

EDUCAZIONE ALIMENTARE: UN INTERVENTO INTEGRATO

R. DULCETTI, M. BOSIO, A. CALACIURA, C. CANZIANI, N. FUCÀ, D. INVERNIZZI, A. MERISI, S. MORELATO, C. MORELLI, M. OLIVIERI, R. PREMATE, R. TUDISCO M.A. VEZZONI

Unità Dipartimentale di Nutrizione Azienda USSL 27, Pioltello (Milano)

EVALUATION OF A NUTRITIONAL EDUCATION PROGRAM FOR SCHOOL CHILDREN (M&B 1, 44-47, 1997)

Key words

Nutrition, Health education, Community paediatrics, Mediterranean diet

Summary

A nutritional education program was carried out during school year 1993-4 by the child health services of a health authority in Lombardia. An ad hoc committee was established to analyse the dietary patterns of school children inside and outside school and to set up dietary guidelines. On this basis, new diets were introduced in schools including fruit for the mid-morning snack. Nutritional education was given to families through meetings and an educational booklet. Practicing paediatricians were involved in the implementation and the evaluation of the program. The program was shown to be feasible and acceptable by families and schools. It was effective in changing some inadequate dietary habits such as the use of commercial snacks and to restrict the use of special diets to cases with particular nutritional needs.

L'alimentazione riveste un ruolo determinante tra i fattori che contribuiscono all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili. L'Istituto Nazionale della Nutrizione (INN) valuta che nella popolazione italiana il consumo di calorie ecceda del 20% rispetto alle raccomandazioni dei LARN. Inoltre viene rilevato un forte squilibrio nel rapporto tra i nutrienti: proteine e lipidi vengono consumati in eccesso, rispettivamente del +74% e +68%, mentre sono carenti i carboidrati, -15% (Indagine ISTAT 1991 sui Consumi delle Famiglie Italiane). Lo squilibrio evidenziato è strettamente associato al progressivo abbandono della dieta mediterranea. Una modifica dei comportamenti alimentari richiede interventi articolati che coinvolgano l'ambiente scolastico e familiare.

Nel territorio della nostra ASL il 98% dei bambini che frequentano la scuola materna ed elementare utilizza il servizio di refezione scolastica da 2 a 5 volte alla settimana. Dall'esperienza della attività della medicina scolastica è stato possibile rilevare la presenza di punti critici che ostacolavano l'assunzione di una dieta equilibrata:

1. le tabelle dietetiche approvate dalla ASL erano molto diverse tra loro e lontane dalle indicazioni dei LARN;
2. i genitori erano disorientati sulla scelta quantitativa e qualitativa dei piatti e della frequenza con cui vanno serviti;
3. la promozione presso gli enti locali di diete congrue per la refezione scolastica

era insufficiente;

4. durante lo spuntino di metà mattina ai bambini venivano fornite dai genitori merendine inadatte dal punto di vista nutrizionale;

5. il ricorso al certificato medico per diete speciali non giustificate sul piano clinico era elevato.

Questo lavoro si propone di promuovere le abitudini alimentari tradizionalmente legate alla dieta mediterranea, attraverso un intervento integrato di educazione alimentare. Il momento educativo individuato è stato quello della ristorazione scolastica attraverso un approccio integrato nelle cinque aree critiche identificate. Gli obiettivi posti sono:

1. formulazione di una nuova tabella dietetica equilibrata secondo i LARN e adattabile ai 21 Comuni della ASL;
2. informazione dei genitori in merito a qualità e frequenza degli alimenti da preparare a casa;
3. consulenza agli enti locali per l'Adozione di una dieta congrua per la ristorazione scolastica;
4. assunzione di adeguati nutrienti per lo spuntino di metà mattina;
5. ricorso alle diete speciali solo nei casi clinicamente rilevanti.

Metodi

Nell'anno scolastico 1993-1994 sono stati riconsiderati gli interventi condotti in precedenza nell'attività di medicina scolastica; sono state riesaminate tutte

le tabelle dietetiche approvate nei Comuni della ASL; è stata effettuata una rilevazione del tipo di merende consumate nella scuola elementare per lo spuntino di metà mattina su 336 alunni e del numero di richieste di diete speciali per la ristorazione scolastica su 12.000 alunni della scuola elementare. È stato costituito un gruppo di lavoro, l'Unità Dipartimentale di Nutrizione (UDN) formata da pediatri di comunità e medici scolastici, dietiste, un medico igienista e un veterinario per approfondire lo studio della letteratura e delle problematiche locali.

La UDN ha tenuto un incontro di due giornate di aggiornamento e lavoro con gli operatori sanitari per promuovere

l'informazione ai genitori e la consulenza agli Enti locali da parte del personale della ASL.

Nell'anno scolastico '94-'95 è stata formulata dalla UDN una nuova tabella dietetica con i requisiti stabiliti dai LARN. È stato elaborato un manuale ("La Nuova Tabella Dietetica per la Scuola e la Famiglia") e un programma informatizzato ("Dieta") che contiene quasi 200 ricette suddivise in 19 categorie di portate: piatti unici completi, minestre, risotti, tacchino, pollo, legumi, verdure fresche ecc. Lo schema di menù proposto su 4 settimane stabilisce la frequenza di tali portate da servire per la ristorazione scolastica e fornisce nello stesso tempo alle famiglie i consi-

gli per la colazione, la merenda e la cena (Tabella I). Successivamente la UDN ha elaborato un libretto per la presentazione della Nuova Tabella Dietetica e per una corretta informazione nutrizionale ai genitori: "La salute vien mangiando". Attraverso i pediatri di comunità e i medici scolastici è stato promosso un intervento rivolto ai bambini della scuola elementare per ridurre il consumo di merendine incongrue, sensibilizzando i genitori attraverso un volantino e attraverso incontri con i rappresentanti dei genitori e le Direzioni Didattiche. Inoltre è stata promossa presso gli enti locali la distribuzione della frutta a scuola a metà mattina. Per valutare l'impatto dell'intervento è stato scelto un campio-

SCHEMA DI MENÙ: PRIMA E SECONDA SETTIMANA

	Colazione	Pranzo	Merenda	Cena
1° lunedì	a scelta	Risotto, formaggio, verdura fresca, pane integrale, frutta	a scelta	Piatto unico con legumi, verdura fresca, pane comune, agrumi
1° martedì	a scelta	Piatto unico, verdura fresca, verdura cotta, pane comune, frutta	a scelta	Minestra, pesce, patate, pane comune, frutta
1° mercoledì	a scelta	Minestra, pollo, patate, pane integrale, frutta	a scelta	Pastasciutta, verdura fresca, pane comune, frutta
1° giovedì	a scelta	Piatto unico con legumi, verdure cotte, verdura fresca, agrumi	a scelta	Piatto unico, verdura fresca, pane comune, frutta
1° venerdì	a scelta	Pastasciutta, pesce, patate, pane integrale, frutta	a scelta	Piatto unico, verdura fresca, pane comune, frutta
1° sabato	a scelta	Pastasciutta, coniglio, verdura fresca, pane comune, frutta	a scelta	Piatto unico, verdura fresca, pane comune, frutta
1° domenica	a scelta	Risotto, maiale, verdura fresca, pane integrale, frutta	a scelta	Piatto unico, verdura fresca, pane comune, frutta
2° lunedì	a scelta	Pastasciutta, uova, verdura fresca, pane comune, frutta	a scelta	Piatto unico con legumi, verdura fresca, pane comune, agrumi
2° martedì	a scelta	Piatto unico, verdura cotta, verdura fresca, pane integrale, frutta	a scelta	Minestra, verdura cotta, verdura fresca, pane comune, frutta
2° mercoledì	a scelta	Minestra, tacchino, patate, pane comune, frutta	a scelta	Piatto unico, verdura fresca, pane comune, frutta
2° giovedì	a scelta	Pastasciutta, carne, verdura fresca, pane integrale, frutta	a scelta	Piatto unico, verdura cotta, pane comune, frutta
2° venerdì	a scelta	Risotto, pesce, verdura fresca, pane integrale, frutta	a scelta	Minestra, verdura cotta, verdura fresca, pane comune, frutta
2° sabato	a scelta	Piatto unico, patate, verdura fresca, pane integrale, frutta	a scelta	Piatto unico, verdura fresca, pane comune, frutta
2° domenica	a scelta	Pastasciutta, pollo, verdura fresca, pane comune, frutta	a scelta	Piatto unico con legumi, verdura fresca, pane comune, agrumi

Tabella I

ne di 1068 bambini sui quali è stata effettuata una rilevazione attraverso una scheda settimanale (cinque giorni) compilata dagli insegnanti. La durata dello studio è stata di due anni scolastici.

È stata predisposta una scheda di valutazione alimentare e proposta ai pediatri di libera scelta da utilizzare in alternativa al consueto certificato. Tale scheda consente di distinguere le richieste di diete speciali per motivi di gusto o disabitudine delle patologie alimentari. Il riorientamento delle richieste di diete speciali per motivi diversi dalla patologia è stato possibile attraverso colloqui individuali con i genitori. La durata dello studio è stata di tre anni scolastici.

Risultati

1. La nuova tabella dietetica si è dimostrata adattabile alle diverse esigenze territoriali attraverso la possibilità di scambio di piatti equivalenti dal punto di vista nutrizionale. Utilizzando lo schema (Tabella I) è possibile un agile scambio delle ricette all'interno della stessa categoria di portate per le variazioni spesso richieste dalle Commissioni Mensa e dai Comuni, senza comprometterne l'equilibrio nutrizionale. Essa è di facile gestione da parte degli operatori della medicina scolastica e dei nidi, per i quali rappresenta uno strumento semplice e utile per la predisposizione di menù equilibrati.

2. L'informazione alimentare è stata promossa all'entrata in vigore della "Nuova Tabella Dietetica", attraverso la distribuzione di 10.000 copie dell'opuscolo "La salute vien mangiando".

3. Un incontro è stato tenuto con i rappresentanti degli enti locali e la UDN. È stato fornito il materiale per l'informazione e la promozione della Nuova Tabella Dietetica a tutti i Comuni. Incontri capillari vengono periodicamente tenuti dagli operatori della medicina scolastica che forniscono la consulenza relativamente alle richieste di variazioni di ricette previste dalla Nuova Tabella Dietetica. La UDN si è resa disponibile anche per brevi consulenze sui capitoli d'appalto.

4. La rilevazione del tipo di merende consumate a scuola per lo spuntino di metà mattina effettuata nel '93-'94 su un campione di 336 alunni mostrava un consumo di merendine incongrue nel 98% dei casi. I tipi di merendine più frequentemente consumate erano rappresentate da dolci industriali, pizze, focac-

ce, cioccolato, patatine e pop-corn.

I risultati dello studio condotto nel '94-'95 su un campione di 1068 bambini sono illustrati nella Tabella 2. È stata stimata la forza dell'associazione tra intervento e consumo di merendine: l'intervento si è dimostrato associato ad un minor consumo di merendine (OR=0.30; I.C.: 0.21-0.41). L'intervento risulta più utile se veniva servita la frutta al mattino (OR=0.3; I.C.: 0.19-0.49) mentre non si associava al ridotto consumo di merendine se la frutta non veniva servita (OR=0.68; I.C.: 0.37-1.22). Il fatto solo che la frutta venisse servita al mattino, anche in assenza di intervento di educazione sanitaria, era significativamente associato a un ridotto consumo di merendine incongrue (OR=19; I.C.: 0.10-0.37). Nell'anno '95-'96 l'intervento della ASL si è limitato alla promozione della distribuzione della frutta a scuola al mattino presso gli enti locali. attualmente la frutta viene servita nelle scuole di 11 dei

21 Comuni della ASL. In questi Comuni la rilevazione della tipologia dello spuntino di metà mattina è stata effettuata su 2417 bambini di 127 classi elementari. Solo l'8,5% dei casi consumava merendine portate da casa (209/2417), il 73,5% dei bambini consumava la frutta fornita dalla scuola (1776/2417), il 17,9% dei bambini non consumava nulla (432/2417).

5. La rilevazione delle richieste di variazione del menù è stata effettuata nell'anno scolastico 93/94 su 12.000 bambini di età compresa tra i 3 e i 13 anni, frequentanti la refezione scolastica (Tabella III). Il 5,6% dei bambini ha chiesto una variazione del menù per tutto l'anno. Delle 677 richieste è stato possibile analizzarne 426 attraverso un colloquio con i genitori. Nel 65% dei casi (276/426) si trattava di richieste per motivi di gusto o disabitudine. Con la introduzione della "Scheda di valutazione alimentare" e la sensibilizzazione dei pe-

Gruppo	Nr. alunni	% consumo di merende	% consumo di frutta	% che non ha mangiato
Bambini con intervento che hanno ricevuto la frutta a scuola	670	107 (16%)	375 (56%)	188 (28%)
Bambini con intervento che non hanno ricevuto la frutta a scuola	199	137 (69%)	42 (21%)	20 (10%)
Bambini senza intervento che ricevevano già la frutta a scuola	101	39 (39%)	42 (41%)	20 (20%)
Bambini senza intervento che non ricevono la frutta a scuola	98	75 (76%)	7 (7%)	16 (17%)

Tabella II

Anno	Alunni	Richieste totali	Patologie	Motivi religiosi	Gusto
1993/94	12.000	677			276/426 (65%)
1995/96	13.300	466	268 (57,5%)	25 (5,4%)	173 (37,1%)

Tabella III

diatri di libera scelta, è stato possibile ridurre tali richieste e censire le patologie effettivamente presenti. A distanza di due anni dall'intervento il numero delle richieste totali è diminuito del 40%. Nell'anno scolastico 95/96 sono state analizzate le richieste relative a una popolazione scolastica di 13000 bambini. Le richieste di variazione sono state 466, pari al 3,5% dei bambini. Nel 37,1% (173/466) dei casi si trattava di richieste per motivi di gusto o disabitudine. Nel 5,4% dei casi le richieste erano per motivi religiosi (25/466). Le richieste per patologie effettivamente accertate erano il 57,5% (268/466). La distribuzione delle patologie accertate è illustrata nella *Tabella IV*. L'intervento risulta significativamente associato ad una riduzione delle richieste di diete speciali per motivi di gusto o disabitudine (OR = 1,65; I.C.: 95% 1,46 - 1,86).

Discussione

Dai risultati finora ottenuti risulta promettente l'iniziativa portata avanti dalla UDN e dai pediatri operanti nei nidi e nelle scuole della ASL. La Nuova Tabella Dietetica (NTD) è risultata coe-

rente con le indicazioni dell'Istituto Nazionale della Nutrizione e può rappresentare per il pediatra di comunità uno strumento agevole per la gestione della tabella dietetica in realtà diverse. Il progetto, della durata di tre anni, è giunto al termine del suo secondo anno di attività. La NTD è già in vigore in tutti i nidi presenti sul territorio della ASL e nelle scuole di 7 dei 21 Comuni, il progetto prevede l'adozione della NTD da parte di tutti i Comuni che richiederanno l'approvazione formale della ASL. Il consumo di merendine incongrue per lo spuntino di metà mattina può essere notevolmente contenuto attraverso il semplice intervento di fornire al mattino la frutta o il pane previsti per il pasto di mezzogiorno. È necessaria quindi una stretta collaborazione con gli Enti Locali per attuare tale intervento che risulta essere efficace. Il controllo delle richieste di diete speciali ha permesso di assicurare ai bambini con patologie, che necessitano di dieta speciale, la possibilità di fruire della mensa scolastica in modo sicuro, per contro ha permesso di ridurre significativamente le richieste di variazione per motivi di gusto e disabitudine. L'impatto con la famiglia è stato com-

pletivamente positivo, il colloquio ha rappresentato un importante momento di educazione sanitari per favorire l'assunzione graduale di nuovi alimenti che rendono l'alimentazione del bambino più varia e più equilibrata.

Conclusioni

Questo lavoro presenta cinque interventi che concorrono alla diffusione di una cultura alimentare mediterranea. Il primo intervento identifica uno strumento valido e fedele alle linee guida dell'INN, che facilita la gestione delle tabelle dietetiche nelle realtà molto diverse. Per quanto concerne l'informazione con i genitori e la consulenza agli Enti Locali è necessario attendere per valutare l'accettabilità delle proposte su larga scala. Il quarto e quinto intervento mostrano un buon grado di efficacia e un impegno di risorse modesto nella fase di promozione, e destinato a ridursi nelle fasi successive. I presenti risultati relativi alla modifica dei comportamenti alimentari sono confortanti e dimostrano di essere facilmente applicabili nell'ambito di un intervento globale di educazione alimentare.

DISTRIBUZIONE DELLE PATOLOGIE ALIMENTARI CENSITE IN UNA POPOLAZIONE DI 13.300 BAMBINI TRA I 3 E I 13 ANNI FREQUENTANTI LA REFEZIONE SCOLASTICA (268 CERTIFICAZIONI)

Patologia	N. bambini
Allergia accertata nei confronti di 1 o più alimenti	149
Celiachia	8
Diabete	3
Favismo	6
Altre (obesità, ipercolesterolemia, intolleranza alimentare, ecc.)	102

Tabella IV

Bibliografia

1. Alimentazione e Nutrizione in Italia. Aspetti, problemi, proposte. Istituto Nazionale della Nutrizione. Documento per la conferenza Internazionale sulla nutrizione. FAO (OMS) Roma 1992.
2. Alimentazione, nutrizione e prevenzione delle malattie croniche. Documento OMS 1993; Ed. Istituto Scotti Bassani.
3. Direttiva della Regione Lombardia sulla ristorazione scolastica. BURL 18.10.89.
4. You are what you eat - What you eat are you. Dietz W.H.J. of Adolesc. Health C. 1990, 11:76-81.

Digest

AMBULATORY PEDIATRICS: STEPPING OUT IN A NEW DIRECTION?

HELLER DR

Arch Dis Child 70, 339, 1994

Nel 1976 è iniziato, nel Regno Unito, un processo di razionalizzazione, di integrazione e di combinazione dei servizi, verso il quale, più confusamente, stiamo camminando anche noi in Italia. I problemi, le difficoltà e gli indirizzi che vengono sperimentati in Gran Bretagna ci possono essere utili per capire la nostra stessa realtà.

Nel 1993, la Commissione Audit ha pubblicato un rapporto sui servizi ospedalieri (ndr: rapporto che merita di essere letto; è pubblicato sui bollettini della HMSO Audit Commission for local Authorities and the NHS in England and Wales. Children first - a study of hospital services) e che riguarda la parte "forte" di questi servizi. Ma mentre la mortalità, il rischio di malattia severa, la durata delle degenze si sono notevolmente ridotti, non c'è stata una corrispondente diminuzione nel numero dei ricoveri: alla base di questo mancato ridimensionamento stanno certamente fattori demografici e sociali, quali l'aumento delle famiglie nucleari, il mancato sostegno sociale, l'elevata frequenza di madri teenagers; e ancora l'emergenza di

nuove patologie (disturbi dell'apprendimento e del comportamento, stress familiare) e la novità delle lunghe sopravvivenze di bambini con disturbo severi dell'immunità o con patologia tumorale.

Ma la scelta del ricovero facile è anche dovuta alle incertezze dell'amministrazione sanitaria: il tentativo di introdurre un "mercato interno" alla sanità pubblica, separando l'azienda territoriale dall'azienda ospedaliera (ndr: è quanto si sta facendo in questo momento in Italia, senza nessuna attenzione agli scompensi dell'esperienza tatcheriana), ha rallentato o bloccato il processo già in atto di integrazione dei servizi.

Lo sviluppo di un modello di assistenza pediatrica basato sulle cure ambulatoriali può rappresentare la via per uscire dall'impasse.

L'origine della pediatria ambulatoriale organizzata si può situare negli Stati Uniti, negli anni '60, come reazione allo sviluppo delle sottospecialità pediatriche, focalizzate sul paziente ricoverato, e alla presa di coscienza della mancanza di uno specialista in grado di prendere in cura globale il bambino e la sua famiglia. Recentemente, l'Associazione di Pediatria Ambulatoriale ha votato di stretta misura contro una mozione intesa a cambiare il nome dell'associazione in quello di Associazione di Pediatria Generale; è l'indice di un cambiamento profondo.

In realtà la pediatria ambulatoriale è qualcosa di abbastanza diverso da quella pediatria un po' sofisticata e molto ospedaliera alla quale si è abituati a pensare: è costituita dalla pediatria delle cure primarie (la puericultura), dalla pediatria di comunità (la pediatria sociale), dal pronto soccorso (incidenti e emergenza), dalla assistenza domiciliare, dal *day care*, dal *nursing* per bambini, dalla cura dei bambini con bisogni speciali, dalla cura della patologia comune come l'asma e il diabete.

Uno dei nodi centrali di questa pediatria è collocato nei dipartimenti di emergenza: 2 milioni di bambini sono visti ogni anno, in Inghilterra in questi dipartimenti, e per il 20% per problemi medici. Il pediatra ambulatoriale è in una posizione chiave per fornire supporto e consulenza al dipartimento di emergenza; può elaborare strategie per ridurre i ricoveri ospedalieri, e fornire cure adeguate in regime di *outpatients*. Nelle città, dove i servizi per le cure primarie trovano difficoltà a rispondere pienamente alla domanda, sono i dipartimenti di emergenza a fornire molte risposte ai bisogni di cure primarie, e spesso anche funzionano da servizi di secondo livello, fungendo da consulenti per la *general practitioner* che è il responsabile delle cure primarie. Infine, la presenza del pediatra ambulatoriale nei dipartimenti di emergenza costituisce il necessario supporto sia per le campagne di prevenzione sia per la raccolta di dati epidemiologici.

Un altro nodo è quello dei bambini con problemi speciali (disabilità, patologia cronica come il diabete, l'asma, l'epilessia, la fibrosi cistica); l'ambulatorio pediatrico è la sede ideale per un training in questi problemi e in quelli della pediatria dello sviluppo (handicap minori, disturbi dell'apprendimento, problemi comportamentali e psico-sociali). La pediatria ambulatoriale si trova ancora in una posizione strategicamente forte per costituire un raccordo tra il primo e il secondo livello. Non può possedere tutte le competenze necessarie per affrontare problemi troppo specialistici e sofisticati; ma con la sua larga competenza in pediatria generale e di comunità può fungere da consulente clinico per la *general practitioner* e da raccordo tra lui e la pediatria ospedaliera.

Il "Progetto 2000" mira a superare le divisioni tra pediatria ospedaliera e pediatria di comunità, tra cura e prevenzione, e tra assistenza domiciliare e assistenza ospedaliera: ecco un altro campo d'azione possibile per la pediatria ambulatoriale.

Malgrado le divisioni artificiose e i modelli di acquisto/vendita dei servizi tra ospedale e territorio introdotti dalla riforma tatcheriana, sta prevalendo, in pediatria, la ricerca di soluzioni di condivisione piuttosto che di separazione delle cure. Uno dei modelli sperimentati a Londra è quello "del perno e dei raggi", dove pochi, grandi unità per le cure terziarie forniscono consulenza, ricerca avanzata e

didattica per servizi più vicini alla comunità e bisognosi di cure più semplici. L'esempio della terapia intensiva pediatrica mostra come la centralizzazione di alcuni servizi può essere di assoluto vantaggio per i bambini. Una proposta è quella che attorno a un centro di ricovero per pochi bambini si organizza un sistema di *day-care* attivo 5 gg alla settimana, dove ci siano facilità di indagini, un servizio di *day-surgery*, e dove si possano fornire le cure ambulatoriali anche per bambini con problemi importanti, come quelli attinenti l'oncologia. Soluzioni simili possono formarsi per naturale confluenza di due o più centri minori geograficamente vicini, per i quali si identifichi una sola area, ristretta, di degenza, e due o più aree collegate a questa di servizi ambulatoriali mirati a soddisfare i bisogni "veri" del territorio. Lo staff assistenziale (ndr: che in Inghilterra è formato essenzialmente da specializzandi) dovrà ruotare nei due livelli; e anche lo specialista "avanzato", il *consultant*, presterà periodicamente la sua consulenza esercitando così primariamente una funzione didattica permanente.

La pediatria ambulatoriale non ha da essere un altro passo nella proliferazione delle specialità pediatriche; piuttosto un ridisegno delle proprie competenze, e un ritorno a un approccio più generalistico; e nello stesso tempo la via per connettere servizi ospedalieri e servizi di comunità, e per dare risposta ai molti problemi a cui né l'uno né l'altro tipo di servizio sanno rispondere.

Commento

L'articolo recensito va letto assieme all'editoriale di ottobre ("Ho fatto un sogno") sulla "condivisione delle cure", o assieme alla lettera di Causa, Cioffi e Metafora su questo stesso numero della rivista; è allo stesso tempo di facile lettura, per una sua certa genericità, e di lettura difficile, perché si rifà ad una situazione diversa dalla nostra e caratterizzata da molto meno risorse e da un impegno lavorativo molto più stressante (fino a 60 ore settimanali di lavoro per lo specializzando in pediatria), e da: assenza di un pediatra di famiglia, affido delle cure primarie al general practitioner, pediatria di comunità più forte ma poco sofisticata. Tuttavia la forza delle cose rende i due panorami strutturalmente diversi, assai vicini nella pratica. Nel Regno Unito, come in Italia, i pronti soccorsi (pediatrici e non) diventano la sede delle risposte ai problemi emergenti e spesso, "naturalmente" anche della consulenza ai bisogni primari, e a volte la sede di elaborazione delle strategie preventive: il luogo d'incontro tra la comunità e la medicina organizzata. Nel Regno Unito, come da noi, il Day-Hospital ha finito per sostituire la Divisione nella diagnostica e nella amministrazione delle cure, oncologiche e non. Nel Regno Unito come da noi si avverte il bisogno di una pediatria generalistica più competente e di una pediatria specialistica più disposta al dialogo, alla condivisione del sapere, alla consulenza sul campo. Nel Regno Unito, come da noi, si tende a identificare la pediatria ambulatoriale con la pediatria generalistica, e a mettere in evidenza i problemi didattici che questa novità (anzi questo ritorno al passato, con un avvenire davanti) propone. Nel Regno Unito, come da noi, il bisogno avvertito (e in parte soddisfatto "dalle cose") è quello di una flessibilità delle scelte e delle disponibilità. Nel Regno Unito, come da noi, la separazione della azienda territoriale dall'azienda ospedaliera fa più danno che vantaggio, almeno per la pediatria, e costringe a immaginare strategie di superamento delle divisioni.

Piccola bibliografia:

Oberklaid F et al: Quality assurance in the emergency room. *Arch Dis Child* 66, 1093, 1990; Hughes DM et al: Controlled trial of a home and ambulatory program for asthmatic children. *Pediatrics* 87, 54, 1991; Connet GJ et al: Audit strategies to reduce hospital admission for acute asthma. *Arch Dis Child* 69, 202, 1993; Spencer NJ: Consultant pediatric outreach clinics: a practical step in integration. *Arch Dis Child* 68, 496, 1993.