

Ricettario Unico Nazionale

Dopo varie proroghe, in considerazione delle difficoltà riscontrabili e per permettere l'aggiornamento dei software di gestione della cartella clinica, entro il 31 agosto, in tutte le Regioni sarà adottato il nuovo ricettario unico nazionale, una ricetta che potrà essere letta elettronicamente in tutti i suoi dettagli per permettere un monitoraggio completo ed in tempi rapidi di tutte le prescrizioni sanitarie (farmaceutiche o diagnostiche) e della relativa spesa.

Le caratteristiche e modalità di compilazione sono contenute nel Disciplinary tecnico allegato al Decreto 18 maggio 2004 (Applicazione delle disposizioni di cui al comma 2 dell'art. 50 del D.L. 30 settembre 2003, n. 269), emanato dal Ministero dell'economia e delle finanze e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 25 ottobre 2004, n. 251, S.O.

Il nuovo ricettario sostituirà tutti i moduli ad oggi utilizzati nelle varie regioni e sarà utilizzato per prescrivere:

- prestazioni sanitarie con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture a gestione diretta o accreditate;
- prestazioni sanitarie ai cittadini italiani, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere è a carico di istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale;
- prestazioni sanitarie, con onere a carico del Ministero della salute, al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile.

Il ricettario sarà consegnato a tutti i medici prescrittori che assumeranno in prima persona la responsabilità di prescrivere prestazioni e farma-

Valdo Flori
Pediatra di Famiglia, Firenze

Entrata in vigore del nuovo Ricettario

Abruzzo	1 aprile 2005
Basilicata	31 agosto 2005
Calabria	31 agosto 2005
Campania	31 agosto 2005
Emilia Romagna	1 aprile 2005
Friuli Venezia Giulia	31 agosto 2005
Lazio	1 aprile 2005
Liguria	31 agosto 2005
Lombardia	31 agosto 2005
Marche	31 agosto 2005
Molise	31 agosto 2005
Puglia	31 agosto 2005
Piemonte	31 agosto 2005
Sicilia	31 agosto 2005
Sardegna	31 agosto 2005
Trentino Alto Adige	31 agosto 2005
Toscana	1 luglio 2005
Umbria	1 aprile 2005
Valle d'Aosta	31 agosto 2005
Veneto	1 aprile 2005

ci; il codice identificativo della ricetta costituisce infatti l'elemento attraverso il quale è possibile, mediante apposite procedure gestionali individuare automaticamente per ciascuna ricetta il soggetto titolare

del ricettario. In caso di sostituzione, secondo l'Agenzia delle Entrate, il sostituto utilizzerà il ricettario del medico titolare, apponendo il proprio timbro; in caso di sostituzione all'interno di un gruppo o associazione, ogni medico potrà utilizzare il proprio ricettario.

In sintesi i cambiamenti più importanti previsti con il nuovo ricettario:

- viene introdotto il tagliando adesivo la cui applicazione però non è di competenza del medico;
- sono unificate le ricette per i turisti ed i naviganti;
- l'esenzione per reddito diviene di competenza e responsabilità del cittadino;
- si introducono codici di priorità, anche se entreranno in vigore solo dopo accordi regionali con le OO. SS. di categoria.

Nell'articolo seguente vengono descritte le regole per una corretta compilazione delle prescrizioni farmaceutiche, ambulatoriali e di ricovero sul nuovo ricettario SSN, come riportato nel Disciplinary Tecnico allegato al Decreto 18 maggio 2004, tenendo comunque presente che alcune Regioni possono essere state emanate delle indicazioni difformi.



Glossario

Ricettario:	indica il blocco, cucito con due punti metallici, costituito da una copertina, cento moduli numerati progressivamente e da una sottocopertina.
Copertina:	indica il frontespizio del ricettario in cartoncino, formato da due parti separabili mediante una perforazione lineare. La parte removibile (detta "cedola") attesta la consegna del ricettario al medico prescrittore.
Sottocopertina:	indica la parte inferiore del ricettario, in cartoncino, sulla quale sono fissati, con punti metallici sia la copertina che i moduli.
Modulo:	indica lo stampato nella sua interezza (ricetta più matrice).
Ricetta:	indica la parte del modulo da utilizzare per la prescrizione, la richiesta o la proposta di una prestazione e che, previo distacco dalla matrice, viene rilasciata dal medico all'assistito.
Matrice:	indica quella parte del modulo che dopo il distacco mediante una perforazione lineare della ricetta rimane al medico come riscontro della prescrizione.
Elemento:	indica un campo del modulo che identifica: <ul style="list-style-type: none"> • componenti prestampati; • caselle predisposte a contenere caratteri alfanumerici; • caselle predisposte ad essere contrassegnate con una biffatura; • zone a scrittura o riempimento libero.
Area:	indica uno o più elementi logicamente aggregati.
Tagliando adesivo:	definisce il supporto adesivo predisposto per oscurare la generalità dell'assistito.
SSN:	Servizio Sanitario Nazionale.
SISS:	Sistema Informativo Socio Sanitario.
IUP:	Identificativo Univoco Prescrizione, per le prescrizioni registrate con il SISS.
SASN:	Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti.
STP:	Stranieri Temporaneamente Presenti in Italia", di cui all'articolo 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e successive modificazioni, e all'articolo 43 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394.
ASL di appartenenza:	indica la ASL di residenza dell'assistito.
ASL di competenza:	indica la ASL che eroga i servizi sanitari e può coincidere o meno (pro tempore) con quella di appartenenza dell'assistito.
UE:	Unione Europea.
SEE:	Spazio Economico Europeo.
EE:	Paese Extra Europeo.

Istruzioni per la compilazione e l'impiego del modulo

La compilazione delle aree della ricetta per le quali non è prevista la rilevazione dei dati mediante la lettura ottica non richiede particolari modalità. È comunque raccomandato mantenere la scrittura e l'apposizione di timbri nei limiti degli spazi previsti allo scopo di evitare l'invasione delle zone predisposte per la lettura ottica.

La compilazione è ovviamente facilitata dall'impiego di sistemi informatizzati.

Vediamo di analizzare per ogni area della ricetta le caratteristiche e la modalità di compilazione.

Area "cognome, nome e indirizzo dell'assistito"

- a) Il medico deve riportare il nome e cognome dell'assistito o, nei casi previsti dalla vigente normativa le iniziali.
- b) Fatto salvo i casi in cui la vigente normativa impone al medico di riportare sulla ricetta l'indirizzo del paziente questo adempimento può essere omesso.

Tale area della ricetta, può essere coperta dal tagliando adesivo previsto dall'articolo 87 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, in materia di protezione dei dati personali relativamente a prescrizioni farmaceutiche. La sua applicazione non è comunque di competenza del medico.

Area "codice fiscale"

- a) Per gli assistiti del SSN tale area deve essere riempita dal medico prescrittore indicando il codice fiscale allineato a sinistra (per alcune Regioni può essere immesso indifferentemente il numero di codice regionale dell'assistito).

c) Per gli assistiti del Servizio assistenza sanitaria naviganti (SASN) il campo deve essere compilato riportando il codice fiscale dell'assistito.

d) Per gli assistiti degli Stranieri temporaneamente presenti in Italia (STP) il campo deve essere compilato riportando il codice STP assegnato dalla Azienda USL competente per territorio.

e) Per gli assistiti assicurati da istituzioni estere il campo non deve essere riempito.

In tale Area vi è inoltre uno spazio ove, nel caso di stampa informatizzata della prescrizione, stampare il codice dell'assistito con la tecnica di rappresentazione a barre in modo tale da poter essere letto con dispositivi a lettura ottica.

Area "indicazione stampa con mezzi informatici. Stampa PC"

Tale area della ricetta contiene un elemento che deve essere biffato in caso di stampa attraverso il sistema informatico del medico prescrittore.

Area "esenzione dal ticket"

a) La lettera "N" dovrà essere barrata

in caso di assenza del diritto di esenzione della prestazione prescritta all'assistito. Viceversa nel caso in cui l'assistito abbia una esenzione (ad esclusione del reddito) questa casella non dovrà essere barrata detta lettera.

Nello spazio relativo al codice esenzione dovranno essere riportati, salvo diverse indicazioni regionali, i nuovi codici di esenzione.

In sintesi, nel caso di esenzione per patologia si indicano i soli primi tre caratteri del codice di esenzione (es. esenzione del cittadino 010.710.9 il medico indica 010).

Nel caso di esenzione per malattia rara si indicano tutti i sei caratteri dell'esenzione (es. RI0060).

b) Nel caso di esenzione per reddito la struttura erogatrice della prestazione dovrà informare il paziente circa il diritto all'esenzione e barrare la lettera "R". L'assistito certificherà la propria posizione reddituale apponendo la propria firma nello spazio attiguo.

Area "sigla provincia codice USL"

Tale area della ricetta contiene 5 caselle contigue:

- le prime 2 caselle destinate alla indicazione della sigla della provincia della ASL di competenza dell'assistito; la ASL di competenza dell'assistito indica la ASL che eroga i servizi sanitari e può coincidere o meno (pro tempore) con quella di appartenenza dell'assistito, ovvero la ASL di residenza dell'assistito. Queste caselle vanno riempite solo quando l'ASL di competenza dell'assistito è in una Regione diversa da quella del medico prescrittore;
- le successive 3 caselle destinate alla indicazione del codice della ASL di appartenenza dell'assistito, secondo la codifica "codice azienda" fornita dal Ministero della Salute;

Tale area della ricetta *non deve essere compilata nei casi di:*

- coincidenza della ASL di competenza dell'assistito con quella del medico prescrittore;
- assistiti STP;
- personale navigante iscritto al SASN;
- assicurati da istituzioni estere.

L'elemento attiguo formato da 8 caselle è a disposizione delle Regioni per eventuali particolari codifiche e va riempito secondo indicazioni regionali.

Area "nota CUF"

Tale area della ricetta contiene due gruppi di tre caselle, destinate alla eventuale indicazione obbligatoria delle note AIFA relative ai farmaci prescritti (inserimento con allineamento a sinistra); *Devono comunque essere barrate le caselle non utilizzate.*

Lo spazio relativo alla nota AIFA posto in alto deve essere riferito al primo medicinale prescritto mentre quello posto in basso al secondo medicinale prescritto.

Area *tipologia prescrizione* "SUGG. RICOV. ALTRO"

Area tipologia della prescrizione. Tale area della ricetta contiene i seguenti elementi:

- 1 casella contrassegnata dalla lettera "S" e denominata "SUGG." che deve essere barrata nel caso in cui la prescrizione contenuta nella ricetta derivi da uno specifico suggerimento specialistico o di altra struttura;
- 1 casella contrassegnata dalla lettera "H" e denominata "RICOV." che deve essere barrata nel caso in cui la prescrizione contenga la proposta ricovero presso una struttura ospedaliera;
- 1 casella senza contrassegno e denominata "ALTRO", destinata alla indicazione di prescrizioni di tipo diverso, introdotte da provvedimenti regionali specifici (elemento 10);

Area *"priorità della prestazione"*

Tale area della ricetta contiene l'indicazione della priorità di richiesta della prestazione da parte del medico prescrittore ed è caratterizzata da quattro caselle di biffatura:

- 1 casella contrassegnata dalla lettera "U" per urgente, da eseguire nel più breve tempo possibile;
- 1 casella contrassegnata dalla lettera "B" per breve, da eseguire entro 10 giorni;
- 1 casella contrassegnata dalla lettera "D" per differita, da eseguire entro 30 giorni per le visite o entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici;
- 1 casella contrassegnata dalla lettera "P" per programmata da eseguire entro 180 giorni.

L'avvio, nelle singole regioni, della compilazione di questa area è subordinato alla definizione di modalità stabilite attraverso accordi

locali tra le regioni e le Organizzazioni Sindacali, anche nell'ambito della contrattazione decentrata.

Area *"numero di confezioni/prestazioni"*

In questo campo, con allineamento a sinistra il medico deve riportare il numero complessivo di confezioni di medicinali o delle prestazioni prescritte.

Detto campo deve essere riempito anche se la ricetta contiene la prescrizione di un solo tipo di medicinale o di un solo tipo di prestazione specialistica.

Tipo ricetta

NA	Visita ambulatoriale assistiti SASN italiani.
ND	Visita domiciliare assistiti SASN italiani.
NE	Prestazione a assistiti SASN stranieri assistiti da istituzioni estere europee.
NX	Prestazione a assistiti SASN stranieri assistiti da istituzioni estere extraeuropee.
ST	Prestazione agli assistiti STP
UE	Per prestazioni a soggetti assicurati da istituzioni estere europee.
EE	Nel caso di prestazioni a soggetti assicurati da istituzioni estere extraeuropee.

Area *"tipo ricetta"*

Il campo non deve essere riempito per gli assistiti del SSN.

- a) Per gli assistiti SASN italiani il medico riporta il codice "NA" in caso di visita ambulatoriale mentre indica "ND" per visita domiciliare.
- b) Per gli assistiti SASN stranieri il medico riporta il codice "NE" per indicare l'effettuazione di una prescrizione a soggetto assistito da istituzioni estere europee, mentre riporta la sigla "NX" qualora la prescrizione si riferisca a soggetto assistito istituzioni estere extraeuropee.

c) Per gli assistiti STP il medico riporta il codice "ST".

d) Per soggetti assicurati da istituzioni estere il medico procede all'inserimento campo del codice "UE" per le istituzioni estere e del codice "EE" nel caso di istituzioni estere extraeuropee.

Area *"data"*

Il campo deve essere riempito dal medico prescrittore riportando la data nel formato "gg/mm/aa". Per l'indicazione dei giorni e dei mesi da 1 a 9 l'indicazione deve essere effettuata premettendo il valore 0 al giorno e al mese.

Area *"firma del medico"*

Tale area della ricetta è riservata alla apposizione del timbro e della firma autografa del medico.

Area *"soggetti assicurati da istituzioni estere" (retro della ricetta)*

Nel caso di prescrizioni a favore di soggetti assicurati da istituzioni estere, forniti di tessera europea di assicurazioni malattia o documento equivalente, il campo deve essere riempito come segue:

- codice istituzione competente: deve essere riportato, con allineamento a sinistra, il codice dell'istituzione competente;
- Stato estero: il campo deve essere riempito riportando la sigla dello stato estero;
- numero di identificazione personale: il campo deve essere riempito riportando il codice di identificazione personale;
- numero di identificazione della tessera: il campo deve essere riempito riportando, con allineamento a sinistra il numero di identificazione della tessera dell'assistito. Se la tessera non riporta il numero il campo deve essere lasciato in bianco;
- firma dell'assistito: l'assistito deve apporre la propria firma nell'apposito spazio.

Codici Paesi UE SEE e Svizzera

Belgio = BE
Repubblica Ceca = CZ
Danimarca = DK
Germania = DE
Estonia = EE
Grecia = EL
Spagna = ES
Francia = FR
Irlanda = IE
Italia = IT
Cipro = CY
Lettonia = LV
Lituania = LT
Lussemburgo = LU
Ungheria = HU
Malta = MT
Paesi Bassi = NL
Austria = AT
Polonia = PL
Portogallo = PT
Slovenia = SI
Slovacchia = SK
Finlandia = FI
Svezia = SE
Regno Unito = UK
Svizzera = CH
Islanda = IS
Norvegia = NO
Liechtenstein = FL

Avvertenze per la compilazione delle zone destinate alla lettura ottica

Per la compilazione delle zone destinate alla lettura sono indicate delle avvertenze di seguito riportate.

Per tutti i casi in cui è ammesso l'uso di timbri, devono essere impiegati inchiostri neri non oleosi.

La trascrizione manuale di caratteri numerici o alfabetici nelle caselle a ciò destinate deve essere effettuata, da parte del soggetto abilitato, con le seguenti modalità:

- scrivere con la massima chiarezza e semplicità evitando ornati e grafismi di difficile interpretazione per le apparecchiature di lettura ottica;
- riportare un solo carattere in ciascuna casella;
- occupare nella trascrizione solo lo spazio bianco interno della casella, evitando di invadere il bordo colorato delimitante la casella stessa;
- non legare i caratteri tra loro;
- usare esclusivamente penne stilografiche o a sfera ad inchiostro nero;
- evitare assolutamente cancellature o correzioni dei caratteri già scritti;
- evitare puntini, linee, virgole o barrature tra i caratteri;
- non barrare o annullare le caselle non utilizzate ad esclusione de-

gli elementi indicanti le note CUF che devono necessariamente essere barrate dal medico nel caso in cui lo stesso medico non le abbia utilizzate;

- a compilazione delle caselle destinate alla lettura ottica di biffatura è effettuata apponendo un segno evidente (ad esempio una X) all'interno del cerchio contenuto nella casella o annerendo il cerchio, avendo cura di non fuoriuscire dalla casella stessa.

La nuova codifica delle esenzioni

Una particolare importanza nel quadro delle nuove modalità prescrittive, assume la codifica nazionale delle esenzioni che è stata proposta dal Ministero della Salute a tutte le Regioni e che le la maggior parte di esse hanno adottato. Comunque la Regione che non dovesse adottarla daranno indicazioni si è impegnata ad adottare una transcodifica dalla vecchia alla nuova classificazione.

La codifica nazionale renderà omogeneo e facilmente studiabile il set di dati delle esenzioni, contribuendo a mappare su tutto il territorio nazionale lo stato dei cittadini esenti e la stratificazione della popolazione generale per tipologia di esenzione.

Codifica nazionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa

n.	Tipo1ogia di	Cod.	SubCod.	Note
1	Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti esenti ai sensi del D.M. 28.05.1999 n. 329 e succ. Modifiche e integrazioni (ultimo D.M. 21.5.2001 n. 296);	0 malattie croniche	da 02 a 56	Vedi Nota (1)
2	Soggetti affetti da patologie rare esenti ai sensi del D.M. 18.05.2001 n. 279;	R Rare	Da Aannn a Qannn	Vedi Nota (2)
3	Prestazioni richieste su sospetto diagnostico dfi malattia rara (ex art. 5 comma 2 del D.M. 18.05.2001 n. 279).		99	Vedi Nota (3)
4	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1ª alla 5ª titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campo di sterminio (ex art. 6 comma 1 lett. A del D.M. 01.02.1991);	G Guerra	01	
5	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 6ª alla 8ª (ex art. 6 comma 2 lett. A del D.M. 01.02.1991);		02	

6	Grandi invalidi del lavoro - dall'80% al 100% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. B del D.M. 01.02.1991);	L Lavoro	01	
7	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 79% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. b del D.M. 01.02.1991);		02	
8	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa < 2/3 - dall'1% al 66% di invalidità - (ex art. 6 comma 2 lett. b del D.M. 01.02.1991);		03	
9	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art. 6 comma 2 lett c del D.M. 01.02.1991);		04	
10	Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1ª categoria - titolari di specifica pensione - (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);	S Servizio	01	
11	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2ª alla 5ª (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);		02	
12	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 6ª alla 8ª (ex art. 6 comma 2 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
13	Obiettori di coscienza in servizio civile (ex art. 1, L. 8 luglio 1998, n. 230);		04	
14	Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);	C Civili	01	
15	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		02	
16	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 99% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
17	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. n. 289/90 (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998),		04	
18	Ciechi assoluti o con residuo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili - ai sensi dell'art. 6 comma lett. i del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 6 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);		05	
19	Sordomuti (da intendersi coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 7 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);		06	
20	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 210 del 25.02.1992. Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati - (ex art. 1 comma 5 lett. d del D.Lgs. 124/1998);	N Legge n. 210	01	
21	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 302/90 - vittime del terrorismo e della criminalità organizzata - (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998);	V Vittime	01	
22	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998). In epoca preconcezionale;	M Maternità	00	
23	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza ordinaria; oppure Æ		da 01 a 41	così composto: M + nn (settimana di gravidanza)
24	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza ordinaria;		99	
25	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza a rischio;		50	
26	Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art. 1 comma 4 lett. a del D.Lgs. 124/1998);	D Diagnosi precoce	01	
27	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - citologico;		02	
28	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - mammografico;		02	
29	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - colon retto;		04	
30	Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000);		05	

31	Prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione (ex art. 1 comma 5 lett. c del D.Lgs. 124/1998);	T donazione	01	
32	Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - prima parte);	H Hiv	01	
33	Prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - seconda parte -);	P Prestazione	01	
34	Prestazioni specialistiche finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge e non poste a carico del datore di lavoro - attualmente eseguibili nei confronti dei soggetti maggiorenni apprendisti - (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - ultima parte -);		02	
35	Prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - prima parte -);		03	
36	Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. Modifiche e integrazioni);	E condizioni economiche	01	
37	Disoccupati - e loro familiari a carico - con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		02	
38	Titolari di assegno (ex pensione) sociale - e loro familiari a carico - (art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		03	
39	Titolari di pensione al minimo, con più di 60 anni - e loro familiari a carico - con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		04	
40	Prestazioni a favore di detenuti ed internati (ex art. 1 comma 6 D.Lgs. 22.6.1999 n. 230);	F detenuti	01	
41	Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento, allo svolgimento del servizio civile (ex D.P.C.M. 28 novembre 2003)	I Idoneità	01	

Nota (1)

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) corrispondono alle prime 3 cifre del codice identificativo della condizione di esenzione (ONN - dove con N rappresenta un numero).

Nota (2)

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) sono 6 e corrispondono al codice identificativo completo della malattia o del gruppo di malattie: secondo lo schema prevalente RAAANN (dove A rappresenta un carattere alfabeticamente e N rappresenta un carattere numerico).

Nota (3)

Nel caso di soggetti per i quali è stato formulato dallo specialista un sospetto diagnostico di malattia rara, è sufficiente l'indicazione del codice R e del sub-codice 99. Gli stessi caratteri identificativi dovranno essere usati per la codifica delle indagini genetiche sui familiari dell'assistito quando necessarie per diagnosticare (all'assistito) una malattia rara di origine ereditaria.

Nota (4)

Codice alternativo utilizzabile dal MMG, qualora lo stesso medico non fosse operativamente in grado di quantificare esattamente la settimana di gestazione dell'assistito, anche in ragione dei lunghi periodi intercorrenti tra la data di prescrizione e la data di erogazione della prestazione specialistica richiesta. In questo caso, la verifica della correlazione tra la settimana di gravidanza e la tipologia della prestazione richiesta, ai fini dell'esenzione dalla spesa sanitaria, sarebbe di competenza della struttura erogatrice.

Istruzioni per l'attribuzione del codice che identifica la tipologia di esenzione

Il medico prescrittore dovrà riportare, nelle caselle della ricetta predisposte a questo scopo, il codice e il sub-codice di esenzione che ne identificano la tipologia, secondo quanto riportato nella tabella sopra allegata.

Il codice è costituito da un carattere alfabeticamente e il sub-codice è costituito da un carattere numericamente a due cifre, tranne che nel caso delle esenzioni per patologie croniche nel quale il codice è costituito dal-

lo 0 (zero) e non da una lettera dell'alfabeto.

Le esenzioni, dovranno essere certificate su apposito modulo o cartellino o altro supporto definito dalla

regione competente ed in possesso dell'assistito, da quale il medico potrà trarre gli elementi probatori necessari alla trascrizione sulla ricetta.

Alcuni esempi

Descrizione	Vecchio codice	Nuovo codice
Diabete	013.250	013
Sclerosi laterale amiotrofica	RF0100	RF0100
Invalido Guerra Civile	A + categoria	G02
Gravidanza XXX settimana	A + gravidanza + settimana	M30

CODICI DELLE MALATTIE CRONICHE

Codice identificativo esenzione	Malattia o Condizione
001	Acromegalia e Gigantismo
002	Afezioni del sistema circolatorio (escluso: .453.0 sindrome di budd-chiari)
003	Anemia emolitica acquisita da autoimmunizzazione
005	Anoressia nervosa, bulimia
006	Artrite reumatoide
007	Asma
008	Cirrosi epatica, cirrosi biliare
009	Colite ulcerosa e Malattia di Crohn
011	Demenze
012	Diabete insipido
013	Diabete mellito
014	Dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool
016	Epatite cronica (attiva)
016	Epatite cronica (attiva) (continua)
017	Epilessia (escluso Sindrome di Lennox-Gastaut)
018	Fibrosi cistica
019	Glaucoma
020	Infezione da HIV
021	Insufficienza cardiaca (N.Y.H.A. classe III E IV)
022	Insufficienza corticosurrenale cronica (morbo di addison)
023	Insufficienza renale cronica
024	Insufficienza respiratoria cronica
025	Ipercolesterolemia familiare eterozigote tipo IIA e IIB; Ipercolesterolemia primitiva poligenica; Ipercolesterolemia familiare combinata; Iperlipoproteinemia di tipo III
026	Iperparatiroidismo, Ipoparatiroidismo
027	Ipotiroidismo congenito, Ipotiroidismo acquisito (grave)
028	Lupus eritematoso sistemico
029	Malattia di Alzheimer
030	Malattia di Sjogren
034	Miastenia grave
035	Morbo di Basedow, altre forme di Iperparatiroidismo
036	Morbo di Buerger
037	Morbo di Paget
038	Morbo di Parkinson e altre malattie extrapiramidali
039	Nanismo ipofisario
040	Neonati prematuri, immaturi, a termine con ricovero in terapia intensiva neonatale
041	Neuromielite ottica
042	Pancreatite cronica
044	Psicosi
045	Psoriasi (artropatica, pustolosa grave, eritrodermica)
046	Sclerosi multipla
047	Sclerosi sistemica (progressiva)
048	Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto

049	Soggetti affetti da pluripatologie che abbiano determinato grave ed irreversibile compromissione di più organi e/o apparati e riduzione dell'autonomia personale correlata all'età risultante dall'applicazione di convalidate scale di valutazione delle capacità funzionali
050	Soggetti in attesa di trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, cornea, midollo)
051	Soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici (le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti)
052	Soggetti sottoposti a trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, midollo)
053	Soggetti sottoposti a trapianto di cornea (le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della loro condizione e per la prevenzione delle eventuali complicanze)
054	Spondilite anchilosante
055	Tubercolosi (attiva bacillifera)
056	Tiroidite di hashimoto
R01	Soggetti stomizzati

ESEMPI DI COMPILAZIONE

Rossi Andrea
Via Rossini 1

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA

XXXXXXXXXX cpr 20 mg
2 scatole

002 010105

Doc. Bepi Marto
Pediatra di Famiglia
Cod. Reg. 111111111

Fig. 1. Prescrizione a soggetto SSN non esente e residente nella ASL del medico prescrittore.

Rossi Andrea
Via Rossini 1

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA

Emocromo protidogramma VES PCR
Glicemia Creatininemia
Anemia

006 050505

Doc. Bepi Marto
Pediatra di Famiglia
Cod. Reg. 111111111

Fig. 2. Prescrizione esami strumentali a soggetto SSN residente nella ASL del medico prescrittore con esenzione per patologia.

Rossi Andrea
Via Rossini 1

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA

709005 40320762136

RSSANN51H22A006T

055
XXX

6 fiale

006 050505

Doc. Riccardo Martini
Pediatra di Famiglia
Cod. Reg. 111111111

Fig. 3. Prescrizione di farmaco con nota AIFA a soggetto SSN non esente residente nella ASL del medico prescrittore.

Rossi Andrea
Via Rossini 1

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA

709005 40320762136

RSSANN51H22A006T

027

ECG
Aritmia

001 050505

Doc. Riccardo Martini
Pediatra di Famiglia
Cod. Reg. 111111111

Fig. 4. Prescrizione di esame strumentale a soggetto SSN esente per patologia e residente nella ASL del medico prescrittore.

I miti dell'allattamento al seno*

Il latte umano, come sappiamo, è alimento specie-specifico con una composizione atta a rispondere al meglio alle esigenze fisiologiche e psicoaffettive del bambino; all'allattamento materno prolungato sono universalmente riconosciuti una serie di vantaggi a breve e a lungo termine sia per la madre che per il figlio. D'altra parte è opinione comune che l'allattamento al seno sia un atto naturale, tale da non richiedere alla donna una preparazione specifica, ma soltanto l'acquisizione di alcune conoscenze (esclusività, durata, ecc).

Invece le difficoltà che madre e figlio possono incontrare durante l'allattamento sono numerose e per la maggior parte ben conosciute, alcune delle quali superabili se viene offerta un'informazione adeguata durante la gravidanza e nelle prime settimane dopo il parto. Per questi motivi è molto importante che il pediatra di famiglia acquisisca o rinnovi una serie di competenze per uniformare la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno, che sono oramai universalmente codificate.

In questa ottica, gli animatori FIMP della Regione Toscana hanno iniziato nel 2005 un corso di 16 ore (2 giorni residenziali) dal titolo *Il pediatra di famiglia "amico del bambino": allattamento al seno fra miti e realtà* per coprire, nell'arco di 2 anni, i bisogni formativi di tutti i 400 Pediatri di Famiglia toscani.

Fra i tanti argomenti trattati, riteniamo interessante proporre all'attenzione dei colleghi questo articolo

Massimo Generoso*,
Monica Pierattelli*,
Donatella Lo Piparo**,
Gherardo Rapisardi***

* Pediatra di Famiglia, Firenze;
** Pediatra di Famiglia, Massa;
*** Azienda Meyer, Firenze

lo, tratto da Leaven, *L'allattamento moderno n. 21 e 22, Aprile/Maggio 1998*, e modificato, che espone un complesso di regole empiriche destinate alla donna che allatta, sviluppato nel corso degli anni e giunto fino ai giorni nostri e racchiude i più comuni timori relativi all'allattamento al seno, corredandoli di tutte le ricerche che possono contribuire a far luce sull'argomento.

Mito 1

Allattare frequentemente riduce la produzione di latte, diminuisce il riflesso ossitocinico d'eiezione e alla fine rovina l'allattamento.

Realtà

La quantità di latte che una madre può produrre arriva al suo punto ottimale quando lei permette al bambino di poppare quante volte egli lo richiede. Il riflesso ossitocinico d'eiezione funziona meglio quando c'è una buona produzione di latte, il che di solito avviene allattando a richiesta.

Mito 2

Una madre ha bisogno di allattare solo da quattro a sei volte al giorno per mantenere una buona produzione di latte.

Realtà

Le ricerche dimostrano che se una madre allatta subito dopo il parto e spesso, con una media di 9.9 volte al giorno nelle prime due settimane, la sua produzione di latte sarà maggiore, il bambino acquisterà più peso e lei allatterà per un periodo più lungo. È stato dimostrato che la produzione di latte è legata alla frequenza delle poppate e che la quantità di latte diminuisce se le poppate sono poco frequenti o limitate.

Mito 3

I bambini riescono ad ottenere tutto il latte di cui hanno bisogno nei primi cinque, dieci minuti della poppata.

Realtà

Anche se è vero che molti bambini più grandi possono ottenere tutto il latte di cui hanno bisogno in cinque, dieci minuti, questa non è una regola fissa per tutti i bambini. I neonati che stanno imparando a poppare, e non sempre sono così efficienti nel succhiare, spesso hanno bisogno di più tempo per poppare. L'abilità di ingerire latte dipende anche dal riflesso ossitocinico d'eiezione della madre. Mentre ad alcune donne il latte arriva velocemente, ad altre questo non succede. Ad alcune madri il flusso di latte può arrivare a piccole ondate diverse volte durante una poppata. Invece di andare per tentativi, conviene permettere al figlio di succhiare fino a quando egli mostri segni di sazietà come il lasciare spontaneamente il seno e il rilassare mani e braccia.

* Dal Corso di Formazione per Pediatri di Famiglia svolto in Toscana nel 2005: *Il Pediatra di Famiglia "Amico del bambino": allattamento tra miti e realtà.*

Mito 4

Una madre che allatta deve distanziare le poppate per dare tempo ai seni di riempirsi.

Realtà

Ogni coppia madre/figlio è unica. Il corpo di una donna che allatta produce continuamente latte. I suoi seni sono, in un certo senso, delle riserve, alcune più capienti di altre. Più il seno è vuoto, più velocemente il corpo lavora per riempirlo, più il seno è pieno più lenta è la produzione di latte. Se una madre aspetta sempre di avere i seni gonfi prima di allattare, il suo corpo può ricevere il messaggio che sta producendo troppo e può ridurre la produzione complessiva.

Mito 5

A 2 mesi di vita i bambini hanno bisogno solo di sei, otto poppate al giorno, a 3 mesi di cinque, sei poppate, a 6 mesi non più di quattro, cinque poppate.

Realtà

La frequenza delle poppate di un bambino allattato al seno dipende dalla quantità di latte della madre e dalla capacità di riserva del suo seno, come anche dalle necessità di sviluppo del bambino. Gli scatti di sviluppo e le malattie possono cambiare temporaneamente le abitudini del bambino al seno. Imporre delle regole standard nella frequenza e nella durata della poppata può indurre una ridotta assunzione calorica.

Mito 6

È la quantità di latte che il bambino ingerisce, non importa se materno o artificiale, che determina la durata della pausa tra una poppata e un'altra.

Realtà

I bambini allattati al seno svuotano lo stomaco più velocemente dei bambini allattati artificialmente, cir-

ca in 1.5 ore contro 4 ore, a parità di quantità. Infatti nel determinare la pausa fra una poppata e l'altra influenzano sia la quantità che la tipologia di latte. Alcuni studi antropologici sui lattati dei mammiferi confermano che i neonati umani sono stati predisposti per poppare frequentemente e così hanno fatto nel corso di gran parte della storia.

Mito 7

Non svegliare il bambino che dorme.

Realtà

Normalmente la maggior parte dei neonati quando ha fame si fa capire e quindi non hanno bisogno di essere svegliati. In situazioni particolari (per esempio in corso di ittero o altre patologie neonatali, per farmaci usati per il parto o dalla madre), i neonati possono non svegliarsi con sufficiente frequenza e se necessario (cioè se non introducono una sufficiente quantità di latte e non crescono) dovrebbero essere svegliati per mangiare più volte al giorno.

Mito 8

I ritmi del bambino alla nascita sono disorganizzati ed è necessario seguire delle abitudini o degli orari per aiutare a stabilizzarli.

Realtà

I neonati sono predisposti dalla nascita a mangiare, dormire e avere periodi di veglia. Questo non è un comportamento disorganizzato ma riflette specifici ritmi dei primi 2 mesi di vita. Con il passare del tempo i bambini si adattano ai ritmi del loro nuovo ambiente e di solito non necessitano di aiuto specifico o allenamento. Bisogna sottolineare comunque che qualsiasi adattamento comporta un apprendimento di stili e ritmi di vita che dipendono da vari fattori: l'età del bambino (diverse sono le modalità di apprendimento collegate alla maturazione psicologica e relazionale), fattori genetici in-

dividuali e fattori sociali. Centrale è la relazione con la madre per cui se la madre ha un comportamento coerente ed è dotata di un buon livello di autostima e sicurezza interiore è più facile che abbia figli che apprendono meglio, che "si adattano più naturalmente". Molti bambini (e quindi coppie genitoriali) in difficoltà per mancanza di ritmi lo sono perché sono vissuti in un ambiente che non li ha facilitati ad organizzarli.

Mito 9

Le madri che allattano devono sempre usare entrambi i seni ad ogni poppata.

Realtà

È importante lasciare che il bambino finisca il primo seno, anche se questo può portarlo a non prendere il secondo seno nella stessa poppata. L'ultimo latte si ottiene progressivamente con lo svuotarsi del seno. Alcuni bambini, se vengono spostati troppo presto al secondo seno, possono riempirsi da entrambi i seni del primo latte, più povero in calorie, piuttosto che ottenere il giusto equilibrio tra primo e secondo latte; questo può tradursi in un'insoddisfazione del bambino e in uno scarso aumento di peso. Nelle prime settimane molte madri offrono entrambi i seni ad ogni poppata per avviare la produzione di latte.

Mito 10

Se un bambino non aumenta sufficientemente di peso può essere a causa della scarsa qualità del latte della madre.

Realtà

Alcuni studi hanno dimostrato che anche donne malnutrite sono in grado di produrre latte di qualità e quantità sufficienti per allevare un bimbo in crescita. La maggior parte dei casi di basso aumento di peso è correlata ad un'insufficiente assunzione di latte o ad un problema di salute del bambino.

Mito 11

La scarsa produzione di latte è solitamente causata da stress, stanchezza e/o inadeguata assunzione di liquidi o di cibi.

Realtà

Le cause più comuni dei problemi di produzione di latte sono le poppate poco frequenti e/o la suzione e il posizionamento al seno scorretti; entrambi sono generalmente una conseguenza dell'insufficiente informazione fornita alla madre che allatta. Anche i problemi di suzione del bambino possono influire negativamente sulla quantità di latte prodotto. Stress, stanchezza o cattiva alimentazione sono raramente causa di bassa produzione di latte poiché l'essere umano ha sviluppato forti meccanismi di sopravvivenza per proteggere il lattante durante i periodi di scarsità di cibo.

Mito 12

Una madre deve bere latte per produrre latte.

Realtà

Una corretta alimentazione con verdura, frutta, cereali e proteine è tutto quello di cui una madre ha bisogno per rifornirsi dei giusti elementi per produrre latte. Il calcio si trova in molti alimenti non caseari, come verdure verde scuro, semi, frutta secca e pesce. Nessun altro mammifero beve latte per produrre latte.

Mito 13

La suzione non-nutritiva al seno non va incentivata.

Realtà

Mentre alcuni bambini soddisfano i loro bisogni di suzione principalmente durante le poppate, altri possono aver bisogno di succhiare ancora il seno subito dopo una poppata anche se non hanno realmente fame. I bambini possono voler succhiare il seno, il ciuccio, la mano, anche quando si sentono soli, spaventati o quando si sentono male e questo non va limitato. Le madri con esperienza nell'allattamento imparano

che le abitudini e i bisogni di suzione dei bambini hanno diverse origini.

Mito 14

La madre non dovrebbe essere un ciuccio per il bimbo.

Realtà

Consolare il bambino e soddisfare il bisogno di suzione con il seno sono leggi di natura. Le motivazioni per calmare il bambino principalmente al seno sono: evitare la confusione tra ciuccio e seno, garantire una stimolazione adeguata per una maggior produzione di latte, assicurarsi maggiori possibilità di successo nell'allattamento.

Mito 15

La confusione tra tettarella e seno non esiste.

Realtà

L'alimentazione al seno e al biberon richiedono tecniche di suzione diverse. Ne deriva che alcuni bambini sviluppano una confusione nella suzione e utilizzano modalità inappropriate di suzione al seno se passano dal biberon al seno.

Mito 16

L'allattamento frequente può portare alla depressione post-partum.

Realtà

Si ritiene che la depressione post-partum sia causata dagli sbalzi ormonali del dopo parto e che possa essere aumentata dalla stanchezza e dalla mancanza di sostegno; tuttavia il più delle volte si verifica in donne che avevano problemi già prima della gravidanza.

Mito 17

Offrire il seno a richiesta non facilita il legame con la madre.

Realtà

Rispondere coerentemente ai bisogni del bambino secondo la sua richiesta promuove tra madre e figlio una sincronia che porta ad un forte legame relazionale.

Mito 18

È importante che altri membri della famiglia nutrano il bambino per poter stabilire anch'essi un legame.

Realtà

Nutrire non è l'unica maniera con cui gli altri membri della famiglia possono stabilire un legame con il bambino; tenerlo in braccio, coccolarlo, fargli il bagnetto, giocare con lui sono cose molto importanti per la sua crescita, il suo sviluppo e il suo attaccamento agli altri.

Mito 19

L'allattamento guidato dal bambino (allattamento a richiesta) ha un effetto negativo sul rapporto tra marito e moglie.

Realtà

I genitori esperti, con buon livello di autostima e comportamenti coerenti capiscono che i bisogni di un neonato sono all'inizio prepotenti, ma che con il passare del tempo diminuiscono e lasciano spazi nuovi alla coppia. Infatti il lavoro di squadra che si fa per allevare un neonato deve indurre a sviluppare nuove competenze genitoriali e a rimodulare tempi e relazione di coppia. L'allattamento a richiesta, se è una pratica condivisa e se favorisce il benessere relazionale ed affettivo tra il bambino e sua madre che lo allatta, ha effetti positivi sul rapporto tra marito e moglie.

Mito 20

L'allattamento al seno oltre i 12 mesi ha poco valore perché la qualità del latte materno comincia diminuire dopo i 6 mesi.

Realtà

La composizione del latte materno cambia per adeguarsi ai mutevoli bisogni del bambino in crescita. Anche quando il bambino è in grado di mangiare cibi solidi, il latte materno è una fonte primaria di nutrimento per il primo anno di vita. Diventa un supplemento ai cibi solidi durante il secondo anno e oltre.

Dispositivi e metodi in caso di difficoltà nell'allattamento al seno*

L'obiettivo di questo articolo è quello di fare una revisione indipendente sui dispositivi attualmente in commercio e sui metodi che possono essere utilizzati nei casi in cui l'allattamento al seno sia difficoltoso. Alcuni di questi presidi (paracapezzoli, coppette, ecc) sono fin troppo noti alle madri e l'utilizzo non è sempre indicato, altri (bicchierino, dispositivo allatta-




Massimo Generoso*,
Monica Pierattelli*,
Donatella Lo Piparo**,
Gherardo Rapisardi***

* Pediatra di Famiglia, Firenze;
** Pediatra di Famiglia, Massa;
*** Azienda Meyer, Firenze









mento supplementare) sono invece spesso poco noti alle donne ma anche ai Pediatri.

Riteniamo che la conoscenza di tali dispositivi sia oggi fondamentale, quando come professionisti di riferimento per le nuove famiglie, siamo chiamati a dare un parere competente per sostenere l'allattamento materno.

Tabella I. Dispositivi in commercio in caso di difficoltà nell'allattamento al seno.

Immagine	Dispositivo	A cosa serve
	Bicchierino	Per somministrare latte materno senza creare confusione nella suzione
	Tiralatte manuale	Impiego occasionale: <ul style="list-style-type: none"> • poppata mancata • qualche ora libera senza bambino • lavoro part-time • ingorgo mammario
	Tiralatte elettrico	Impiego quotidiano: <ul style="list-style-type: none"> • lavoro a tempo pieno • bimbo pretermine o ricoverato • capezzoli piatti/ invertiti • problemi di suzione

* Dal Corso di Formazione per Pediatri di Famiglia svolto in Toscana nel 2005: *Il Pediatra di Famiglia "Amico del bambino": allattamento tra miti e realtà.*

	Sacchetti per latte	Per raccogliere e congelare il latte materno
	Paracapezzoli	Per proteggere i capezzoli dolenti o con ragadi
	Modellatori per capezzoli invertiti	Per preparare all'allattamento i capezzoli piatti ed invertiti
	Tiracapezzoli	Per preparare all'allattamento i capezzoli piatti ed invertiti, non sono consigliati dagli esperti per questo uso
	Coppette assorbi-latte	Assorbono il latte che gocciola dal capezzolo
	Coppette raccogli-latte	Raccogliono le perdite di latte e proteggono gli indumenti
	Coppette proteggi-capezzolo	Per evitare il contatto del capezzolo con i vestiti e tenerlo asciutto
	Dispositivo di allattamento supplementare (DAS)	Per somministrare latte artificiale mantenendo la suzione al seno o latte materno in bambini con difficoltà di suzione

Dispositivi

Paracapezzoli

Sono delle coppette con un'ampia base di plastica o di vetro che coprono il capezzolo e attraverso le quali il bambino succhia. A volte le madri le usano quando hanno problemi come capezzoli invertiti o ragadi. Possono ridurre il flusso del latte e causare infezioni al seno, comprese quelle da Candida; possono inoltre favorire la confusione del capezzolo e procurare quindi difficoltà al bambino nel succhiare direttamente al seno. Il loro odore può confondere l'orientamento olfattivo del bambino. I nuovi modelli, in materiale particolarmente sottile, sembrano ovviare ai suddetti problemi. Per alcune madri è difficile smettere di usarli. Non sono utili eccetto che in casi rari per un breve periodo.

Modellatori per capezzoli invertiti

Sono costituiti da vaschette semicircolari di vetro o di plastica con un foro alla base, da porre sopra il capezzolo, al di sotto dei vestiti. Il capezzolo è premuto attraverso il foro in modo che possa estroflettersi. Non c'è prova che questi modellatori siano di aiuto, a volte possono addirittura provocare edema. Tuttavia, se una madre è preoccupata per i capezzoli invertiti e intende provare questi presidi, può usarli: avrà così la sensazione di fare qualcosa e ciò può aiutarla a sentirsi più sicura.

Dispositivo allattamento supplementare (DAS)

Questo sistema è utilizzato per alimentare il neonato con latte materno spremuto, latte artificiale o integratori, quando la suzione sia difficoltosa, ci sia poco latte o non sia presente affatto, ma si desideri continuare a stimolare il seno per pro-

durlo. Questo sistema aiuta quindi il bambino a continuare a succhiare e a fornire lo stimolo adatto al seno per indurre la produzione di latte materno.

Può essere usato per:

- neonati adottati, quando si voglia provare a stimolare la produzione di latte non possedendo la preparazione ormonale della normale gravidanza;
- neonati con labbro leporino o palatoschisi;
- neonati pretermine;
- il riallattamento dopo un periodo di allattamento artificiale.

In sintesi il sistema funziona in questo modo:

la bottiglietta viene riempita con latte materno spremuto o latte artificiale o integratori e viene posta con un laccetto al collo della nutrice: tanto più è elevata tanto più rapidamente il liquido fuoriuscirà.

Dalla bottiglietta partono 2 sottili tubicini che devono essere posizionati sulla mammella in modo che la punta di ognuno corra parallela al capezzolo.

Il latte percorrerà i tubicini e quando il neonato metterà in bocca il seno e il tubicino solidale ad esso, assumerà il latte della bottiglietta stimolando e succhiando contemporaneamente il seno.

Con questo sistema è possibile arrivare anche ad avere un'abbondante produzione di latte materno tanto da poter eliminare le supplementazioni artificiali (*vedi immagine dimostrativa*).

Tiralatte

Se c'è bisogno di un tiralatte, bisogna sapere che ce sono di diversi tipi e che, per consigliare la scelta, è bene considerare aspetti quali il costo, la maneggevolezza, la facilità d'uso e l'efficacia. Ci sono tiralatte manuali che possono essere utili per chi si toglie il latte di rado. Di solito sono facili da utilizzare, piuttosto

piccoli e comodi da portare con sé. Alcuni richiedono due mani, altri funzionano solo con una mano. I tiralatte manuali con il bulbo di gomma non sono consigliati. Ci sono anche piccoli tiralatte elettrici che di solito vanno a batterie o con un trasformatore e sono piuttosto piccoli e maneggevoli. Quando c'è bisogno di spremere invece grandi quantità di latte in poco tempo, è meglio utilizzare tiralatte elettrici di grandi dimensioni. Possono anche essere noleggiati dato che hanno un costo non indifferente.



Immagine dimostrativa.

Metodi

Metodo della bottiglia calda

Questa è una tecnica utile per risolvere un ingorgo mammario grave, quando il seno è molto sensibile e il capezzolo è stirato e la spremitura manuale è difficile.

È necessaria una bottiglia adeguata:

- di vetro, non di plastica;
- con capacità da 1 a 3 litri, ma non meno di 700 ml;
- con collo largo, almeno 2 cm di diametro o se possibile 4 cm, affinché il capezzolo possa entrarci facilmente.

Sono necessari anche:

- una pentola d'acqua calda per riscaldare la bottiglia;
- acqua fredda, per raffreddare il collo della bottiglia;
- un panno spesso, per mantenere calda la bottiglia.

Versare un po' d'acqua calda nella bottiglia, per riscaldarla, poi riempirla quasi tutta con acqua bollente, non troppo in fretta per non ri-

schiare di rompere il vetro. Lasciare l'acqua bollente nella bottiglia per qualche minuto, in modo che il vetro si riscaldi. Avvolgere la bottiglia nel panno e versare l'acqua di nuovo nella pentola. **Raffreddare il collo della bottiglia** con acqua fredda, internamente ed esternamente.

Porre il collo della bottiglia sul capezzolo, a stretto contatto con la pelle, così da ottenere una tenuta d'aria. Mantenere la bottiglia ferma. Dopo qualche minuto si raffredderà

ed effettuerà una delicata suzione, che aspirerà il capezzolo nel collo della bottiglia (Fig. 1).

Metodo della siringa

Questo metodo serve per il trattamento dei capezzoli invertiti nel periodo post-natale e per aiutare un bambino ad attaccarsi al seno. Non è dimostrato che sia utile invece nel periodo pre-natale.

È necessario preparare una siringa nel modo seguente:

1. tagliare la siringa nella parte terminale;
2. inserire lo stantuffo nella parte del cilindro tagliata (cioè al contrario rispetto alla posizione normale);
3. porre la parte levigata del cilindro sul capezzolo e tirare con pressione costante ma leggera lo stantuffo per provocare un'aspirazione del capezzolo;
4. ripetere l'operazione per 30-60 secondi, molte volte al giorno (Fig. 2).

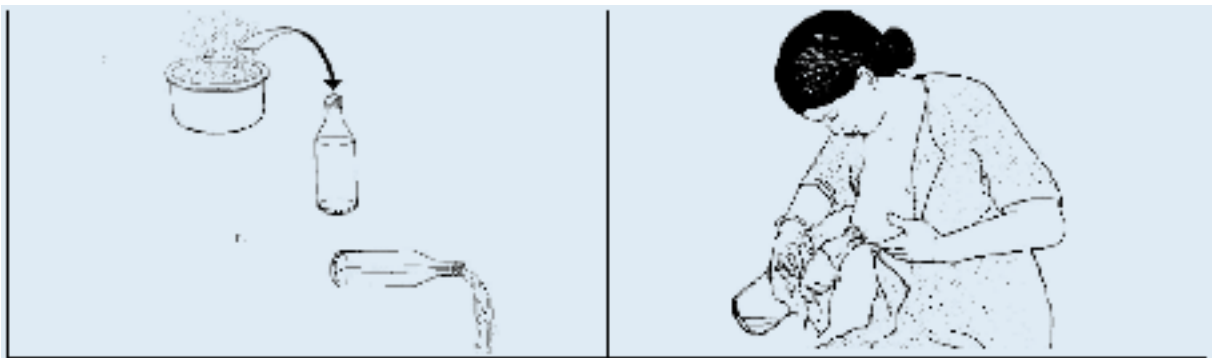


Fig. 1. Il calore stimola il riflesso dell'ossitocina ed il latte comincerà a fluire e a raccogliersi nella bottiglia.

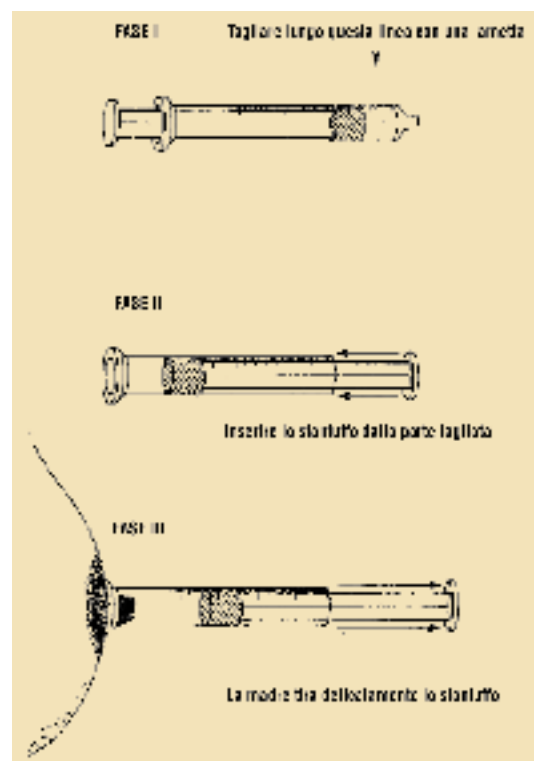


Fig. 2. Fase preparatoria della siringa.

Il Pediatra di Famiglia e il paziente immigrato

Elisabetta Cappelli

Pediatra di Famiglia, Vaiano, Prato

Le famiglie "immigrate" rappresentano una percentuale in continuo aumento tra gli assistiti dei Pediatri di Famiglia.

Una Pediatria efficace non può prescindere dal riconoscimento dell'alterità di questi pazienti: l'incapacità a cogliere la diversità culturale e a saperli rapportare può comportare errori diagnostici, scarsa aderenza ai consigli e alle prescrizioni, scarsa utilizzazione del servizio, in ultima analisi una Pediatria inefficace.

Solo un Pediatra che sia conscio che le convinzioni, i valori, le tradizioni e le usanze dei suoi pazienti possono differire in maniera sostanziale dalle sue sarà in grado di interagire con loro in modo tale da favorire l'instaurarsi di una vera e propria alleanza terapeutica con reciproca soddisfazione.

Essere Pediatri di questi bambini e delle loro famiglie richiede quindi l'acquisizione di competenze specifiche che riguardano anche e soprattutto l'ambito della comunicazione.

La comunicazione medico-paziente è sempre una comunicazione ad *alto contesto*

Nella comunicazione medico/paziente la decodifica del messaggio dipende largamente da conoscenze, convinzioni, aspettative di en-

trambi i partners (gli studiosi del settore definiscono questo tipo di comunicazione ad alto contesto).

È esperienza quotidiana che il modo di considerare salute e malattia, di percepire i sintomi, di attribuire l'origine del disturbo a una causa o all'altra varia da un contesto all'altro non solo tra culture molto diverse fra loro, ma anche per differenze tra sottogruppi di una stessa cultura. Questi modelli inoltre variano nel tempo, e quel che andava bene per una generazione può non essere più creduto e praticato da quelle successive.

Da una parte, quindi, c'è il medico che appartiene a un gruppo sociale specifico, con la propria particolare visione del mondo che è basata su alcune premesse fondamentali: quali la razionalità scientifica, l'enfasi sull'oggettività e la misurazione quantitativa dei fenomeni, la dominanza dei dati fisico chimici, il dualismo mente/corpo.

Dall'altra parte c'è il paziente, che ha, a sua volta, la sua concezione culturale della malattia (cos'è, quali ne sono le cause, perché si è manifestata proprio in quel momento, cosa comporta, come si cura...); e ci sono le persone con le quali egli vive, che sono spesso in grado di influenzare le sue opinioni e le sue decisioni.

In italiano esiste un'unica parola "malattia" che definisce sia ciò che il paziente sente (la sua esperienza soggettiva dell'essere malato) sia l'entità nosologica diagnosticata dal medico.

In inglese invece esistono due diversi vocaboli: *illness* che definisce la malattia secondo la prospettiva del paziente e *disease* che la definisce secondo la prospettiva biomedica dell'operatore sanitario.

Illness è ciò che il paziente sente quando va dal dottore.

Disease è ciò che il paziente ha quando torna a casa.

(Cassel EJ. *The Healer's art: a new approach to the doctor-patient relationship*. New York: Lippincott 1976)

La consultazione clinica: una transazione fra due diversi modelli esplicativi

Abbiamo visto che paziente e medico hanno due concetti diversi riguardo alla malattia oggetto della consultazione: ognuno ha, cioè, un suo modello esplicativo della malattia.

Quando un paziente va dal suo medico cosa accade a livello comunicativo?

a) Il paziente presenta la sua esperienza soggettiva di malattia (*illness*).

Il medico "traduce" l'*illness* del paziente in *disease* diagnosticando l'entità nosologica che nella cultura medica vi corrisponde. Viene prescritta una terapia ritenuta adeguata sia dal medico che dal paziente. Perché questo processo abbia suc-

cesso è necessario che i due soggetti arrivino a una transazione tra i loro due modelli, negoziando un consenso su ciò che va fatto in quel caso.

Si danno allora tre possibilità:

- se né medico né paziente hanno coscienza di avere due diversi modelli esplicativi la comunicazione è uguale a zero, e il rischio che la consultazione sia completamente inefficace è molto alto;
- se almeno uno dei due soggetti è a conoscenza del fatto che i modelli esplicativi differiscono la comunicazione, anche se non ottimale, migliora;
- se i due modelli esplicativi coincidono, o tutti e due i soggetti hanno la consapevolezza di avere modelli esplicativi diversi si giunge alla comunicazione ottimale.

Quando medico e paziente appartengono a culture molto lontane tra loro può essere necessario un impegno notevole per sollecitare il paziente ad esporre fiduciosamente ciò che sente, pensa, si aspetta.

Se il medico è capace di riconoscere e superare il proprio etnocentrismo, riconoscendo che "l'altro" è già portatore di un qualcosa di significativo, se il colloquio è improntato ad un genuino interessamento, se l'atteggiamento del medico è accogliente e non giudicante sarà possibile indurre il paziente ad esplicitare il suo modello esplicativo (*illness*).

Una serie di domande utilizzabili dal Pediatra per conoscere quelle che sono le convinzioni della famiglia sulla malattia del bambino e le aspettative sulle cure mediche può essere la seguente.

- Quale pensi sia la causa del problema del tuo bambino?
- Come mai pensi che il tuo bambino abbia manifestato questo problema a partire da quel momento?
- Cosa temi che succederà al tuo bambino per questo?

- Quali sono i principali problemi che la malattia del tuo bambino ha provocato?
- Quanto pensi sia grave la malattia del tuo bambino?
- Quanto pensi che durerà?
- Qual è l'aspetto che temi di più di questa malattia?
- Cosa hai fatto finora per questo?
- Quale pensi sia la cura che il tuo bambino dovrebbe ricevere?
- Quali sono le tue maggiori aspettative nei confronti della cura?

Adattato da: Kleinman A, Eisenberg L, Good B. *Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*. Ann Intern Med 1978;88:251.

Il Pediatra e la famiglia immigrata: criticità della comunicazione e strategie per migliorarla

Nell'interazione con la famiglia immigrata le differenze etnoculturali sono di portata tale che, se non conosciute e considerate, rischiano di rendere impossibile ogni reale comunicazione.

Spesso il primo ostacolo è proprio la difficoltà di comprensione legata alla scarsa padronanza della lingua, ma anche gestualità, comportamento, percezioni, ruoli, aspettative possono essere molto diversi da quelli che il medico e paziente si aspettano l'uno dall'altro.

Colasanti e Geraci ritengono che le difficoltà di comunicazione dell'operatore sanitario col paziente immigrato possano aversi a 5 livelli (Tab. I).

- A livello prelinguistico: il paziente può aver difficoltà a comunicare le proprie sensazioni interiori, ed assumere, in difesa, un atteggiamento di autocensura o di iper-adattamento.

Il medico, cosciente di questa difficoltà, cercherà di comprendere quello che il paziente pensa e sente.

- A livello linguistico: quando i due interlocutori non hanno una lingua a comune si verificano problemi di trasmissione puramente lessicale, ma anche quando la comprensione sembra sufficiente è possibile una confusione legata al diverso valore semantico delle parole.

Il medico parlerà adagio, impiegando un linguaggio semplice, fermandosi spesso per verificare la comprensione con controdomande, utilizzando stampati in più lingue, avvalendosi – quando possibile ed opportuno – di un mediatore linguistico culturale.

- A livello metalinguistico: riguarda l'universo simbolico delle parole, alle quali, a seconda della cultura di appartenenza possono essere dati significati diversi. Per esempio in un immigrato che proviene da un paese in cui la prima causa di morte sono le malattie infettive vivrà in modo completamente diverso dal nostro la diagnosi di gastroenterite o di tubercolosi.

Il medico non darà mai per scontato nessun termine clinico, che andrà spiegato, verificato e contestualizzato al paziente.

- A livello culturale: è questo il livello su cui sono più frequenti gli errori di incomprensione; ogni individuo ha un bagaglio culturale fatto di elementi (consci e inconsci) religiosi, storici, mitologici etc. L'identità culturale, inoltre, non è statica, bensì dinamica e duttile. Questo è tanto più vero per il paziente immigrato, su un ponte tra il suo passato e l'adattamento alla nuova cultura occidentale.

Il medico dovrà tener presente di trovarsi, al pari del paziente, in un processo dinamico di trans-culturazione. Dal momento che l'identità culturale di ogni individuo non è "ingessata" ma in continuo divenire.

Tab. I. Incomprensioni nella comunicazione transculturale.

Livello	Difficoltà	Strategia
Livello prelinguistico	Difficoltà del paziente a comunicare le proprie sensazioni interiori, ciò che sente (<i>illness vs disease</i>)	Cercare di comprendere quello che il paziente pensa e sente
Livello linguistico	Manca la lingua a comune, possibile anche la confusione semantica per l'attribuzione di diverso significato alla stessa parola	Parlare adagio, linguaggio semplice, verificare spesso la comprensione, stampati in più lingue, mediatore linguistico culturale
Livello metalinguistico	Livello simbolico: alcune malattie hanno significati molto distanti nelle diverse culture (es. la diagnosi di Tbc in un paese dove la prima causa di morte prevalente sono le infezioni)	Non dare mai per scontato nessun termine clinico, che andrà spiegato, verificato e contestualizzato al paziente
Livello culturale	Impossibilità a conoscere sufficientemente i riferimenti culturali di tutte le etnie, inoltre l'identità culturale di un individuo è dinamica e duttile	Tener presente che sia il paziente che l'operatore si trovano in un processo dinamico di trans-culturazione, che nessuno è "ingessato" nella cultura d'origine: evitare le generalizzazioni
Livello metaculturale	È quello delle incomprensioni che derivano da differenze ideologiche, filosofiche e religiose	Tener presente che certi comportamenti rivestono un ruolo di rassicurazione di appartenenza all'etnocultura di origine

re il medico non generalizzerà tout court le proprie convinzioni e i propri comportamenti nei confronti, ad esempio, di tutti gli appartenenti al medesimo gruppo etnico, ma porrà sempre al centro dell'attenzione il paziente e i suoi bisogni piuttosto che la cultura dalla quale proviene.

- A livello metaculturale: riguarda le differenze ideologiche, filosofiche, religiose.

Il medico dovrà ricordare che spesso questi aspetti vengono enfatizzati dagli immigrati come elementi di rassicurazione e di appartenenza. (es. scrupolosa osservanza del Ramadan negli islamici).

I rischi dell'arrangiarsi

L'interprete improvvisato

Alla base di ogni relazione umana, e in particolare della relazione medico/paziente vi è il dialogo. Ma se l'altro non parla la nostra lingua?

Il ricorso al linguaggio non verbale, che è spesso il primo espediente messo in atto, non è certo il modo migliore, dal momento che spesso neppure i gesti di due interlocutori appartenenti a culture distanti tra loro hanno lo stesso significato.

È frequente che in questi casi si trovi a impiegare un "interprete improvvisato", che può essere un amico o un familiare del paziente o, spesso nell'ambulatorio del pediatra, un minore, ad esempio un fratello maggiore.

È opportuno aver presente che questo modo di procedere comporta una serie di rischi: la presenza di un "terzo" nel dialogo – che richiede un formale consenso informato – viola comunque la riservatezza del colloquio medico-paziente.

Inoltre, spesso, una semplice traduzione parola per parola, senza la conoscenza dei contesti culturali di appartenenza dei due partners della comunicazione e la spiegazione del significato che le parole hanno nei due diversi contesti, non basta: l'incomprensione tra medico e paziente può tradursi in errori diagnostici e terapeutici, mancata collaborazione del paziente, in sintesi in un'inefficacia della consultazione medica.

Un "traduttore" per essere efficace deve trasformarsi in "interprete", cioè nel terzo che integrandosi nella

relazione fra medico e paziente non si limita a tradurre la lingua ma anche a “tradurre la cultura” spiegando il senso di ciò che viene detto.

“Per definizione, l’interprete si situa fra due interlocutori. Prende allora un posto che gli è proprio, un posto delicato ma importante e il dialogo diventa triangolare. Questo colloquio triangolare e bilingue è difficile e deve venir insegnato ed imparato sia dagli operatori che dagli interpreti stessi” (tratto da: Bischoff A, Loutan L. *A mots ouverts. Guide de l’entretien médical bilingue a l’usage des soignants et des interprètes*. HUG Belle-Idée, Département de médecine communautaire, Unité de médecine des voyages et des migrations: Genève 1998).

Il mediatore linguistico culturale è una figura formata appunto a questo scopo.

Il mediatore linguistico culturale (MLC): regole per un buon “dialogo”

Il mediatore culturale offre più di una semplice traduzione delle parole: ne coglie il significato e facilita la comprensione del loro contenuto, diventa l’alleato che permette lo scambio di informazioni “di qualità”, premessa indispensabile a una prestazione “di qualità”.

Per l’utente rappresenta una voce ed un orecchio familiare, che gli consente di comunicare con l’operatore.

Per il terapeuta è un aiuto che consente di comprendere e farsi comprendere dall’altro.

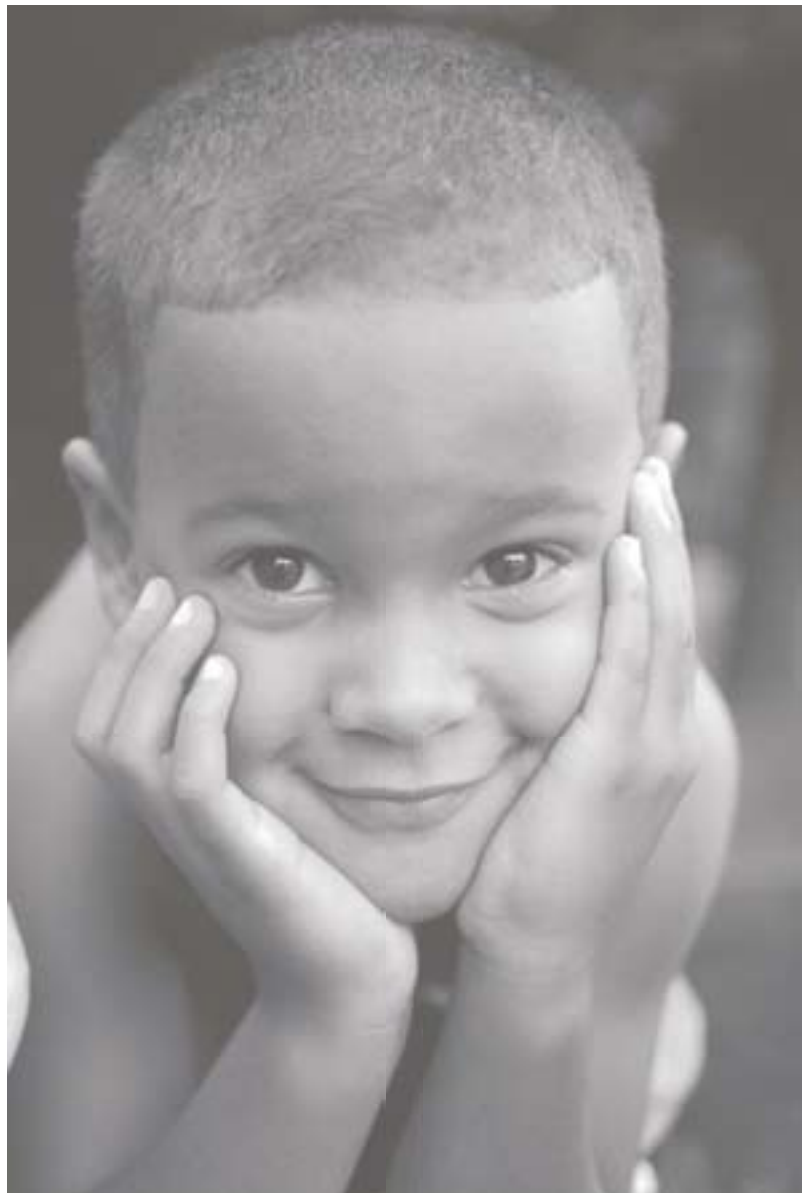
Prima del colloquio:

1. incontrarsi prima col MLC, spiegando ciò che ci si aspetta da lui e come si intende condurre il colloquio stesso;
2. informare il MLC del contenuto del colloquio, del contesto, di ciò che si intende domandare e del-

l’obiettivo che si vuole raggiungere;

3. precisare che la relazione di fiducia che si intende stabilire col paziente implica un’uguale relazione di fiducia col MLC. Per questo è necessario il rispetto delle competenze e dei ruoli: il medico rimane il responsabile di ciò che succede durante il colloquio e mantiene il controllo del suo svolgimento; il MLC può interrompe-

- re il colloquio in ogni momento per chiedere o dare spiegazioni;
4. chiedere una traduzione il più possibile fedele (“parola per parola”) di quel che viene detto, precisando tuttavia che se è necessaria una spiegazione il MLC deve essere libero di darla. Chiedere inoltre che eventuali espressioni confuse o aggressive o in traducibili vengano chiaramente segnalate in quanto tali;



5. informarsi sugli aspetti culturali che debbono essere rispettati (es. le credenze riguardo alla salute, le pratiche e gli atteggiamenti comunemente incontrati in una comunità culturale);
7. informare il MLC che è sottoposto al segreto professionale;
6. prevedere abbastanza tempo: un colloquio a tre richiede più tempo di un colloquio a due;

Inizio del colloquio:

1. presentarsi e presentare l'interprete all'utente. Spiegare il suo compito e dire che è assoggettato al segreto professionale. Le prime parole daranno il tono del colloquio. Queste presentazioni permettono di chiarire i ruoli e sono un primo passo nello stabilirsi di una relazione di fiducia. Costituiscono anche un segno di rispetto manifestato verso l'utente;
2. chiedere il consenso del paziente all'impiego e alla scelta dell'interprete;
3. guardare il paziente. Cercare di mantenere il contatto visivo con il paziente può essere meno facile di quanto si pensa;
4. rivolgersi direttamente al paziente ("cos'ha il suo bambino? "E non "cosa dice che ha il suo

bambino?"), allo stesso modo il MLC potrà tradurre direttamente in prima persona ("il mio bambino ha.." piuttosto che "dice che il suo bambino..").

Durante il colloquio:

1. pazienza;
2. semplicità di linguaggio;
3. attenzione ad aver capito bene e ad essersi fatti capir bene;
4. mantenere il controllo sul colloquio: evitare gli scambi che escludono uno dei partecipanti
5. incoraggiare il paziente a porre domande;
6. acuire la capacità di osservazione, osservando gli atteggiamenti e le espressioni del paziente mentre dialoga col MLC.

Dopo il colloquio:

1. riassumere assieme al MLC il colloquio appena terminato, questa può essere l'occasione per chiarire qualche malinteso o permettere che venga detto qualcosa che era rimasto inespresso; se il colloquio riguardava argomento o situazioni particolarmente "pesanti " offrire sostegno ed empatia al MLC, permettendogli di esprimere le sue emozioni;
2. annotare nelle cartelle cliniche che è stata richiesta la collaborazione di un MLC, annotandone il nome e l'indirizzo, anche in previsione di ulteriori contatti.

Bibliografia

Bischoff A, Loutan L. *A mots ouverts Guide de l'entretien médical bilingue a l'usage des soignants et des interprètes.* Département de médecine communautaire, Unité de médecine des voyages et des migrations, Genève 1998.

Colasanti R., Geraci S. *I livelli d'incomprensione medico-paziente migrante.* In: Geraci S (a cura di). *Argomenti di Medicina delle Migrazioni.* Roma: Edizioni Anterem 2000:213-20.

Giarelli G. *Problemi della comunicazione nella consultazione clinica in prospettiva transculturale.* In: *Il paziente immigrato.* Padova: CUAMM Editeam 1994.

Regione Toscana. *Il bambino extracomunitario: il Pediatra di Famiglia e bisogni di salute in una società multietnica.* Corso di formazione. Regione Toscana 2005.

Taylor L, Willies-Jacobo LJ. *The culturally competent paediatrician: Respecting ethnicity in your practice.* Contemporary Pediatrics 2003;20:83.

Sitografia

<http://www.georgetown.edu/research/qucdc/nccc>

National Center for Cultural Competence, sito della Georgetown University dedicato all'implementazione e alla valutazione dell'efficacia interculturale dei programmi di salute e salute mentale. Utile risorsa per ottenere informazioni su diverse culture e le loro convinzioni e pratiche in campo sanitario.

<http://www.didaweb.net/mediatori/index.phpsanitario>

Sito volto a tutti coloro che sono impegnati sul terreno della ricerca/azione multiculturale, in primo luogo ai mediatori culturali. Insieme a molto altro materiale scaricabile: Vademecum per gli operatori e gli interpreti-mediatori culturali. Guida all'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri a cura dell'Ospedale Pediatrico "Bambin Gesù" in 4 lingue.

Cure primarie e secondarie in Europa

Riunione annuale degli specialisti in Pediatria
Lubiana, Maggio 2005

24 partecipanti di 18 paesi: 16 Pediatri delle Cure Primarie e 8 Pediatri delle Cure Secondarie

Linee guida di formazione in Pediatria ambulatoriale per Medici Generici (Alf Nicholson, Irlanda)

Lo scopo di questo lavoro è produrre un documento ufficiale per garantire una adeguata preparazione in Pediatria generale per i medici generici nei paesi in cui non esiste il Pediatra delle cure primarie. Questa formazione deve essere fatta sotto la supervisione di un Pediatra generalista che poi dovrà controllare anche la qualità delle cure fornite con una valutazione dell'effetto formativo del progetto.

Durante la discussione è stato evidenziato che il periodo deve essere di almeno 6 mesi ma possibilmente di 12, che la formazione dovrà essere fatta in ospedale ma anche in strutture ambulatoriali specie per quanto riguarda la prevenzione e la promozione della salute.

Sono stati presentati i possibili temi da sviluppare nel progetto formativo e un gruppo di lavoro nei prossimi mesi produrrà una scelta di argomenti prioritari, che potranno essere usati anche come formazione medica continua per medici generalisti e Pediatri delle cure primarie. Questo progetto permetterà anche di rivedere il *syllabus* del Tronco Comune (primo triennio) della Scuola di Specialità in Pediatria per inserire eventuali argomenti di Cure Primarie.

Stefano del Torso*,
Milena Lo Giudice**

* Delegato FIMP Padova
al CESP-EAP;

** Delegata FIMP Palermo
all'European Board of Paediatrics

Libretto Sanitario Europeo European Child Health Record

Il Dott. Biver del Lussemburgo ha fatto una analisi di molti libretti nazionali (per l'Italia ha avuto modo di consultare quello della Toscana e del Veneto) e ha prodotto un sommario delle caratteristiche dei libretti esaminati. La conclusione è che sarebbe auspicabile un libretto europeo per armonizzare le cure offerte ai pazienti e lo scambio di informazioni tra pazienti e medici.

In Austria è stato promosso un libretto sanitario per adolescenti.

In Australia il Libretto Sanitario Pediatrico è tradotto in 21 lingue.

Congresso Annuale della Società Europea di Pediatria Ambulatoriale, Barcellona 7-8 Ottobre 2005

Il presidente Dott. Veicente Molina ha illustrato gli argomenti principali: una tavola rotonda europea sulla gestione ambulatoriale dell'asma e una seduta interattiva di genetica clinica per il Pediatra ambulatoriale. Tutte le informazioni possono essere trovate su www.sepa-esap.org.

DISCUSSIONE

Sono stati discussi anche altri argomenti quali la cartella clinica pediatrica informatizzata ed è stato auspicata la creazione di un gruppo di lavoro per valutare l'esperienza delle diverse nazioni in accordo con gli standard europei. È stato nuovamente affrontato l'annoso problema dell'analisi delle realtà organizzative della Pediatria generale nei 25 paesi della Unione Europea, che permane variegato e multiforme. Anche in questo caso si auspica la formazione di un gruppo di lavoro che possa produrre un documento di base sulle realtà dei vari paesi.

È stato ipotizzato anche il proseguimento del progetto sulla qualità dell'organizzazione delle cure stimolato dalla presentazione del manuale di qualità della FIMP. In Francia è appena cominciato un progetto di Visitation in Cure primarie 20.000 medici (ospedalieri e ambulatoriali) con un costo di 1200 Euro/medico.

Riunione plenaria CESP-EAP e European Board of Paediatrics - Sviluppi futuri dell'Accademia Europea di Pediatria-EAP

Ritengo opportuno riportare la chiarificazione storica del collega greco che ha voluto chiarire il significato etimologico di *Accademia*, che deri-

va dal nome della località nei pressi dell'antica Atene dove insegnava Platone. Era una luogo aperto a tutti coloro che fossero interessati alla conoscenza. deve essere pertanto chiaro a tutti che la scelta del nome esclude a priori una impostazione di tipo elitario (universitario, per intenderci) ma vuole essere "per definizione" una associazione aperta a tutti i Pediatri di ogni paese e di ogni ambito lavorativo.

Dopo la riunione di Dicembre è stato chiesto all'Unione Europea Medici Specialisti (UEMS) l'accettazione formale del cambio di nome, rimanendo comunque la sezione pediatrica dell'UEMS

I responsabili dell'UEMS hanno dato un assenso preventivo e si è in attesa di una conferma formale scritta.

Lo sviluppo della possibile struttura finale dell'EAP (Fig. 1) necessita di ampio supporto da parte delle Società e Organizzazioni nazionali. È stato pertanto deciso di organizzare una nuova riunione a dicembre a Bruxelles con i presidenti delle Società e Associazioni Nazionali, a cui verrà inviato direttamente dal Presidente CESP il progetto di massima. Necessità di una commissione finanziaria per cercare finanziamenti, che verrà individuata a dicembre con l'elezione del nuovo Tesoriere (*web site* in corso di completamento).

Gruppo di Etica

È stata discussa la possibilità di ritenere non eticamente accettabile il trattamento con GH per gli *short normal* (la bassa statura idiopatica) contrariamente a quanto avviene negli Stati Uniti, prima di inviare questo pronunziamento all'EMA è stata chiesta la consulenza degli endocrinologi Pediatri. È stato poi discusso ed integrato il documen-

to sul diritto alle vaccinazioni in Europa e nel mondo, è in elaborazione la proposta di far inserire un nuovo articolo nella dichiarazione dei diritti del fanciullo OMS-UNICEF esplicitando che "tutti i bambini hanno il diritto ad essere vaccinati" con vaccini sicuri ed efficaci. Infine si è affrontato il problema della sperimentazione in Pediatria, dell'annoso problema degli *off-label* e del diritto del bambino ad usufruire di farmaci sperimentati per la sua età e per lesue specifiche patologie.

Gruppo Vaccinazioni

L'obiettivo del gruppo è di valutare la possibile armonizzazione delle procedure vaccinali nei paesi dell'Unione Europea.

Nel corso degli anni sono stati organizzate delle riunioni per presentare i nuovi vaccini.

È stata proposta una indagine sulla Tuberculosis e l'uso del BCG in Europa.

Gruppo Prevenzione Incidenti Ruolo del Pediatra nella prevenzione degli incidenti

sarà importante un ruolo di gruppo in collaborazione con la *European Safety Alliance* a livello politico europeo. Il gruppo individuerà una area di interesse primario. Si invitano le società e associazioni professionali a creare un collegamento con il coordinatore del gruppo.

Per ulteriori informazioni scrivere o consultare: Alf Nicholson, Irlanda Alf.Nicholson@nehb.ie; www.childsafetysafetyeurope.org.

Gruppo ECM (Coordinatore Alfred Tenore)

Significato di ECM: continuità di un processo che inizia fin dal corso di laurea nella facoltà di medicina, per definire il curriculum pediatrico per gli studenti Questo è ancora più importante in particolare nei paesi do-

ve si può esercitare l'attività di medicina generale senza ulteriori corsi di formazione e quindi visitare anche bambini, senza una adeguata preparazione.

Un buon curriculum di studi può essere di stimolo anche a scegliere più la Pediatria come specialità.

Costo della ECM

Verrà inviato un questionario. Questionario su ECM 33 risposte da 22 nazioni (7 x 2, 2 x 3)

È obbligatoria per il 75% dei paesi con penalizzazioni variabili, ma non incentivi.

7 nazioni europee hanno la ricertificazione delle specialità. Nella maggior parte dei paesi il numero annuale di crediti è 50.

Medicine for Children

Contatti con European Forum Good Clinical Practice

È prossima la discussione del documento legislativo europeo sulla ricerca farmacologica in Pediatria. Il CESP organizzerà una riunione per supportare la legislazione anche ai deputati europei e alla stampa e per l'Italia è stata invitata, su nostro suggerimento, la Prof. Adriana Ceci.

È importante che in ogni nazione vengano contattati i parlamentari europei per informarli.

Alcuni aspetti della proposta che verrà discussa al Parlamento Europeo

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai medicinali per uso pediatrico, che modifica il regolamento (CEE) n. 1768/92, la direttiva 2001/83/CE e il regolamento (CE) n. 726/2004.

Regolamenti da modificare:

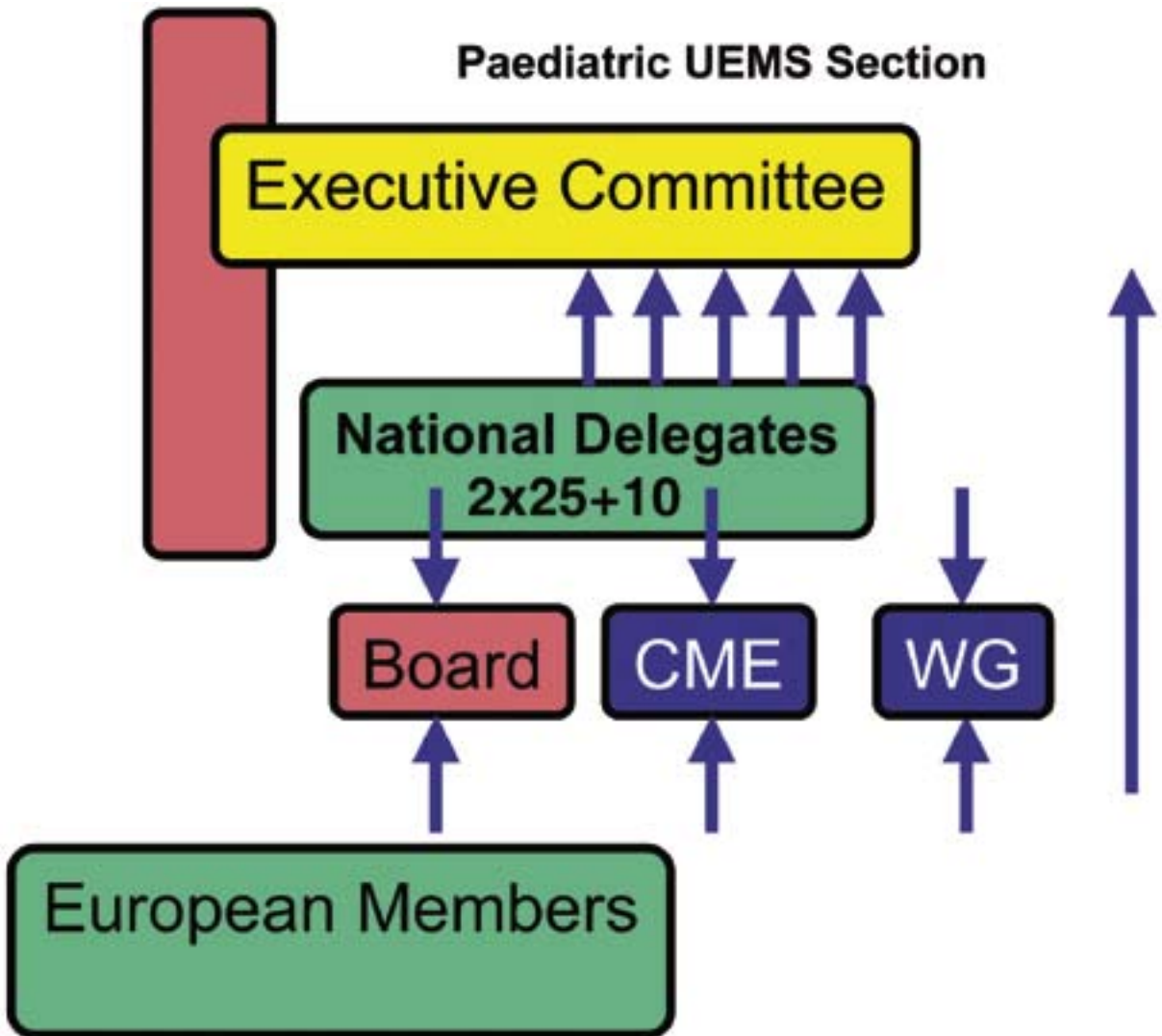
- Regolamento (CEE) n. 1768/92 del Consiglio sull'istituzione di un certificato protettivo complementare per i medicinali - GU L 182 del 2.7.1992 e Boll. 6-1992, punto 1.3.28;

- Regolamento (CE) n. 726/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce procedure comunitarie per l'autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali per uso umano e veterinario, e che istituisce l'Agenzia europea per i medicinali - GU L 136 del 30.4.2004 e Boll. 3-2004, punto 1.3.89;
- Direttiva da modificare: direttiva 2001/83/CE del Parlamento europeo e del Consiglio recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano - GU L

311 del 28.11.2001 e Boll. 11-2001, punto 1.3.36 -, modificata da ultimo dalla direttiva 2004/27/CE del Parlamento europeo e del Consiglio - GU L 136 del 30.4.2004 e Boll. 3-2004, punto 1.3.89.

Adozione da parte della Commissione in data 29 Settembre. La Commissione propone un insieme di disposizioni volte a migliorare le condizioni sanitarie dell'infanzia in Europa garantendo l'autorizzazione di medicinali specificamente studiati e messi a punto per rispondere alle esigenze terapeutiche della Pe-

diatria. La proposta è intesa essenzialmente a: promuovere una ricerca efficace in materia di medicinali a uso pediatrico; garantire il rafforzamento della competitività dell'industria farmaceutica europea; migliorare la disponibilità di informazioni sull'uso dei medicinali a uso pediatrico; proteggere i bambini da sperimentazioni cliniche non necessarie. A tal fine, la Commissione propone, tra l'altro, la costituzione di un comitato pediatrico, in seno all'Agenzia europea dei medicinali, responsabile della valutazione e dell'approva-



zione dei piani di indagine pediatrica delle imprese; l'obbligo di comunicare informazioni sull'utilizzazione di un farmaco in Pediatria al momento della presentazione delle domande d'autorizzazione all'immissione in commercio; un sistema di ricompensa per lo studio di medicinali per uso pediatrico, sotto forma di una proroga di sei mesi del certificato protettivo complementare; un nuovo tipo di autorizzazione all'immissione in commercio per uso pediatrico dei medicinali generici; un controllo di sicurezza rafforzato dei medicinali per uso pediatrico; l'obbligo di rendere noti all'industria gli studi svolti sull'infanzia; la fornitura gratuita all'industria di consulenza scientifica da parte dell'Agenzia europea dei medicinali.

Verranno quindi istituiti:

- *Pediatric Committee* (Organo di Consulenza dell'*European Medicine Evaluation Agency* - EMEA);

- *Pediatric Investigation Plan* (PIP): piano obbligatorio per nuovi farmaci anche in assenza di indicazioni pediatriche con estensione del periodo di registrazione;
- *Paediatric Use Marketing Authorisation* (PUMA) per i farmaci già registrati con un incentivo di 2 anni di prolungamento del periodo di brevetto.

In caso di non approvazione è prevedibile una perdita di investimenti industriali 4-51 milioni di Euro.

In caso di approvazione è possibile una ritardata immissione sul mercato dei generici: aumento dei costi 0.06-0.25%.

Questo progetto dovrebbe comportare un miglioramento delle informazioni sui prodotti farmaceutici, autorizzazioni più appropriate con un auspicabile miglioramento della salute dei bambini: ipotesi probabile, ma da valutare nel corso degli anni.

Adolescenza – Adolescence Health and Care

Era presente Patricia Berg Kelly dell'Organizzazione *Eu Teach* (www.EuTeach.com) che si occupa da tempo di formazione nel campo della medicina dell'adolescenza e ha presentato alcuni aspetti della loro attività:

- il Manuale per insegnanti basato sulla Pedagogia interattiva (8 temi generali 9 specifici);
- come valutare i bisogni dei pazienti;
- il sito www.usc.adolescenthealth.edu;
- la *Summer school* in Lausanne per tutori.

Nel Gruppo sull'Adolescenza del CESP-EAP verrà discusso il problema dell'assistenza agli adolescenti nei vari paesi anche al fine di integrare il curriculum del Tronco Comune su argomenti dell'adolescenza.

