Dal grafico 1 si vede come già nei bambini con età compresa tra 1 e meno di 3 mesi, la percentuale di allattamento esclusivo è sotto al 60%, percentuale che si riduce al 53% tra quelli di età compresa tra 3 e 4 mesi. Inoltre si evidenzia che l'alimentazione esclusivamente artificiale è di gran lunga prevalente rispetto a quella mista.

**Grafico 1. Prevalenza allattamento materno sotto l'anno di vita**



Il dato che è consuetudine rilevare intorno al 6° mese di vita, per valutare lo scostamento della prevalenza dell'AS esclusivo rispetto le raccomandazioni OMS, riguarda un sottogruppo campionato numericamente contenuto e non ulteriormente disaggregabile (n=103 bambini tra 5 e 7 mesi), nel quale si rilevano il 35,9% di allattamento solo con latte materno, 12,6% di allattamento materno e altri liquidi, 8,7% di allattamento materno e latte artificiale e 37,9% solo con latte artificiale (il 4,8% non risponde). È interessante notare come alcune variabili territoriali e socio-demografiche influenzino significativamente la modalità di alimentazione del bambino. Ad esempio il grafico 2 mette in evidenza come, a parità di età ci siano 16 punti percentuali di differenza tra la ASL di Milano, dove c'è la più alta prevalenza dell'allattamento materno e dove ci sono programmi pilota di sostegno all'AS, e la Puglia dove la % di mamme che praticano l'allattamento esclusivo è la più bassa pari al 45%. Le ragioni di queste marcate differenze vanno indagate (tra le possibili variabili: la cultura propria della popolazione di appartenenza, la struttura sociale ed economica di riferimento e la possibilità della donna di avere corretti supporti in questa delicata fase di crescita dei figli).

**Grafico 2. prevalenza complessiva dell'AS, sotto l'anno di vita, per distribuzione geografica**



Altre variabili che hanno dimostrato importanti influenze sulle modalità di alimentazione del bambino sono:

- **Il titolo di studio:** la percentuale di mamme laureate che allatta esclusivamente al seno è del 61% contro il 55% delle mamme con la scuola superiore e il 48% di quelle con la scuola dell'obbligo;
- **Primo figlio:** nelle mamme primipare la percentuale di allattamento esclusivo al seno è di 10 punti percentuali inferiore rispetto alle mamme che hanno già avuto altri figli, 50,5% con i primi figli, 60,7% con i secondi o successivi;
- **Cittadinanza della madre:** le mamme europee ma non italiane sono quelle che allattano di più (circa 65%), seguono le donne extra-europee (57,2%) e infine le italiane (54,4%).

### Cosa sanno gli operatori prima della formazione GenitoriPiù

Gli operatori che hanno risposto al questionario ritengono molto importante che una donna allatti esclusivamente al seno il suo bambino nei primi mesi di vita ma, nel contempo, ritengono che la cessazione precoce dell'allattamento non sia così determinante sulle condizioni del bambino, come dimostrano le medie riportate nella tabella 2.

**Tabella 2. Convinzioni degli operatori sull'allattamento materno**

Su una scala da 1 a 7:	Media (sul totale dei rispondenti)
Quant'è importante che una donna allatti esclusivamente al seno il proprio figlio nei primi mesi di vita?	6,82
Quanto può incidere sulle condizioni del bambino la cessazione precoce dell'allattamento materno?	5,44

Rispetto a questo determinante di salute gli operatori si sentono molto coinvolti essendo quello su cui maggiormente danno consigli: circa l'80% degli intervistati dà sempre o spesso consigli sull'allattamento.

**Tabella 3. Durante la sua attività, dà ai genitori consigli sull'allattamento al seno? (sul totale dei rispondenti)**

Sempre	Spesso	Raramente	Mai	Non risponde
54,6%	24,0%	10,1%	6,9%	4,3%

Questa % è molto differenziata tra le figure professionali: raggiunge il massimo nei pediatri e nelle ostetriche con rispettivamente il 96% e il 95% di professionisti che affermano di dare consigli sempre o spesso.

Questa forte attenzione all'allattamento o, più in generale, all'alimentazione del bambino è sicuramente un dato positivo; si è quindi cercato di capire quali sono i consigli forniti ai genitori, in particolare per quanto tempo gli operatori consigliano l'allattamento esclusivo al seno.

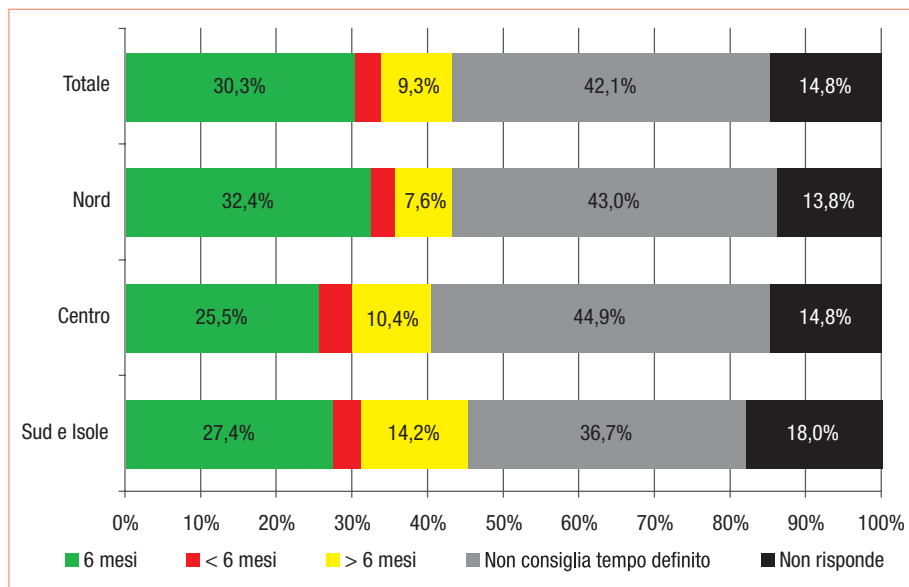
Il grafico 3 mostra come su questo argomento non ci siano forti disparità tra le ripartizioni geografiche; mostra anche, però, come gli operatori seguano una strada generica nel dare consigli, non prevedendo, nella maggior parte dei casi, un tempo definito di allattamento.

Singolare anche come circa il 10% degli operatori (in maniera differenziata tra nord, centro e sud) consigli più di 6 mesi di allattamento esclusivo, facendo riemergere, anche nel caso degli operatori, il dubbio che non sia completamente acquisito il concetto di esclusività dell'allattamento.

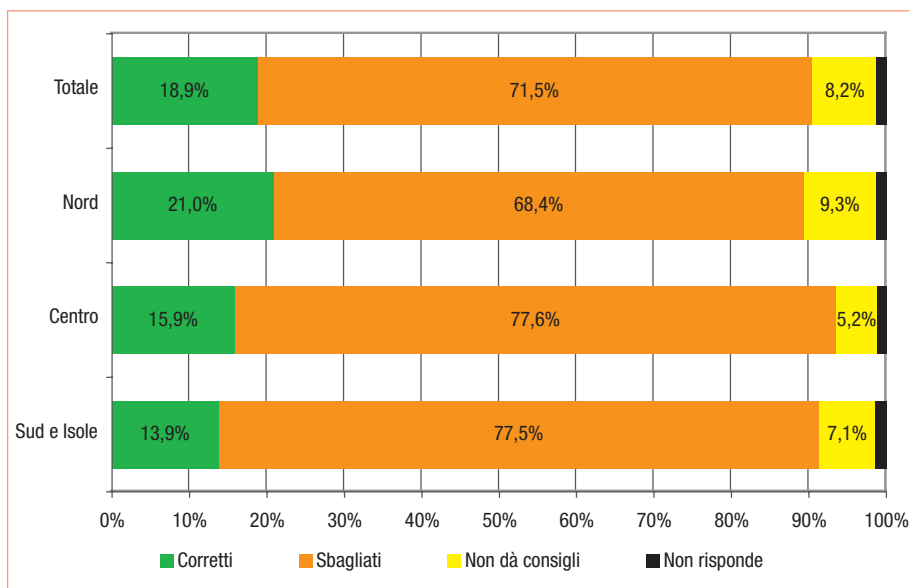
Considerando come consiglio corretto un tempo pari a 6 mesi di allattamento esclusivo e combinando le risposte alle domande se l'operatore dà consigli e quali consigli dà si ottiene la distribuzione di frequenza riportata nel grafico 4.



**Grafico 3. informazioni fornite sulla durata sull'allattamento esclusivo dagli operatori per area geografica**



**Grafico 4. % di consigli corretti forniti dagli operatori**



Dal grafico si evince che la maggior parte degli operatori dà consigli ma non li dà corretti, ovvero suggerisce l'allattamento esclusivo per un periodo inferiore o superiore ai 6 mesi oppure non consiglia un tempo definito. Questa considerazione meriterebbe un approfondimento di indagine per capire se il comportamento rilevato negli operatori è una scelta ben definita dettata da dei convincimenti precisi sulla tematica oppure se è dovuta alla scarsa conoscenza delle indicazioni scientifiche internazionali presenti in questo campo.

### Come e dove promuovere l'allattamento materno?

*Nei genitori è necessario continuare a promuovere l'allattamento al seno diffondendo informazioni più corrette sugli effetti positivi sia sul bambino che sulla madre. A tal fine vanno sostenute, anche con azioni specifiche di supporto, soprattutto le donne più fragili ovvero quelle che sono alla prima esperienza di gravidanza, con titolo di studio più basso e con particolare riguardo alle residenti nelle regioni meridionali.*

*Negli operatori va individuata una strategia per diffondere l'idea di consigliare l'allattamento esclusivo fino ai 6 mesi di età del bambino in maniera più diffusa in tutto il territorio nazionale e in tutte le figure professionali coinvolte*

*A cura di: Stefano Campostrini e Stefania Porchia*

## Bibliografia essenziale

1. *Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea -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/old\\_site/Burlo%20English%20version/Activities/research\\_develop.htm](http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm) in italiano <http://www.burlo.trieste.it/documenti/EUpolicy06it.pdf>.
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/gi\\_yycf.pdf](http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/NUTRITION/gi_yycf.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](http://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> In Italiano <http://beta.unicef.it/doc/599/il-testo-della-convenzione-sui-diritti-dellinfanzia.htm>.
8. *2° Rapporto Supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia dell'adolescenza in Italia* [http://www.savethechildren.it/2003/download/pubblicazioni/crc\\_2009.pdf](http://www.savethechildren.it/2003/download/pubblicazioni/crc_2009.pdf).
9. *World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices,* Geneva, 2009.
10. *UNICEF/WHO. Innocenti Declaration.* Florence, 1990. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm> UNICEF/WHO. In italiano <http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/2004>.  
- *Innocenti Declaration 2005. On Infant and Young Child Feeding.* Florence, 2005 [http://www.unicef-icdc.org/homepages/files/documents/f\\_5.pdf](http://www.unicef-icdc.org/homepages/files/documents/f_5.pdf) in italiano [http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration\\_it\\_v.pdf](http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_it_v.pdf).
11. *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.
12. *World Health Assembly. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes.* WHO, Geneva, 1981.
13. *Riccardo Davanzo, Irene Bruno, Salute della donna e lattazione (Medico e Bambino 2003;22:105-113).*
14. *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>).
15. *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>.
16. *Ministero della Salute - Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2007* [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1152\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1152_allegato.pdf).
17. *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.
18. *Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families.* *Midwifery* 2002;18:87-101.

19. WHO. *Care in normal birth: a practical guide*. WHO, Geneva, 1996.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. American Academy of Pediatrics. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297-316.
24. Gartner LM, Herschel M. Jaundice and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:389-99.
25. WHO. *Hypoglycaemia of the newborn: review of the literature*. WHO, Geneva, 1997.
26. Eidelman AI. Hypoglycemia and the breastfed neonate. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:377-87.
27. Cattaneo A., *Le nuove curve di crescita dell'Oms: una riflessione* [http://www.epicentro.iss.it/temi/materno/curve\\_crescita.asp](http://www.epicentro.iss.it/temi/materno/curve_crescita.asp).
28. WHO. *Complementary feeding: family foods for breastfed children*. WHO, Geneva, 2000.
29. 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](http://www.ibclc.it/docs/Linee_Guida_ILCA_ITA.pdf)).
30. Società Italiana di Neonatologia. *Raccomandazioni sull'allattamento materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani*. *Medico e Bambino* 2002;21:91-8.
31. Fein S B; Roe B The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. *American Journal of public health* 1998;88(7):1042-6.
32. Cohen, R. Mrtek, MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations *American Journal of Health Promotion* 1995; 10:148-5.
33. Ball T, Wright A. Health Care Costs of Formula-feeding in the First Year of Life. *Pediatrics*. Volume 103, Number 4, April 1999.
34. *United States Breastfeeding Committee. Workplace Breastfeeding Support [issue paper]*. Raleigh, NC: United States Breastfeeding Committee; 2002.
35. Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, Graham S, Goodman J, Kharrazi M. Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics*. 2009 Jan;123(1): e38-46.
36. Abdulwadud OA, Snow ME. Interventions in the workplace to support breastfeeding for women in employment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD006177. DOI: 10.1002/14651858.CD006177.pub2.
37. *Allattare al seno in pubblico è davvero necessario?* Angela Giusti - ricercatrice Cnesps <http://www.epicentro.iss.it/discussioni/allattamento/giusti.asp>.
38. WHO/UNICEF. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services*. WHO, Geneva, 1989. In italiano [www.unicef.it/ospedaliamic](http://www.unicef.it/ospedaliamic).
39. WHO. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. World Health Organization, Geneva, 1998.
40. *Accademia Americana di Pediatria AAP Endorsement of the WHO/UNICEF Ten Steps to Successful Breastfeeding* - August 25, 2009 <http://www.aap.org/breastfeeding/files/pdf/TenStepswoisig.pdf>.
41. 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.



## 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 ridurne 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;
- allattamento materno esclusivo.

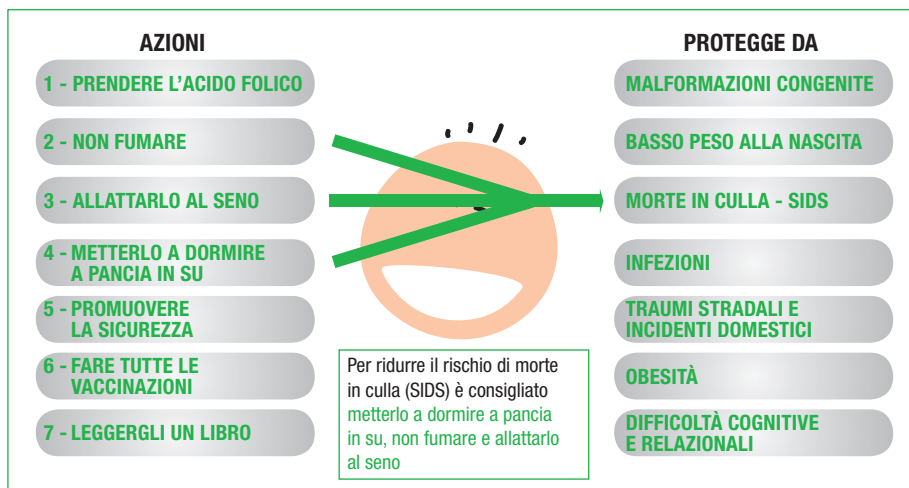
### Raccomandazioni principali

*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.
- È consigliabile l'allattamento materno esclusivo.

### 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 (*bed sharing*), 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<sup>a</sup>. Il 90% dei bambini morti per SIDS non hanno compiuto i 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 secondo la realtà considerata (da 0,2 a 0,7 casi ogni 1000 nati vivi, dunque si possono prevedere da un centinaio a 400 circa lattanti/anno in Italia). Tali dati sono tuttavia poco applicabili 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'argomento<sup>1,2</sup>. Va tuttavia sottolineato che solo per alcuni di questi fattori l'evidenza disponibile sull'associazione con la SIDS è forte e in modo consistente dimostrata 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<sup>3,4</sup>:

<sup>a</sup> Per periodo post-neonatale si intende il periodo compreso tra il termine del periodo neonatale (28° giorno di vita) e il compimento del primo anno.

- La posizione nel sonno.
- L'esposizione al fumo di sigaretta (pre e post natale).
- L'ambiente in cui dorme il bambino.
- Il tipo di allattamento

### 1.1 Quale la posizione corretta nel sonno?

La posizione nel sonno rappresenta il fattore di rischio più rilevante 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)<sup>5,6</sup>. Anche la posizione di fianco è un fattore di rischio (rischio aumentato di circa 2 volte)<sup>7</sup>. Una revisione sistematica della letteratura con meta-analisi<sup>8</sup> ha identificato 40 studi che analizzavano la relazione tra SIDS e posizione nel sonno. I risultati della meta-analisi confermano un maggior rischio (OR<sup>b</sup>), cioè una maggiore probabilità di SIDS in caso di:

- 1) posizione prona rispetto a posizione supina (OR=4,46, IC<sup>c</sup> 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<sup>9,10</sup>. 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	<b>1,2</b>	2000	<b>0,12</b>
Inghilterra e Galles	anni 80	<b>2-2,3</b>	2000	<b>0,4</b>
Norvegia	1989	<b>2,4</b>	2000	<b>0,4</b>
Svezia	1991	<b>1,1</b>	1995	<b>0,4</b>
Danimarca	1990	<b>1,6</b>	1995	<b>0,2</b>
Spagna (Navarra)	85-93	<b>1,3</b>	1994	<b>0,4</b>
Tirolo	84-94	<b>1,8</b>	95-98	<b>0,4</b>
USA	1992	<b>1,2</b>	1998	<b>0,8</b>
Nuova Zelanda	87-88	<b>4,3</b>	91-93	<b>2</b>
Australia	1990	<b>1,9</b>	1995	<b>0,8</b>
Australia (Tasmania)	88-90	<b>3,8</b>	91-92	<b>1,5</b>

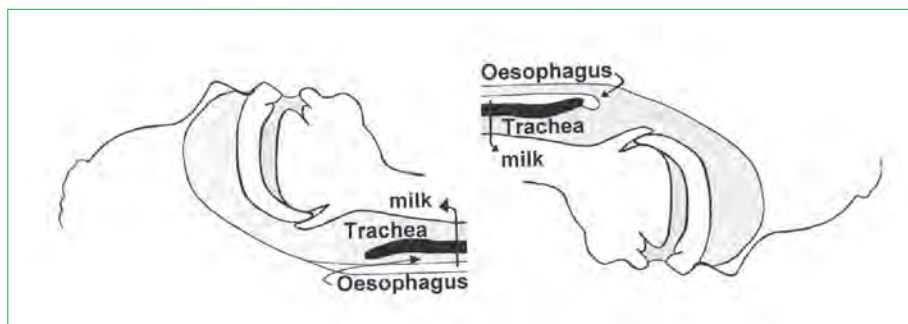
\*per 1000 nati vivi

*b Odds Ratio o Rapporto Crociato, § glossario.*  
*c 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 rigurgito<sup>11</sup> (§ figura 1) e non è associata a 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)<sup>12</sup>.

**Figura 1. Rigurgito e posizione supina e prona<sup>d</sup>**



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 2) nei lattanti che dormono in posizione supina derivano da studi non controllati. In ogni caso il problema è avviabile variando la posizione della testa del bambino durante il sonno (ad esempio: una settimana a destra e una a sinistra) e di utilizzare posizioni alternative a quella supina durante le ore di veglia<sup>13</sup>.



**Figura 2.**

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.

### 1.2 Fumo di sigaretta pre e post natale: quali effetti?

Una revisione con meta-analisi ha indagato la relazione tra fumo di sigaretta e SIDS<sup>14</sup>. Sono stati identificati oltre 60 studi caso-controllo e di coorte. Il rischio relativo<sup>e</sup> (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.

<sup>d</sup> § Piumelli R., *Promuovere la posizione corretta in culla e... Campagna GenitoriPiù, Verona 25-26-27/06/2009.*

<sup>e</sup> § glossario.

Sette studi hanno consentito di valutare gli effetti del fumo dopo la gravidanza in quanto si riferiscono alla 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).

Viene anche segnalato un gradiente dose-risposta: il rischio di SIDS verrebbe moltiplicato (rispetto ai figli di non fumatrici) per 4,7-5,7-7,8 volte rispettivamente nei nati da madri che in gravidanza fumavano da 1 a 9 sigarette al giorno – da 10 a 19 – oltre 20<sup>15</sup>.

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", come era stato previsto<sup>16</sup> il fumo di sigaretta è diventato il fattore di rischio più importante di SIDS, potendo render conto fino all'80% dei casi (rischio attribuibile)<sup>17</sup>. Risulta pertanto ovvia l'indicazione di non fumare e non esporre il bambino al fumo passivo.

### 1.3 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)<sup>3,4,7,18-25</sup> 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. Recentemente è stato anche consigliato l'uso di un ventilatore<sup>26</sup>. Ma altri sostengono che dopo le campagne "back to sleep" questo fattore di rischio sia ridimensionato rispetto a quanto si suggeriva in precedenza<sup>15</sup>.

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). Uno studio tedesco pubblicato nel 2009 ripropone una sintesi dei principali fattori di rischio legati all'ambiente in cui il bambino è messo a dormire, in epoca post-campagne "back to sleep". Secondo questo studio (333 SIDS e 998 controlli), possono costituire un rischio il "bed sharing" i cuscini, i piumini e il dormire al di fuori della camera da letto (comprese le case di amici e parenti) e, sempre, la posizione prona, soprattutto su pelli di pecora; mentre conserverebbe un effetto protettivo l'uso del succhiotto<sup>27</sup> (vedi oltre).

Fino al 2004 si riteneva che la condivisione del letto dei genitori ("bed sharing") 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<sup>20,21</sup>.

Si raccomandava quindi di evitare la condivisione del letto in presenza di queste condizioni. Negli ultimi 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)<sup>4</sup>; 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. 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) ha revisionato in questo senso le proprie raccomandazioni nel giugno 2005.

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 leggere<sup>22</sup>, evitando quindi la condivisione multipla del letto<sup>23</sup>, della poltrona o del divano<sup>20,23,24</sup>.

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 mostrano 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<sup>f</sup>;

<sup>f</sup> Una recente revisione sistematica sul rapporto tra uso del succhiotto e allattamento al seno ha trovato 4 RCT (Randomized Controlled Trial, § glossario), di cui uno su soggetti pretermine (circa

- 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.

### 1.4 Il possibile ruolo dell'allattamento materno

Recentemente uno studio tedesco<sup>30</sup> sembra mettere in rilievo l'effetto protettivo dell'allattamento al seno. Il 49.6% di casi e l'82.9% dei controlli era allattato al seno a 2 settimane di età. L'allattamento materno esclusivo a 1 mese di età dimezza il rischio. Anche l'allattamento materno parziale all'età di 1 mese riduce il rischio di SIDS, ma dopo l'*aggiustamento*<sup>g</sup> questo rischio non è significativo. Le curve di sopravvivenza dell'allattamento al seno hanno mostrato che sia l'allattamento materno parziale che quello esclusivo sono associati con una riduzione del rischio di SIDS.

Lo studio ha una particolare importanza in quanto analizza il peso dei vari fattori di rischio in un contesto storico-geografico in cui ormai la posizione prona è quasi scomparsa (4% circa). L'effetto protettivo dell'allattamento materno era già stato segnalato da una revisione sistematica con metanalisi di 7 studi<sup>31</sup>.

### 1.5 SIDS e vaccinazioni

Nonostante gli allarmi sollevati da parte di alcuni studi (delle 100 morti improvvise riportate dal "Vaccine Adverse Event Reporting System" dal 1997 al 1998 negli USA<sup>32</sup> circa la metà, sono state classificate come SIDS), il sospetto di una possibile associazione fra le vaccinazioni per difterite-tetano-pertosse e la SIDS non ha avuto conferma in una serie di studi epidemiologici.

Gli studi, infatti, continuano a non mostrare un'associazione fra le vaccinazioni e la SIDS; un recente e ampio studio condotto in Germania<sup>33</sup> evidenzia, al contrario, un maggior rischio di SIDS nei bambini non sottoposti a vaccinazione o sottoposti ad essa tardivamente. Lo stesso autore di questo studio ha poi condotto una revisione sistematica con metanalisi su 9 studi caso-controllo, mostrando un effetto protettivo delle vaccinazioni: OR 0,58 (IC 95% da 0,46 a 0,73). Il risultato è confermato anche dalla metanalisi condotta sui 4 studi che presentano un OR aggiustato con l'analisi multivariata<sup>34</sup>.

### 1.6 SIDS e "QT lungo": quale relazione?

Uno studio italiano ha mostrato la possibilità di prevedere un aumentato rischio di morte improvvisa, grazie all'esecuzione di un elettrocardiogramma (prolungamento dell'inter-

---

*300) e tre su nati a termine (oltre 1500 soggetti). Non sono stati dimostrati effetti particolari dell'utilizzo del succhiotto sulla pratica dell'allattamento<sup>28</sup>. Un RCT pubblicato nel maggio 2009 conferma l'assenza di influenza del succhiotto sull'allattamento al seno esclusivo a 3 mesi<sup>29</sup>. La riflessione sull'uso del succhiotto rimane aperta.*

*g* (§ glossario).

vallo QT)<sup>35</sup>. 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 ancora 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<sup>35</sup>, 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;
- un ulteriore problema è poi il tipo di trattamento da attuare nei bambini con test positivo: non esistono infatti a tutt'oggi, prove dell'efficacia e della sicurezza dei trattamenti farmacologici proposti per la prevenzione della SIDS.

## 2. Le opportunità legislative

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.

## 3. 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 2003<sup>36</sup> (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 (§ *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 successiva ricerca (2004)<sup>37</sup> 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. Nuovi dati sono stati rilevati all'interno della Campagna GenitoriPiù e sono sintetizzati nella "Pillola" di valutazione a pag. 129. Il materiale divulgativo messo a disposizione dei genitori a livello nazionale è sempre più aggiornato<sup>38</sup> e va superando messaggi contraddittori trasmessi in passato.

*1° edizione a cura di Luca Ronfani*

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

*Aggiornamento a cura di Roberto Buzzetti*

*Revisori: Paola Dallacasa, Raffaele Piumelli, Luca Ronfani*

## 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 posizione 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. Io 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, vediamo 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 ridurlo 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](http://www.counselling.it)*

**"PILLOLE" DI VALUTAZIONE****Posizione del lattante in culla****Cosa sanno e come si comportano i genitori**

L'88,5% dei genitori dichiara di aver ricevuto informazioni sulla corretta posizione in cui mettere a dormire il bambino. Circa il 60% dei genitori riceve queste informazioni nel Punto Nascita e il 34% nell'ambulatorio pediatrico. Il Punto Nascita diventa quindi lo snodo naturale per far passare le corrette informazioni su questo determinante, anche perché spesso il comportamento dei genitori ricalca quanto visto fare all'interno dell'Ospedale nei primi giorni di vita del bambino.

Rispetto alle conoscenze dei genitori, la tabella che segue mette in evidenza la percentuale di risposte corrette alle domande poste.

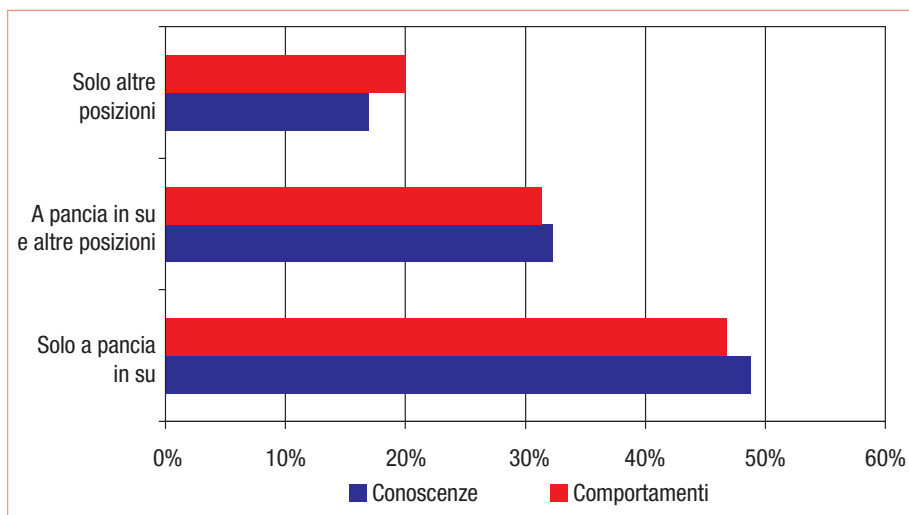
**Tabella 1. percentuale di risposte corrette alle domande sui fattori di protezione della SIDS**

La posizione supina del lattante in culla può: (fra parentesi la risposta corretta)	% risposte corrette
Diminuire il rischio nei confronti della morte in culla. <i>(Vero)</i>	73,3%
Essere rischioso per i casi di soffocamento da rigurgito. <i>(Falso)</i>	42,3%
Quali di questi comportamenti possono prevenire la 'morte in culla' del bambino?	% risposte corrette
Non fumare. <i>(Vero)</i>	56,0%
Tenere la temperatura della cameretta del bambino superiore ai 20°. <i>(Falso)</i>	50,6%
Fare in modo che i piedi del bambino tocchino il fondo della culla. <i>(Vero)</i>	18,4%
Utilizzare un materasso soffice nella culla del bambino. <i>(Falso)</i>	51,8%

*I genitori con tutte le conoscenze corrette sulla posizione del lattante in culla risultano quindi il 4,5%.*

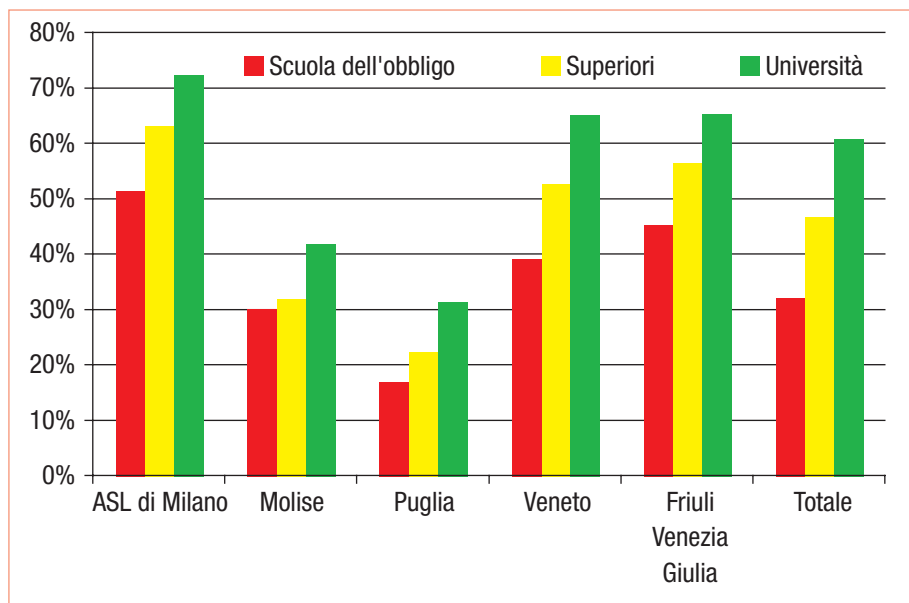
Rispetto alle prime due domande si rileva come la gran parte dei genitori sappia che la posizione supina nel sonno è un comportamento che diminuisce i casi di SIDS, c'è però ancora molto pregiudizio su questa posizione tanto che quasi il 58% dei rispondenti pensa che mettere a dormire il bambino a pancia in su possa essere pericoloso per il rischio di soffocamento da rigurgito. Questa falsa credenza potrebbe essere una delle cause che portano alla differenza rilevata tra conoscenze corrette e comportamenti corretti messa in luce nel grafico che segue.

**Grafico 1. Confronto conoscenze e comportamenti sulla posizione da far assumere nel sonno al bambino.**



La posizione corretta fatta assumere in culla dal bambino è fortemente influenzata dalla provenienza territoriale e dal titolo di studio della madre, come evidenziato nel grafico 2.

**Grafico 2. % di genitori che mettono a dormire il bambino a pancia in su per territorio di provenienza e titolo di studio della madre**



Dal grafico appare evidente che laddove questa tematica è stata già affrontata e sono state diffuse le conoscenze alla popolazione (Asl di Milano, Veneto e Friuli Venezia Giulia) anche attraverso progetti precedenti a GenitoriPiù, si registrano comportamenti corretti in percentuali assolutamente maggiori che negli altri territori per tutte le fasce di popolazione, seppur persista in tutti i territori una correlazione diretta tra titolo di studio della madre e comportamenti corretti.

## Cosa fanno gli operatori prima della formazione GenitoriPiù

Anche agli operatori è stata sottoposta una serie di domande per verificare la loro conoscenza relativamente ai diversi fattori che possono proteggere il bambino dalla SIDS. Il fattore protettivo più conosciuto è evitare di fumare nella stanza del bambino, al secondo posto si registra il fattore considerato più importante nella protezione dalla morte improvvisa ovvero “mettere il bambino a dormire a pancia in su”.

Quale fra i seguenti fattori protegge il bambino dalla SIDS? (fra parentesi la risposta corretta)	% risposte corrette
Mettere il bambino a dormire a pancia in su. (Si)	88,0%
Allattare al seno. (Si)	76,7%
Evitare di fumare nella stanza in cui il bambino dorme. (Si)	90,8%
Utilizzare un materasso morbido per il lettino del bambino. (No)	65,4%
Tenere alta la temperatura nella stanza in cui il bambino dorme. (No)	86,3%
Fare in modo che il bambino tocchi con i piedi il fondo della culla. (Si)	33,2%
Sottoporre il neonato ad uno screening elettrocardiografico. (No)	47,1%

*Gli operatori con conoscenze corrette sui fattori di protezione della SIDS sono il 12,8%.*

Da notare che c'è ancora un'alta percentuale di operatori (oltre il 50%) che ritiene utile lo screening elettrocardiografico. Questa percentuale è fortemente influenzata dalla provenienza geografica dato che le risposte corrette a questa domanda raggiungono il 54% al nord e si abbassano al 41% in Italia centrale e al 44% nelle regioni meridionali. Venendo ora ai comportamenti degli operatori, circa il 69% dichiara di dare sempre o spesso consigli sulla corretta posizione in culla come mostra la tabella che segue.

**Tab. 2. COMPORTAMENTI: con quale frequenza fornisce consigli sulla posizione corretta in culla**

Sempre	Spesso	Raramente	Mai	N.R.
43,3%	25,4%	14,3%	12,5%	4,5%

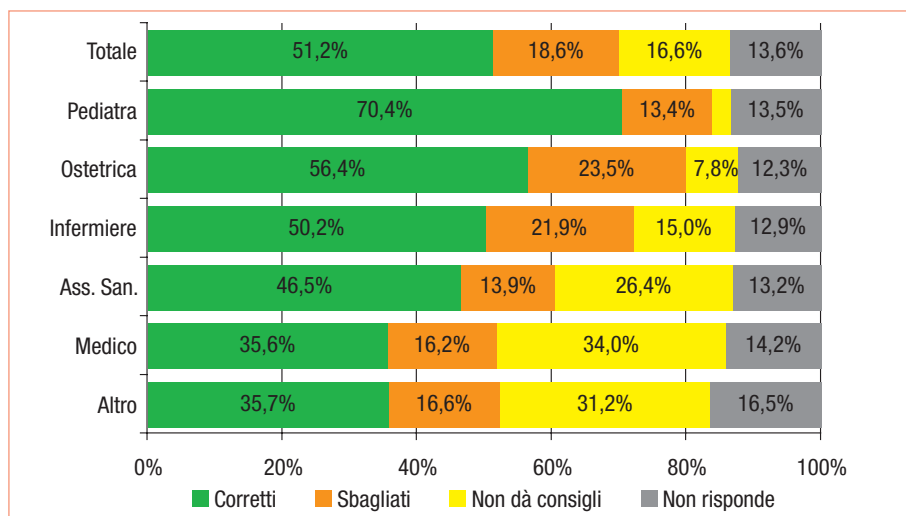
La frequenza con cui vengono date le informazioni è strettamente collegata alla figura professionale. Infatti gli operatori che sono più impegnati in questa direzione sono i pediatri, tra i quali circa il 95% dichiara di dare informazioni sempre o spesso. Oltre alla frequenza con cui vengono dati consigli è importante capirne la correttezza. Si è ritenuto corretto il consiglio di mettere a dormire il bambino a pancia in su e si è costruito un indicatore che tiene contemporaneamente conto di chi dà consigli e della correttezza del consiglio fornito. La tabella che segue mostra come si distribuiscono gli operatori rispetto alle categorie definite.

**Tabella 3. COMPORTAMENTI: con quale frequenza fornisce consigli sulla posizione corretta in culla**

Correttezza dei consigli forniti	Distribuzione %
Corretti: solo a pancia in su	51,3%
Sbagliati: pancia in su e altre posizioni o solo altre posizioni	18,6%
<b>Non dà consigli</b>	16,6%
Non risponde	13,5%

Anche in questo caso le percentuali di consigli corretti sono fortemente legate alla collocazione professione degli operatori, come si vede dal grafico che segue i pediatri sono i professionisti che danno più consigli ed anche maggiormente corretti.

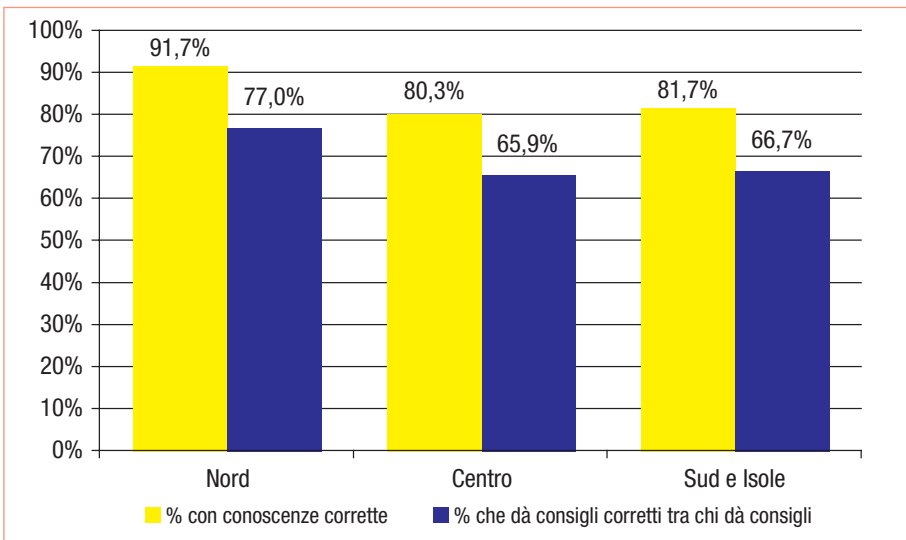
**Grafico 3. % di consigli corretti forniti dagli operatori**



Fanno riflettere le percentuali superiori al 20% di Ostetriche e Infermieri che forniscono

consigli sbagliati sulla posizione del bambino in culla. Questo significa che una famiglia su 5 che riceve consigli su questo aspetto da una ostetrica o da un infermiere è esposta ad un consiglio sbagliato. Questo dato dovrebbe orientare la formazione in futuri interventi. Si rileva una notevole discrepanza tra chi conosce la posizione corretta in culla e chi, tra quelli che danno consigli, consigliano di far dormire il bambino a pancia in su. Il grafico che segue mette in relazione le due grandezze per ripartizione territoriale: le barre più alte indicano la percentuale di operatori che conoscono la capacità protettiva del dormire a pancia in su, le barre più basse indicano gli operatori che consigliano questa posizione tra coloro che danno dei consigli.

**Grafico 4. % di conoscenze e consigli corretti forniti dagli operatori per area geografica**



### Come e dove promuovere la corretta posizione in culla?

*La differenza tra conoscenza e consiglio corretto può essere dovuta a diversi fattori probabilmente legati ai comportamenti passati, in particolare relativamente alla posizione sul fianco, che faticano ad essere cambiati.*

*La strada da fare rispetto a questo determinante è molto differenziata se si considerano le regioni settentrionali o quelle meridionali, rispetto alle quali va sostenuto fortemente questo messaggio dato che solo una piccola parte delle mamme mette attualmente a dormire il bambino a pancia in su.*

*Relativamente agli operatori vanno probabilmente sostenuti dei comportamenti che sono ancora molto influenzati da retaggi del passato, nonostante le conoscenze siano state aggiornate.*

*A cura di: Stefano Campostrini e Stefania Porchia*

## Bibliografia

1. Buzzetti R, Ronfani L. Evidenza sulla SIDS. *Medico e Bambino* 2000; 19:223-233.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Creery D, Mikrogianakis A. Sudden infant death syndrome. *Clin Evid*. 2005 Jun;(13):434-43.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Mitchell EA, Milerad J. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Rev Environ Health* 2006;21:81-103.
15. Mitchell EA. Recommendations for sudden infant death syndrome prevention: a discussion document. *Arch Dis Child*. 2007 Feb;92(2):155-9.
16. Donzelli A. Prevenzione della SIDS: occorre riformulare alcuni messaggi. *Medico e Bambino* 2002;21(9):589-594.
17. Anderson ME, Johnson DC, Batal HA. Sudden Infant Death Syndrome and prenatal maternal smoking: rising attributed risk in the Back to Sleep era. *BMC Med*. 2005 Jan 11;3:4.
18. 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.
19. 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*.
20. 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; 319:1457-61ù.
21. 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.

22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. Coleman-Phox K, Odouli R, Li DK. Use of a fan during sleep and the risk of sudden infant death syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008 Oct;162(10):963-8.
27. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Sauerland C, Mitchell EA; GeSID Study Group.. Sleep environment risk factors for sudden infant death syndrome: the German Sudden Infant Death Syndrome Study. *Pediatrics.* 2009 Apr;123(4):1162-70.
28. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauck FR. Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009 Apr;163(4):378-82.
29. Jenik AG, Vain NE, Gorestein AN, Jacobi NE; for the Pacifier and Breastfeeding Trial Group.
30. Does the Recommendation to Use a Pacifier Influence the Prevalence of Breastfeeding? *J Pediatr.* 2009 May 20. [Epub ahead of print].  
Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yucesan K, Sauerland C, Mitchell EA and the GeSID Study Group. Does Breastfeeding Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? *Pediatrics* 2009;123: e406-e410.
31. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2007 Apr;(153):1-186 – vedi in particolare pagg 93-97.
32. Silvers LE, Varricchio FE, Ellenberg SS, Krueger CL, Wise RP, Salive ME. Pediatric deaths reported after vaccination: the utility of information obtained from parents. *Am J Prev Med* 2002;22:170-176.
33. Vennemann MM, Butterfass-Bahloul T, Jorch G, et al; The GeSID group. Sudden infant death syndrome: no increased risk after immunisation. *Vaccine* 2007;25:336-40.
34. Vennemann MM, Höffgen M, Bajanowski T, Hense HW, Mitchell EA. Do immunisations reduce the risk for SIDS? A meta-analysis. *Vaccine.* 2007 Jun 21;25(26):4875-9.
35. 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.
36. <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/sintesi-icona.asp>.
37. Marolla F. 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.
38. *Bambini e Bambine del Mondo – Guida per le Famiglie, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Candelaria, 2009.*

#### Ulteriori informazioni sono contenute in:

American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.

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](http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm)).

American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding: Endorsement of the WHO/UNICEF Ten Steps to Successful Breastfeeding, August 25, 2009 <http://www.aap.org/breastfeeding/files/pdf/TenStepswoisig.pdf>.





## 5. Promuovere la Sicurezza

*In un'ottica di promozione di una cultura della prevenzione e dell'attenzione all'infanzia, nella presente edizione del manuale si è provveduto ad integrare in un unico contenitore relativo agli incidenti sia le raccomandazioni relative all'uso del seggiolino (cap. 5a) sia quelle relative ad altre forme di prevenzione dell'incidentalità, a partire da quella domestica (cap. 5b)<sup>a</sup>. Questi due filoni vengono comunque trattati in modo distinto, anche per l'elevato grado di complessità e per la numerosità degli accorgimenti che l'operatore dovrebbe suggerire al genitore nell'ottica di empowerment propria della Campagna di GenitoriPiù.*

Come in ogni altro intervento di prevenzione e promozione della salute, le azioni proposte dagli operatori alle famiglie per la prevenzione degli incidenti, dovrebbero derivare da una accurata analisi delle priorità, ricavate da dati epidemiologici rigorosi ed aggiornati. Purtroppo nel caso di molti programmi di salute pubblica, e in particolare proprio sulla prevenzione degli incidenti<sup>b</sup>, la raccolta di dati risulta complessa, diversificata nelle modalità di rilevamento, tra paesi diversi e all'interno degli stessi, disomogenea nelle aggregazioni/disaggregazioni per classi di età e per tipologie di incidenti, con conseguente scarsa confrontabilità dei dati stessi, che, oltretutto, sono sovente sorpassati.

La conoscenza del dato permetterebbe di costruire per gli operatori criteri di priorità per i loro interventi, secondo il loro ruolo e la loro posizione nel percorso nascita, sempre calati tuttavia nel contesto operativo di quel territorio e di quella popolazione di riferimento. Premesso che i dati da cui si parte per una analisi dell'incidentalità sono dati relativi alla Regione Europea, la loro lettura va sempre riferita al livello socio-culturale, alle abitudini, agli stili di vita dei vari paesi.

Gli incidenti rappresentano la principale causa di morte nei bambini e negli adolescenti di età compresa tra 0-19 anni nei paesi più ricchi della Comunità Europea<sup>c</sup>. In Italia rappresentano il 19.3% dei decessi nella stessa fascia di età (ISTAT, 2009) e se si esclude la mortalità nel primo anno di vita (§ tabella 1), gli infortuni accidentali rappresentano il 39% di tutti i decessi di bambini e adolescenti (ISTAT, 2009).

L'*European Report on Child Injury Prevention* (2008), documento redatto per orientare le politiche di sanità pubblica a partire dai dati disponibili, rileva che ogni anno, nella Regione Europea, quasi **42.000** bambini e ragazzi di età compresa tra 0-19 anni muoiono per lesioni non intenzionali.

<sup>a</sup> L'inserimento nel presente manuale di un capitolo sulla sicurezza in casa è stato accompagnato in parallelo da una positiva collaborazione operativa con i colleghi impegnati sul campo nel progetto CCM sugli incidenti domestici.

<sup>b</sup> Usualmente si distingue tra incidenti intenzionali e non-intenzionali: in questo capitolo ci si riferisce a quest'ultimi.

<sup>c</sup> *European Child Safety Alliance di EuroSafe, 2009.*

**Tabella 1. Prime 10 cause di morte per età – Maschi e Femmine – Italia, 2006.**

	ETÀ (ANNI)											
	0		1-2		3-4		5-9		10-14		15-19	
	gruppi di cause	N	gruppi di cause	N	gruppi di cause	N	gruppi di cause	N	gruppi di cause	N	gruppi di cause	N
<b>1</b>	Condizioni perinatale	1.139	Malformazioni congenite	60	Tumore	59	Tumore	104	Tumore	97	Traumatismi e avvelenamenti	640
<b>2</b>	Malformazioni congenite	573	Traumatismi e avvelenamenti	38	Traumatismi e avvelenamenti	30	Traumatismi e avvelenamenti	50	Traumatismi e avvelenamenti	73	Tumore	135
<b>3</b>	Cause mal definite	59	Tumore	27	M. sistema nervoso	15	M. sistema nervoso	22	M. sistema nervoso	31	Cause mal definite	44
<b>4</b>	M. sistema nervoso	41	M. sistema nervoso	20	Malformazioni congenite	15	Malformazioni congenite	16	Malattie del sistema circolatorio	18	Malattie del sistema circolatorio	41
<b>5</b>	Malattie del sistema circolatorio	40	M. infettive	15	Malattie del sistema circolatorio	8	Malattie del sistema circolatorio	14	Malformazioni congenite	18	M. sistema nervoso	36
<b>6</b>	M. infettive	31	Malattie del sistema circolatorio	13	M. endocrine	7	Mal. sangue	11	M. endocrine	16	Malformazioni congenite	26
<b>7</b>	M. app. digerente	31	M. endocrine	12	M. infettive	6	Cause mal definite	11	M. infettive	9	M. infettive	19
<b>8</b>	M. sist respiratorio	29	Cause mal definite	10	Cause mal definite	5	M. endocrine	10	M. sist. respiratorio	8	M. sist respiratorio	15
<b>9</b>	Traumatismi e avvelenamenti	28	M. sist respiratorio	9	M. app. digerente	4	M. infettive	9	Cause mal definite	8	M. endocrine	14
<b>10</b>	M. endocrine	25	M. app. digerente	7	Mal. sangue	2	M. sist. respiratorio	5	Mal. sangue	7	Mal. sangue	11

Fonte: ISTAT. Cause di morte. Anno 2006. ([http://www.istat.it/dati/dataset/20090302\\_00/](http://www.istat.it/dati/dataset/20090302_00/))

Il rapporto conferma che gli infortuni sono la principale causa di morte nei bambini di età 5-19, sotto questa età rimane la principale causa di morte nei Paesi più ricchi mentre nei Paesi più poveri, nella fascia d'età 0-4, assumono più peso altre cause di mortalità infantile. In ogni caso 35.000 di questi decessi (5 su 6) si verificano in paesi a basso e medio reddito. Le disuguaglianze si registrano anche all'interno dei singoli paesi dove indipendentemente dalla ricchezza complessiva, sono più esposti i bambini che fanno parte dei gruppi più svantaggiati.

Davanti al problema delle disuguaglianze è necessario ricordare che oltre alle differenze socio-culturali, ogni intervento va calibrato a partire dalla conoscenza delle risorse e dalle condizioni strutturali in cui vive la famiglia (case affollate, aree di gioco poco sicure, esposizione al traffico, reddito insufficiente per acquistare dispositivi di sicurezza, ecc.) Le cause di morte da eventi non intenzionali, in ordine di frequenza, nei bambini e adolescenti sono: incidenti stradali, annegamento, avvelenamento, ustioni e cadute. (§ Tabella 2).

**Tabella 2. Mortalità annuale per cause non intenzionali in bambini e adolescenti UE.**

Cause di mortalità per:	Numero morti/anno	Proporzione paesi poveri/ricchi
Incidenti stradali	16.000	3 volte
Annegamento	5.000	20 volte
Avvelenamento	3.000	30 volte
Ustioni	1.700	85 volte
Cadute	1.500	22 volte

I dati di mortalità in Italia (§ tabella 3) evidenziano che nel 2006 gli incidenti stradali rappresentavano il 75% di tutti i decessi per traumi accidentati tra bambini e adolescenti, mentre le cadute accidentali erano il 4%.

**Tabella 3. Cause di morte in bambini e adolescenti in Italia nel 2006.**

Classificazione dei traumatismi e avvelenamenti per classi di età-maschi e femmine. Italia 2006							
	Età						Totale
	0	1-2	3-4	5-9	10-14	15-19	
<b>Cause non intenzionali</b>	<b>21</b>	<b>36</b>	<b>28</b>	<b>45</b>	<b>68</b>	<b>567</b>	<b>765</b>
Incidenti stradali	8	17	11	29	48	465	<b>578</b>
Cadute accidentali	2	3	2	3	3	20	<b>33</b>
Avvelenamento accidentale	0	1	0	0	0	7	<b>8</b>
Causa non nota	11	15	15	13	17	75	<b>146</b>

Fonte: ISTAT. Cause di morte. Anno 2006. ([http://www.istat.it/dati/dataset/20090302\\_00/](http://www.istat.it/dati/dataset/20090302_00/))

Va considerato che le morti sono solo la punta dell'“iceberg incidenti” con un dato sommerso ben più elevato di ricoveri in ospedale per disabilità, anche permanenti, e di richieste di assistenza ambulatoriale a causa di infortunio. Una stima del *Consumer Safety Institute* riporta per ogni decesso 150 ricoveri ospedalieri, 2700 visite in Pronto Soccorso e 4900 visite presso gli studi medici<sup>d</sup>. Nella regione Lazio per ogni decesso in fascia di età 0-19 per traumi o avvelenamenti accidentali, risultano 77 ricoveri ospedalieri e 1660 accessi in pronto soccorso<sup>e</sup>.

L'*European Report on Child Injury Prevention* sottolinea inoltre quanto i bambini siano particolarmente vulnerabili agli infortuni ed abbiano bisogno di un'attenzione particolare per salvaguardare il loro diritto alla salute e ad un ambiente sicuro. Risulta infatti una forte associazione tra incidente ed età del bambino, il suo stadio di sviluppo, il suo livello di interazione con il mondo e il tipo di attività in cui è impegnato: l'operatore pertanto dovrebbe sempre ricordare che il bambino non è un piccolo adulto e tuttavia si trova a vivere in un ambiente costruito per gli adulti.

Un'ulteriore iniziativa europea, “Piano d'azione per la sicurezza dei bambini”, guidata dal *European Child Safety Alliance di EuroSafe*, nel 2009 ha redatto un rapporto sulla sicurezza dei bambini (*The Child Safety Report Card*, ultimato nel luglio 2008), per fornire un punto di partenza e per misurare i progressi rispetto alla riduzione della mortalità e della disabilità causati da incidenti tra i bambini e gli adolescenti in 24 Paesi in Europa.

Rispetto agli altri Paesi che partecipano a questo progetto, i tassi di mortalità dei bambini e adolescenti italiani a causa di incidenti, utilizzando i dati disponibili più recenti, pone l'Italia rispettivamente al 9° posto su 24 per i maschi e 6° posto su 24 per le femmine. Le lesioni e i decessi in bambini e adolescenti in Italia nel 2003 rappresentavano oltre 66.000 anni potenziali di vita persi (PYLL<sup>f</sup>), di cui quasi 59.000 PYLL per le lesioni non intenzionali con una perdita rilevante del loro contributo potenziale alla crescita della comunità, non solo demografica ed economica.

Considerati nel loro insieme (incidenti in auto, a piedi, in bicicletta, ecc.) gli incidenti stradali continuano ad essere la principale causa di morte, specie nella fascia d'età tra i 15 e i 19 anni, tuttavia anche altre cause contribuiscono in modo significativo ai decessi per incidenti (§ tabella 4).

d [http://ec.europa.eu/consumers/cons\\_safe/presentations/20-02/sethi.pdf](http://ec.europa.eu/consumers/cons_safe/presentations/20-02/sethi.pdf).

e Comunicazione personale di Sara Farchi - ASP Lazio.

f *Potencial Years of Life Lost*.

**Tabella 4. Tassi di mortalità per incidenti non intenzionali, per specifiche cause relative ai bambini e adolescenti 0-19 anni (dati medi dal 2001 al 2003) della U.E.**

	TASSI DI MORTALITÀ PER INCIDENTI /100.000			
	MASCHI		FEMMINE	
	0-14 ANNI	15-19 ANNI	0-14 ANNI	15-19 ANNI
Conducenti di motocicli	0.05	1.15	0.0	0.07
Conducenti di auto o passeggeri	0.14	2.83	0.10	0.57
Pedoni	0.50	0.61	0.33	0.50
Ciclisti	0.12	0.47	0.05	0.14
Annegamenti	0.46	1.46	0.24	0.35
Cadute	0.31	1.26	0.18	0.28
Incendi, ustioni e scottature	0.05	0.15	0.10	0.07
Avvelenamenti	0.05	0.24	0.04	0.11
Soffocamento/strangolamento	0.43	0.13	0.23	0.00

Il rapporto fornisce infine anche indicazioni sul livello delle iniziative relative alla sicurezza dirette ai cittadini più giovani e più vulnerabili nei vari paesi U.E.

Da questo rapporto emerge che l'Italia ha fatto un buon lavoro nell'affrontare i problemi di sicurezza per bambini e adolescenti nell'utilizzo del ciclomotore/motorino. Altri settori tuttavia non hanno ricevuto la stessa attenzione, quali la sicurezza stradale (trasporto in auto, in bicicletta e sicurezza dei pedoni) e la sicurezza in casa e dintorni. Dalla valutazione emerge che in tutti questi ambiti di intervento si può fare di più con politiche e programmi di attuazione fondati su evidenze, finanziando misure di prevenzione in un approccio combinato, di formazione, riorganizzazione e applicazione di norme e di regolamenti, in un'ottica fortemente intersettoriale.

Sempre secondo questo rapporto l'Italia si confronta, accanto alle opportunità fornite dalla regionalizzazione, con la necessità di trovare comunque un disegno unitario nazionale che coordini gli sforzi locali per affrontare adeguatamente e in modo equo il problema della sicurezza dei bambini e degli adolescenti.

Programmazione multisettoriale, ricerca, supporto alle infrastrutture esistenti e alle attività per la costruzione di capacità e competenza tecniche sono gli elementi su cui creare una forte rete tra i livelli nazionale e regionale al fine di garantire lo scambio di informazioni sulle buone pratiche nella prevenzione degli incidenti.

*A cura di: Mara Brunelli, Leonardo Speri*

*Revisore: Sara Farchi*

## Riferimenti bibliografici

- *European Child Safety Alliance di EuroSafe "Child Safety Report Card, 2009, [http://www.childsafetyeurope.org/csi/eurosafe2006.nsf/0/5C8F06425CA71F7FC12575AC00468122/\\$file/ITALY%20RC%202009.pdf](http://www.childsafetyeurope.org/csi/eurosafe2006.nsf/0/5C8F06425CA71F7FC12575AC00468122/$file/ITALY%20RC%202009.pdf).*
- *European Report on Child Injury Prevention, 2008, in [http://www.euro.who.int/violenceinjury/injuries/20081205\\_2](http://www.euro.who.int/violenceinjury/injuries/20081205_2).*

## 5A. 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.*

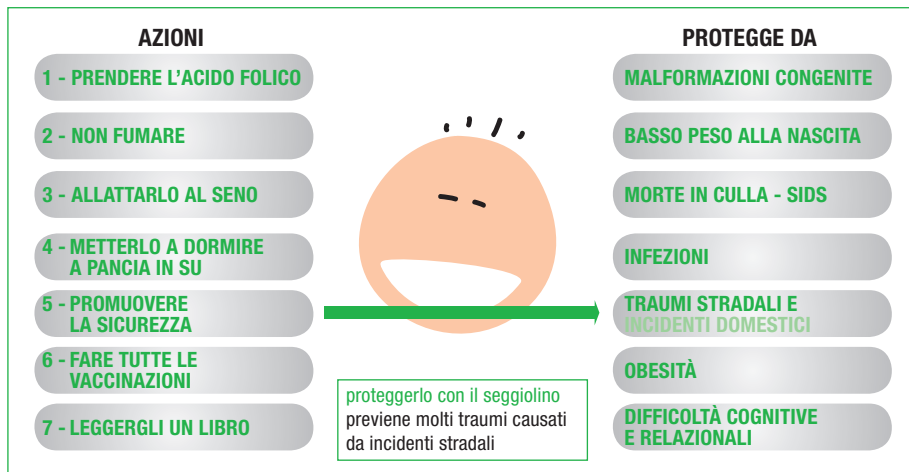
- L'utilizzo di dispositivi di protezione per il trasporto del bambino in automobile (seggiolini, navicelle e adattatori) può prevenire traumi e ridurre la mortalità in caso di incidente.
- Una percentuale elevata di automobilisti non li utilizza affatto o non li usa correttamente.
- Gli operatori sanitari 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 del mezzo di trasporto 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.
- Non deve essere utilizzata nemmeno per brevi tragitti la normale culla del bambino, 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.
- Dare il buon esempio, utilizzando sempre la cintura di sicurezza, favorisce la disponibilità del bambino ad essere correttamente protetto anche quando è più grande.





## 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 anni<sup>1</sup>; dati confermati in una successiva ricerca in U.S.A. (94%)<sup>2</sup>.

Per l'Italia sono disponibili pochi dati (ISTAT, Progetto 6+1, PASSI<sup>g</sup>) 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.

Nel Veneto è disponibile il dato sulla 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 2007, è stata effettuata l'osservazione diretta nei pressi di supermercati, asili nido, scuole dell'infanzia, scuole primarie, distribuiti in tutto il territorio regionale. Sono stati osservati in totale 4735 soggetti. Il 55,1% dei bambini risultano assicurati; il 37,6% privi di dispositivo di ritenuta; il restante 7,3% in braccio ad un adulto.

<sup>g</sup> PASSI (Progressi nelle Aziende sanitarie per la Salute in Italia) è uno studio di sorveglianza promosso dal CCM sui fattori di rischio comportamentali e i programmi di intervento realizzati per la promozione di comportamenti di vita più sani. I principali ambiti studiati sono: attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, sicurezza domestica, ipertensione e ipercolesterolemia, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto. § [www.epicentro.iss.it/passi/default.asp](http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp).

Stratificando i dati per sito di rilevazione è emerso che sono assicurati: l'80,8% dei bambini dell'asilo nido; il 60,5% dei bambini delle scuole dell'infanzia; il 43% dei bambini delle scuole primarie. Rispetto alla precedente rilevazione, sono aumentati i bambini assicurati in auto, diminuiti quelli privi di dispositivo, ma aumentati quelli in braccio ad un adulto. Mentre si è constatato un aumento dell'uso dei dispositivi di ritenuta in tutti gli ordini di scuola.

Dati raccolti nel Veneto, sempre nel 2007, evidenziano che complessivamente più del 40% *dei bambini* continua a viaggiare in modo *non sicuro (senza dispositivi di ritenuta o in braccio ad un adulto)*, nonostante l'entrata in vigore del nuovo Codice della Strada ("patente a punti", introdotta nel luglio del 2003), anche se possiamo notare un miglioramento rispetto alle precedenti rilevazioni.

In alcune regioni italiane (Valle d'Aosta, P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio) è stato aggiunto alla Sorveglianza PASSI, nel 2008, un modulo riguardante l'uso dei dispositivi di sicurezza per i bambini. Esso raccoglie alcune informazioni sulla prevalenza d'uso dei dispositivi, sulla tipologia di dispositivo e sulla conoscenza riguardo a campagne di sensibilizzazione sul tema<sup>h</sup>. Ne è risultato un utilizzo dichiarato dai genitori piuttosto alto, pari al 79%, con differenze notevoli tra le regioni (Liguria, 88% e Lazio, 70%). Altro dato interessante riguarda l'aver sentito campagne di sensibilizzazione sull'uso dei dispositivi nei bambini. Il 54% delle famiglie ha risposto di aver ricevuto informazioni da tali campagne<sup>i</sup>.

Un'analisi dei dati del 2007 della regione Lazio ha messo in evidenza che i genitori che utilizzano "sempre" le cinture di sicurezza sono anche quelli che proteggono il bambino con il seggiolino<sup>j</sup>. 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 trattenerlo**). L'uso del seggiolino è comunque troppo spesso approssimativo o scorretto e va promosso indipendentemente dal fatto che l'essere seduti sul sedile posteriore sia risultato comunque essere un fattore protettivo in caso di incidente automobilistico (OR 1,7; 95% IC 1,6-2)<sup>3</sup>.

## 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.

<sup>h</sup> La rilevazione verrà estesa a tutte le regioni partecipanti alla sorveglianza PASSI a partire dal 1° gennaio 2010.

<sup>i</sup> ref. Passi. I risultati del sistema di Sorveglianza nel 2008. regione Emilia Romagna [http://www.saluter.it/wcm/saluter/pubblicazioni/tutte\\_le\\_pubblicazioni/contributi/contributi.htm](http://www.saluter.it/wcm/saluter/pubblicazioni/tutte_le_pubblicazioni/contributi/contributi.htm).

<sup>j</sup> <http://www.asplazio.it/home/sanit/files/presentazioni/Trinito.pdf>.

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. Un percorso limitato e spesso cittadino<sup>4</sup> viene inoltre 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 anni<sup>5</sup>.
2. il 24% dei traumi non fatali in età pediatrica potrebbe essere prevenuto se tutti i bambini fossero correttamente allacciati<sup>6</sup>.
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 non allacciati seduti sul sedile anteriore rispetto a quelli seduti sul sedile posteriore<sup>7</sup>.

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 per quelli correttamente allacciati e posti sul sedile posteriore il rischio sia più basso. I bambini non correttamente allacciati hanno infatti un rischio doppio di lesioni rispetto ai bambini correttamente allacciati, mentre i bambini non allacciati 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 incidente<sup>8</sup>.

### 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 13 marzo 2006 n. 150*.

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. (vedi Tabella 1).

**Tabella 1. Secondo le nuove normative europee i dispositivi di ritenuta per il trasporto dei bambini in auto sono suddivisi in 5 gruppi<sup>k</sup>.**

 	<p><b>Gruppo 0</b> → 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><b>Gruppo 0+</b> → 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><b>Gruppo 1</b> → 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><b>Gruppo 2</b> → 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><b>Gruppo 3</b> → 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

<sup>k</sup> Immagini e testo sono tratti dal sito web della Polizia di Stato. <http://poliziadistato.it/articolo/173>.

a fianco del conducente è comunque sconsigliata perché in caso di tamponamento, indipendentemente dal verso di sistemazione, 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<sup>1</sup>.

## 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<sup>m</sup> in motociclo<sup>n</sup>

La normativa su questo argomento va considerata in costante evoluzione e per certi versi ancora lacunosa. Ad oggi è consentito solo ai maggiorenni il trasporto di un passeggero

<sup>1</sup> 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](http://www.poliziadistato.it/pds/stradale/bimbi_auto/index.htm)).

<sup>m</sup> cilindrata inferiore a 125 cc.

<sup>n</sup> cilindrata superiore a 125 cc.

su mezzi esplicitamente omologati per questo, a patto che quest'ultimo sia al di sopra dei 5 anni e che sia in grado di restare autonomamente in sella.

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, nemmeno anteriormente in quanto con il loro corpo limiterebbero la libertà di manovra dello stesso.

Recenti modifiche della normativa hanno portato alcune novità nel Codice della Strada: tra queste è stato introdotto all'art. 170 l'esplicito **divieto di trasporto di bambini di età inferiore a 5 anni su motocicli e ciclomotori a due ruote**<sup>o</sup>.

Dalla lettura dell'articolo si evince che è possibile trasportare solo bambini di età maggiore ai 5 anni e che per statura possano poggiare i piedi in maniera salda sulle pedane. Sull'utilizzo di eventuali dispositivi di sicurezza su questi mezzi di trasporto non viene fatta menzione contrariamente alla descrizione dettagliata e vincolante riservata ai seggiolini in auto e su velocipedi. Nel vuoto legislativo hanno trovato utilizzo alcuni supporti per bambini che per costruzione e utilizzo si associano all'uso in moto, dispositivi che sono omologati, e di cui vi è libera vendita, ma che ad oggi non sono regolamentati dal codice della strada<sup>p</sup>. Conducente e passeggero autorizzato devono comunque indossare un casco protettivo omologato. Allo stato attuale non ci sono dati specifici sull'incidentalità di bambini trasportati su 2 ruote: un richiamo alla responsabilità degli adulti per comportamenti corretti in questo caso specifico, dovrebbe essere l'espressione di un più generale senso di responsabilità nella guida di qualsiasi veicolo, visto che oltre il 20% dei decessi dei bambini per incidenti li vede vittime di investimenti come pedoni o come ciclisti.

*Le carenze della legislazione e la conseguente incertezza nell'applicazione di sanzioni, strumento in genere efficace di prevenzione, rendono ancora più necessario il compito dell'operatore sanitario 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.*

*1° edizione a cura di: Luca Ronfani, Mara Brunelli*

*Revisori: Sandro Cinquetti, Simone Zevrain*

*Hanno collaborato: Giancarlo Marano, Tommasina Mancuso*

*Aggiornamento a cura di: Tiziana Menegon, Elena Ciot, Mara Brunelli*

*Revisore: Sara Farchi*

<sup>o</sup> Modifica all'art. 170 del C.d.S. apportata dal comma 1bis dell'art. 2 del D.L. n. 117 del 03.08.'07 coordinato con la legge di conversione del 2 ottobre 2007, n.160 recante "Disposizioni urgenti modificative del Codice della Strada per incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione.

<sup>p</sup> Interessante conoscere quanto discusso a riguardo da alcuni stakeholders in <http://www.transalp.it/law.php?id=8>.

## 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 per 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](http://www.counselling.it)*



"PILLOLE" DI VALUTAZIONE

## Utilizzo dei mezzi di protezione in auto

### Cosa sanno e come si comportano i genitori

Il 76% dei genitori dichiara di aver ricevuto informazioni su questo determinante ma, a differenza di altri argomenti, non si prefigurano dei canali privilegiati per far arrivare queste informazioni ai genitori. Infatti analizzando dove i genitori hanno ricevuto le informazioni si registra la seguente situazione:

Ambulatorio ostetrico-ginecologico	Medico di famiglia	Corso pre-parto	Ospedale / Punto nascita	Ambulatorio pediatrico	Altro
10,8%	9,1%	27,3%	21,0%	29,4%	32,0%

C'è quindi una frammentazione dell'informazione tale per cui la *moda statistica* cade nella categoria "altro". C'è forse da interrogarsi su quale debba essere il canale informativo privilegiato, analizzando e tenendo conto dei diversi sistemi organizzativi delle singole realtà territoriali.

Questa tematica sembra essere tra le più consolidate nelle conoscenze dei genitori. Infatti oltre il 50% dei genitori che hanno aderito alla rilevazione posseggono conoscenze teoriche corrette sull'utilizzo dei seggiolini in auto, come dimostra la tabella che segue:

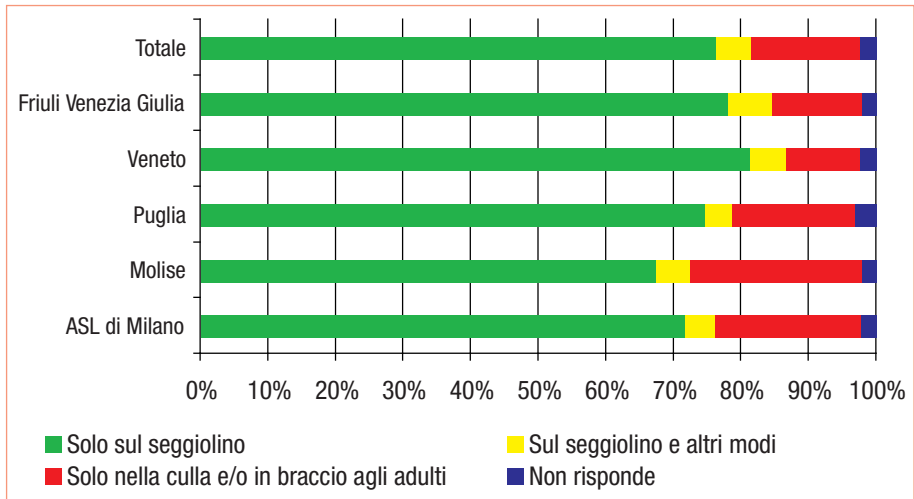
Quali delle seguenti affermazioni sono vere secondo il codice della strada? (fra parentesi la risposta corretta)	% risposte corrette
Per trasportare un bambino nel sedile anteriore bisogna che il seggiolino sia disposto in senso contrario alla marcia e che sia disattivato l'airbag. (Vero)	85,7%
I bambini con meno di 1 anno di vita possono sempre essere trasportati sul sedile posteriore utilizzando un seggiolino. (Vero)	69,1%
I bambini possono essere trasportati sul sedile posteriore, tenuti in braccio da un adulto. (Falso)	81,2%

Il 52,4% (n=3051) dei genitori risponde correttamente a tutte e 3 le domande.

Le modalità corrette di trasporto dei bambini durante i tragitti in automobile sembrano quindi essere delle conoscenze consolidate. Tuttavia, più del 30% dei genitori non sa che i bambini con meno di un anno di vita possono in ogni caso essere trasportati sul sedile posteriore dell'auto utilizzando l'apposito seggiolino e ancora un 19%, quindi un genitore ogni 5, ritiene sicuro trasportare un bambino in braccio ad un adulto sul sedile posteriore. La correttezza delle informazioni in possesso dei genitori è fortemente influenzata dalla regione di provenienza. Infatti la percentuale di genitori che danno tutte le risposte corrette passa dal 61% nell'ASL città di Milano (con Veneto e Friuli Venezia Giulia che fanno registrare percentuali simili anche se inferiori) a circa il 41% della Puglia.

Passando ad analizzare i comportamenti dei genitori coinvolti nella rilevazione, si evidenzia un comportamento corretto con il bambino sempre assicurato al seggiolino in circa il 76% dei casi. Il che significa che ad oggi un bambino su quattro non viene trasportato in modo sicuro in auto.

**Grafico 1. Comportamento dichiarato sulle modalità di trasporto in auto dei bambini**



Ancora una volta la variabile territoriale gioca un ruolo importante nel determinare la correttezza dei comportamenti. Nel caso del trasporto sicuro in auto, le percentuali più basse di utilizzo esclusivo del seggiolino sono state registrate da genitori residenti nel Molise e nella ASL di Milano, dall'altro lato si collocano i genitori del Veneto e del Friuli Venezia Giulia. È interessante notare come in questi territori siano già state realizzate campagne nel passato su questa tematica.

Inoltre sembra non esserci un collegamento sempre diretto tra conoscenza teorica e comportamento. Infatti l'ASL di Milano fa registrare contemporaneamente la più alta % di risposte corrette alle domande sulle conoscenze teoriche e una delle percentuali più basse relativamente al comportamento adottato concretamente con il proprio bambino. Andrebbero quindi analizzate altre variabili, legate ad esempio alle abitudini familiari come l'uso della cintura in auto, o ad altri elementi noti, quali la sottovalutazione circa l'incidentalità urbana e alla diminuita percezione del rischio in caso di tragitti corti.

Andando poi ad analizzare quest'ultimo dato sulle modalità di trasporto in auto secondo le abituali variabili socio-demografiche a nostra disposizione (facendo riferimento alla sola modalità "solo sul seggiolino") emergono le seguenti differenze:

- in base all'ordine di nascita del bambino: si passa dal 73,0% dei primi figli all'80,5% dei bambini non primogeniti;
- in base all'età della madre: si passa dal 71,1% delle madri con meno di 25 anni al 78,6% di quelle con più di 39 (e il trend è sempre crescente dalla fascia di età più bassa alla più alta);
- in base alla cittadinanza della madre si passa dal 65,5% delle extra-europee al 77,5% delle italiane, e al 71,2% delle europee non italiane.

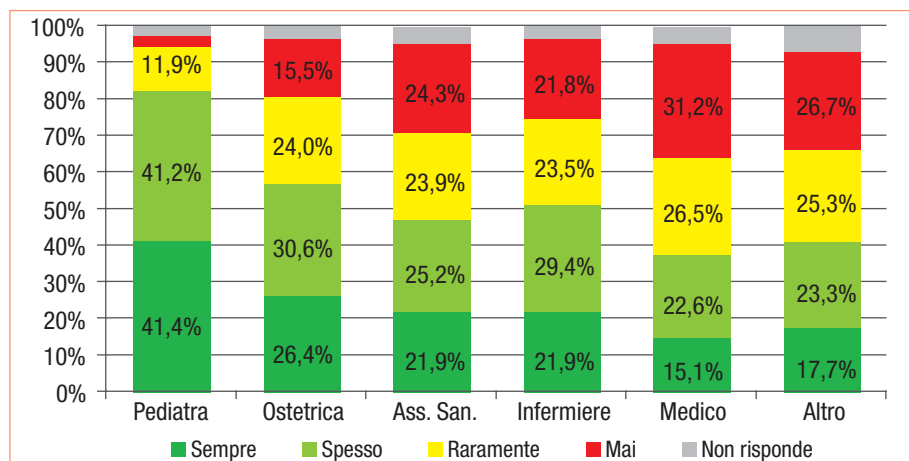
## Cosa fanno gli operatori prima della formazione GenitoriPiù

Specularmente a quanto affermato dai genitori relativamente ai canali informativi attraverso i quali hanno avuto informazioni sul corretto trasporto dei bambini in auto, si registra da parte degli operatori una bassa percentuale di consigli dati: sommando chi dà sempre e spesso consigli si registra meno del 55% come dimostra la tabella che segue.

*Durante la sua attività, dà ai genitori consigli sulle pratiche per il corretto posizionamento del bambino durante i tragitti in automobile?*

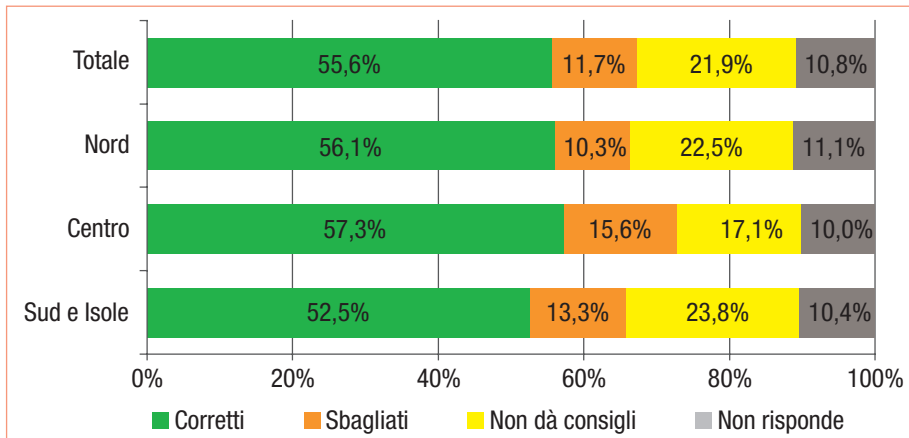
Sempre	Spesso	Raramente	Mai	Non risponde
25,1%	29,8%	21,9%	18,9%	4,2%

Queste percentuali si differenziano per collocazione professionale, facendo emergere anche relativamente a questo determinante la figura del pediatra che afferma di fornire informazioni sul corretto trasporto dei bambini in auto in oltre l'80% dei casi.



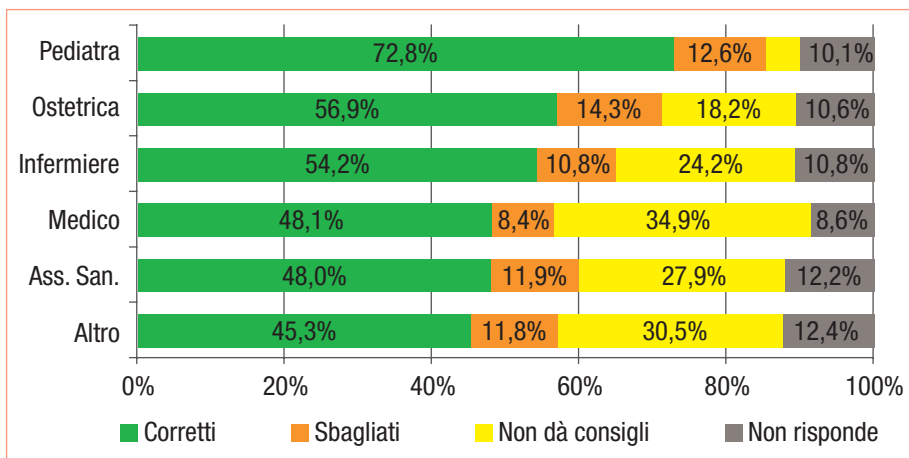
Per quanto riguarda la correttezza dei consigli forniti, è stato costruito un indicatore considerando la percentuale di operatori che raccomandano una posizione corretta per il trasporto del bambino in auto, ossia con il seggiolino sul sedile posteriore nello stesso senso di marcia e/o con il seggiolino sul sedile anteriore in senso contrario a quello di marcia, solo se non è presente o è disattivato l'airbag.

Dal grafico che segue si può dedurre che circa il 55% dei genitori riceve nel corso di tutto il percorso nascita dei consigli corretti su questo aspetto, percentuale leggermente più alta al nord e al centro, ma sostanzialmente stabile in tutta Italia.



Si nota come persistano operatori che danno consigli non corretti nell'ordine del 10%, con una punta del 15,6% in centro Italia.

Il grafico che segue analizza il comportamento secondo il ruolo professionale. I pediatri sono coloro che danno maggiormente consigli corretti, seguiti dalle Ostetriche. Per tutti i ruoli professionali, però, si registra una media del 10% circa di operatori che consigliano comportamenti non corretti.



## Come e dove promuovere l'utilizzo dei mezzi di protezione in auto?

*Le conoscenze su questa tematica nei genitori sembrano essere abbastanza diffuse anche se ancora circa un bambino su 5, in modo dichiarato, viene trasportato in auto in maniera non sicura. Questo dato dovrebbe essere confrontato con altre forme di rilevamento diretto. Va quindi sostenuto il messaggio, individuando in maniera chiara quali possano essere i canali privilegiati per diffondere questa informazione sia all'interno del percorso nascita che in altre occasioni utili in ottica intersettoriale (vigili, scuole guida, asili nido, punti vendita, ecc.). Va comunque consolidata la conoscenza degli operatori e soprattutto sostenuta la pratica di dare consigli ai genitori all'interno del percorso nascita.*

*A cura di: Stefano Campostrini e Stefania Porchia*

## Bibliografia

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.*

## 5B. Promuovere la sicurezza in casa

*La sicurezza della casa è un importante valore aggiunto per il benessere del bambino, ha un valore protettivo nei primi anni di vita ed educativo per una “Cultura della Prevenzione” attraverso la scelta di comportamenti sani.*

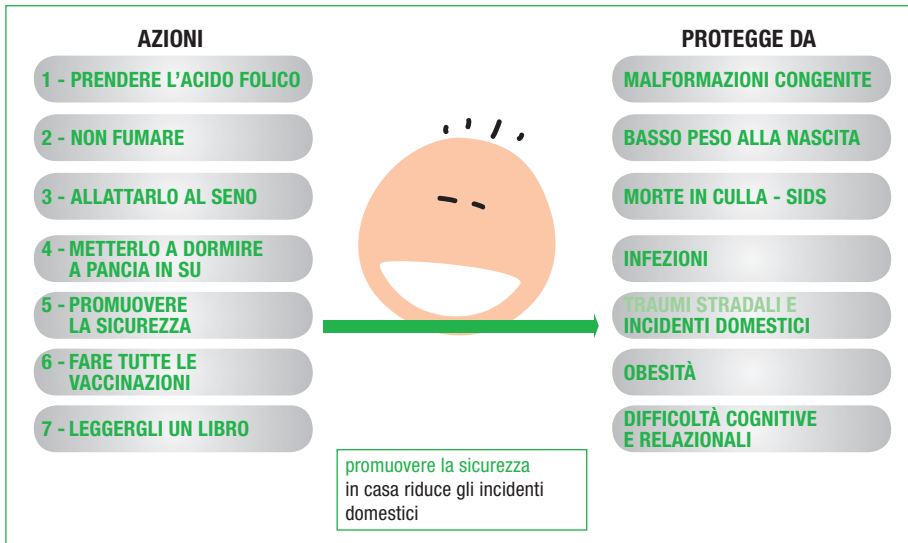
*Gli incidenti domestici secondo l’OMS rappresentano una causa importante di morbosità e di mortalità nella maggior parte dei Paesi industrializzati e, sia pure in modo differenziato, non risparmiano nessuna fascia d’età.*

- L’**EUROSAFE**, l’Agenzia Europea per la Sicurezza, nel rapporto del 2009 mostra il rilevante contributo degli incidenti domestici all’incidentalità più generale e sottolinea come, in Italia, malgrado gli enormi miglioramenti, gli incidenti domestici rimangono **la prima causa di morte nella fascia 0-14 anni**.
- I fattori di rischio di incidente domestico nei primi anni di vita sono:
  - **fattori strutturali della casa**, che dipendono dalle caratteristiche intrinseche dell’agente materiale con cui avviene l’incidente;
  - **fattori comportamentali**, che dipendono da caratteristiche individuali del bambino vittima dell’incidente e/o dell’adulto responsabile.
- Nei primi anni di vita gli incidenti più frequenti sono le **cadute, le ustioni, il soffocamento, l’avvelenamento e l’annegamento**.
- Ciò che rende difficile la prevenzione è, da un lato, la grande varietà delle dinamiche con cui avvengono gli incidenti e, dall’altro, l’acquisizione progressiva di nuove abilità da parte del bambino che a volte anticipano le capacità di previsione degli adulti di riferimento.

### Raccomandazioni

*I genitori dovrebbero essere informati sul fatto che:*

- l’incidente domestico nella maggior parte dei casi non è una tragica fatalità, ma può essere evitato adottando semplici accorgimenti di prevenzione;
- la prevenzione prevede modifiche strutturali che riguardano l’ambiente domestico;
- la prevenzione prevede cambiamenti comportamentali e di stile di vita della famiglia;
- spesso un comportamento non adeguato dell’adulto è causa di incidente al bambino;
- la sicurezza passa, nella prima fase di vita del bambino, attraverso *l’attenzione degli adulti* e quando il bambino diventa più autonomo nel movimento, all’attenzione bisogna aggiungere una riorganizzazione degli spazi e degli oggetti proporzionata ai diversi gradi di autonomia delle tappe di sviluppo del bambino.



## La casa a misura dei suoi abitanti

È strano pensare che il luogo dove ci si sente più sicuri è, in realtà, quello nel quale avvengono più incidenti. La casa non è priva di insidie e se a queste aggiungiamo un comportamento a volte incauto, corriamo il rischio di incorrere in un incidente o far sì che le persone più fragili che abitano la casa, come i bambini, ne siano vittime.

Le cause di un incidente possono essere diverse e interagire tra loro; rendere sicura la casa significa adattarla alle necessità e alle abilità delle persone che vi vivono. Non esiste, infatti, un concetto astratto di casa, ma la casa che ognuno costruisce, sceglie, organizza e vive. Per questo motivo è difficile prescrivere i comportamenti corretti, gli arredi più adatti, i prodotti meno nocivi da utilizzare, perché significa entrare nello stile di vita della famiglia e condizionarne le scelte.

Quello che è possibile fare è invitare ognuno ad osservare con occhio attento la propria casa mettendo in relazione le possibilità, le abilità e le abitudini degli abitanti con i possibili rischi. Se poi in casa arriva un bambino bisogna considerare i continui cambiamenti ai quali va incontro; le nuove abilità che acquisisce, il piacere per la scoperta che lo caratterizza, la scarsa percezione del rischio che lo contraddistingue.

Il percorso verso la sicurezza è un viaggio interessante, che ci può dare la soddisfazione di “arrivare prima che...”

## Qual è la via della sicurezza?

Il tema della sicurezza può essere considerato “nuovo” tra quelli trattati nell’attività di promozione della salute; la sanità ha sempre curato gli esiti degli incidenti, ma gli aspetti tecnici



della prevenzione di questi eventi sono stati a lungo considerati estranei al mondo sanitario. Soltanto con la legge 493 del 1999, si fa riferimento al Dipartimento di Prevenzione come Servizio deputato al monitoraggio e alla prevenzione degli incidenti domestici e, soltanto grazie al Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 la sicurezza domestica entra, a pieno titolo, tra i temi della promozione della salute.

La normativa può migliorare efficacemente la sicurezza e la prevenzione degli incidenti domestici come ad esempio le disposizioni sulla messa a norma degli impianti elettrici e del gas, le indicazioni sull'altezza dei parapetti e sulle caratteristiche delle scale. Ciò nonostante l'EUROSAFE, l'agenzia europea per la sicurezza, nel rapporto del 2009 sottolinea come, sebbene in Italia rispetto alla fine degli anni '80 si siano fatti enormi progressi, gli incidenti rimangono la prima causa di morte nella fascia 0-19 anni e sono responsabili del 24% di tutti i decessi giovanili.

Nel nostro paese nel 2003, 1027 bambini e adolescenti sono morti per infortunio: se il tasso di infortuni in Italia fosse ridotto al livello registrato in Olanda, il paese più sicuro, si stima che 270 (28%) di queste vite si sarebbero salvate<sup>q</sup>.

Secondo dati più recenti (§ paragrafo: i dati) nei primi anni di vita gli incidenti più frequenti sono le **cadute, le ustioni, il soffocamento, l'avvelenamento e l'annegamento**.

Viene pertanto sottolineata la necessità di porre attenzione alla prevenzione di questi tipi di infortuni nella prima infanzia e le indicazioni generali che vengono date sono:

- intervenire sulla prevenzione dell'annegamento introducendo leggi sull'uso del salvagente e munendo le piscine di recinzioni;
- introdurre nuove norme di sicurezza contro le scottature e le ustioni, attraverso l'uso della regolazione degli scaldabagni e gli impianti di rilevatori di fumo;
- garantire maggiore sicurezza contro il soffocamento e gli strangolamenti, introducendo leggi che regolino le caratteristiche dei giochi e dei vestiti dei bambini;
- rafforzare la consapevolezza dei cittadini sui rischi degli incidenti e sensibilizzarli alla prevenzione.

Ed è su quest'ultimo punto che gli operatori sanitari possono svolgere un ruolo importante attraverso un'opera paziente e costante di informazione.

In generale va sottolineato che il quadro poco rassicurante messo in luce dai dati disponibili, richiede un impegno costante e la formazione di alleanze durature tra i soggetti chiamati istituzionalmente a legiferare, decidere e lavorare concretamente su questi aspetti come, ad esempio: la scuola, i vigili del fuoco, gli impiantisti, l'Italgas, l'ENEL e, all'interno della Sanità, in particolare gli operatori del Dipartimento Materno Infantile e gli operatori del Dipartimento di Prevenzione.

## I dati

Una riflessione sui dati disponibili e sulle carenze nella rilevazione e nel monitoraggio del fenomeno si impone, anche perché il problema sicurezza spesso si ferma alla notizia

<sup>q</sup> Child Safety Report Card 2009, EuroSafe.

di cronaca e soltanto con estrema lentezza entra nelle norme legislative ed ancor più lentamente nella consapevolezza di chi si occupa di un bambino.

Non è semplice reperire dalle fonti correnti i dati relativi agli incidenti domestici; i flussi del Pronto Soccorso (PS) nella maggior parte dei casi individuano solo in modo separato la provenienza del paziente e la causa di ricorso, i dati non sono collegabili e quindi non è possibile capire quanti traumi provengono dalla casa, né quante persone che giungono al PS da casa hanno subito un trauma.

Per colmare questa lacuna l'Istituto Superiore di Sanità ha attivato una Sorveglianza per la raccolta di informazioni sul numero, ma anche sulla dinamica degli incidenti (SINIACA). La scheda di rilevazione viene compilata dai servizi di PS che hanno aderito al programma su base volontaria; purtroppo l'adesione volontaria ha impedito una diffusione capillare del sistema ed i dati sono a "macchia di leopardo", con Regioni interamente scoperte.

Un ulteriore tentativo, è quello della definizione di un "minimum data set" nazionale, di rapida compilazione che permetta la quantificazione del fenomeno per tipologia di incidente, gravità dell'evento, esito del passaggio in PS e caratteristiche anagrafiche dell'infortunato. Questo sistema, coordinato dalla Agenzia di Sanità Pubblica della regione Lazio, sta producendo le prime informazioni nelle Regioni che hanno aderito al progetto e, i tassi di ricorso al PS per incidente sono sostanzialmente sovrapponibili nei diversi territori. Anche in questo caso il dato è parziale e copre soltanto una parte del territorio nazionale. Inoltre, si sta lavorando per raggiungere un maggior grado di completezza ed affidabilità dei dati.

Infine, sono stati condotti in questi anni alcune indagini ad hoc multicentriche su aspetti specifici dell'ampia problematica legata agli incidenti domestici, alcuni coordinati dall'ISPESL<sup>r</sup>, altri dal CCM<sup>s</sup>.

Dalla lettura delle diverse fonti citate il quadro che emerge può essere così riassunto: nei primi anni di vita gli incidenti più frequenti sono le **cadute, le ustioni, il soffocamento, l'avvelenamento e l'annegamento**.

Il soffocamento per ingestione di corpo estraneo e le ustioni del bambino sono raramente osservati nella casistica generale di pronto soccorso (soffocamento: 0,2%; ustioni e corrosioni: 2,6%), ma rappresentano le prime cause di morte per i bambini tra i 5 ed i 9 anni d'età e, rispettivamente, la seconda e la terza per quelli fino a 4 anni (prima causa: annegamento). I bambini sotto i cinque anni d'età rappresentano oltre il 20% di tutta la casistica molto grave (codici rossi: casi gravissimi)<sup>t</sup>.

La grande varietà delle dinamiche con cui avvengono gli incidenti, oltre che l'acquisizione continua di nuove abilità da parte del bambino, che a volte anticipano le capacità di predizione degli adulti di riferimento, rende difficile la prevenzione degli incidenti domestici.

Per evidenziare la dimensione del fenomeno riportiamo, come esempio, alcuni dati sugli incidenti registrati nei PS della Regione Piemonte dove da alcuni anni si sta lavorando per rendere completa e affidabile l'informazione sugli incidenti domestici; questi dati sono

<sup>r</sup> ISPESL, Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro § [www.ispesl.it](http://www.ispesl.it).

<sup>s</sup> CCM, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie § [www.ccm-network.it](http://www.ccm-network.it).

<sup>t</sup> Pitidis A., Taggi F., Dati SINIACA 2005 -2006.

stati confrontati con quelli della Regione Lazio dove l'Agenzia Regionale ha avviato una raccolta sistematica dell'informazione proveniente dai PS (§ tabella 1). Il confronto ha mostrato una buona comparabilità.

**Tabella 1. Accessi in PS per incidente domestico. Piemonte e Lazio, 2008**

Età	Genere	Piemonte			Lazio		
		N	%	Tasso incidenza (per 1000)	N	%	Tasso incidenza (per 1000)
0-11 mesi	maschi	1116	53.6	56.33	1173	52.0	43.70
	femmine	965	46.4	51.43	1084	48.0	43.25
	<b>totale</b>	<b>2081</b>		<b>53.94</b>	<b>2257</b>		<b>43.48</b>
12-47 mesi	maschi	4732	56.6	80.76	5344	56.3	64.74
	femmine	3627	43.4	65.60	4146	43.7	53.23
	<b>totale</b>	<b>8359</b>		<b>73.40</b>	<b>9490</b>		<b>59.15</b>

Facendo riferimento al 2008, che è l'anno con dati più completi ed attendibili, è rilevante il tasso di accesso al Pronto Soccorso per incidente domestico nel primo anno di vita; alla luce di questo dato 5 bambini di età inferiore al primo anno di vita ogni 100 in Piemonte, e 4 su 100 nel Lazio.

Se si pensa che sono bambini molto piccoli, affidati completamente alle cure di un adulto, e con ridotta autonomia, entra certamente in gioco "l'attenzione" della persona a cui sono affidati.

I bambini in età prescolare (1-4 anni) sono comunque caratterizzati da un tasso di accesso in PS per incidente domestico piuttosto alto (7% in Piemonte e 6% nel Lazio). Siccome a questa età i bambini si muovono sempre più autonomamente e sono sempre più capaci di individuare in modo autonomo i rischi, resta importante la capacità degli adulti di mettere in sicurezza la casa, sia per quanto attiene all'organizzazione degli spazi, sia alla sicurezza degli impianti, sia alle parti strutturali.

Quanto alla gravità, dai dati riportati emerge che se anche nella maggior parte dei casi i codici attribuiti ai bambini che si sono rivolti al PS in seguito ad incidente domestico sono di basso livello di gravità, vi sono alcune centinaia di casi con codice giallo e quindi con compromissione di parametri vitali e qualche codice rosso che indica una condizione di grave criticità. Inoltre si evidenzia che la maggior parte dei casi esita in dimissione, mentre i più gravi vengono trattenuti in regime di ricovero. Sui decessi bisogna, purtroppo, ricordare che quelli qui riportati sono relativi ai bambini giunti vivi in PS; a questi vanno aggiunti i bimbi morti sul luogo dell'incidente.

**Tabella 2. Accessi in PS per incidente domestico. Codice Triage ed esito. Regioni Piemonte e Lazio, 2008**

	Triage								Esito					
	Bianco		Verde		Giallo		Rosso		Ricovero		Decesso		A domicilio	
Età	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>0-11 mesi</b>														
Piemonte	384	18.4	1586	76.21	106	5.09	5	0.2	116	5.7	0	0	1909	94.27
Lazio	12	0.53	1812	80.39	426	18.90	4	0.18	249	11.03	0	0.00	2008	88.97
<b>12-47 mesi</b>														
Piemonte	1336	15.98	6750	80.75	269	3.21	4	0.04	188	2.3	2	0.02	7958	97.66
Lazio	82	0.87	8187	86.39	1197	12.63	11	0.12	356	3.75	0	0.00	9134	96.25

Per quanto complesso un esame dei dati epidemiologici è assolutamente necessario per orientare le politiche. Un'attenzione alle specificità delle varie fasi di sviluppo è ineludibile: è importante pertanto l'adozione di sistemi di sorveglianza locali coerenti e confrontabili con i sistemi di rilevazione correnti.

### Perché è importante parlarne con i genitori

Dall'indagine di sorveglianza PASSI<sup>u</sup> emerge un dato significativo relativamente alla percezione del rischio nella popolazione in ambiente domestico; dall'analisi dei questionari somministrati in Italia nel 2008, che confermano i dati registrati nel 2007, risulta che circa il 92% degli intervistati ritiene che il rischio di incidente in casa sia basso. Inoltre, meno del 30% degli intervistati dichiara di aver avuto informazioni sui rischi presenti in casa e di questi un terzo dice di aver apportato modifiche all'interno della casa a seguito delle informazioni ricevute.

Questi dati ci dicono che l'informazione non è ancora riuscita a raggiungere una parte rilevante della popolazione (circa 3 persone su 10), nonostante la normativa e l'attenzione crescente che la cronaca pone ai casi di incidenti domestici. Tuttavia dove l'informazione c'è stata, la consapevolezza del rischio si è modificata in una percentuale significativa: infatti il 30% ha dichiarato di aver modificato qualcosa nella propria casa. Questo dato è promettente e ci indica che, se le informazioni sulla sicurezza domestica fossero date in maniera più diffusa e omogenea, si potrebbe raggiungere un numero considerevole di nuclei familiari, migliorando la sicurezza in casa.

Accanto alla sensibilizzazione della popolazione è importante fornire strumenti ai genitori.

<sup>u</sup> Cfr pag. 144.

Alla nascita di un figlio infatti i genitori sono in un momento di particolare recettività verso i messaggi che riguardano il bambino: qualcosa di importante cambia nella loro vita, modificare la casa può essere una logica conseguenza.

Ciò che in realtà accade è che i genitori sono oberati di informazioni su tutto quello che può “servire” al loro bambino, la pubblicità utilizza questo particolare momento per far diventare “essenziali” molti oggetti, strumenti e prodotti di uso quotidiano e tutto questo fa passare in secondo piano un’informazione accurata e continuativa su cosa “fare” per la sicurezza del bambino.

L’aspetto più importante che tuttavia rischia di essere sottovalutato dai genitori è proprio la continua evoluzione del bambino e delle sue capacità. Progressi che ci sorprendono e ci fanno sorridere compiaciuti, dovrebbero anche farci pensare a: “dove è ora in grado di arrivare”, a “cosa è in grado di fare” e di conseguenza a quali rischi potrà andare incontro se “arrivasse fin lì”.

Se l’obiettivo è quello di creare nel genitore una **“Cultura della Prevenzione”** che gli permetta di “osservare” e non soltanto di guardare, l’ostacolo principale è “l’abitudine” agli oggetti ed alla loro disposizione. Anche là dove ad un occhio estraneo è evidente un’anomalia, è difficile, se non si presta particolare attenzione, individuare un rischio da parte di chi ogni giorno vede:

- i farmaci su un angolo della credenza
- l’asciugacapelli con la spina inserita sul ripiano vicino al lavandino
- l’asse da stiro con il ferro ancora caldo in cucina
- il manico della padella che sporge dai fornelli
- il tavolino con le sedie sul balcone...

Naturalmente gli esempi possono moltiplicarsi, ma per quanto ci si sforzi di individuare tutte le situazioni di rischio possibili, l’elenco non sarà mai esaustivo e le condizioni alla base di un incidente saranno sempre diverse; ecco perché in questo caso non si può insegnare un’attività o prescrivere soluzioni preconfezionate, ma è necessario aiutare prima i genitori e poi i bambini stessi a sviluppare una competenza in più: quella dell’attenzione.

### Cosa significa rendere sicura la casa per il bambino?

La sicurezza passa, nella prima fase di vita del bambino, attraverso *l'attenzione di noi adulti*:

- alla temperatura dell'acqua del bagnetto
- alla posizione del bambino nel lettino
- a non bere bevande calde quando si ha in braccio il bambino
- a posizionarlo sempre su un piano stabile per cambiarlo
- agli oggetti che può portare alla bocca
- ad allacciare le cinture quando è seduto nel passeggino, nell'ovetto, nel seggiolino dell'auto...

Ma, quando il bambino diventa più autonomo nel movimento all'attenzione bisogna aggiungere una *diversa disposizione degli oggetti*.

E allora dobbiamo chiederci:

- I detersivi sono raggiungibili?
- I farmaci sono a portata di mano?
- Piatti, bicchieri e oggetti fragili a che altezza li abbiamo posizionati?
- Le porte a vetri sono protette?
- Coltelli e oggetti taglienti o appuntiti sono fuori dalla sua portata?

Con il passare delle settimane le competenze aumentano e con queste le domande:

- Ormai sa aprire il rubinetto dell'acqua, a che temperatura è regolata la caldaia/boiler?
- Ormai si arrampica sugli scaffali della libreria, l'abbiamo fissata al muro?
- Ormai si avventura per le scale, abbiamo montato il cancelletto?
- Ormai è curioso di scoprire cosa bolle in pentola, abbiamo posizionato il reticolo di protezione per i fornelli?

### Cosa fare

In questi anni sono stati prodotti in diverse ASL italiane materiali informativi sulla prevenzione degli incidenti domestici indirizzati a specifici target di popolazione: i bambini di diverse fasce di età, i genitori, gli anziani, gli adulti, donne e uomini. Se è vero infatti che bambini nei primi anni di vita e anziani sono i soggetti più a rischio, è vero anche che nessuna fascia d'età ne è esente.

Per quanto riguarda i bambini piccoli il progetto più organico rivolto ai genitori è il *"Baby Boom"* promosso dal CCM, che fa leva sul *counselling breve ripetuto* considerato dalla letteratura uno strumento di intervento efficace.

## Chi e quando può fare il counselling con i genitori?

L'offerta di assistenza nel percorso nascita presenta più occasioni di incontro con i genitori da soli e, successivamente, con genitori e bambini nei primi anni di vita. Il progetto CCM prevede di utilizzare quelle che vengono denominate "*occasioni opportune*" per implementare il programma di informazione.

Già in gravidanza il corso di preparazione al parto può rappresentare un momento introduttivo all'argomento; momento importante per il coinvolgimento dei papà per almeno due buoni motivi: non sono come la mamma preoccupati prioritariamente dal parto e, nella maggior parte dei casi maneggiano meglio trapano e martello. Inoltre, un compito affidato in modo particolare alle loro capacità può farli sentire più partecipi all'attesa del bimbo.

La gravidanza è il momento dei progetti e dei grandi cambiamenti anche per **preparare la casa** all'arrivo del bambino; inoltre, il bambino non è ancora presente con tutte le sue pressanti esigenze e i genitori possono dedicarsi con tranquillità alla sicurezza della casa e alla sua riorganizzazione. Per questo è molto importante iniziare il discorso in questa fase. Purtroppo non tutti i genitori partecipano ai corsi pre parto, mentre l'ospedale è il luogo nel quale quasi tutti arrivano per la nascita.

Nel periodo di ricovero tuttavia le preoccupazioni dei genitori sono tante e la loro attenzione rispetto a questo tema può essere ridotta, è importante quindi calibrare l'eventuale rinforzo tenendo conto della loro ricettività. Comincia qui quel percorso di counselling breve che, con opuscoli semplici e mirati alle diverse fasi di crescita, messi a disposizione da questo progetto, accompagnerà il genitore nei primi anni di vita del bambino.

La differenza tra il counselling breve e la consegna di un opuscolo informativo sta nelle parole dell'operatore che accompagnano, sottolineano, stimolano il ricordo di esperienze precedenti e favoriscono la riscoperta di tutte le potenzialità che ognuno di noi può mettere in campo per trovare la soluzione giusta al problema.

La comunicazione, secondo il modello organizzativo locale, prosegue poi, per esempio, nei "Bilanci di Salute", nelle "Sedute Vaccinali", negli incontri presso i Consultori Pediatrici e i Consultori Familiari, in occasione dei corsi di "Massaggio Neonatale" o di incontri a tema o quando si danno consigli alimentari e di cura e igiene del bambino.

Tutti momenti dove non vi è un problema di patologia, ma si affrontano temi legati agli stili di vita ed alla prevenzione e quindi perfettamente in linea con un'azione rivolta alla sicurezza.

Un'attenzione specifica dovrà essere rivolta alle occasioni opportune, possibili con le famiglie straniere e con le fasce di popolazione tendenzialmente periferiche rispetto all'utilizzo dei servizi, che secondo i dati sono più esposte al rischio.

## L'importanza della formazione

Quello di cui parliamo è un vero lavoro di squadra che va organizzato e valutato costantemente poiché la perdita di un tassello può avere ricadute negative sull'intero sistema. Le persone che possono entrare a far parte della rete lavorano in servizi diversi con professionalità diverse, e dato l'interesse relativamente recente sul tema, la maggioranza

degli operatori non risulta ancora adeguatamente formata. Pertanto, il progetto del CCM ha previsto un percorso di formazione a cascata per tutti gli operatori del Dipartimento Materno Infantile, dei Servizi Vaccinali, dei Pediatri di Libera Scelta mettendo a disposizione un pacchetto didattico che verte sia sugli aspetti epidemiologici e sulle dinamiche degli incidenti domestici, sia sulle tecniche di counselling breve.

### Cosa si può ancora fare

Poiché i bambini crescono è importante che poco per volta diventino soggetti attivi nella prevenzione degli incidenti ed è importante che essi sviluppino la capacità di proteggersi imparando a individuare i rischi, per poterli evitare. Per questa fase di lavoro il partner ideale è la scuola, che dagli 1/3 anni raccoglie nei suoi spazi una percentuale sempre crescente di bambini, che accompagna sino alla scuola dell'obbligo.

Gli operatori della scuola dell'infanzia oltre ad organizzare in modo sicuro gli spazi, fornendo così anche un esempio, sono specializzati negli aspetti comunicativi/relazionali per la fascia di età dei più piccoli e con loro è necessario lavorare per dare ai contenuti la forma più adatta per diventare gioco, filmato, sceneggiatura, filastrocca... in grado di colpire la fantasia del bambino perché questi temi vengano compresi e fatti propri.

Ci si sta dunque orientando alla costituzione di tavoli congiunti scuola/sanità per la realizzazione di proposte didattiche e per l'organizzazione di percorsi formativi per il personale scolastico.

*A cura di Rosa D'Ambrosio, Giorgiana Modolo, Sara Farchi*

### Bibliografia

*Riferimenti sono reperibili nei vari siti dedicati:*

[http://www.ccm-network.it/prg\\_area2\\_incidenti\\_domestici\\_promozione\\_salute](http://www.ccm-network.it/prg_area2_incidenti_domestici_promozione_salute)



## Il counselling in più

È sicuramente essenziale individuare e, se necessario, creare le “occasioni opportune” per diffondere e consolidare la cultura della prevenzione degli incidenti domestici nelle famiglie. Si tratta di un aspetto della prevenzione del tutto particolare per almeno tre motivi:

1. compresenza di fattori di rischio *strutturali* (arredamento, suddivisione degli spazi abitativi, presenza di sostanze potenzialmente dannose, ecc.) e *comportamentali* (età e stile esplorativo del bambino, ma anche stile familiare nell'equilibrio controllo-autonomia, eventuali atteggiamenti di iper o ipovalutazione dei rischi, ecc.)
2. *Modificabilità* di entrambi i fattori nel corso del tempo: una casa resa sicura per un bambino di pochi anni può non esserlo più per un bambino più grande; modificazioni familiari possono aver portato all'interno della casa elementi o sostanze rischiose che prima non c'erano (per esempio l'accumulo di medicinali per un familiare ammalato). Allo stesso modo, l'attenzione dei familiari ai movimenti e alle azioni del bambino può cambiare sulla base delle esperienze: bambini percepiti come “tranquilli”, cioè in qualche modo non a rischio, tendono a essere sorvegliati meno dei cosiddetti bambini-terremoto.
3. *Necessità di coinvolgere progressivamente il bambino nella cultura della prevenzione*, cosa che può essere fatta solo sensibilizzando la famiglia e fornendole il necessario supporto: gli interventi scolastici, pur essenziali, risultano assai meno efficaci se la famiglia non condivide obiettivi e stile dell'intervento preventivo. I genitori devono essere affiancati nella ricerca e nel mantenimento di uno stile educativo valido nei confronti del bambino che cresce e dei suoi comportamenti relativi ai rischi e alla sicurezza.

I pediatri, così come gli operatori dei consultori e altri professionisti sanitari, incontrano normalmente i genitori in occasioni che già di per sé sono “occasioni opportune”: il loro intervento dovrà adeguarsi alle caratteristiche specifiche di quel momento.

## Fase prenatale

In questo periodo i genitori sono, in genere, motivati e interessati nei confronti di tutto ciò che riguarda lo spazio di accoglienza per il loro bambino. Non dimentichiamo però che il bambino che vive nell'immaginazione dei genitori in questa fase non è un “vero” neonato: è un bebè di 4-5 mesi, quindi meno fragile di un neonato ma non ancora attivo come un bambino più grande. Sarà quindi necessario:

1. Verificare se e quanto la percezione dei rischi e la creazione di situazioni sicure fa già parte dell'atteggiamento spontaneo della coppia: il professionista introdurrà l'argomento chiedendo ai genitori se hanno già cominciato a pensare a spazi e oggetti per il bambino che deve nascere, e proseguirà chiedendo se hanno anche pensato al problema della sicurezza e delle riduzioni di possibilità di incidenti. La verifica sulla propensione dei genitori all'adozione di misure preventive degli incidenti fin da questa fase del percorso nascita è di grande importanza: esistono genitori

che tendono a sottovalutare i rischi o a esprimere posizioni eccessivamente fatalistiche (“*gli incidenti se devono capitare capitano. Non si può mica tenere i bambini sotto una campana di vetro...*”); ma esistono anche genitori preoccupati in modo eccessivo, che possono essere ulteriormente spaventati da un discorso sui rischi di incidenti. Lo stile educativo del professionista deve tenere conto di queste differenze, non suonare eccessivo o allarmistico e contenere sempre indicazioni pratiche realistiche e sensate.

2. Concentrare il discorso più sugli aspetti strutturali (oggetti sicuri, spazi adeguati ecc.) che sui comportamenti: l’obiettivo in questa prima fase è di rendere sensibili i genitori al discorso sicurezza in casa, che al momento è legato alla scelta di tutto ciò che servirà ad accogliere – in sicurezza – il loro bambino. Le modalità comportamentali si struttureranno in seguito, parlarne in anticipo rischia di essere generico e scarsamente motivante.
3. Segnalare che la ricerca di una maggiore sicurezza in casa sarà un argomento fondamentale, che verrà affrontato spesso e con contenuti diversi man mano che il bambino cresce e diventa più autonomo.

## Primi mesi di vita

Nei mesi in cui la sicurezza del bambino dipende maggiormente dagli adulti che si occupano di lui i rischi maggiori sono legati alla inesperienza, alla stanchezza, alla fretta e al nervosismo dei genitori nel corso delle attività quotidiane di accudimento. Sono relativamente rare le situazioni in cui i genitori “non erano a conoscenza” delle misure di precauzione relative ad esempio alla temperatura dell’acqua del bagnetto, alla sicurezza dei piani di appoggio ecc.: più spesso l’incidente o il rischio di incidente nasce in una situazione complessiva di tensione che riduce l’attenzione e le capacità di reazione.

Proprio in questa fase un intervento di educazione alla prevenzione degli incidenti domestici troppo generico e impersonale rischia di essere controproducente. Ad esempio: eccedere in indicazioni generiche sulla possibilità di prevedere e prevenire gli incidenti, sulla responsabilità degli adulti, sulla necessità di una attenzione costante può risultare difficile da tollerare per una mamma stanca e stressata, o per una mamma che sta per ritornare al lavoro e si trova a dover lasciare la sicurezza del suo bambino nella mani di altri.

Il professionista dovrà anche in questo caso:

1. Partire dalla concreta e specifica situazione di vita di quei genitori: chi si occupa del bambino, in quali ambienti, quali difficoltà sono comparse, come sono state affrontate.
2. Limitare le indicazioni alle situazioni caratteristiche dei primi mesi di vita del bambino: temperatura dell’acqua del bagnetto, gesti e azioni degli adulti quando lo tengono in braccio, sicurezza dei piani su cui viene posto il bimbo, ecc.
3. Collegare queste indicazioni a tutto ciò che rientra nelle altre azioni positive per la sicurezza: sicurezza in auto, posizione nel sonno, ecc., costruendo un piano complessivo che rafforzi l’atteggiamento di attenzione dei genitori per tutto ciò che riguarda la sicurezza del loro bambino.

4. Segnalare l'importanza dei futuri cambiamenti del bambino, la conquista di abilità che lo renderanno via via meno controllabile, ma che possono essere controbilanciate da misure di sicurezza che, man mano, verranno discusse con i genitori e da un atteggiamento educativo valido e responsabile.

Impostato in questo modo il discorso sicurezza acquista una continuità che il professionista manterrà attiva, collegandosi ad ogni nuovo intervento alle informazioni che ha già dato, ai racconti che quei genitori gli avranno fatto, alle caratteristiche che quel bambino svilupperà nei mesi e negli anni.

### **Le prime conquiste: il bambino, lo spazio, gli oggetti**

La conquista della capacità di raggiungere oggetti, di spostarsi, di afferrare, sollevare, tirare, rappresenta una tappa dello sviluppo del bambino desiderata e temuta dai genitori. In ogni famiglia questa fase è particolarmente ricca di interventi nei confronti del bambino: divieti, rimproveri, prediche, ammonimenti, punizioni... È importante che il pediatra sappia affrontare con i genitori il tema del "come", in famiglia, si stanno strutturando le prime regole su permessi e divieti, limiti e trasgressioni, cose da fare e cose da non fare, e sul modo del loro bambino di rispondere a quelle regole. Il discorso educativo sulla sicurezza comincia nel primo anno di vita e si svilupperà, coinvolgendo sempre di più il bambino, fino agli anni dell'adolescenza.

Il punto di partenza deve essere sempre la specificità di quella famiglia e di quel bambino: il pediatra di famiglia occupa una posizione privilegiata nell'osservazione dello stile educativo dei genitori e ha la possibilità di adeguare i propri interventi informativi ed educativi a ciò che osserva e a ciò che riesce a farsi raccontare da loro. Con genitori troppo protettivi e preoccupati sarà quindi opportuno sviluppare il discorso della prevenzione degli incidenti puntando maggiormente sullo sviluppo di competenze motorie e autoprotettive da parte del bambino, sull'importanza di consentirgli esperienze in situazione controllata ma non eccessivamente bloccata. Con genitori che segnalano difficoltà a limitare le azioni del bambino o a fargli rispettare regole e divieti sarà invece utile un affiancamento nella conquista di un atteggiamento più autorevole e rigoroso.

I genitori chiedono con una certa facilità "come" comportarsi con un bambino troppo esplorativo, avventuroso o incurante dei divieti. Meglio non dare risposte preconfezionate (purtroppo, o per fortuna, non c'è una formula predefinita per armonizzare controllo e autonomia nel rapporto genitori-bambini) e utilizzare invece una modalità esplorativa: cosa considerano preoccupante o rischioso in quel periodo, cosa succede in genere quando devono bloccare un comportamento rischioso del loro bambino, cosa funziona di più, cosa funziona di meno, cosa altro hanno pensato di fare. Spesso all'interno di queste descrizioni compaiono indicazioni interessanti: ad esempio, ci si può accorgere che i genitori si sono concentrati sui rischi legati ai comportamenti esplorativi del bambino, ma sono diventati meno attenti agli aspetti strutturali della casa o alle possibili modificazioni che renderebbero meno rischiosa l'esplorazione. Fornire ai genitori indicazioni pratiche

sulle misure strutturali consigliabili per ridurre i rischi può contribuire e ridurre l'ansia, che non è mai un fattore favorevole nella conquista di comportamenti sicuri.

## Un discorso a tre

Come in ogni intervento di tipo educativo, il bambino dovrà essere coinvolto al più presto nelle conversazioni fra il pediatra e i suoi genitori circa la sua sicurezza e la prevenzione dei rischi. L'obiettivo "responsabilizzazione" va perseguito in modo ragionevole, adeguandolo sia all'età del bambino che alla sua capacità di pensiero astratto. Già dai 4-5 anni risultano molto utili interventi che affidano al bambino il compito di osservare e segnalare alcune possibili situazioni rischiose: *se vedi in giro detersivi o medicinali, dillo alla mamma (alla nonna), così le ricordi di metterli al loro posto. Se c'è una pentola che fa fumo vuol dire che dentro c'è qualcosa di bollente, di alla mamma di fare attenzione...* Modalità di questo genere evitano che si crei uno schieramento "saggio" composto da genitori e pediatra che alternano prediche e rimproveri, minacce e colpevolizzazioni nei confronti del bambino e dei suoi comportamenti.

Le "modalità barriera" che Thomas Gordon indica nei suoi libri sulla comunicazione efficace come ostacoli alla buona comunicazione, definendole elementi del "linguaggio del rifiuto", sono in effetti frequentissime negli interventi di genitori e professionisti sui comportamenti a rischio. La loro scarsissima efficacia, che ogni genitore ha sperimentato a proprie spese, non basta a ridurre la frequenza: è necessario avere a disposizione un altro modo di parlare di rischio, valorizzante e non colpevolizzante, coinvolgente e non accusatorio per uscire dalle modalità barriera e impostare un discorso con reali valenze educative.

Man mano che il bambino cresce, il discorso a tre (pediatra, genitori, bambino) sulla prevenzione degli incidenti si arricchirà e si personalizzerà, utilizzando gli eventi del ciclo di vita familiare (nascita di un fratellino, trasloco, conquista della prima cameretta da solo) per portare avanti un discorso che si rivelerà prezioso nell'adolescenza: quello della precauzione e della prevenzione.

## Un momento delicato: dopo un incidente avvenuto o rischiato

Merita particolare attenzione l'intervento del professionista con genitori e bambini che hanno sperimentato un incidente domestico, o che lo hanno anche soltanto rischiato. È importante che il professionista sappia se nella famiglia che ha di fronte è successo qualcosa del genere: se il bambino ha avuto un incidente molto probabilmente il pediatra lo ha saputo, ma non necessariamente un incidente "rischiato" viene raccontato spontaneamente. Un approccio narrativo al tema "sicurezza-rischi-incidenti" è in genere il più produttivo e il meno rischioso: domande tipo "come state affrontando questo periodo di crescita e di maggiore autonomia del bambino? Vi sembra che sia sufficientemente attento, riuscite a farvi ascoltare quando gli date indicazioni per la sua sicurezza...?" permettono ai geni-

tori di condividere sia la comparsa di comportamenti più “avventurosi” del bambino che un particolare episodio che può averli coinvolti di recente.

Gli incidenti avvenuti o rischiate possono innescare nella famiglia reazioni di diverso tipo: riduzione degli spazi di autonomia del bambino, colpevolizzazione di uno degli adulti con riduzione dei suoi spazi educativi nei confronti del bambino, modificazione delle scelte di vita familiari, ecc. In altri casi l'incidente entra nel mito familiare, viene riutilizzato come aneddoto o come prova della incoscienza, inaffidabilità, imprudenza del bambino, usato come minaccia o come monito (*non vorrai mica finire di nuovo al pronto soccorso..*). In ogni caso perde in gran parte il suo potenziale di esperienza che produce apprendimento.

Più l'incidente è stato grave, o comunque traumatico per l'equilibrio familiare, più sarà utile che il pediatra trovi il modo di attivare una ricostruzione positiva dell'equilibrio in tema di sicurezza. Si tratta essenzialmente di ridurre la focalizzazione colpevolizzante sull'accaduto (attenzione centrata sul passato e sugli errori commessi) e attivare la ricerca delle misure da adottare in futuro per aumentare la sicurezza in casa.

## In conclusione

Il tema degli incidenti domestici è fra i più delicati da trattare in un intervento educativo: le indicazioni di misure strutturali per rendere più sicura la casa, l'indicazione dei comportamenti più sicuri o la descrizione dei rischi più frequenti non si trasformano facilmente in regole di comportamento più sicuro se non sono inserite in un discorso più ampio e più approfondito sulla cultura della sicurezza. Tutti gli operatori del percorso nascita hanno occasioni di intervento nelle varie fasi, il pediatra ha una posizione privilegiata per seguire nel tempo questo compito educativo e adeguarlo al susseguirsi dei cicli di vita familiari, e per coinvolgere sempre di più i bambini insieme ai genitori nella ricerca di comportamenti più sicuri.

*Silvana Quadrino Istituto CHANGE [www.counselling.it](http://www.counselling.it)*

## 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.*

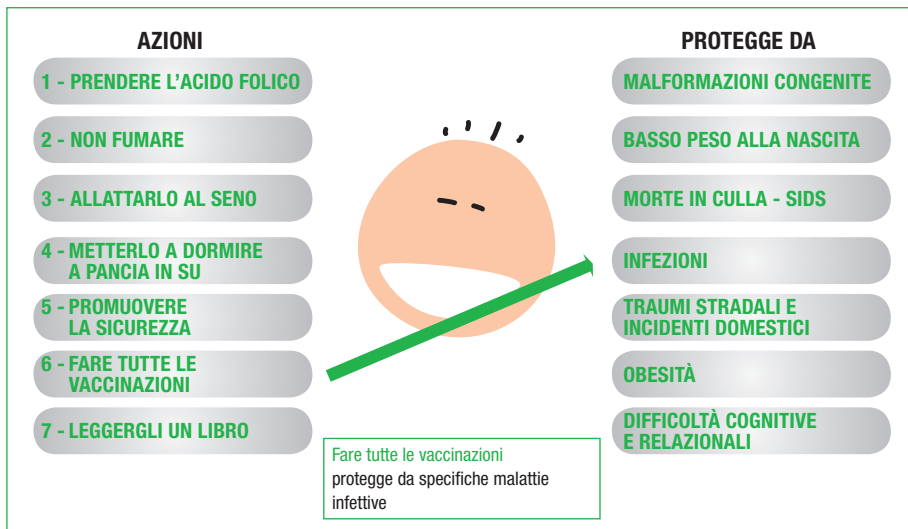
### Perché sono importanti le vaccinazioni?

- 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 un'adeguata informazione<sup>1</sup> o il riferimento a fonti informative scientificamente non affidabili.

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 periodicamen-

te 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” (*herd immunity*) 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.

**Tabella 1. Tassi critici di copertura per tipo di malattia**

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 immuni 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 le conoscenze 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 offre 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 proposito<sup>12</sup>.

Proprio per la rilevanza che assumerebbe una diminuzione dei tassi di copertura e dato l'effetto psicologico derivante da percezioni distorte circa i rischi legati 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.

La trasparenza, la serenità e l'attitudine all'ascolto con cui l'operatore affronta questo argomento costituiscono elementi importanti per riportare a giuste dimensioni le eventuali preoccupazioni dei genitori.

Studi evidenziano infatti connessioni tra la scelta di non vaccinare e la scarsa fiducia nel sistema sanitario nonché l'insoddisfazione circa la qualità delle modalità relazionali adottate dagli operatori sanitari<sup>16</sup>.

## 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'organismo<sup>10</sup>.

L'OMS conclude che nessun elemento dimostra attualmente la tossicità del mercurio presente nei vaccini con thiomersal nel lattante, nei bambini o negli adulti, e pertanto nessuna considerazione relativa alla sicurezza dei vaccini giustifica modificazioni delle

pratiche vaccinali che riguardano i vaccini contenenti thiomersal. Nonostante queste rassicurazioni, le aziende produttrici dei vaccini non utilizzano più, salvo rarissime eccezioni, questa sostanza come conservante.

## 1. Il calendario vaccinale in Italia

Rafforzando l'impegno per la prevenzione in Italia, con il Piano Vaccini 2005-2007 (attualmente ancora in vigore) è stato individuato un nuovo calendario vaccinale 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, purché si riesca a raggiungere almeno l'80% dei bambini.

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

**Tabella 2. Calendario vaccinale italiano**

Vaccino	Età												
	0-24 ore	3° mese <sup>a</sup>	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 <sup>b</sup>	HB		HB		HB							
Haemophilus Influenzae b		Hib		Hib		Hib							
Morbillo-Parotite-Rosolia							MPR1 <sup>d</sup>					MPR2 <sup>e</sup>	
Pneumococco							PCV <sup>c</sup>						
Meningococco C							Men C <sup>f</sup>						
Varicella								Varicella <sup>g</sup>					Varicella <sup>h</sup>

**Legenda**

**DTaP:** vaccinazione antidifterico-tetanico-pertossica

**Tdap:** vaccino difto-tetanico-pertossico acellulare per adulti

**IPV:** vaccino antipoliomielitico iniettabile – inattivato

**HB:** vaccino anti epatite 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 malattia<sup>4</sup>.

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 socio-economiche. 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.

L'OMS ricorda che la comparsa di casi di difterite riflette una copertura insufficiente dei programmi nazionali di vaccinazione infantile<sup>1</sup>.

### **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 sierologico-epidemiologici 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.

<sup>1</sup> *The Weekly Epidemiological Record (WER) n° 3, 20/1/2006.*

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 Africa<sup>11</sup>.

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<sup>j</sup>.

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.

<sup>j</sup> In media 5-10 casi per anno continuano ancora ad essere notificati nel Veneto.

### **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 difterite 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, presenta 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 osservano 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 precocemente anche in piccole comunità (asili nido, “*baby parking*”, ecc.) 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 sotto-

valutati, 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 enfattizzate e relativamente rare reazioni avverse al vaccino, alle quali viene dato ampio risalto da coloro che rifiutano le vaccinazioni per motivi ideologici.

### **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 1/5.000<sup>12</sup> 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 casi<sup>k</sup>.

<sup>k</sup> 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.

### **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 (Afganistan – Pakistan) che rendono difficile raggiungere tutti i bambini. L'OMS sottolinea come in ultima analisi il successo della eradicazione dipenda dall'impegno politico di tutti i paesi colpiti dalla poliomielite<sup>1</sup>.

### **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

<sup>1</sup> WER n° 14, 03/04/2009.



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 HVB 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 adolescenti<sup>10</sup>.

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 multipla<sup>4</sup>.

Anche recentemente l'OMS ha ribadito l'eccellente profilo di sicurezza del vaccino<sup>m</sup>.

<sup>m</sup> WER, 2 ott. 2009.

## 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<sup>1</sup>.

La letalità media si aggira in Italia intorno ad 1 caso ogni 1000-2000<sup>3</sup>.

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<sup>2</sup>.

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 Italia<sup>15</sup>.

### **Perché è importante che tutti siano vaccinati?**

Per questa malattia è doverosa e possibile l'eliminazione, come in Finlandia<sup>7</sup>, 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 vaccinazione<sup>1</sup>. Offerta attiva e informazioni corrette sono prerequisiti per aumentare le alte coperture necessarie per interrompere la trasmissione del virus.

Infatti una circolazione del virus controllata solo parzialmente 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 invece può ancora essere contrastata con la vaccinazione.

L'OMS teme che, nel mondo, nei prossimi cinque anni, dopo un periodo di rapida riduzione della mortalità, ci possa essere un aumento di casi di morbillo, allontanando l'obiettivo di eliminare questa malattia.

### **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 (§ tabella 3).

**Tabella 3. Complicazioni del morbillo a confronto con gli eventi avversi della vaccinazione**

Possibili complicazioni della malattia	Possibili eventi avversi della vaccinazione
<b>Mortalità:</b> 1 ogni 1.000-2.000 casi di malattia	<b>Mortalità</b> osservata solo nell'immunocompromesso
<b>Encefalite:</b> 1 ogni 1.000-2.000 casi	<b>Encefalite:</b> <1 caso ogni 1.000.000 vaccinati, incidenza sovrapponibile a quanto osservato in assenza di vaccinazione
<b>PESS*:</b> 1 ogni 100.000 casi	–
<b>Trombocitopenia:</b> 1 ogni 3.000 casi	<b>Trombocitopenia:</b> 1 caso ogni 30.000 vaccinati
<b>Altre complicazioni:</b> <b>Otite media</b> nel 7-9% dei casi <b>Polmonite</b> nell'1-6% dei casi <b>Diarrea</b> nel 6% dei casi	<b>Altre complicazioni:</b> <b>Febbre</b> >39,4 nel 5-15% dei vaccinati <b>Esantema</b> transitorio nel 5% dei vaccinati <b>Anafilassi:</b> 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 4); 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 4. 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)<sup>7</sup>. 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 asplenicici 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<sup>13</sup>. 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 stato 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 febbricola 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 le-

sioni. 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 stata rilevata l'assenza di atassia cerebellare ed encefalite acuta post-vaccinica<sup>14</sup>.

**Tabella 5. 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](http://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](http://www.iss.it)**
- sul sito di Epicentro, il portale di epidemiologia dell'ISS: **[www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)**
- sul sito del Network Italiano Vaccinazioni: **[www.levaccinazioni.it](http://www.levaccinazioni.it)**
- sul sito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS o WHO) **[www.who.int](http://www.who.int)**;
- sul sito dei Centers for Diseases Control: **[www.cdc.gov](http://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](http://www.acp.it/allegati/8_passi_2006.pdf)**.

*1° edizione a cura di Giambattista Zivelonghi*

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

*Aggiornamento a cura di: Giambattista Zivelonghi, Massimo Valsecchi*



## 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](http://www.counselling.it)*

## Un'esperienza di empowerment: la sperimentazione della sospensione dell'obbligo vaccinale nella Regione Veneto

*La politica di contrasto delle malattie infettive deve confrontarsi con un nuovo concetto di prevenzione, intesa come opportunità di salute e partecipazione informata e consapevole della popolazione.*

*L'attivazione in via sperimentale nella Regione Veneto di una normativa regionale per la sospensione dell'obbligo vaccinale si è basata su diverse motivazioni:*

- *la difficile coesistenza di vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;*
- *la scarsa utilità dell'obbligatorietà normativa nel forzare alla vaccinazione;*
- *il panorama europeo in larga misura orientato alla volontarietà dell'adesione alla vaccinazione, accompagnata da un'adeguata offerta del Servizio e sensibilizzazione della popolazione.*

*Questa scelta è inoltre supportata dal conseguimento di indispensabili requisiti quali le elevate coperture vaccinali, la solidità operativa dei Servizi Vaccinali delle Aziende Ulss e la maturità culturale della popolazione.*

*Nel marzo 2007 la Regione Veneto ha approvato la Legge Regionale n.07/2007 "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva", in vigore dal 1° gennaio 2008.*

*Per verificare le condizioni di avvio del progetto e garantire il monitoraggio dei suoi effetti, la legge regionale ha previsto un Piano di Monitoraggio del Sistema Vaccinale, condiviso con Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità, con il quale si stabiliscono le soglie critiche di copertura vaccinale che rappresentano i limiti di attenzione e di allarme e le azioni correttive da mettere in atto a livello centrale e periferico al verificarsi di tali condizioni.*

*Le attività svolte dai Servizi delle Az. Ulss della Regione vengono periodicamente analizzate sotto diversi profili, con lo scopo di monitorare i risultati dell'attività vaccinale sia per le vaccinazioni per le quali è sospeso l'obbligo (difterite, tetano, poliomielite ed epatite B), sia per le altre vaccinazioni previste dal calendario regionale, in particolare per quelle di recente introduzione (antivaricella, antipneumococco e antimeningococco C).*

*Inoltre è stata migliorata la scheda regionale di rilevazione che, a differenza della nazionale, è a cadenza semestrale: si sono inoltre introdotte delle modifiche che permettono una "pulizia" del denominatore impiegato nel calcolo delle coperture vaccinali secondo quanto previsto dalle procedure di verifica della qualità dei Servizi Vaccinali.*

*L'analisi dei dati evidenzia che la Legge regionale n.07/2007 sulla "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva", in vigore per i nati dal 1° gennaio 2008, non ha influito sui livelli di copertura vaccinale. I tassi di copertura vaccinale per le vaccinazioni ex obbligatorie contro poliomielite, difterite, tetano ed epatite B si mantengono comunque al di sopra della soglia del 95% prevista dal Piano Nazionale Vaccini.*

*Per la coorte dei **nati 2008**, la copertura minima, considerando il vaccino esavalente, (95,1%) si registra per le malattie invasive da Haemophilus influenzale tipo B (Hib) mentre quella più elevata per l'Epatite B (95,4%).*

*Il numero di bambini non sottoposti a vaccinazione antipolio (sulla quale per convenzione viene misurato il rifiuto vaccinale) ha una media regionale pari a 2,1%, questo fenomeno tuttavia è concentrato in aree circoscritte a poche Aziende Ulss.*

*Per quanto riguarda le altre vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale dell'età evolutiva si registrano coperture molto elevate. La copertura vaccinale antipneumococco si attesta al 93,5%, in salita rispetto a quella dei nati del semestre precedente; lo stesso andamento crescente ha inoltre il livello di copertura antimeningococco che risulta pari al 92,4%. Il tasso di copertura contro la varicella è di circa il 79,4% (in crescita del 2,1% rispetto al semestre precedente), con un forte aumento dell'utilizzo del vaccino quadrivalente MPRV. In generale, i dati di copertura vaccinale, ad un anno e mezzo dalla sospensione dell'obbligo vaccinale, sono soddisfacenti; non si può tuttavia trascurare la presenza di una disomogeneità storica in alcune specifiche aree caratterizzate da basse coperture specialmente nei confronti di alcune vaccinazioni, come l'antimorbillosa (favorita dalla presenza di movimenti antivaccinatori). Queste situazioni vanno immediatamente affrontate dai Servizi Vaccinali in collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta e potranno essere risolte con un'analisi attenta e l'individuazione dei punti deboli della catena.*

*A cura di: Francesca Russo*

"PILLOLE" DI VALUTAZIONE

## Promuovere le vaccinazioni

### Cosa sanno e come si comportano i genitori

Il 90,3% dei genitori dichiara di aver ricevuto informazioni sull'importanza delle vaccinazioni e la fonte privilegiata di queste informazioni sembra essere il pediatra. Infatti analizzando dove i genitori hanno ricevuto le informazioni si registra la seguente situazione:

Ambulatorio ostetrico-ginecologico	Medico di famiglia	Corso pre-parto	Ospedale/ Punto nascita	Ambulatorio pediatrico	Altro
10,8%	11,2%	13,9%	16,6%	75,0%	11,3%

Le informazioni ricevute e la cultura generale della popolazione porta ad avere complessivamente un atteggiamento positivo nei confronti delle vaccinazioni.

La tabella che segue riporta la media fatta registrare dalle risposte dei genitori alle affermazioni poste, utilizzando una scala compresa tra 1 che indicava il non accordo e 5 che indicava l'accordo all'affermazione.

	Media
È importante che un bambino faccia tutte le vaccinazioni raccomandate	4,7
Un bambino deve essere vaccinato solo per le malattie gravi	2,7
È importante che un bambino sia vaccinato solo per le malattie ancora presenti in Italia	2,6
A volte, è più pericoloso vaccinarsi che prendere la malattia dalla quale ci si vuole proteggere	2,1

La quasi totalità dei genitori è pienamente d'accordo (media=4,7) all'affermazione: "è importante che un bambino faccia tutte le vaccinazioni raccomandate", mentre la media registrata nelle altre affermazioni che denotavano atteggiamento poco positivo verso le vaccinazioni fanno registrare tutti valori abbastanza bassi, indice di non accordo.

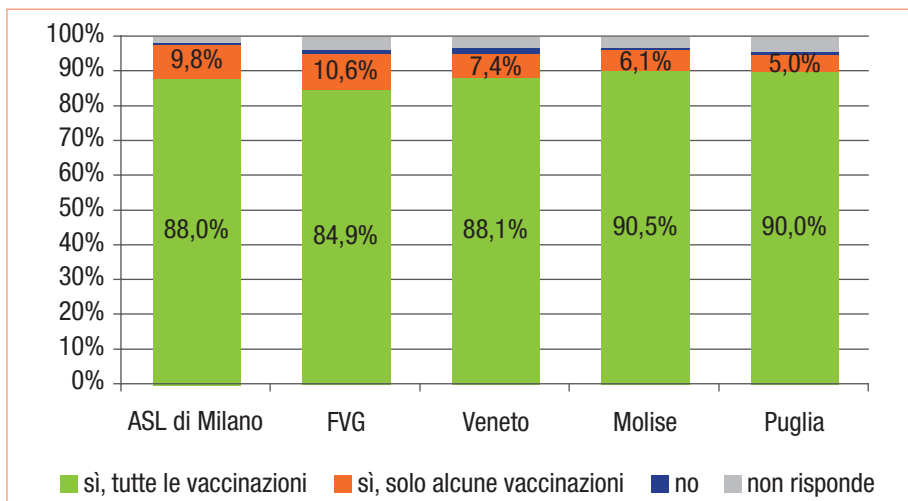
Per quanto riguarda le conoscenze su questo determinate, oltre il 50,0% dei genitori che hanno aderito alla rilevazione dimostra di possedere conoscenze teoriche corrette sull'efficacia delle vaccinazioni, come si può leggere nella tabella che segue:

Le vaccinazioni: (fra parentesi la risposta corretta)	% risposte corrette
Sono fattore di prevenzione nei confronti di specifiche malattie infettive. (Vero)	94,2%
Danno la certezza che il bambino non si ammalerà mai di nessuna della malattia per la quale è stato vaccinato. (Falso)	56,7%

Il 55,3% (n=3217) dei genitori risponde correttamente a tutte e 2 le domande.

In questo caso le conoscenze corrette sono fortemente influenzate dalla cittadinanza della madre tanto che il valore del 60% registrato nelle mamme italiane si dimezza se si considerano solo le cittadine extra-comunitarie, che sembrano nutrire un'aspettativa di un'assoluta efficacia protettiva delle vaccinazioni, mentre non risultano significative altre variabili.

Per quanto riguarda il comportamento, vista l'età dei bambini, è stato chiesto cosa i genitori intendessero fare nel futuro rispetto alla vaccinazioni, ovvero se intendessero vaccinare il bambino per tutte le vaccinazioni consigliate, solo per alcune o per nessuna. Dal grafico che segue si nota che quasi la totalità dei genitori intende vaccinare il bambino per tutte le vaccinazioni consigliate. C'è da sottolineare che nei territori dove si sono registrate su tutti i determinanti le maggiori conoscenze (ASL di Milano e Friuli Venezia Giulia), si registra anche una leggera propensione a limitare le vaccinazioni solo ad alcune malattie, quasi ad indicare una correlazione con una maggior tendenza da parte dei genitori ad avere un ruolo attivo in tutti gli ambiti, anche in quello vaccinale.

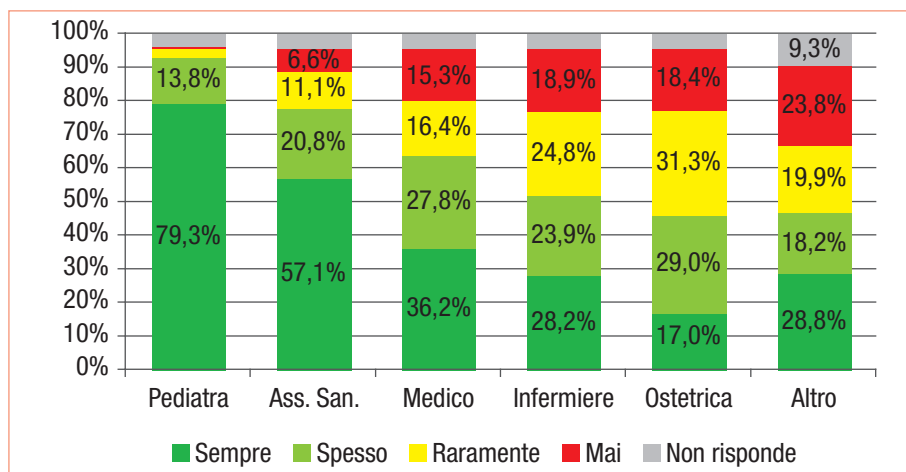


## Cosa fanno operatori prima della formazione GenitoriPiù

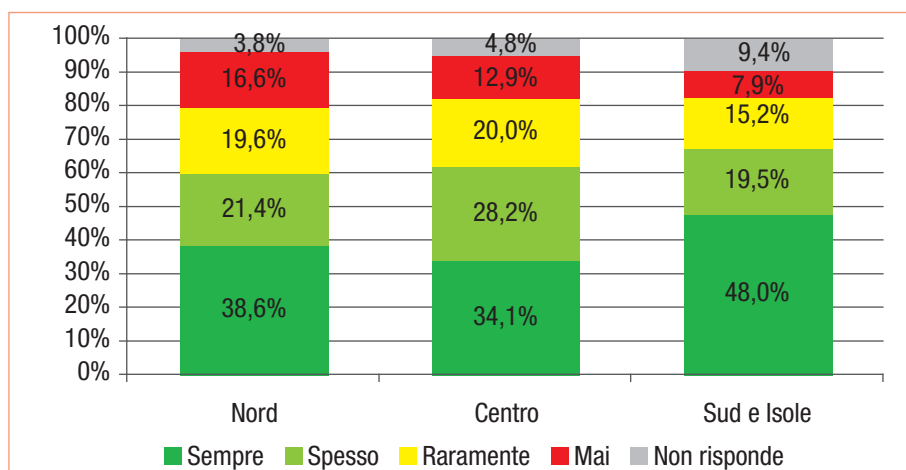
Rispetto a questo determinante la percentuale di operatori che dà informazioni sempre o spesso supera il 60%.

Sempre	Spesso	Raramente	Mai	N.R.
39,6%	22,1%	18,8%	14,4%	5,0%

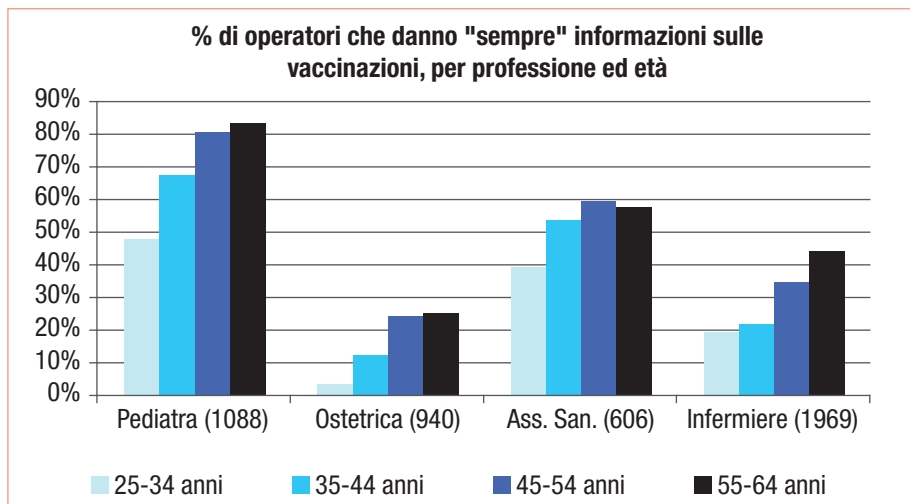
In particolare le figure professionali maggiormente coinvolte sono il pediatra con oltre il 90% dei rispondenti che dà consigli sempre o spesso, seguito dall'Assistente Sanitaria.



Gli operatori che danno maggiormente consigli sono al sud dove il 48% dei rispondenti dice di dare sempre consigli sull'importanza delle vaccinazioni.



Un'altra variabile che influisce sul fatto di dare o meno informazioni relativamente alle vaccinazioni è l'età: all'aumentare dell'età aumentano in maniera molto decisa gli operatori che forniscono informazioni sempre o spesso. In particolare gli operatori con oltre 55 anni danno informazioni sulle vaccinazioni con regolarità (sempre o spesso) in quasi l'80% dei casi, mentre quelli con meno di 35 anni in meno del 40%. Potrebbe sorgere il dubbio che questa relazione nasconda, in realtà, l'influenza dei pediatri che potrebbero avere un'età maggiore degli altri operatori. Tuttavia anche andando ad analizzare le categorie professionali più rappresentate nel campione, cioè i pediatri, le ostetriche, gli assistenti sanitari e gli infermieri, la propensione a dare sempre informazioni cresce con l'età dell'intervistato, come mostra il grafico che segue:



Agli operatori è stato poi chiesto di indicare su una scala compresa tra 1 e 5 quanto ritengono importante vaccinare i bambini rispetto alle diverse malattie. Considerando il valore medio registrato per ogni malattia, emerge una "mappa" di importanza che colloca ai primi posti Tetano, Poliomielite e Difterite e agli ultimi Varicella, Epatite A e Influenza, con valori medi sotto il 4, come si può leggere nella tabella sottostante.

**Da 1 a 5 quanto è importante secondo lei vaccinare i bambini contro: (media)**

Tetano	4,88	Epatite B	4,77	Meningococco C	4,50	Varicella	3,89
Poliomielite	4,83	Pertosse	4,75	Pneumococco	4,45	Epatite A	3,74
Difterite	4,82	Morbillo	4,73	Haemophilus Influenzae b	4,38	Influenza	3,19
Rosolia	4,77	Parotite	4,63	Papilloma Virus (HVP)	4,19		

Gli operatori coinvolti, quindi, discriminano in maniera abbastanza netta l'importanza delle vaccinazioni per le diverse patologie; sarebbe sicuramente interessante indagarne



il significato e le conseguenze sulla popolazione.

Infine è stato chiesto agli operatori di indicare cosa farebbero se i genitori manifestassero la volontà di non vaccinare il figlio:

Se i genitori manifestassero la volontà di non voler vaccinare il figlio, lei cosa farebbe? (domanda a risposta multipla)	% risposte
Mi informerei su quali sono le informazioni che hanno ricevuto sul tema e quali sono i motivi per i quali pensano di non vaccinare il figlio.	68,1%
Consiglierei caldamente di fare le vaccinazioni ribadendone l'importanza.	48,8%
Discuterei del rischio di ogni singola malattia per il bambino.	35,7%
Rispetterei la decisione dei genitori e non mi intrometterei nella loro scelta.	6,9%
Gli organizzerei un incontro col pediatra o con un medico specialista.	1,1%
Altro	1,4%

Gli operatori potevano dare anche più di una risposta, la modalità prevalente verso cui si sono orientati è verso un atteggiamento di ascolto che è sicuramente in linea con un approccio orientato al counselling.

Da notare comunque un 7% di operatori che, in nome del rispetto della decisione, lascerebbero ai genitori la scelta senza intromettersi. Sarebbe da indagare più approfonditamente questa posizione per capire se cela un atteggiamento passivo oppure l'esito di un percorso fatto insieme tra operatore e genitore.

## Come e dove promuovere l'importanza delle vaccinazioni?

*La conoscenza su questa tematica è molto diffusa nella popolazione che però presenta ancora alcune lacune sulle conoscenze teoriche che andrebbero rafforzate. Inoltre è necessario continuare a sostenere un atteggiamento positivo verso le vaccinazioni anche laddove la competenza dei genitori è tale per cui si ritengono in grado di poter selezionare quali vaccinazioni somministrare al bambino. Sul fronte operatori dovrebbero essere sostenuti quelli più giovani che sembrano essere meno propensi ad essere un canale informativo per i genitori.*

A cura di: Stefano Campostrini e Stefania Porchia

## Bibliografia

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.*
16. *Benin A.L. Wisler-Scher D.J., Colson E., Shapiro E. D., Holmboe E. S., Qualitive analisis of mother' decision -making about vaccines for infants: the importance of trust, 2006, in Pediatrics, vol. 117, n. 5.*



## 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 sia cognitivo che emotivo del bambino e accresce le capacità genitoriali.*

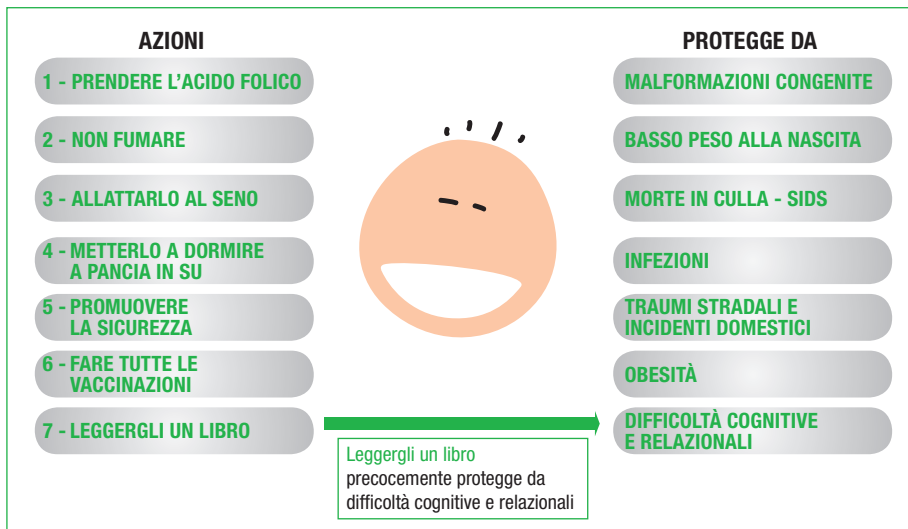
- La lettura precoce ad alta voce da parte dei genitori favorisce la relazione genitori/figli, rinforza la fiducia nei genitori nelle proprie competenze genitoriali, migliora lo sviluppo del linguaggio sia recettivo che espressivo, fornisce opportunità di sviluppo emotivo e promuove nei bambini l'amore per il libro e la lettura.
- I benefici della lettura ad alta voce sono correlati sia alla quantità che alla qualità della lettura in famiglia.
- Il racconto di fiabe e filastrocche contribuisce a creare un terreno favorevole alla lettura.
- Gli operatori sanitari dell'infanzia hanno un ruolo importante nel promuovere la lettura ad alta voce all'interno della famiglia.

### 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 ai bambini e ricevere 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, 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;
- essere incoraggiati nella consuetudine nel racconto di fiabe e filastrocche ai loro bambini.

È importante cercare la collaborazione 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”<sup>a</sup> in famiglia era presente mediamente nel 20% dei casi, con importanti differenze tra le aree del sud (10%) e quelle del centro (20%) e nord Italia (30% circa)<sup>1</sup>;
- nella fascia fra i 6 e 10 anni di età i bambini che non leggono nulla (anno 2006) sono il 35,8% su scala nazionale, cioè uno su tre, con una punta inquietante del 49,4% al sud: quasi uno su due<sup>2</sup>.

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 hanno un ruolo importante nella promozione di questa pratica<sup>3</sup>.

## 1. Perché leggere ai bambini?

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

- la crescita di una relazione intensamente affettiva tra adulto che legge e bambino che ascolta<sup>4</sup>, 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

<sup>a</sup> 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.

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 migliorare il modo di proporli, a mettere in gioco la propria fantasia e creatività ed 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<sup>5,6</sup>;
- 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 scuola<sup>7</sup>;
- lo sviluppo del linguaggio verbale (con maggior effetto sulla componente recettiva)<sup>8</sup>.

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<sup>9,10</sup>.

Le famiglie dove ci sono e si leggono libri dimostrano di sviluppare maggiori competenze personali 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 fisico<sup>4</sup>. Il "*capitale sociale*" della famiglia può avere un impatto importante sul benessere e sullo sviluppo dei bambini, specie nelle famiglie con risorse finanziarie e livelli educativi ridotti<sup>9</sup>. Gli effetti positivi della lettura ad alta voce sono particolarmente evidenti in famiglie in condizioni socio-economiche svantaggiate<sup>4,9,11</sup>.

La *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) risulta fortemente associata agli indicatori di salute. Una revisione sistematica<sup>12</sup> dimostra che buoni livelli di *literacy* sono legati a un migliore utilizzo dei servizi sanitari e quindi a migliori condizioni di salute, e che adolescenti con bassi livelli di *literacy* hanno un rischio doppio di sviluppare comportamenti aggressivi e antisociali. Viceversa alti livelli di *literacy* sono correlati sul piano individuale a migliori esiti sul piano lavorativo e sociale. Inoltre, studi in ambito economico dimostrano che i livelli di *literacy* di un paese sono correlati all'incremento del prodotto interno lordo.

## 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 (*§ 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<sup>3,9,11,13,14,15</sup>, dati confermati definitivamente da una recentissima revisione della letteratura disponibile<sup>16</sup>. 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 bambino<sup>17</sup>.

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 internazionale e nazionale importanti iniziative di promozione della lettura ad alta voce: negli Stati Uniti il progetto *Reach out and read*, nato nel 1989 e diffuso ormai in tutti gli stati con la collaborazione dei pediatri; nel Regno Unito nel 1992 il progetto *Bookstart*, basato sulle visite a domicilio delle assistenti sanitarie, che prevede la consegna di due pacchetti di libri. In Italia nel 1999 è nato il progetto **Nati per leggere** promosso dalla Associazione Culturale Pediatri e dalla Associazione Italiana Biblioteche in collaborazione con il Centro per la Salute del Bambino

([www.natiperleggere.it](http://www.natiperleggere.it)). Attualmente il progetto, che ha il patrocinio del Ministero per i Beni e le Attività Culturali, si articola in quasi 400 progetti locali e raggiunge il 32,8 % della popolazione italiana. Informazioni e materiali per operatori e genitori possono essere ottenute sia dal sito che attraverso i progetti locali. *Nati per leggere* ha a sua volta promosso lo sviluppo di analoghi progetti in Catalogna, Svizzera, Germania e Croazia. In Italia è attivo anche il progetto **Leggere per crescere** ([www.leggerepercrescere.it](http://www.leggerepercrescere.it)) promosso nel 2001 dalla sezione Responsabilità sociale di GlaxoSmithKline in collaborazione con la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) Veneto, successivamente adottato dalla FIMP Nazionale; ha ottenuto il patrocinio del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca e della Regione Veneto. È diffuso in 14 Regioni italiane dove ha sviluppato iniziative di formazione dirette ai pediatri e al personale dei nidi e scuole d'infanzia. Fornisce materiale di supporto alla lettura ad alta voce e una pubblicazione periodica gratuita alle famiglie, alle biblioteche e ai pediatri che lo richiedano tramite il sito.

### Qualche consiglio utile

Il bambino ama sentire la voce dei genitori anche nel periodo prenatale. Filastrocche e ninne nanne anche cantate possono essere proposte fin dalla nascita. Il primo libro proposto dai **6 mesi di vita** è cartonato con una immagine per pagina e viene subito "assaggiato". Il bambino a questa età riconosce le fotografie di volti come il suo. **Dopo l'anno di vita** si propongono ancora libri con immagini singole, con colori forti e ben campiti e poche parole ad indicare le figure. **Dai sei ai diciotto mesi** i libri da proporre sono sempre cartonati, robusti e semplici, di dimensioni e materiali adatti per una esplorazione autonoma. **Verso i due anni** sono adatte le protostorie con un breve commento alle figure; man mano che il bambino cresce i contenuti e le immagini si arricchiscono. I bambini amano i libri che raccontano le attività analoghe al loro vissuto. L'utilizzo del racconto o della filastrocca possono supplire alla ridotta capacità di mantenere costante l'attenzione dei bambini più piccoli e preparare il terreno per le attività più interattive di ascolto che si sviluppano nelle età successive. I libri debbono essere posti sempre alla portata del bambino per permettergli di approfondirne la conoscenza.

Il tempo dedicato alla lettura, anche breve, dovrà essere costante e mantenuto nel tempo. Per dare l'idea dell'importanza della routine 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). È bene suggerire di accogliere la richiesta di lettura del bambino, ma anche di rispettare le sue esigenze anche se sceglie altre attività. La lettura diventa una pratica naturale se è un piacere reciproco. Bisogna incoraggiare i genitori che esprimono incertezza nelle proprie capacità di lettura, consigliare loro di provare ad assecondare le richieste del bambino e invitarli a frequentare la biblioteca dove possono trovare consigli sulle modalità di lettura e una notevole varietà di libri.



**Tabella 1. 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.  
È 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.

*1° edizione a cura di Luca Ronfani*

*Revisori: Giancarlo Biasini, Giampiero Chiamenti, Michele Gangemi, Franco Raimo, Giorgio Tamburlini.*

*Aggiornamento a cura di: Giancarlo Biasini, 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](http://www.counselling.it)*

**"PILLOLE" DI VALUTAZIONE****Letture precoce ad alta voce****Cosa sanno e come si comportano i genitori**

Il 62,9% dei genitori dichiara di aver ricevuto informazioni sull'importanza della lettura ad alta voce, assieme all'acido folico (63% ha ricevuto informazioni sull'Acido Folico prima di rimanere incinta) è il determinante su cui i genitori sono meno esposti alle informazioni nel sistema sanitario.

Tali informazioni vengono raccolte in maniera differenziata nei diversi punti del sistema come mostra la seguente tabella:

Ambulatorio ostetrico-ginecologico	Medico di famiglia	Corso pre-parto	Ospedale / Punto nascita	Ambulatorio pediatrico	Altro
8,7%	8,7%	23,0%	12,0%	35,9%	34,0%

In mancanza di un canale comunicativo ben identificato all'interno del sistema dei servizi sanitari, diventano importanti per i genitori le fonti esterne tanto che la voce "altro" raccoglie il 34% delle risposte.

Meno del 30% dei genitori che hanno aderito alla rilevazione dimostra di possedere tutte le conoscenze teoriche corrette richieste sulla lettura ad alta voce, come evidenziato nella tabella che segue:

Leggere ad alta voce ai bambini può portare i seguenti benefici: (fra parentesi la risposta corretta)	Totale
Sviluppo della capacità cognitiva del bambino. (Vero)	88,7%
Miglioramento del rapporto genitori figli. (Vero)	82,3%
Insegna al bambino il rispetto delle regole. (Falso)	35,1%

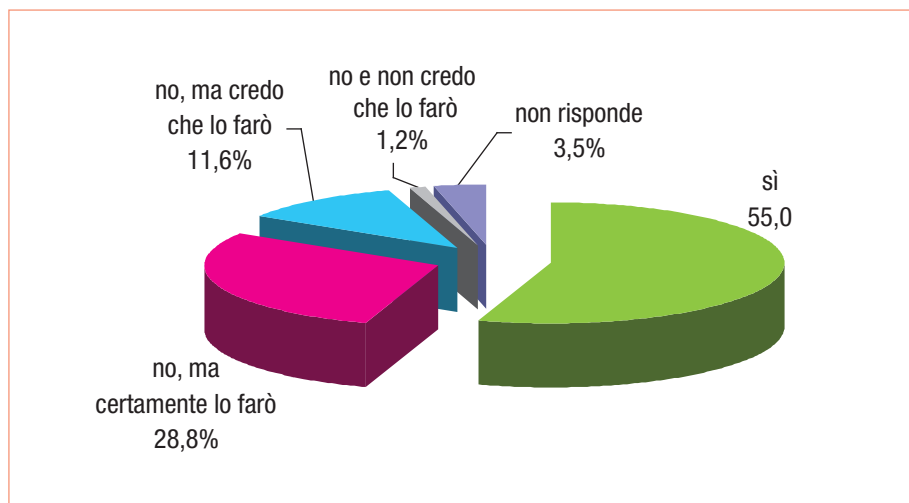
Il 27,9% (n=1621) dei genitori risponde correttamente a tutte e 3 le domande.

La conoscenza dei benefici della lettura risulta molto buona, mentre i genitori tendono ad estenderne i benefici anche al "rispetto delle regole" pur non essendone un obiettivo né una conseguenza verificata.

L'importanza media pari a 4,6 attribuita alla lettura ad alta voce raggiunta su di una scala compresa tra 1, per nulla importante, e 5, molto importante, indica una forte attenzione a questa tematica nei genitori.

Questo atteggiamento positivo verso la lettura ad alta voce si ritrova anche alla domanda se il genitore legge ad alta voce o se ritiene che lo farà in futuro per la quale si ha la distribuzione di frequenza esposta nel grafico sottostante:

**Grafico 1. Lei legge ad alta voce a Suo figlio?**

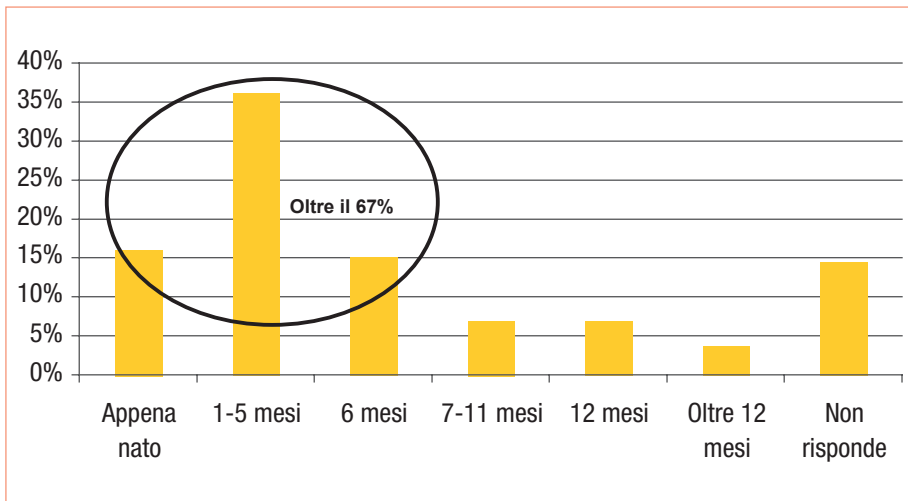


Dal grafico si vede che c'è un atteggiamento più che positivo verso questa pratica tanto che solo un ridottissimo 1,2% dice che non leggerà a suo figlio. Da notare che il 57% degli intervistati sostiene di aver già intrapreso la lettura ad alta voce al proprio bambino il che, tenendo conto che gli intervistati sono genitori di un bambino per lo più sotto i 4 mesi, sarebbe un risultato strabiliante. In realtà rispetto a questo atteggiamento sarebbe interessante andare un po' in profondità per capire quanto la buona intenzione si traduca poi in azione e quanto invece le risposte siano influenzate da una certa "desiderabilità sociale" del leggere. In altre parole: le risposte dei genitori a questa domanda possono essere considerate veritiere o sono influenzate in maniera determinante da quello che pensano sia giusto rispondere?

Con percentuali di risposta così distribuite non ha nemmeno senso provare a rilevare l'eventuale influenza di variabili socio-demografiche. Appare invece interessante cercare di rilevare a che età i genitori pensano che si debba iniziare la pratica della lettura ad alta voce ai bambini.

Dal grafico che segue si vede come i genitori ritengano che la lettura ad alta voce vada avviata subito, appena nasce il bambino in oltre il 15% dei rispondenti e comunque nel 67% dei casi non oltre i sei mesi.

**Grafico 2. Età di avvio della lettura ad alta voce (intenzione)**



Sembra quindi che su questo argomento ci sia molta convinzione da parte dei genitori; sarebbe interessante ripetere la rilevazione nel tempo per verificare se effettivamente le buone intenzioni si sono concretizzate con il crescere del bambino.

### Cosa sanno gli operatori prima della formazione GenitoriPiù

Negli operatori le conoscenze relative agli effetti della lettura ad alta voce sono consolidate anche se gli operatori, come già visto per i genitori, tendono ad attribuire degli effetti positivi anche su elementi non ancora verificati come “Insegnare al bambino il rispetto delle regole”, come si può vedere dalla tabella sottostante.

Sviluppo della capacità cognitiva del bambino. (Si)	92,0%
Miglioramento del rapporto genitori-figli. (Si)	88,3%
Insegnare al bambino il rispetto delle regole. (No)	21,1%

*Il 18,3% (n=1093) degli operatori risponde correttamente a tutte e 3 le domande sugli effetti della lettura ad alta voce.*

La risposta “no” all’ultima domanda è stata considerata un’estensione non sufficientemente fondata di un beneficio complessivo sul piano relazionale (funzione di contenimento dell’azione, contenuti affrontati da eventuali racconti, tutte ipotesi sulle quali non c’è un’evidenza scientifica).

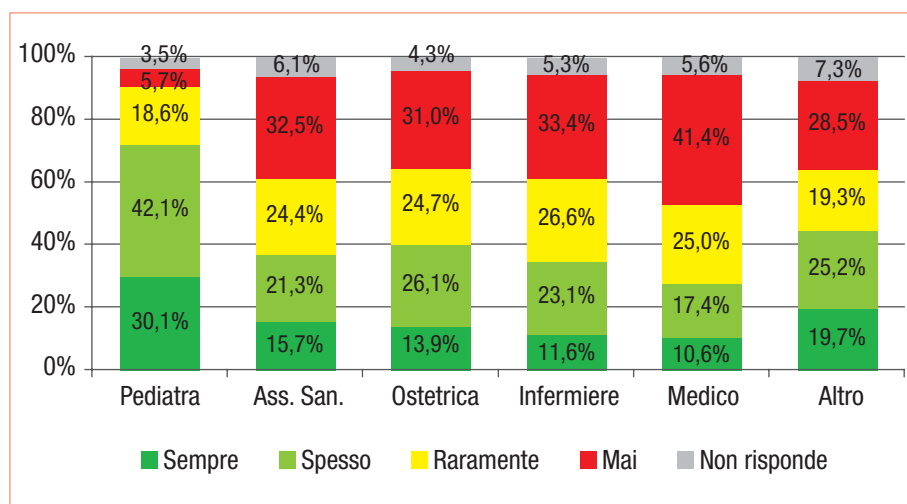
Coerentemente con quanto rilevato attraverso i genitori, rispetto a questo determinante

si registra la minor propensione degli operatori a fornire consigli. Infatti solo il 43% dice di dare sempre o spesso consigli sulla lettura da alta voce.

**Durante la sua attività, dà ai genitori consigli sull'importanza della lettura precoce ad alta voce ai bambini?**

Sempre	Spesso	Raramente	Mai	N.R.
16,7%	26,6%	23,5%	27,8%	5,5%
43,29%				

Questa percentuale si differenzia comunque per figura professionale arrivando ad oltre il 70% dei pediatri come mostra il grafico seguente.



Sulla propensione a dare consigli ha influenza anche l'età dell'operatore. Infatti all'aumentare dell'età dell'operatore aumenta la % di coloro che forniscono consigli sempre o spesso, passando da circa il 25% negli operatori con meno di 35 anni a circa il 55% negli operatori con più di 55 anni. Si rileva in questo caso una maggiore attenzione negli operatori più anziani. Gli operatori intervistati ritengono che sia importante che i genitori si abituino a leggere ai propri figli e pertinente rispetto al proprio ruolo professionale informarli su questo determinante, come si può notare dalla tabella seguente:

Su una scala da 1 a 7:	Media (sul totale dei rispondenti)
Quanto ritiene importante che i genitori si abituino a leggere ad alta voce ai propri figli già nel primo anno di vita?	6,53
Quanto ritiene importante, per il suo ruolo professionale, informare sulla lettura ad alta voce nei primi anni di vita del bambino?	5,64

In relazione a quest'ultima domanda, è poi interessante notare come, i punteggi più elevati siano attribuiti da quegli operatori che danno più frequentemente informazioni e consigli sulla lettura ad alta voce (6,02 per i Pediatri contro 4,76 per i Medici).

### Come e dove promuovere la lettura precoce ad alta voce?

*Nei genitori sembrerebbe poco necessario promuovere ulteriormente la lettura ad alta voce, forse andrebbe sostenuta nella realtà verificando nel tempo se veramente questa pratica si realizza (per es. attraverso il dono di un libro).*

*Negli operatori vanno forse studiati quali possono essere i canali più efficaci privilegiati per dare le informazioni ed offrire stimoli su questa tematica.*

*A cura di: Stefano Campostrini e Stefania Porchia*



## Nati per la Musica: cantate e ascoltate musica insieme a lui

Fin dal terzo trimestre di gravidanza, la mamma può iniziare a cantare per il proprio figlio e ad ascoltare musica insieme a lui. A partire dal 5°-6° mese di vita intrauterina infatti il bambino inizia a percepire, attraverso le vibrazioni del liquido amniotico in cui si trova immerso, i primi suoni e rumori. Si tratta del battito del cuore e del flusso del sangue della mamma, della sua voce e meno intensamente anche di quella del papà e delle altre persone, dei rumori dell'ambiente. Tutti questi stimoli sonori già prima di nascere sono direttamente coinvolti nel favorire lo sviluppo armonico del cervello del bambino, iniziano a plasmare il suo cervello e tale azione continuerà in modo particolare per tutta l'età evolutiva.

Una volta nato il bambino sarà in grado di riconoscere le melodie ascoltate più frequentemente quando era ancora nel grembo materno, con benefici effetti rassicuranti. I neonati sono incredibilmente abili infatti a percepire aspetti anche sottili degli stimoli musicali e pare che i primi passi del linguaggio siano basati sulla percezione della melodia della lingua. Uno dei primi messaggi che riceve il neonato, al tempo stesso gestuale e verbale, ma ancor prima timbrico, ritmato e melodico, è la ninna nanna, in tutti i popoli. La comunicazione musicale nella prima infanzia sembra pertanto giocare un ruolo fondamentale per lo sviluppo emotivo, cognitivo e sociale dei bambini e per favorire lo sviluppo di abilità musicali nelle età successive. La musica aiuta il bambino a sviluppare capacità di ascolto e memorizzazione, a comunicare ed esprimere emozioni, ad alimentare la propria immaginazione e creatività, ad apprezzare ciò che è bello. L'esplorazione sonora, l'invenzione, l'imitazione e la creazione musicale dovrebbero essere il pane quotidiano per aiutare il bambino a crescere.

Il progetto **Nati Per la Musica (NPM)**, che ha il patrocinio del Ministero per i Beni e le Attività Culturali, si propone di sostenere – con il coinvolgimento dei pediatri e quindi dei genitori, degli educatori e operatori musicali, ma anche di ostetriche, personale che opera in consultori, asili e scuole – attività che mirino ad accostare precocemente il bambino al mondo dei suoni e alla musica. I pediatri sono chiamati a sensibilizzare i genitori già alla prima visita in ambulatorio, ma la futura mamma può essere coinvolta fin dal 6°-7° mese di gravidanza tramite gli operatori dei consultori o gli stessi pediatri durante le visite dei fratelli maggiori.

Le motivazioni al progetto NpM sono riassumibili in tre punti:

1. Il condividere in famiglia l'esperienza musicale rafforza il legame affettivo.
2. La musica influisce sullo sviluppo cognitivo del bambino.
3. Si instaura in epoche precoci un terreno favorevole nel quale si possono sviluppare le esperienze musicali successive.

La proposta per i genitori è quindi quella di "iniziare" giornalmente il bambino alla musica (durante la pappa, il cambio, il bagnetto ecc.) sia con il canto, sia con l'ascolto di brani musicali. Quale tipo di musica? Ogni genere musicale va bene purché gradito anche al bambino: musica classica, musica popolare tradizionale, filastrocche per l'infanzia, country, pop, ecc. La musica è gioia, divertimento, gioco, emozione e stimolo per l'intelligenza e la creatività. È un dono che tutti i genitori dovrebbero fare ai propri figli! La musica non deve essere privilegio di pochi, ma patrimonio di tutti.

*A cura di: Stefano Gorini*

*Per saperne di più: Progetto Nati per la Musica [www.natiperlamusica.it](http://www.natiperlamusica.it)*

*Blog Nati per la Musica <http://npm.acp.it/>*

## Bibliografia

1. Ronfani L, Sila A, Malgaroli G. La promozione della lettura ad alta voce in Italia. *Quaderni ACP* 2006;5:187-194.
2. Morroni A, Savioli M. La lettura in Italia. *Comportamenti e tendenze: un'analisi dei dati Istat 2006*. Editrice Bibliografica, 2008, pag. 98 ISBN 978-887075-675-3.
3. Causa P, Manetti S. Evidenze degli effetti della promozione della lettura nelle cure primarie. *Quaderni ACP* 2003; 6:42-46.
4. High PC, Hopmann M, LaGasse L, et al. Child centered literacy orientation: a form of social capital? *Pediatrics* 1999; 4:103.
5. Valentino Merletti R. Leggere ad alta voce e raccontar storie: ben più di un passatempo. *Quaderni ACP* 1999; 6:6-7.
6. Bus AG, van Ijzendoorn MH. Mother-child interactions, attachment, and emergent literacy: a cross-sectional study. *Child Dev* 1988; 59:1262-1272.
7. Scarborough H, Dobrich W, Hager M. Preschool literacy experience and later reading achievement. *J Learning Disabil* 1991; 24:508-511.
8. DeBaryshe BD. Joint picture book reading correlates of early language skill. *J Child Language* 1993; 20:455-461.
9. 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.
10. Runyan DK, Hunter WM, Socolar RS, et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics* 1998; 101:12-18.
11. 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.
12. Sanders L M Federico S Klass P et al. Literacy and Child Health. A Systematic Review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163:131-140.
13. High PC, LaGasse L, Becker S, et al. Literacy promotion in primary care pediatrics: can we make a difference? *Pediatrics* 2000; 105:927-34.
14. 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.
15. Duursma E, Augustyn M, Zuckerman B. Reading aloud to children: The evidence. *Arch. Dis. Child*. Published online 2008; doi:10.1136/adc.2006.106336.
16. Willis E, Kabler-Babbitt C, Zuckerman B. Early Literacy Intervention: Reach Out and Read. *Pediatr Clin N Am* 2007; 54:625-42.
17. 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.

**A CURA DELL'OPERATORE**

ASL: \_\_\_\_\_  
 Regione: \_\_\_\_\_  
 Mese di compilazione: \_\_\_\_\_

Motivo del rifiuto nel compilare il questionario:

- IMPOSSIBILITATO/A A CAUSA DELLA LINGUA
- SI RIFIUTA (NON HA TEMPO, NON NE VEDE L'UTILITÀ,...)
- IMPOSSIBILITATO/A PER ALTRI MOTIVI
- COMPILATO CON L'AIUTO DELL'OPERATORE

# genit ri più



In collaborazione con:



Caro genitore,  
 Le chiediamo alcuni minuti di disponibilità per la compilazione della presente scheda. La Sua collaborazione sarà di grande utilità per la Campagna "GenitoriPiù", campagna informativa sulla promozione della salute nei primi anni di vita, promossa dal Ministero della Salute. Questa scheda è fatta per rilevare la conoscenza ed i comportamenti su alcuni temi affrontati dalla Campagna.

Nelle prossime pagine le faremo alcune domande suddivise in 7 argomenti che sono affrontati nella campagna Genitori Più.

La preghiamo di rispondere **facendo riferimento al Vostro ultimo nato.**

Risponda per piacere **a tutte le domande** mettendo una crocetta sulla risposta che ritiene corretta



**Alcune caratteristiche del bambino e dei genitori**

**A) Bambino:**

Età (mesi): \_\_\_\_\_  
 E' il primo figlio?    Sì     No

**B) Genitori:**

	ANNO DI NASCITA	
MADRE		PADRE

Cittadinanza (indicare con una crocetta)

	ITALIANA	EUROPEA	EXTRA-EUROPEA
MADRE			
PADRE			

Titolo di studio (indicare con una crocetta)

	PADRE	MADRE
ELEMENTARI		
MEDIE		
LICENZA SCUOLA SUPERIORE		
LAUREA		

**c) Chi compila il questionario?**

- MADRE     PADRE

**Sezione A – Assunzione di acido folico**

Ha mai sentito parlare di acido folico? Sì  No

[Se no, passi alla Sezione B]

A Suo parere l'assunzione di **acido folico**:  
a) può ridurre il rischio per il bambino di alcuni difetti cardiaci

VERO  FALSO  NON SO

b) può ridurre il rischio per il bambino di sviluppare difetti al tubo neurale, come la spina bifida

VERO  FALSO  NON SO

c) può ridurre il rischio di parti prematuri

VERO  FALSO  NON SO

Secondo Lei, quando è consigliabile l'assunzione di acido folico? (anche più risposte)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRIMA DELLA GRAVIDANZA	DURANTE I PRIMI 3 MESI DELLA GRAVIDANZA	DURANTE TUTTA LA GRAVIDANZA	DOPO IL PARTO

Ha ricevuto informazioni sull'importanza di assumere acido folico **prima** di rimanere incinta? Sì  No

Se sì, dove ha ricevuto informazioni? (anche più risposte)

AMBULATORIO OSTETRICO-GINECOLOGICO <input type="checkbox"/> CORSO PRE-PARTO <input type="checkbox"/> OSPEDALE/ PUNTO NASCITA <input type="checkbox"/>	AMBULATORIO PEDIATRICO <input type="checkbox"/> DAL MEDICO DI FAMIGLIA <input type="checkbox"/> ALTRO _____ <input type="checkbox"/>
---	--

La madre del bambino ha assunto acido folico? Sì  No

Se sì, quando? (anche più risposte)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRIMA DELLA GRAVIDANZA	DURANTE I PRIMI 3 MESI DELLA GRAVIDANZA	DURANTE TUTTA LA GRAVIDANZA	DOPO IL PARTO

La gravidanza di questo figlio è stata programmata?

Sì, È STATA PROGRAMMATA   
 NO, MA NON NE ESCLUDAVAMO LA POSSIBILITÀ   
 NO, NON È STATA PROGRAMMATA   
 NON ME LA SENTO DI RISPONDERE A QUESTA DOMANDA

**Sezione B - Astensione dal fumo, prenatale e postnatale**

A Suo parere **fumare in gravidanza** può incidere:

a) sull'insorgere di alcune patologie delle prime vie respiratorie del bambino

VERO  FALSO  NON SO

b) sull'insorgere di gravi malformazioni del bambino

VERO  FALSO  NON SO

c) sulla nascita prematura del bambino

VERO  FALSO  NON SO

d) sul basso peso del bambino alla nascita

VERO  FALSO  NON SO

Indichi per piacere quanto ritiene importanti i seguenti aspetti:

a) Una donna, prima e dopo il parto, non deve fumare

PER NIENTE IMPORTANTE 1  2  3  4  5  MOLTO IMPORTANTE

b) Non fumare in casa, soprattutto in presenza del bambino

PER NIENTE IMPORTANTE 1  2  3  4  5  MOLTO IMPORTANTE

Le hanno mai parlato di quanto sia importante l'astensione dal fumo, in gravidanza e dopo il parto? Sì  No

Se sì, dove ha ricevuto informazioni? (anche più risposte)

AMBULATORIO OSTETRICO-GINECOLOGICO <input type="checkbox"/> CORSO PRE-PARTO <input type="checkbox"/> OSPEDALE/ PUNTO NASCITA <input type="checkbox"/>	AMBULATORIO PEDIATRICO <input type="checkbox"/> DAL MEDICO DI FAMIGLIA <input type="checkbox"/> ALTRO _____ <input type="checkbox"/>
---	--

La madre del bambino fumava (anche più risposte):

PRIMA DELLA GRAVIDANZA   
 DURANTE LA GRAVIDANZA   
 ATTUALMENTE   
 MAI

Il papà del bambino attualmente fuma? Sì  No

**Sezione C – Allattamento materno**

A Suo parere l'**allattamento materno**:

a) può prevenire l'obesità del bambino

VERO  FALSO  NON SO

b) va smesso in caso di coliche del lattante

VERO  FALSO  NON SO

c) favorisce il "ritorno in forma" della madre

VERO  FALSO  NON SO

d) previene le patologie delle prime vie respiratorie del bambino

VERO  FALSO  NON SO

Secondo Lei quanto è importante che una donna allatti esclusivamente al seno il proprio figlio nei primi mesi di vita (cioè senza alcuna aggiunta né di cibi solidi, né liquidi)?

PER NIENTE IMPORTANTE 1  2  3  4  5  MOLTO IMPORTANTE

Le hanno mai parlato di quanto sia importante l'allattamento materno esclusivo? Sì  No

Se sì, dove ha ricevuto informazioni? (anche più risposte)

- |   |   |
|---|---|
| AMBULATORIO OSTETRICO-GINECOLOGICO <input type="checkbox"/> | AMBULATORIO PEDIATRICO <input type="checkbox"/> |
| CORSO PRE-PARTO <input type="checkbox"/>                    | DAL MEDICO DI FAMIGLIA <input type="checkbox"/> |
| OSPEDALE/ PUNTO NASCITA <input type="checkbox"/>            | ALTRO _____ <input type="checkbox"/>            |

Per quanto tempo, secondo Lei, una madre dovrebbe allattare esclusivamente al seno il figlio? N. MESI: \_\_\_\_\_

Nelle ultime 24 ore il suo bambino ha assunto:

- |  |  |
|--|--|
| SOLO LATTE MATERNO <input type="checkbox"/>            | LATTE MATERNO E ARTIFICIALE <input type="checkbox"/> |
| LATTE MATERNO E ALTRI LIQUIDI <input type="checkbox"/> | SOLO LATTE ARTIFICIALE <input type="checkbox"/>      |

Se viene allattato con solo latte materno, fino a quando avete intenzione di allattare esclusivamente al seno Vostro figlio?

N. MESI DI ETÀ: \_\_\_\_\_

Hanno mai parlato a Lei o al suo/alla sua partner di quali siano le modalità migliori di allattamento al seno?

Sì  No  NON SO

Se sì, dove ha ricevuto informazioni? (anche più risposte)

- |   |   |
|---|---|
| AMBULATORIO OSTETRICO-GINECOLOGICO <input type="checkbox"/> | AMBULATORIO PEDIATRICO <input type="checkbox"/> |
| CORSO PRE-PARTO <input type="checkbox"/>                    | DAL MEDICO DI FAMIGLIA <input type="checkbox"/> |
| OSPEDALE/ PUNTO NASCITA <input type="checkbox"/>            | ALTRO _____ <input type="checkbox"/>            |

## Sezione D - Posizione del lattante in culla

Secondo Lei, qual è la **corretta posizione** da far assumere al bambino **in culla**?

- |  |   |
|--|---|
| A PANCIA IN GIÙ <input type="checkbox"/> | A PANCIA IN SU <input type="checkbox"/>             |
| DI LATO <input type="checkbox"/>         | A PANCIA IN SU E/O DI LATO <input type="checkbox"/> |

Lei ha ricevuto informazioni sulla posizione in cui mettere a dormire il bambino?

Sì  No

Se sì, dove ha ricevuto informazioni? (anche più risposte)

- |   |   |
|---|---|
| AMBULATORIO OSTETRICO-GINECOLOGICO <input type="checkbox"/> | AMBULATORIO PEDIATRICO <input type="checkbox"/> |
| CORSO PRE-PARTO <input type="checkbox"/>                    | DAL MEDICO DI FAMIGLIA <input type="checkbox"/> |
| OSPEDALE/ PUNTO NASCITA <input type="checkbox"/>            | ALTRO _____ <input type="checkbox"/>            |

In quale posizione di solito mette il bambino a dormire?

- |  |   |
|--|---|
| A PANCIA IN GIÙ <input type="checkbox"/> | A PANCIA IN SU <input type="checkbox"/>             |
| DI LATO <input type="checkbox"/>         | A PANCIA IN SU E/O DI LATO <input type="checkbox"/> |

A Suo parere, la **posizione supina (a pancia in su)** del lattante in culla può:

a) *diminuire il rischio nei confronti della morte in culla*

VERO  FALSO  NON SO

b) *essere rischioso per i casi di soffocamento da rigurgito*

VERO  FALSO  NON SO

Secondo Lei, quali di questi comportamenti possono prevenire la 'morte in culla' del bambino?

a) *Non fumare*

Sì  No  NON SO

b) *Tenere la temperatura della cameretta del bambino superiore ai 20°*

Sì  No  NON SO

c) *Fare in modo che i piedi del bambino tocchino il fondo della culla*

Sì  No  NON SO

d) *Utilizzare un materasso soffice nella culla del bambino*

Sì  No  NON SO

## Sezione E - Utilizzo di mezzi di protezione in auto (seggolini)

Secondo Lei, quanto è importante l'**impiego del seggiolino** per bambini **in auto** durante gli spostamenti?

PER NIENTE IMPORTANTE 1  2  3  4  5  MOLTO IMPORTANTE

Ha ricevuto informazioni su come sia opportuno proteggere il bambino durante i tragitti in automobile? Sì  No

Se sì, dove ha ricevuto informazioni? (anche più risposte)

- |   |   |
|---|---|
| AMBULATORIO OSTETRICO-GINECOLOGICO <input type="checkbox"/> | AMBULATORIO PEDIATRICO <input type="checkbox"/> |
| CORSO PRE-PARTO <input type="checkbox"/>                    | DAL MEDICO DI FAMIGLIA <input type="checkbox"/> |
| OSPEDALE/ PUNTO NASCITA <input type="checkbox"/>            | ALTRO _____ <input type="checkbox"/>            |

Lei utilizza seggiolini in auto per Suo figlio?

SEMPRE  RARAMENTE   
 SPESSO  MAI

Se *utilizza seggiolini*, ha verificato che il seggiolino utilizzato per il trasporto del suo bambino/a sia a norma? Sì  No

Se *utilizza seggiolini*, quando mette Suo figlio in macchina, Lei controlla che il seggiolino sia correttamente legato al sedile e che le cinture del seggiolino siano chiuse?

SEMPRE  RARAMENTE   
 SPESSO  MAI

*Abitualmente* il bambino come è posizionato durante i viaggi in automobile?

- SUL SEGGIOLINO SUL SEDILE ANTERIORE   
 SUL SEGGIOLINO SUL SEDILE POSTERIORE   
 NELLA SUA CULLA SUL SEDILE POSTERIORE   
 IN BRACCIO AD UN ADULTO

E' a conoscenza delle norme previste dal codice della strada per il trasporto dei bambini in auto? Sì  No

Riguardo le modalità di trasporto dei bambini in automobile, quali delle seguenti affermazioni sono vere secondo il codice della strada?

a) *Per trasportare un bambino nel sedile anteriore bisogna che il seggiolino sia disposto in senso contrario alla marcia e che sia disattivato l'airbag*

- VERO  FALSO  NON SO

b) *I bambini con meno di 1 anno di vita possono sempre essere trasportati sul sedile posteriore utilizzando un seggiolino*

- VERO  FALSO  NON SO

c) *I bambini possono essere trasportati sul sedile posteriore, tenuti in braccio da un adulto*

- VERO  FALSO  NON SO

### Sezione F - Vaccinazioni

Ha ricevuto informazioni sulle vaccinazioni raccomandate in età pediatrica?

- Sì  No

Se sì, dove ha ricevuto informazioni? (anche più risposte)

- AMBULATORIO OSTETRICO-GINECOLOGICO  AMBULATORIO PEDIATRICO   
 CORSO PRE-PARTO  DAL MEDICO DI FAMIGLIA   
 OSPEDALE/ PUNTO NASCITA  ALTRO \_\_\_\_\_

A Suo parere le **vaccinazioni**:

a) *sono fattore di prevenzione nei confronti di specifiche malattie infettive*

- VERO  FALSO  NON SO

b) *danno la certezza che il bambino non si ammalerà mai di nessuna della malattia per la quale è stato vaccinato*

- VERO  FALSO  NON SO

Indichi per piacere quanto è d'accordo con i seguenti aspetti:

a) *Un bambino deve essere vaccinato solo per le malattie gravi*

- PER NIENTE D'ACCORDO 1  2  3  4  5  MOLTO D'ACCORDO

b) *E' importante che un bambino faccia tutte le vaccinazioni raccomandate*

- PER NIENTE D'ACCORDO 1  2  3  4  5  MOLTO D'ACCORDO

c) *E' importante che un bambino sia vaccinato solo per le malattie ancora presenti in Italia*

- PER NIENTE D'ACCORDO 1  2  3  4  5  MOLTO D'ACCORDO

d) *A volte, è più pericoloso vaccinarsi che prendere la malattia dalla quale ci si vuole proteggere*

- PER NIENTE D'ACCORDO 1  2  3  4  5  MOLTO D'ACCORDO

Lei pensa di vaccinare Suo figlio per tutte le vaccinazioni raccomandate?

- Sì, TUTTE LE VACCINAZIONI   
 Sì, SOLO ALCUNE VACCINAZIONI   
 NO

### Sezione G - Lettura ad alta voce

Ha ricevuto informazioni sull'importanza di leggere ad alta voce al bambino?

- Sì  No

Se sì, dove ha ricevuto informazioni? (anche più risposte)

- AMBULATORIO OSTETRICO-GINECOLOGICO  AMBULATORIO PEDIATRICO   
 CORSO PRE-PARTO  DAL MEDICO DI FAMIGLIA   
 OSPEDALE/ PUNTO NASCITA  ALTRO \_\_\_\_\_

Secondo Lei, quanto è importante, che i genitori **leggano ad alta voce** ai bambini?

- PER NIENTE IMPORTANTE 1  2  3  4  5  MOLTO IMPORTANTE

A Suo parere a quale età del bambino è importante iniziare a leggere ad alta voce? NUMERO DI MESI DI ETÀ: \_\_\_\_\_

A Suo parere **leggere ad alta voce** ai bambini può portare i seguenti benefici?

a) *Sviluppo della capacità cognitiva del bambino*

- VERO  FALSO  NON SO

b) *Miglioramento del rapporto genitori figli*

- VERO  FALSO  NON SO

c) *Insegna al bambino il rispetto delle regole*

- VERO  FALSO  NON SO

Lei legge ad alta voce a Suo figlio?

- Sì  NO, MA CREDO CHE LO FARÒ   
 NO, MA CERTAMENTE LO FARÒ  NO E NON CREDO CHE LO FARÒ

**Grazie per la gentile collaborazione Progetto GenitoriPiù**

Regione: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

genit  ri più



Ministero del Lavoro, della Salute  
e delle Politiche Sociali

In collaborazione con:



Gentile Operatore,  
Le chiediamo alcuni minuti del Suo tempo per la compilazione del presente questionario. La Sua collaborazione sarà di grande utilità per la Campagna "GenitoriPiù", campagna informativa sulla promozione della salute nei primi anni di vita del bambino, promossa dal Ministero della Salute. Questa scheda ha l'obiettivo di rilevare gli atteggiamenti assunti dagli **Operatori del Percorso Nascita** sulle tematiche della Campagna "GenitoriPiù".

Risponda per piacere **a tutte le domande** mettendo una crocetta sulla risposta che ritiene corretta



**Dati anagrafici e professionali**

1. **Sesso:**  FEMMINA  MASCHIO
2. **Età:**  MENO DI 24 ANNI  
 DA 25 A 34 ANNI  
 DA 35 A 44 ANNI  
 DA 45 A 54 ANNI  
 DA 55 A 64 ANNI  
 PIÙ DI 65 ANNI
3. **Da quale anno esercita il ruolo che ricopre attualmente?** ANNO: \_\_\_\_\_
4. **Azienda Sanitaria nella quale lavora:**  
\_\_\_\_\_
5. **Ruolo:**  ASSISTENTE SANITARIO  
 OSTETRICA  
 PSICOLOGO/A  
 PEDIATRA  
 GINECOLOGO/A  
 RUOLO ORGANIZZATIVO/  
COORDINAMENTO  
 ALRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_
6. **Dove lavora?**  CONSULTORIO  
 PUNTO NASCITA  
 AMBULATORIO MEDICO  
 SERVIZI VACCINALI  
 DIPARTIMENTO/SERVIZIO  
DI SALUTE/SANITÀ PUBBLICA  
 DISTRETTO  
 ALRO \_\_\_\_\_

**Sezione A – Astensione dal fumo, prenatale e postnatale**

1. Quante donne fumatrici, secondo Lei, smettono di fumare in gravidanza?

% DI DONNE: \_\_\_\_\_

2. Delle donne che smettono di fumare in gravidanza, quante riprendono dopo il parto?     1/3     1/2     2/3

3. Durante la Sua attività, dà ai genitori informazioni sulle conseguenze che il fumo potrebbe causare al bambino?

SEMPRE

SPESSO

RARAMENTE

MAI

**3.a Se dà questo tipo di informazioni sempre o spesso, lo fa prevalentemente (una sola risposta):**

- SU SUA INIZIATIVA
- SOLO SE LE VIENE RICHIESTO
- IN PRESENZA DI UN PROFILO DI SALUTE

**3.b Se raramente o mai, perché non dà questo tipo di informazioni? (anche più risposte)**

- L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO NON GLIELO CONSENTE
- QUESTE INFORMAZIONI NON SONO DI SUA COMPETENZA
- NON HA SUFFICIENTE COMPETENZA PER DARE QUESTE INFORMAZIONI
- NON C'È SUFFICIENTE ACCORDO SCIENTIFICO/ EVIDENZA SU QUESTE TEMATICHE
- ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

4. Durante la Sua attività, chiede alle madri e/o ai padri se fumano?

	SEMPRE	SPESSO	RARAMENTE	MAI
<b>madre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>padre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Se la madre fuma, solitamente consiglia di smettere l'allattamento al seno?

SÌ     NO

6. Quanto ritiene importante, per il Suo ruolo professionale, informare i genitori sulle conseguenze che il fumo potrebbe causare al bambino?

PER NIENTE IMPORTANTE    1     2     3     4     5     6     7     MOLTO IMPORTANTE

7. Secondo Lei, i genitori della Sua ASL hanno le informazioni necessarie circa le conseguenze che il fumo potrebbe causare al bambino?

SI, TUTTI     SOLO ALCUNI     NON SO   
 LA MAGGIORANZA     NESSUNO   
 CIRCA LA METÀ

**Sezione B – Allattamento materno**

1. Quanto ritiene importante che una donna allatti esclusivamente al seno il proprio figlio nei primi mesi di vita?

PER NIENTE IMPORTANTE    1     2     3     4     5     6     7     MOLTO IMPORTANTE

2. Secondo Lei, la cessazione precoce dell'allattamento materno quanto può incidere sulle condizioni di salute del bambino?

PER NIENTE    1     2     3     4     5     6     7     MOLTO



**3. Durante la Sua attività, dà ai genitori consigli sull'allattamento al seno?**

SEMPRÉ

SPESSO

RARAMENTE

MAI

**3.a Se dà questo tipo di informazioni sempre o spesso, lo fa prevalentemente (una sola risposta):**

- SU SUA INIZIATIVA  
 SOLO SE LE VIENE RICHiesto  
 IN PRESENZA DI UN PROBLEMA DI SALUTE

**3.b Se raramente o mai, perché non dà questo tipo di informazioni? (anche più risposte)**

- L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO NON GLIELO CONSENTE  
 QUESTE INFORMAZIONI NON SONO DI SUA COMPETENZA  
 NON HA COMPETENZA SUFFICIENTE PER DARE QUESTE INFORMAZIONI  
 NON C'È SUFFICIENTE ACCORDO SCIENTIFICO/ EVIDENZA SU QUESTE TEMATICHE  
 ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

**Se non dà "mai" consigli sull'allattamento materno passi alla domanda 6.**

**4. Per quanto tempo, in genere, consiglia ad una madre di allattare esclusivamente al seno il proprio figlio? N. MESI: \_\_\_\_\_**

NON CONSIGLIO UN TEMPO DEFINITO

**5. In genere, Lei consiglia di continuare l'allattamento al seno anche dopo l'introduzione di alimenti solidi o liquidi?  sì  NO**

**6. Per tutti, quanto ritiene importante, per il Suo ruolo professionale, informare le donne su alcune pratiche per la gestione dell'allattamento al seno (quali la posizione, l'attacco, l'alimentazione a richiesta)?**

PER NIENTE IMPORTANTE 1  2  3  4  5  6  7  MOLTO IMPORTANTE

**7. Secondo Lei, i genitori della Sua ASL hanno le informazioni necessarie per decidere in maniera consapevole riguardo all'alimentazione del lattante?**

SI, TUTTI  SOLO ALCUNI  NON SO   
 LA MAGGIORANZA  NESSUNO   
 CIRCA LA METÀ

**Sezione C – Posizione del lattante in culla**

**1. Fra i fattori e i comportamenti elencati qui di seguito ve ne sono alcuni noti per proteggere il bambino dalla SIDS. Identifichi per ogni fattore elencato se è in grado di proteggere il bambino dalla SIDS**

**1.a Mettere a dormire il bambino a pancia in su**

PROTEGGE  NON PROTEGGE  NON SO

**1.b Evitare di fumare nella stanza in cui il bambino dorme**

PROTEGGE  NON PROTEGGE  NON SO

**1.c Utilizzare un materasso morbido per il lettino del bambino**

PROTEGGE  NON PROTEGGE  NON SO

**1.d Allattare al seno**

PROTEGGE  NON PROTEGGE  NON SO

**1.e Tenere alta la temperatura nella stanza in cui il bambino dorme**

PROTEGGE  NON PROTEGGE  NON SO

**1.f Fare in modo che il bambino tocchi con i piedi il fondo della culla**

PROTEGGE  NON PROTEGGE  NON SO

2. Ritiene che lo screening elettrocardiografico eseguito a tutti i neonati sia un intervento efficace per prevenire la SIDS?

- SÌ       NO       NON SO

3. Durante la Sua attività, dà ai genitori informazioni sulla corretta posizione da far assumere al bambino in culla?

- SEMPRE  
 SPESSO

**3.a Se dà questo tipo di informazioni sempre o spesso, lo fa prevalentemente (una sola risposta):**

- SU SUA INIZIATIVA  
 SOLO SE LE VIENE RICHIESTO

- RARAMENTE  
 MAI

**3.b Se raramente o mai, perché non dà questo tipo di informazioni? (anche più risposte)**

- L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO NON GLIELO CONSENTE  
 QUESTE INFORMAZIONI NON SONO DI SUA COMPETENZA  
 NON HA COMPETENZA SUFFICIENTE PER DARE QUESTE INFORMAZIONI  
 NON C'È SUFFICIENTE ACCORDO SCIENTIFICO/ EVIDENZA SU QUESTE TEMATICHE  
 ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

**Se non dà "mai" informazioni sulla corretta posizione del lattante in culla passi alla domanda 5.**

4. Qual è la posizione che raccomanda?

- A PANCIA IN SU       A PANCIA IN GIÙ  
 SUL FIANCO       A PANCIA IN SU O SUL FIANCO  
 NON RACCOMANDO UNA POSIZIONE SPECIFICA

5. Per tutti, quanto ritiene importante, per il Suo ruolo professionale, informare i genitori sulla corretta posizione da far assumere al bambino in culla?

- PER NIENTE IMPORTANTE    1     2     3     4     5     6     7     MOLTO IMPORTANTE

6. Secondo Lei, i genitori della Sua ASL hanno le informazioni necessarie per un corretto posizionamento del bambino in culla?

- SI, TUTTI          SOLO ALCUNI          NON SO      
LA MAGGIORANZA          NESSUNO      
CIRCA LA METÀ

**Sezione D – Utilizzo di mezzi di protezione in auto (seggiolini)**

1. Durante la Sua attività, dà ai genitori informazioni sulle pratiche per il corretto posizionamento del bambino durante i tragitti in automobile?

- SEMPRE  
 SPESSO

**1.a Se dà questo tipo di informazioni sempre o spesso, lo fa prevalentemente (una sola risposta):**

- SU SUA INIZIATIVA  
 SOLO SE LE VIENE RICHIESTO

- RARAMENTE  
 MAI

**1.b Se raramente o mai, perché non dà questo tipo di informazioni? (anche più risposte)**

- L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO NON GLIELO CONSENTE  
 QUESTE INFORMAZIONI NON SONO DI SUA COMPETENZA  
 NON HA COMPETENZA SUFFICIENTE PER DARE QUESTE INFORMAZIONI  
 NON C'È SUFFICIENTE ACCORDO SCIENTIFICO/ EVIDENZA SU QUESTE TEMATICHE  
 ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_



**3. Durante la Sua attività, dà ai genitori informazioni sull'importanza delle vaccinazioni?**

SEMPRE

SPESSO

RARAMENTE

MAI

**3.a Se dà questo tipo di informazioni sempre o spesso, lo fa prevalentemente (una sola risposta):**

- SU SUA INIZIATIVA
- SOLO SE LE VIENE RICHIESTO
- IN PRESENZA DI UN PROBLEMA DI SALUTE

**3.b Se raramente o mai, perché non dà questo tipo di informazioni? (anche più risposte)**

- L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO NON GLIELO CONSENTE
- QUESTE INFORMAZIONI NON SONO DI SUA COMPETENZA
- NON HA COMPETENZA SUFFICIENTE PER DARE QUESTE INFORMAZIONI
- NON C'È SUFFICIENTE ACCORDO SCIENTIFICO/ EVIDENZA SU QUESTE TEMATICHE
- ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

**4. Quanto ritiene importante, per il Suo ruolo professionale, informare i genitori circa l'importanza delle vaccinazioni?**

PER NIENTE IMPORTANTE    1     2     3     4     5     6     7     MOLTO IMPORTANTE

**5. Secondo Lei, i genitori della Sua ASL hanno le informazioni necessarie circa l'importanza delle vaccinazioni?**

SI, TUTTI                       SOLO ALCUNI                       NON SO   
 LA MAGGIORANZA                       NESSUNO   
 CIRCA LA METÀ

**Sezione F – Lettura ad alta voce**

**1. Quanto ritiene importante che i genitori si abituino a leggere ad alta voce ai propri figli già nel primo anno di vita?**

PER NIENTE IMPORTANTE    1     2     3     4     5     6     7     MOLTO IMPORTANTE

**2. A Suo parere leggere ad alta voce ai bambini può portare i seguenti benefici?**

**2.a Sviluppo della capacità cognitiva del bambino**

VERO                       FALSO                       NON SO

**2.b Miglioramento del rapporto genitori-figli**

VERO                       FALSO                       NON SO

**2.c Insegnare al bambino il rispetto delle regole**

VERO                       FALSO                       NON SO

**3. Durante la Sua attività, dà ai genitori informazioni sull'importanza della lettura ad alta voce fin dal primo anno di vita del bambino?**

SEMPRE

SPESSO

RARAMENTE

MAI

**3.a Se dà questo tipo di informazioni sempre o spesso, lo fa prevalentemente (una sola risposta):**

- SU SUA INIZIATIVA
- SOLO SE LE VIENE RICHIESTO

**3.b Se raramente o mai, perché non dà questo tipo di informazioni? (anche più risposte)**

- L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO NON GLIELO CONSENTE
- QUESTE INFORMAZIONI NON SONO DI SUA COMPETENZA
- NON HA COMPETENZA SUFFICIENTE PER DARE QUESTE INFORMAZIONI
- NON C'È SUFFICIENTE ACCORDO SCIENTIFICO/ EVIDENZA SU QUESTE TEMATICHE
- ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

**4. Quanto ritiene importante, per il Suo ruolo professionale, informare i genitori circa l'importanza della lettura ad alta voce fin dai primi anni di vita del bambino?**

PER NIENTE IMPORTANTE 1  2  3  4  5  6  7  MOLTO IMPORTANTE

**5. Secondo Lei, i genitori della Sua ASL hanno le informazioni necessarie circa l'importanza della lettura da alta voce fin dai primi anni di vita del bambino?**

SI, TUTTI  SOLO ALCUNI  NON SO   
 LA MAGGIORANZA  NESSUNO   
 CIRCA LA METÀ

**Sezione G - Assunzione di acido folico**

**1. Quanto ritiene importante che una donna assuma acido folico nel periodo peri-concezionale?**

PER NIENTE IMPORTANTE 1  2  3  4  5  6  7  MOLTO IMPORTANTE

**2. Secondo Lei, quando è consigliabile l'assunzione di acido folico? (è possibile dare anche più risposte)**

PRIMA DELLA GRAVIDANZA  DURANTE I PRIMI 3 MESI DELLA GRAVIDANZA  DURANTE TUTTA LA GRAVIDANZA  DOPO IL PARTO

**3. Secondo Lei, per quale delle seguenti malformazioni esiste l'evidenza più elevata che l'assunzione di acido folico ne riduca il rischio?**

LABIOPALATOSCHISTI  DIFETTI DEL TRATTO URINARIO  
 CARDIOPATIE  IPO/AGENESIA DEGLI ARTI  
 ANENCEFALIA E SPINA BIFIDA (DTN)  NON SO

**4. Secondo Lei, i genitori della Sua ASL hanno le informazioni necessarie circa l'importanza dell'assunzione di acido folico nel periodo peri-concezionale?**

SI, TUTTI  SOLO ALCUNI  NON SO   
 LA MAGGIORANZA  NESSUNO   
 CIRCA LA METÀ

**Sezione H - Il Counselling**

**1. Secondo Lei, le seguenti affermazioni sull'attività di Counselling sono vere o false?**

**1.a Il Counselling è una pratica comunicativa centrata sull'abilità nel dare consigli efficaci**

VERO  FALSO  NON SO

**1.b Nel Counselling gli operatori devono passare dallo "spiegare" al "farsi spiegare"**

VERO  FALSO  NON SO

**1.c Un professionista con abilità di Counselling aumenta i messaggi in entrata e diminuisce i messaggi in uscita**

VERO  FALSO  NON SO

**1.d Il Counselling sviluppa le risorse delle persone e quindi rappresenta una modalità per facilitare l'empowerment ed il sostegno alla genitorialità**

VERO  FALSO  NON SO

**2. Ha mai avuto informazioni sul Counselling?**  SÌ  NO

**3. Se sì, in che occasione? (anche più risposte)**

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICO SUL COUNSELLING  DURANTE UN CONVEGNO  
 DURANTE DEI GRUPPI DI LAVORO  ATTRAVERSO DELLE PUBBLICAZIONI  
 ALL'INTERNO DI UN CORSO DI FORMAZIONE SU ALTRE TEMATICHE  
 ALTRO (SPEDIFICARE) \_\_\_\_\_

## Glossario dei termini epidemiologici

**Aggiustamento:** è una procedura che permette di produrre una misura statistica in cui gli effetti delle differenze nella composizione delle popolazioni confrontate sono minimizzati dai metodi statistici. Esempi sono gli aggiustamenti che si ottengono con i metodi di regressione e standardizzazione. L'aggiustamento spesso si applica ai tassi o ai rischi relativi, per esempio, per tenere in considerazione la differente distribuzione per età delle popolazioni che si confrontano.

**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 socio-economiche 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). Vedi anche "Studio caso-controllo".

**PM:** Particelle solide di origine sia inorganica che organica, consistenti per lo più in residui carboniosi incombusti. Il particolato è classificato secondo la sua granulometria: ad esempio PM10 indica le polveri di diametro aerodinamico inferiore a 10  $\mu\text{m}$ , PM2.5 inferiore a 2.5  $\mu\text{m}$  e così via. Il particolato nelle classi da PM10 a PM1 è noto come "polvere sottili". Con la sigla PM10 (Particulate Matter) si indica la componente più minuta degli inquinanti atmosferici, le cosiddette polveri sottili, composte di granelli di diametro inferiore a 10 micrometri (impropriamente detti micron), ma sono state individuate particelle ancora più minuscole, le PM 2,5 e le PM 1.

**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'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). 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.

**Variabile proxy:** variabile o indicatore statistico che descrive il comportamento di un determinato fenomeno non osservabile direttamente (es. il titolo di studio come variabile proxy dello stato sociale)

---

*a Questo glossario è stato ripreso dal Progetto 6+1 – Materiale informativo per gli Operatori - tratto da: Buzzetti R, Mastroiacovo P. Le prove di efficacia in pediatria. UTET Periodici, 2000, e da 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) Ulteriori termini sono stati inseriti a cura degli autori del presente manuale.*



# Elenco autori manuale GenitoriPiù

## Curatori

**Leonardo Speri** Psicologo Responsabile del Servizio Promozione ed Educazione della Salute ULSS 20, Verona

**Mara Brunelli** Assistente Sanitaria, Formatrice, Servizio Promozione ed Educazione della Salute ULSS 20, Verona

## Autori

**Francesca Allegri** Assistente Sanitaria Servizio Educazione e Promozione della Salute Az. ULSS9 Treviso

**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

**Renata Bortolus** Ginecologa, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

**Mara Brunelli** Assistente Sanitaria, Formatrice, Servizio Promozione ed Educazione alla Salute ULSS 20 – Verona, Coordinatrice della Campagna GenitoriPiù per la Regione Veneto

**Roberto Buzzetti** Pediatra, Specialista in Statistica Medica, consulente presso CeVEAS di Modena - Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria

**Stefano Campostrini** Professore Ordinario di Statistica Sociale, Dipartimento di Statistica Università Ca' Foscari Venezia

**Elise Chapin** Consulente Professionale Allattamento Materno (IBCLC), Collaboratrice TASK Force BFH UNICEF Italia, Coordinatrice MAMI – Movimento Italiano Allattamento Materno

**Elena Ciot** Educatrice, Servizio Educazione e Promozione della Salute, ULSS 7 Pieve di Soligo (TV)

**Rosa D'Ambrosio** Dirigente Medico, S.S.D. Epidemiologia ed Educazione Sanitaria ASL T01, Referente Regionale Progetto Prevenzione Incidenti domestici

**Patrizia Elli** Pediatra di Famiglia Milano, formatore al Conselling Sistemico

**Sara Farchi** Medico, ASP - Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio. Referente Regionale della Campagna GenitoriPiù e Referente Regionale Piano di Prevenzione degli Incidenti, Roma

**Michele Gangemi** Pediatra di Famiglia ULSS 20, Verona, Formatore al Conselling Sistemico, Past-President SICIS (Società Italiana Counseling Sistemico) Past-President ACP

**Salvatore Geraci** Medico, Area Sanitaria Caritas, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma

**Stefano Gorini** Pediatra di Famiglia Rimini, Referente ACP Progetto Nati per la Musica

**Pierpaolo Mastroiacovo** Professore di Pediatria Direttore ICBD (International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research) - Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects - Roma, Responsabile del Progetto "Pensiamoci Prima"

**Tiziana Menegon** Igienista. Direttore SISIP, ULSS 7 Pieve di Soligo (TV)

**Giorgiana Modolo** Infermiera Professionale, Capo Sala, S.S.D. Epidemiologia ed Educazione Sanitaria ASL T01

**Elisa Pastorelli** Psicologa, Collaboratrice Servizio Promozione ed Educazione della Salute ULSS 20, Verona, Valutatrice UNICEF progetto BFH

**Stefania Porchia** Statistica, Referente della Valutazione Campagna GenitoriPiù - Collaboratrice SINODÉ Padova

**Silvana Quadrino** Psicologa, Istituto Superiore al Counseling Sistemico, CHANGE Torino

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

- Francesca Russo** Igienista, Dirigente Servizio Sanità Pubblica e Screening della Direzione Regionale Prevenzione della Regione Veneto
- Luca Sbrogiò** Igienista Servizio Educazione e Promozione della Salute Az. ULSS 9 Treviso, Direttore Scientifico Progetto “Mamme libere dal Fumo”
- Alessandra Sila** Educatrice, Centro per la Salute del Bambino - CSB ONLUS, Trieste
- Lara Simeoni** Psicologa, Collaboratrice Servizio Promozione ed Educazione della Salute ULSS 20, Verona, Coordinatrice Rete delle Regioni Campagna GenitoriPiù
- Leonardo Speri** Psicologo - Responsabile Servizio Promozione ed Educazione della Salute ULSS 20, Verona; Responsabile della Campagna Nazionale GenitoriPiù, Coordinatore Iniziativa “Ospedali Amici dei Bambini - BFHI” -Comitato Italiano per l’UNICEF
- Giorgio Tamburlini** Pediatra, Presidente del Centro per la Salute del Bambino CSB ONLUS - Trieste, Consulente OMS
- Maria Edoarda Trillò** Pediatra, Direttore Dipartimento Materno Infantile, ASL Roma C, Responsabile dei progetti “Utilizzo dei mediatori culturali nelle strutture sanitarie della ASL Roma C” e “Assistenza sanitaria nel Campo Nomadi di Vicolo Savini - Roma”
- Massimo Valsecchi** Igienista, Direttore Dipartimento di Prevenzione ULSS 20 - Verona
- Giambattista Zivelonghi** Igienista - Responsabile Ufficio Profilassi Malattie Infettive, SISF - ULSS 20 Verona

## Revisori:

- Maria Ersilia Armeni** Pediatra Neonatologa, Consulente Professionale all’Allattamento Materno (IBCLC), Presidente AICPAM, Roma
- Giovan Battista Ascone** Ginecologo, Direttore dell’Ufficio X, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria Ministero del Lavoro, della Salute, delle Politiche Sociali, Roma
- Giancarlo Biasini** Pediatra, Coordinamento Nazionale Nati per Leggere, Direttore di Quaderni ACP
- 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 Pieve di Soligo (TV)
- Marta Ciolfi degli Atti** Pediatra, Direttore Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma
- Rosellina Cosentino** BSN, PHN in Salute Pubblica e Prevenzione, Consulente Professionale Allattamento Materno (IBCLC) Coordinatore Nazionale della Valutazione “Ospedale Amico dei Bambini”. (BFH - 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, Direttore del Dipartimento di Prevenzione, ULSS 17, Este (PD)
- Daniela Galeone** Medico, Direttore dell’Ufficio II° del Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione- Ministero del Lavoro, della Salute, delle Politiche Sociali - Responsabile del Programma “Guadagnare 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 del Lavoro, della Salute, delle Politiche Sociali

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

**Domenica Taruscio** Medico - Dirigente di Ricerca Centro Nazionale Malattie Rare - Istituto Superiore di Sanità Roma

**Mary Elizabeth Tamang** Igienista, Referente GenitoriPiù Regione Veneto, Dirigenza Medica ULSS 15 Padova - Presidente European Network for Smoking Prevention (ENSP)

**Simone Zevrain** Igienista - Dipartimento di Prevenzione ULSS 7 Pieve di Soligo (TV)

## Collaboratori:

**Paola Campara** Psicologa, Servizio Promozione ed Educazione alla Salute ULSS 20, Verona

**Giancarlo Marano** Medico - Direttore dell'Ufficio II°, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ministero del Lavoro, della Salute, delle Politiche Sociali

**Tommasina Mancuso** Medico - Ufficio II°, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria- Ministero del Lavoro, della Salute, delle Politiche Sociali

## Il progetto GenitoriPiù nella Regione Veneto

*si è avvalso:*

- della referenza regionale di **M. Elizabeth Tamang**
- del coordinamento operativo di **Mara Brunelli**
- della referenza per la valutazione di **Laura Tagliapietra**
- di una rete dei referenti aziendali:

AZIENDE ULSS E OSP.	REFERENTE SISP	REFERENTE PLS	ADDETTO STAMPA
<b>ULSS 1 BELLUNO</b>	Rosanna Mel	Gianpaolo Risdonne	Andrea Ferrazzi
<b>ULSS 2 FELTRE BL</b>	Mauro Soppelsa	Elvio Galliani	Rosanna Canova
<b>ULSS 3 BASSANO VI</b>	Emanuela Destefani Seps Annacatia Miola	Laura Todesco	Chiara Borin
<b>ULSS 4 THIENE VI</b>	Edoardo Chiesa	Francesco Santoro	Rosaria Migliorin
<b>ULSS 5 OVEST VICENTINO</b>	Rinaldo Zolin	Michele Sartori	Elena Sandri
<b>ULSS 6 VICENZA</b>	Maria Teresa Padovan	Bruno Ruffato	Antonietta Basso
<b>ULSS 7 PIEVE DI SOLIGO TV</b>	Ester Chermaz	Rosella Marcon	Paolo Piazza
<b>ULSS 8 ASOLO</b>	Orsola Bertipaglia	Francesco Bonaiuto	Mariano Montagnin
<b>ULSS 9 TREVISO</b>	Gianna Piovesan	Sebastiano Rizza	Fabio Bruno
<b>ULSS 10 S. DONÀ DI PIAVE</b>	Mariadomenica Pedone	Maria Carla Ricci	–
<b>ULSS 12 VENEZIA</b>	Marco Flora	Andrea Passarella	Mariagrazia Raffele
<b>ULSS 13 MIRANO</b>	Francesco De Grandi	Chiara Carli	
<b>ULSS 14 CHIOGGIA</b>	<i>Cavarzere</i> Laura Zadra <i>Pieve di Sacco</i> Vera Caracciolo	Sebastiana Blundo	Ines Brentan

AZIENDE ULSS E OSP.	REFERENTE SISP	REFERENTE PLS	ADDETTO STAMPA
<b>ULSS 15 ALTA PADOVANA</b>	Gemma D'ettore	Giovanni Gallo	Noemi Muraro
<b>ULSS 16 PADOVA</b>	Lorena Gottardello	Marco Bernuzzi	–
<b>ULSS 17 ESTE</b>	Anna Ferraresso	Mario Fama	Giovanni Bregrant
<b>ULSS 18 ROVIGO</b>	Maria Chiara Pavarin	Antonio Caserta	Annalisa Boschini
<b>ULSS 19 ADRIA RO</b>	Luca Caffarra	Roberto Girardi	Rita Culati
<b>ULSS 20 VERONA</b>	Giambattista Zivelonghi	Silvia Zanini	Claudio Capitini,
<b>ULSS 21 LEGNAGO VR</b>	Antonio Maggiolo	Giovanni Fabriano	Michele Triglione
<b>ULSS 22 BUSSOLENGO VR</b>	Maurizio Foroni	Mara Tommasi	Claudio Capitini
<b>AZIENDA OSPED. VERONA</b>	<i>Referente Punto Nascita</i> Amabile Bonaldi	<i>Ref. Area Sviluppo Prof.</i> <i>Serv. Prof. Sanitarie</i> Nadia Mansueti	Anselmo Allione
<b>AZIENDA OSPED. PADOVA</b>	<i>Referente Punto Nascita</i> Elisabetta Tedeschi	<i>Referente Area Formazione</i> Bianca Rossato	Luisella Pierobon

Le Aziende Ulss evidenziate hanno partecipato alla valutazione approfondita rivolta ai genitori.

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

**Francesca Russo** Dirigente Servizio Sanità Pubblica e Screening. Direzione Regionale Prevenzione (Resp. Giovanna Frison)

**Mary Elisabeth Tamang** Dirigente medico, Dirigenza Medica, ULSS 15 Alta Padovana, Responsabile Regionale del Progetto GenitoriPiù

**Mara Brunelli**, Assistente Sanitaria, Formatrice, Ufficio Promozione della Salute Dip. Prev Ulss20 Verona, Coordinatrice regionale del Progetto GenitoriPiù

**Leonardo Speri**, Responsabile Servizio Promozione ed Educazione alla Salute Dip. Prev. Ulss20 Verona, Responsabile nazionale del Progetto GenitoriPiù

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

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

**Tina Dal Fior**, Assistente Sanitaria - Servizio Prevenzione e Protezione dell'ULSS 15 Alta Padovana (PD) Presidente Regionale dell'Associazione Nazionale Assistenti Sanitari - Sezione Veneto (ASNAS)

**Ivana Gerotto** Ostetrica, ULSS n.° 7 di Pieve di Soligo. Rappresentante del Coordinamento Regionale dei Collegi delle Ostetriche

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

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

**Claudio Capitini** Capo Ufficio Stampa ULSS 20 Verona

**Enrico Massa** Referente Regionale per la Formazione dei MMG - Centro Regionale di Medicina Convenzionata

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

- **di 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 Servizio Promozione ed Educazione alla Salute ULSS 20, Verona;

**Mara Brunelli** Assistente Sanitaria, Servizio Promozione ed Educazione alla Salute ULSS 20, Verona;

**Paola Campara** Psicologa, Servizio Promozione ed Educazione alla Salute ULSS 20, Verona;

**Maria Scudellari** Coordinatrice dei CCFE 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** Igienista, Direttore del Dipartimento di Prevenzione, ULSS 17, Este (PD)

**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.

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

## Il progetto GenitoriPiù Nazionale

**si è avvalso:**

- **del coordinamento tecnico-scientifico di Leonardo Speri**
- **del coordinamento operativo di Lara Simeoni**
- **di un Comitato Paritetico composto da:**

**Giovan Battista Ascone** Ministero del Lavoro, della Salute, delle Politiche Sociali

**Alfredo D'Ari** Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali

**Massimo Valsecchi** Az. ULSS 20 - Verona

**Francesca Russo** Regione Veneto

**Cinzia Germinario** Delegata delle Regioni Aderenti

**Davide Cavazza** UNICEF Italia

**Leonardo Speri** Coordinatore del Progetto

- **di Referenti di Progetto presso il Ministero del Lavoro della Salute e della Politiche Sociali**

**Giovan Battista Ascone** - Direttore dell'Ufficio X. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria (Direttore Generale *Fabrizio Oleari*) in collaborazione con **Lorenza Pastore, Ilaria Misticoni, Antonella Palazzi**

- di una rete dei referenti delle Regioni:

È stata attivata una rete di 13 Regioni e 2 Aziende Sanitarie:

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	Liliana Pomi	
PIEMONTE	Maria Maspoli	Maria Grazia Tomaciello, Giovanna Patrucco,	
LIGURIA	Roberto Carloni	Chiara Volpi	
ASL MILANO	Roberto Calia	Maria Enrica Bettinelli	Maria Enrica Bettinelli
ASL MILANO 2	Acerbi Luigi	Acerbi Luigi	
EMILIA ROMAGNA	Paola Dalla Casa, Diana Tramonti,	Michela Bragliani	
ABRUZZO	Franca Pierdomenico	Manuela DiGiacomo	
UMBRIA	Maria Donata Giamo	Corrado Rossetti, Stefania Prandini	
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	Nicola D'Angelo	Mimma Mignuoli, Anna Vitelli	

\* solo per le regioni che aderiscono alla valutazione approfondita

**Referente FIMP: Andrea Parri**

**Referenti UNICEF: Davide Cavazza, Patrizia Cipriani, Marta Fiasco**

- **Di un gruppo di lavoro per la valutazione del Progetto Nazionale:**

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

**Stefania Porchia** Statistica, Sinodè srl Padova

**Federico De Luca** Statistico Dipartimento di Statistica Università Ca' Foscari - Venezia

**Francesca Pozza** Statistica Dipartimento di Statistica Università Ca' Foscari - Venezia

## Hanno collaborato ai Progetti Regionale e Nazionale

- **nella produzione dei messaggi e dei materiali**

**Silvia Mazzocco, Andrea Bettoni** Script e Progetto grafico della Campagna

**Amanda Sandrelli & Blas Roca Rey** Testimonials della Campagna

**Claudio Capitini** Regia degli spot con i Testimonials

**Elena Perusi** Web-master [www.genitoripiu.it](http://www.genitoripiu.it)

**Sara Battistin** Web-editor nuovo sito [www.genitoripiu.it](http://www.genitoripiu.it)

**Stefano Saccomani** Idea, disegni e realizzazione - Spot Animati multilingue

**Carlo Ceriani** Musiche Spot Animati multilingue

**Film And Produzioni Televisive** Produzioni Audio-Video

**Un gruppo esteso di mediatori culturali e traduttori ([www.genitoripiu.it](http://www.genitoripiu.it))** Traduzione dei materiali

- **nel supporto delle attività**

**Corrado Andriani, Sara Battistin, Valeria Bernardi, Serenella Cavallaro, Andrea Comin, Martina Cristofoli, Flavio De Togni, Luigi De Vittor, Cristina Feltrin, Ferdinanda Feltrin, Laura Giorgi, Cristina Oliosi, Luciano Pasqualotto, Loredana Pernigo, Chiara Sambugaro, Massimo Segneghi, Elena Verizzi.**

### **Hanno inoltre collaborato:**

**Paolo Biban, Giorgia Faggian, Bruna Fraccaroli, Danila Ghirardello, Francesca Lazzari, Silvana Manservigi, Silvia Milani, Rossana Mori, Giuseppina Napoletano, Annarosa Pettenò, Anna Sandroni, Valentina Secondo, Flora Tolfo, Sandra Zuzzi.**

### **Lo staff del progetto ringrazia inoltre**

**Assuntina Morresi** Coordinatrice del Comitato Nazionale per l'Allattamento Materno - Ministero della Salute

**Maria Pia Mancini** Ufficio I Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

**Claudio Fabris** Presidente Società Italiana di Neonatologia

**Pasquale Di Pietro** Presidente Società Italiana di Pediatria

Questo manuale è una riedizione riveduta ed aggiornata del manuale per operatori redatto dalla Regione del Veneto per la Campagna GenitoriPiù. Il testo è stato curato dal Servizio Promozione ed Educazione alla Salute del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 20 di Verona che ha coordinato la Campagna regionale e la Campagna nazionale.

Il manuale è disponibile anche on-line al sito

[www.genitoripiu.it](http://www.genitoripiu.it)



Stampato nell'autunno 2009  
da Cierre Grafica - Verona  
[www.cierrenet.it](http://www.cierrenet.it)

Azienda certificata



**FSC**

The Mark of Responsible Forestry

Cert no. SA-COC-002386  
[www.fsc.org](http://www.fsc.org)

# genitori più

Campagna per la promozione della salute nei primi anni di vita

Regione capofila:



REGIONE DEL VENETO



REGIONE  
AUTONOMA  
SARDEGNA

Regione Emilia-Romagna

REGIONE EMILIA ROMAGNA



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA



REGIONE  
AUTONOMA  
VALLE D'AOSTA

ASL MILANO DUE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI MILANO 2

ASL MILANO



REGIONE LIGURIA  
Assessorato alla Salute  
REGIONE LIGURIA



REGIONE  
ABRUZZO



REGIONE  
CALABRIA



REGIONE  
LAZIO



REGIONE  
MOLISE



REGIONE  
PIEMONTE



REGIONE  
PUGLIA



REGIONE  
UMBRIA

con il patrocinio di:

**ACP** Associazione Culturale Pediatri

**AICPAM** Associazione Italiana Consulenti Professionali in Allattamento Materno

**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](http://www.ministerosalute.it) - [www.genitoripiù.it](http://www.genitoripiù.it)

In collaborazione con:



guadagnare  
salute

rendere facili le scelte salutari

