

il Medico Pediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

Direttore esecutivo
Pier Luigi Tucci

Direttore responsabile
Luciano Ragno

Comitato direttivo
Pier Luigi Tucci
Pino Mele
Claudio Colistra
Nuccio Giancola
Alfio Raciti Longo
Rinaldo Missaglia
Maria Grazia Catellani

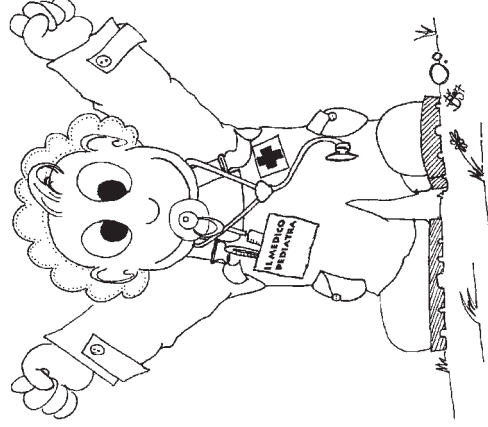
Comitato di redazione
Paolo Becherucci
Antonio Clemente
Valdo Flori
Milena Lo Giudice
Giorgio Meneghelli

Comitato dei garanti
Pier Luigi Tucci
Pino Mele
Claudio Colistra

Impaginazione e grafica
Valdo Flori
Fabrizio Sodini

Pubbliche relazioni
Pino Mele

Redazione
Lucia Castelli, Francesca Latrofa



Edizione
Pacini Editore SpA
Via Gherardesca, 1
56121 Ospedaletto (Pisa)
www.pacinionline.it

© Copyright by
Federazione Italiana
Medici Pediatri
Via Cadore, 18
50142 Firenze

fimp

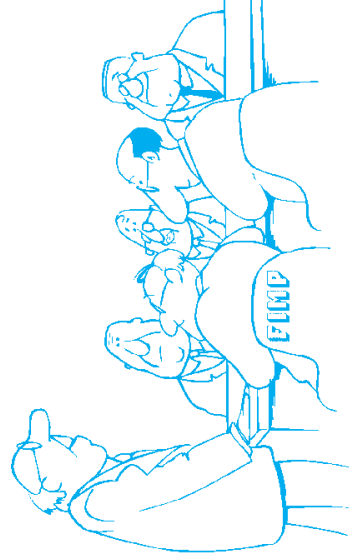
Federazione Italiana
Medici *Pediatr*i

Il Medico Pediatra - Redazione

Pacini Editore Industrie Grafiche

Via A. Gherardesca, 1
56121 Ospedaletto (Pisa)
Tel. 050/3130224 Fax 050/3130300
Redazione: Lucia Castelli, Francesca Latrofa
flatrofa@pacinieditore.it
<http://www.pacinionline.it>

Dott. Pier Luigi Tucci
Via Cadore, 18
50142 Firenze
Tel. 055 7331094
Fax 055 7333581
ilmedicopediatra@fimp.org



Gli estratti saranno forniti, a pagamento, per trattativa diretta dell'Editore con gli Autori.



Testata volontariamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione
in conformità al Regolamento CSST - Certificazione Stampa Specializzata e Tecnica
Per il periodo 1/1/2003-31/12/2003

Tiratura media: 9017

Diffusione media: 8159

Certificato C.S.S.T. n. 2003-767 del 25/02/2004

Società di Revisione: PKF Italia

INDICE

EDITORIALE

La riscoperta del latte materno
V. Flori

pag. 5

EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Categorie Allattamento. OMS 1991.

» 6

Dichiarazione Congiunta. OMS-UNICEF 1989

» 7

Protezione e sostegno dell'allattamento materno a livello territoriale

» 8

*Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno in Europa:
un Programma d'Azione*
Progetto Promozione dell'allattamento al seno in Europa

» 9

CLINICA & RICERCA

Le Malattie Respiratorie portate dal freddo: una prevenzione "complementare"
T. Di Giampietro

» 26

Il dolore nel bambino visto dalla parte della Pediatria di Famiglia
M. Pierattelli

» 32

Il Medico Pediatra è il giornale di tutti i Pediatri di Famiglia Italiani

Gli indirizzi sono comunicati dalle Segreterie Provinciali FIMP

*Nel caso di cambio di indirizzo,
comunicare il nuovo al SEGRETARIO PROVINCIALE FIMP
che provvederà ad inviarlo alla GESTIFIMP all'indirizzo
cristina.tranquilli@gestifimp.org c.a. Cristina Tranquilli*

Il Medico Pediatra è aperto a qualsiasi contributo per ampliare il dibattito sindacale e per arricchire la cultura della Pediatria di Famiglia

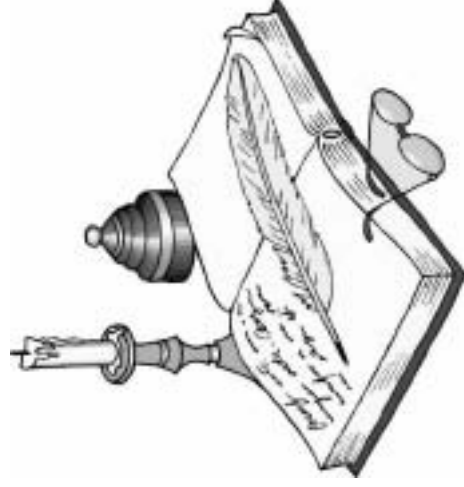
I contributi possono essere redatti in forma di articoli, lettere, recensioni (da congressi, lavori, libri...).

La lunghezza dei contributi dovrà essere concordata con la redazione che, nei limiti delle esigenze editoriali, metterà a disposizione tutto lo spazio necessario.

I lavori a carattere scientifico dovranno essere corredati di bibliografia (ove esistente), riassunto e parole chiave.

Le lettere dovranno limitarsi a non più di una pagina.

Gli articoli possono essere inviati per posta elettronica a:
ilmedicopediatra@fimp.org



La riscoperta del latte materno

Valdo Flori

Pediatra di Famiglia, Firenze

La maggior parte dell'attività del Pediatra di Famiglia nei primi mesi di vita del bambino è legata alle problematiche dell'alimentazione, stretto tra le esigenze del bambino (nutrizionali e preventive) e le ansie materne (paura della non crescita).

Il Pediatra di Famiglia è sempre stato convinto, e sempre lo sarà, che l'alimento migliore per il bambino non può che essere il latte materno, per i vantaggi che ne può beneficiare in termini di salute, crescita e migliore sviluppo psicologico. Al di là delle controindicazioni all'allattamento materno, che sono rarissime, spesso però si trova a fronteggiare situazioni particolari (scarso aumento di peso, malattie intercorrenti della madre o del bambino...) di difficile gestione e che se non bene condotte portano facilmente ad un precoce abbandono dell'allattamento al seno.

È logico quindi prevedere l'importanza del Pediatra di Famiglia non solo nella promozione, ma anche nel sostegno e nella protezione dell'allattamento al seno.

È ovvio però che per raggiungere l'obiettivo dell'OMS di allattare esclusivamente al seno fino ai 6 mesi non sarà sufficiente fermarsi alla formazione del Pediatra di Famiglia, ma devono essere coinvolti tutti gli operatori che a livello ospedaliero e territoriale possono influenzare e/o sostenere la madre nei momenti più critici. Saranno quindi necessarie ancora delle occasioni di formazione, possibilmente insieme agli altri attori del territorio, per un miglioramento continuo su questo tema centrale per la salute madre/bambino e per capillarizzare un cambiamento culturale nel quale i Pediatri di Famiglia ritengono di avere un ruolo fondamentale. In questo numero pubblichiamo le raccomandazioni dell'OMS e UNICEF per la promozione dell'allattamento al seno sia negli ospedali (secondo le linee guida emanate dalla qualifica di *ospedale amico dei bambini*, finora purtroppo scarsamente attribuita in Italia) ed il

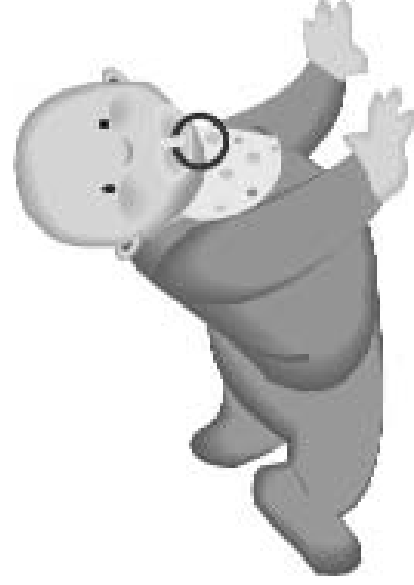
Programma di Azione, recentemente presentato alla Conferenza "Promozione e Allattamento al Seno in Europa" che fornisce dei modelli per lo sviluppo delle varie iniziative a livello locale, regionale, nazionale e internazionale, affinché possano essere integrate e coordinate e possano portare effettivamente ad una vera promozione dell'allattamento al seno.

Qualche progetto può infatti non solo essere inefficace, ma portare anche ad effetti opposti, mi riferisco alle iniziative che recentemente hanno portato alla riduzione del prezzo dei latti formulati che ha rischiato di far apparire i Pediatri tutti (di Famiglia od Ospedalieri) come promotori "nascosti" dell'allattamento artificiale e a far assumere alcune decisioni, come la fornitura gratuita dei sostituti del latte materno, che potrebbero addirittura favorire, nei momenti di difficoltà, un precoce e comodo abbandono del latte materno.



CATEGORIE ALLATTAMENTO OMS 1991

Categoria	Il bambino deve prendere	Il bambino può prendere	Il bambino non può prendere
Allattamento al seno esclusivo (ae)	latte materno (lm) compreso, lm spremuto (lms) o da una balia (lmb)	gocce, sciroppi (vitamine, minerali, farmaci)	nient'altro
Allattamento al seno predominante (ap)	lm, compreso lms o lmb come fonte predominante di nutrienti	liquidi non nutritivi (acqua, té, tisane, succhi di frutta, soluzioni idratanti) gocce, sciroppi	nient'altro (in particolare latte non umano, liquidi nutritivi)
Alimentazione complementare (com)	lm più alimenti solidi o semisolidi o latte non umano	qualsiasi alimento o liquido compreso latte non umano	
Non allattamento al seno (na)	non prende lm	qualsiasi alimento o liquido compreso latte non umano	lm, compreso lms o lmb



DICHIARAZIONE CONGIUNTA OMS-UNICEF 1989

10 passi per un efficace allattamento al seno

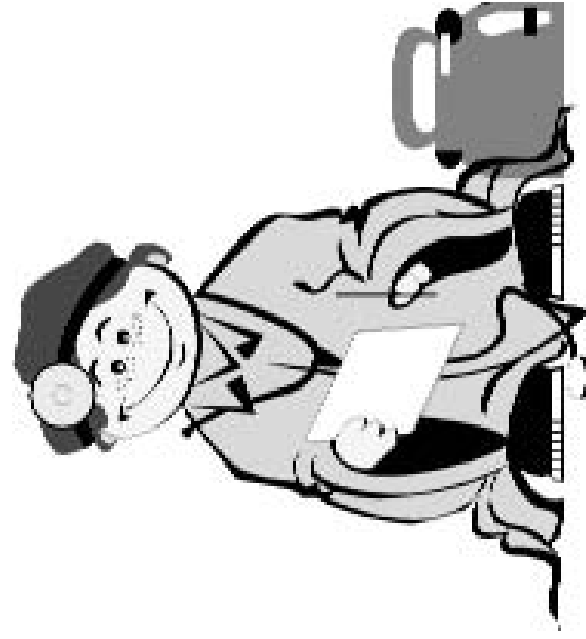
- I. Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario.
- II. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo.
- III. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e delle modalità dell'allattamento al seno.
- IV. Aiutare le madri perché inizino ad allattare già mezz'ora dopo la nascita.
- V. Mostrare alle madri come allattare e come continuare a farlo anche nel caso in cui vengano separate dal bambino.
- VI. Non somministrare al neonato alcun cibo o bevanda che non sia latte materno, a meno che non vi sia una prescrizione medica in senso contrario.
- VII. Sistemare i neonati nelle stesse stanze delle madri, in modo che trascorrono insieme 24 ore su 24.
- VIII. Incoraggiare l'allattamento a richiesta (senza orari rigidi).
- IX. Non dare tettarelle artificiali ai neonati durante il periodo di allattamento.
- X. Creare gruppi di sostegno all'allattamento al seno in modo che le madri possano rivolgersi a loro dopo la dimissione dall'ospedale o dalla clinica.



Promozione e sostegno dell'allattamento materno a livello territoriale

7 passi per la protezione

- I. Avere delle linee guida scritte sull'allattamento materno che vengano conosciute e condivise da tutti gli operatori.
- II. Aggiornare e formare tutto il personale coinvolto nella cura delle madri e dei bambini perché possa attivamente promuovere queste linee guida.
- III. Informare tutte le donne in gravidanza sui benefici e la gestione dell'allattamento al seno.
- IV. Sostenere le madri nell'avvio e nel mantenimento dell'allattamento al seno.
- V. Incoraggiare l'allattamento al seno esclusivo e prolungato, con l'introduzione di alimenti complementari al momento appropriato.
- VI. Offrire un ambiente accogliente e di supporto per le famiglie in cui è praticato l'allattamento al seno.
- VII. Promuovere la cooperazione tra il personale sanitario, i gruppi che sostengono l'allattamento al seno e la comunità locale.



Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno in Europa: un Programma d'Azione

Castello di Dublino, Irlanda 18 giugno 2004

Sviluppato e scritto dai partecipanti al progetto:

Promozione dell'allattamento al seno in Europa (Progetto UE N. SPC 2002359)

Il Programma d'Azione

1. POLITICHE E PIANI

Gli interventi per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno saranno più efficaci se inseriti nelle politiche nazionali sulla gravidanza, il parto e l'alimentazione infantile, compresa l'alimentazione complementare, integrati in piani nazionali e regionali concordati e coordinati, ed attuati con adeguate risorse e sana gestione in un sistema sanitario che copre in modo equo l'intera popolazione.

Un piano deve definire degli obiettivi generali.

Per esempio:

- aumentare il numero di bambini con allattamento esclusivo e continuato;
 - ottenere la designazione di BFH in tutti gli ospedali e le maternità;
 - garantire a tutte le donne accesso alle cure pre- e post-natali per l'allattamento al seno.
- Oltre ad avere dei traguardi temporali per l'intera popolazione, gli obiettivi generali possono essere formulati in modo tale da coprire i bisogni specifici di gruppi per i quali allattare o sostenere l'allattamento può risultare più difficile.
- Per esempio:
- raddoppiare i tassi di allattamento esclusivo e continuato tra le donne meno istruite;
 - ottenere la designazione di BFH nel 50% degli ospede-

dali d'insegnamento per il 2010;

- garantire un accesso totalmente gratuito alle cure pre- e post-natali per l'allattamento al seno per le donne di basso reddito.

Ogni obiettivo generale può avere numerosi obiettivi specifici considerati cruciali per il suo raggiungimento.

L'obiettivo generale *aumentare il numero di bambini con allattamento esclusivo e continuato*, per esempio, potrebbe avere i seguenti obiettivi specifici:

- informare le parti in cause sulle politiche e raccomandazioni sviluppate per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno e cercare di ottenere un impegno per la loro messa in pratica;
- migliorare la formazione di base e l'educazione continua per assicurare che gli operatori sanitari abbiano tutte le conoscenze e le competenze pratiche necessarie a proteggere, promuovere e sostenere efficacemente l'allattamento al seno;
- stimolare la formazione di *peer counsellors* e la costituzione di gruppi di sostegno mamma-a-mamma;
- mettere in piedi un sistema standardizzato per raccogliere e divulgare dati accurati, tempestivi e completi sui tassi di allattamento al seno a diverse età, usando definizioni concordate ed accettate da tutti;
- informare le madri e le loro famiglie sull'importanza dell'allattamento al seno e fornir loro conoscenze essenziali sulla gestione dell'allattamento al seno;
- garantire che le madri che lavorano abbiano la protezione di legge ed il sostegno necessari per allattare esclusivamente per sei mesi;

- mettere in atto i provvedimenti del *Codice Internazionale*.

Gli obiettivi generali e specifici sono importanti perché ci dicono ciò che il piano d'azione intende ottenere e permettono di sviluppare indicatori di risultato.

Il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici dipenderà dall'efficacia dei piani operativi elaborati a que-

sto fine. L'obiettivo *migliorare la formazione di base e l'educazione continua*, per esempio, può essere raggiunto in molti modi diversi e con diverse attività, a seconda della situazione e delle risorse locali. Il grado di realizzazione di queste attività sarà controllato mediante appropriati indicatori di processo stabiliti chiaramente dai piani operativi.

1.1 Politiche

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
1.1.1. Sviluppare una politica nazionale imperniata sulla Strategia Globale dell'OMS ed integrata nella politica sanitaria generale.	Ministeri competenti, comitati nazionali per l'allattamento al seno e/o la nutrizione	Politica scritta, completata, pubblicata e diffusa
1.1.2. Sviluppare politiche specifiche per gruppi socialmente svantaggiati e bambini in circostanze difficili per ridurre le ineguaglianze.	Ministeri competenti, comitati nazionali per l'allattamento al seno	Politiche scritte, completate, pubblicate e diffuse
1.1.3. Incoraggiare le associazioni professionali ad emanare raccomandazioni e linee guida basate sulle politiche nazionali, ed i loro membri a metterle in pratica.	Ministeri competenti, associazioni professionali	Raccomandazioni scritte, completate, pubblicate e diffuse

1.2 Piani

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
1.2.1. Stabilire priorità, obiettivi e mete basati sulle politiche nazionali.	Ministeri competenti, comitati per l'allattamento al seno	Priorità, obiettivi e mete stabiliti
1.2.2. Sviluppare piani strategici a lungo termine (5-10 anni) e ripianificare dopo una valutazione.	Ministeri competenti, comitati per l'allattamento al seno	Piani strategici sviluppati, pattuiti e pubblicati
1.2.3. Sviluppare piani operativi nazionali e regionali a breve termine (1-2 anni) e ripianificare in base al monitoraggio.	Ministeri competenti, autorità sanitarie regionali	Piani operativi sviluppati, pattuiti e pubblicati
1.2.4. Coordinare le iniziative sull'allattamento al seno con altri piani ed attività di salute pubblica e promozione della salute.	Ministeri competenti, autorità sanitarie regionali	Comitati di coordinamento intra- ed inter-settoriale istituiti altri piani ed attività di salute riflettono le politiche sull'allattamento

1.3 Gestione

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
1.3.1. Designare coordinatori nazionali e regionali qualificati, con un chiaro mandato riguardante politiche e piani.	Ministeri competenti, autorità sanitarie regionali	Coordinatori nazionali e regionali designati
1.3.2. Istituire comitati nazionali e regionali intersettoriali che sostengano e consiglino i coordinatori nazionali e regionali.	Ministeri competenti, autorità sanitarie regionali	Comitati nazionali e regionali istituiti
1.3.3. Garantire continuità alle attività dei coordinatori e dei comitati nazionali e regionali.	Ministeri competenti, autorità sanitarie regionali	Coordinatori e comitati si riuniscono regolarmente regionali
1.3.4. Effettuare un monitoraggio regolare dello stato d'avanzamento e valutare periodicamente i risultati dei piani nazionali e regionali.	Coordinatori e comitati per l'allattamento al seno	Resoconti sullo stato di avanzamento e sulla valutazione prodotti periodicamente

1.4 Finanziamento

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
1.4.1. Assegnare adeguate risorse umane e finanziarie per la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno ⁹ .	Governi, ministeri ed autorità competenti	Assegnazione di un budget annuale realistico
1.4.2. Garantire che pianificazione, esecuzione, monitoraggio e valutazione delle attività siano indipendenti dai finanziamenti di produttori e distributori di prodotti coperti dal Codice Internazionale.	Governi, ministeri ed autorità competenti, fornitori locali di servizi sanitari	Fonti di finanziamento indicata in maniera chiara e trasparente

2. INFORMAZIONE, EDUCAZIONE, COMUNICAZIONE (IEC)

Appropriate attività di IEC sono essenziali per ripristinare una cultura dell'allattamento al seno in popolazioni nelle quali l'alimentazione artificiale è stata considerata la norma per molti anni e generazioni.

I messaggi di IEC devono essere coerenti con le politiche, le raccomandazioni e le leggi, oltre che con le pratiche dei servizi sanitari e sociali. Un obiettivo strategico delle attività di IEC dovrebbe essere, come enfatizzato nella Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dei Bambini, soddisfare il diritto di tutti i gruppi sociali ad avere informazioni chiare, complete ed indipendenti sull'allattamento al seno.

Allattare al seno è il modo naturale di nutrire e far crescere i neonati ed i bambini, e dovrebbe sempre essere

raffigurato come tale. I neo-genitori e quelli in attesa di diventarlo hanno il diritto a ricevere informazioni complete, corrette ed indipendenti sull'alimentazione infantile, comprese indicazioni sull'introduzione sicura e tempestiva di appropriati alimenti complementari, così da poter prendere decisioni informate.

I resoconti rivolti al pubblico, genitori inclusi, sull'uso del latte materno come indicatore di contaminazione dell'ambiente, dovrebbero essere scientificamente corretti e re-datti con attenzione. Tali resoconti dovrebbero includere suggerimenti pratici per le donne su come ridurre i livelli di residui chimici (fumo, droghe, cosmetici, cibi) e avvertimenti sulla loro importanza.

Il fatto che la soluzione risieda nel prevenire l'inquinamento dell'ambiente, e non nel sostituire il latte materno con prodotti artificiali, dovrebbe essere affermato con chiarezza.

2.1 IEC per gli individui

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
2.1.1. Offrire alle madri <i>counseling</i> individuale faccia-a-faccia da parte di operatori formati, <i>peer counsellors</i> e gruppi di sostegno mamma-a-mamma.	Autorità sanitarie competenti, operatori sanitari, <i>peer counsellors</i> , gruppi mamma-a-mamma	Valutazione delle conoscenze e competenze materne e del modo in cui sono state comunicate
2.1.2. Garantire che tutti i materiali di IEC prodotti e distribuiti dalle autorità sanitarie contengano informazione chiara, accurata e coerente, non in contraddizione con le politiche e le raccomandazioni nazionali e regionali, e che siano usati per rinforzare l'interazione faccia-a-faccia ^b .	Autorità sanitarie competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento, operatori sanitari, <i>peer counsellors</i> , gruppi di sostegno mamma-a-mamma	I materiali disponibili soddisfano i criteri di questo obiettivo; si mette in atto la valutazione dei materiali di IEC e dei metodi di comunicazione faccia-a-faccia
2.1.3. Identificare ed affrontare attivamente i bisogni speciali di informazione e di competenza di primipare, immigranti, adolescenti, delle madri che vivono da sole, delle donne meno istruite e di altre donne che in una determinata società abbiano minori probabilità di allattare, comprese le madri che hanno avuto precedenti esperienze negative o difficili.	Autorità sanitarie competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento, operatori sanitari, <i>peer counsellors</i> , gruppi di sostegno mamma-a-mamma	I servizi ed i materiali di IEC prodotti rispondono a standard di alta qualità e soddisfano i bisogni speciali dei gruppi ai quali sono diretti
2.1.4. Identificare ed affrontare i bisogni informativi degli altri componenti della famiglia, per esempio partner, padre, nonni, fratelli, ecc.	Autorità sanitarie competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento, operatori sanitari, <i>peer counsellors</i> , gruppi di sostegno mamma-a-mamma	Valutazione dei materiali e del sostegno disponibile per queste altre persone
2.1.5. Garantire che non vi sia pubblicità od altro tipo di promozione commerciale per il pubblico di prodotti coperti dal Codice Internazionale.	Autorità sanitarie competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento al seno	Nessuna distribuzione di materiali per la promozione commerciale

^a Adeguate risorse finanziarie potrebbero essere assegnate anche ad ONG di pubblico interesse ed organizzazioni di volontariato coinvolte nell'allattamento al seno, se i governi riconoscono che il loro ruolo è essenziale e le loro attività sono necessarie per la protezione, la promozione ed il sostegno dello stesso.

^b I materiali di IEC per le madri dovrebbero includere informazioni sull'importanza dell'allattamento al seno e nozioni essenziali di gestione dell'allattamento al seno, compreso il modo di affrontare i problemi più comuni e di entrare in contatto con chi può offrire assistenza e cure adeguate, se necessario.

2.2 IEC per la collettività

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
2.2.1. Sviluppare e diffondere pacchetti di IEC coerenti con le politiche e le raccomandazioni nazionali e regionali, da usare nei servizi sanitari e sociali, nelle scuole d'ogni ordine e grado, con i fornitori di servizi per l'infanzia, con coloro che producono politiche e prendono decisioni, con i mezzi di comunicazione ⁵ ; l'informazione dev'essere gratuita al punto di consegna.	Autorità sanitarie, sociali ed educative competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento al seno, associazioni professionali, ONG, gruppi di sostegno mamma-a-mamma	Pacchetti di IEC sviluppati e diffusi; valutazione dell'efficacia della loro distribuzione
2.2.2. Raffigurare l'allattamento al seno esclusivo per sei mesi e continuato fino a due anni ed oltre come il modo naturale di nutrire e far crescere neonati e bambini in tutti i materiali stampati ed audiovisivi che hanno attinenza con l'alimentazione infantile e con il ruolo delle madri.	Tutte le organizzazioni di comunicazione di massa e le autorità che ne fanno uso con responsabilità per il contenuto di programmi e pubblicazioni	Informazioni che illustrano le loro responsabilità rese note alle organizzazioni di comunicazione di massa; misure di monitoraggio messe in atto
2.2.3. Approfittare delle settimane internazionali, nazionali e locali sull'allattamento al seno per stimolare il dibattito pubblico in diversi contesti e mezzi di comunicazione e per diffondere informazioni importanti.	Coordinatori e comitati per l'allattamento al seno, tutti gli altri gruppi interessati	Resoconti pubblicati sulle attività realizzate nel corso delle settimane sull'allattamento al seno
2.2.4. Fare in modo, verificando, che gli organi di comunicazione promuovano ed appoggino l'allattamento al seno, assicurando che sia sempre raffigurato come naturale e desiderabile.	Autorità sanitarie, sociali ed educative competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento al seno	I canali e le reti multimediali ricevono informazioni valide ed aggiornate e le usano per promuovere e sostenere l'allattamento al seno.

3. FORMAZIONE

Come esposto nelle conclusioni del documento sulla situazione attuale, tanto la formazione di base quanto l'educazione continua per gli operatori sanitari devono essere migliorate, nello stesso modo in cui, oltre che per l'allattamento al seno, si stanno introducendo miglioramenti su altri temi di assistenza sanitaria. Una strategia di lungo termine dev'essere imperniata su adeguate modifi-

cazioni dei *curricula* di studio nella formazione di base, soprattutto per quanto concerne le competenze pratiche. Se risulterà efficace, questa strategia porterebbe col tempo a ridurre la spesa per l'educazione continua. Quest'ultima, così come i necessari aggiornamenti, dovrebbe essere offerta agli operatori sanitari da agenzie pubbliche, da agenzie private non a scopo di lucro o da istituzioni indipendenti e non soggette ad influenze e pressioni commerciali.

⁵ Il contenuto dei pacchetti di IEC dovrebbe essere sufficientemente flessibile da permettere di adattarli ai bisogni specifici delle organizzazioni coinvolte e della loro utenza. Un'attenzione speciale dovrebbe essere rivolta ai bisogni informativi dei gruppi sociali che hanno minori probabilità di allattare (per esempio, immigrati, adolescenti, famiglie di basso reddito).

3.1 Formazione di base

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
3.1.1. Sviluppare o aggiornare uno standard minimo (contenuti, metodi, materiali, durata) di competenze teoriche e pratiche sull'allattamento al seno e la gestione dello stesso per i <i>curricula</i> pre- e post-laurea degli operatori sanitari interessati.	Decani delle facoltà coinvolte, autorità deputate alla verifica delle competenze professionali, comitati per l'allattamento al seno	<i>Curricula</i> e standard per la competenza professionale sviluppati o aggiornati, e messi in pratica
3.1.2. Sviluppare o modificare, se esistono, testi, manuali e materiali didattici conformi ai <i>curricula</i> ed agli standard, oltre che alle politiche ed alle pratiche raccomandate.	Decani e docenti delle facoltà coinvolte, associazioni professionali	Testi, manuali e materiali didattici sviluppati o migliorati ed usati

3.2 Educazione continua

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
3.2.1. Offrire educazione continua interdisciplinare basata sulle linee guida dell'OMS e dell'UNICEF o su altri corsi di provata efficacia, come parte di un programma di educazione per iniziare e continuare un lavoro, a tutto il personale interessato, con particolare attenzione per il personale di primo livello per la maternità e l'assistenza all'infanzia.	Autorità per l'educazione continua, scuole per operatori sanitari, istituzioni che forniscono servizi materno infantili, coordinatori istituzionali per lo sviluppo delle competenze professionali, associazioni professionali	Educazione continua a carattere pratico offerta a tutti gli operatori interessati ed aggiornamenti forniti regolarmente, sulla base di linee guida e corsi di riconosciuta efficacia
3.2.2. Sviluppare o migliorare, se esistono, materiali didattici per l'educazione continua interdisciplinare, garantendo che materiali e corsi non siano influenzati da produttori e distributori di prodotti coperti dal Codice Internazionale.	Autorità per l'educazione continua, comitati per l'allattamento, scuole per operatori sanitari, coordinatori istituzionali per lo sviluppo delle competenze professionali, associazioni professionali	Materiali sviluppati o migliorati; messa in atto di protocolli per verificare ed evitare conflitti d'interesse nel contenuto dei corsi e dei materiali didattici
3.2.3. Incoraggiare gli operatori sanitari interessati a seguire corsi avanzati ed accreditati di gestione dei problemi dell'allattamento al seno e ad acquisire il certificato di IBCLC o un certificato equivalente che soddisfi i migliori criteri di competenza pratica ^d .	Autorità per l'educazione continua, datori di lavoro nei servizi di salute, IBLCE, associazioni professionali	Rapporto tra il numero di consulenti certificati per l'allattamento e il numero di neonati in aumento
3.2.4. Incoraggiare la formazione di reti tra specialisti in allattamento al seno per aumentare le conoscenze e migliorare le pratiche.	Associazioni professionali, ONG d'interesse pubblico	<i>Mailing lists</i> , <i>websites</i> e gruppi di discussione attivati

4. PROTEZIONE, PROMOZIONE E SOSTEGNO

La protezione dell'allattamento al seno si basa principalmente sull'eliminazione degli eventuali ostacoli mediante la piena applicazione del Codice Internazionale e della legislazione per la protezione della maternità. Gioca un ruolo importante anche la protezione dalla possibile discriminazione nei confronti dell'allattamento in pubblico, dalle raffigurazioni sfavorevoli sui mezzi di comunicazione e dai progetti per distribuire latte artificiale gratis o a basso costo alle famiglie e ai gruppi di popolazione svantaggiati.

La promozione dipende dall'attuazione delle politiche e raccomandazioni nazionali basate sulla Strategia Globale dell'OMS, approvata da tutti i paesi dell'UE alla 55ª Assemblea Mondiale della Salute nel 2002, sul Piano d'Azione per una Politica sugli Alimenti e la Nutrizione dell'Ufficio Europeo dell'OMS, e su un efficace piano di IEC. Il sostegno è necessario tanto per le madri che decidono di allattare quanto per quelle che decidono di non allattare. Le madri che, dopo aver ricevuto informazione completa, corretta ed indipendente sull'alimentazione infantile, decidono di alimentare artificialmente i loro figli devono essere rispettate per la loro decisione e devono ricevere tutto il sostegno necessario a metterla in pratica nel miglior modo possibile.

Le famiglie devono anche ricevere informazioni adeguate su come e quando introdurre appropriati alimenti com-

plementari, dato che ciò completa l'assistenza per una buona nutrizione del neonato e del bambino^e. Anche nei paesi con un elevato tasso d'inizio dell'allattamento al seno, la durata dello stesso è spesso ben al di sotto di quanto considerato ottimale, soprattutto per quanto riguarda l'allattamento esclusivo.

Le cadute dei tassi di allattamento esclusivo si osservano tipicamente subito dopo la dimissione dall'ospedale e attorno ai quattro mesi d'età, probabilmente in coincidenza col ritorno al lavoro fuori casa o perché questa è considerata l'età giusta per iniziare lo svezzamento.

Poche donne nell'UE allattano i loro figli oltre i 12 mesi. Un sostegno efficace è necessario per migliorare questa situazione. Questo sostegno richiede assunzione di responsabilità e mobilitazione sociale a tutti i livelli per un ritorno alla cultura dell'allattamento al seno.

A livello individuale, significa che tutte le donne devono avere accesso ai servizi, compresi gruppi di sostegno mamma-a-mamma, ed alla continuità dell'assistenza. Le donne che smettono di allattare prima di quando desiderino devono essere incoraggiate ad analizzare le ragioni di quanto successo.

Quest'analisi può rendere più facile l'accettazione di un allattamento più breve del voluto, per diminuire i sentimenti di perdita e fallimento, e può aiutare a raggiungere una durata maggiore con il figlio successivo.

4.1. La Strategia Globale per l'Alimentazione del Neonato e del Bambino

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
4.1.1. Mettere in atto politiche e piani basati sulla Strategia Globale dell'OMS e sui Piani d'Azione dell'Ufficio Europeo dell'OMS	Ministero della Salute ed altri Ministeri competenti	Politiche e piani elaborati e messi in pratica
4.1.2. Rendere note le politiche ed i piani per l'allattamento al seno a tutti i gruppi professionali, alle scuole che offrono formazione pre- e post-laurea, alle ONG ed al pubblico in generale.	Ministero della Salute ed altri Ministeri competenti	Gli operatori sanitari ed il pubblico conoscono le politiche ed i piani per l'allattamento al seno

^d Il certificato dell'IBLCE è concesso ai candidati che passano con successo un esame basato sulla competenza pratica, indipendentemente dal tipo di corso seguito. L'esame dell'IBLCE è stato somministrato in tutto il mondo ed in molte lingue per 20 anni. La certificazione è obbligatoria ogni cinque anni. Coloro che certificano devono aderire ad un Codice Etico e devono seguire degli standard. Una commissione indipendente per agenzie certificanti ha accreditato regolarmente i procedimenti dell'IBLCE fin dal 1998.

^e Decisioni informate, prese sulla base di informazioni imparziali, e seguite da adeguato sostegno, sono particolarmente importanti per le gravide HIV-positive. Linee guida per l'alimentazione infantile in caso di HIV/AIDS sono state pubblicate dall'OMS.

4.2. Il Codice Internazionale

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
4.2.1. Elaborare nuove direttive Europee sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno che comprendano tutti i provvedimenti ed i prodotti coperti dal Codice Internazionale come requisito minimo.	Commissione Europea	Direttive scritte ed approvate da tutti i paesi membri dell'UE
4.2.2. Assicurare che il Codice Internazionale sia rispecchiato nella posizione dell'UE alle riunioni del <i>Codex Alimentarius</i> .	Commissione Europea	I verbali delle riunioni del <i>Codex Alimentarius</i> rispecchiano questa <i>posizione</i>
4.2.3. Emanare leggi nazionali imperniate sul Codice Internazionale, compresi meccanismi per farlo rispettare e per perseguirne le infrazioni, e sviluppare un sistema di monitoraggio indipendente da interessi commerciali.	Governi nazionali, comitati per l'allattamento al seno, associazioni di consumatori	Leggi nazionali aggiornate e procedure per il loro rispetto in atto in conformità con i provvedimenti del Codice Internazionale
4.2.4. Incoraggiare la piena attuazione del Codice Internazionale anche prima che ciò sia richiesto da nuove direttive dell'UE.	Governi nazionali e regionali, comitati per l'allattamento al seno, ONG	Procedure nazionali e regionali per il rispetto del Codice Internazionale in atto
4.2.5. Informare gli operatori sanitari in formazione ed i fornitori di servizi sanitari sulle loro responsabilità nei confronti del Codice Internazionale.	Scuole per operatori sanitari, autorità per l'educazione continua, autorità sanitarie competenti	Informazioni fornite
4.2.6. Elaborare codici etici di condotta con criteri per la sponsorizzazione individuale ed istituzionale di corsi, materiali didattici, ricerca, congressi ed altre attività ed eventi, per evitare conflitti d'interesse che potrebbero influenzare negativamente l'allattamento al seno.	Associazioni professionali, istituti di formazione, fornitori di servizi	Criteri e linee guida elaborati, pubblicati, messi in pratica
4.2.7. Divulgare informazione al pubblico sui principi, gli scopi ed i provvedimenti del Codice Internazionale, e sulle procedure per verificarne il rispetto e sanzionare le violazioni.	Governi nazionali e regionali, ONG, associazioni di consumatori	Informazione diffusa al pubblico ed alle istituzioni responsabili per il monitoraggio

4.2.8. Eliminare progressivamente la distribuzione gratuita di latte artificiale alle famiglie di basso reddito, dove questa pratica sussiste, e sostituirla con incentivi ed iniziative per promuovere e sostenere l'allattamento al seno nelle famiglie povere o altrimenti emarginate.

Governi nazionali e regionali, agenzie per l'assistenza sociale

Distribuzione gratuita alle famiglie di basso reddito sospesa, incentivi ed iniziative eque per tutte le famiglie a sostegno dell'allattamento al seno sviluppate e messe in pratica

4.3 La legislazione per le madri che lavorano

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
4.3.1. Migliorare le leggi nazionali ove queste non soddisfino gli standard minimi dell'OIL ¹ .	Governi nazionali e regionali	Legislazione migliorata
4.3.2. Garantire che vi sia un sostegno legislativo sufficiente a permettere alle madri che lavorano di allattare i loro figli esclusivamente al seno per sei mesi e di continuare ad allattarli anche dopo.	Governi nazionali e regionali	Sostegno legislativo efficace messo in opera, supporto finanziario approvato
4.3.3. Estendere i provvedimenti per la protezione della maternità alle lavoratrici che attualmente non ne godono, per esempio: donne con contratti brevi, lavoratrici occasionali o a part-time, studentesse lavoratrici, immigranti.	Governi nazionali e regionali	Legislazione estesa
4.3.4. Assicurare che i datori di lavoro, gli operatori sanitari ed il pubblico siano pienamente informati sulla legislazione riguardante la protezione della maternità e la salute e sicurezza sul lavoro per quanto concerne la gravidanza e l'allattamento.	Governi nazionali e regionali, associazioni dei datori di lavoro, sindacati	Esiste una consapevolezza generalizzata sui provvedimenti per la protezione della maternità
4.3.5. Informare i datori di lavoro dei benefici, per loro e per i loro lavoratori, delle facilitazioni per l'allattamento al seno al momento di tornare a lavorare, e di quanto è necessario perché ciò divenga possibile (orario flessibile, pause, possibilità di spremere e conservare il latte materno).	Ministeri competenti, autorità sanitarie e sociali, associazioni dei datori di lavoro, sindacati	Datori di lavoro informati dei benefici che offrono il necessario sostegno all'allattamento al seno sul posto di lavoro

¹ I paesi dell'UE possono chiaramente andare oltre gli standard minimi dell'OIL.

4.4 L'iniziativa Ospedale Amico del Bambino ⁸

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
<p>4.4.1. Assicurare che i governi, le autorità di salute, le associazioni professionali e le ONG interessate collaborino strettamente con l'UNICEF e l'OMS per mettere in pratica la BFHI in quanto standard d'eccellenza, e che tutte le maternità e le istituzioni per l'assistenza all'infanzia perseguano l'obiettivo di raggiungere e mantenere la designazione di <i>Baby Friendly</i>.</p>	<p>Governi nazionali e regionali, autorità sanitarie competenti, associazioni professionali, ONG, comitati per l'allattamento al seno, maternità e servizi di assistenza all'infanzia</p>	<p>Comitati e coordinatori per la BFHI istituiti, BFHI riconosciuta da tutti come standard d'eccellenza per l'allattamento al seno</p>
<p>4.4.2. Garantire risorse adeguate (fondi, personale, tempo) e supporto tecnico per la formazione, i cambiamenti delle pratiche e la valutazione e rivalutazione degli ospedali in base alla loro conformità con la BFHI.</p>	<p>Governi nazionali e regionali, autorità sanitarie competenti, comitati per la qualità delle cure</p>	<p>Adeguati finanziamenti e personale assegnati per raggiungere gli standard BFHI per tutti i futuri genitori e le madri che allattano</p>
<p>4.4.3. Incoraggiare gli ospedali che attualmente non stanno perseguendo attivamente la designazione di BFH a garantire che le loro pratiche siano in ogni caso modificate per essere in linea con gli standard d'eccellenza della BFHI.</p>	<p>Autorità sanitarie competenti; comitati per la qualità delle cure e la BFHI</p>	<p>Tutti gli ospedali e le maternità si adeguano agli standard d'eccellenza</p>
<p>4.4.4. Incorporare i criteri della BFHI nello standard del sistema nazionale di accreditamento dei servizi di maternità ^h.</p>	<p>Autorità sanitarie competenti; comitati per la qualità delle cure, la BFHI e l'accreditamento</p>	<p>Gli standard per l'accreditamento dei servizi di maternità includono tutti i criteri della BFHI</p>
<p>4.4.5. Elaborare un approccio sistematico alla comunicazione di informazioni sull'allattamento al seno durante le cure prenatali che sia compatibile con i passi pertinenti della BFHI.</p>	<p>Autorità sanitarie competenti, fornitori di servizi di salute, operatori sanitari</p>	<p>Le linee guida per le cure prenatali contengono i criteri della BFHI</p>
<p>4.4.6. Coinvolgere i padri e le famiglie per assicurare sostegno appropriato alle madri dopo la dimissione.</p>	<p>Fornitori di servizi di salute, operatori sanitari</p>	<p>Padri e famiglie coinvolti</p>

⁸ La BFHI è considerata uno standard d'eccellenza. Altre iniziative o programmi, tuttavia, possono dare risultati eccellenti. Tali iniziative e programmi devono però essere valutati in termini d'efficacia.

^h La protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno non si possono concretizzare senza che sia promossa anche la nascita in condizioni fisiologiche. Tassi di taglio cesareo e di parto sotto anestesia in aumento, entrambi associati a disturbi della produzione di ormoni per la lattazione, possono interferire con il successo dell'allattamento al seno.

4.4.7. Migliorare la collaborazione tra gli ospedali e le altre istituzioni sanitarie e sociali in modo da assicurare la messa in pratica del 10° Passo della BFHI, cioè un adeguato sostegno e counselling per l'allattamento al seno nelle settimane che seguono il parto.

Autorità sanitarie e sociali competenti, comitati per la qualità delle cure e la BFHI, *peer counselors*, gruppi di sostegno mamma-a-mamma

10° Passo della BFHI messo estensivamente in pratica

4.4.8. Garantire che siano fornite risorse e supporto tecnico adeguati per la formazione ed il cambiamento delle pratiche per fare in modo che i servizi sanitari e sociali territoriali per le donne, i neonati ed i bambini promuovano e sostengano l'allattamento al seno.

Autorità sanitarie e sociali competenti, associazioni professionali

I fornitori di servizi sanitari e sociali territoriali, pubblici e privati, promuovono e sostengono l'allattamento al seno in conformità con le politiche approvate

4.4.9. Incoraggiare l'attuazione di iniziative *Baby Friendly* oltre i servizi per la maternità, fino ad includere i servizi sanitari e sociali territoriali, i reparti e le unità di pediatria, ed i luoghi di lavoro.

Autorità sanitarie e sociali competenti, comitati per la qualità delle cure e la BFHI

Modelli di assistenza basati sulla BFHI sviluppati e messi in pratica in altre aree sanitarie e sociali

4.5 Sostegno da parte di operatori sanitari formati

Obiettivi raccomandati

4.5.1 Garantire che il personale dei servizi sanitari e sociali, volontari compresi, abbia le competenze pratiche necessarie a fornire sostegno in maniera efficace ed a far sì che le donne acquisiscano la fiducia in se stesse e l'abilità per allattare.

Autorità sanitarie e sociali competenti, operatori sanitari, organizzazioni di volontariato

Numero di operatori e volontari con le competenze necessarie a dare sostegno in maniera efficace

4.5.2 Incoraggiare e sostenere il personale perché acquisisca competenze specialistiche orientate alla soluzione di problemi per assistere donne con particolari difficoltà per l'allattamento al seno.

Autorità sanitarie competenti, fornitori di servizi sanitari, operatori sanitari

Specialisti, come le IBCLC, formati ed utilizzati

4.5.3 Garantire che i servizi di sostegno per l'allattamento al seno, compresa l'assistenza fornita da consulenti in allattamento adeguatamente qualificate o da altro personale con le competenze necessarie, siano accessibili ed abordabili per tutte le madri che ne hanno bisogno.

Autorità sanitarie e sociali competenti, agenzie ed organizzazioni interessate, assicurazioni sanitarie

Il sistema sanitario nazionale e/o le compagnie di assicurazioni sanitarie coprono il costo di un sostegno qualificato per l'allattamento al seno

Responsabili

Prodotti e risultati

4.5.4 Offrire un'assistenza speciale, ove necessario, alle madri che forniscono o fanno uso di latte materno per neonati ammalati o pretermine, compresa assistenza per viaggi ed alloggio se il bambino è ricoverato lontano da casa, ed accesso ad una banca del latte accreditata.

Autorità sanitarie e sociali competenti, agenzie ed organizzazioni interessate

Assistenza e sostegno fornite alle madri senza costi aggiuntivi

4.5.5 Istituire centri d'eccellenza nazionali e regionali al seno da usare come risorsa per istituti, informazione

Autorità sanitarie

Centri d'eccellenza nazionali e regionali,

madri ed operatori sanitari, incluso un accesso gratuito a servizi via internet.

comitati per l'allattamento al seno

sull'accesso divulgata a tutti i gruppi interessati

4.6 Sostegno da parte di madri formate e di gruppi mamma-a-mamma

Obiettivi raccomandati

Responsabili

Prodotti e risultati

4.6.1 Incoraggiare la costituzione e/o aumentare la copertura del sostegno fornito da *peer counselors* formate e da gruppi mamma-a-mamma, in particolare per donne con minori probabilità di allattare.

Autorità sanitarie competenti, *peer counselors*, gruppi di sostegno mamma-amamma

Formazione/istituzione di *peer counselors* e gruppi di sostegno mamma-amamma in aree dove siano necessari

4.6.2 Sviluppare o aggiornare *curricula* (contenuti, metodi, materiali, durata) per la formazione di *peer counselors* e gruppi di sostegno mamma-a-mamma.

Peer counselors, gruppi di sostegno mamma-amamma

Curricula e criteri per le competenze pratiche necessarie sviluppati o aggiornati

4.6.3 Rafforzare la collaborazione e la comunicazione tra gli operatori sanitari delle diverse strutture e le *peer counselors* ed i gruppi di sostegno mamma-a-mamma.

Autorità sanitarie competenti, operatori sanitari, *peer counselors*, gruppi mamma-a-mamma

Procedure in atto per facilitare l'uso efficace delle competenze esistenti nei servizi e nel volontariato

4.7 Sostegno in famiglia, nella collettività e al lavoro

Obiettivi raccomandati

Responsabili

Prodotti e risultati

4.7.1 Fornire informazioni e sostegno appropriati alle madri che allattano, ai loro partner e alle famiglie, inclusi dettagli per entrare in contatto con reti riconosciute d'appoggio, sia pubbliche che su base volontaria.

Autorità sanitarie e sociali competenti operatori sanitari, *peer counselors*, gruppi di sostegno mamma-amamma

Le madri che allattano ed i loro partner ricevono regolarmente questo tipo di informazioni e sostegno

4.7.2 Incoraggiare il sostegno familiare mediante progetti educativi locali e programmi comunitari basati sulla collaborazione tra servizi pubblici e volontariato.

Autorità sanitarie e sociali competenti, operatori sanitari, *peer counselors*, gruppi mamma-a-mamma

Progetti intersettoriali locali e comunitari istituiti e valutati

4.7.3 Identificare ed affrontare i bisogni specifici di sostegno delle donne primipare, immigrate, adolescenti, delle madri che vivono da sole, di quelle meno istruite, e di altre che in una data società abbiano minori probabilità di allattare, comprese madri con precedenti esperienze di difficoltà o d'insuccesso nell'allattamento al seno.

4.7.4 Incoraggiare l'istituzione di politiche ed agevolazioni favorevoli all'allattamento al seno nei servizi e nei locali pubblici, e proteggere il diritto delle donne ad allattare dove e quando vogliono

Autorità sanitarie e sociali competenti, operatori sanitari, *peer counsellors*, gruppi di sostegno mamma-amamma

Gruppi sociali con bisogni speciali di informazione e sostegno identificati e relativi a bisogni adeguatamente affrontati

Governi nazionali e regionali, autorità sanitarie e sociali competenti

Politiche ed agevolazioni ampiamente favorevoli all'allattamento al seno adottate e messe in pratica.

5. MONITORAGGIO

Per verificare che un piano d'azione sia efficace, le procedure per il monitoraggio devono far parte integrale della sua esecuzione. Per assicurare la comparabilità dei risultati, il monitoraggio dei tassi di allattamento al seno dev'essere effettuato con metodi per la raccolta dei dati standardizzati ed accettati da tutti. L'OMS raccomanda l'uso delle seguenti definizioni:

- allattamento al seno esclusivo: il bambino riceve solo latte materno dalla madre o da una balia, o latte materno spremuto, e nessun altro liquido o solido con l'eccezione di gocce o sciroppi di vitamine, supplementi minerali o farmaci;
- allattamento al seno predominante: la fonte predominante di nutrimento del bambino è il latte materno; il bambino, tuttavia, può ricevere anche acqua e bevande a base di acqua; soluzioni per la reidratazione orale; gocce o sciroppi di vitamine, supplementi minerali o farmaci; bevande rituali (in quantità limitate); con l'eccezione di succhi di frutta ed acqua zuccherata, nessun altro liquido nutritivo è permesso sotto questa definizioneⁱ;
- alimentazione complementare: il bambino riceve latte materno e altri alimenti liquidi o solidi (o semi-solidi);
- non allattamento al seno: il bambino non riceve latte materno.

I dati su queste categorie di alimentazione possono essere raccolti a qualsiasi età. Per esempio, i dati possono essere raccolti 48 ore dopo la nascita (*recall period*: dalla nascita), che il parto avvenga in ospedale o a casa, e a circa 3, 6 e 12 mesi (*recall period*: 24 ore). Si considera dif-

ficile per le madri ricordare accuratamente la dieta dei loro bambini per periodi di tempo più lunghi.

È generalmente accettato che i dati sull'allattamento al seno raccolti in maniera trasversale con un *recall period* di 24/48 ore siano meno accurati dei dati raccolti con metodi più intensivi (per esempio, ogni settimana) ed in maniera longitudinale dalla nascita.

Ai fini del monitoraggio, tuttavia, cioè per generare dati generali e continui sull'allattamento al seno, i dati di tipo trasversale rappresentano il migliore compromesso tra accuratezza e fattibilità.

Se i dati sono raccolti ai fini di ricerca, è richiesto un metodo longitudinale.

È anche accertato che le categorie dell'OMS non permettono distinzioni più sottili; per esempio, classificano come alimentazione complementare la madre che dà un pasto occasionale di latte artificiale (e cioè un allattamento al seno quasi pieno) e la madre che offer occasionalmente una poppata al seno (e cioè un'alimentazione quasi esclusivamente artificiale).

Inoltre, la definizione OMS di alimentazione complementare non permette di distinguere tra l'alimentazione con e senza latte artificiale. I sistemi di monitoraggio, o più spesso la ricerca operativa, desiderosi di ottenere una migliore comprensione dei diversi tipi di alimentazione infantile, possono aggiungere categorie a quelle dell'OMS, usando comunque queste ultime a scopo di comparazione internazionale.

ⁱ La somma di allattamento al seno esclusivo e predominante è chiamata allattamento pieno.
ⁱⁱ http://europa.eu.int/comm/health/ph_informaton/indicators/docs/ev_20040219_rd04_en.pdf

La raccolta dei dati può essere realizzata su tutta la popolazione, cioè incorporata nei sistemi nazionali o regionali esistenti per il monitoraggio della salute e dell'assistenza materno infantile.

Nell'interpretare ed usare dati provenienti da questi sistemi, sono di cruciale importanza l'accuratezza (vedi paragrafo precedente), il livello di completezza e la tempestività nel pubblicare i risultati.

La raccolta dei dati può anche essere realizzata mediante inchieste a campione ad intervalli regolari. In questi casi, il campione dev'essere rappresentativo della popolazione studiata, e la sua dimensione dev'essere calcolata in modo tale da permettere comparazioni tra sottogruppi della popolazione stessa e con i risultati di inchieste successive, se questi sono tra gli obiettivi dell'inchiesta.

La versione attuale della lista di Indicatori di Salute della Comunità Europea (febbraio 2004)⁹ include:

- allattamento al seno ed allattamento al seno esclusivo a 48 ore;
- allattamento al seno ed allattamento al seno esclusivo a 3 e 6 mesi;

- allattamento al seno a 12 mesi; così come raccomandato da altri progetti UE (Perinatale; Bambino; Nutrizione di Salute Pubblica). Queste dizioni non sono ancora sufficienti a sviluppare definizioni e metodi standard per la raccolta dei dati. È necessario lavorare ancora per raggiungere un consenso e per diffondere istruzioni operative.

Anche il monitoraggio e la valutazione delle pratiche dei servizi sanitari e sociali e della messa in pratica di politiche, leggi e codici devono essere parte integrante di un piano d'azione. I criteri per il monitoraggio delle pratiche saranno adattati alle circostanze locali ed ai piani operativi. Tuttavia, è utile includere almeno qualche criterio usato in tutto il mondo, come quelli sviluppati da OMS e UNICEF per la BFHI per esempio, per assicurare un certo grado di comparabilità tra e nei paesi. Alcuni standard ed indicatori di processo possono essere integrati nei sistemi di accreditamento dei servizi sanitari e nelle verifiche dell'attuazione delle politiche nazionali.

5.1 Tassi di allattamento al seno

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
5.1.1 Istituire un sistema di monitoraggio basato su definizioni e metodi standard concordati tra tutti.	Ministeri ed autorità competenti, istituti nazionali di statistica, comitati per l'allattamento al seno	Sistema di monitoraggio istituito, dati raccolti ed analizzati regolarmente
5.1.2 Raccogliere, oltre a quelli sull'allattamento, dati sull'età materna ed altre variabili che aiutino ad identificare ineguaglianze e gruppi sociali svantaggiati.	Ministeri ed autorità competenti, istituti nazionali di statistica	Altre variabili d'interesse incorporate nei sistemi di raccolta dei dati
5.1.3 Pubblicare e divulgare i risultati, ed usarli per la pianificazione di altre iniziative per l'allattamento al seno.	Ministeri ed autorità competenti, istituti nazionali di statistica, comitati per l'allattamento al seno	Risultati pubblicati, divulgati ed usati per la ripianificazione, incluso l'impegno ad affrontare eventuali ineguaglianze

5.2 Pratiche dei servizi sanitari e sociali

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
5.2.1 Disegnare protocolli e favorire procedure per la verifica periodica delle pratiche ospedaliere e territoriali basati sullo standard d'eccellenza sviluppato per la BFHI da OMS e UNICEF e dai comitati nazionali e regionali.	Ministeri ed autorità competenti, comitati per la BFHI e la qualità dell'assistenza	Protocolli e procedure per la verifica periodica in atto in tutte le maternità e le strutture territoriali di assistenza all'infanzia
5.2.2 Structurare procedure di restituzione positiva e negativa tra operatori ed utenti per determinare la qualità dell'informazione e del sostegno per l'allattamento al seno nei servizi di maternità, nei reparti di pediatria e nei servizi territoriali di assistenza all'infanzia.	Direttori di ospedali e di servizi territoriali, comitati per la qualità dell'assistenza	Procedure di routine per la restituzione da parte degli utenti stimolate, protocolli in atto per affrontare le pratiche subottimali rinvenite in questo modo
5.2.3 Effettuare un monitoraggio ed una valutazione periodica della copertura, della qualità e dell'efficacia dei materiali e delle attività di IEC.	Autorità sanitarie competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento al seno	Copertura e qualità di materiali e attività di IEC periodicamente riviste
5.2.4 Effettuare un monitoraggio periodico dell'adeguatezza di conoscenze, atteggiamenti e pratiche del pubblico sull'importanza dell'allattamento al seno e su come proteggerlo e sostenerlo.	Autorità sanitarie, sociali ed educative competenti	Inchieste elaborate e svolte, risultati pubblicati
5.2.5 Effettuare un monitoraggio periodico della copertura ed efficacia dell'educazione continua.	Autorità di educazione continua, comitati per l'allattamento al seno, associazioni professionali	Conoscenze, competenze pratiche e copertura della formazione verificate
5.2.6 Pubblicare e divulgare i risultati ed usarli per la pianificazione di altre iniziative per l'allattamento al seno.	Ministeri ed autorità competenti, istituti nazionali di statistica, comitati per l'allattamento al seno	Risultati pubblicati, divulgati ed usati per la ripianificazione, incluso l'impegno ad affrontare i problemi identificati

5.3 Codice Internazionale, leggi e politiche

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
5.3.1 Istituire un sistema di monitoraggio, indipendente da interessi commerciali, per verificare il rispetto del Codice Internazionale, investigare e se necessario perseguire le violazioni, ed informare il pubblico e le autorità competenti sulle infrazioni rilevate nella giurisdizione di competenza.	Ministeri ed autorità sanitarie competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento al seno, associazioni di consumatori	Procedure di monitoraggio in atto ed operative; pubblicazione periodica e divulgazione dei risultati delle infrazioni rilevate del Codice Internazionale
5.3.2 Effettuare un monitoraggio della messa in pratica, nei settori pubblico e privato, delle politiche e delle leggi nazionali, compresa la legislazione sulla protezione della maternità, relative all'allattamento al seno ^m	Governi nazionali e regionali, associazioni dei datori di lavoro, sindacati, ONG d'interesse pubblico, associazioni professionali	Monitoraggio effettuato, pubblicazione periodica delle segnalazioni e dei risultati

6. RICERCA

L'elaborazione di questo Programma d'Azione, e più precisamente della revisione degli interventi, ¹⁵ ha rivelato la necessità di ulteriori ricerche su molti interventi singoli e/o combinati e sul loro effetto per le pratiche di allattamento al seno. In particolare, è necessario chiarire l'effetto di pratiche commerciali coperte dal Codice Internazionale, di una legislazione per la protezione della maternità di più vasta portata, di diversi approcci ed interventi di IEC, e più in generale di quelle iniziative di salute pubblica che non possono essere valutate in termini di efficacia mediante studi controllati randomizzati. In alternativa, la randomizzazione può essere applicata a piccoli gruppi e comunità, invece che a individui; ma anche ciò, purtroppo, è raramente possibile. Altri tipi di studi controllati dovrebbero essere applicati in questi casi, ad esempio studi di non randomizzati o studi prima/dopo per comparare aree geografiche o gruppi di popolazione. Anche i rapporti costo/beneficio, costo/efficacia e la fattibilità di diversi interventi hanno bisogno di ulteriori ricerche.

La qualità dei metodi di ricerca dev'essere sostanzialmente migliorata, in particolare per:

- la costanza nell'uso di definizioni standard delle categorie di alimentazione (inclusi i *recall/period*) e di altre variabili;
- l'uso di criteri validi per l'arruolamento dei soggetti di studio (criteri di inclusione ed esclusione; evitare l'auto-selezione);
- l'uso, quando necessario, di un disegno sperimentale

appropriato (studi controllati randomizzati ed analisi per *intention-to-treat*);

- l'uso di una potenza dello studio appropriata e di un campione compatibile con gli obiettivi della ricerca (per identificare una significatività statistica con ridotti intervalli di confidenza);
- una gestione appropriata dei fattori di confusione con la giusta analisi fattoriale (e con dati di base sufficientemente comprensivi);
- l'uso di metodi qualitativi appropriati quando necessario.

Nell'effettuare ricerche, è importante notare che non è possibile o etico assegnare le madri ad allattare o non allattare al seno in maniera casuale. La valutazione dell'efficacia dei servizi di sostegno alle madri, inclusi i gruppi mamma-a-mamma, dovrebbe essere affrontata con cautela, soprattutto quando è retrospettiva, visto che gli utenti di questi servizi sono generalmente i gruppi sociali con maggiori probabilità di allattare e sono quindi auto-selezionati. Anche la ricerca prospettica in quest'area dovrebbe essere affrontata con cautela a causa della miriade di variabili di confusione coinvolte.

Le linee guida etiche per la ricerca sull'allattamento e l'alimentazione dei bambini, emanate da autorità sanitarie, scuole, collegi ed associazioni professionali, dovrebbero garantire la libertà da tutti gli interessi commerciali e dai conflitti d'interesse. La dichiarazione e la gestione di potenziali conflitti d'interesse dei ricercatori hanno un'importanza fondamentale.

^m I governi ed i servizi pubblici dovrebbero generalmente fungere da leader in questo campo.

6.1 Ricerca

Obiettivi raccomandati	Responsabili	Prodotti e risultati
6.1.1 Stimolare e sostenere ricerca sull'allattamento al seno basata su programmi e priorità convenuti, usando definizioni concordate, e libera da interessi commerciali e conflitti d'interesse.	Commissione Europea, governi, istituti di ricerca, comitati per l'allattamento al seno	Bilancio annuale per la ricerca e sua distribuzione; numero di progetti di ricerca e di pubblicazioni
6.1.2 Appoggiare ed assicurare intensi scambi d'esperienza e competenza in ricerca sull'allattamento al seno tra istituti di ricerca di paesi membri dell'UE.	Commissione Europea, governi, istituti di ricerca, comitati per l'allattamento al seno, associazioni professionali	Numero di progetti e pubblicazioni collaborativi

Le Malattie Respiratorie portate dal freddo: una prevenzione “complementare”

Tiziana Di Giampietro

Pediatra convenzionato, Animatore di formazione, Docente CISDO, Pescara

Le patologie respiratorie rappresentano una delle più frequenti cause di richiesta di intervento medico nella prima e seconda infanzia, esito di raffreddamento, di contagio, di stili di vita errati che provocano un abbassamento delle capacità reattive dell'organismo verso patogeni isolati o pandemici.

Favorite da influenze ambientali e genetiche si evidenziano nelle diverse espressività fenotipiche della malattia con modalità sintomatologiche che il Pediatra nota essere spesso ricorrenti nello stesso soggetto, fattore questo che condiziona sia numerose assenze scolastiche, sia il cronicizzarsi di situazioni che influenzano negativamente la crescita e lo sviluppo psico-fisico del bambino.

Tra i fattori favorevoli l'insorgere e recidivare delle infezioni, le perfrigerazioni, i contagi, il riscaldamento eccessivo degli ambienti ove si soggiorna, la flogosi allergica delle mucose che ne riduce l'effetto barriera, l'eccesso farmacologico che seleziona germi resistenti, la situazione anatomica delle vie aeree superiori favorente ristagni e scarsa ossigenazione dei seni paranasali e dell'orecchio medio e, soprattutto, la situazione immunologica influenzata da innumerevoli condizionamenti psico-costituzionali.

A volte si assiste impotenti al progredire di forme virali delle alte e basse vie respiratorie riuscendo, in qualche maniera, ad intervenire solo quando una complicanza batterica insorga a giustificare una terapia antibiotica che non sia di mera copertura (legale?).

D'altronde il ripetersi delle recidive e della somministrazione antibiotica determina frequentemente, oltre che la comparsa di batteri resistenti, una alterazione della sim-

biosi batterica intestinale e una riduzione della reattività immunologica aspecifica dell'organismo

Le terapie antiflogistiche, se da un lato attenuano il sintomo fastidioso, dall'altro aprono la porta all'invasione microbica sistemica contrastando l'infiammazione che si sviluppa, in realtà, proprio come reazione organica di difesa, per arginare il focolaio d'infezione.

Il medico è chiamato quotidianamente a distinguere tra sintomi irrillevanti, che assumono agli occhi del malato o del genitore ansioso una gravità smisurata, e forme, apparentemente innocue, che possono evolvere verso complicanze imprevedibili nell'entità e nella rapidità, spesso terapeutivamente incontrollabili.

La prevenzione è quindi una buona medicina non solo perché consente di evitare complicanze e ricadute ma anche perché, stimolando le difese dell'organismo, le potenzia e predispone ad una migliore qualità di vita.

Il recidivare, in uno stesso soggetto, di forme infettive dovrebbe indurre il Pediatra a ricercare la causa etiologica favorente e a considerare gli episodi acuti come le punte di un iceberg sommerso piuttosto che a perseverare in un accanimento farmacologico.

Si è così evocato un concetto fondamentale in medicina per l'attuazione di ogni forma di prevenzione, quello della scoperta ed eliminazione della causa etiologica; concetto troppo spesso ignorato a favore di terapie mirate ad assicurare un successo immediato attraverso la soppressione momentanea del sintomo e l'illusione d'aver così guarito dalla malattia.

Il vecchio modello riparativo della seconda metà del se-

colo scorso, che raccoglie ancora il consenso e il sostegno dell'*establishment* capitalistico, ha dovuto dare riddito dei costi crescenti di codesta impostazione e riconoscere gli indubbi riscontri positivi che la medicina preventiva ha potuto registrare a suo favore: evitare l'instaurarsi del fatto patologico, le ricadute e le eventuali complicanze (con un risparmio non indifferente della cifra spesa per la cura).

Prevenire dunque è più efficace e più economico che curare e, aggiungeremo, meno dannoso quanto a effetti tossici e collaterali al farmaco.

A tale riguardo si è assistito al fiorire di un rosa di immunomodulatori, immunostimolanti e vaccini da prescrivere, in modo indistinto, a quei soggetti cui si voleva praticare una prevenzione antivirale e/o antibatterica delle infezioni dell'albero respiratorio.

La peculiarità delle terapie naturali è che considerano il paziente non passivo riguardo alla sua salute e alla sua malattia, entrambe risultanti dall'interazione tra genetica (che condiziona la somatizzazione patologica e il tipo di reazione) e ambiente (inteso come alimentazione, attività motoria, stress psichici, fisici, termici, radioattivi, tossici...).

Un organismo in equilibrio omeostatico opporrà la sua massima resistenza energetica, biochimica e plastica all'aggressione morbosa perché il nostro stato di salute dipende anche dalla rapidità delle reazioni enzimatiche.

Artefice dei suoi mali in prima persona, o in quella dei suoi tutori prima che raggiunga "l'età della ragione", il malato viene globalmente considerato e la modalità con cui attuare la prevenzione non è solo farmacologicamente mirata al suo terreno costituzionale e alla sua tendenza morbosa o al riequilibrio di una omeostasi scompensata. Tenderà infatti anche a stimolare quelle variazioni dello stile di vita che inducano cambiamenti nelle modalità reattive dell'organismo fino al recupero dello stato di salute iniziale.

In questa ottica le recenti osservazioni di una associazione tra dieta e rettocolite ulcerosa (Gut. 2004;53:1399-1401, 1479-1484), dieta e colon irritabile (Gut. 2004;53:1459-1464) o ancora tra obesità e iperreattività bronchiale non sono più viste come tessere distinte da una medicina meravigliata per la ricorrenza con cui questi eventi accidentalmente coesistono, ma come tasselli di uno stesso puzzle, indizi di uno stesso enigma la cui soluzione è condivisa.

Si tratterà infatti di una flogosi, di natura allergica o da stress termico o da trasmissione aerea, che altererà l'effettiva barriera di una mucosa che, non più integra, faciliterà il passaggio di virus e batteri e l'ipertrofia di quello che costituisce il secondo baluardo di difesa: l'anello linfatico del Waldaier.

Logica vuole che si indaghi e rimuova la causa dell'infiammazione altrimenti, inevitabilmente, la patologia reciderà costringendo all'abuso farmacologico o, peggio ancora, all'asportazione punitiva di tonsille e/o adenoidi, colpevoli solo di un tentativo di difesa.

Le medicine naturali più direttamente concorrono al recupero dell'equilibrio organico attraverso logiche diverse, che siano la disintossicazione tessutale (omeotossicologia) o l'integrazione di oligoelementi essenziali per il funzionamento di certe vie metaboliche (Sali di Schussler, oligoterapia catalitica) o il lenire stati d'animo evocanti patologie psico-somatiche (Fiori di Bach) o l'individuare la sostanza che in natura, ad alte dosi, induce certi effetti tossicologici e che a dosi infinitesimali stimola la guarigione nel malato che li manifesta con le stesse modalità (omeopatia).

In Omeopatia i medicinali della tipologia (*Calcarea carbonica*, *Natrum muriaticum*, *Pulsatilla*, *Phosphorus*, *Silicea*, *Lycopodium*, *Arsenicum album*...) o diatesici (*Tuberculinum*, *Medorrhinum*, *Psorinum*, *Luesinum*), specifici per ogni paziente, affiancati, se necessario, a medicinali scelti per stimolare le difese (*Anas barbarie* 200K) o a limitare la tendenza suppurativa (*Silicea*, *Hepar Sulfur*, *Phytolacca*, *Mercurius solubilis*...) ad alta diluizione), concorrono al raggiungimento dell'equilibrio di terreno e reattivo.

In Omeotossicologia il recupero avviene attraverso una "vicariatione inversa", una sorta di disintossicazione d'origine, che porta al recupero dell'originale integrità dei meccanismi immunologici ed enzimatici

In Fitoterapia è nota l'azione di alcuni principi attivi contenuti in dosi ponderali (come nei farmaci di sintesi) nel fitocomplesso di alcune piante, quali l'*Echinacea*, il *Ribes nigrum*, la *Rosa canina*, la *Betula pubescens*, l'*Urtica tomentosa*, nell'indurre il potenziamento immunitario e nel migliorare la risposta specifica ai processi infettivi.

L'Oligoterapia, scoperta in Francia da Ménétrier, stabilisce che gli oligoelementi hanno una importanza basilare sul "terreno" e che la carenza di parte di essi predispone l'organismo ad alcune malattie.

Ménétrier pertanto introduce per primo il concetto di diatesi o di terreno suggerendo una classificazione dei pazienti secondo i caratteri ereditari, il loro comportamento fisico e psicologico e la loro predisposizione a contrarre alcune malattie.

Egli individua 4 modi reattivi o diatesi principali e l'oligoelemento corrispondente. Sono le diatesi ipostenica (Manganeso-rame), distonica (Manganeso-cobalto) e anergica (Oro-argento-rame) che con maggior frequenza tendono a presentare recidive infiammatorie ed infettive mentre la prima, l'allergica (Manganeso), sarà caratteriz-

zata da una risposta organica ancora vigorosa (centrifugante) al punto da evocare a volte sintomi fastidiosi (febbre alta, flogosi accentuata...) ma comunque validi ai fini della guarigione. Non dimentichiamo infatti che la presenza di quelle forme morbide subdole e croniche che si sviluppano nei soggetti con scarsa reattività (immunodepressi, anziani defedati).

Secondo leggi schematizzate nel grafico di Selye, lo stress esogeno induce una prima risposta adrenalinica vigorosa, caratterizzata da sintomi di flogosi (Psora, diatesi del Manganese-rame, ...), cui seguirà, se la causa etiologica persiste, una fase di iniziale cedimento e di ristagno metabolico (Sicosi, diatesi del Manganese-cobalto...), per evolvere infine nella terza fase di esaurimento in cui, dopo un periodo più o meno lungo di malattia, che varia in rapporto a parametri non solo costituzionali, si instaura la lesione (Luesinismo, diatesi dell'Oro-argento-rame). In comune queste tecniche terapeutiche hanno l'attenta osservazione e il profondo rispetto degli eventi naturali che caratterizzano l'innata capacità e potenzialità dell'organismo umano, almeno fino a che conserva la sua forza reattiva, di recuperare, attraverso propri meccanismi di difesa (*vis medicatrix naturæ*), l'iniziale stato di benessere psico-fisico.

Le cure complementari

L'influenza è una malattia che si accompagna a grandi epidemie e colpisce qualunque età.

È dovuta al Mixovirus di cui sono stati descritti tre tipi: A (sottotipi A0, A1, A2), B con sei varianti e C.

La contaminazione è diretta, interumana, per inalazione delle goccioline infettate dal virus. La contagiosità è legata alla presenza del virus nel rinofaringe tra il primo e il sesto giorno. La protezione immunitaria non è assoluta e poco duratura (da due a quattro anni).

Dopo una incubazione breve e silenziosa di due o tre giorni, l'inizio è brutale con brividi, iperipressia, cefalea e raffreddore, tosse secca e breve che si aggrava progressivamente.

Troveranno indicazione nella fase di esordio:

- *Anas barbarie* 200K: dall'inizio della sintomatologia 2 o 3 dosi al giorno per due-tre giorni in associazione ai medicinali scelti in base alla similitudine omeopatica;
- *Aconitum napellus*: febbre di colpo alta con brividi dopo esposizione a freddo secco. Pelle secca e calda in assenza di sudorazione, sete, starnuti e tosse secca. Ansia, agitazione, paura di morire;
- *Belladonna*: ipertermia con congestione cefalica, viso arrossato, sudorazione abbondante, cefalea intensa

aggravata dalla luce, dal rumore, dalle scosse. Gola arrossata, tosse secca, spasmodica, dolorosa con disagio e senso di costrizione in gola. Posologia: 7-9 CH tre granuli ogni 2 o 3 ore distanziando col miglioramento;

- *Ferrum phosphoricum*: febbre poco elevata, ad inizio progressivo, alternanza di rossore e pallore del viso, congestione ed emorragie localizzate. Epistassi, otalgie, timpano congesto, tosse da tracheite. Nel periodo di stato, coesistono ipertermia, malessere generale, abbattimento, cefalea o dolori periorbitari, raffreddore, tosse secca, incessante, dolorosa. Nei casi benigni l'evoluzione è rapida e in 4-5 giorni si ha guarigione. Nelle forme più severe la temperatura si abbassa verso il decimo giorno per poi risalire e persistere più a lungo. La risoluzione lascia spossatezza della durata di qualche giorno.

Il trattamento omeopatico di queste forme permette di abbreviare l'evoluzione, diminuire le complicanze e soprattutto sopprimere l'astenia post-influenzale.

- *Eupatorium perfoliatum*: inizio brusco della febbre con brividi, sete intensa e abbattimento, dolori ossei brucianti, rigidità articolari e muscolari aggravate dal movimento, cefalee con dolori periorbitari e dolori alla pressione dei globi oculari, raffreddore, tosse secca, nausea e vomiti;
- *Rhus toxicodendron*: febbre con abbattimento, adinamia, stupore ma, nello stesso tempo, agitazione per cui il malato cambia di continuo posizione senza trovare sollievo. Brividi al minimo movimento o scoprendosi. Sudori in tutto il corpo tranne che al viso. Sete intensa di acqua fredda, herpes periorale;
- *Gelsemium semprevirens*: inizio progressivo della febbre con brividi e sudori in assenza di sete. Il malato è prostrato, assopito. Volto arrossato e congesto, occhi lacrimanti. Starnuti, tosse secca, disfiagia, cefalea congestiva, sottorbitaria, pesantezza delle gambe, tremori, spossatezza;
- *Bryonia alba*: febbre ad inizio brutale, faccia rossa, testa calda e dolorante, polso rapido, sudori abbondanti, mucose secche con sete viva, immobilità assoluta con aggravamento dei sintomi al minimo movimento. Tosse secca e dolorosa con fitte intercostali;
- *Nux vomica*: inizio brusco della febbre con brividi, sete, starnuti frequenti, corizza acquosa e peso frontale, tosse secca spossante, brividi con ipersensibilità alle correnti d'aria. Irritabilità e collera per essere ammalato con aggravamento e reazioni violente alle contrarietà. Posologia: 7-9 CH tre granuli sublinguali ogni due-tre ore.

Nella fase di convalescenza, se permane astenia:

- *China*: astenia fisica, pallore, ipostenia, sudori al minimo sforzo, sete intensa, brividi;
- *Kalium phosphoricum*: astenia psichica ed intellettuali, mancanza di voglia di lavorare, ansia e inquietudine, mancanza di concentrazione, affaticamento al minimo sforzo intellettuale. Posologia: 7-9 CH tre granuli sublinguali mattino e sera;
- *Avena sativa* 2 D;
- *Alfalfa* 2 D da qsp 30 ml. Posologia: 20 gocce mattino e sera in caso di affaticamento, insonnia, inappetenza.

La corizza o raffreddore

Dopo un breve periodo di incubazione si avranno:

- fase di esordio: lacrimazione, rinorrea acquosa, solletico faringo-nasale, starnuti a salve, malessere generale;
- fase di stato: in cui si aggrava l'ostruzione nasale e il muco diviene bianco o giallastro;
- fase di risoluzione: nella quale il sintomo prevalente è l'ostruzione nasale. Proprio la persistenza di questo muco a livello delle vie di deflusso-aereazione dei seni paranasali e delle tube di Eustachio favorisce le complicanze sinusitiche (dolori fronto-mascellari) e otitiche (dolori oto-mastoidei) nei bambini.

Nella fase di esordio la modalità sintomatologia troverà similitudine in farmaci quali:

- *Aconitum napellus*: vedi influenza;
- *Nux vomica*: quando siano presenti salve di starnuti al risveglio, rinorrea acquosa diurna e ostruzione nasale notturna aggravate dal caldo di una stanza e migliorate all'aria aperta;
- *Sticta polmonaria*: aridità della mucosa nasale, costante bisogno di soffiare il naso ma senza secrezione, croste secche, specie di sera e notte. Sensazione di pienezza alla radice del naso. Peggiora inspirando. Posologia : 5-7 CH 3 granuli sublinguari più volte al dì distanziando col miglioramento.

Nella fase di stato:

- *Allium cepa*: in cui la rinorrea acquosa abbondante, irritante la mucosa nasale, è accompagnata da lacrimazione scarsa, starnuti a salve, tosse secca e spasmodica. Tutto peggiorato dal caldo e migliorato dall'aria aperta;
- *Kalium muriaticum*: con rinorrea densa e biancastra, ipoacusia intermittente e acufeni alla deglutizione per accumulo di muco denso nella tuba di Eustachio (e rischio di otite catarrale). I sintomi aggravano al freddo e migliorano al caldo secco;
- *Kalium bicromicum*: il muco è denso giallo-verdastro tendente a formare croste aderenti e sanguinolente. Si

associa dolore alla radice del naso, sinusite frontale e mascellare, lesioni ulcerose e afte delle mucose. Modalità simili al precedente. Posologia: 5-7 CH 3 granuli sublinguari più volte al dì distanziando col miglioramento.

Nella fase di risoluzione:

- *Pulsatilla*: quando persistano naso ostruito e tosse secca di notte, rinorrea e tosse produttiva di giorno con muco denso e giallastro, tendente alla cronicizzazione. I sintomi si aggravano col caldo confinato e migliorano con l'aria aperta. Posologia: 15-30 CH 3 granuli sublinguari una o due volte/die.

L'otite acuta

L'otite acuta (nella forma purulenta è opportuna l'integrazione antibiotica) provoca dolore con o senza febbre. La terapia omeopatica si avvale più frequentemente dei seguenti medicinali:

- *Belladonna*: è la forma congestizia a esordio brusco, con febbre alta, iperestesia generale, dolore pulsante, sudorazione profusa. I sintomi sono aggravati dal contatto e dal freddo e migliorati dalla posizione semiseduta;
- *Ferrum phosphoricum*: otalgia pulsante più marcata a sinistra, febbre modica ad esordio progressivo, alteranza di pallore e congestione al viso. Tosse secca e dolorosa con aggravamento notturno;
- *Capsicum annuum*: otalgia a colpo di pugnale con dolore che si irradia alla mastoide, sensazione di bruciore e iperestesia al contatto e aggravamento al freddo;
- *Kalium muriaticum*: è il farmaco dell'otite catarrale che segue una rinite acuta con muco biancastro, acufeni alla deglutizione, ipoacusia intermittente e senso di pienezza dovuto al catarro nella tuba di Eustachio. Aggravamento col freddo. Le basse diluizioni idratano il muco denso nella tuba. Posologia: 5-7 CH 3 granuli sublinguari due volte al dì.

Nel sospetto di un'evoluzione suppurativa si consiglia di associare *Hepar sulfur* 30 CH e *Pyrogenium* 5 CH (vedi: angine poltacee).

La sinusite

La sinusite è un'infiammazione primitiva o secondaria della mucosa che riveste i seni paranasali (infezioni apicali dentarie o rinofaringee).

Topograficamente si distingue in etmoidale, frontale, mascellare e sfenoidale. Da ricordare che sotto i due anni esistono solo i seni mascellari e che lo sviluppo completo dei seni si raggiunge tra i 10-12 anni.

La sintomatologia dipende molto dalla zona della flogosi. Inizialmente si ha secrezione liquida nasale che diviene purulenta con tosse notturna, cefalea frontale, dolore al volto, febbre accompagnata da alterazione degli indici della flogosi.

Può complicarsi con edema infiammatorio periorbitario, con cellulite o ascesso orbitario, con osteomielite e meningite.

In coincidenza dei primi sintomi di corizza acuta, il malato può avere dolori a livello della radice del naso e dei seni frontali. In tale fase trovano indicazione farmaci come:

- *Sticta polmonaria*: vedi rinite;
- *Kalium iodatum*: i sintomi iniziano con rinite acquosa, abbondante e irritante, naso gonfio e rosso, gli occhi lacrimano, bruciano e sono gonfi, c'è costrizione alla radice del naso. Peggiorati all'aria fresca e di notte;
- *Hydrastis canadensis*: le secrezioni sono spesse, giallastre, molto viscoso e aderenti, si riuniscono in creazioni a livello dell'orifizio delle narici con secrezione nel cavo retrofaringeo. C'è sensazione di ostruzione nasale in una camera calda;
- *Cinnabaris*: sinusite mascellare con una rinorrea posteriore e mucosità filanti, occhio rosso e dolori a livello periorbitale. Mezereum, dolori brucianti nelle ossa del naso e della faccia (sinusiti mascellari) con risonanza muco-purulenta striata di sangue. I sintomi aggravano di notte, con il freddo e la pressione delle zone dolenti. Migliorano all'aria aperta. Posologia: 5-7 CH 3 granuli sublinguari due o tre volte al dì.

La faringite

La faringite è caratterizzata da faringodinia spontanea o provocata dalla deglutizione, febbre, flogosi rosea o rosacea con presenza o meno di essudato sulle tonsille palatine. Il dolore, di solito ai lati della gola, può irradiarsi alle orecchie o alla trachea.

Clinicamente, si distinguono:

Le Angine eritematose

- *Belladonna*: la mucosa è rossa e secca, concomita contrazione spasmodica dei muscoli della gola che dà al malato l'impressione di avere una mano che gli stringe il collo. Molto spesso i linfonodi cervicali si ingrossano e diventano dolenti. La temperatura è alta, oscillante. Il malato presenta congestione cefalica e suda molto. Si riscontrano le modalità generali del medicinale: peggiora con la luce, il rumore, il tatto, l'aria fredda; migliora nell'oscurità e nella tranquillità.
- *Apis mellifica*: La mucosa faringea e le tonsille si presentano edematose, di color rosso rosato. L'ugola

pende come un otre pieno d'acqua. I dolori sono pungenti, brucianti, migliorano bevendo qualcosa di freddo o succhiando del ghiaccio. La febbre è alta. La pelle è alternativamente secca e ricoperta da sudore. Il malato non ha sete. Prescrivere alla 15 CH, cinque granuli ogni ora poiché *Apis* ha un'azione rapida ma di breve durata;

- *Phytolacca decandra*: faringe di colore rosso scuro, in particolare sui pilastri anteriori. Tonsille gonfie e ugola a volte edematosa, in genere di entità inferiore rispetto a quella di *Apis*.

La deglutizione provoca un dolore che si irradia alle orecchie. A volte, piccoli punti bianchi, danno l'impressione di corpi estranei con continuo bisogno di inghiottire. I linfonodi cervicali sono infiammati e tumefatti. Peggiora col freddo umido e col movimento, migliora col clima secco e col riposo. Posologia: 7-9 CH, 3 granuli sublinguari due o tre volte al dì.

Le Angine poltacee e a pseudomembrane

- *Mercurius solubilis*: il faringe e le tonsille sono arrossate, con odinofagia irradiata alle orecchie; presenti piccoli punti bianchi o pseudomembrane spesse. L'aspetto della lingua è caratteristico: molle, gonfia, conserva sui bordi laterali l'impronta dei denti. È ricoperta da una patina giallastra spessa. L'alito è fetido, la saliva abbondante e densa. Presenti adenopatie cervicali. La febbre è elevata di tipo continuo. Il malato ha brividi a fior di pelle e sudore profuso che non lo allevia. La sete è intensa. Peggiora di notte al caldo, col freddo umido, con la sudorazione. Le diluizioni basse (5 CH) hanno la tendenza a idratare la suppurazione (e favorire la fistolizzazione). Così si prescriverà più volentieri il medicinale alla 15-30 CH (tendenza a riassorbire) nei malati soggetti a flemmoni e nelle suppurazioni che non hanno possibilità di drenare all'aperto (tonsilliti, otiti, polmoniti....).

- *Mercurius cyanatus*: il faringe presenta pseudomembrane grigiastre aderenti, difficili da staccare, che ricoprono ulcerazioni sanguinanti. Le adenopatie cervicali risultano dolorose al tatto. C'è un attacco profondo dello stato generale con prostrazione. *Mercurius cyanatus* era considerato un tempo dagli omeopati "il medicinale" delle angine d'ifteriche.
- *Pyrogenium*: bioterapico degli stati settici e febbrili a tendenza suppurativa. Secrezioni fetide, discordanza fra il polso e la temperatura, alteranza di prostrazione, angoscia, ansia, agitazione.
- *Hepar sulfur*: infiammazione e suppurazione del tessuto delle amigdale con ipersensibilità al dolore. Aggravamento al tatto e al freddo. Posologia: 15-30

CH 3 granuli sublinguari due o tre volte al dì per frenare e riassorbire la suppurazione (le basse diluizioni favoriscono la maturazione della suppurazione fino all'evacuazione spontanea).

La laringite acuta

La laringite acuta può presentare nel bambino una sintomatologia grave per le difficoltà respiratorie o essere caratterizzata solo da raucedine fino all'afonia, tosse secca o abbaianate.

- *Aconitum*: se l'esordio è improvviso dopo l'esposizione a freddo dal nord, febbre elevata con brividi, gola secca, voce bassa, sete intensa, tosse secca. La cute è calda e secca. Si associano spesso dolori acuti di tipo nevralgico;
- *Sambucus nigra*: tosse soffocante con espettorazione scarsa e muco adesivo al laringe. Si aggrava verso mezzanotte quando il malato è costretto a sedersi a causa della dispnea intensa. Disfonia e sudorazione profusa al risveglio caratterizzano il quadro.
- *Spongia tosta*: consigliata nella laringite ipoglottica dovuta a freddo secco con sensazione di bruciore e aridità della mucosa. Il solletichio in gola tende a scatenare una tosse pertussoidale, col timbro metallico simile al rumore di una "sega che taglia una tavola di abete". Tutto migliora con l'assunzione di bevande calde e stando seduti e peggiora assumendo liquidi freddi.
- *Aurum triphyllum*: dopo perfrigerazione o sforzo vocale (oratori) la gola è secca, bruciante, scorticata e arrossata; le labbra sono secche, spesso sanguinanti, la voce alterata o bitonale fino all'afonia.
- *Arnica montana*: è il rimedio dei traumi, indicata dunque nella laringiti da sforzo della voce. Disfonia e afonia si accompagnano ad una sensazione di scorticamento in gola soprattutto al risveglio. Posologia: 5-7 CH 3 granuli sublinguari due o tre volte al dì.

La tracheobronchite

Anche in questa flogosi delle mucose tracheo-bronchiali è possibile distinguere i tre quadri clinici, di esordio, di stato e di convalescenza. La tosse sarà il sintomo rivelatore, prodotta dalla stimolazione infiammatoria dei recettori localizzati nella mucosa della trachea e dei bronchi. Nelle *tossi secche* riconosceremo i sintomi di:

- *Aconitum napellus*: tosse secca, ipertermia ad esordio brusco, brividi, tachicardia, sete intensa, cute secca, agitazione, angoscia fino alla paura della morte. Aggrava col freddo intenso e verso mezzanotte. Migliora con la traspirazione e nelle malattie acute;

- *Bryonia alba*: la tosse è secca e stizzosa con dolori toracici, cefalea frontale gravativa, sete intensa d'acqua fredda, ricerca dell'immobilità e del calore locale. La causa scatenante è l'esposizione al freddo umido. Alla flogosi delle mucose delle prime vie aeree può associarsi la flogosi delle sierose. Tipico l'aggravamento alle 21, col movimento, col calore confinato di una stanza e il miglioramento con la sudorazione e l'immobilità;
- *Rumex crispus*: dopo l'esposizione al freddo si sviluppa una tosse secca prostrante unita ad una estrema sensibilità. Il paziente aggrava inspirando aria fredda e migliora coprendo naso e bocca;
- *Sambucus nigra*: il quadro clinico è imponente e comprende corizza, laringite stridula catarrale, tracheite acuta, asma. Aggravamento alle 24 o stando sdraiati. La tosse è soffocante con scarsa espettorazione di muco filante, disfonia e abbondante traspirazione al risveglio;
- *Spongia tosta*: la tosse è secca con carattere metallico, c'è bruciore delle mucose nasali e laringee. Posologia: 7-9 CH 3 granuli sublinguari più volte al dì.

Nella tosse *spasmodica*:

- *Coccus cacti*: tosse stizzosa, pertussoidale che termina con l'espulsione di abbondante muco bianco e filante, provocata da un senso di solletico in laringe. L'aggravamento si ha dopo le 23, in una camera calda e al risveglio;
 - *Drosera rotifondulica*: tosse secca, spasmodica, latrante, con vomito. Associato il colorito cianotico e i dolori costali e addominali (Pertosse, bronchite asmatiche). I sintomi peggiorano dopo mezzanotte e col calore del letto o bevendo, migliorano con la pressione delle mani sul torace o sull'addome. Posologia: 7-9 CH tre granuli più volte al giorno.
- Nella tosse *catarrale*:
- *Antimonium tartaricum*: tosse catarrale, dispnea intensa e rantoli a grosse bolle da ristagno, ma espettorazione inefficace e pallore. Aggravamento intorno alle 4-5 di notte;
 - *Ipeca*: tosse spasmodica, con dispnea respiratoria, nausea e vomito. All'ascoltazione rumori secchi e umidi, lingua pulita, assenza di sete. Broncospasmo associato a catarro. Aggrava col freddo, col movimento, col caldo umido;
 - *Pulsatilla*: tosse secca di notte e produttiva di giorno, muco denso e giallastro non irritante, anosmia, assenza di sete. Migliora col movimento e all'aria aperta. Posologia: 15-30 CH 3 granuli sublinguari due o tre volte al dì associando medicinali che riducono l'edema mucoso (*Apis mellifica*) o lo spasmo della muscolatura liscia bronchiale (*Cuprum metallicum*).

Il dolore nel bambino visto dalla parte della Pediatria di Famiglia

Monica Pierattelli

Pediatra di Famiglia, FIMP Firenze

L'interesse per il "problema dolore" in età pediatrica è sicuramente aumentato negli ultimi anni dopo un lungo periodo in cui è stato sicuramente sottovalutato e sottovalutato da tutti gli operatori sanitari.

Sicuramente in questi anni hanno giocato a favore di una più completa presa in carico del dolore nella vita del bambino altri fattori, oltre la maggior sensibilità al tema:

- maggior comprensione della fisiologia del dolore e migliori capacità diagnostiche;
- lo sviluppo di scale adeguate per la valutazione del "dolore dalla parte del bambino";
- la maggiore disponibilità di farmaci più specifici, più potenti e sicuramente anche meglio compresi nel loro meccanismo d'azione, indicazioni e limiti;
- la possibilità di utilizzare risorse non farmacologiche per il controllo del dolore.

Le nuove acquisizioni sul dolore

In estrema sintesi possiamo dire che il dolore è un'esperienza psicologica complessa dove i meccanismi cognitivi e

affettivi sono spesso non meno importanti del danno organico che causa la stimolazione del sistema nocicettivo. Il dolore viene percepito anche dal feto ed è dimostrabile già nel neonato. Ci sono dati che fanno pensare anzi che, a differenza di quanto creduto dai medici fino a pochi anni fa, nella primissima infanzia la percezione del dolore sia più acuta, data l'im maturità dei meccanismi discendenti di controllo che più avanti nell'età inibiscono la trasmissione del dolore. Nella Tabella I sono riassunti i momenti più significativi della sequenza evolutiva del dolore nel bambino che come tutti gli apprendimenti, si modifica nel tempo.

L'espressione del dolore cambia con gli anni. I lattanti e i bambini in età prescolare rispondono soprattutto con pianto, movimenti massicci e tentativi di fuga dallo stimolo doloroso. In età scolastica e nell'adolescenza invece, pianto e proteste vigorose sono più rare, mentre sono più comuni smorfie di dolore, trasalimenti o descrizioni verbali delle sensazioni di malessere.

Non è certamente facile definire l'approccio migliore al dolore del bambino: approccio che deve essere in ogni caso globale ed individualizzato per essere efficace.

Tabella I. Sequenza evolutiva nel concetto del dolore (Gaffney, 1988)

Età	Concezione prevalente
0-3 mesi	Nessun concetto apparente del dolore; memoria del dolore probabile ma non di mostrata definitivamente. Le risposte sono dominate dagli aspetti percettivi
3-6 mesi	Risposta del dolore del neonato più risposta di rabbia del lattante e divezzo.
6-18 mesi	Sviluppo di un chiaro timore delle situazioni dolorose. Compaiono parole comuni per il dolore, per es: "bua". Localizzazione di alcuni dolori.
Fino a 6 anni	Pensiero prelogico caratterizzato da ragionamento concreto, egocentrismo e logica trasduttiva.
7-10 anni	Operazioni concrete: il bambino è in grado di distinguere se stesso dall'ambiente. Uso di strategie comportamentali per fronteggiare il dolore.
11 anni e oltre	Operazioni formali: capacità di pensiero astratto e d'introspezione. Maggior uso di strategie mentali o cognitive per fronteggiare il dolore.

Tabella II. Metodi per stimare il dolore in bambini.

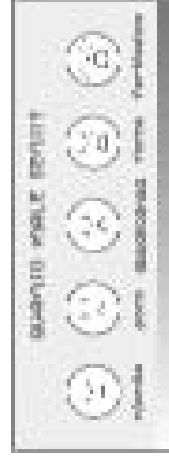
Comportamentali-osservazionali	Fisiologici	Proiettivo	Psicologici	Self-report
Posizione del corpo	Riflessi	Colori		Interviste
Comportamenti specifici del dolore	Frequenza cardiaca	Forme		Questionari
Espressioni facciali	Frequenza respiratoria	Illustrazioni		Termometri
Pattern di vocalizzazione o pianto	Indice di fatica	Disegni		Facial scales
		Visual analog scales		

Le scale di valutazione del dolore

Molti progressi sono stati fatti in algorimetria per oggettivare e quantificare il dolore nel bambino.

I metodi di misurazione del dolore possono essere classificati come comportamentali, psicologici o fisiologici, in base al tipo di risposta al dolore che viene misurata (Tab. II).

Tra i metodi di autovalutazione molto usata è la *affective facial scale* (P. A. McGrath), che consiste in una serie di facce con diverse espressioni che sono usate per valutare le dimensioni affettive del dolore.



Le nuove acquisizioni sui farmaci più potenti, in particolare gli oppioidi

Molti studi di farmacocinetica e farmacodinamica hanno puntualizzato indicazioni e limiti all'uso di farmaci antalgici; l'OMS ha stabilito una scala graduata d'interventi in base alle caratteristiche e all'entità del dolore; le paure legate alla dipendenza ed alla tolleranza dei farmaci narcotici sono state ridimensionate; le indicazioni all'uso dei farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS) sono state puntualizzate, la positività dell'uso dei farmaci adiuvanti è stata ormai confermata come pure l'efficacia di molte tecniche anestesiolgiche. Senza entrare nei particolari i farmaci oppioidi vanno usati dal Pediatra di Famiglia (PdF), quando indicati, con tranquillità, senza quelle remore che ne hanno limitato l'uso fino ad oggi. A tal proposito sono state semplificate anche le regole per la ricettazione.

Specifiche tecniche non farmacologiche

Oltre a ciò sempre più frequenti sono le segnalazioni in letteratura riguardo l'efficacia e la validità antalgica anche

in età pediatrica, delle metodiche non farmacologiche (psicologiche e fisiche).

L'impiego mirato di parole e immagini, le tecniche basate sulla distrazione (compresi il racconto di storie e l'ascolto di musica), le tecniche ciberfisiologiche (rilassamento-immaginazione, autoipnosi, *biofeedback*), la stimolazione elettrica transcutanea del nervo (TENS), compatibilmente con l'età del bambino, sono in grado di aggiungere molto alla terapia con i soli farmaci.

Tutti questi metodi richiedono una preparazione specifica e una certa pratica, sia da parte degli operatori che del paziente. Il tempo necessario va da un minimo di tre giorni di seminario intensivo per acquisire una competenza iniziale nell'autoipnosi a vari mesi per imparare a usare i diversi apparecchi per il *biofeedback*. Anche il paziente è opportuno che riceva un training articolato e specifico: ciò favorisce un senso di competenza e fiducia in sé stessi nei bambini con malattie croniche, che spesso sentono di non avere quasi nessun controllo sulla propria vita.

Il ruolo del Pediatra di Famiglia

Il dolore acuto nella patologia acuta banale si ferma di solito in Pediatria di Famiglia, al primo livello.

Le coliche dei primi mesi di vita, i dolori della dentizione, le tonsilliti dolorose, le otalgie, i dolori muscolo-tendinei, i piccoli traumi sono argomento di quotidiana consultazione ambulatoriale.

Ad oggi numerosi studi confermano che il bagaglio terapeutico a disposizione del PdF è sufficiente per la gestione della maggior parte di questi problemi.

Da anni inoltre è drasticamente ridotto l'utilizzo di farmaci per via intramuscolare (dolore da terapia) che un altro dolore aggiungevano al piccolo paziente, spesso gratuito (vitamine e ricostituenti in primo piano!). Oggi i pochi antibiotici che vengono utilizzati per via IM sono riservati alle patologie infettive gravi, oggi sicuramente più rare di un tempo.

PARACETAMOLO, PARCETAMOLO + CODEINA nei casi più resistenti

Via	Età <12 Anni	Età > 12 Anni	Frequenza	Note
Orale	10-15 mg/kg/dose	500 mg-1 gr	Ogni 4-6 ore	Dose massima nelle 24 ore: 80 mg/kg
Rettale	20 mg/kg/dose	500 mg-1 gr	Ogni 4-6 ore	Dose massima nelle 24 ore: 90 mg/kg

IBUPROFENE

Via	Età < 12 Anni	Età > 12 Anni	Frequenza	Note
Orale	5 mg/kg/dose	200-600 mg	3-4 volte al di	Dose massima nelle 24 ore: 2.4 gr/die
Rettale	20 mg/kg/dose	500 mg-1 gr	Ogni 4-6 ore	Dose massima nelle 24 ore: 90 mg/kg

Da: *Guida all'uso dei farmaci nei bambini*. Ministero della Salute 2003.

Esiste però un nuovo scenario che si affaccia all'orizzonte della pratica medica oggi sempre più spostata fuori dall'Ospedale (Piano Sanitario 2003-2005): sono sempre più numerose infatti le patologie chirurgiche minori che vengono operate in *day surgery* e che permettono al bambino di tornare a casa dopo poche ore dalla fine dell'anestesia. Questo significa che viene spostata sul territorio la gestione del dolore post-operatorio, anche se per periodi brevi.

Esiste poi il dolore ricorrente: la cefalea, i dolori addominali ricorrenti, i dolori agli arti ("di crescita") rientrano in questo capitolo. Sono sintomi responsabili di un numero elevato di visite ambulatoriali, alla ricerca di una soluzione che spesso tarda a venire. Al di là del fatto che queste patologie hanno una dignità clinica specifica e prevedono precisi protocolli diagnostici e terapeutici già sufficientemente concordati, il Pdf non può non tenere conto delle innumerevoli ripercussioni relazionali, sociali che il dolore comporta con riduzione della frequenza scolastica, aumento del numero dei ricoveri e tanti altri indicatori di disagio.

Questo significa che il problema va considerato nel suo complesso dando una risposta più integrata che supera il solo trattamento del sintomo.

Il dolore da procedura è un argomento al quale il Pdf deve fare forse più attenzione: le nuove e numerose possibilità strumentali diagnostiche e terapeutiche (esami ematici, medicazioni, biopsie, indagini endoscopiche, radiografiche etc) sono spesso molto invasive anche se indispensabili e sono talvolta più temute e problematiche della stessa patologia per la quale vengono proposte.

L'ansia e la paura derivano soprattutto dalla carenza di informazione nei confronti della procedura e dal ricordo negativo di esperienze precedenti. Diventa quindi necessario concordare e preparare la famiglia e il bambino informandoli correttamente, non dimenticando di adoperarsi perché vengano eseguiti solo gli esami strettamente necessari e con il massimo delle garanzie rispetto al problema "dolore".

A questo riguardo emerge la necessità di una maggiore attenzione soprattutto per il neonato delle cui reazioni e ripercussioni al dolore sappiamo ben poco.

Il dolore cronico riguarda per lo meno 2 fasce di bambini: quelli che soffrono di malattie croniche non mortali ma invalidanti (per esempio l'artrite reumatoide) dove il dolore è centrale, moderato o severo, e quelli che invece sono affetti da patologia tumorale grave o in fase terminale. In questi casi il pdf non è solo ma necessariamente integrato con gli specialisti o l'equipe ospedaliera che si occupano della gestione del bambino e i suoi problemi diventano quelli che hanno i colleghi dell'Ospedale, con obiettivi comuni che devono essere condivisi.

In generale nella gestione del dolore cronico è necessaria una informazione onesta e chiara con il bambino (quando possibile) e la famiglia, sulle scelte terapeutiche e sui probabili risultati, che permetta una collaborazione positiva sia nella valutazione del dolore che nella gestione della fase terapeutica.

In questi casi è indispensabile una formazione personale sui singoli casi, sia per gli aspetti organizzativi che culturali, che permetta la condivisione fra i diversi operatori del programma terapeutico.

Bibliografia

Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. *Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures*. In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software*. Search date 2001; primary sources Medline, Embase, Reference Update, Cochrane Library, and hand searches of personal files, bibliographies, recent neonatal and pain journals, and conference proceedings.

Blass EM, Watt LB. *Suckling- and sucrose-induced analgesia in human newborns*. *Pain* 1999;83:611-23.

Latson J. *Pain in the neonate and fetus*. *N Engl J Med* 1988;318:1398.

Grunau RE. *Long-term Effects of Pain*. Res and Clin Forums 1998;20:19-29.

Abu-Saad HH. *Assessment of pain in infants*. Res and Clin Forums 1998;20:31-41.

Drug Therapy and Hazardous Substances Committee, Canadian Paediatric Society (CPS). *Acetaminophen and ibuprofen in the management of fever and mild to moderate pain in children*.

Paediatrics & Child Health 1998;3.

Homer JJ, Swallow J, Semple P. *Audit of pain management at home following tonsillectomy in children*. *J Laryngol Otol* 2001;115:205-8.

Barr R.G. *Pain in children*. In Wall PD, Melzack R (eds). *Textbook of Pain*. 2 Ed. London: Churchill Livingstone 1988.

Fletcher AB. *Pain in the neonate*. *N Engl J Med* 1988;317:1347-8.

Gaffney A. *How children describe pain: a study of words and analogies used by 5-14 years old*. In Dubner R, Gebhart GF, Bond MR (eds). *Proceedings of the Vth World Congress on Pain*. Vol. 3. *Pain Research and Clinical Management*. Amsterdam: Elsevier 1988:341-7.

Merskey H. *On the development of pain*. *Headache* 1970;10:116-23.

McCaffery M, BEEBE A. *Clinical Manual for nursing practice*. Quaderno Grande 1989. Traduzione a cura della Fondazione Livia Benini.

www.fondazione-livia-benini

CDC Flu 2004

All Children 6 to 23 months old should get Flu shot

A New Recommendation

Beginning this Flu season, *Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention safer (CDC)* recommends that all children 6 months to 23 months old get a Flu shot.

Children less than 2 more likely to be hospitalized.

Recent studies have shown that children less than 2 years old – even healthy children – are more likely than older children to end up in the hospital if they get the Flu. In some cases, they can even die.

To protect their health, all children 6 months to 23 months old should be vaccinated against the Flu. (the Flu shot is not approved for use in children less than 6 months old).

The Studies

Two studies published in 2000 showed the same results: that otherwise healthy children under 2 years old were more likely to be hospitalized for serious Flu complications than older, healthy children. These studies were published in the *New England Journal of Medicine* and the *Journal of Pediatrics*. Based on this information, CDC recommends that all children 6 months to 23 months old get a Flu shot.

Flu-Related Deaths in Children Last Season

During last year's Flu season, CDC received reports of 152 Flu-related deaths among children under age 18.

- All of these children had influenza infection diagnosed by lab tests.
- Most of the children were less than 5 years old.
- Almost half of the children had an underlying medical condition, but 40 percent were previously healthy.
- Of the 135 children who died that could have been vaccinated, only 5 were “adequately” vaccinated against the Flu. Seventy-six children had not been vaccinated against Flu at all.

A Note to Parents

The best time to get vaccinated is October or November. Children getting a Flu shot for the first time will need two doses given 30 days apart so begin the process sooner rather than later. (The first dose primes the immune system; the second dose provides immune protection.)

For more information, visit www.cdc.gov/flu, or call the National Immunization Hotline at (800) 232-2522 (English), (800) 232-0233 (español), or (800) 243-7889 (TTY).

CDC Influenza 2004

Tutti i bimbi dai 6 ai 23 mesi dovrebbero essere vaccinati per l'Influenza

Una Nuova Raccomandazione

A partire da questa campagna, il *Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention safer (CDC)* raccomanda che tutti i bambini nella fascia d'età compresa tra 6 e 23 mesi, vengano vaccinati contro l'Influenza.

I bambini al di sotto di 2 anni hanno maggiori probabilità di essere ospedalizzati.

Studi recenti hanno dimostrato che i bambini sotto 2 anni d'età – anche quelli sani – hanno maggiori probabilità, rispetto ai più grandi, di essere ospedalizzati se contraggono l'influenza.

In qualche caso sono a rischio di un esito infausto.

Per salvaguardare il loro benessere, tutti i bambini da 6 a 23 mesi dovrebbero essere vaccinati contro l'influenza (il vaccino non è indicato nei bambini al di sotto dei 6 mesi).

Gli Studi

Due studi, pubblicati nel 2000, hanno mostrato gli stessi risultati: bambini sani sotto i due anni mostrano maggiori possibilità di ospedalizzazione rispetto ai bambini più grandi perché più soggetti/esposti a complicanze. Questi studi sono stati pubblicati sul *New England Journal of Medicine* e sul *Journal of Pediatrics*.

Sulla scorta di queste informazioni il CDC raccomanda la vaccinazione antinfluenzale a tutti i bambini tra i 6 ed i 23 mesi.

Decessi in età pediatrica riconducibili all'Influenza nella scorsa stagione

Nel corso dell'epidemia influenzale dello scorso anno il CDC ha ricevuto 152 notifiche di decessi per influenza nella fascia d'età al di sotto dei 18 anni.

- Tutti avevano contratto l'influenza confermata con diagnosi di laboratorio.
- La maggior parte avevano meno di 5 anni.
- Circa la metà aveva patologie concomitanti, ma il 40% risultava sano in precedenza.
- Dei 135 bimbi deceduti che potevano essere vaccinati, solo 5 erano stati immunizzati "adeguatamente" contro l'influenza. Settantacinque non erano stati vaccinati affatto.

Nota per i Genitori

Il periodo migliore per la vaccinazione è ottobre o Novembre. I bambini che vengono vaccinati per la prima volta necessitano di due dosi a distanza di 30 giorni. In tal caso è opportuno iniziare prima possibile. (la prima dose fornisce un *priming* al sistema immunitario, la seconda una risposta immune protettiva).

Per maggiori informazioni: www.cdc.gov/flu

ITALIAN JOURNAL OF PEDIATRICS
 Organo ufficiale IJPP
 direttore *M. De Curtis*



6 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 95 €
 Estero: 105 €

PROSPETTIVE IN PEDIATRIA
 direttore *P. Mastrototaro*



4 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 50 €
 Estero: 65 €

**REVISTA DI IMMUNOLOGIA
 E ALLERGOLOGIA PEDIATRICA**
 Organo ufficiale SIAPAP
 direttore *A.G. Grieco*



6 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 80 €
 Estero: 155 €

**GIORNALE DI NEUROPSICHIATRIA
 DELL'ETA' EVOLUTIVA**
 Organo ufficiale SINPEA
 direttore *M. De Reggi*



4 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 55 €
 Estero: 70 €

GIORNALE DI PSICOPATOLOGIA
 Organo ufficiale SPPST
 direttore *S.B. Cassano, P. Pascual*



4 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 65 €
 Estero: 80 €

**JOURNAL OF PREVENTIVE
 MEDICINE AND HYGIENE**
 direttore *P. Crovari*



3 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 50 €
 Estero: 60 €

**RASSEGNA DI PATOLOGIA
 DELL'APPARATO RESPIRATORIO**
 Organo ufficiale AITO
 direttore *M. De Paolo*



6 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 95 €
 Estero: 110 €

ACTA OTORINOLARINGOLOGICA ITALICA
 Organo ufficiale SIO-Orl
 direttore *M. Nomonte*



6 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 75 €
 Estero: 80 €

**GIORNALE DI ALLERGOLOGIA
 E IMMUNOLOGIA CLINICA**
 Organo ufficiale SPAAC
 direttore *R. Dell'Abate*



6 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 70 €
 Estero: 85 €

RVISTA MEDICINA GENERALE
 Organo ufficiale SIMG
 direttore *G. Vendergho*



6 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 95 €
 Estero: 105 €

METABOLISMO E DIABETE
 Organo ufficiale SIMS e AMI
 direttore *G. Rapraano, C. D'Adda*



4 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 55 €
 Estero: 70 €

**GIORNALE ITALIANO
 DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**
 Organo ufficiale SIOI
 direttore *F. Pappone*



6 fascicoli / anno
 costo
 abbonamento 2004
 Italia: 95 €
 Estero: 120 €

MODALITA' DI ABBONAMENTO:

- accredito sul n.c.c. postale n° 10370567
 - bonifico bancario su C.R. Valterro FIL, Pisa TEAM; B 06370 14002 000010002603
 - assegno bancario/circolare intestato a Pacini Editore SpA.
- cont. di ruolo (riva. med. scienzi.)

ABBONAMENTI ON LINE

www.pacinieditore.it
 per informazioni: abbonamenti@pacinieditore.it

Il Medico Pediatra è il giornale di tutti i Pediatri di Famiglia Italiani

Gli indirizzi sono comunicati dalle Segreterie Provinciali FIMP

*Nel caso di cambio di indirizzo,
comunicare il nuovo al SEGRETARIO PROVINCIALE FIMP
che provvederà ad inviarlo alla GESTIFIMP all'indirizzo
cristina.tranquilli@gestifimp.org c.a. Cristina Tranquilli*

**Il Medico Pediatra è aperto a qualsiasi contributo
per ampliare il dibattito sindacale
e per arricchire la cultura della Pediatria di Famiglia**

